

Bulletin d'actualité du secteur médico-social

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

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

Dans ce bulletin, vous trouverez:

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



Le cabinet AAPA

Ad augusta per angusta

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

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

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

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

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



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 DEF1, 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.

[Lire la suite](#)

Bulletin d'actualité

L'association propose un bulletin d'actualité du secteur médico-social. N'hésitez pas à vous inscrire à la lettre d'information pour être tenu(e) au courant des publications!

☐ Bulletin d'actualité

Courriel *

[S'abonner](#) [Se désabonner](#)

Copyright © 2025, AAPA

Theme by Devsaran

Contenu du bulletin

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

- ◇ [Un jugement du Tribunal de Paris](#) confirmant la primauté de l'autorité tarifaire sur les accords patronaux ;
- ◇ [Une décision du Conseil d'Etat](#) posant jurisprudence sur l'inopposabilité tarifaire de la prime Ségur ;
- ◇ [Le décret n°2025-621 du 8 juillet 2025](#) relatif à la Convention Nationale de l'Autonomie ;
- ◇ [L'instruction interministérielle du 23 juin 2025](#), relative au déploiement national des missions départementales d'expertise et d'information de la CAA ;
- ◇ [L'arrêté du 30 juillet 2025](#), venant étendre le tableau de bord de la performance dans le médico-social.

» **Actualités techniques du secteur médico-social (pages 4 à 13)**

- ◇ [La revue IGF/IGAS/IGA](#) sur les dépenses relatives à l'hébergement d'urgence sur le territoire national ;
- ◇ [Le guide de l'ADEME](#) sur la transition alimentaire des ESMS de faible capacité d'accueil ;
- ◇ Pleine page: [Les punaises de lit - impacts, prévention et lutte](#) & "[Les zones à inspecter](#)" ;
- ◇ Pleine page: [7 façons de motiver ses travailleurs sociaux](#) ;
- ◇ [Les affiches-slogans de l'Omedit](#) au sujet des critères impératifs de la HAS sur la sécurité du médicament ;
- ◇ Pleine page: [fiches réflexes sur les conduites à tenir dans les situations de violence en établissement](#) ;
- ◇ Replay du webinaire d'Accens avocats sur [l'impact de l'actualité RH sur la gestion des ESMS](#) ;
- ◇ Webinaire d'Accens avocats sur [l'actualité des ESMS](#) ;
- ◇ Pleine page: [Les souris et autres dispositifs de pointage](#) (prévention des TMS).

» **Ethique et fonctionnement (pages 14 à 17)**

- ◇ [L'article 4 du RGPD sur les données sensibles de santé](#) ;
- ◇ Pleine page: [Guide d'implémentation de l'éthique dans les systèmes d'IA en santé](#) ;
- ◇ Pleine page: [Atelier d'identification et de gestion des dissonances éthiques en équipe](#) ;
- ◇ Pleine page: [Guide adapté: les RBPP concernant la santé des personnes en situation de handicap](#).

» **Rouages et mécanismes (pages 18 à 29)**

- ◇ [La CDAPH et les prestations MDPH: description et précisions](#).

» **Santé (pages 30 à 36)**

- ◇ [RBPP de la HAS au sujet de la prévention des risques liés à la grossesse](#) ;
- ◇ [RBPP de la HAS sur la démarche diagnostique et la stratégie thérapeutique de la fibromyalgie](#) ;
- ◇ Le guide [Conduite à tenir en situation d'urgence pour AS/AES/IDE en l'absence de médecin](#) ;
- ◇ L'article de Rachel Revelard-Pellegrin au sujet de [l'impact de la mort d'un patient en soins palliatifs](#) ;
- ◇ La [brochure de Psycom au sujet du trouble bipolaire](#) ;
- ◇ Pleine page: [La fiche SantéBD sur la santé mentale](#) ;
- ◇ Pleine page: [Enquête "bien-être et santé des étudiant-es 2024" de l'OVE](#) ;
- ◇ [La convention de collaboration interministérielle "Culture et Santé"](#) ;
- ◇ Pleine page: [Les fiches techniques du Cn2R au sujet du psychotraumatisme](#).

» **Troubles addictifs (pages 37 à 38)**

- ◇ [Les vidéos pédagogiques de la Fédération Addiction](#) au sujet de la gestion des surdoses ;
- ◇ [Une vidéo de la MILDECA](#) au sujet de la kétamine ;
- ◇ [Une vidéo de Filmbinders & friends](#) au sujet de l'addiction.

» **Personnes en situation de vulnérabilité (pages 39 à 45)**

- ◇ [Le rapport de l'OMS](#) au sujet de la solitude dans le monde ;
- ◇ Pleine page: [Guide de bonnes pratiques pour la justice alimentaire](#) ;
- ◇ Pleine page: [La promotion des ressources sociales dans la santé psychique](#) ;
- ◇ Pleine page: [L'enquête France Travail au sujet des demandeurs d'emploi "proches aidants"](#) ;
- ◇ Pleine page: [Le webinaire de la Caf 92 au sujet du passage à la retraite des bénéficiaires du RSA et de l'AAH](#) ;
- ◇ Pleine page: [Modèles d'étiquettes en CAA pour les ESSMS](#) ;
- ◇ [Le livret "Monoparentalité et pauvreté"](#) de la DIPLP.

» **Les Focus (pages 46 à 62)**

- ◇ [Le service public DORA](#) ;
- ◇ [L'indice PCiF de l'Observatoire des disparités dans la justice pénale](#) ;
- ◇ [Annuaire des lignes nationales d'écoute et de soutien psychologique](#).

» **Grand Focus (pages 63 à 71)**

- ◇ [L'admission et l'accueil en institution - Réflexions éthiques](#).

» **Agenda du secteur (pages 72 à 87)**

- ◇ [Marche jaune 2025](#), le 7 septembre 2025 ;
- ◇ [Soirée d'information et de sensibilisation: "Les dépendances médicamenteuses"](#) du 11 septembre 2025 ;
- ◇ [Colloque "Les psychologues dans la cité"](#) du 12 septembre 2025 ;
- ◇ [Journée d'étude "La scène judiciaire et ses acteurs"](#) du 12 septembre 2025 ;
- ◇ [Université d'été "Chercher, inventer, expérimenter... ensemble!"](#) des 24 et 25 septembre 2025 ;
- ◇ [Assises de la psychologie](#), le 27 septembre 2025 ;
- ◇ [Journées nationales des acteurs de la coordination](#), des 2 et 3 octobre 2025 ;
- ◇ [Journée nationale des aidants](#), du 6 octobre 2025 ;
- ◇ [Colloque interdisciplinaire "CorpS en Souffrance"](#), des 9 et 10 octobre 2025 ;
- ◇ [Colloque "Hypnose, méditation & médecine intégrative"](#), des 9 et 10 octobre 2025 ;
- ◇ [11^{èmes} rencontres soignantes en psychiatrie: "Encore un passage à l'acte!"](#), du 14 octobre 2025 ;
- ◇ [Conférence nationale "Les établissements de formation en travail social en danger?"](#), du 16 octobre 2025 ;
- ◇ [Journée d'échange "Les auteurs de violence: enjeux psychosociaux et judiciaires"](#), du 17 octobre 2025 ;
- ◇ [Webinaire "Corps, douleur et médiation"](#), du 3 avril 2026 ;
- ◇ [Les webinaires RH de l'Anap](#) ;
- ◇ [Les webinaires du Céapsy](#) pour le second semestre 2025.

» **Culture et vulnérabilité (page 88 à 93)**

- ◇ [Le syndrome de Diogène](#): vidéo d'illustration ;
- ◇ Pleines pages: [Identifier et comprendre le cyberharcèlement chez les jeunes](#) ;
- ◇ [La signature émotionnelle des larmes](#) ;
- ◇ [Les Réveilleurs de Londres](#) ;
- ◇ [Critères de sécurité pour les chiens en cas de fortes chaleurs](#).

» **Les mots pour le dire (page 94)**

- ◇ ["Être mis au ban de la société"](#) ;
- ◇ [Vocabulaire de la suicidologie](#): autokabalèse, précipitation dans le vide et défenestration.

» **Humour (page 95)**

- ◇ [Les psy](#), par Bruno.

» **Paru et à paraître (pages 96 à 98)**

- ◇ Ouvrage: "[Les cliniques de la précarité: contexte social, psychopathologie et dispositifs](#)" de Jean Furtos ;
- ◇ Ouvrage: "[Handicaps et psychopathologies](#)" de Jean Pagès ;
- ◇ Ouvrages: [le cycle institutionnel du collectif Psymas](#):
 - ▢ "Accompagnement institutionnel d'adultes en situation de handicap" ;
 - ▢ "Les enjeux de la pratique professionnelle médico-sociale" ;
 - ▢ "Accueillir & accompagner les personnes issues de la grande marginalité en institution médico-sociale" ;
 - ▢ "Eléments de philosophie pour le secteur médico-social".

» **[Citations du bulletin](#) (page 99)**

- ◇ Michel Foucault sur le rôle des institutions vis-à-vis de la folie ;
- ◇ Georges Canguilhem sur le rôle institutionnel dans la protection de la dignité ;
- ◇ Giorgio Agamben sur le contemporain ;
- ◇ François Tosquelles sur l'idéologie.

Actualités juridiques & législatives du secteur médico-social

Un jugement du **Tribunal de Paris** vient éclairer de manière intéressante la nécessité d'adopter des stratégies de prudence lorsqu'un CPOM est établi par un gestionnaire en responsabilité de plusieurs types d'établissements.

Les faits

Une fondation est gestionnaire de plusieurs établissements, parmi lesquels certains sont soumis à CPOM obligatoire (par [l'article L. 313-12-2 du CASF](#)), tandis que d'autres ne le sont pas.

Cette fondation a conclu un CPOM avec le Conseil Départemental et l'ARS pour l'ensemble de ses établissements, indépendamment du caractère obligatoire.

Elle s'est finalement présentée devant le Tribunal pour contester l'arrêté tarifaire pour l'exercice 2024, en indiquant que le Département n'a pas financé la revalorisation de la valeur du point prévue par la [recommandation patronale du 23 novembre 2022](#), laquelle avait été agréée par un [arrêté ministériel du 21 décembre 2022](#).

La décision du Tribunal

Le Tribunal de Paris considère que la recommandation patronale n'est pas opposable à l'autorité tarifaire, ce qui relève d'une jurisprudence constante des juridictions tarifaires. Cependant, il apporte une précision bienvenue à cette jurisprudence : les établissements qui sont inclus dans les CPOM, même s'ils ne relèvent pas de l'obligation d'en conclure un, ne peuvent pas demander l'opposabilité des conventions ou accords agréés aux autorités tarifaires.

Conclusion

La jurisprudence ainsi établie sert de mise en garde vis-à-vis de l'inclusion de tous les établissements d'un gestionnaire dans un CPOM unique.

Lorsque certains établissements relèvent d'un CPOM obligatoire et d'autres d'un CPOM facultatif, il est préférable en termes de stratégie gestionnaire de signer plusieurs CPOM plutôt qu'un seul.



Une décision du **Conseil d'Etat** vient confirmer la prudence à adopter vis-à-vis des CPOM.

Les faits

Une association est gestionnaire d'EHPAD et a conclu un CPOM à leur sujet avec son ARS.

Elle demande en cassation la réformation de la décision tarifaire de l'ARS fixant la dotation globale de soins pour l'année 2021 pour ses établissements. L'argument est que celle-ci ne prend pas en compte la revalorisation salariale "Séguir", mise en place par une [décision unilatérale de la FEHAP du 26 octobre 2020](#) et agréée par [un arrêté du 8 décembre 2020](#).

L'association a appliqué la revalorisation salariale à ses établissements par une décision unilatérale du 22 mars 2021 et en attend la prise en compte dans sa dotation.

La position du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat rejette les demandes de l'association pour les raisons suivantes :

- La décision unilatérale du 26 octobre 2020 conditionne le paiement de la revalorisation salariale à son financement par l'administration. Or, il ne ressort ni du Code de l'action sociale et des familles, ni des instructions et circulaires dont se prévaut la requérante, qu'un engagement de financement intégral de la revalorisation salariale ait été pris par l'Etat ;
- En outre, selon [l'article L. 314-6 du CASF](#), les conventions et accords agréés ne sont pas opposables aux autorités tarifaires lorsque les établissements concernés sont sous CPOM obligatoire EHPAD de [l'article L. 313-12, IV ter CASF](#).

Conclusion

Lorsque le texte de l'accord mentionne que celui-ci est conditionné à un engagement de l'administration ou à des garanties de financement, et que l'autorité tarifaire ne s'est pas engagée à en financer les surcoûts, alors le juge du tarif juge que les autorités tarifaires n'ont pas à financer les surcoûts.





[Le décret n°2025-621 du 8 juillet 2025](#) relatif aux modalités de mise en œuvre de la conférence nationale de l'autonomie a été publié au JORF du 9 juillet 2025.

Contexte

L'article 1^{er} de [la loi n°2024-317 du 8 avril 2024](#) portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie est venu modifier [l'article L.113-3 du CASF](#) instaurant la conférence nationale de l'autonomie.

Cette conférence, organisée au moins tous les trois ans, a pour objectif "*de définir les orientations et de débattre des moyens de la politique de prévention de la perte d'autonomie*". Ce nouveau décret a ainsi inséré une section unique au sein du Code de l'action sociale et des familles, intitulée "Conférence nationale de l'autonomie" venant préciser la composition et les modalités d'organisation de ladite conférence.

Composition de la CNA

La composition de la CNA a initialement été définie au II de [l'article L.113-3 du CASF](#), avant d'être précisée par l'article D.113-1 du même Code.

Il ressort de ces dispositions que les membres de la CNA sont les suivants :

- 2 ministres, l'un chargé de l'autonomie et l'autre de la santé ;
- 7 représentants de l'Etat : directeurs généraux de la cohésion sociale, de la santé, de la sécurité sociale, de l'offre de soins, de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages, des sports, des ARS ;
- 1 député désigné par l'Assemblée nationale ;
- 1 sénateur désigné par le Sénat ;
- 6 représentants désignés par l'association "Départements de France" ;

- 1 représentant des autres collectivités ou établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) désigné par l'association des Maires de France ;
- 1 représentant des autres collectivités ou EPCI désignés par l'association Régions de France ;
- Les présidents de la Haute autorité de santé (HAS), du Haut conseil de la santé publique et du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge ;
- Le Directeur de l'Agence nationale de santé publique ;
- 9 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'autonomie, désignés par des Fédérations ou des Unions nationales ;
- 8 représentants des organismes de sécurité sociale, à savoir les caisses nationales de :
 - ◇ Solidarité pour l'autonomie ;
 - ◇ L'assurance maladie ;
 - ◇ D'assurance vieillesse ;
 - ◇ De la mutualité sociale agricole ;
 - ◇ De retraites des agents des collectivités locales.
- Le groupement d'intérêt économique de l'association pour le régime de retraite complémentaire des salariés et de l'association générale des retraites des cadres (Agirc-Arrco) ;
- Le centre technique des institutions de prévoyance France assureurs ;
- 15 personnalités qualifiées, désignées par diverses institutions intervenant dans le domaine de la santé ;
- 5 représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national, désignés par des Confédérations ;
- 3 représentants des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives au plan national, désignés par des organisations ;
- 12 représentants d'associations représentatives des personnes âgées, désignés selon les modalités prévues à [l'article R.223-5](#) du code de la sécurité sociale.

Il est également à noter que l'article D.113-2 du CASF a inséré la condition que les membres de la CNA doivent disposer de leurs droits civiques.

La CNA est co-présidée par le ministre chargé de l'autonomie et le ministre chargé de la santé. La conférence se réunit sur convocation de ses présidents au moins une fois par an. Certaines missions relatives à la CNA sont confiées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), telles que :

- Le secrétariat ;
- La préparation des projets d'ordre du jour, en concertation avec les présidents ;
- L'animation des travaux de la conférence, en concertation avec les autres instances intervenant dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie ;
- La communication sur les travaux de l'instance, leur diffusion et leur publication en ligne.

Les orientations de la CNA

La CNA formule des priorités stratégiques pluriannuelles à l'attention des acteurs nationaux et locaux de la prévention de la perte d'autonomie en faveur des personnes de soixante ans et plus.

Ces orientations sont ensuite suivies par la CNSA et guident les commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

A l'issue de ses travaux, un rapport d'orientation est adopté, décrivant :

- Le bilan des actions de prévention de la perte d'autonomie conduites au niveau national et au niveau local en s'appuyant notamment sur les rapports d'activité des commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ;
- Un état des lieux des connaissances scientifiques sur les actions et méthodes de prévention de la perte d'autonomie ;
- Des préconisations thématiques et méthodologiques à l'attention des acteurs nationaux et locaux de la prévention de la perte d'autonomie.

Ce rapport est rendu public sur les sites gouvernementaux.

- » Le dossier de presse de la CNSA sur la CNA est accessible sur [ce lien](#).



[L'instruction n° DGCS/SD3B/2025/86 du 23 juin 2025](#), parue au Bulletin Officiel du 30 juin 2025, acte le déploiement national des missions départementales d'expertise et d'information autour de la CAA.

D'ici 2027, chaque département comptera une mission CAA. Cependant, dès à présent, les ESSMS doivent équiper chaque personne non-oralisante de moyens de communication adaptés.

L'enjeu est de garantir à chacun les moyens de s'exprimer, même sans parole, grâce à des outils adaptés, comme les pictogrammes, les tablettes vocales ou les gestes.

- » Un article de Handicap.fr a été consacré à cette instruction et peut être consulté sur [ce lien](#).

D'autres ressources existent sur ce sujet:

- » [Présentation de la CAA en FALC](#) ;
- » [L'analyse du CERHES](#) sur l'obligation faite aux ESSMS de déployer la CAA.

[L'arrêté du 30 juillet 2025](#), portant modification de [l'arrêté du 10 avril 2019](#) modifié relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, a été publié au JORF du 3 août 2025.

Cet arrêté vient étendre l'utilisation du tableau de bord de la performance à certains établissements et services du secteur, et particulièrement les SAD.

Cela vient renforcer la réforme des SAD (voir bulletins précédents pour le détail de la réforme).



Actualités techniques du secteur médico-social

L'Inspection générale des finances (IGF), l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de l'administration (IGA) ont publié, le 16/07/2025, une revue des dépenses relatives à l'hébergement d'urgence.

Cette revue répond à une demande du Premier ministre portant sur l'identification des marges d'efficience, l'analyse des déséquilibres structurels des hébergements d'urgence et la proposition de scénarios d'économies mobilisables dans le cadre de la trajectoire budgétaire de la [loi de programmation des finances publiques 2025-2027](#).

L'analyse a porté sur:

- **Les hébergements d'urgence**, comprenant les centres d'hébergement d'urgence (CHU) et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ;
- **Les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO)** des demandeurs d'hébergement, définis par [l'article L.345-2 du CASF](#) ;
- L'articulation avec le **dispositif national d'accueil (DNA)** destiné aux demandeurs d'asile.

Caractéristiques

L'hébergement d'urgence dénombre 203.000 places en 2024, représentant un engagement de dépense de 2,3 milliards d'euros.

Les acteurs sont principalement associatifs et œuvrent au niveau local sous l'égide du représentant de l'Etat dans les départements, c'est-à-dire le Préfet de département.

Dans le cadre de cette mission d'audit, 150 personnes ont été auditionnées et une vingtaine de structures ont été examinées dans cinq départements, amenant à plusieurs constats.

Le nombre de places, stable depuis 2021, ne permet pas de répondre à l'ensemble des demandes

61 % des demandes d'hébergement d'urgence ne sont pas pourvues chaque jour en France, en moyenne.

Les services de l'Etat ont donc défini des critères de priorité d'accès à ces hébergements, *"reposant sur une analyse de la vulnérabilité des demandeurs parfois poussée à l'extrême"*. Pourtant, les moyens financiers attribués aux structures ont plus que doublé en 10 ans, tandis que ceux alloués aux SIAO ont doublé en 5 ans.

L'hébergement d'urgence souffre d'une sous-budgétisation chronique

La Direction interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) estime qu'il manque en 2025 *"environ 200 millions d'euros pour financer les capacités existantes de veille, d'hébergement et d'accompagnement social"*.

L'hébergement d'urgence souffre d'un déficit de pilotage

Pour faire face à ce sous-pilotage, la Dihal met progressivement en place des outils de gestion et un projet de réforme de la tarification des CHRS, bien que cela soit compromis par :

- La faible connaissance des pouvoirs publics des publics hébergés ;
- Le manque de visibilité des prestations déployées et de la qualité de l'accompagnement social.

L'augmentation des financements ne fera pas partie des recommandations de la mission, puisqu'il s'agira plutôt d'*"améliorer la fluidité des parcours pour faire en sorte que davantage de personnes puissent être hébergées, à maîtriser les coûts administratifs et les coûts moyens à la place et à optimiser la dépense grâce à des mesures transversales"*.

Afin d'améliorer la fluidité des hébergements d'urgence et des parcours des personnes hébergées, les pistes suivantes ont été identifiées :

- L'augmentation du taux d'occupation des places en hébergement d'urgence pour atteindre 96 %, permettant à 4.700 personnes supplémentaires d'être hébergées ;
- L'utilisation exceptionnelle des places temporairement inoccupées des dix structures d'accueil spécialisées (SAS) ;
- La prolongation des efforts engagés par la Dihal pour l'accès au logement des publics hébergés qui peuvent en bénéficier ;



- L'accélération du traitement des dossiers de demande de titres de séjour en cours d'instruction, soit au minimum 13.000 personnes ;
- L'orientation des demandeurs d'asile vers le DNA ;
- L'évaluation de la qualité de l'accompagnement social;
- La mise en œuvre d'une analyse nationale de la conformité juridique des fins de prise en charge en hébergement d'urgence.

Deux mesures d'économie sont également identifiées. Il s'agit de mettre en convergence :

- Le coût administratif par place en CHU et en CHR, entraînant une économie estimée entre 18 et 63 millions d'euros ;
- Des coûts des CHU par groupes de départements ayant des caractéristiques similaires, soit une économie d'environ 10,5 millions d'euros.

Ainsi, à travers cette revue, plusieurs recommandations relatives à l'augmentation du taux d'occupation et à un meilleur accompagnement social sont prévues, tandis que la question du financement des CHU et des CHR est clairement posée, laissant envisager un avenir budgétaire sombre pour ces structures.

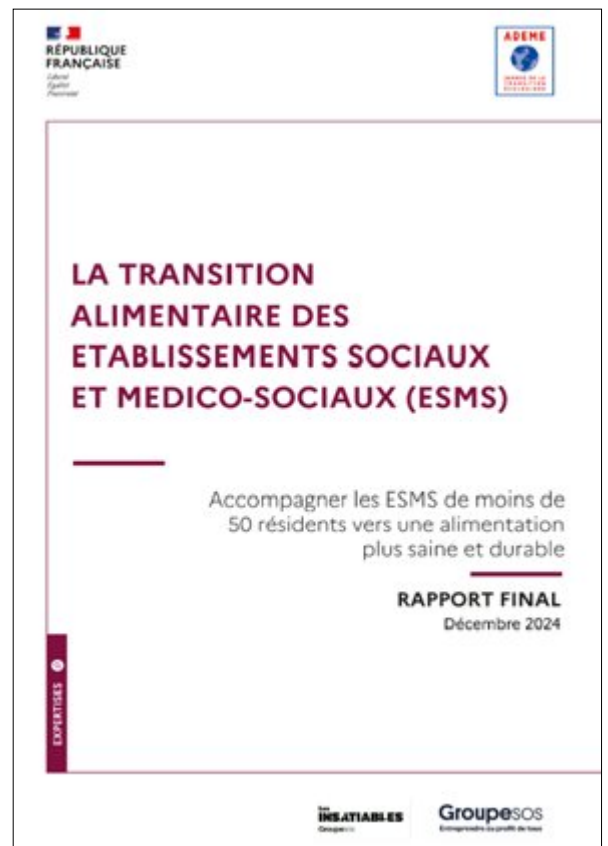
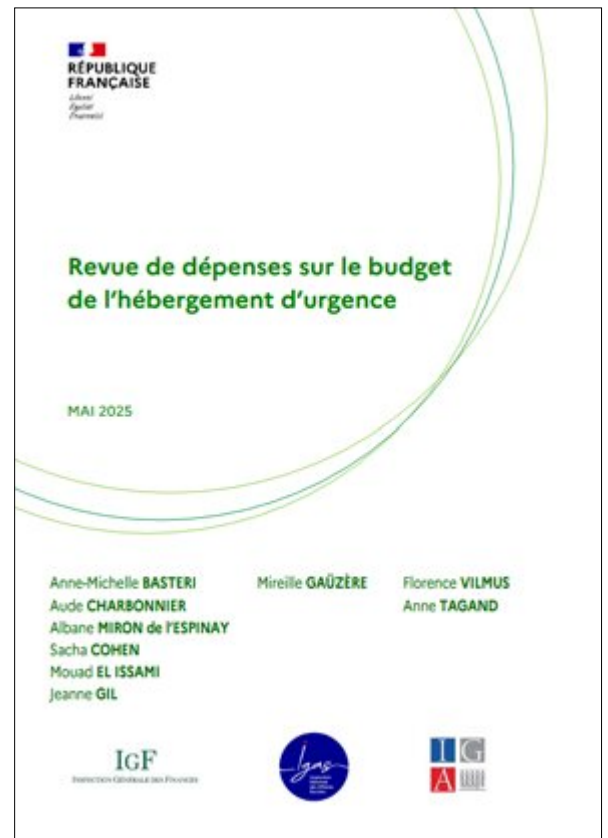
La question se pose alors de savoir comment les structures, avec la réforme de la tarification à venir, vont continuer à s'améliorer, alors même que les budgets octroyés n'évoluent pas.

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

L'ADEME propose un guide intéressant, à destination des ESMS.

Ce guide propose des solutions et des recommandations pour une transition alimentaire en établissement et service, afin de proposer une alimentation de meilleure qualité aux usagers.

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



Les punaises de lit: guide ANSES et les conseils techniques
(cliquer sur les images pour télécharger les documents en version PDF)



7 FAÇONS DE MOTIVER SES TRAVAILLEURS SOCIAUX



L'OMEDIT Centre Val-de-Loire propose une série d'affiches visant à aider les établissements dans leur mise en conformité avec les critères impératifs de la HAS en matière de circuit du médicament.

Ces affiches sont intéressantes dans le rappel qu'elles proposent aux gestionnaires. Nous les reprenons sur cette page et celle qui suit.

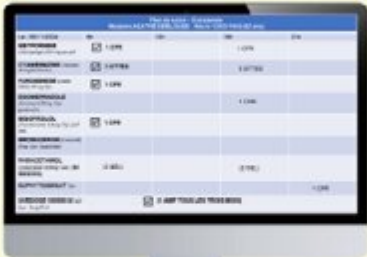
Cliquer sur les miniatures pour télécharger une version HD des affiches



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

juin 2025

Critère HAS (6ème cycle) **2.2-02** : les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments



Mémo IDE
Pas de
retranscription :
~~nom de
médicament +
dosage~~

**Prescriptions ...
pour éviter toute confusion
supprimer toute
retranscription**



**Critère standard certification
et cybersécurité**

juin 2025

Critère HAS (6ème cycle) **3.1-07** et **3.1-08** : Maîtrise des risques de sécurité numérique ; Sécurité de l'identification des utilisateurs et des patients

**Du bon patient,
au bon traitement
... rien sans mot de passe puissant.**

**Mot de passe
robuste, personnel
et unique**
(12 caractères minimum ,
mélange de majuscules
minuscules, chiffres,
caractères spéciaux)

**Ne pas laisser ouverte sa session
en cas d'absence**

**Ne pas partager
ses MDP
professionnels**

**Ne pas utiliser
de MDP professionnels
dans un contexte
personnel**

**Identification à
double facteur
pour les accès à
distance**
(code reçu par SMS ou
courriel, utilisation d'une
carte CPS ou d'un token)

**Changement immédiat des MDP si
suspicion de compromission**

AAPA

OMÉDIT Critère **impératif** certification et bon usage des médicaments juin 2025

Critères HAS (6ème cycle) - Les équipes respectent les bonnes pratiques :

- 2.2-02 de prescription des médicaments
- 2.2-05 d'administration des médicaments

Disposer d'une prescription informatique ou écrite évite une administration dramatique
(hors urgence vitale)



X



✓

L'oral peut être vite oublié, l'écrit reste pour sécuriser

OMÉDIT Critère **impératif** certification et bon usage des médicaments juin 2025

Critère HAS (6ème cycle) 2.4-02 : la pertinence des prescriptions d'antibiotiques est **argumentée** et **réévaluée**



Pour rester pertinent, prescrire puis **réévaluer systématiquement !**
(entre 24h et 72h de traitement ET après 7 jours pour les traitements longs)

OMÉDIT Critère **impératif** certification et bon usage des médicaments juin 2025

Critères HAS (6ème cycle) :

- 1.1-05 : Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur
- 2.2-02 : Les équipes respectent les BP de prescription des médicaments

Traitement en “si besoin**” oui, mais... en toute sécurité**



Une **prescription conditionnelle s'accompagne d'une **valeur seuil****
ET des **conditions d'administration :**
dose par prise, intervalle entre prises, nb maxi prises/j, durée

Ex : paracétamol (si ~~fièvre~~) - si T > 38.5°C : 1 g par prise, minimum 8 h entre chaque prise, 3 g/jour, pendant 2 jours.

Fiches réflexes en cas de violences au sein de l'établissement
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en PDF)

FICHES REFLEXES
sur la conduite à tenir dans les situations de VIOLENCE
en établissements publics, sanitaire et médico-social





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

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

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

» Replay disponible en suivant [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.





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, Etc.

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.)

» Inscription en suivant [ce lien](#).

Sensibilisation TMS: les souris et dispositifs de pointage
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en PDF)



Ethique et fonctionnement

Le règlement général sur la protection des données (RGPD), dans son [article 4](#), paragraphe 15, définit les données de santé comme "les données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne".

Les données de santé relèvent d'une catégorie particulière de données dites "sensibles", soumise à un régime de protection renforcé en vertu de [l'article 9](#) du RGPD.

La protection offerte par le RGPD ne se limite pas aux seules données issues de la médecine ou des soins. **Ainsi, une information apparemment neutre ou administrative peut relever de la catégorie des données sensibles dès lors qu'elle permet de déduire un état pathologique, un handicap ou un besoin médical.**

Les ESSMS peuvent ainsi traiter de nombreuses informations administratives ou sociales qui, **par leur finalité, leur contexte ou leur contenu**, tombent sous le régime des données de santé.

Par exemple, l'orientation vers un établissement spécifique (tels qu'un IME, un ESAT ou une MAS) implique nécessairement une évaluation préalable de l'état de santé ou de dépendance de la personne concernée. De même, le projet personnalisé d'accompagnement, bien qu'également élaboré par des professionnels du secteur social ou éducatif, intègre souvent des éléments liés à la santé mentale, cognitive ou physique.

Autrement dit, le périmètre de la donnée de santé va bien au-delà du monde médical *stricto sensu*, ce qui impose une vigilance accrue de la part des acteurs du médico-social et une réelle culture de la protection des données dans leurs pratiques quotidiennes.

Le fait qu'une donnée soit juridiquement qualifiée de donnée de santé emporte des conséquences importantes pour le responsable de traitement, en raison du régime de protection renforcé prévu par l'article 9 du RGPD.

Le traitement de données de santé impose des obligations accrues de conformité. Cela comprend, par exemple, la réalisation d'une analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD) dès lors que le traitement est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et libertés des personnes concernées (voir bulletins précédents, contenant un focus sur cette question).



Cette analyse doit démontrer que les risques sont identifiés, évalués et couverts par des mesures techniques et organisationnelles appropriées.

Pour aller plus loin

- » La fiche pratique de la DJEPVA au sujet du RGPD, accessible sur [ce lien](#) ou en cliquant sur l'image ci-dessous.



- » Le texte complet du RGPD est à consulter sur le site de [la Cnil](#), ou sur le site [de l'Union européenne](#).

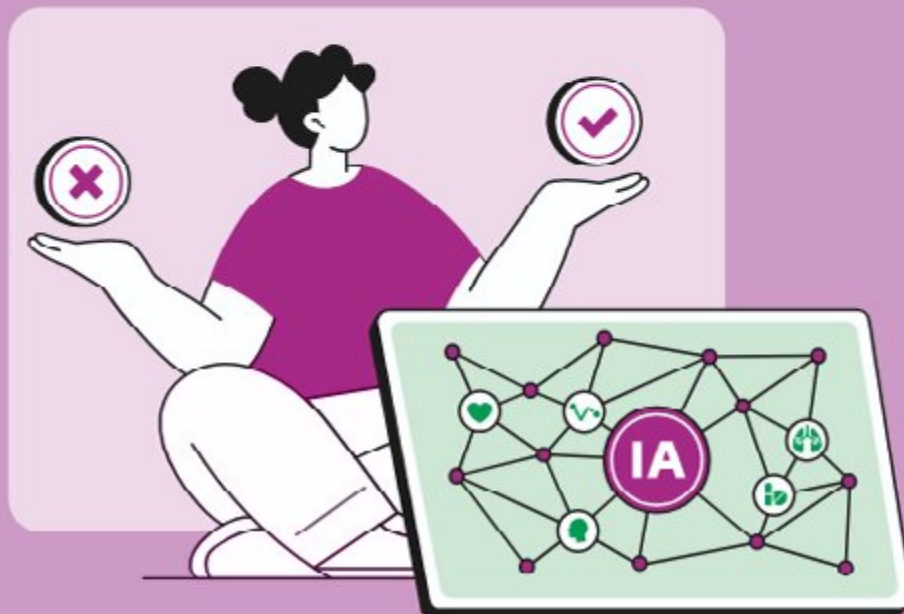
Guide d'implémentation de l'éthique dans les systèmes d'IA en santé
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en PDF)



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

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Délégation au numérique
en santé



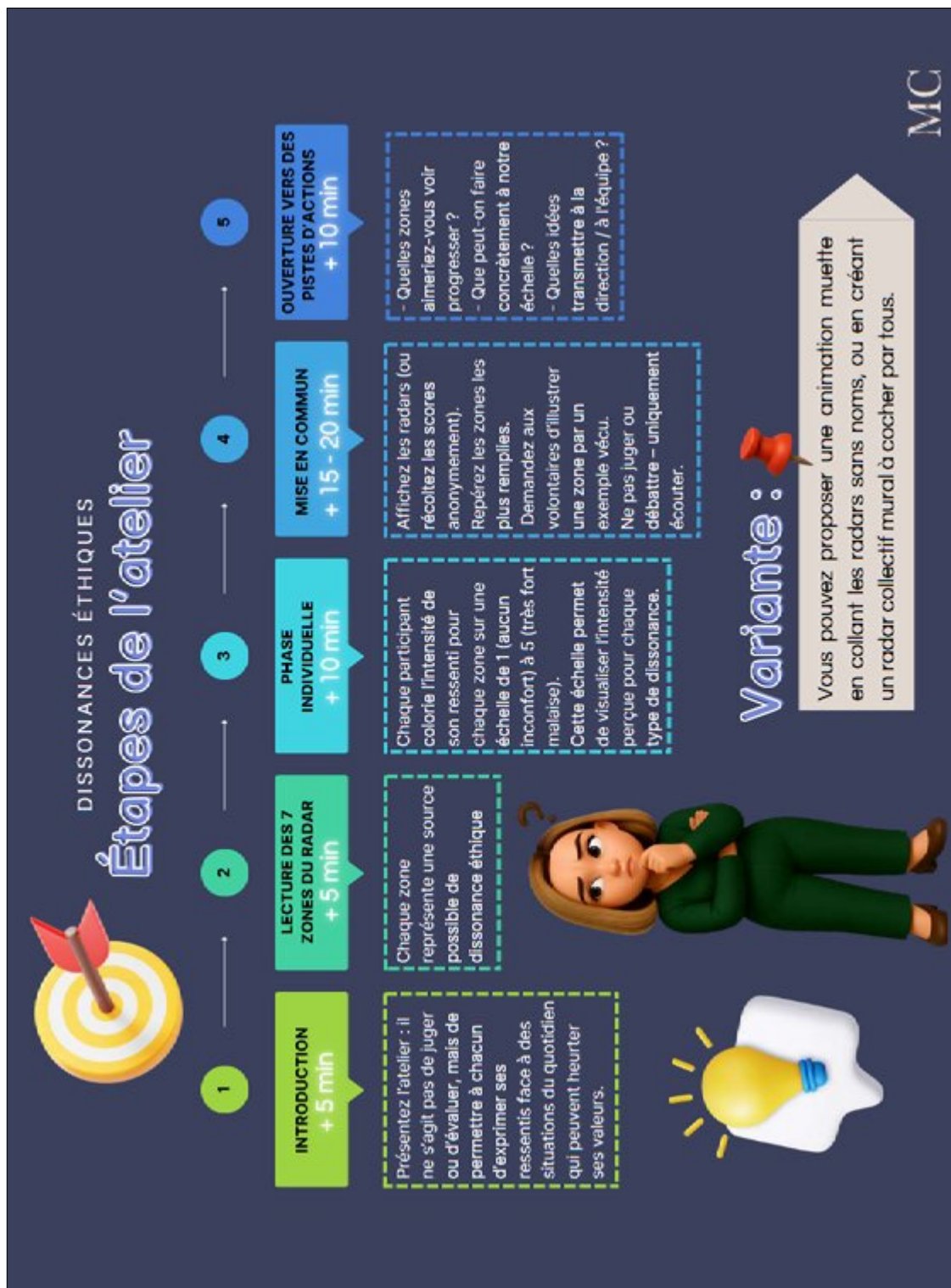
Guide d'implémentation de l'éthique dans les systèmes d'intelligence artificielle en santé

TRAVAUX DU GT3 DE LA CELLULE ÉTHIQUE
DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ
DÉLÉGATION AU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

JUILLET 2025

Atelier d'identification et de gestion des dissonances éthiques en équipe

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



Guide adapté: les RBPP concernant la santé des personnes en situation de handicap
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en PDF)



Rouages et mécanismes

La CDAPH

Un pivot pour l'accès aux droits et à l'autonomie des personnes en situation de handicap

Dans le paysage complexe des dispositifs sociaux et médico-sociaux, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) occupe une place centrale et déterminante.

Plus qu'une simple instance administrative, elle est un véritable pivot de l'accès aux droits et aux prestations pour les personnes en situation de handicap et leurs familles.

Son rôle, souvent méconnu, est pourtant essentiel pour améliorer la qualité de vie, favoriser l'inclusion sociale et professionnelle, et garantir l'autonomie de celles et ceux qui rencontrent des difficultés liées à un handicap. Dans ce type de contexte, la CDAPH intervient pour :

- Evaluer les besoins ;
- Reconnaître les droits ;
- Orienter vers les solutions les plus adaptées.

De par ses missions, elle est donc la porte d'entrée vers un ensemble d'aides et de services qui peuvent faire une réelle différence dans le quotidien des personnes vulnérables.

C'est une **instance collégiale**, composée de représentants de différents horizons : le Conseil Départemental, l'État, les organismes de protection sociale (CAF, CPAM, MSA...), mais aussi et surtout, des associations de personnes handicapées et de leurs familles.

Cette composition plurielle garantit une prise en compte globale des besoins et des attentes, ainsi qu'une expertise diversifiée pour éclairer les décisions.

Au cœur de sa mission, la CDAPH a pour objectif de garantir l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté, ainsi que l'exercice de la liberté de choix des personnes en situation de handicap.

Elle se prononce sur des demandes variées, allant de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), en passant par la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) et l'orientation scolaire ou professionnelle.

Chacune de ses décisions est prise après un examen attentif du dossier et une évaluation personnalisée des besoins.

Cependant, les démarches à effectuer peuvent parfois sembler complexes et déroutantes. Le jargon administratif, les formulaires à remplir et les pièces justificatives à fournir constituent autant d'obstacles qui peuvent décourager les personnes concernées. C'est pourquoi il est essentiel de bien en comprendre le fonctionnement, les missions et les différentes étapes à suivre pour la solliciter. C'est le but de ce grand focus.

1) Qu'est-ce que la CDAPH ?

La CDAPH est une **instance décisionnaire unique**, créée par [la loi du 11 février 2005](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Elle est présente dans chaque département, au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Plus qu'une simple commission, la CDAPH est l'organe central chargé de prendre les décisions concernant l'ensemble des droits et des prestations destinés aux personnes en situation de handicap. Elle est compétente pour se prononcer sur :

- **L'attribution des aides financières** : AAH, PCH, Etc.
- **La reconnaissance de statuts** : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), Carte Mobilité Inclusion (CMI), Etc ;
- **L'orientation** : vers un établissement ou service médico-social, vers un dispositif d'insertion professionnelle, vers un parcours scolaire adapté, Etc. ;
- **L'attribution de prestations spécifiques** : prestations liées au logement, au transport, à la scolarisation, Etc.

En résumé, la CDAPH est le **guichet unique** pour l'ensemble des demandes liées au handicap. Elle centralise les informations, évalue les besoins et prend les décisions en fonction de la situation de chaque personne.

A) La composition de la CDAPH

La CDAPH est une **instance collégiale**, composée de représentants de différentes institutions et associations :

- Le Conseil Départemental : le Président du Conseil Départemental ou son représentant préside la CDAPH ;
- L'État : des représentants des services de l'État (Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DDETS, Rectorat, Etc.) participent aux travaux de la commission ;
- Les organismes de protection sociale : des représentants de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), Etc., siègent également à la CDAPH ;
- Les associations de personnes handicapées et de leurs familles : c'est un point essentiel car la présence des associations garantit la prise en compte de la voix des personnes concernées et de leurs proches. Elles apportent leur expertise, leur vécu et leurs revendications ;
- Des experts : des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, Etc., peuvent être sollicités pour apporter leur expertise sur des dossiers spécifiques.

Cette composition plurielle garantit une vision globale et équilibrée des situations, ainsi qu'une expertise diversifiée pour éclairer les décisions.

B) Le fonctionnement de la CDAPH

Le fonctionnement de la CDAPH peut être schématisé en plusieurs étapes :

- ◇ Dépôt de la demande : la personne en situation de handicap (et/ou son représentant légal) dépose un dossier de demande auprès de la MDPH ;
- ◇ Réception et enregistrement du dossier : la MDPH accuse réception du dossier et vérifie qu'il est complet ;
- ◇ Évaluation : une équipe de la MDPH évalue les besoins de la personne, en tenant compte de sa situation personnelle, familiale, sociale, scolaire ou professionnelle. Cette évaluation peut comprendre des entretiens, des examens médicaux, des visites à domicile, Etc.

- ◇ Élaboration d'un plan de compensation : sur la base de l'évaluation, l'équipe pluridisciplinaire élabore un plan de compensation personnalisé, qui propose des mesures adaptées aux besoins de la personne ;
- ◇ Présentation du dossier à la CDAPH : le dossier, accompagné du plan de compensation, est présenté à la CDAPH ;
- ◇ Décision de la CDAPH : la CDAPH examine le dossier et prend une décision, en se basant sur les critères définis par la loi et la réglementation. La décision est motivée et notifiée à la personne concernée ;
- ◇ Mise en œuvre de la décision : la MDPH assure la mise en œuvre de la décision de la CDAPH, en collaboration avec les partenaires concernés.

Un élément central pour les prises de décision de la CDAPH est **le taux d'incapacité**. Il est réellement essentiel de bien comprendre cette notion.

C) Le taux d'incapacité

Le taux d'incapacité est une notion centrale dans le processus d'évaluation des droits et des prestations pour les personnes en situation de handicap.

Il est utilisé par la CDAPH pour déterminer l'éligibilité à certaines aides, notamment l'AAH et la PCH. Comprendre sa définition, son mode de calcul et sa différence avec d'autres notions similaires est essentiel pour faire valoir ses droits.

Définition légale et portée du taux d'Incapacité

Définition : le **taux d'incapacité** (parfois appelé "**taux d'incapacité permanente partielle**" ou IPP) représente la mesure de la réduction de capacité d'une personne à accomplir les activités courantes de la vie quotidienne, en raison d'une ou plusieurs déficiences physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques.

Base juridique : la notion de taux d'incapacité est définie par [la loi du 11 février 2005](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Objectif : l'objectif du taux d'incapacité est de quantifier l'impact du handicap sur la vie de la personne, afin de déterminer son besoin d'aides et de prestations. Il permet d'évaluer de manière objective les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité résultant du handicap.

Utilisation : le taux d'incapacité est utilisé pour :

- Déterminer l'éligibilité à l'AAH : un taux d'incapacité d'au moins 80 % est généralement requis pour bénéficier de l'AAH. **Un taux compris entre 50 % et 79 % peut également ouvrir droit à l'AAH**, sous certaines conditions ;
- Évaluer les besoins pour la PCH : le taux d'incapacité est un élément pris en compte pour évaluer les besoins de la personne et déterminer les aides à attribuer dans le cadre de la PCH ;

- Orienter vers des dispositifs adaptés : le taux d'incapacité peut également être utilisé pour orienter la personne vers des établissements ou services médico-sociaux adaptés à ses besoins.

Distinction entre incapacité et invalidité

Il est important de distinguer le taux d'incapacité du taux d'invalidité, car ces deux notions sont souvent confondues.

Bien qu'elles mesurent toutes les deux une perte de capacité, elles se réfèrent à des contextes différents :

Notion	Taux d'incapacité	Taux d'invalidité
Domaine d'application	Droits des personnes en situation de handicap (MDPH).	Sécurité sociale (CPAM, MSA).
Objectif	Mesurer l'impact du handicap sur la vie quotidienne et l'autonomie de la personne.	Mesurer la perte de capacité de travail d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident non professionnel.
Conséquences	Ouvre droit à des prestations spécifiques pour les personnes en situation de handicap (AAH, PCH, RQTH, Etc.).	Ouvre droit à une pension d'invalidité, destinée à compenser la perte de revenus liée à l'incapacité de travailler.
Critères d'évaluation	Déficiences, limitations d'activité, restrictions de participation, rapport à l'environnement.	Capacité de travail restante, aptitude à exercer une activité professionnelle.
Barème utilisé	Document propre à la MDPH: "Guide Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités"	Document propre à la CPAM: "Barème indicatif d'invalidité de la Sécurité sociale".
Origine de l'atteinte	Elle peut être congénitale (présente dès la naissance) ou acquise (résultant d'une maladie, d'un accident, Etc.).	Elle résulte obligatoirement d'une maladie ou d'un accident non professionnel.
Organisme compétent	Equipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la CDAPH (au sein de la MDPH).	Médecin-conseil de la CPAM ou de la MSA.

En résumé :

- Le taux d'incapacité concerne les personnes handicapées et leur donne accès à des droits spécifiques ;
- Le taux d'invalidité concerne les personnes malades ou accidentées et leur donne droit à une pension pour compenser la perte de revenus.



D) Critères et méthode d'évaluation du taux d'incapacité

L'évaluation du taux d'incapacité est réalisée par un médecin de la CDAPH, en se basant sur un examen approfondi du dossier médical de la personne et, si nécessaire, sur un examen clinique.

Le médecin utilise un outil de référence : le "Guide Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités".

Ce guide est un document officiel qui liste les différentes déficiences et maladies, et qui attribue à chacune d'elles un **pourcentage d'incapacité**. Ce pourcentage est déterminé en fonction de la gravité de la déficience et de son impact sur la vie quotidienne de la personne.

- Le "Guide Barème" est mis à jour régulièrement pour tenir compte des évolutions médicales et des nouvelles connaissances sur le handicap ;
- C'est un outil d'aide à la décision, mais il ne suffit pas à lui seul pour déterminer le taux d'incapacité. Le médecin doit également prendre en compte la situation individuelle de la personne, son environnement et ses aspirations.

En effet, l'évaluation du taux d'incapacité repose sur une approche globale qui prend en compte différents critères:

- ◇ Les déficiences : il s'agit des altérations des fonctions organiques ou psychiques de la personne (par exemple, une déficience visuelle, une déficience auditive, une déficience motrice, une déficience intellectuelle, Etc.) ;
- ◇ Les limitations d'activité : il s'agit des difficultés rencontrées par la personne pour réaliser des activités de la vie quotidienne (par exemple, se laver, s'habiller, se déplacer, communiquer, travailler, Etc.) ;
- ◇ Les restrictions de participation : il s'agit des difficultés rencontrées par la personne pour participer à la vie sociale (par exemple, aller au cinéma, pratiquer un sport, participer à des activités culturelles, Etc.) ;
- ◇ L'environnement : l'environnement de la personne (familial, social, professionnel) peut avoir un impact positif ou négatif sur sa capacité à surmonter son handicap. Il est donc important de le prendre en compte lors de l'évaluation.

Exemples concrets d'évaluation par l'EPE

◇ Déficience visuelle

Une personne atteinte d'une cécité totale sera généralement reconnue avec un taux d'incapacité de 80 % ou plus. Ce taux élevé reflète l'impact majeur de la cécité sur la vie quotidienne de la personne (difficulté à se déplacer, à lire, à travailler, Etc.).

Une personne atteinte d'une baisse importante de la vision (par exemple, une acuité visuelle de 1/10^{ème} avec correction) pourra se voir attribuer un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 %. Ce taux tiendra compte de l'impact de la baisse de vision sur ses activités (difficulté à conduire, à lire, à utiliser un ordinateur, Etc.).

◇ Déficience motrice

Une personne atteinte d'une paraplégie sera généralement reconnue avec un taux d'incapacité de 80 % ou plus. Ce taux élevé reflète l'impossibilité de se déplacer de manière autonome et la nécessité d'utiliser un fauteuil roulant.

Une personne atteinte d'une hémip légie pourra se voir attribuer un taux d'incapacité variable, en fonction de la gravité de l'atteinte et de son impact sur ses activités. Le taux pourra être compris entre 50 % et 79 %, voire supérieur à 80 % dans les cas les plus sévères.

◇ Déficience intellectuelle

Une personne atteinte d'une déficience intellectuelle sévère sera généralement reconnue avec un taux d'incapacité de 80 % ou plus. Ce taux élevé reflète les difficultés importantes rencontrées pour comprendre, apprendre, communiquer et vivre de manière autonome.

Une personne atteinte d'une déficience intellectuelle légère pourra se voir attribuer un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 %. Ce taux tiendra compte des difficultés rencontrées pour s'insérer professionnellement et socialement.

◇ Troubles psychiques

L'évaluation du taux d'incapacité en cas de troubles psychiques est plus complexe, car elle dépend de la nature et de la gravité des troubles, de leur impact sur la vie quotidienne et de la réponse aux traitements. Le taux variera en fonction de la manière dont le trouble gêne ou invalide la personne au quotidien.

Importance du certificat médical détaillé

Pour que le taux d'incapacité soit évalué de manière juste et précise, il est essentiel de fournir un certificat médical détaillé et complet, établi par le médecin traitant ou un spécialiste.

Ce certificat doit :

- Décrire précisément les déficiences de la personne, en indiquant leur nature, leur gravité et leur évolution ;
- Préciser les limitations d'activité et les restrictions de participation qui en résultent ;
- Indiquer les traitements suivis et leur efficacité ;
- Fournir tous les éléments permettant d'apprécier l'impact du handicap sur la vie quotidienne de la personne (par exemple, difficultés pour se déplacer, pour communiquer, pour travailler, pour étudier, Etc.) ;
- Joindre les examens complémentaires pertinents (radiographies, bilans, tests psychologiques, Etc.).

Un certificat médical précis et complet permettra au médecin de la CDAPH d'évaluer le taux d'incapacité de manière objective et de prendre une décision éclairée.

Les recours possibles

Si la personne est en désaccord avec le taux d'incapacité attribué par la CDAPH, elle a la possibilité d'exercer des recours, **à réaliser dans un ordre précis** :

- Conciliation : la personne peut demander une conciliation auprès de la MDPH, afin de trouver un accord avec la CDAPH ;
- Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) : si la conciliation n'aboutit pas, la personne peut déposer un RAPO auprès de la CDAPH, en expliquant les motifs de son désaccord ;
- Recours Contentieux : si le RAPO est rejeté, la personne peut saisir le tribunal compétent (tribunal administratif) pour contester la décision de la CDAPH.

Il est important de respecter les délais pour exercer ces recours (généralement deux mois à compter de la notification de la décision). Il est également conseillé de se faire accompagner par un avocat ou une association spécialisée pour préparer les choses.



Disponibilité du Guide Barème

Le "Guide Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités" n'est pas considéré comme un document public et n'est donc pas librement accessible.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette restriction :

- ◇ Complexité du document : le Guide Barème est un document technique et complexe, qui nécessite des connaissances médicales pour être correctement interprété et utilisé. Sa consultation par des personnes non professionnelles pourrait entraîner des erreurs d'interprétation et des conclusions erronées ;
- ◇ Risque d'auto-évaluation : l'accès libre au guide pourrait inciter les personnes à s'auto-évaluer et à se considérer (ou non) comme handicapées sans avis médical, ce qui pourrait avoir des conséquences négatives sur leur parcours de soins et leur accès aux droits ;
- ◇ Protection des données médicales : le guide contient des informations médicales sensibles, dont la diffusion pourrait porter atteinte au respect de la vie privée des personnes par des évaluations "sauvages" des proches, des employeurs ou des administrations.

Comment obtenir des informations sur le Guide Barème ?

Bien que le Guide Barème ne soit pas accessible au grand public, il est possible d'obtenir des informations sur son contenu et son utilisation :

- ◇ Auprès de la MDPH : la MDPH peut fournir des informations générales sur les critères d'évaluation du taux d'incapacité et sur les éléments pris en compte par la CDAPH pour prendre ses décisions ;
- ◇ Auprès du médecin traitant : le médecin traitant peut expliquer comment le Guide Barème est utilisé pour évaluer une situation et donner une estimation du taux d'incapacité de son patient ;
- ◇ Auprès d'associations spécialisées : les associations de personnes handicapées peuvent informer sur les droits et accompagner les démarches auprès de la MDPH. Elles peuvent également aider à comprendre les critères d'évaluation.

2) Les demandes courantes traitées par la CDAPH

La CDAPH est compétente pour examiner un large éventail de demandes, visant à répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.

A) L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

L'AAH est une **prestation financière** destinée à assurer un revenu minimum aux personnes en situation de handicap qui ne peuvent pas travailler ou qui ont des difficultés à trouver (ou conserver) un emploi en raison de leur handicap. Elle vise à leur permettre de vivre dignement et de faire face aux dépenses liées à leur handicap.

Cette prestation n'est pas née en une seule démarche. Elle est le fruit d'une longue histoire de revendications et d'améliorations successives, visant à garantir un revenu minimum aux personnes en situation de handicap :

- Avant l'AAH : avant la création de l'AAH en 1975, il existait des dispositifs d'aide aux personnes en situation de handicap, mais ils étaient souvent insuffisants et peu coordonnés. Les associations de personnes handicapées ont joué un rôle essentiel pour faire reconnaître leurs besoins spécifiques ;
- 1975 : l'AAH a été créée par [la loi du 30 juin 1975](#). Elle a marqué une avancée majeure dans la reconnaissance des droits des personnes handicapées, en leur garantissant un revenu minimum pour vivre dignement ;
- Évolutions successives : depuis sa création, l'AAH a fait l'objet de nombreuses améliorations, visant à :
 - * Revaloriser son montant: le montant de l'AAH a été régulièrement revalorisé pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie ;
 - * Améliorer les conditions d'attribution : les conditions d'attribution de l'AAH ont été assouplies pour l'ouvrir à un plus grand nombre de personnes ;
 - * Faciliter le cumul avec les revenus d'activité : les règles de cumul de l'AAH avec les revenus d'activité ont été assouplies pour aider les personnes en situation de handicap à travailler.
 - * Faciliter la vie conjugale: en supprimant les revenus du conjoint des ressources de la personne, celle-ci n'est plus assujettie à choisir entre son couple et le maintien de son allocation.

Evolutions législatives

Les grandes étapes législatives de l'AAH :

- 1975 : création de l'AAH par [la loi du 30 juin 1975](#) ;
- 1996 : création de la Majoration pour la Vie Autonome (MVA), versée aux personnes qui bénéficient de l'AAH à taux plein et qui disposent d'un logement indépendant ;
- 2005 : [la loi du 11 février 2005](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, vient renforcer les droits des personnes et améliore l'accès à l'AAH ;
- 2019 : suppression progressive de la prise en compte des revenus du conjoint pour le calcul de l'AAH ("déconjugalisation de l'AAH").

Méthode de calcul de l'AAH

Le montant de l'AAH est calculé de manière différentielle, ce qui signifie qu'il tient compte des ressources de la personne bénéficiaire.

Le montant de l'AAH versé est égal à la différence entre le montant maximum de l'AAH et le montant des ressources de la personne :

Ressources prises en compte : les ressources prises en compte pour le calcul de l'AAH sont notamment :

- ◇ Les revenus d'activité (salaires, revenus non salariés) ;
- ◇ Les pensions (retraite, invalidité) ;
- ◇ Les allocations chômage ;
- ◇ Les revenus de capitaux mobiliers (intérêts, dividendes) ;
- ◇ Les revenus fonciers (loyers).

Certaines ressources ne sont pas prises en compte :

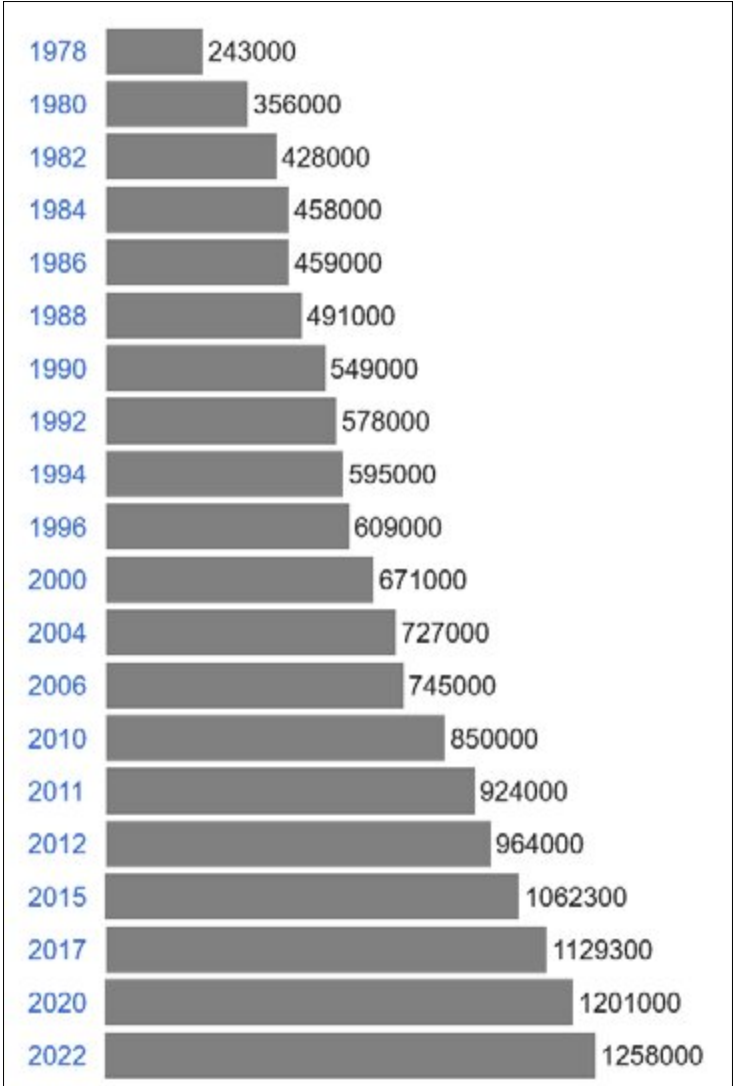
- ◇ Les prestations familiales ;
- ◇ L'aide personnalisée au logement (APL) ;
- ◇ La prestation de compensation du handicap (PCH).

Exemple de calcul

Une personne en situation de handicap a un revenu d'activité de 500 € par mois. Si le montant maximum de l'AAH est de 1000 € par mois, alors celui qui lui sera versé atteindra 500 € (1000 € - 500 € = 500 €).

Evolution du montant et du nombre de bénéficiaires de l'AAH

Année de référence	Montant de l'AAH à taux plein
2003	577,92 €
2004	587,74 €
2005	599,49 €
2006	610,28 €
2007	621,27 €
2008	652,6 €
2009	681,63 €
2010	711,95 €
2011	743,62 €
2012	776,59 €
2013	790,18 €
2014	800,45 €
2015	807,65 €
2016	808,46 €
2017	810,89 €
2018	860 €
2019	900 €
2020	902,70 €
2021	903,60 €
2022	956,65 €
2023	971,37 €
2024	1016,05 €
2025	1033,32 €



Différences entre l'AAH et le RSA

Il est important de bien distinguer l'AAH des autres prestations sociales, notamment le Revenu de Solidarité Active (RSA), car les conditions d'attribution, les objectifs et les modalités de cumul sont différents :

Notion	AAH	RSA
Objectif principal	Garantir un revenu minimum aux personnes en situation de handicap qui ne peuvent pas travailler ou qui ont des difficultés à trouver ou conserver un emploi en raison de ce handicap.	Lutter contre la pauvreté et favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes sans ressources ou dont les ressources sont faibles.
Conditions d'attribution	Avoir au moins 20 ans (ou 16 ans si émancipé). Résider en France de manière stable et régulière. Avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 %, ou, si le taux est compris entre 50 % et 79 %, avoir une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi*. Ne pas dépasser certains plafonds de ressources.	Avoir au moins 25 ans (sauf exceptions). Résider en France de manière stable et régulière. Ne pas dépasser certains plafonds de ressources. Être disponible pour rechercher un emploi ou suivre une formation (sauf exceptions).
Public cible	Personnes en situation de handicap.	Personnes sans ressources, ou ayant des ressources faibles selon plafond.
Nature de la prestation	Prestation spécifique au handicap.	Prestation sociale de droit commun.
Cumul éventuel	L'AAH peut être cumulée avec d'autres prestations sociales ou avec des revenus issus de l'emploi, dans certaines limites. Le cumul avec le RSA est possible, mais le montant du RSA est réduit du montant de l'AAH.	Le RSA peut être cumulé avec d'autres prestations sociales, dans certaines limites. Le cumul avec l'AAH est possible, mais le montant du RSA est réduit du montant de l'AAH.
Points de vigilance	L'AAH est versée en raison du handicap. Le RSA est versé en raison de l'absence de ressources. L'AAH n'a pas vocation à être considérée comme une augmentation du RSA.	Le RSA est une prestation de dernier recours relativement faible, mais elle ne peut être augmentée de l'AAH qu'en cas de handicap.

* Si le taux d'incapacité est entre 50 % et 79 %, la CDAPH doit évaluer si la personne rencontre des difficultés importantes et durables pour trouver ou conserver un emploi en raison de son handicap. Cette évaluation prend en compte différents éléments, tels que les compétences de la personne, son expérience professionnelle, les aménagements de poste nécessaires, Etc.



B) La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

La RQTH est une **décision administrative** qui reconnaît à une personne la qualité de travailleur handicapé. Elle permet de bénéficier de mesures spécifiques pour faciliter son accès à l'emploi et son maintien dans l'emploi.

Définition et objectifs

La RQTH est accordée aux personnes dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques.

La RQTH a pour objectifs de :

- Faciliter l'accès à l'emploi des personnes ;
- Favoriser leur maintien dans l'emploi ;
- Compenser les désavantages liés au handicap dans le domaine professionnel.

Intérêt de la RQTH

La RQTH ouvre droit à un certain nombre d'avantages :

- Accès aux dispositifs d'aide à l'emploi : les personnes ayant la RQTH peuvent bénéficier de l'accompagnement de Pôle Emploi, de Cap Emploi ou d'autres organismes spécialisés dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;
- Priorité d'accès aux formations : les personnes peuvent bénéficier d'une priorité d'accès aux formations professionnelles, afin de développer leurs compétences et d'améliorer leur employabilité ;
- Aménagements de poste : l'employeur a l'obligation de prendre des mesures appropriées pour permettre aux personnes d'exercer leur emploi dans des conditions optimales. Ces mesures peuvent consister en des aménagements de poste, des adaptations du matériel, des horaires de travail aménagés, Etc.

- Aides financières : l'employeur peut bénéficier d'aides financières pour l'embauche et le maintien dans l'emploi des personnes ;
- Accès à la fonction publique : les personnes peuvent accéder à la fonction publique par concours aménagé ou par recrutement contractuel spécifique ;
- Autres avantages : la RQTH peut également ouvrir droit à d'autres avantages, tels que des aides au transport, des aides au logement, des réductions d'impôts, Etc.

Évaluation du dossier

L'évaluation du dossier de demande de RQTH comprend plusieurs étapes :

- Examen du formulaire de demande et des pièces justificatives : la MDPH vérifie que le formulaire est correctement rempli et que toutes les pièces justificatives sont fournies (certificat médical, description du poste de travail, Etc.) ;
- Évaluation des capacités et des difficultés : la CDAPH évalue les capacités de la personne à exercer une activité professionnelle, ainsi que les difficultés qu'elle rencontre en raison de son handicap. Cette évaluation peut se faire sur la base d'un entretien avec la personne, d'un examen de son parcours professionnel, de l'avis de professionnels de l'insertion, Etc. ;
- Décision de la CDAPH : la CDAPH prend une décision en fonction de l'ensemble de ces éléments. Si la demande est acceptée, elle notifie la RQTH à la personne.

En cas de désaccord de la personne vis-à-vis de la décision de la CDAPH, il est possible d'introduire une demande de conciliation, un RAPO ou même un recours auprès du tribunal administratif (CF. parties précédentes).

Durée de la RQTH

La RQTH est attribuée pour une durée déterminée, qui varie en fonction de la situation de la personne. Elle peut être renouvelée sur demande.

L'évolution actuelle des droits rend désormais possible son attribution à vie. Cet usage commence à se déployer peu à peu sur le territoire national.

C) La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est une **aide financière** destinée à couvrir les dépenses liées au handicap. Elle vise à permettre aux personnes handicapées de vivre comme les autres, en leur offrant la possibilité de compenser les limitations liées à leur handicap.

Définition et objectifs

La PCH est une **prestation individualisée**, ce qui signifie qu'elle est adaptée aux besoins spécifiques de chaque personne.

Elle est versée par le département et est destinée à financer différentes formes d'aides :

- Aide humaine : pour rémunérer une personne qui aide la personne dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, Etc.) ;
- Aide technique : pour acquérir du matériel adapté (fauteuil roulant, prothèse, Etc.) ;
- Aménagement du logement : pour adapter le logement aux besoins de la personne (élargissement des portes, installation d'une rampe d'accès, adaptation des sanitaires, Etc.) ;
- Aménagement du véhicule : pour adapter le véhicule aux besoins de la personne (transformation du poste de conduite, installation d'un siège adapté, Etc.) ;
- Aides spécifiques ou exceptionnelles : pour financer des dépenses spécifiques liées au handicap (frais de transport, frais de communication, éducation animale, Etc.).

Conditions d'attribution

Pour bénéficier de la PCH, il faut remplir les conditions suivantes :

- Résidence : résider en France de manière stable et régulière ;
- Âge : les conditions d'âge varient en fonction du type d'aide demandée ;
- Handicap : rencontrer des difficultés importantes dans la réalisation des activités essentielles de la vie quoti-



- dienne (mobilité, alimentation, hygiène, communication, Etc.). Ces difficultés doivent être liées à un handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique ;
- Ressources : les ressources de la personne sont prises en compte pour le calcul du montant de la PCH. Toutefois, **certaines aides (aide humaine, aide technique) sont attribuées sans conditions de ressources.**

Evaluation du dossier

L'évaluation du dossier de demande de PCH comprend plusieurs étapes :

- Examen du formulaire de demande et des pièces justificatives : la MDPH vérifie que le formulaire est correctement rempli et que toutes les pièces justificatives sont fournies (devis, factures, certificats médicaux, Etc.) ;
- Évaluation des besoins : une équipe pluridisciplinaire de la MDPH évalue les besoins de la personne, en se rendant à son domicile si nécessaire. L'équipe évalue les difficultés rencontrées dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, ainsi que les aides nécessaires pour compenser ces difficultés ;
- Élaboration d'un plan de compensation : Sur la base de l'évaluation des besoins, l'équipe pluridisciplinaire élabore un plan personnalisé de compensation (PPC), qui précise les aides attribuées et leur montant ;
- Décision de la CDAPH : la CDAPH prend une décision en fonction de l'ensemble de ces éléments. Si la demande est acceptée, elle notifie le plan de compensation à la personne.

Montant et versement de la PCH

Le montant de la PCH varie en fonction des besoins de la personne et des tarifs des aides attribuées. Il est versé mensuellement par le département.

La PCH peut être cumulée avec d'autres aides, telles que l'AAH ou les aides au logement.

D) La Carte Mobilité Inclusion (CMI)

La Carte Mobilité Inclusion (CMI) est un **document officiel** qui vise à simplifier la vie quotidienne des personnes en situation de handicap, en leur permettant de bénéficier de certains droits et avantages.

Elle remplace depuis quelques années les anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement.

Histoire et objectifs

La CMI a été créée par la [loi du 17 août 2015](#) relative à la transition énergétique pour la croissance verte. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et a pour objectifs de :

- Simplifier les démarches des personnes en regroupant plusieurs droits et avantages sur une seule carte ;
- Lutter contre la fraude en sécurisant le dispositif et en limitant les risques de falsification ;
- Harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire national ;
- Faciliter l'accès aux transports, aux lieux ouverts au public et à certains services.

La CMI s'inscrit dans une démarche globale de simplification administrative et de modernisation des services publics.

Les différentes formes de la CMI

Il existe trois types de CMI, en fonction de la nature du handicap et des besoins de la personne :

• **CMI Invalidité :**

- ◇ Pour les personnes dont le taux d'incapacité est d'au moins 80 % (ou qui bénéficient d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie) ;
- ◇ Priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, les lieux ouverts au public et les salles d'attente ;
- ◇ Priorité dans les files d'attente ;
- ◇ Réductions tarifaires dans les transports, les musées, les cinémas et autres lieux de loisirs ;



- ◇ Abattement sur la taxe foncière (sous conditions de ressources) ;
- ◇ La mention "besoin d'accompagnement" peut être apposée sur la carte, si la personne a besoin de l'aide d'une tierce personne pour se déplacer ;
- ◇ **La CMI Invalidité peut être délivrée à titre permanent ou pour une durée déterminée**, en fonction de la nature du handicap.

• **CMI Priorité :**

- ◇ Pour les personnes dont le handicap réduit leur autonomie et nécessite une priorité d'accès aux places assises et aux files d'attente ;
- ◇ Priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, les lieux ouverts au public et les salles d'attente ;
- ◇ Priorité dans les files d'attente ;
- ◇ **La CMI Priorité est délivrée pour une durée déterminée**, généralement de 1 à 3 ans.

• **CMI Stationnement :**

- ◇ Pour les personnes atteintes d'un handicap qui réduit considérablement leur mobilité et qui rend difficile leur accès aux places de stationnement ordinaires ;
- ◇ Possibilité de se garer sur les places de stationnement réservées aux personnes handicapées ;
- ◇ Possibilité de bénéficier de certaines facilités de stationnement (par exemple, gratuité du stationnement sur certaines zones) ;
- ◇ **La CMI Stationnement est délivrée pour une durée déterminée, généralement de 1 à 3 ans.** Elle peut être renouvelée si les conditions d'attribution sont toujours remplies.

Critères d'attribution

Les critères d'attribution de la CMI varient en fonction du type de carte demandée :

- **CMI Invalidité** : le taux d'incapacité est le critère principal. Un taux d'au moins 80 % est généralement requis. La CDAPH peut également prendre en compte d'autres éléments, tels que la perte d'autonomie et la nécessité d'une aide humaine ;
- **CMI Priorité** : la CDAPH évalue si le handicap de la personne réduit son autonomie et nécessite une priorité d'accès aux places assises et aux files d'attente ;
- **CMI Stationnement** : la CDAPH évalue si le handicap de la personne réduit considérablement sa mobilité et rend difficile son accès aux places de stationnement ordinaires.

L'évaluation est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de la MDPH, qui prend en compte le dossier médical de la personne, son projet de vie et ses besoins spécifiques.

Comment obtenir la CMI ?

Pour obtenir la CMI, une demande doit être déposée auprès de la MDPH du département de résidence.

La demande peut être faite en ligne, par courrier ou sur place.

Le dossier de demande doit comprendre :

- Le formulaire de demande de CMI, que vous pouvez télécharger sur le site internet de la MDPH ;
- Un certificat médical datant de moins de 6 mois, rempli par le médecin traitant ou par un médecin spécialiste ;
- Une photocopie de la pièce d'identité (carte d'identité, passeport, titre de séjour) ;
- Un justificatif de domicile ;
- Une photo d'identité récente ;
- Tout autre document utile pour appuyer la demande (témoignages de proches, certificats de scolarité, des contrats de travail, Etc.).

La CDAPH examinera la demande et informera la personne de sa décision par courrier. Si la demande est acceptée, la CMI est envoyée par voie postale.

Utilisation et renouvellement

Utilisation : la CMI doit être présentée pour bénéficier des droits et avantages qu'elle confère. Elle peut être utilisée dans les transports en commun, les lieux ouverts au public, les parkings réservés, Etc.

Pour le stationnement, la loi précise qu'elle doit être "attribuée" et non "présentée". Ainsi, il n'est, en principe, pas possible de dresser un procès-verbal à une voiture qui ne la présente pas derrière son pare-brise. Il est tout de même conseillé de l'apposer pour éviter les démarches d'annulation d'amende auprès du tribunal de police.

Renouvellement : la CMI est délivrée pour une durée déterminée. Pour la renouveler, il est nécessaire de déposer une nouvelle demande auprès de la MDPH, en respectant les mêmes formalités que pour la demande initiale.

Il est conseillé de déposer la demande de renouvellement plusieurs mois avant la date d'expiration de la carte, afin d'éviter une interruption de droits.

Pour aller plus loin dans la connaissance du secteur médico-social et de ses instances



Santé

La HAS a publié, le 17 juin 2025, une recommandation pour la prévention des risques liés à la grossesse en proposant systématiquement un dépistage du cytomégalo-virus (CMV) à toutes les femmes enceintes dont le statut sérologique est inconnu ou négatif.

Cette nouvelle mesure, destinée à mieux protéger la santé foétale, a un impact direct sur les pratiques professionnelles au sein des ESSMS accompagnant des femmes enceintes.

Le cytomégalo-virus est un virus courant, transmis par les liquides pouvant entraîner des complications sévères pour le fœtus. Jusqu'à présent, aucun dépistage systématique n'était recommandé en France. Cette absence de recommandation s'expliquait par un manque de données suffisamment solides pour justifier une généralisation.

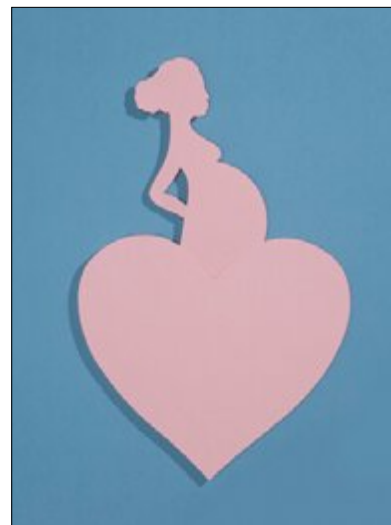
Face à l'évolution des connaissances scientifiques et aux attentes exprimées par les professionnels de santé, la HAS recommande désormais un dépistage systématique du CMV au 1^{er} trimestre pour toutes les femmes enceintes non immunisées.

Les ESSMS qui accompagnent des femmes enceintes, en particulier en situation de précarité, de handicap ou de vulnérabilité psychosociale, devront adapter leurs pratiques à cette nouvelle recommandation. Cela implique l'intégration de dépistage, la formation des professionnels et la sensibilisation des femmes enceintes.

La HAS insiste également sur l'importance de proposer une information claire, accessible et adaptée à chaque situation, y compris avec des outils en FALC si besoin.

La généralisation de ce dépistage fera l'objet d'une réévaluation au bout de trois ans, afin de mesurer son efficacité, de collecter de nouvelles données et d'ajuster les recommandations si nécessaire.

- » La recommandation est accessible en suivant [ce lien](#) ;
- » Les annexes de cette recommandation sont accessibles sur [celui-ci](#) ;
- » La feuille de route est indiquée sur [celui-là](#) ;
- » La méthode de l'étude concernant le vaccin Valaciclovir est proposée sur [ce lien](#).



La HAS a également mis à disposition des professionnels accompagnant les patients adultes une recommandation de bonne pratique sur la démarche diagnostique et la stratégie thérapeutique de la fibromyalgie.

En date du 10 juillet 2025, cette nouvelle recommandation de bonne pratique, mobilisable dans les ESSMS, a pour objectif de mieux comprendre, diagnostiquer et accompagner les personnes atteintes, à travers une prise en charge globale et individualisée.

Dans les ESSMS, la douleur chronique est un enjeu de plus en plus présent et la fibromyalgie reste encore aujourd'hui méconnue, souvent source de souffrance silencieuse. Les personnes accueillies, souvent en situation de vulnérabilité, peuvent être particulièrement impactées par ces symptômes. Un repérage précoce, une écoute attentive et une coordination pluridisciplinaire sont essentiels pour limiter les conséquences de cette pathologie sur l'autonomie et la qualité de vie.

La HAS propose à cet effet des outils utiles pour les équipes en ESSMS : auto-questionnaire, critères de diagnostic, algorithmes d'orientation, et un document d'information à remettre à la personne.

Ces outils visent à :

- Lutter contre l'errance médicale ;
- Prévenir les traitements inadaptés ;
- Valoriser les approches non médicamenteuses ;
- Renforcer l'autonomie et la participation des personnes accompagnées ;
- Réduire les risques liés aux vulnérabilités psychiques ou sociales.

La page suivante propose le lien vers ces RBPP, ainsi qu'une vidéo de la HAS sur le sujet (cliquer sur les images).

Fibromyalgie de l'adulte : stratégie thérapeutique graduée

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

RECOMMENDATION

Fibromyalgie de l'adulte : conduite diagnostique et stratégie thérapeutique

Validé par le Collège le 19 juin 2025

Proposed by: [David Smith](#)

- Plus fréquent jusqu'à stabilisation des symptômes.
- Puis si évolution favorable : suivi sous les 6 à 8 mois.
- Recours à d'autres médecins spécialistes, à une SDC pour avis, conseils, évaluation multidisciplinaire et pluriprofessionnelle, choix et accès à un traitement adapté, douleurs rebelles.

Évaluer régulièrement les effets des thérapies.

- État fonctionnel, activités de la vie quotidienne, maintien du travail.
- Douleurs, autres symptômes, humeur
- Qualité de vie

Création de la stratégie thérapeutique

- Débuter par des interventions de 1^{er} ligne puis compléter si besoin avec des interventions de 2^e ligne.
- Reconsidérer le maintien d'une ou plusieurs composantes de la stratégie thérapeutique.
- Compléter avec des interventions de 3^e ligne après évaluation et avis.

En première ligne : associer les interventions

Activité physique	Autogestion de la maladie	Maintien dans l'emploi	Problèmes de santé ou difficultés associées
- Conseils de maintien de l'activité physique du quotidien, pratique d'une activité physique régulière, comportements alimentaires - Programme d'APA¹ supervisé avec apprentissage en autonomie des niveaux d'APA¹ inférieurs et des difficultés pour pratiquer en autonomie et en sécurité - Programme de soins à visée préventive (GSM²) : difficultés persistantes du fonctionnement physique	- Conseils de simplification des activités quotidiennes - Coordonnée des prises de médicaments - Séances collectives de TSP³ - Travail de développer une autonomie dans la gestion de la maladie ou face à des difficultés - Interventions psychologiques spécialisées et structurées, à stratégies d'adaptation ou comportementales	- Encourager le maintien de l'activité professionnelle - Aider la maîtrise du GSM² : renforcement notable sur le TSP³ - Recherche d'aménagements avec le travail et l'employeur : les difficultés significatives ou eventuelles - Formation, orientation, RTT⁴, invalidité temporaire : si importance ou impossibilité d'aménager	- Réguler : évaluer, identifier, accompagner les troubles du sommeil - Troubles psychiques (anxiété, dépression, idées suicidaires, situations de surpoids ou de diabète) - Maladies chroniques, problèmes médicaux, situation à risque

En deuxième ligne en complément des interventions de 1^{re} ligne

Traitements médicamenteux : effet indésirable sur les douleurs	Autres interventions non médicamenteuses, sans effet indésirable sur les douleurs
- Identifier systématiquement message et risques associés des médicaments. - Réévaluer tolérance, efficacité ressentie, effets indésirables.	Suivi thérapeutique toujours associé à la Dérivation physique et à poursuivre en ambulatoire en cas de sévérité modérée de la douleur chronique et dans une phase stable de la maladie.
- Douleurs continues : traitement de fond par antidouleurs en antalgiques à faibles doses. - Douleurs incidentes : traitement ponctuel, limité ou long cours (paracétamol, voire AINS). - Récursus profonds au tramadol en traitement ponctuel des douleurs aiguës incidentes. - Respiration exceptionnelle du buprénorphine long cours et après une évaluation soignée. - Autres adjuvants non recommandés.	- Réévaluation, hypnose, méditation sous conditions de délivrance. - Formation adéquate des intervenants : définition du contenu et des modalités pratiques d'accompagnement par le patient.

En troisième ligne on complète de la 1^{re} ligne et si besoin de la 2^e ligne

Neurostimulation avec effets sur les douleurs localisées ou locorégionales Après avis pluridisciplinaire, l'EMS de type transcutané sous conditions et modalités de délivrance d'apprentissage après avis de non-contre-indication.	Neurostimulation avec effet général sur les douleurs et la qualité de vie Après avis SOC, CHU ou ICDSP pour disponibilité du matériel, personnel dédié et forme d'établissement de suivi après avis de non-contre-indication.
---	---

1. *Anda akan menggunakan alat ukur yang ada di sekitar rumah, ada apa saja yang ada di sekitar rumah? Apa saja alat ukur yang ada di sekitar rumah? Apa saja alat ukur yang ada di sekitar rumah?*

Fibromyalgie de l'adulte
Conduite diagnostique et
stratégie thérapeutique

www.Psyc-Source.fr

 $\times$ in f

July 2019

[Musique]

La fibromyalgie

Conduite diagnostique et stratégie thérapeutique

 @HauteAutoritedeSante [S'abonner](#)

La minute RECO | Fibromyalgie : conduite diagnostique et stratégie thérapeutique

L'ARS Île-de-France propose un guide original à destination des IDE et des AS/AES en EHPAD (mais aussi ailleurs).

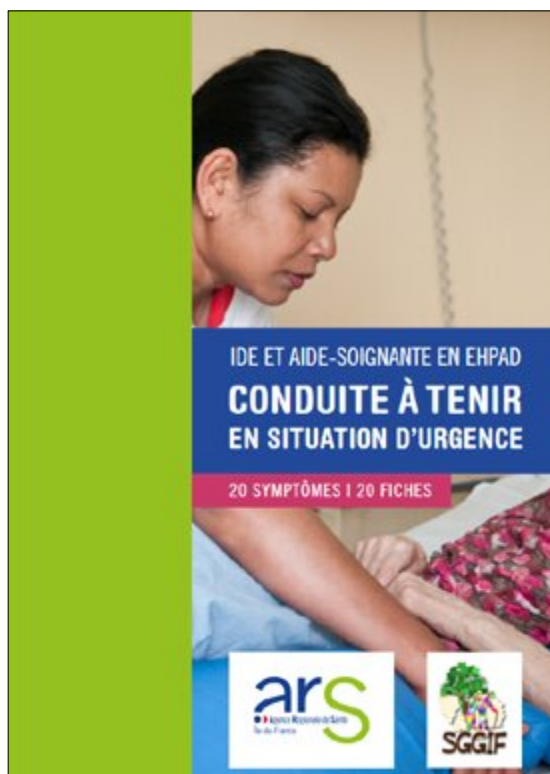
Ce guide offre une approche systématique pour gérer les situations d'urgence en l'absence de médecin. Il couvre 20 symptômes courants, chacun détaillé dans une fiche spécifique, et propose des protocoles clairs pour identifier les signes de gravité et agir rapidement.

Le document est le fruit d'une collaboration entre l'Agence régionale de santé Île-de-France et la Société de Gériatrie et de Gériatologie d'Île-de-France, avec la contribution de plus de 100 professionnels de santé.

Contenu et utilisation

Le guide commence par une fiche pivot, la fiche 0, qui décrit les signes de gravité généraux à rechercher dans toute situation d'urgence. Chaque fiche symptomatique suit une structure similaire : identification des signes de gravité, actions à mener par les aides-soignants et les accompagnants éducatifs et sociaux (AS & AES), et actions à mener par les infirmiers (IDE). Le guide insiste sur l'importance de la formation préalable à son utilisation et propose des contacts pour toute question relative au téléchargement ou au contenu du guide.

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



Rachel Revelard-Pellegrin propose une réflexion très intéressante au sujet de l'impact que peut avoir le décès d'un patient sur le professionnel de santé.

Intitulé ""Celui-là, je m'en souviendrai toute ma vie" : les patient·e·s que les soignant·e·s gardent en mémoire après leur mort, une approche de philosophie de terrain", son article humanise la relation soignant-soigné et montre l'importance de l'émotion dans la pratique des soins palliatifs.

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

Psycom propose un guide simple et efficace, permettant d'expliquer ce qu'est le trouble bipolaire au grand public.

Cette brochure peut permettre de lutter contre la discrimination et la stigmatisation en accroissant les connaissances sur ces pathologies très complexes.

- » La brochure est accessible sur [ce lien](#).

La santé mentale



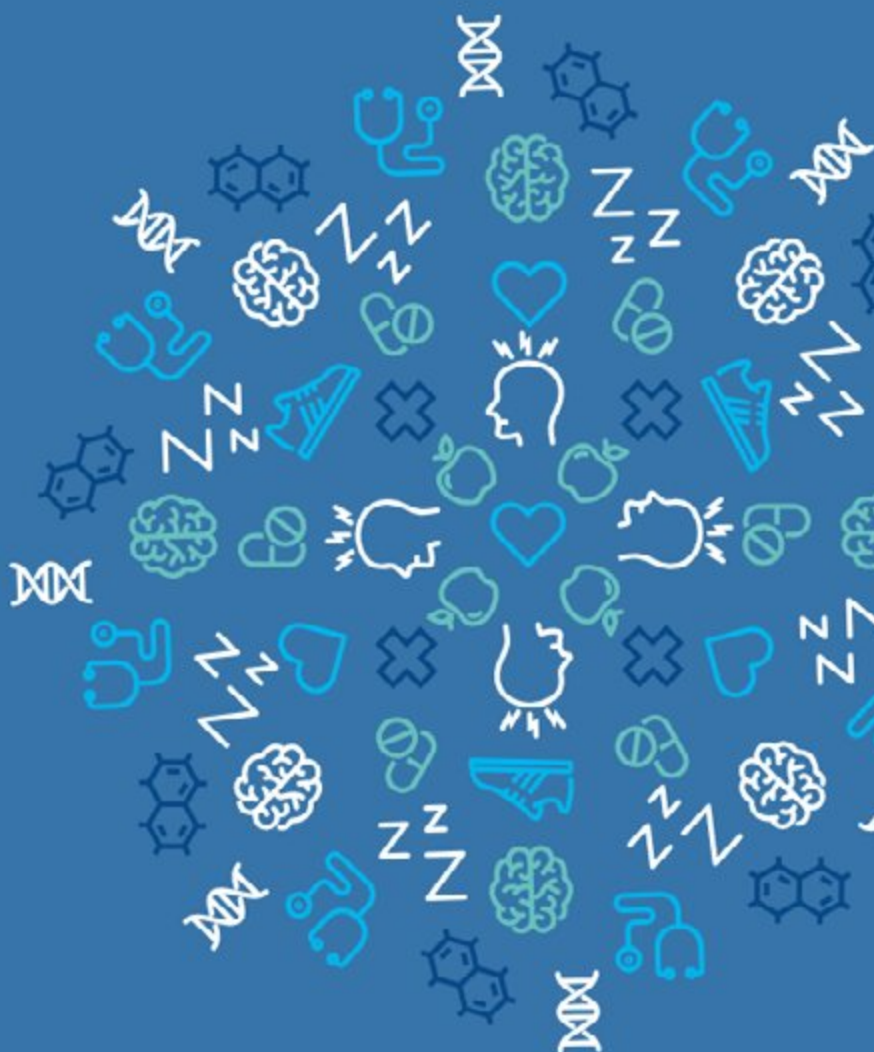
1. C'est quoi ?



Enquête "Bien-être et santé des étudiants 2024" (OVE)
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)



OBSERVATOIRE
NATIONAL
DE LA VIE
ÉTUDIANTE



ENQUÊTE BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DES ÉTUDIANT·ES 2024

Rachida Dati, ministre de la Culture, **Yannick Neuder**, ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux Soins, et **Charlotte Parmentier-Lecocq**, ministre déléguée chargée de l'Autonomie et du Handicap, signent une nouvelle convention interministérielle "Prévention par la culture".

Cette convention 2025 formalise une approche interministérielle pour intégrer l'art et la culture dans les parcours de soins, en réponse aux enjeux de santé mentale (grande cause nationale) et d'inclusion des personnes en situation de handicap.

Elle s'appuie sur un constat validé par l'OMS : l'art améliore le bien-être physique et mental, et favorise la bien-être. Le texte met en lumière la complémentarité entre secteurs culturel et sanitaire, avec un objectif clair : dépasser la logique de vulnérabilité pour reconnaître les droits culturels des patients et des aidants. Plus de 1.000 actions annuelles, portées par les DRAC et ARS, illustrent une dynamique territoriale déjà ancrée, mais qui peine encore à se structurer de manière pérenne dans certains établissements.

Recommandations et leviers

Les solutions proposées (commandes artistiques, résidences, expression des patients) sont pertinentes pour humaniser les lieux de soins et rompre l'isolement. Cependant, leur mise en œuvre dépendra de la capacité des établissements à s'approprier ces dispositifs, souvent perçus comme secondaires face aux impératifs médicaux.

Le volet formation, bien que mentionné, reste peu détaillé. Comment former les professionnels à l'accompagnement culturel ? Comment évaluer l'impact réel de ces actions sur la santé ? La convention gagne en cohérence en liant prévention, santé mentale et handicap, mais son succès reposera sur des financements stables et une gouvernance locale renforcée.

Points clés de la convention

- Innovation : intégration de l'art comme outil de prévention et de soin, notamment en santé mentale et pour les personnes en situation de handicap ;
- Structuration : 1.000 actions annuelles soutenues, avec un accent sur les résidences et commandes artistiques dans les établissements ;
- Inclusion : reconnaissance des droits culturels des patients et des aidants, au-delà de l'art-thérapie ;
- Gouvernance : rôle clé des DRAC et ARS pour déployer les actions sur les territoires.

Axes de progrès identifiés

- Opérationnalisation : clarifier les modalités de formation des professionnels (modules, référentiels) et les critères d'évaluation des projets ;
 - Financement : sécuriser des budgets dédiés pour éviter la précarité des initiatives locales ;
 - Outils : créer des kits méthodologiques (guides pour monter un projet culturel en établissement, grilles d'évaluation de l'impact) ;
 - Pilotage : instaurer des comités de suivi régionaux associant patients, artistes et soignants pour ajuster les dispositifs.
- » Le texte de la convention est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.
- » Le communiqué de presse l'est sur [celui-ci](#).



Fiche technique du Cn2R au sujet du traitement du TSPT (cliquer sur les images pour télécharger les documents en PDF)

Cn2r
Centre national
de référence
en traumatologie

Fiche pratique
Traitement du trouble de stress post-traumatique
Phase 1 - Stabilisation

Pourquoi un traitement par phases ?
Un traitement par phases est **essentiel** pour traiter le TSPT de manière **sécurisée** et **efficace**. Cette approche vise à **réduire les risques de ré-traumatisation** et à garantir que le patient ait accès à **affronter les souvenirs traumatiques de manière progressive**.

Recommandé par :
• ISTS (2020)
• NICE (2018)
• OMS (2013)
• Phobias (2020)
• MAND (2023)

Stabilisation → Traitement → Consolidation

Qu'est-ce que la phase de stabilisation ?
La phase de stabilisation est une étape essentielle dans le traitement du TSPT. Elle vise à aider les patients à **réduire le sentiment d'urgence** et à **gérer les symptômes liés au traumatisme** avant d'affronter les souvenirs traumatiques de manière progressive.

Objectifs :
• **Instaurer un sentiment de sécurité** : Créer un environnement sûr où le patient se sent protégé.
• **Apprendre des techniques** pour gérer les émotions intenses et les réactions de stress.
• **Renforcement des ressources personnelles** : Identifier et développer les forces et les compétences du patient pour faire face au stress.
• **Réduire les symptômes immédiats** : Anxiété, insomnie, irritabilité, etc.
• **Développer les compétences d'adaptation**.

Qui ?
La phase de stabilisation peut être menée par plusieurs professionnels qualifiés, à condition qu'ils soient **formés à la prise en charge du trouble de stress post-traumatique**.
• Psychologues cliniciens
• Psychiatres
• Psychomotriciens qualifiés dans des approches adaptées aux traumatismes (TCC, EMDR, etc.)
• Soins infirmiers formés en soins traumatiques
• Psychomotriciens des compétences pour la régulation corporelle
• Les accompagnements professionnels tels que le soutien, l'accompagnement, le soutien psychologique ne suffisent pas pour la stabilisation du TSPT.
• Les équipes de stabilisation ont une formation adéquate adéquate.

Durée
La durée de cette phase peut varier en fonction de la gravité des symptômes et de la capacité du patient à participer aux séances.
• TSPT : 4 à 8 semaines
• TSPT complexe : 8 à 12 semaines
• TSPT avec comorbidités : 12 à 16 semaines

Évaluation
Une évaluation initiale peut être utile pour évaluer l'efficacité des capacités de stabilisation.
• Symptômes TSPT (PCL-5)
• Symptômes de stress post-traumatique (PCL-5)
• Symptômes de stress post-traumatique (PCL-5)
• Symptômes de stress post-traumatique (PCL-5)
• Symptômes de stress post-traumatique (PCL-5)

Cn2r
Centre national
de référence
en traumatologie

Fiche pratique
Traitement du trouble de stress post-traumatique
Phase 2 : Traitement des souvenirs traumatiques

Pourquoi un traitement par phases ?
Un traitement par phases est **essentiel** pour traiter le TSPT de manière **sécurisée** et **efficace**. Cette approche vise à **réduire les risques de ré-traumatisation** et à garantir que le patient ait accès à **affronter les souvenirs traumatiques de manière progressive**.

Recommandé par :
• ISTS (2020)
• NICE (2018)
• OMS (2013)
• Phobias (2020)
• MAND (2023)

Stabilisation → Traitement → Consolidation

Qu'est-ce que la phase de traitement ?
La phase 2 du traitement du TSPT vise à **affronter les souvenirs traumatiques** et à **réduire les réactions émotionnelles** qui en découlent. Cette phase est menée par des professionnels qualifiés, à condition qu'ils soient **formés à la prise en charge du trouble de stress post-traumatique**.

Objectifs :
• **Réduire la charge émotionnelle associée aux souvenirs**
• **Intégrer les souvenirs dans une mémoire autobiographique cohérente**
• **Réduire les symptômes** (insomnie, irritabilité, etc.)
• **Améliorer les compétences d'adaptation** (évaluation, etc.)

Qui ?
La phase de traitement peut être menée par plusieurs professionnels qualifiés, à condition qu'ils soient **formés à la prise en charge du trouble de stress post-traumatique**.
• Psychologues cliniciens
• Psychiatres
• Psychomotriciens qualifiés dans des approches adaptées aux traumatismes (TCC, EMDR, etc.)
• Les accompagnements professionnels tels que le soutien, l'accompagnement, le soutien psychologique ne suffisent pas pour la stabilisation du TSPT.

Durée
La durée de cette phase peut varier en fonction de la gravité des symptômes et de la capacité du patient à participer aux séances.
• TSPT : 4 à 8 semaines
• TSPT complexe : 8 à 12 semaines
• TSPT avec comorbidités : 12 à 16 semaines

Conditions préalables
• Le patient a été évalué et jugé apte à participer à la phase de traitement.
• Le patient a des ressources personnelles suffisantes pour affronter les souvenirs traumatiques.
• Le patient a des compétences d'adaptation suffisantes pour gérer les réactions émotionnelles.
• Le patient a des compétences d'adaptation suffisantes pour gérer les réactions émotionnelles.

À surveiller
• **Discontinuation** : Arrêter la phase de traitement si le patient ne peut pas participer à la phase de traitement.
• **Représentation** : Représentation dans des expériences autobiographiques.
• **Intégration** : Intégration dans la mémoire autobiographique.
• **La phase de consolidation** : La phase de consolidation est la phase de consolidation.

Cn2r
Centre national
de référence
en traumatologie

Fiche pratique
Traitement du trouble de stress post-traumatique
Phase 3 - Consolidation

Pourquoi un traitement par phases ?
Un traitement par phases est **essentiel** pour traiter le TSPT de manière **sécurisée** et **efficace**. Cette approche vise à **réduire les risques de ré-traumatisation** et à garantir que le patient ait accès à **affronter les souvenirs traumatiques de manière progressive**.

Recommandé par :
• ISTS (2020)
• NICE (2018)
• OMS (2013)
• Phobias (2020)
• MAND (2023)

Stabilisation → Traitement → Consolidation

Qu'est-ce que la phase de consolidation ?
La phase 3 du traitement du TSPT vise à **consolider les acquis** de la phase 2 et à **réintégrer les souvenirs** dans la mémoire autobiographique. Cette phase est menée par des professionnels qualifiés, à condition qu'ils soient **formés à la prise en charge du trouble de stress post-traumatique**.

Objectifs :
• **Régulation sociale et professionnelle**
• **Reconstruction de l'image de soi**
• **Renforcement des liens sociaux**
• **Réduction des réactions émotionnelles**
• **Prévention des réactions** : développer des stratégies de gestion des émotions et de gestion des réactions émotionnelles.

Qui ?
La phase de consolidation peut être menée par plusieurs professionnels qualifiés, à condition qu'ils soient **formés à la prise en charge du trouble de stress post-traumatique**.
• Psychologues cliniciens
• Psychiatres
• Psychomotriciens qualifiés dans des approches adaptées aux traumatismes (TCC, EMDR, etc.)
• Soins infirmiers formés en soins traumatiques
• Psychomotriciens des compétences pour la régulation corporelle
• Les accompagnements professionnels tels que le soutien, l'accompagnement, le soutien psychologique ne suffisent pas pour la stabilisation du TSPT.

Durée
La durée de cette phase peut varier en fonction de la gravité des symptômes et de la capacité du patient à participer aux séances.
• TSPT : 4 à 8 semaines
• TSPT complexe : 8 à 12 semaines
• TSPT avec comorbidités : 12 à 16 semaines

À surveiller
• **Vigilance face à l'isolement social** : certains patients peuvent se sentir seuls et isolés, il est important de les encourager à participer à la phase de consolidation.
• **Prévalence de stress post-traumatique** : la phase de consolidation est la phase de consolidation.
• **Représentation** : Représentation dans des expériences autobiographiques.
• **Intégration** : Intégration dans la mémoire autobiographique.
• **La phase de consolidation** : La phase de consolidation est la phase de consolidation.

Troubles addictifs



La **Fédération Addiction** propose une série de vidéos pédagogiques pensées pour favoriser la bonne gestion des surdoses par le grand public et les professionnels.

La fédération rappelle en effet que les surdoses liées aux substances psychoactives représentent un enjeu de santé publique majeur, face auquel la réactivité et la coordination entre les acteurs sont essentielles.

Quatre vidéos pour comprendre et agir à chaque étape

Pensée comme un parcours progressif, cette série, conçue avec le soutien du gouvernement, aborde les grandes étapes de la gestion d'une surdose :

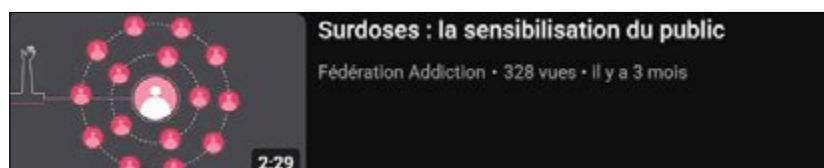
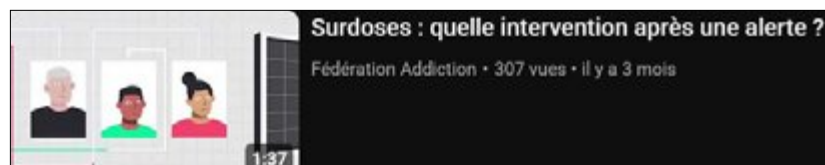
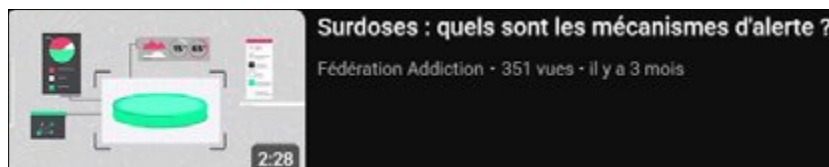
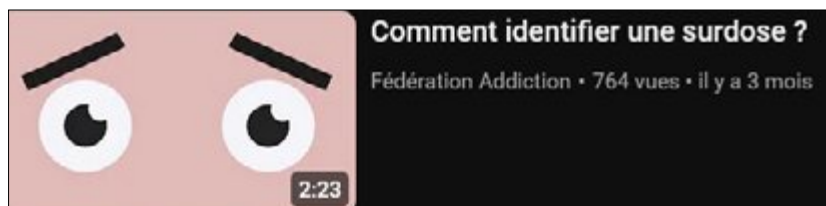
- Identifier une surdose : des repères concrets pour reconnaître les signes d'une surdose et agir rapidement, destinés aux professionnel·les comme aux personnes concernées ;
- Les mécanismes d'alerte : cette vidéo explique comment signaler un cas de surdose, pourquoi chaque détail compte, et comment cette vigilance alimente la veille sanitaire ;

- L'intervention après signalement : une plongée dans les rouages de la coordination entre acteurs (agence régionale de santé, CEIP-Addictovigilance, Observatoire français des drogues et tendances addictives, CAARUD, CSAPA...), pour assurer une communication efficace et des messages adaptés aux usagers ;
- Informier et sensibiliser les publics : conseils pratiques pour les personnes qui consomment des substances et leur entourage : comment réduire les risques, comment réagir en cas d'urgence.

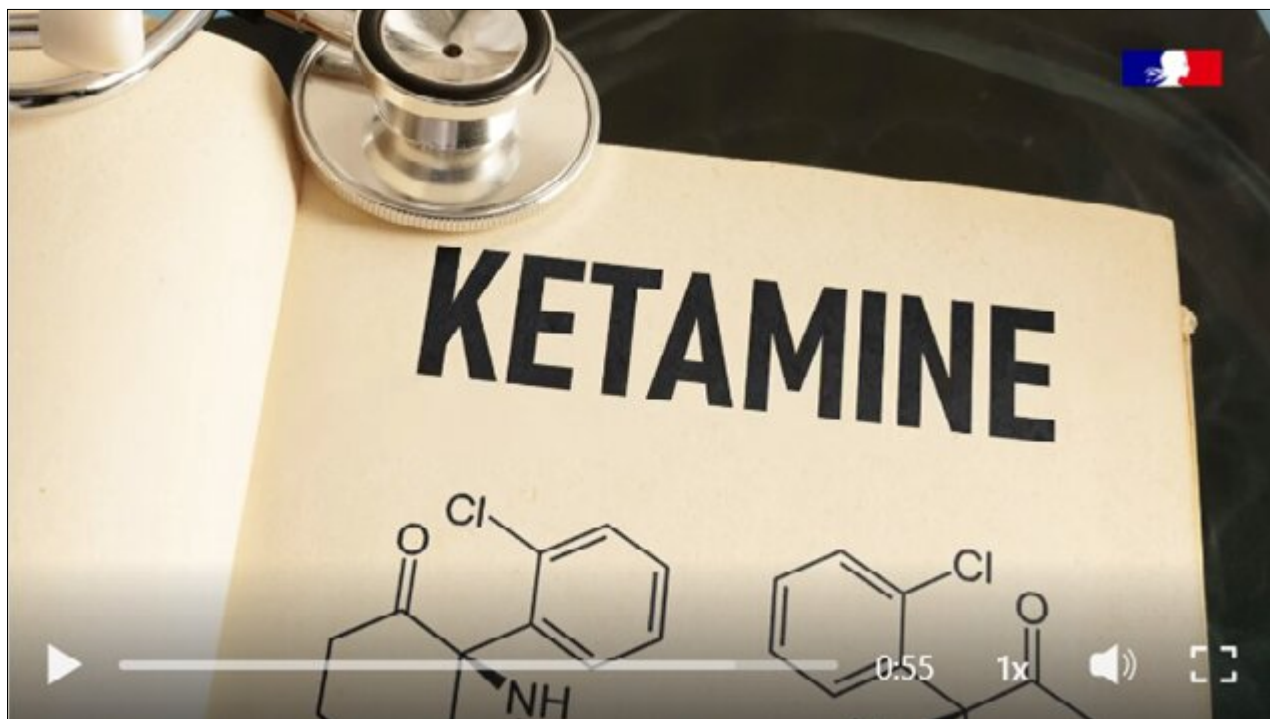
Ces vidéos sur le signalement des surdoses ont été réalisées en partenariat avec les CEIP-Addictovigilance, l'OFDT, en incluant des professionnels de l'addictologie et avec le soutien du gouvernement.

La Fédération Addiction a également organisé un groupe de travail constitué de représentants des CEIP-A d'Auvergne Rhône-Alpes, de Nouvelle-Aquitaine, d'Occitanie, de PACA, de l'OFDT, d'ELSA France, d'Ithaque, de l'association Aurore, du CEID Addiction, d'Oppelia et du Réseau Oté.

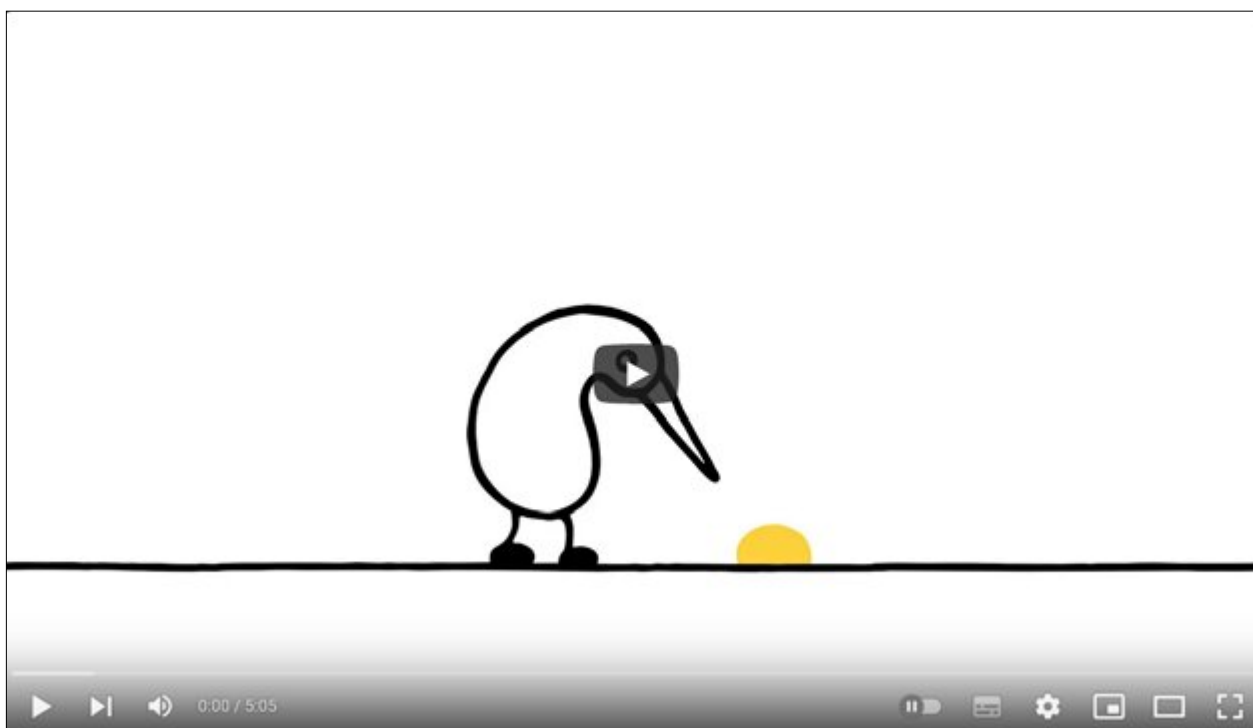
» Les vidéos sont accessibles sur [ce lien](#) (playlist YouTube) ou en cliquant sur les images ci-dessous.



Vidéo de la MILDECA au sujet des risques liés à l'usage de la kétamine
(cliquer sur l'image pour visionner le document sur LinkedIn)



Vidéo de Filmbiders & friends au sujet de l'addiction



Personnes en situation de vulnérabilité

L'OMS a proposé un rapport au sujet de la solitude dans le monde.

La solitude et l'isolement social sont des défis majeurs de santé publique. Ce rapport révèle des données alarmantes et propose des solutions concrètes pour renforcer les liens sociaux et améliorer la santé des individus et des sociétés.

Résumé

Échelle et impacts de la solitude et de l'isolement social

Le rapport de l'OMS révèle que **près d'une personne sur six dans le monde souffre de solitude, avec des taux plus élevés chez les adolescents et les jeunes adultes**. La solitude et l'isolement social ont des impacts sévères sur la mortalité, la santé physique et mentale, ainsi que sur les réalités sociales et économiques. Ces problèmes sont répandus dans toutes les régions et tous les groupes d'âge, mais sont plus fréquents dans les pays à faible revenu et parmi les populations marginalisées.

Stratégies pour renforcer les liens sociaux

Le rapport propose des stratégies efficaces pour promouvoir les liens sociaux et réduire la solitude et l'isolement. Ces stratégies incluent des campagnes de sensibilisation, des politiques nationales, des interventions communautaires et des approches individuelles et relationnelles.

Les interventions psychologiques montrent les résultats les plus prometteurs, mais leur efficacité varie selon les populations. Les technologies numériques, y compris l'intelligence artificielle et la réalité virtuelle, peuvent également jouer un rôle, bien que leur efficacité et leurs risques nécessitent des études supplémentaires.

Données

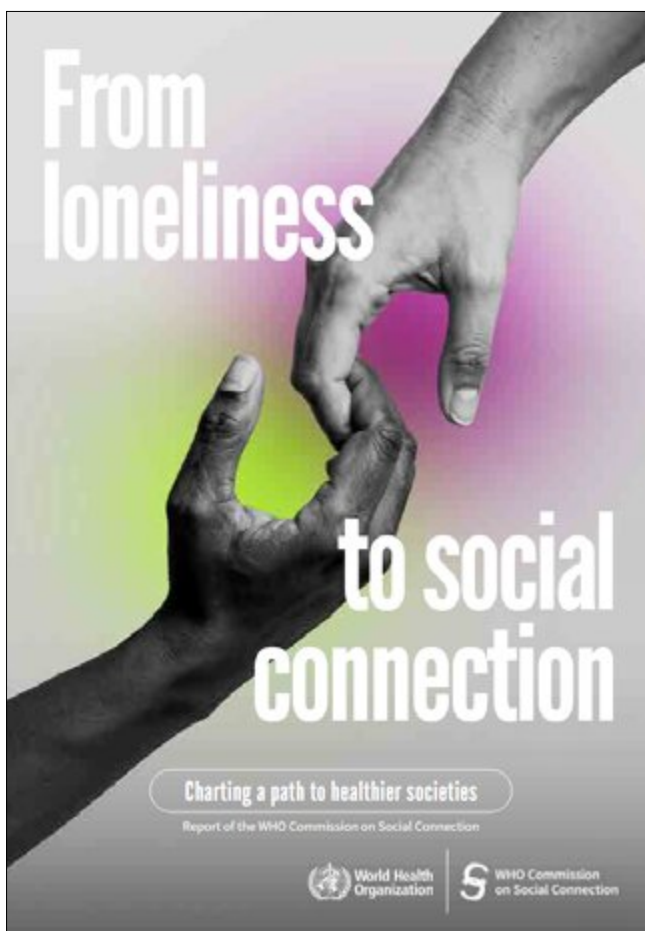
- Prévalence de la solitude : entre 2014 et 2023, environ 16% de la population mondiale a déclaré se sentir seule, avec des taux plus élevés chez les adolescents (20,9%) et les jeunes adultes (17,4%) ;
- Impacts sur la santé : la solitude et l'isolement social ont des impacts graves sur la mortalité, la santé physique (par exemple, les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2) et la santé mentale (par exemple, la dépression et l'anxiété) ;

- Groupes à risque : les populations marginalisées, telles que les personnes en situation de handicap, les communautés LGBTQ+, les migrants et les réfugiés, les minorités ethniques et les peuples autochtones, sont plus susceptibles de souffrir de solitude et d'isolement social ;
- Stratégies efficaces : les interventions psychologiques, les campagnes de sensibilisation, les politiques nationales, les interventions communautaires et les approches individuelles et relationnelles sont des stratégies efficaces pour promouvoir les liens sociaux et réduire la solitude et l'isolement.

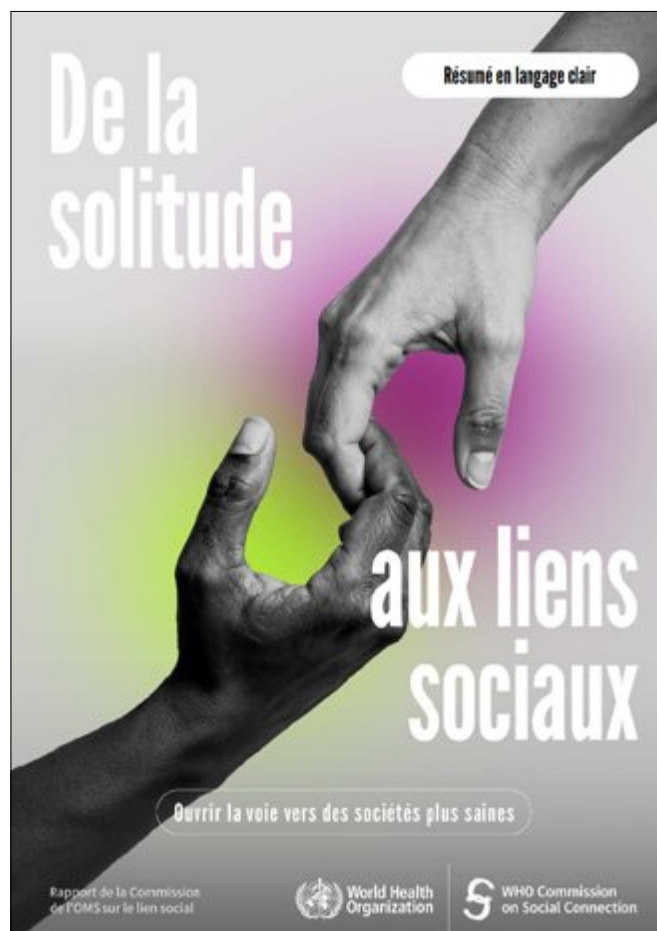
Axes de progrès pour des applications pratiques

- Campagnes de sensibilisation : mettre en place des campagnes de sensibilisation pour réduire la stigmatisation associée à la solitude et à l'isolement social. Ces campagnes doivent être adaptées aux différents groupes d'âge et cultures pour être efficaces ;
 - Politiques nationales : développer et mettre en œuvre des politiques nationales pour promouvoir les liens sociaux. Ces politiques doivent être fondées sur des preuves et inclure des mesures pour renforcer les infrastructures sociales, telles que les bibliothèques, les parcs et les services sociaux ;
 - Interventions communautaires : renforcer les infrastructures sociales locales, telles que les centres communautaires, les parcs et les bibliothèques, pour créer plus d'opportunités de connexion sociale. Impliquer les communautés dans la planification et la prise de décision pour s'assurer que les interventions répondent à leurs besoins spécifiques ;
 - Approches individuelles et relationnelles : développer et mettre en œuvre des interventions psychologiques pour aider les individus à gérer la solitude et à améliorer leurs compétences sociales. Ces interventions doivent être adaptées aux différents groupes d'âge et cultures pour être efficaces ;
 - Technologies numériques : explorer l'utilisation des technologies numériques, y compris l'intelligence artificielle et la réalité virtuelle, pour promouvoir les liens sociaux. Ces technologies peuvent être particulièrement utiles pour les populations marginalisées ou celles qui ont des difficultés à accéder aux services traditionnels
- » Le rapport est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image en page suivante.

Rapport complet (en anglais)



Rapport simplifié (en français)



Version PowerPoint du rapport (points clefs)



Guide de bonnes pratiques: justice alimentaire
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

GUIDE DE BONNES PRATIQUES : JUSTICE ALIMENTAIRE



DANS LA SÉRIE CE QUI DÉTERMINE LA SANTÉ

La promotion des ressources sociales dans la santé psychique
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Décembre 2024

Mise à jour
Décembre 2024



Ressources sociales

La promotion des ressources sociales, une contribution importante
à la santé psychique et à une qualité de vie élevée

Enquête France travail : les proches aidants en situation de demande d'emploi
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)

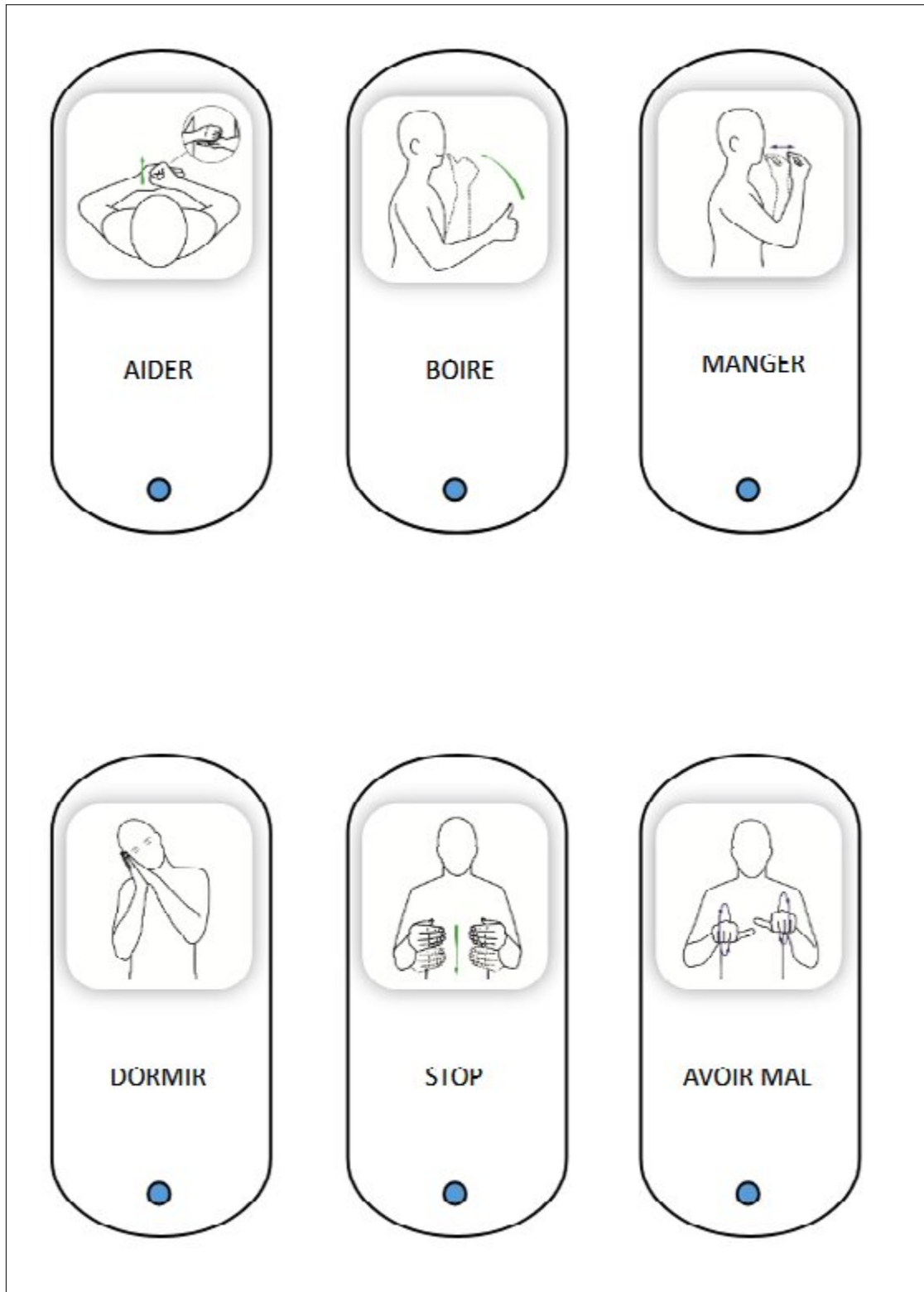


Wébinare Caf 92 au sujet du passage à la retraite aec le RSA ou l'AAH
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)



Modèle d'étiquettes en CAA

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



La délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP) porte une attention particulière à la précarité des familles monoparentales au sein des politiques publiques, afin de faire de ces familles un public prioritaire dans la lutte contre la pauvreté.

À ce titre, elle a publié un livret intitulé "Monoparentalité et pauvreté : regards croisés et pratiques inspirantes".

Cet ouvrage est le fruit des échanges et des retours d'expériences de la rencontre nationale du 20 mai 2025 sur le sujet réunissant plus de 300 personnes de toute la France, y compris d'Outre-mer (élus, acteurs de terrain, universitaires, représentants institutionnels, acteurs économiques et personnes concernées).

En lien avec la DIPLP, la caisse nationale des allocations familiales (CNAF), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale du travail (DGT), la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), la direction générale des outre-mer (DGOM), France travail et l'agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) ont animé cette journée.

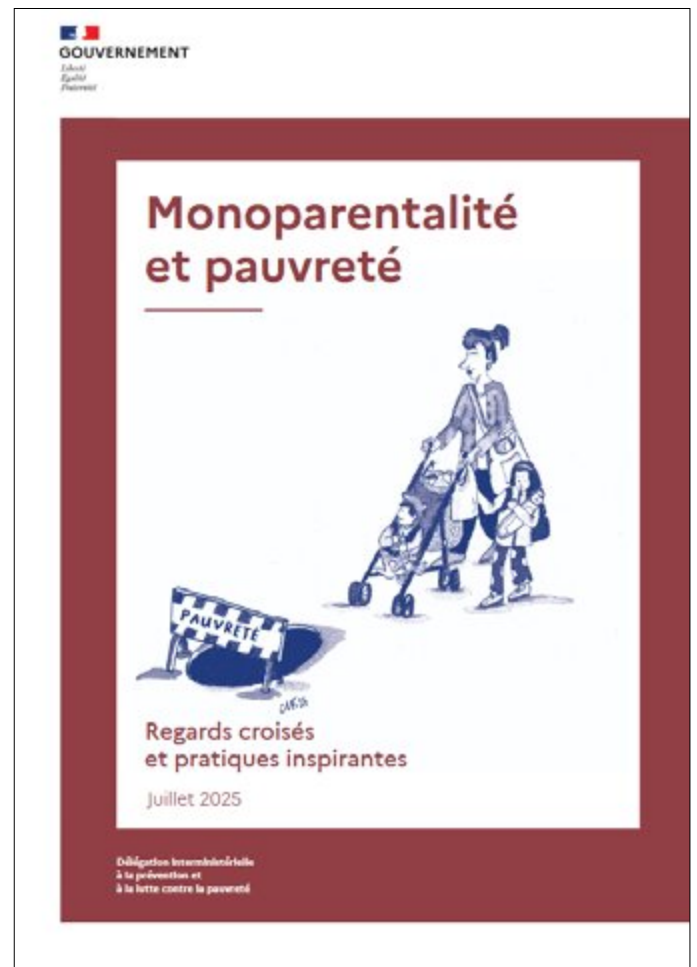
Ce livret est le fruit de ces échanges et de ces retours d'expériences. Il fait état des démarches engagées et des pratiques inspirantes menées sur le terrain ainsi que des préconisations formulées lors de cette rencontre nationale.

Il constitue un instrument de capitalisation sur les différentes problématiques auxquelles sont confrontés les familles monoparentales :

- L'accompagnement des enfants ;
- La levée des freins à l'emploi ;
- La question spécifique des travailleurs pauvres en situation de monoparentalité ;
- Les enjeux d'accès au logement ;
- Les enjeux d'accès aux droits ;
- La situation des familles monoparentales dans les territoires (en ruralité, en Outre-mer et en quartiers prioritaires de la politique de la ville).

Le document est à destination des élus, des institutions locales, des acteurs du réseau associatif, mais aussi des entreprises, des bailleurs, et de toutes celles et ceux qui agissent sur le terrain.

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



Focus

Le service public DORA

"DORA" signifie "Découvrir, Orienter, Renseigner, Accompagner", et se présente comme un outil d'aide à la prescription.

Il s'agit d'un service public numérique gratuit qui recense et met en visibilité l'offre de services d'insertion (logement, mobilité, santé, apprentissage du français, garde d'enfants, Etc.) pour aider les professionnels à identifier rapidement la bonne solution et orienter leurs bénéficiaires en quelques minutes grâce à un formulaire dédié.

Bien plus qu'un simple annuaire, destiné aux professionnels de l'insertion sociale et professionnelle. Il permet de rechercher des services adaptés aux "freins périphériques" qui retardent l'accès à l'emploi (logement, mobilité, maîtrise du français), puis d'envoyer une demande d'orientation à la structure partenaire et d'en suivre l'avancement.

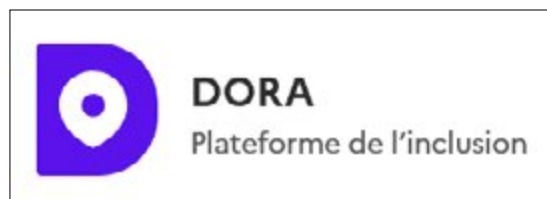
À qui s'adresse DORA?

Le service s'adresse à deux grands publics : d'une part, les structures qui proposent des services d'insertion et qui peuvent y référencer et mettre à jour en temps réel leur offre, laquelle est ensuite diffusée automatiquement sur des plateformes partenaires ; d'autre part, les accompagnateurs et conseillers (France Travail, Missions locales, départements, associations, Etc.) qui peuvent rechercher et mobiliser rapidement le service le plus pertinent pour leurs bénéficiaires.

Ce que permet concrètement DORA

Depuis l'interface, un conseiller peut chercher des services par thématique (santé, mobilité, logement, apprentissage du français, remobilisation, Etc.), identifier la structure la plus adaptée, envoyer une orientation via un formulaire en moins de cinq minutes, et suivre toutes ses demandes dans son espace.

Les structures y gagnent en visibilité, reçoivent des orientations mieux qualifiées et évitent la double saisie grâce à la diffusion sur un référentiel commun et en open data.



Gouvernance et intégration publique

DORA est porté par la Plateforme de l'inclusion et s'inscrit dans la stratégie de services numériques du ministère du Travail, visant à faciliter la vie des personnes en insertion et des professionnels qui les accompagnent.

Le service est déployé au sein du réseau France Travail et de partenaires locaux, avec une dynamique "dites-le-nous une fois" et une ouverture des données via des référentiels partagés.

Accès et déploiement

L'accès se fait en ligne et gratuitement, avec des ressources d'aide et des webinaires de prise en main pour les structures offeuses et les accompagnateurs.

Le service poursuit son déploiement à l'échelle nationale avec un appui aux territoires volontaires, et des expérimentations pour enrichir l'offre locale et faciliter la prise de rendez-vous avec des partenaires.

- » La plateforme est accessible sur [ce lien](#) ;
- » Des webinaires de présentation sont proposés de manière régulière dans l'année: les inscriptions sont à réaliser sur [ce lien](#).



Focus

L'indice PCiF de l'ODJP

L'Observatoire des disparités dans la justice pénale a produit [une très intéressante recherche au sujet de la qualité des prisons françaises](#).

L'organisme explique sa démarche de la manière suivante: *"Vétusté, surpopulation, isolement géographique, manque d'activités... Les conditions de détention varient d'une prison à l'autre sur plusieurs dimensions objectives et mesurables. D'où l'idée de les rassembler pour construire un indice des conditions de détention mesurant la situation de chacun des quelques 185 établissements pénitentiaires français."*

Les résultats font apparaître d'importantes disparités selon le type d'établissement (maison d'arrêt, centre de détention, établissement pour mineurs...) mais aussi entre prisons d'un même type. Ces écarts sont d'ailleurs cohérents avec les décisions rendues par la justice française et européenne à l'encontre de nos prisons".

En créant un indice objectif, basé sur plusieurs critères formels, l'ODJP a donc produit un regard clair sur l'état du monde carcéral français. Cet indice reprend la méthode utilisée lors d'une étude récente de Monnery & Korkmaz, accessible sur [ce lien](#).

Les critères sont divisés en deux catégories: "quantitatifs" et "qualitatifs":

- **L'ancienneté du bâtiment** (à partir de sa date de construction): si la prison "moyenne" date de 1943, environ 10 % du parc pénitentiaire actuel a été construit avant 1850. A l'inverse, la moitié des établissements font partie de programmes immobiliers modernes et ont été inaugurés après 1970 ;
- **L'isolement géographique** (distance vis-à-vis de la préfecture): une majorité des établissements se situent à moins de 10 km de la préfecture du département. Cependant, plus de 20 % se situent à une distance de plus de 50 km, ce qui nuit aux visites de proches et de bénévoles ;
- **La taille de l'établissement** (capacité théorique): si la prison moyenne compte 325 places opérationnelles, quelques dizaines de prisons sont à taille humaine (centres de semi-liberté, établissements pour mineurs, prisons en outre-mer...). A l'inverse, 4 établissements ont une capacité dépassant les 1000 détenus ;



Observatoire des disparités dans la justice pénale

- **La densité carcérale** (en % de dépassement de la taille théorique): le taux d'occupation par établissement moyen entre 2018 et 2023 atteint 113 %. Par ailleurs, 57 % des prisons sont concernées par la surpopulation carcérale, et accueillent jusqu'à 2 fois plus de détenus que de places opérationnelles (densité de 205 %) ;
- **La charge de travail des surveillants** (ratio effectifs personnels VS détenus): le ratio de détenus par surveillant est de 2,7 en moyenne, mais dans certains établissements on compte plus de 5 détenus par surveillant en poste dans l'établissement (effectif constaté lors de la dernière visite du CGLPL). Ainsi, l'écart-type entre prisons est conséquent et équivalait à 1,2 détenus en plus ou en moins par surveillant ;
- **L'accès au travail des détenus** (par M² d'atelier): en moyenne, les établissements disposent d'une surface d'atelier de 2,6 m² par détenu. Certains établissements ne disposent d'aucun atelier de production, quand d'autres bénéficient de grands ateliers (> 10 m² par détenu) permettant d'offrir du travail à une large part des détenus ;
- **Les saisines du CGLPL** (Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté): le taux annuel moyen de saisines du CGLPL entre 2016 et 2021 est de 4 saisines pour 100 détenus. Quelques établissements sont souvent signalés au Contrôleur général, 14 ayant un taux de saisine supérieur à 10 saisines par an sur la période. Cette information n'a pu cependant être recueillie auprès du CGLPL que pour 175 des 187 établissements actuellement opérationnels ;
- **Les suicides de détenus**: le taux de suicide des hommes en France en 2017 est de 0,2 ‰, alors que le taux moyen annuel par prison entre 2014 et 2021 (hors 2020) s'élève à 1,5 ‰. Néanmoins, on constate une forte hétérogénéité : on dénombre 45 établissements sans suicide détecté sur la période, mais près de la moitié présente un taux annuel supérieur à 1 ‰;

Critères qualitatifs

- ◊ **Présence de parloirs aménagés**: chaque établissement dispose de parloirs, mais certains mettent aussi à disposition des détenus des "parloirs aménagés" pour les familles (unités de vie familiale ; salons familiaux). Ceux-ci favorisent le maintien des liens familiaux ;

♦ **Recommandations en urgence du CGLPL:** L'article 9 de la [loi du 30 octobre 2007](#) permet au CGLPL, lorsqu'il constate une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, de saisir sans délai les autorités compétentes de ses observations en leur demandant d'y répondre ;

♦ **Condamnations de l'établissement:** la condamnation de l'établissement par une juridiction française ou européenne atteste de mauvaises conditions de détention en date des faits ayant donné lieu à jugement.

Chacun de ces indices permet d'attribuer à l'établissement une note allant de 0 à 1. C'est l'assemblage de toutes les notes, à "poids égal" dans la formule, qui permet de dégager un indice PCiF servant de base aux comparaisons entre établissements.

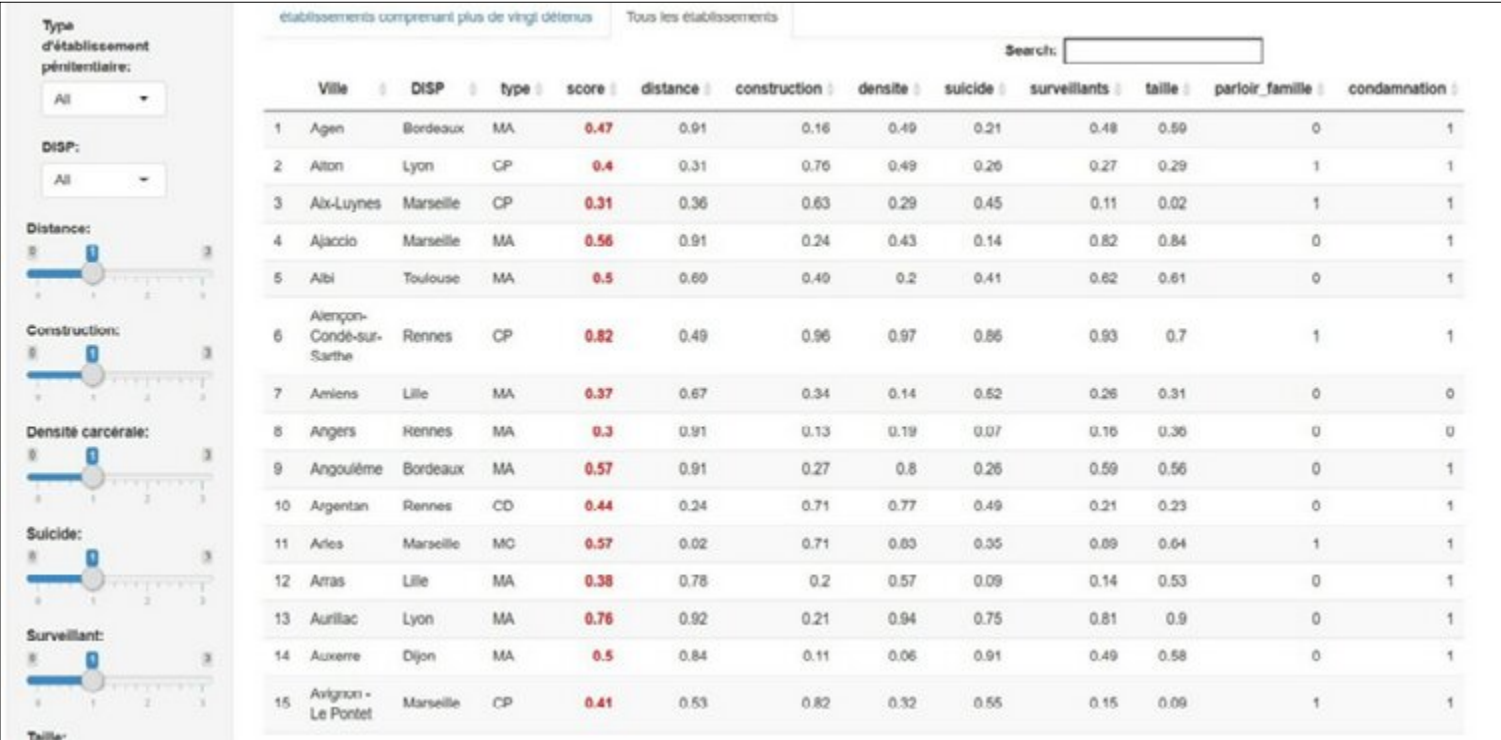
La formule statistique est la suivante:

$$Score = \frac{\sum_{j=1}^{11} \alpha_j \beta_j}{\sum_{j=1}^{11} \beta_j}$$

Cependant, l'Observatoire ne s'est pas limité à cette action: conscient que tous les critères n'ont pas le même poids dans l'esprit de tous les citoyens, en fonction de leurs sensibilités et priorités, il a créé une page internet dans laquelle il est possible de faire varier la pondération de chaque critère, afin de lui donner plus ou moins d'importance au sein de l'ensemble.

Ainsi, il est possible de donner plus ou moins d'importance à certains critères, afin de disposer d'une comparaison entre établissements plus souple et plus personnalisée.

- » L'ensemble de la démarche de l'ODJP est accessible sur [ce lien](#).
- » La page internet interactive pour les critères est accessible sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessous.





Focus

Les lignes nationales d'écoute

Un grand nombre de lignes d'écoute existent pour soutenir et accompagner les personnes en situation de vulnérabilité.

Psycom a dressé un annuaire très intéressant pour les connaître, ainsi que pour informer de manière efficace et utile les personnes accompagnées ou soutenues.

Ce focus liste les lignes gratuites accessibles depuis n'importe quel endroit sur le territoire national (dont DOM-TOM), en fonction des situations rencontrées.

Ces lignes s'adressent aux personnes qui ont besoin de parler, qui se sentent angoissées, qui recherchent de l'aide. Elles peuvent également intéresser les personnes qui ont pris rendez-vous avec un professionnel de la santé mentale, avec un délai qui paraît long et ressentant le besoin d'un soutien psychologique dans l'intervalle.

En plus du numéro de téléphone, certaines lignes proposent également d'autres modes de communication possibles pour ceux qui n'aiment pas ou ne peuvent pas téléphoner : tchat, sms, courriel, visio, traduction ou transcription pour les personnes sourdes.

Le focus précise aussi :

- Qui répond, par exemple des bénévoles formés à l'écoute, des pairs, des professionnels de l'écoute, des psychologues, des psychiatres ;
- Quand le service est **anonyme** (l'identité de la personne n'est pas demandée) ou **confidentiel** (l'identité peut être demandée mais pas communiquée à d'autres) ;
- Quel organisme gère la ligne, par exemple une association, une mutuelle, une institution publique, un ministère, un centre hospitalier, une fondation ou une entreprise privée.



En cas de danger grave et immédiat

Contact	Contexte
15	SAMU: en cas de danger immédiat lié à une urgence médicale
17	Police/gendarmerie: en cas de péril mettant en jeu la sécurité des personnes
18	Pompiers: en cas de péril ou d'accident
112	Numéro d'urgence européen qui oriente vers les services d'urgence du pays concerné
114	Pour personne sourde, malentendante, sourdaveugle ou aphasique : contacter le 114 par texto en tapant "114" à la place du nom du destinataire, en visio par l'application mobile "urgence 114" ou par la page web https://www.urgence114.fr Il peut être utilisé par toute personne ayant du mal à parler ou à entendre

Soutien psychologique généraliste (dont solitude)

Contact	Contexte	Particularités
Croix-Rouge écoute 0.800.858.858	Soutien psychologique pour toute personne ressentant le besoin de parler (solitude, dépression, violence, addictions...).	Ecoute par des bénévoles formés Service anonyme et gratuit Ouvert du lundi au vendredi (9h-19h), ainsi que samedi et dimanche (12h-18h)
SOS Amitié 09.72.39.40.50 (français) 01.46.21.46.46 (anglais) Chat	Ecoute des personnes en détresse et de leur entourage	Ecoute par des bénévoles formés Service anonyme et gratuit <u>Numéro français</u>: 7j/7 et 24h/24 <u>Numéro anglais</u>: 7j/7 - 15h-23h <u>Chat</u> : 7j/7 - 13h-03h du matin
SOS crise 0800.19.00.00	Ecoute et orientation pour apaiser, informer, conseiller toute personne en détresse.	Accueil par des bénévoles, professionnels de la santé et du soin à la retraite ou en exercice Service gratuit et confidentiel Ouvert du lundi au samedi: 9h-19h

Soutien psychologique pour enfants, ados et jeunes adultes

Contact	Contexte	Particularités
Allo Ecoute Ado 06.12.20.34.71	Écoute pour les adolescents et jeunes adultes de 10 à 25 ans	Géré par l'association Pep 43 Ecoute par des psychologues Service confidentiel et gratuit Ouvert du lundi au vendredi (17h-20h)
Brind'Ecoute 06.03.42.22.04 (appel ou SMS) ecoute@lapausebrindille.org Chat	Ecoute pour les jeunes de 13 à 25 ans vivant aux côtés d'un proche (famille, amie ou ami, petit ami ou petite amie) en situation de handicap, d'addiction ou bien malade physiquement ou psychologiquement	Géré par l'association La pause Brindille Ecoute par de jeunes aidants vivant la même situation que l'appelant (supervisés par des professionnels) Service confidentiel et gratuit (anonyme sur demande) Ouvert le mardi (17h-22h), le mercredi (14h-18h) et le vendredi (18h30-23h30)
Capu 07.44.31.11.27 (appel ou SMS)	Ecoute pour les jeunes de 14 à 30 ans avec un trouble du neurodéveloppement (TND, par exemple autisme, TDAH) ou un trouble psychique Le même service d'écoute est ouvert à leurs parents	Géré par l'association Capu (Communauté Associative Pour les jeunes neuro-Uniques) Accueil par par des jeunes bénévoles formés aux TND et aux troubles psychiques (pour les jeunes) et par des parents bénévoles formés (pour les parents) . Service gratuit et anonyme <u>Pour les jeunes</u> : ouvert lundi, mercredi et vendredi (20h-minuit) <u>Pour les parents</u> : ouvert mardi et jeudi (20h-minuit)
Fil santé jeunes 0800.235.236 Accès alternatif pour sourds et malentendants Chat	Ecoute, soutien et orientation des jeunes de 12 à 25 ans sur la santé, la sexualité, l'amour, le mal-être	Géré par l'Ecole des parents Accueil par des professionnels de santé et des professionnels du net. Service anonyme et gratuit <u>Téléphone/SMS</u> : 7j/7 9h-23h <u>Sourds et malentendants</u> : lundi au vendredi 9h-17h30 et samedi 9h-12h30 <u>Chat</u> : 7j/7 - 9h-22h



Contact	Contexte	Particularités
3018 Formulaire en ligne 3018.fr : Chat (messenger et WhatsApp) Appli "3018"	Numéro national pour les jeunes victimes de harcèlement à l'école, sur internet ou les réseaux sociaux, de violences numériques (contacts dangereux, usurpation d'identité, revenge porn), de dépendance aux jeux vidéo, ainsi que leurs parents ou toute personne témoin de ces situations	Géré par l'association e-Enfance Ecoute par des psychologues, des juristes ou des spécialistes du numérique L'équipe a la capacité d'intervenir <i>via</i> une procédure de signalement accélérée pour obtenir la suppression de contenus préjudiciables ou comptes ayant participé au harcèlement. Service gratuit et confidentiel. Téléphone: 7j/7 - 9h-23h
Phare enfants-parents 01.43.46.00.62 cavaoupas@phare.org	Ecoute pour les enfants et adolescents en souffrance ainsi que leurs parents, soutien aux parents endeuillés par suicide	Géré par l'association Phare Ecoute par des bénévoles formés, une psychologue et une thérapeute familiale Service anonyme et gratuit Ouvert du lundi au vendredi 10h-17h
Premières fois Chat (en bas à droite sur le site)	Discussion et soutien pour les 10-14 ans, réponse à leurs questions sur tout sujet qui les tracasse, les rapports aux potes, au collège, à la famille, le corps.	Géré par l'association En avant toute(s) Accueil par des professionnelles de l'écoute Service anonyme et gratuit Chat ouvert du lundi au jeudi 10h-minuit, et du vendredi au samedi 10h-21h

Soutien psychologique pour personnes âgées isolées

Contact	Contexte	Particularités
Au bout du fil 01.70.55.30.69 (répondeur) service@auboutdufil.org	Ecoute et conversation amicale pour les personnes âgées isolées, par des bénévoles formés à l'écoute qui appellent une fois par semaine à un moment convenu par avance	Géré par l'association Au bout du fil Par des bénévoles formés Service anonyme et gratuit (seul le prénom est demandé) Pour demander à recevoir un appel hebdomadaire (lundi au dimanche 8h-22h), laisser ses coordonnées au 01 70 55 30 69 (répondeur) ou par courriel à service@auboutdufil.org
Grey pride 01.44.93.74.03	Ecoute et soutien pour les personnes LBGT+ de plus de 55 ans qui se sentent isolées, non respectées dans leur sexualité ou leur identité de genre	Géré par l'association Grey pride Par des bénévoles formés Service gratuit Ouvert le mardi et le jeudi 16h-18h
Solitud' Ecoute 0.800.47.47.88	Ecoute pour les personnes de plus de 50 ans en situation d'isolement ou de mal-être	Géré par l'association Petits frères des pauvres Par des bénévoles formés Service gratuit et anonyme Ouvert 7j/7 15h-20h

Soutien psychologique par profession ou activité

Contact	Contexte	Particularités
Com1Appel 0.800.100.334	Ecoute, orientation des personnes victimes ou témoins de harcèlement moral, sexuel, de burn-out, dans les entreprises et les métiers de la communication	Géré par l'association COM-ENT Par des psychologues Service anonyme et gratuit Ouvert 7j/7 8h-20h
Entraide ordinale 0.800.288.038	Ecoute gratuite et assistance de tous les soignants, médecins et internes en médecine	Géré par le conseil national de l'Ordre des médecins Par des psychologues ou des médecins Service confidentiel et gratuit Ouvert 7j/7 24h/24h
SPS (Soins aux professionnels de santé) 0.805.23.23.36 Appli Asso SPS	Ecoute pour les professionnels de santé en souffrance au travail ou en épuisement professionnel	Géré par la société Pros Consulte Par des psychologues Service anonyme, gratuit pour le premier appel et pour les 2 premières consultations avec des psychologues du réseau (payant pour les consultations suivantes) Ouvert 7j/7 24h/24h
Résonances 06.41.14.10.81 ou 06.72.93.41.76 ou 07.66.26.67.39 ou resonances@parcours-exil.org (demander un RDV téléphonique)	Ecoute et soutien des professionnels travaillant dans les centres d'hébergement relevant du Dispositif national d'asile, qu'ils soient travailleur social, agent technique, agent de sécurité, chef de service, coordinateur ou juriste, en cas de difficultés dans la gestion de leurs émotions, dans la vie d'équipe, de situation difficile avec un usager	Géré par l'association Parcours d'exil Par des psychologues Service confidentiel et gratuit Ouvert le mardi 9h30-12h30, le mercredi et jeudi 9h30-17h30 et le vendredi 14h-17h.



Soutien psychologique Cancer et deuil

Contact	Contexte	Particularités
La ligue contre le cancer 0.800.940.939 (taper le 1)	Ecoute et soutien pour les personnes concernées par le cancer	Géré par la ligue contre le cancer Par des psychologues Service anonyme et gratuit Ouvert du lundi au vendredi 9h-19h
Association François Giraud contre le cancer Chat Plateforme visio contact@association-francoisgiraud.fr	Ecoute et soutien en langue des signes française pour les personnes sourdes concernées par le cancer	Géré par l'association François Giraud Par des bénévoles formés par la ligue contre le cancer Service confidentiel et gratuit Chat et plateforme le lundi 9h-11h RDV possible en écrivant à contact@association-francoisgiraud.fr
La fin de vie, si on en parlait? 01 53 72 33 04	Ecoute et soutien pour les personnes confrontées à des situations difficiles pour elles-mêmes ou leur proche en fin de vie, ainsi que pour les professionnels de santé	Géré par le Centre National des soins palliatifs et de la fin de vie (Ministère de la santé) Par des professionnels Service gratuit Ouvert du lundi au vendredi de 10h à 13h et de 14h à 17h
Empreintes 01.42.38.08.08	Ecoute pour les personnes endeuillées	Géré par l'association Accompagner le deuil Par des bénévoles formés Service gratuit Ouvert du lundi au jeudi de 9h30 à 20h30 (horaires potentiellement variables, laisser un message pour être rappelé)

Soutien psychologique Deuil et maladies

Contact	Contexte	Particularités
Vivre son deuil 06.15.14.28.31	Ligne d'orientation pour toute personne endeuillée, se proposant de chercher une solution pour qu'elle ne reste pas seule Orientation possible vers l'association Vivre son deuil de la région concernée en France, en Belgique et en Suisse, pour de l'écoute téléphonique ou des groupes d'entraide,	Géré par un réseau d'associations Par une assistance sociale ou des bénévoles formés et supervisés Service gratuit Horaires variables, appeler pour être recontacté
Ecoute solidaire diabète 01.84.79.21.56	Ecoute pour et par des personnes concernées par le diabète à propos des difficultés au quotidien	Géré par la Fédération Française des diabétiques Par des patients experts bénévoles membres d'associations locales et formés à l'écoute Service anonyme et gratuit Ouvert 7j/7 10h-20h
Hépatite info service 0.800.845.800 Chat Formulaire en ligne	Réponses aux interrogations en lien avec une hépatite, par des salariés professionnels de l'aide à distance en santé, service anonyme et gratuit	Géré par l'association SIS Par des professionnels de l'aide à distance en santé Service anonyme et gratuit Ouvert 7j/7 8h-23h
E c o u t e Huntington 06.30.87.51.11 ecoute@huntington.fr	Soutien et accompagnement psychologique ponctuel ou régulier pour les personnes concernées par la maladie de Huntington et leurs proches	Géré par l'association Huntington France Par des psychologues et psychothérapeutes Service gratuit L'aide fonctionne sur RDV, au numéro de téléphone ou par courriel

Contact	Contexte	Particularités
Ecoute Afa 0.811.091.623	Ecoute et information pour les personnes concernées par la maladie de Crohn et autres maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, ainsi que leurs proches	Géré par l'association Afa Crohn RCH France Par des bénévoles formés à l'écoute Service gratuit ouvert du lundi au vendredi 14h-18h
Ligne de l'Afsep 0.805.691.379	Ecoute et soutien des personnes concernées par la sclérose en plaques et de leurs proches.	Géré par l'Afsep (l'Afsep (Association française des sclérosés en plaque)) Par des psychologues Service anonyme et gratuit, ouvert le lundi et mardi 18h-20h ; le mercredi, jeudi et vendredi 18h-19h et le samedi et dimanche 13h-14h

Soutien psychologique Handicap

Contact	Contexte	Particularités
Permanence famille Léa 0.805.950.874	Information et soutien psychologique pour les parents ou les proches aidants d'un enfant avec un handicap ou une maladie, concernant les démarches administratives en lien avec la reconnaissance et la prise en charge de ce handicap ou maladie (CAF, CPAM, MDPH).	Géré par l'association Léa Par les assistantes sociales et une psychologue salariées de l'association Service gratuit
Ligne de l'OCH 01.53.69.44.30 ecoute-conseil@och.fr	Ecoute dans une optique chrétienne pour toute personne concernée par la maladie ou le handicap qu'il soit moteur, sensoriel ou psychique, ainsi que ses proches	Géré par la ligne de l'Office chrétien des personnes handicapées (fondation OCH) Par des écoutantes et une documentaliste salariées Service gratuit Ouvert lundi, mercredi et jeudi de 9h à 13h et de 14h à 18h ; mardi 14h-18h et vendredi de 9h à 13h et de 14h à 17h

Soutien psychologique Handicap

Contact	Contexte	Particularités
Numéro d'appui national 0.800.360.360	Numéro d'appui aux personnes en situation de handicap Recherche de solutions pour toute personne handicapée n'ayant plus d'accompagnement ou de soins et tout proche aidant ayant besoin de répit	Géré par le Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées Par un coordinateur départemental Service gratuit Ouvert du lundi au vendredi de 8h à 17h

Soutien psychologique suicide et pensées suicidaires

Contact	Contexte	Particularités
3114	Ecoute pour les personnes ayant des pensées suicidaires, les personnes inquiètes pour un proche, les personnes endeuillées par suicide, les professionnels de santé ayant besoin d'un avis spécialisé, par des professionnels du soin (infirmiers, psychologues) formés à la prévention du suicide	Géré par le Ministère de la Santé, coordination globale par le CHU de Lille Par des psychologues ou des infirmiers Service gratuit et confidentiel Ouvert 7j/7 24h/24h
Allo-suicide 04.22.53.74.59	Ecoute des personnes en grande souffrance psychologique ou confrontées au suicide, et de leur entourage	Géré par l'association Lueur d'espoir Par des bénévoles formés Service gratuit et anonyme 7j/7 20h-23h
SOS Suicide 01.40.44.46.45	Ecoute anonyme et gratuite des personnes en grande souffrance psychologique ou confrontées au suicide, et de leur entourage	Géré par l'association Phénix Par des bénévoles formés Ouvert 7j/7 13h-23h
Suicide écoute 01.45.39.40.00	Ecoute anonyme et gratuite des personnes en grande souffrance psychologique ou confrontées au suicide, et de leur entourage	Géré par l'association Suicide écoute Par des bénévoles formés Service anonyme et gratuit 7j/7 24h/24h

Soutien psychologique violence sociale, familiale et dans le couple

Contact	Contexte	Particularités
Comment on s'aime Chat (cliquer en haut à droite du site)	Discussion et soutien pour les jeunes, les femmes et les personnes LGBTQI+ victimes de violences dans le couple	Géré par l'association En avant toute(s) Par des professionnels Service gratuit, anonyme et sécurisé Ouvert du lundi au jeudi de 10h à minuit, et le vendredi et samedi de 10h à 21h
Ecoute violence femmes handicapées 01.40.47.06.06 ecoute@fdfa.fr	Ecoute et orientation pour les femmes handicapées victimes de maltraitances ou de violences (humiliations, insultes, violences psychologiques, physiques, sexuelles, économiques), que ce soit à la maison, au travail, dans l'entourage	Géré par l'association Femmes pour le dire, femmes pour agir Par des bénévoles formés Service gratuit et anonyme Ouvert le lundi de 10h à 13h et de 14h30 à 17h30 ; le mardi, mercredi et jeudi de 10h à 13h
Femmes sourdes Message Facebook ecoutefscs@gmail.com	Ecoute, orientation et conseil juridique pour les femmes sourdes et malentendantes victimes de violence	Géré par l'association Femmes sourdes citoyennes et solidaires Par des bénévoles, en LSF Service gratuit Permanence écoute le lundi et jeudi de 10h à 12h et de 14h à 16h, ou par RDV par courriel
SOS hommes battus Liste de contacts	Ecoute et soutien pour les hommes victimes de violences conjugales ou au sein de leur famille, que celles ci soient physiques, psychologiques, morales, sexuelles ou économiques	Géré par l'association SOS hommes battus Par des bénévoles expérimentés Service gratuit (anonyme si demandé) Horaires variables selon bénévole contacté (voir liste de contacts)
Viols Femmes Informations 0.800.05.95.95	Ecoute anonyme pour les femmes ainsi que les hommes victimes de viol ou d'agressions sexuelles, leurs proches bienveillants, les professionnelles et professionnels	Géré par l'association Collectif féministe contre le viol Par des salariés de l'association Service gratuit Ouvert du lundi au vendredi 10h-19h

Soutien psychologique Addictions

Contact	Contexte	Particularités
Alcool Info Service 0.980.980.930 Chat	Information, soutien, conseil et orientation pour les personnes en difficulté avec l'alcool, et pour leurs proches	Géré par Santé publique France Par des professionnels Service gratuit et anonyme Téléphone 7j/7 de 8h à 2h Chat ouvert du lundi au vendredi 14h-minuit et le samedi-dimanche de 14h à 20h
Drogue Info Service 0.800.23.13.13 Chat	Information, soutien, conseil et orientation pour les personnes en difficulté avec l'usage de drogues (y compris le cannabis) et pour leurs proches	Géré par Santé publique France Par des professionnels Service gratuit et anonyme Téléphone 7j/7 de 8h à 2h Chat ouvert du lundi au vendredi 14h-minuit et le samedi-dimanche de 14h à 20h
Tabac info service 3989	Information, conseil et aide à l'arrêt du tabac, ainsi que service de coaching personnalisé par internet.	Géré par Santé publique France Par des professionnels Service gratuit et anonyme Ouvert du lundi au samedi de 10h-18h
Ecoute Cannabis 0.980.980.940	Information, soutien, conseil et orientation pour les personnes en difficulté avec l'usage du cannabis, et pour leurs proches	Géré par Santé publique France Par des professionnels Service gratuit et anonyme Ouvert 7j/7 de 8h-2h
Joueurs info service 0.974.75.13.13 Chat	Information, soutien, conseil et orientation pour les personnes en difficulté avec leur pratique de jeux d'argent et de hasard (casinos, paris sportifs ou hippiques, jeux de tirage ou de grattage) ainsi que pour leurs proches	Géré par Santé publique France Par des professionnels Service gratuit et anonyme Ouvert 7j/7 de 8h-2h

Soutien psychologique Troubles psychiques

Contact	Contexte	Particularités
France dépression 07.84.96.88.28	Ecoute, aide pour les personnes vivant avec des troubles dépressifs ou bipolaires et leurs proches, par les bénévoles de l'association regroupant des patients et ex-patients.	Géré par l'association France dépression Par des bénévoles et ex-patients Service gratuit Ouvert du lundi au samedi de 10h à 20h, et le dimanche de 14h à 20h
Ecoute famille 01.42.63.03.03	Information, orientation et soutien psychologique pour les personnes confrontées au trouble psychique d'un proche, par des psychologues, service anonyme et gratuit	Géré par l'association UNAFAM Par des psychologues Service gratuit et anonyme Ouvert du lundi au jeudi de 9h à 13h et de 14h à 18h, et le vendredi de 9h à 13h et de 14h à 17h
Jef psy En ligne Sur Instagram (@jefpsy)	Plate-forme d'information et de soutien pour tout enfant ou jeune jusqu'à 30 ans qui est enfant, frère ou sœur d'une personne ayant un trouble psychique	Géré par la fondation Falret Par des psychologues Service gratuit et confidentiel Par contact à l'initiative du demandeur
Schizo. Oui! 01.45.89.49.44 contact@schizo-oui.com	Ecoute pour les personnes concernées par des troubles schizophréniques ou leurs proches	Géré par la fondation Schizo? Oui! Par des psychologues et des bénévoles formés Service gratuit (anonyme sur demande) Ouvert du lundi au vendredi de 9h30 à 18h Sur RDV par envoi de mail.

Soutien psychologique - Situations spécifiques

Contact	Contexte	Particularités
STOP 0.806.23.10.63	STOP, le Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention Ecoute et orientation vers un dispositif de soins adapté, pour les personnes attirées sexuellement par les enfants qui souhaitent être aidées pour éviter un passage à l'acte, et les personnes pensant qu'un de leurs proches est concerné	Géré par la Fédération française des Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, avec le Secrétariat d'État en charge de l'Enfance Par un psychologue, un psychiatre ou un infirmier dans un Criavs Service gratuit et confidentiel Ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h
J'arrête d'être violent 08.019.019.11	Ecoute et accompagnement pour les personnes en difficulté avec leur violence et les auteurs de violences dans leur couple ou leur famille	Géré par la Fnacav Par un professionnel Service gratuit et confidentiel Ouvert du lundi au vendredi de 9h30 à 21h30 ; le samedi et le dimanche de 9h30 à 19h30
Jasmine 07.60.22.54.84 jasmine@medecinsdu-monde.net	Numéro où les travailleurs et travailleuses du sexe peuvent signaler une agression (coups, agression sexuelle, viol, vols, cyberharcèlement) mais aussi s'inscrire pour être alerté sur les personnes potentiellement dangereuses et ainsi mieux se protéger des violences, à condition d'être parrainé par une association partenaire du programme ou un autre travailleur ou travailleuse du sexe.	Géré par l'association Médecins du monde Par un professionnel Service gratuit et anonyme (un pseudo suffit) Ouvert du lundi au vendredi de 9h à 18h (ou RDV après message vocal sur le répondeur)
Soumission chimique (Paris) 01.40.05.42.70 Formulaire en ligne pour déclarer une agression	Ecoute, information sur la détection des substances et la prise en charge en urgence pour toute personne qui pense avoir été victime d'une soumission chimique (par drogue, médicament) et d'une agression (viol, violences) ou pour le proche d'une personne concernée	Géré par le crafS Par des pharmacologues spécialisés dans l'usage criminel des substances et en santé publique, présents sur le site de l'hôpital Fernand Widai à Paris Du lundi au vendredi de 9h à 13h et de 14h à 18h

Grand focus

L'admission et l'accueil en institution

L'entrée en institution est un moment charnière dans la vie d'une personne accompagnée, mais aussi de l'équipe qui sera amenée à la soutenir au quotidien.

Ce "premier pas" dans l'établissement représente bien souvent un bouleversement pour la personne : première rencontre avec une structure, premiers échanges avec les équipes de proximité et d'encadrement ; première vision, également, des pairs qui partageront son existence. Ce temps est donc celui de la découverte et du changement : découverte d'un univers parfois radicalement inconnu ; changement de trajectoire lorsqu'il s'agit d'intégrer le monde médico-social depuis un lieu de soins ou un domicile privé.

Pour les professionnels, il s'agira de faire la connaissance d'une personne et de constituer un projet initial établissant un accompagnement pertinent au regard de ses désirs et capacités.

L'entrée en institution n'est donc pas quelque chose d'anodin, dans la mesure où elle peut autant constituer une opportunité d'évolution et de bien-être qu'une violence venant déstabiliser une personne vivant une transformation de statut et d'existence importante et, dans certains cas, brutale ou non désirée.

Il s'agit donc de penser ce contexte comme une somme d'enjeux personnels, professionnels et institutionnels entrecroisés qui nécessite un regard prudent et approfondi pour en faire une occasion d'épanouissement pour chacun. Dans cette optique, nous avons fait le choix de d'axer ce grand focus sur la pré-admission et l'admission.

Ces dimensions constituent la "porte d'entrée", c'est-à-dire le moment significatif à partir duquel s'instaurera ou non une relation favorable entre tous les individus concernés. Qu'il s'agisse des professionnels, de l'utilisateur ou de sa famille, chacun doit en effet pouvoir exister et faire exister l'autre.

Pour ce faire, nous développerons l'idée selon laquelle l'admission n'est qu'une procédure administrative qui ne trouve son sens que dans une dimension humanisante, qui est celle de l'accueil.



La pré-admission et l'admission : entre procédure et accueil

Nous venons de l'énoncer : une admission, dans sa phase préliminaire ou concrète, est une procédure qui ne trouve son sens que dans sa capacité à déployer un accueil.

Une évocation étymologique du verbe "accueillir" semble donc utile pour poser les bases de notre réflexion.

Celui-ci provient du latin "*accolligere*", prenant le sens de "rassembler". Cette origine sémantique n'est pas sans susciter d'interrogations : un endroit accueillant serait-il simplement un lieu où se rassemblent des personnes ?

L'origine du mot "*accolligere*" nous permet d'approfondir notre pensée : issu de la jonction de "*ad*" (vers) et "*colligere*" (cueillir), il nous incite à nous demander ce qui est cueilli précisément lors d'un accueil, ainsi que la manière dont il conviendrait de s'y prendre.

Métaphoriquement, chacun sait que l'on ne cueille un fruit que lorsqu'il atteint le bon degré de maturation. S'agirait-il donc de trouver un juste équilibre entre le "trop tôt" et le "trop tard" dans notre façon d'accueillir l'autre, dans l'idée d'une action "suffisamment bonne" au sens de Winnicott ?

Par ailleurs, peut-on cueillir l'autre sans être soi-même cueilli par lui ? Se déploie ici l'idée d'un concept de réciprocité : **accueillir quelqu'un ne serait possible que si ce dernier nous accueille dans notre accueil.**

Dans un registre plus théorique, Delion définit trois fonctions qui illustrent la manière dont l'accueil vient solliciter le psychisme :

- La fonction phorique ;
- La fonction sémaphorique ;
- La fonction métaphorique.

La fonction phorique, en écho au "holding" de Winnicott, fait état de l'engagement d'une équipe à porter le sujet et à mettre en place autour de lui un espace de contenance tant physique que psychique.

Cette fonction n'existe cependant pas au seul niveau de la dualité "soignant/soigné" car, comme l'énonce Barthélémy, *"celui qui porte doit être lui-même porté pour persister dans cette fonction [...]". La fonction phorique du soignant auprès du patient dialectise donc la fonction phorique du collectif, se référant elle-même à la fonction phorique de l'institution*".

La fonction sémaphorique renvoie à la mise au service de l'appareil psychique du professionnel permettant aux signes ou symptômes du patient de venir s'y inscrire. Le mouvement allant du patient vers le soignant serait ici celui du transfert.

La fonction métaphorique, enfin, traduit le travail de mise en sens des signes et/ou symptômes qu'effectue le professionnel *via* le contre-transfert.

Il nous semble que ces trois fonctions rassemblées permettent de nous approcher de ce que pourrait être la "fonction d'accueil": une présence et une hospitalité tant concrètes que psychiques ainsi qu'une réception de l'autre basée sur une acceptation dénuée de jugement.

Au-delà du rassemblement en un seul lieu (parfois nécessaire mais non suffisant), l'accueil implique donc également une disposition d'esprit tenant de la clinique du sujet ; c'est-à-dire une disponibilité psychique permettant la création d'une ambiance propice à la découverte de l'autre et à son existence au sein d'une relation vécue comme contenant et bienveillante.

C'est à ce propos qu'il convient d'entamer notre développement par la toute première rencontre entre le futur usager et l'établissement pouvant devenir son nouveau lieu de vie, c'est-à-dire l'étape de pré-admission.

La pré-admission

Le processus d'admission au sein d'une institution médico-sociale n'est pas un cheminement lisse et uniforme. Il apparaît davantage comme une succession d'étapes soumises à des enjeux et logiques différents, chacune comportant ses bénéfices et ses écueils particuliers.

La rencontre de pré-admission, en tant qu'étape singulière de ce processus, constitue un des "moments forts"

vécus par les futurs usagers. Cette dernière se situe après la réception par l'établissement d'une demande écrite émanant de la personne sollicitant une admission. Bien qu'elle puisse prendre différentes formes selon les structures, les enjeux restent finalement les mêmes : proposer un espace d'échange et de rencontre entre le futur usager et l'institution.

Pour la personne, il s'agit de découvrir un établissement (ses locaux autant que son offre de services, d'aides et de soins) en vue d'avoir une idée claire de ce qui peut lui être proposé au quotidien en cas d'accueil.

Pour l'établissement, elle représente l'opportunité d'étudier l'adéquation des besoins et désirs du sujet avec ses possibilités réelles d'accompagnement.

Ainsi devient-il possible pour chacun, dans cet espace, d'exprimer ses attentes et, en quelque sorte, d'exposer sa réalité à l'autre. C'est dans la rencontre de ces réalités qu'une dialectique peut s'instaurer en vue d'étudier la possibilité d'un accueil propice à l'épanouissement de la personne tout en ne venant pas heurter les possibilités institutionnelles.

Ce contexte très général étant posé, il nous semble essentiel de porter notre attention sur certains aspects de cette rencontre. Nous avons rapidement évoqué le fait que le cadre même dans lequel elle s'inscrit comporte une logique et des écueils spécifiques. Or, un de ces écueils reste celui de la violence, notamment dans sa dimension imaginaire. Une réflexion concernant cette mise en jeu du rapport au monde du sujet ne semble donc pas inutile afin de pouvoir penser ce risque et les moyens de s'en prémunir.

Une violence imaginaire

Le terme "imaginaire" est employé ici dans le sens que lui donne Castoriadis, c'est-à-dire en tant que capacité radicale de création. Il ne s'agit donc pas d'un imaginaire créant des illusions, mais bien de la radicalité imaginaire permettant au sujet d'organiser ses perceptions et de pouvoir construire en permanence sa réalité psychique.

Ainsi, une violence imaginaire est-elle, dans notre propos, de celles qui viennent percuter la manière dont le sujet donne sens au monde.

Évoquer ce type de violence est important car il ne faut pas oublier que toute pratique (professionnelle ou non) comporte une dimension sociale-historique: La création *ex nihilo* dans nos sociétés est en effet assez rare : il est



plus fréquemment question d'héritage culturel soumis à des transformations rendues possibles par la capacité imaginaire des sujets-citoyens en interaction avec l'histoire de leur milieu social. Bien que ces transformations puissent être considérables, il est fréquent de constater que nos pratiques comportent presque toujours leur lot d'éléments hérités dans leur forme ou leur fondement.

Dans cette logique, il paraît primordial de nous interroger sur les pratiques anciennes pouvant, encore aujourd'hui, influencer sur la réalité que construit le sujet aux prises avec le dispositif institutionnel. Plus particulièrement, une pratique sociale ayant eu cours dans la Grèce antique a attiré notre attention : celle de l'*apothesis*.

Bien qu'éteinte depuis de nombreux siècles, nous tentons de montrer qu'elle reste profondément inscrite dans nos psychés et joue un rôle non négligeable dans la violence que ressentent parfois les sujets (candidats comme proches) sollicitant une admission en établissement médico-social.

La pratique de l'apothesis

Dans l'Antiquité grecque, un enfant naissant difforme ou gravement handicapé était considéré comme un monstre. Étymologiquement, ce terme renvoyait au verbe "*moneo*", signifiant "avertir" et "instruire".

Dans ce système de croyance, le monstre était ainsi un avertissement de nature divine : le prodige de la difformité devait faire prendre conscience aux hommes qui en étaient témoins que les dieux communiquaient avec eux.

Face à l'incertitude de la conduite à tenir (une réponse inadéquate pouvant contrarier les dieux), les hommes avaient développé un rite spécifique ayant pour but de "rendre aux divinités ce qui leur appartenait". Le prodige dépassant le "cadre naturel", l'enfant qui en était porteur n'appartenait donc pas au monde des humains mais bien à celui des dieux. En le rendant à ses créateurs, les Grecs agissaient dans l'espoir que ces derniers considéreraient leur message comme transmis et disposeraient de l'être

divin à leur convenance sans manifester de colère sur le groupe social dans lequel il était advenu.

Comme toute croyance développée par un groupe, celle-ci s'était dotée d'un cérémonial particulier, ici nommé "*apothesis*". Traduit de manière générale par "*exposition*" (l'*apothesis* étant un cas particulier de cette dernière car réservée à la monstruosité), cette pratique consistait à emmener l'enfant difforme hors de la ville dès sa naissance et à le laisser à disposition des divinités au sein d'un trou dans le sol ou de tout autre endroit isolé.

Si ces dernières s'en saisissaient (c'est-à-dire le rappelaient à elles par son décès), alors les hommes estimaient avoir échappé à leur colère en ne s'appropriant pas cet être magique. Si l'enfant survivait, il était intégré au groupe social en acquérant un statut particulier, souvent lié à la divination ou à la magie (en raison de son lien spécial avec un monde extérieur à celui des humains).

Deux aspects de cette pratique nous paraissent particulièrement intéressants : la croyance selon laquelle l'enfant "*anormal*" n'appartiendrait pas tout à fait au monde des hommes, et l'organisation sociale venant canaliser cette réalité dérangeante pour lui donner sens au sein du groupe. En effet, la décision d'exposer ou non un nouveau-né n'appartenait pas à ses parents mais bien à l'ensemble du groupe social, car la pratique résultait d'une prise de position collective : c'était le village ou le quartier qui la prenait et non ses seuls géniteurs.

Cette responsabilité sociale est d'ailleurs explicitement présentée par Aristote, lorsqu'il énonce qu'"*en ce qui concerne les nouveau-nés qu'il faut exposer et [ceux qu'il faut] nourrir, qu'il y ait une loi qui interdise de nourrir un enfant difforme*".

Dans la même logique, le traitement réservé aux enfants de Sparte dépendait de la décision d'un conseil de sages. Ce n'était que sur avis de ce dernier que l'enfant était exposé ; tout geste non socialement validé sur un nourrisson anormal n'était donc pas considéré comme acceptable et relevait du crime (voir l'image d'illustration en haut à gauche). Chez les Romains également, il était exigé que le père soit accompagné par cinq voisins pour légitimer sa décision.

Ainsi, quel que soit le groupe ou la culture d'appartenance, nous voyons que l'*apothesis* n'était pas un acte arbitraire et individuel : elle correspondait à une décision collectivement validée, plaçant la responsabilité de décision sur le groupe (et donc la loi) plutôt que sur l'individu.

Une dimension sociale-historique contemporaine

La pratique de l'*apothesis* révèle une position très particulière face au handicap et à la difformité. Si notre propos n'est pas de dire que la rencontre de pré-admission en est une simple forme, force est de constater que cet esprit semble persister dans l'imaginaire des familles et des institutions.

En effet, comment ne pas percevoir que les deux fondements de ce rite (différenciation de l'enfant anormal du reste des hommes ; organisation sociale donnant sens à cette croyance) ont survécu dans la trame de fond imaginaire de nos postures sociales ?

Fondamentalement, l'existence même de lieux de vie spécialisés atteste de cet héritage culturel. Là où les Grecs anciens attribuaient aux "monstres" un territoire étranger à la terre des hommes, n'avons-nous pas développé une pratique voulant proposer aux sujets en situation de handicap (notamment très invalidant) un lieu d'existence quelque peu étranger à la "terre sociale" ?

L'éloignement de certains établissements des centres villes n'est d'ailleurs pas sans évoquer ce confinement "hors du monde ordinaire".

De plus, le tissu complexe régissant l'univers institutionnel est empreint d'une volonté législative forte, comme le montrent les différentes lois (1975, 2002, 2005...), les divers codes (CASF Charte européenne...) et structures (MDPH, FAM/MAS, ESAT et bien d'autres) dévolues à la "gestion" de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Ne s'agit-il pas, ici également, d'une organisation sociale donnant sens à cette différence perçue entre sujet dit valide et sujet handicapé ?

Bien entendu, la culture mythologique a aujourd'hui disparu dans sa forme ancienne, mais ses fondements spécifiques (organisation de la réalité, canalisation des angoisses) pourraient bien s'être transmués au sein d'une autre nature d'organisation sociale, visant cependant un but similaire de réduction de l'incertitude face à la différence et à l'étrange. Que dire, dans cette logique, du fait que la décision d'admission résultant des entretiens soit prise collectivement et non par un seul ? La "commission interdisciplinaire" n'est-elle pas, en tant qu'instance socio-institutionnelle, un nouveau conseil des sages basé (époque oblige) sur la compétence experte des professionnels et non plus sur la sagesse supposée des anciens ?

Il s'agit là, peut-être, de considérer la nature sociale-historique de nos modes de pensée et d'envisager la politique du handicap elle-même comme héritière d'une fonction sécurisante autrefois dévolue à la pensée mythique.

D'ailleurs, la pensée de Lévi-Strauss, voulant que "*rien ne ressemble plus à la pensée mythique que l'idéologie politique*", trouve ici un écho intéressant. Cette subsistance en tant que posture, Foucault l'appellerait *épistémè* dans un autre cadre théorique, tandis que Barthes nous rappellerait fort à propos que les mythes contemporains ne se déterminent plus par l'objet de leur message mais bien par la façon dont ils permettent de parler de la frange de réalité à laquelle ils donnent sens.

À partir de ces considérations, il s'agit à présent d'analyser la manière dont cet héritage imaginaire peut influencer sur la représentation des sujets quant à la rencontre de pré-admission. Cela pourrait nous permettre d'en déceler les éventuelles sources de violence en vue de les amoindrir par un ajustement de nos postures professionnelles.

La dimension apothésique de la pratique institutionnelle

Nous l'avons abordé en *supra*, l'entretien de pré-admission consiste à créer un espace de rencontre permettant au sujet (potentiel futur usager) et à l'institution d'échanger et de par-tager autour d'un projet commun d'admission. C'est au sein de celui-ci que s'exprimeront les attentes, les craintes et parfois les angoisses de chacun. Quel lieu serait donc plus adapté pour tenter de déceler le possible fantasme de l'*apothesis* que cet échange et les contenus discursifs particuliers qui s'y déploient ?

Il paraît donc important de prêter attention à ce qui se dit (et à ce qui ne se dit pas) au sein de cette rencontre afin de percevoir, peut-être, la manière dont les sujets donnent sens dans leur imaginaire à la situation de pré-admission. Il n'est pas rare, par exemple, de rencontrer des parents très anxieux à l'idée que leur enfant ne soit "pas jugé assez proche des autres résidents pour intégrer l'établissement". À l'inverse, nous pouvons entendre que "cet établissement, ce serait vraiment un monde adapté à notre enfant".

Que dire de ces deux discours ? Peut-être qu'ils expriment deux glissements fondamentaux dans la posture du sujet face à l'entretien : un glissement du rôle institutionnel et un glissement de la puissance imaginaire attribuée à l'établissement lui-même (et donc à ses représentants).

Le glissement institutionnel se situe dans le fait que la pré-admission puisse être vécue comme une épreuve visant à établir la similarité d'un sujet vis-à-vis d'un groupe social particulier. Enoncer la crainte que la personne ne soit pas jugée suffisamment proche des autres n'est pas sans rappeler le conseil des sages si cher aux Spartiates d'antan.

En effet, cette position d'esprit place le sujet devant un groupe de personnes censées être compétentes pour déterminer son droit d'appartenance au groupe social de ses pairs.

Le glissement imaginaire, pour sa part, se perçoit dans les discours présentant le monde institutionnel comme "extérieur" au monde social standard. Ni réellement dedans (puisqu'il est question d'un environnement spécifique) ni totalement dehors (puisqu'il s'agit de structures appartenant tout de même au *socius*). Ainsi, loin de rechercher un accompagnement adapté au sujet, il est parfois constaté un désir de trouver un monde apte à l'accueillir. **Cela peut placer l'établissement dans une position imaginaire complexe, située quelque part entre terre promise et terre d'exil.**

Nous l'avons vu : la pré-admission peut être perçue comme un rite déterminant l'appartenance de l'individu à un groupe social. En corollaire, le fait de considérer l'établissement comme étant en retrait du "monde normal" n'est pas sans conséquence au niveau des enjeux de pouvoir. Parfois, le discours du sujet (ou de ses aidants parentaux) donne en effet cette singulière impression de toute-puissance institutionnelle.

D'un point de vue imaginaire, certains aidants en viennent presque à considérer la pré-admission comme une véritable exposition. Cette dernière se base en effet sur l'idée que des puissances extérieures à la société humaine décident de la survie de l'individu. Or, l'institution, sous bien des aspects, est une instance dépassant le simple cadre de l'humain. La question doit donc être posée : retrouve-t-on cette logique mortifère dans l'entretien de pré-admission lui-même ?

En premier lieu, il est important de rappeler que la mort, au niveau psychique, n'est pas uniquement la fin de la vie somatique. Elle reste, comme le présentait Jankélévitch, un néant processuel. Elle est donc davantage absence que finalité, plutôt inexistence que terme.

Or, n'est-ce pas de cela qu'il s'agit, quand il est dit qu'une admission conditionne le lien à l'autre ("Au moins, ici, il aurait des amis"), la pensée ("Elle pourrait peut-être évoluer avec votre aide") ou encore la survie du couple parental ("Cela nous permettrait d'arrêter de centrer notre vie sur lui") ?

Nous retrouvons dans ces propos cette idée de toute-puissance institutionnelle sur le destin de l'individu et de ses proches. Le refus d'une admission signifierait en effet l'absence de tout un ensemble de processus sociaux, cog-



-nitifs, familiaux... En somme, l'inexistence d'une fonction essentielle à la vie psychique du sujet et parfois à celle de ses proches ; c'est-à-dire une mort.

Ces éléments discursifs n'annoncent donc pas uniquement la crainte d'un refus. Ils semblent plutôt présenter cette éventualité comme une mise à mort imaginaire du sujet venant prendre le risque de s'exposer.

C'est bien cette violence dans l'imaginaire qu'il nous faut prendre en compte pour questionner nos postures institutionnelles. Le fait qu'elle s'exprime souvent sur un mode indirect, voire n'existe que dans le registre de l'impensé (et parfois de l'impensable), ne l'empêche pas pour autant d'être "agissante" au sein de certains entretiens.

Ces motifs imaginaires semblent donc pouvoir infiltrer l'échange et en modifier sensiblement la teneur. Il n'est dès lors plus question d'un dialogue que les sujets investissent mais d'une évaluation qu'ils redoutent. Leur posture se transforme alors, passant d'un rôle d'acteur dans la co-construction d'un projet d'accueil à celui, fort différent, de personne cherchant à s'adapter le plus finement possible à des critères supposés favoriser une admission. Bien entendu, il y a une part de vérité dans cette idée de pouvoir : l'institution est effectivement dans une position de puissance face à des demandeurs bien conscients de la pénurie actuelle de places. Cependant, il doit être rappelé que l'idée n'est pas de nier ce pouvoir mais bien d'en neutraliser la nocivité sur les possibilités d'existence du sujet. Ainsi, certaines précautions nous semblent-elles être à prendre afin d'aider le sujet à quitter une posture imaginaire néfaste à l'expression de sa volonté et à sa dignité de citoyen égal à tout autre.

Comment prévenir la violence ?

Nous venons de voir que la question du rôle et du pouvoir peut émerger au sein d'un entretien de pré-admission.

Rôle d'un entretien glissant de l'échange vers l'évaluation ; pouvoir d'une institution détenant un droit de vie ou de mort imaginaire sur le sujet. Afin de prémunir la personne de ces écueils, il apparaît utile de réfléchir à la mise en oeuvre formelle du temps d'échange. Cela suppose de porter notre attention sur le contenu (c'est-à-dire le discours) mais aussi le contenant (c'est-à-dire le cadre dans lequel il peut exister).

Le contenu, une vigilance discursive essentielle

Nous tenons à rappeler avec Foucault que "*les discours sont des pratiques qui forment systématiquement les objets dont ils parlent*". Il s'agirait donc de prendre garde à ce qui est dit afin de ne pas consolider une vision du sujet en situation de handicap qui le transformerait en un être soumis à une exposition.

À ce propos, rappelons que les termes relatifs à l'accueil d'une personne sont pour le moins connotés au sein des établissements. Les mots tels que "candidature" ou "entretien de pré-admission", employés pour nommer la rencontre, sont en effet également utilisés dans le domaine du recrutement ("entretien d'embauche") et donc inmanquablement associés à la notion d'évaluation. Il apparaît ici que cette étape de l'admission peut se révéler douloureuse pour les personnes en demande d'accueil comme pour les professionnels, et ce au-delà d'une éventuelle décision défavorable : il s'agit bien de la penser dans sa globalité et par conséquent dans les dimensions qu'elle convoque, par les mots employés, au sein des représentations des personnes qui la vivent.

Ces interrogations ô combien nécessaires rendent sailante la problématique de la relation asymétrique entre les professionnels, "détenteurs" de la décision, et les personnes émettant la demande. La place de la personne en situation de handicap dans ce dispositif et les délicats enjeux d'une formulation de refus sont également des sources de répercussions sur leurs trajectoires de vie. Ils doivent donc être interrogés, notamment à la lumière d'un contexte où le nombre de "places" d'accueil ne répond que trop peu aux besoins réels de la population.

Le contenant, une question de position

Les théorisations systémiques, particulièrement celles de Watzlawick au sujet des positions dans la communication, nous semblent intéressantes à prendre en compte au sein de la réflexion concernant le contenant. Cet auteur différencie la *relation symétrique* (c'est-à-dire d'égalité entre interlocuteurs) de la *relation complémentaire* (où chacun se situe à un niveau différent).

Si la relation symétrique concerne une situation dans laquelle chacun possède la même "puissance", celle de complétion est au contraire asymétrique et donne lieu à deux positions possibles pour les personnes :

- La position "haute" : celle de celui qui sait, qui montre sa puissance ;
- La position "basse" : celle de celui qui écoute, qui apprend de l'autre.

Face à une éventuelle perception de l'établissement en tant que juge de la similarité d'un individu avec un groupe social donné, il s'agit de rappeler que la pré-admission vise plutôt à valoriser sa singularité dans la construction d'un projet d'accueil qui lui est propre. C'est précisément dans l'étayage de cette posture institutionnelle que l'ajustement des positions communicationnelles peut se révéler précieux.

Par exemple, une position basse peut placer l'entretien dans le cadre d'un échange et non d'une évaluation, ce qui constituerait un rappel de notre place de partenaire plutôt que d'évaluateur vis-à-vis de la sollicitation émise par le futur usager. Le but n'est en effet pas de juger la qualité d'une "candidature" mais bien la faisabilité d'un accueil potentiel dans le strict intérêt du sujet.

Ce type de position pourrait notamment permettre à une personne d'exprimer sa demande face à des partenaires institutionnels disposés à admettre "qu'ils ne savent pas" et ont donc tout à apprendre d'elle. Il s'agirait ici de limiter nos interventions au silence et aux simples reformulations pour laisser une réelle place au sujet. Cet espace pourrait l'amener à présenter sa pensée (souvent fragmentaire et complexe à appréhender) sans que nous venions "l'aider" en remplaçant ses mots par les nôtres qui, aussi élégants et efficaces soient-ils, ne lui appartiennent pas et ne disent rien de sa réalité intime.

Dans des situations de difficulté d'expression ou de timidité, la position haute serait, au contraire, nocive pour l'individu qui se verrait déconsidéré par une "confiscation altruiste" de sa parole.

Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille renoncer à une certaine puissance, qui peut tout à fait constituer un précieux recours lorsque le sujet se dévalorise lui-même au sein de l'entretien. Lorsqu'il se place par exemple en posture de soumission ou d'exposition face à l'institution, l'asymétrie assumée peut se révéler utile car elle octroie une autorité permettant d'affirmer avec force qu'il peut dire quelque chose de lui-même s'il le désire. Il s'agit ici d'user de la "puissance institutionnelle" en exposant clairement le cadre de l'entretien et la raison de la présence de chacun.

La posture haute n'est donc pas néfaste en tant que telle : ce n'est que lorsqu'elle perd de vue sa fonction, qui est de garantir un cadre étayant pour le sujet et sa demande, qu'elle peut le devenir. Ainsi, avec cette vigilance, il est envisageable, même *a minima*, de restreindre le glissement ou même d'empêcher l'entretien de devenir une évaluation en mêlant adroitement position basse face à la demande et position haute face au fantasme.



Au niveau des enjeux imaginaires, cette possibilité est extrêmement importante car elle permet de rappeler à tous que l'institution n'est pas un "monde particulier" mais un "espace particulier dans le monde". L'enjeu n'est donc pas de savoir si le sujet correspond au monde institutionnel, mais bien d'étudier l'adéquation entre l'accompagnement médico-social proposé et ses besoins ou désirs spécifiques.

L'humilité d'une position basse face à la demande du sujet peut donc aider à désagréger la toute-puissance institutionnelle imaginaire, tout comme une position haute peut rendre possible l'usage d'une autorité servant à protéger le cadre même de l'entretien de certaines dérives. C'est donc face à la représentation doublement problématique d'une institution "experte" et "étrangère" que le recul sur la communication constitue une opportunité de réflexion éthique essentielle dans l'accompagnement du sujet.

Cette démarche n'enlève rien à la problématique politique générant le pouvoir (le financement des établissements existants et la création de nouvelles structures restant tristement insuffisants), mais peut éventuellement aider à amoindrir des craintes et des représentations néfastes venant infiltrer le déroulé d'un outil institutionnel précieux pour la construction d'un projet de vie futur.

En effet, lorsque cet échange s'avère favorable et qu'il est possible d'accueillir la personne au sein de l'établissement, c'est l'admission proprement dite qui peut alors s'enclencher sur des bases d'autant plus saines qu'elles sont détoxifiées du fantasme apothésique et des asymétries angoissantes de puissance.

L'admission

L'admission est un terme fréquemment employé au sein des institutions lorsqu'il est question d'envisager l'accueil d'un nouvel usager ; il l'est d'ailleurs à tel point que des expressions comme "entretien d'admission" ou encore "commission d'admission" sont désormais banalisées et investies par nombre de professionnels. Pour autant, une question essentielle se pose : l'admission et l'accueil relèvent-ils des mêmes dynamiques ?

En déclinant les nuances fondamentales existant entre ces deux termes, la psychothérapie institutionnelle nous permet d'envisager des éléments de réponse importants lorsqu'il s'agit de construire une éthique institutionnelle. Ce mouvement met notamment en lumière le fait que l'admission relève d'une démarche purement administrative (comme le remplissage d'un dossier) pouvant potentiellement englober la dimension humaine du sujet.

Par exemple, lors de l'arrivée d'une personne, les professionnels peuvent être d'emblée amenés à relever des données telles que son poids, sa taille ou encore sa peinture, ce qui les place en dehors d'un rapport humanisant à l'autre en le transformant en objet à étudier plutôt qu'en sujet à découvrir.

Pourtant, accueillir une personne au sein d'un collectif institutionnel ne se limite pas à des prises de mesure ou à la délivrance d'un « livret d'accueil » (ou de tout autre document prévu par la loi du 2 janvier 2002 pour les phases d'admission).

En effet, l'accueil (ou la "fonction d'accueil") ne se réduit à aucun protocole, et cela en dépit des "protocoles d'accueil" que l'on voit se multiplier dans les structures depuis quelques années.

L'accueil dépasse l'admission et ses éventuelles mesures quantitatives : il ne se décrète pas plus qu'il ne se protocolise car il consiste avant tout à être attentif à l'autre. Il ne peut donc pas se résumer à des techniques à appliquer mécaniquement car il nécessite la possibilité de laisser surgir l'inattendu et le surprenant.

Selon Balat, il est ce qui "*permet de favoriser la rencontre*", qui peut être celle d'une personne et d'une institution mais aussi celle de deux personnes dans une institution. Il s'agit de prendre en compte la singularité de chaque sujet en dehors de tout préjugé et de toute procédure, car ce sont deux humains qui se rencontrent.

Pour cette raison, il nous semble préférable de parler de "commission d'accueil" ou de "comité d'accueil" en lieu et place des "commissions d'admission". Chavaroche indique d'ailleurs que "*l'admission en tant que seule finalité crée les conditions de l'asilaire au sens péjoratif de ce terme*". Cela ne signifie pas que l'admission n'ait pas lieu d'être pour autant, car il s'agit d'une procédure stabilisant l'univers professionnel et créant des repères utiles pour le futur usager. Il est plutôt question de la considérer comme un fragment administratif d'un accueil renvoyant à de plus vastes enjeux.

L'accueil : un lieu et un temps à part ?

Il est assez intéressant de constater que le terme "accueil" au sein d'un établissement renvoie fréquemment au lieu physique de premier contact avec les visiteurs. Situé généralement à l'entrée, il se confond le plus souvent avec le secrétariat général de la structure.

Cette position topologique particulière qu'est l'installation au seuil même des bâtiments semble signifiante et pourrait laisser penser que l'accueil ne puisse se prolonger au-delà de ce bureau ou de ce comptoir. Cela n'est pas sans évoquer une difficulté institutionnelle dans sa pensée en tant que processus central plutôt qu'ostiaire.

Il semble pourtant que l'accueil ne puisse se définir comme un lieu géographiquement délimité ou une simple "porte d'entrée" : il relève davantage d'une disposition à l'égard de l'autre qui doit exister en tout lieu et tout instant dans l'institution, de manière formelle et informelle, car nous n'en finissons jamais d'accueillir. Cette pensée trouve d'ailleurs un écho dans les écrits de Tosquelles, lorsqu'il énonce que *"l'accueil se prolonge inlassablement au cours du séjour et il constitue la disponibilité de base qui permet la rencontre"*.

Un exemple nous semble évocateur de la possibilité d'inclure au sein de l'admission une fonction d'accueil à même de créer les conditions d'une réelle rencontre avec le futur usager.

Dans un foyer d'accompagnement, une "journée découverte" est organisée pour permettre aux personnes qui en ont fait la demande de visiter l'établissement en vue de préparer leur éventuelle admission. Cette occasion de rencontrer les autres usagers et les professionnels de la structure se double d'une présentation des activités proposées et d'un entretien avec le psychologue de l'établissement. Le but de cet échange est de faire connaissance et de recueillir les demandes et attentes de la personne. Situé hors des procédures de pré-admission, ce temps n'a d'autre but que de tisser un premier lien et de se découvrir mutuellement.

Pensée au départ comme une journée unique dans l'année, cette initiative s'est rapidement heurtée à différentes problématiques (temporalité insuffisante pour développer un réel accueil, délai parfois considérable entre ce premier contact et l'entrée proprement dite dans la structure, Etc.) suscitant des mécontentements de part et d'autre.

L'équipe interdisciplinaire s'est donc saisie de la question et a programmé plusieurs journées dans l'année.

Cette manière de procéder, conjuguant un travail de lien en amont et une adaptation à la réalité des besoins, révèle la possibilité de penser un accueil se prolongeant dans le temps sans jamais être clos une fois pour toutes.

En effet, c'est bien grâce à la fonction d'accueil présente dans la pensée de chaque membre de l'établissement qu'il est possible de concevoir un premier contact dénué d'administratif, tout comme de faire évoluer ce dernier lorsqu'il ne permet pas d'accueillir réellement les personnes. Cela introduit d'ailleurs une des conditions indispensables de l'accueil : sa présence dans l'esprit de tout le personnel d'une structure en tant que position d'esprit.

L'accueil : l'affaire de tous

"Hôtesse d'accueil", "accueil de jour", "centre d'accueil et de crise"... autant de termes qui se retrouvent assez facilement dans le vocabulaire institutionnel quotidien.

Cela peut créer l'impression que l'accueil se suffirait à lui-même et pourrait donc s'incarner dans des fonctions bien définies. Il nous semble cependant possible de considérer au contraire que chaque personne dans l'établissement, professionnel comme usager, y participe à sa manière, car l'accueil est l'affaire de tous. Loin de dépendre d'un statut, il représente une intention et une disponibilité à l'autre que toute personne peut investir selon des modalités qui lui sont propres.

Ainsi, qu'il s'agisse de la maîtresse de maison ou du directeur d'établissement, du médecin ou de l'aide-soignante, chacun peut saisir l'opportunité d'accueillir l'autre au sein de l'institution. Il est à ce propos frappant de constater que les usagers attribuent parfois à tel ou tel professionnel un rôle particulier d'accueil (de leurs désirs, demandes, souffrances...) qui n'a que peu de choses à voir avec son statut ou même son métier. Ce rôle échappe aux nomenclatures et standardisations professionnelles classiques, ce qui le rend aussi difficile à appréhender qu'important dans ce qu'il montre d'un accueil de l'autre indépendant d'une quelconque fonction.

Cette indépendance est essentielle car elle peut mener à des pratiques intéressantes en termes d'humanisation d'établissement. C'est par exemple le cas à la clinique de La Borde fondée par Jean Oury. Cet établissement, par l'implication des patients dans les "pré-visites" (terme préféré à la "pré-admission") en tant que groupe d'accueil dénommé "poisson pilote", n'a pas été sans inciter certaines structures du médico-social à réfléchir cette question du premier contact.

C'est notamment le cas d'un foyer d'accompagnement :

Sur le modèle des "poissons pilotes", l'établissement a proposé aux usagers qui le souhaitent de s'impliquer dans l'accueil. Un "comité d'accueil" s'est constitué et a pour mission d'accompagner les arrivants lors de leur admission. Cette "journée découverte" permet donc à la personne de visiter son nouveau cadre d'existence, d'obtenir des informations pratiques sur la vie quotidienne et, surtout, de créer un lien positif dès le départ avec les autres.

Cela montre bien que l'accueil existe certes dans le concret et l'administratif, mais ne peut réellement se déployer que dans une permanence et une universalité laissant toute leur place à la spontanéité, à la créativité et à la rencontre humaines.

Conclusion

Notre réflexion s'est intéressée aux pratiques mises en oeuvre lorsqu'il s'agit de procéder à l'admission d'une personne au sein du dispositif institutionnel.

Nous avons pu montrer de prime abord que l'admission n'était qu'un terme administratif ne disant rien de la singularité des phénomènes engagés. C'est dans ce sens que nous avons cherché à montrer qu'il **s'agit moins d'admettre l'usager que d'accueillir le sujet**. C'est sur le principe premier d'un accueil perçu comme fondement de la possibilité d'accompagnement que nous semble donc se trouver la possibilité d'une position éthique pertinente au niveau institutionnel.

En ce qui concerne l'admission, un accueil authentique permet de penser et de neutraliser certains écueils produisant de la violence sur les sujets. Que cette dernière provienne d'un héritage culturel marginalisant les personnes en situation de handicap, d'une position de puissance au sein de l'entretien ou encore d'une minoration de l'être réduit à son statut de "candidat", c'est bien par une disposition d'esprit faisant exister l'individu dans l'entière de ses dimensions qu'il est possible de le préserver et de l'accompagner par une entrée propice à son bien-être.

De même, lorsque la personne fait face à la brutalité (du handicap acquis ou d'un départ de l'environnement familial), c'est aussi l'accueil qui rend possible l'instauration d'un regard et d'une approche à même de l'accompagner, ainsi que ses proches, d'une manière humaine et aidante dans ce bouleversement existentiel.

La pré-admission et l'admission, en tant que procédures, n'ont donc que peu de sens.

En revanche, la pré-admission comme opportunité de rencontre bienveillante et l'admission comme possibilité de déploiement d'un accompagnement aidant, tout cela a un sens essentiel pour promouvoir le respect du sujet comme citoyen de droit et personne globale.

Pour aller plus loin





Marche jaune - 7 septembre 2025 à Nancy

MARCHÉ 
JAUNE 2025

JOURNÉE INTERNATIONALE DE PRÉVENTION DU SUICIDE

7 SEPT. 25
NANCY
10h - 13h

📍 DÉPART :
AUDITORIUM
DU PARC DE LA
PÉPINIÈRE

- Marche de 2.8km
- Animations musicales
- Stands d'informations
- Découverte d'associations
- Des lots à gagner

INSCRIPTIONS



GRATUIT !

Nancy, ars, 3114, CHRU, NoteS, VigilantS, Hôpitaux de France



Les Thématiques de l'Avison

Jeudi 11 septembre 2025

Vous invite pour une soirée d'information
entre professionnels de santé et du soin



Pourquoi cette soirée ?

La dépendance médicamenteuse est une réalité souvent méconnue, même au sein des établissements de santé. Anxiolytiques, opioïdes, somnifères... certains traitements peuvent, à long terme, entraîner une addiction physique et psychique.

Cette soirée vise à informer, prévenir et ouvrir le dialogue entre professionnels de santé autour de cette problématique croissante.

19h45
Accueil - Emargement

20h00
Intervention par le Dr Julien HURSTEL,
Psychiatre addictologue, CSAPA EPINAL AVSEA

21h30
Temps d'échanges entre participant.e.s
Buffet et boissons

Animée par





Participation gratuite
Inscription obligatoire





Rendez vous au :
Hôpital de Bruyères

Salle de conférence
(16 Rue de l'hôpital)
88600 Bruyères



Avec le soutien financier de l'ARS Grand Est
dans le cadre des missions de Grand Est Addictions



Colloque - 12 septembre 2025 à Toulon



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

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

Quelques pierres au milieu du gué :

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

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

Comment pensent-ils le monde pour penser le patient ?

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

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

» Inscription sur [ce lien](#).

Journée d'étude - 12 septembre 2025 à Montpellier

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)



La scène judiciaire et ses acteurs
Magistrats, experts, auteurs et victimes sous influence



Montpellier - Vendredi 12 septembre 2025
Salle Rabelais, 27 Bd Sarrail
Horaires : 9h - 17h30 - Mode de participation mixte : présentiel et visioconférence simultanée
Tarif : 100 euros - Etudiants : 50 euros
Inscriptions [snepp.org](https://snepp.org/bourdque-et-adhesion/journee-conference/) : <https://snepp.org/bourdque-et-adhesion/journee-conference/>

» Pré-programme sur [ce lien](#).

Université d'été - 24 & 25 septembre 2025 à Bordeaux

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)



Programme

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

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

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

Conseil départemental de la Gironde
26 septembre 2025

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

Assises de la psychologie - 27 septembre 2025 à Toulouse

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)



ASSISES DE LA PSYCHOLOGIE

Psychologues et citoyens, enjeux éthiques et politiques

ACTE IV

"DE QUOI LA SANTÉ MENTALE EST-ELLE LE NOM ?"

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

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

Cette terminologie témoigne de l'avenue de l'écologie néolibérale à l'œuvre tant dans les politiques publiques que dans les pratiques. Les assises précédentes faisaient le constat d'une prééminence du terme d'usages, leur norme, à l'éclosion d'un droit, à la culture, etc. au point de remplacer celui d'accueil. Depuis, ce vocabulaire était même invité dans le titre d'un ministère avec un ministre délégué chargé de la santé et de l'accès aux soins.

Cette année, nous essaierons de démiéler les usages politiques et administratifs du terme français de "santé mentale", qui a fait sa place dans le langage commun, dans le monde scientifique, dans celui du travail ainsi que dans les directives européennes. Le gouvernement français en a fait une "grande cause nationale" 2023.

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

Cette pathologisation est liée au travail d'une universalité sur le univers et ses troubles supposés, qui accompagne un évincement systématique du psychisme. De cette approche résulte un double discours : tout en prétendant apporter une réponse singulière à chacun, elle propose des protocoles standardisés qui voient l'adaptation de l'individu et étouffent les facteurs sociaux et politiques. Cette façon du discours obère la pensée des inégalités comme celle des méconnaissances, qui les causent et de leurs effets.

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

POUR TOUTE INFORMATION :
coordonneuse@psychologiecitoyenne@gmail.com

INSCRIPTIONS :
Cliquez ici ou flashez !



Journées nationales - 2 & 3 octobre 2025 à Strasbourg

(cliquer sur l'image pour télécharger le livret d'inscription)



**5^{es} JOURNÉES NATIONALES
DES ACTEURS DE LA
COORDINATION**

***PRISE DE RISQUES,
RESPONSABILITÉS PARTAGÉES
ET OPPORTUNITÉS***

**2_3 octobre
2025**

Strasbourg

CCI Campus Alsace

234 Avenue de Colmar

actif
FORMATION
INFORMATION
CONSEIL

Journée nationale des aidants - 6 octobre 2025 à Paris

06 OCT. 2025
Paris 13^{ème}
salle des fêtes de la mairie

09:00-13:00
FORUM DES AIDANT·E·S
gratuit et ouvert à tous·tes

14:00-17:30
TABLES RONDES
«Coopération et articulation des acteurs»
gratuit et ouvert aux professionnels et·les sur inscription (passez l'après-midi)

SAVE THE DATE
JNA2025
JOURNÉE NATIONALE DES AIDANT·E·S

Inscription sur l'asso.com

Fédération des Plateformes de Répit

agirc-arrco
La retraite à vie d'avenir

PARIS

13

La Ville de Paris coorganise avec Centr'aider, la Fédération des plateformes de répit et l'Agirc-Arrco, la Journée nationale des aidants, le lundi 6 octobre prochain à la salle des fêtes de la Mairie du 13^{ème} arrondissement, de 9h00 à 17h30.

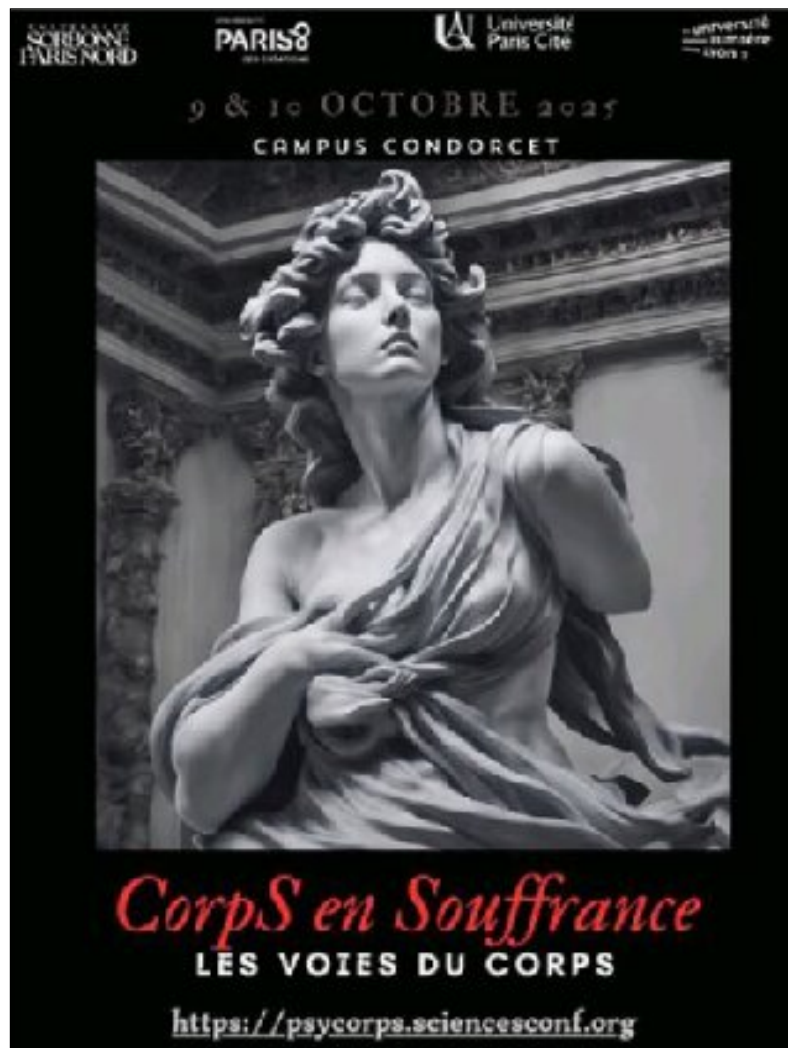
Au programme :

- Un forum "ressources" le matin avec des stands d'informations. (Gratuit et à destination des aidants, sans inscription) ;
- Des tables rondes professionnelles l'après-midi, centrées sur la coopération et l'articulation des acteurs pour l'accompagnement des aidants. (Gratuit et ouvert aux professionnels, sur inscription).

Le programme complet n'est pas connu à ce jour.

- » Inscription sur [ce lien](#).

Colloque interdisciplinaire - 9 & 10 octobre 2025 à Aubervilliers



Colloque interdisciplinaire et international francophone

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

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

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

Pour toute question: corpsensouffrance@gmail.com

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

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

(cliquer sur l'image pour télécharger le programme)



COLLOQUE : LES RENCONTRES DE L'IMIC



 **Hypnose, méditation & médecine intégrative**

**Public :** tout professionnel de santé intéressé par le thème

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

**Modalité :** En présentiel ou en distanciel

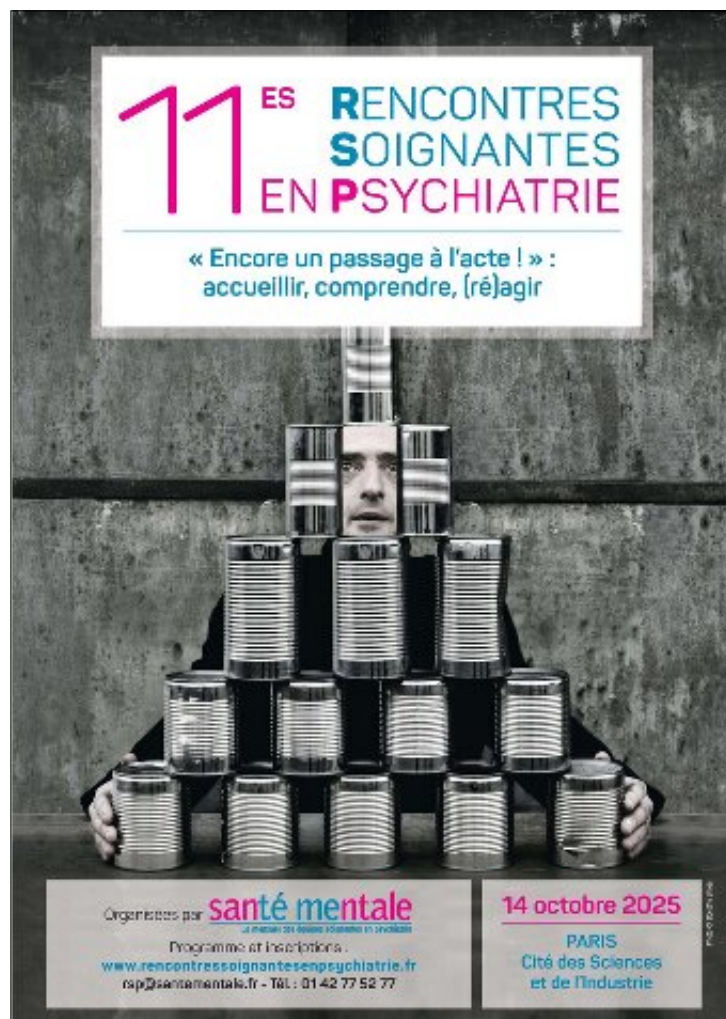
**Prérequis :** pas de prérequis nécessaire

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



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

**09 & 10
OCTOBRE
2025**



Argumentaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

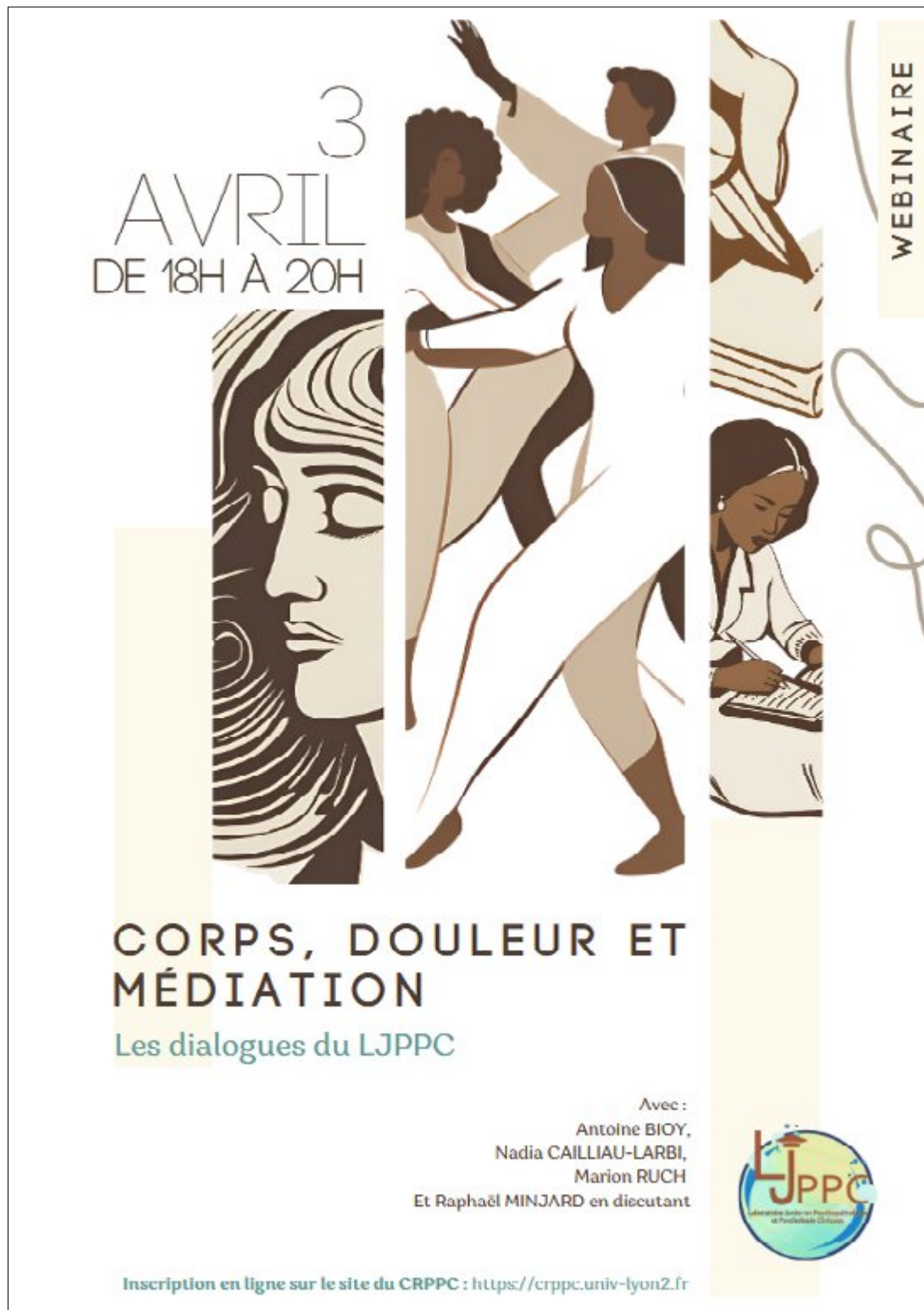
Radicalité
violente

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

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

LJPPC
Laboratoire Interdisciplinaire de Psychologie et de Philosophie Cliniques

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](#).

Culture et vulnérabilité

Le syndrome de Diogène



Vidéo très brève mais permettant d'apercevoir l'ampleur de l'encombrement pouvant être atteint dans un logement habité par une personne souffrant du syndrome de Diogène.

Cela permet de comprendre la différence de ce syndrome avec les situations de simple encombrement.

» La vidéo est à consulter sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessus.

Le cyber-harcèlement chez les adolescents: comprendre pour agir rapidement (1/2)
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version haute définition)



Identifiez et comprenez le cyberharcèlement chez les jeunes

Reste branché Message de dire "sois vigilant", "veille à l'attitude".	Pof Mot utilisé pour faire référence au sexe masculin.	Tomo Terme utilisé et péjoratif pour désigner une fille perçue comme "bitch".	BDH Expression D Homme, pour dire qu'une fille lui a fait pour attirer l'attention ou une réponse.	DOX / DOXXER Rendre publiques des informations personnelles d'une personne (adresse, nom complet, numéro...) dans le but de nuire.
Tas tout whiplash Tu mélanges des sujets sans lien entre eux.	BDSG Bandeur Du Cœur, équivalent masculin de BDH.	Tonitondé Lieu fictif où se trouveraient toutes les "gros os", insultes colères, souvent moqueuses/malicious.	Troll/Troilope Comportement visant à provoquer au hasard en se adressant derrière l'anonymat. Tout déclencher en harcèlement.	PNJ Acronyme de "Personnage Non Joueur", dérivé du vocabulaire des jeux vidéo. Utilisé pour désigner quelqu'un sans personnalité, qui suit les autres sans avoir d'opinion.
Goumout Se dit d'une personne qui est une rumeur ou une petite rumeur elle-même.	Go signaler Appel collectif à signaler un compte pour le faire suspendre, souvent utilisé contre quelqu'un qui a donné une opinion impopulaire, pour devenir du harcèlement organisé.	Gwer Breton "Gwer" (blanc), mot pour désigner une personne blonde.	Seggs Fugon dérivée d'écriture "Seggs".	Kys Abréviation de "Kiss Yourself" traduit "sois jaloux, à toi-même prendre à la begue".
921 Terme visant à dire qu'une fille a des problèmes ou qu'elle a des problèmes (référence au label 921 de Boudoir).	Tas tourné/Tes mondial Expression utilisée en désignant, souvent pour désigner et juger la sexualité des femmes, en insistant qu'elles ont une vie sexuelle "très ouverte" ou "facile".	Photoshame/Bodyshame Juger et ridiculiser une personne sur son apparence physique.	On a ton @ on va te retrouver Menace implicite souvent lancée après un message conflictuel. Peut mener à du doxing (diffusion d'informations personnelles).	ICK Dérivé du comportement qui provoque un dégoût soudain.

Le cyber-harcèlement chez les adolescents: comprendre pour agir rapidement (2/2)
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version haute définition)



Identifiez et comprenez

le cyberharcèlement chez les jeunes

Le cyberharcèlement est un enjeu de société majeur touchant les adolescents de plus en plus tôt, avec un pic à 11 ans pour les garçons et 13 ans pour les filles. Les outils se sentent souvent démunis face à ce phénomène, d'autant plus que les adolescents utilisent un langage codé fait d'émojis et de mots mal orthographiés volontairement, dissimulant la violence en ligne pour échapper à leur vigilance et aux algorithmes. À travers ce glossaire faisant écho à la campagne contre le cyberharcèlement lancée par Allianz France, nous décrivons les emojis et messages codés afin de réduire le dialogue entre adultes et adolescents pour mieux lutter contre le cyberharcèlement.

	Emoji codé pour heurter le sol. Utilisé pour codifier ou évoquer des aspects sexuels sans le dire explicitement. Cela peut être un signal d'alarme sur l'humeur déprimée, selon le contexte.		Symbole de féminité, utilisé pour se moquer de la féminité chez les hommes. Peut être utilisé dans un harcèlement à caractère homophobe.		Désignant ou moquant "One Piece" pour des groupes, forums, emojis parodiés dans des discussions oratoires. Peut être déguisé également avec la norme "dragon orange".		Symbolise la sexualisation/mutilation. Les figures du édito évoquant les pratiques. Peut signifier un appel à l'acte.		Emoji pour souligner un ton moqueur, copier ou suggérer.		Jeu de mot avec l'expression "jeu de mot avec l'expression" (jeu de mot avec l'expression).
	Phénix renaissant, symbole.		Phénix renaissant ou persimmon. Peut voler l'attention ou le comportement sexuel.		Emoji associée à l'athlétisme ou à l'effort des 321.		Emoji, lettres codées.		Utilisé de manière sarcastique pour montrer l'ignorance.		Est, personnel, l'expression d'un jeu de mot avec l'expression.
	Mot codé pour cibler les personnes mal orthographiées.		Emoji dénotant pour dire que quelqu'un mélange tout ou se jette malicieusement.		Désignant à la "red pill" ou, moqueries, emoji représentant la sexualité sexuelle.		Utilisé pour traiter sur un sentiment de gêne ou de honte face à une situation.		Motons, saluez, parons, sans personnalité qui agit par tradition sans réflexion.		

Culture et vulnérabilité

La signature émotionnelle des larmes



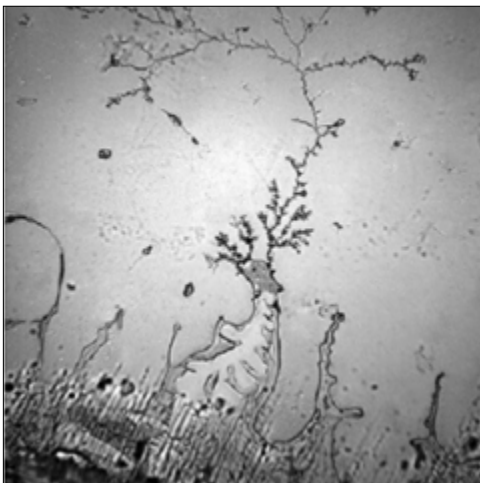
Tristesse, joie, déception, compassion... Nos larmes peuvent naître d'émotions très diverses.

Si, à l'oeil nu, toutes les larmes se ressemblent, le microscope révèle une réalité fascinante: leur structure change de manière significative selon le contexte émotionnel qui est le leur.

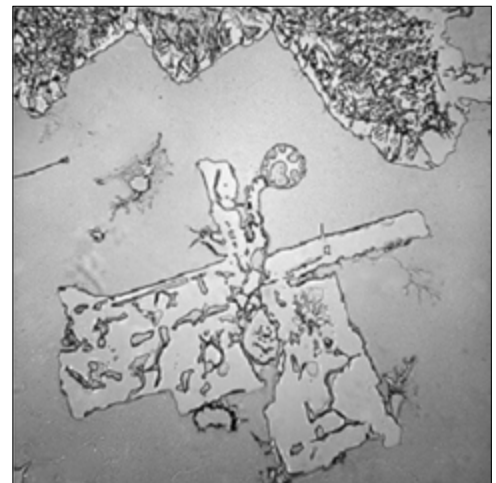
La photographe américaine Rose-Lynn Fisher l'a démontré en observant des larmes au microscope. Elle a pu montrer que chaque type de larme présente une morphologie unique, à la manière d'une empreinte émotionnelle.

Cela montre que la distinction entre le corps et l'esprit n'est qu'une illusion: l'être humain est une entité somato-psychique intégrée devant être considérée comme globale.

Larmes d'exaltation



Larmes de soulagement



Culture et vulnérabilité

Les Réveilleurs de Londres



A Londres, dans les années 1920 et 1930, Mary Smith se faisait payer 6 pences par semaine pour tirer des pois secs à travers les fenêtres laissées ouvertes par les travailleurs.

Ce service visait à réveiller les personnes afin qu'elles puissent se rendre à l'heure au travail.

Mary devait sa popularité au fait qu'elle lançait ses pois secs jusqu'au moment où la personne se présentait à la fenêtre, au lieu de passer son chemin comme le faisaient d'autres Réveilleurs. En faisant payer davantage les "cas difficiles" (beaucoup de temps passé, nombre de pois utilisés), elle les motivait d'une manière efficace.

Cette nouvelle technique tranchait avec l'ancienne méthode des Réveilleurs, qui toquaient aux portes, souvent bruyamment, réveillant une bonne partie du quartier.

Critères de sécurité pour les chiens en cas de fortes chaleurs
(cliquer sur l'image pour télécharger un format en haute définition)

Combien de degrés avant le danger ?

Ça commence bien plus tôt qu'on ne le pense !

°C	 < 6kg	 < 15kg	 < 30kg	 > 35kg
15	1	1	1	1
18	1	1	1	2
21	2	2	2	3
23	3	3	3	4
26	3	3	4	4
29	4	4	5	5
32	5	5	5	5
35	5	5	5	6
37	5	5	6	6
40	6	6	6	6
43+	6	6	6	6

Comprendre le degré d'urgence



1 Aucun risque. Profitez ! Balades, jeux, même pour les sensibles.

2 Risque faible. Sois tranquille mais reste attentif si brachycéphale ou senior.

3 Risque modéré. Surveillance ! Balades courtes, à l'ombre, pas d'effort.

4 Risque élevé. Sorties hygiéniques en journée, balader tôt le matin, tard le soir.

5 Danger critique. Pas de sortie ! Chaleur étouffante, fonctions en danger !

6 Risque léthal. Interdiction de sortie. Coup de chaleur garanti. Risque de mort.

Quelque soit la température

+ 1 point si votre chien est obèse

+ 1 point si votre chien est brachycéphale

+ 1 point pour les chiots de moins de 6 mois

+ 1 point pour les seniors

- 1 point pour les zones ombragées

- 1 point si de l'eau est donnée à volonté

Les mots pour le dire

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



"Être mis au ban de la société"

Cette expression renvoie à la période médiévale française, notamment au bas Moyen-Âge.

A cette époque, le roi pouvait bannir quelqu'un, ce qui prenait le sens très précis de "l'exclure de la protection de la loi". Ainsi, il ne s'agissait pas de lui faire quitter le territoire mais plutôt de lui ôter la protection commune du droit commun.

Les personnes ainsi marquées du désaveu étaient marginalisées par l'ensemble de la société, et souvent victime d'abus impossibles à contester devant les tribunaux car la loi n'était plus opérante pour elles. Cette pratique permettait par exemple de s'approprier leurs biens.

Le combat mené par nombre d'associations pour défendre l'accès au droit des personnes en situation de marginalité laisse penser que notre société contemporaine continue de bannir certains de ses éléments.

Autokabalèse, précipitation dans le vide et défenestration

Le vocabulaire de la suicidologie est précis et doit le rester, car c'est en nommant clairement les choses que l'on peut produire une prévention efficace et pertinente.

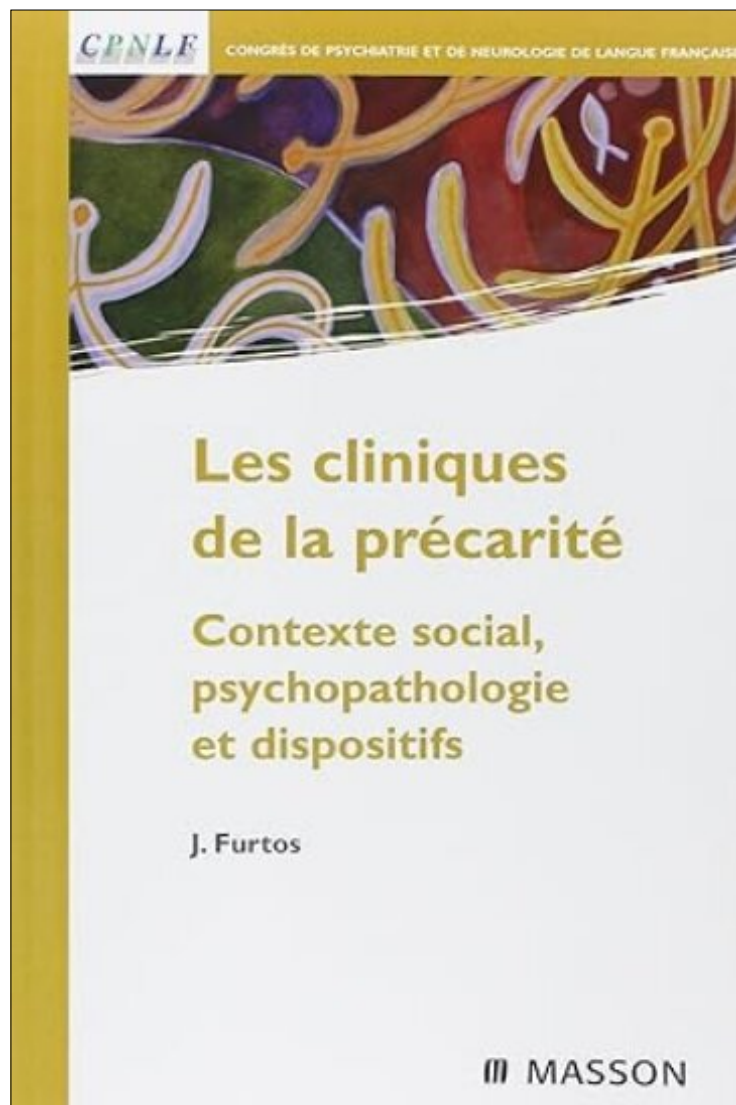
Dans le registre des modalités suicidaires, il est donc important de distinguer:

- L'autokabalèse: cela renvoie à sauter dans le vide depuis un endroit particulièrement élevé ;
- La précipitation dans le vide: cela désigne le fait de sauter depuis un endroit, quel que soit sa hauteur ;
- La défenestration: cela n'est pas une modalité suicidaire, car le terme désigne le fait de jeter quelqu'un par une fenêtre, sans que ce soit la personne qui produit le geste. C'est un terme de criminologie.

Être précis permet d'établir des antécédents fiables, et donc une prévention ciblée et pertinente des risques.



Paru en 2008 (réédition 2023)



Les cliniques de la précarité
Contexte social, psychopathologie et dispositifs

[Jean Furtos](#)

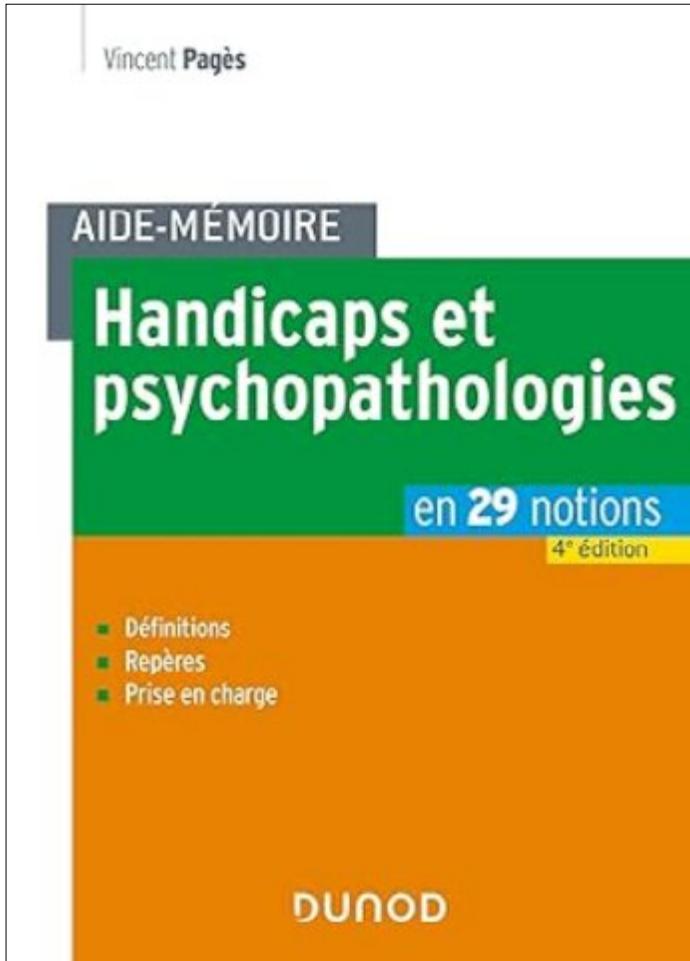
L'objectif de cet ouvrage est d'abord d'apporter un éclairage novateur sur la notion de précarité et ses implications psychopathologiques, avec pour souci constant la prise en compte du contexte social, économique et anthropologique.

Il s'agit de proposer une conception élargie des pratiques de santé mentale, qui ne peuvent pas être réduites à une bonne pratique de la psychiatrie, mais qui s'ouvrent à la clinique psychosociale où de nombreux partenaires (médecins et soignants, psychologues, travailleurs sociaux) interagissent avec la psychiatrie, au sein d'un champ où le cœur des métiers est à la fois préservé et sensiblement modifié.

Il est ici question des plus démunis sur le plan économique, comme des plus vulnérables - nouveau-nés, enfants, adolescents, demandeurs d'asile - cependant, toute précarité pathogène n'appartient pas nécessairement à la marge de la société. L'ouvrage est le reflet d'une réflexion pluridisciplinaire, enrichie de la comparaison avec d'autres cultures. Les contributions font état de réflexions et de pratiques en pays francophones, mais les orientations des pays anglo-saxons sont aussi abordées. Enfin, une large place est faite aux dispositifs mis en place et notamment aux Equipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).

Aux éditions [Masson](#) - 49,50 euros
16 x 24 - 304 pages

Paru le 3 mai 2023



Handicaps et psychopathologies (4^{ème} ed.)

[Vincent Pagès](#)

Le handicap, qu'il soit physique, mental, psychique, cognitif, sensoriel ou polyhandicap, recouvre des réalités multiples pour les personnes touchées, ce qui implique autant de réponses différentes de la part des professionnels.

La classification internationale des handicaps (CIH) appréhende les situations en trois temps, afin de proposer la réponse la plus adaptée aux difficultés rencontrées :

- La déficience est la perte ou l'anomalie d'une fonction physiologique ou psychologique ;
- L'incapacité est la restriction d'aptitude qui en découle ;
- Le désavantage décrit les conséquences des éléments précédents sur la vie sociale de l'individu.

Ces fiches décrivent les différentes formes de handicap du point de vue de la connaissance des déficiences ainsi que de leur prise en charge thérapeutique et éducative.

Aux éditions [Dunod](#)- 26 euros
15 x 20,9 - 256 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

"La folie n'existe pas hors des institutions: ce sont elles qui la construisent et la codifient"

Michel Foucault

"Le rôle d'une institution est de créer un espace où chacun peut retrouver sa dignité, même dans la vulnérabilité".

Georges Canguilhem

"Celui qui appartient vraiment à son temps, le vrai contemporain, est celui qui ne coïncide pas parfaitement avec lui, n'adhère pas à ses prétentions, et se définit, en ce sens, comme Inactuel".

Giorgio Agamben

"C'est une vaste fumisterie de faire croire que les échecs de telle ou telle idéologie représentent la fin de toute idéologie chez les hommes. Personne, ni aucun collectif (au sens de groupe réel) ne s'en passe, que cette idéologie soit explicite ou implicite. Il est préférable, voire indispensable, de connaître et d'analyser la variabilité et la portée des impacts des idéologies chez chacun de nous".

François Tosquelles



Retrouvez-nous sur la plateforme
du collectif de recherche Psymas

<https://www.psymas.fr>

