

Bulletin d'actualité du secteur médico-social

4^{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 ULIL IL, tire son nom de la locution latine "Ad augusta per angusta".

Une fois traduite en français, cela signifie "Vers les sommets par d'étroits chemins".

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

[Lire la suite](#)

Bulletin d'actualité

Une newsletter gratuite et confidentielle d'actualité du secteur médico-social. Il suffit pour y vous inscrire d'insérer votre adresse e-mail ci-dessous (au cours des publications).

☐ Bulletin d'actualité

Gratuit!

|

[S'abonner](#)[Se désabonner](#)

Contenu du bulletin

» **Actualités juridiques & législatives du secteur médico-social (pages 1 à 6)**

- ◇ [L'arrêté du 4 août 2025](#) fixant pour l'année 2025 l'objectif de dépenses d'Assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements accueillant des personnes avec des difficultés spécifiques (dont les ACT, les LHSS et les CSAPA/CAARUD) ;
- ◇ [L'instruction du 1^{er} juillet 2025](#), relative au Fonds de lutte contre la sinistralité dans les champs PA et PH ;
- ◇ [Les décrets n°2025-723, 2025-724 et 2025-726 du 30 juillet 2025](#) relatifs à l'extension des pouvoirs des préfets, notamment sur le champ médico-social ;
- ◇ [Les décrets 2025-844 et 2025-845 du 25 août 2025, et l'arrêté du 25 août 2025](#), relatifs à la transformation des ESAT ;
- ◇ [Le décret 2025-747 du 1^{er} août 2025](#), relatif à la modification du cahier des charges des SAAD.

» **Actualités techniques du secteur médico-social (pages 7 à 17)**

- ◇ [Le "Tour de France des solutions"](#) pour les MDPH, avec les détails des mesures prévues ;
- ◇ [Le Replay du webinar Accens sur les "Actualités des ESSMS"](#) de septembre 2025 ;
- ◇ [Webinaire Accens "Habitats inclusifs / habitats partagés"](#) d'octobre 2025 ;
- ◇ [Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie pour l'année 2025](#), de la CNSA ;
- ◇ [Les affiches de l'OMEDIT Centre Val-de-Loire](#), visant à aider les institutions à respecter les critères impératifs du référentiel HAS en matière de sécurité du médicament ;
- ◇ [L'intelligence artificielle au service de la branche Autonomie: feuille de route stratégique 2025-2026](#) de la CNSA ;
- ◇ Pleine page: [les dépenses de l'Assurance maladie](#).

» **Ethique et fonctionnement (pages 18 à 20)**

- ◇ Pleine page: [l'alliance thérapeutique](#) ;
- ◇ Pleine page: [le droit de choisir son médecin traitant, même en psychiatrie](#) ;
- ◇ [Le harcèlement institutionnel: comprendre pour prévenir et agir](#).

» **Rouages et mécanismes (pages 21 à 22)**

- ◇ [La résiliation du contrat de séjour à l'initiative de l'établissement: un exemple juridique](#).

» **Santé (pages 23 à 29)**

- ◇ [Les données au 1^{er} janvier 2025 de la démographie des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pédicures-podologues](#), de la DREES ;
- ◇ [La stratégie nationale maladies neuro-dégénératives 2025-2030](#) ;
- ◇ Pleine page: [la stratégie nationale sport-santé 2025-2030](#) ;
- ◇ Pleines pages: [les fiches cliniques d'Hélène Verdoux](#) pour la période juin-septembre 2025 ;
- ◇ [Le livre blanc Alim50 pour l'Alimentation des personnes âgées](#).

» **Troubles addictifs (pages 30 à 31)**

- ◇ [L'enquête ESPAD 2024](#) ;
- ◇ Pleine page: [alerte de la SFA au sujet de la prescription de la thiamine](#).

» **Personnes en situation de vulnérabilité (pages 32 à 36)**

- ◇ [Le dossier de la revue Edurevue sur les inégalités sociales](#) face au monde scolaire ;
- ◇ [Le dossier "Santé des personnes migrantes"](#) du CCNDS ;
- ◇ [Le guide "Le signalement d'un mineur en danger ou d'un majeur vulnérable"](#) de [violences sexuelles.info](#) ;
- ◇ [La compilation bibliographique "Précarité et formes de précarité"](#) du RNRCMS ;
- ◇ Pleine page: [le baromètre 2025 des enfants à la rue](#), de la FAS ;
- ◇ Pleine page: [le rapport final de la Fondation de France "Une ethnographie hospitalière autour de la pudeur et de la diversité culturelle"](#).

» **Les Focus (pages 37 à 41)**

- ◇ [L'université d'automne de la HAS](#) ;
- ◇ Outil de photo-expression de Psycom: [Les clichés de la santé mentale](#) ;
- ◇ [La recherche "Cancer et handicap psychique"](#) soutenue par la FIRAH.

» **Grand Focus (pages 42 à 47)**

- ◇ [Les cellules éthiques de soutien: apports et limites d'une éthique externalisée en temps de crise.](#)

» **Agenda du secteur (pages 48 à 59)**

- ◇ [Université d'été "Ethique et maladies neuro-évolutives"](#) ;
- ◇ [Assises de la psychologie: "De quoi la santé mentale est-elle le nom?"](#) ;
- ◇ [5^{èmes} journées nationales des acteurs de la coordination: prise de risques, responsabilités partagées et opportunités](#) ;
- ◇ [Journée nationale des aidants](#) ;
- ◇ [Colloque interdisciplinaire: CorpS en Souffrance, les voies du corps](#) ;
- ◇ [Colloque: les rencontres de l'IMIC - Hypnose, méditation & médecine intégrative](#) ;
- ◇ [11^{èmes} rencontres soignantes en psychiatrie "Encore un passage à l'acte! : Accueillir, comprendre, \(ré\)agir](#) ;
- ◇ [Conférence nationale: les établissements de formation en travail social en danger? Entre injonctions et utopies, quels réalités, enjeux et perspectives pour les EFTS ?](#) ;
- ◇ [Journée d'échange "Les auteurs de violences: enjeux psychosociaux et judiciaires"](#) ;
- ◇ [Webinaire "Corps, douleur et médiation - Les dialogues du LJPPC"](#) ;
- ◇ [Les webinaires RH de l'Anap](#) ;
- ◇ [Les webinaires du Céapsy pour le second semestre 2025.](#)

» **Culture et vulnérabilité (page 60 à 61)**

- ◇ [Podcasts "Psychologie et santé mentale"](#) d'Estelle Cart-Lamy, psychologue clinicienne ;
- ◇ [Risques et bénéfices de la revendication d'une identité autistique.](#)

» **Clinique et psychopathologie (pages 62 à 63)**

- ◇ [L'incestuel.](#)

» **Humour (pages 64)**

- ◇ [Un point de vue sur le nombre d'arrêt maladie.](#)

» **Paru et à paraître (pages 65 à 67)**

- ◇ [Ouvrage "Les cliniques de la précarité - Contexte social, psychopathologie et dispositifs"](#) de Jean Furtos ;
- ◇ [Ouvrage "Promouvoir l'humain dans le secteur médico-social - Ethique de la bientraitance auprès des personnes en situation de marginalité"](#), de Lucas Bembem ;
- ◇ [Le cycle institutionnel](#) du collectif de recherche Psymas.

» **[Citations du bulletin](#) (page 68)**

Actualités juridiques & législatives du secteur médico-social

L'arrêté du 4 août 2025, fixant pour l'année 2025 l'objectif de dépenses d'Assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du CASF, a été publié au Journal Officiel du 7 août 2025.

Cet arrêté concerne le financement des établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical.

Il s'agit :

- Des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- Des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) ;
- Des structures dites « lits halte soins santé » (LHSS), dont les LHSS "périnatalité" ;
- Des structures dites « lits d'accueil médicalisés » (LAM) ;
- Des Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP, dont LHSS mobiles et de jour) ;
- Des Equipes spécialisées de soins infirmiers (ESSIP) ;
- Des dispositifs "Un chez-soi d'abord" (UCSD) ;
- Des appartements de coordination thérapeutique (ACT).

Pour ces structures, chaque année, les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget doivent arrêter :

- L'objectif de dépenses correspondant au financement de ces établissements ;
- Le montant annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations de ces établissements.

Pour 2025, l'arrêté du 4 août 2025 fixe l'objectif de dépenses et le montant annuel des dépenses à la somme de 1.128.865.713 €.

Ce montant a augmenté de 6,83 % par rapport à celui de 2024, qui s'élevait à 1.056.695.147 €.

Rapporté à l'inflation (+ 4,9% entre 2024 et 2025), cela correspond à une augmentation relative de 1,93 %.



Le détail des dotations régionales limitatives (DRL) allouées aux agences régionales de santé (ARS), ainsi que les évolutions et priorités d'emploi de ces crédits a fait l'objet d'une instruction le 7 août 2025, publiée au BO des ministères chargés des affaires sociales: elle porte le [n° DGCS/SD5B/SD1B/DSS/SD1A/DGS/SP2/SP3/2025/71](#).

Le 9 juillet 2025, le site du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles a diffusé [l'instruction n°DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2025/96 du 1^{er} juillet 2025](#) relative au Fonds de lutte contre la sinistralité pour le financement d'équipements à destination des professionnels exerçant dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (PA) et personnes en situation de handicap (PH) pour 2025-2027.

Au sein des établissements à caractère social et médico-social (ESMS) pour PA et pour PH, le taux d'accident du travail est en hausse depuis une dizaine d'années, du fait principalement de la manutention manuelle.

Il y a donc une volonté d'améliorer la qualité de vie et les conditions de travail de ces professionnels, afin de développer l'attractivité de leurs métiers.

Pour renforcer davantage ces possibilités d'action et massifier l'équipement des ESMS, un Fonds de lutte contre la sinistralité a été créé pour la période 2025-2027.

Pour 2025, un montant global de 27.300.000 € est alloué aux ARS, réparti comme suit :

- 14.500.000 € pour le secteur PA ;
- 12.800.000 € pour le secteur PH.

A noter: l'annexe 2 de l'instruction définit les modalités d'utilisation de ces crédits.





Trois décrets ont été publiés au JORF du 31 juillet 2025 :

- Le [décret n°2025-723 du 30 juillet 2025](#) modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;
- Le [décret n°2025-724 du 30 juillet 2025](#) étendant le pouvoir de dérogation reconnu au préfet et pris pour l'application du premier décret ;
- Le [décret n°2025-726 du 30 juillet 2025](#) renforçant les pouvoirs des préfets à l'égard des autorités académiques.

Le premier décret

Il vise à renforcer *"la capacité des préfets à assurer la cohérence de l'action de l'Etat déconcentré et à rendre plus efficace l'action publique locale de l'Etat"*.

Il vient notamment modifier l'article 26 du [décret n°2004-374 du 29 avril 2009](#), en soumettant à l'avis du préfet :

- ▢ Les projets ayant une incidence sur la répartition territoriale des services ouverts au public placés sous l'autorité de la direction régionale ou départementale des finances publiques, des services académiques ou départementaux de l'éducation nationale, des agences régionales de santé ou de leurs délégations départementales ;
- ▢ La carte scolaire du premier degré dans les conditions prévues par [l'article D. 211-9 du code de l'éducation](#) ;
- ▢ Les projets soumis à la décision du directeur général de l'agence régionale de santé ayant une incidence significative sur le schéma régional de santé mentionné à [l'article R. 1434-5](#) du CSP ;
- ▢ Toute décision de retrait, par le directeur général de l'agence régionale de santé, d'une autorisation d'activité de soins prévue à [l'article L. 6122-1](#) du CSP ou toute décision d'abrogation d'une autorisation prévue au b de [l'article L. 313-3](#) du CASF ;

- ▢ Toute décision de suspension d'une autorisation d'activité de soins prévue à [l'article L. 6122-1](#) du CSP ou d'une autorisation prévue au b de [l'article L. 313-3](#) du CASF.

Des modifications ont également été apportées au sujet des pouvoirs de nomination et d'évaluation des directeurs de l'administration territoriale de l'Etat et de leurs agents, des experts de haut-niveau et des directeurs de projet placés sous leur autorité, des sous-préfets de département, des directeurs départementaux et interdépartementaux de la police nationale et de leurs adjoints, des commandants de groupement de gendarmerie départementale et de leurs commandants en second, des chefs de service territorial de la direction générale de la sécurité intérieure et de leurs adjoints, ainsi que des autres chefs des services déconcentrés des administrations civiles de l'Etat.

Le deuxième décret

Ce décret, pris en application du premier, crée une nouvelle sous-section au sein de la partie réglementaire du CASF relative à la suspension et au retrait d'autorisation.

Au sein de cette sous-section, deux nouveaux articles prévoient désormais que :

- ▢ Préalablement à la prise d'une décision administrative portant abrogation d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'ARS compétent, ce dernier doit recueillir l'avis du préfet de région, qui doit consulter à son tour le préfet de département ;
- ▢ Préalablement à la prise d'une décision administrative portant suspension d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'ARS compétent, ce dernier doit recueillir l'avis du préfet de département. C'est seulement en cas d'urgence que le directeur général de l'ARS peut suspendre l'autorisation en informant le préfet de département sans en recueillir l'avis.

De nouveaux articles similaires ont été créés au sein de la partie réglementaire du CSP, s'appliquant uniquement aux établissements et services soumis à ce dernier.

Par ailleurs, ce décret vient élargir les compétences des préfets en matière de dérogation, puisque ces derniers peuvent désormais *"déroger à des normes arrêtées par l'administration de l'Etat pour prendre des décisions non réglementaires relevant de sa compétence"*.

Ce dernier point avait fait l'objet d'un commentaire dans un précédent bulletin d'actualité.

Le troisième décret

Ce dernier décret a seulement pour objet de fixer la procédure de consultation du préfet sur la carte scolaire du premier degré, ainsi que dans le cadre de la nomination et l'évaluation du chef du service départemental à la jeunesse, à l'engagement et aux sports.

Il ressort donc de ces trois décrets un élargissement des compétences des préfets de département et de région.

En matière médico-sociale notamment, les directeurs généraux des ARS ne pourront plus procéder seuls à l'abrogation ou à la suspension (sauf en cas d'urgence, qu'ils devront démontrer) d'une autorisation précédemment délivrée sans qu'au préalable l'avis du préfet de région ait été recueilli (ce dernier devant également consulter le préfet de département).

Cela aura donc un impact significatif dans les procédures d'abrogation ou de suspension mises en œuvre par ces autorités administratives. En effet, si ces dernières n'ont pas, préalablement à leurs décisions, sollicité l'avis du préfet, leurs décisions administratives portant abrogation ou suspension de l'autorisation pourront être annulées par le juge administratif en raison de leur illégalité externe.

Deux décrets, ainsi qu'un arrêté relatifs aux établissements et services d'accompagnement par le travail (ESAT), ont été publiés au Journal Officiel du 25 août 2025.

Ils sont pris en application notamment de la [loi n°2023-1196 du 18 décembre 2023](#) (dite "Loi Plein emploi"), qui avait consacré de nouveaux droits aux travailleurs handicapés.

Le décret n°2025-844 du 25 août 2025

Ce décret est "relatif aux droits et aux parcours professionnels des travailleurs handicapés admis en ESAT".

Il précise les modalités de mise en œuvre de ces nouveaux droits individuels et collectifs. Cela concerne :

- ▣ La durée de la période d'essai, qui peut être prorogée pendant l'absence du travailleur handicapé ;
- ▣ Le contenu du contrat d'accompagnement par le travail conclu entre le travailleur et l'ESAT ;
- ▣ Le droit aux congés ;
- ▣ Le fonctionnement de l'instance mixte travailleurs handicapés / salariés.



Par ailleurs, le décret prévoit la possibilité pour les directeurs généraux des ARS de fixer des objectifs aux ESAT "concernant le niveau moyen de la participation financière de ce dernier à la rémunération garantie des travailleurs ainsi que sur sa contribution au développement de la formation et la diversification des activités professionnelles, en particulier à l'extérieur de l'établissement", et cela, sur le fondement du rapport présenté annuellement par les ESAT au plus tard le 30 avril.

Le décret n°2025-845 du 25 août 2025

Ce décret est "relatif aux ESAT et au contrat d'accompagnement par le travail conclu avec les travailleurs admis au sein de ces établissements ou services".

Il vient remplacer le terme d' "aide" par celui-ci d' "accompagnement", ayant pour conséquence :

- De modifier la dénomination des "établissements et services d'aide par le travail" par les "établissement et service d'accompagnement par le travail" ;
- De modifier les termes "personnes handicapées accueillies dans un ESAT" par "travailleurs handicapés admis en ESAT" ;
- De modifier la dénomination du contrat, celui-ci étant désormais un "contrat d'accompagnement par le travail", le décret explicitant son contenu minimal.

Le décret précise également :

- Les modalités du parcours renforcé en emploi ;
- Le contenu de la convention d'appui pour favoriser la diversification de leurs parcours professionnels et sécuriser leur emploi en milieu ordinaire après une période en ESAT ;
- Les modalités de mise en œuvre de la complémentaire santé pour les travailleurs en ESAT ;

- Les catégories de travailleurs qui peuvent être dispensés, à leur initiative, de l'adhésion à la couverture collective obligatoire mise en place au sein de leur établissement ;
- Les cotisations pour les accidents du travail et maladies professionnelles qui demeurent à la charge de l'organisme prescripteur lorsque les mises en situation en milieu professionnel sont prescrites par les organismes du réseau pour l'emploi.

L'arrêté du 25 août 2025

Cet arrêté fixe la base et les états justificatifs de la compensation par l'Etat des cotisations payées par les ESAT au titre de la couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident prévue à [l'article L.344-2-10](#) du CASF.

Pour rappel, cet article du CASF prévoit que les travailleurs handicapés admis en ESAT doivent bénéficier, à l'instar des salariés, d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Le dernier alinéa de [l'article R.243-9](#) du CASF précise notamment qu'il revient à l'Etat d'assurer à l'organisme gestionnaire d'un ESAT la compensation d'une partie des cotisations payées au titre de la couverture collective obligatoire, calculée sur la base d'un taux et d'une assiette nouvellement définis par l'arrêté du 25 août 2025.

En effet, l'arrêté prévoit que cette compensation est égale, pour chaque ESAT, à la moitié des cotisations dues au titre de la couverture collective obligatoire, qui *"doivent avoir été effectivement acquittées pour l'exercice précédent auprès d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, une société d'assurances ou une entreprise d'assurances régie par le code des assurances"*.

Une fois le montant de la cotisation déterminé, il revient à l'agence de services et de paiement (ASP) d'effectuer son versement à l'ESAT, sur la base d'attestations que ce dernier lui aura adressé.

Ainsi, ces deux décrets, accompagnés de l'arrêté, viennent significativement renforcer les droits et les sécurités dont disposent les travailleurs en situation de handicap accompagnés au sein des ESAT.

Service d'aide & d'accompagnement à domicile

Le [décret n°2025-747 du 1^{er} août 2025](#) relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) relevant des 1° et 16° du I de [l'article L.312-1](#) du CASF a été publié au JORF du 2 août 2025.

Pour rappel, la réforme des services autonomie à domicile (SAD) a été instituée par l'article 44 de la [loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021](#) de financement de la sécurité sociale pour 2022. Il était notamment prévue la publication d'un cahier des charges définissant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des SAD. C'est dans ce contexte qu'a été publié le [décret n°2023-608 du 13 juillet 2023](#), dont nous avons déjà parlé dans un précédent bulletin.

Ce décret comportait deux annexes :

- ▣ L'annexe 3-0 définissant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des SAD mentionnés à l'article L.313-1-3 du CASF, applicables aux services réalisant des prestations d'aide (SAD aide) et réalisant des prestations d'aide et de soins (SAD mixte) auprès des personnes âgées (CASF, art. L.312-1, I, 6°) et/ou des personnes en situation de handicap (CASF, art. L.312-1, 7°) ;
- ▣ L'annexe 3-0-1 définissant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des SAAD mentionnés aux 1° et 16° du I de l'article L.312-1 du CASF, c'est-à-dire :
 - ◇ Aux établissements ou services mettant en œuvre des mesures de prévention ou d'aide sociale à l'enfance, comprenant notamment l'accueil d'urgence des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille (CASF, art. L.312-1, I, 1°) ;
 - ◇ Aux établissements assurant des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles (CASF, art. L.312-1, I, 16°).



Cette seconde annexe a finalement été remplacée par une nouvelle, annexée au décret n°2025-747 du 1^{er} août 2025.

Voici les nouveautés apportées aux SAAD famille.

Le lexique

Le cahier des charges est venu définir la personne de confiance comme étant *"la personne identifiée par la famille et le mineur pour l'accompagner dans ses démarches en cas de difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits"*.

Les principes généraux des interventions

Ce volet a été complété afin de préciser davantage :

- Les interventions réalisées par les services et les distinctions à opérer en fonction du public accompagné
 - ◊ S'il relève du 1° du I de l'article L.312-1, l'accent est mis sur les besoins fondamentaux de l'enfant ;
 - ◊ S'il relève du 16° du I de l'article L.312-1, il sera davantage question des fonctions parentales et des liens parents/enfants.
- La contractualisation en fonction du public accompagné :
 - ◊ S'il relève du 1°, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) facultatif pourra être conclu avec le conseil départemental ;
 - ◊ S'il relève du 16°, une convention d'objectifs et de financement (COF) sera conclue avec la caisse d'allocations familiales (CAF).
- Le contexte social, sanitaire et médico-social au sein duquel les professionnels interviennent ;
 - ◊ Le droit au respect de la vie privée et au secret des informations des personnes accompagnées ;
 - ◊ L'échange d'informations entre professionnels, mais également au département en cas de situations mettant un mineur en danger ou en risque de l'être ;
 - ◊ Les modalités d'utilisation du dossier usager informatisé (DUI).

L'accueil et l'information des familles accompagnées

Les modalités relatives à l'accueil physique ont été revues. Auparavant, les SAAD familles devaient, au même titre que les SAD relevant du 6° et du 7° du I de l'article L.312-1 du CASF, assurer :

- Un accueil physique au minimum de 2 demi-journées par semaine, à date et heures fixes, l'amplitude horaire minimale par demi-journée étant de 3 heures ;
- Un accueil téléphonique assuré au minimum 5 jours sur 7, sur une plage horaire de 7 heures par jour.

Le cahier des charges a finalement assoupli ces deux types d'accueil en supprimant ces obligations. Désormais, les SAAD familles doivent uniquement assurer un accueil physique dont les *"locaux sont adaptés à l'accueil du public et permettent de garantir la confidentialité des échanges"*, tandis que l'accueil téléphonique doit seulement répondre *"aux besoins du public"*.

Certaines mentions ont également été supprimées: celles relatives aux obligations d'information préalable du consommateur sur les prestations de service à la personne, définies dans l'arrêté mentionné à l'article L.112-1 du code de la consommation.

L'analyse de la demande d'intervention

Le cahier des charges est venu compléter les modalités relatives aux demandes d'intervention, en distinguant le type de public accompagné :

- S'il relève du 1° : *"la demande est à l'initiative d'un service social ou médico-social ou de la personne qui a la charge effective et permanente de l'enfant. La mise en place de la prestation est décidée par le président du conseil départemental"*. L'évaluation est quant à elle *"effectuée par un travailleur social du département seul ou conjointement avec le [SAAD] désigné par le service de l'aide sociale à l'enfance"* ;
- S'il relève du 16° : *"la demande est à l'initiative des parents ou fait suite à une orientation par tout professionnel de santé, par le service départemental de la Protection Maternelle Infantile ou par tout autre acteur du travail social ou du secteur associatif"*. Dans ce cadre, l'évaluation *"est réalisée au domicile de la famille par un professionnel du SAAD formé au travail social, distinct de celui en charge des interventions à domicile"*.

L'information et le consentement des familles accompagnées

Le cahier des charges est venu préciser le contenu minimal du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et du document individuel de prise en charge (DIPC), ainsi que les modalités de remise à la personne ayant la charge effective et permanente de l'enfant.

Est notamment explicité que ces documents doivent être remis "*en version facile à lire et à comprendre (FALC)*".

Les mentions relatives au code de la consommation ont toutefois été supprimées. Les SAAD n'ont donc plus, semble-t-il, à s'y conformer.

La réalisation des interventions

Le cahier des charges est venu compléter ce volet, en distinguant l'organisation des interventions, de leur durée et de leur suivi, ainsi que de leur coordination.

Chacun de ces points font désormais l'objet d'une partie distincte.

La participation des familles et la qualité de l'accompagnement

Le cahier des charges est venu préciser :

- L'exercice du droit de participation des familles, dont les modalités doivent être indiquées dans le livret d'accueil ;
- La prévention et la lutte contre la maltraitance, dont la politique tenue par le service doit être explicitée dans le projet de service ;
- Les modalités de mise en œuvre de la prévention et de lutte contre la maltraitance :
 - ◇ Mise en place d'actions de sensibilisation et de formation relatives au développement de postures bientraitantes, au repérage, au signalement et au traitement des situations de maltraitance à destination des professionnels ;
 - ◇ Mise en place d'outils d'aide au repérage ;
 - ◇ Prise de mesures nécessaires pour mettre fin à ces situations ;
 - ◇ Organisation de retours d'expérience ;

- ◇ La mise en place obligatoire de pratiques bientraitantes et l'information portée aux professionnels à cet égard.

- Les modalités relatives à l'exercice du secret professionnel, notamment en cas de danger ou de risque de danger d'un enfant.

La qualification des professionnels

Au sujet de la qualification des professionnels du service, le cahier des charges reprend sa version antérieure.

Toutefois, une précision est apportée au sujet des antécédents judiciaires : désormais, le gestionnaire du service doit procéder à leur vérification, en amont du recrutement des professionnels intervenants auprès des familles, puis de manière régulière durant l'exercice de leurs fonctions.

Enfin, le cahier des charges a complété son volet relatif au développement des compétences des professionnels, les services devant leur proposer des formations leur permettant de répondre aux objectifs définis dans le projet de service. Ce dernier doit également intégrer des actions de promotions de la qualité de vie au travail et à la prévention des risques professionnels.

Ainsi, cette évolution du cahier des charges permet de mieux appréhender les attentes du Législateur en matière de fonctionnement et de transparence de ces services.

Pour aller plus loin (cliquer sur l'image pour télécharger le document):



Actualités techniques du secteur médico-social

Le 10 juillet 2025, le ministère chargé de l'Autonomie et du Handicap a présenté un plan d'action relatif à la transformation des maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) au sein d'un [dossier de presse restituant le "Tour de Frances des solutions"](#).

Pour rappel, la création des MDPH remonte à la [loi n°2005-102 du 11 février 2005](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Leur rôle est d'accueillir, d'informer et d'accompagner les personnes handicapées dans tous les domaines de leur vie, quels que soient leur âge et leur situation, ainsi que dans leurs démarches administratives.

Néanmoins, les personnes concernées font face à de nombreuses difficultés : formulaires lourds, délais d'attente trop longs, informations opaques et sentiment d'abandon ont été constatés.

Des améliorations sont donc à mettre en oeuvre.

Pour répondre à cet enjeu, la Ministre déléguée chargée de l'Autonomie et du Handicap a entrepris un "Tour de France des solutions" à partir du mois de mars 2025. Elle a rencontré les personnes en situation de handicap, leurs aidants et les professionnels du terrain dans 10 départements.

Cela a permis de prévoir 18 mesures "*visant à simplifier les démarches, rendre les parcours plus fluides, et offrir une meilleure lisibilité des droits*".

Ces mesures sont réparties en quatre axes :

- » Alléger les démarches ;
- » Ecouter, orienter, accompagner ;
- » Simplifier et réduire les délais ;
- » Soutenir les agents MDPH et moderniser leurs outils.

Le détail de ces mesures est présenté en tableau, en fonction des axes concernés.

- » Cliquer sur les tableaux pour les télécharger en version HD.

Axe	Mesure	En quoi ça consiste ?	Date de mise en œuvre
Alléger les démarches	1. Appliquer partout les droits sans limitation de durée, avec des règles claires	Application uniforme des droits à vie sur l'ensemble du territoire national.	01/09/2025
	2. Des droits sans limitation de durée étendus à l'AEEH de base pour tous les enfants dont le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement	Attribution de l'AEEH jusqu'aux 20 ans de l'enfant (si le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement).	01/04/2026
	3. Moins de dossiers à constituer pour les enfants	Harmonisation des durées d'attribution des droits et aménagements pour qu'elles correspondent aux périodes scolaires.	01/04/2026
	4. Réduire le renouvellement des dossiers	Harmonisation des durées de vie des droits.	01/04/2026
	5. Pas d'interruption dans les droits : garantir la continuité des droits dès lors que les demandes de renouvellement sont déposées.	Garantie des versements en cas de dossier de renouvellement déposé dans les délais ; les délais d'instructions ne suspendant plus les droits.	01/04/2026
	6. Mieux accompagner le passage à la retraite pour sécuriser les droits	Transmission automatique du RIB et du dossier.	A partir du 01/07/2026



Axe	Mesure	En quoi ça consiste ?	Date de mise en œuvre
Ecouter, orienter, accompagner	7. Rendez-vous primo-demandeur : des temps d'information et d'échange pour mieux accompagner les personnes dans leurs démarches	Rendez-vous possible pour les personnes déposant une première demande et les accompagner au mieux.	Progressivement du 01/01/2026 au 31/12/2026
	8. Des outils pratiques et des relais sur le terrain pour ne plus être seul face à son dossier	Mise à disposition de guides et de tutoriels vidéo.	01/11/2025
Simplifier et réduire les délais	9. Un formulaire MDPH plus simple, plus court, plus clair	Mise en place d'un nouveau formulaire.	Progressivement à compter de l'automne 2025
	10. Ouverture du remplissage du certificat de santé à d'autres professionnels de santé, en complément du médecin	Remplissage des éléments médicaux par le médecin et des autres éléments par d'autres professionnels de santé.	Courant 2026
	11. Harmonisation des pièces obligatoires de recevabilité et limitation des pièces justificatives à fournir	Définition par arrêté d'une liste nationale harmonisée des pièces justificatives.	A partir du 01/01/2026
	12. Des notifications des droits rendues plus simples et accessibles	Notifications MDPH explicites sur les droits, leur durée et les motifs, mais également claires sur les démarches possibles.	Fin 1 ^{er} trimestre 2026
	13. Réduire le délai de traitement des dossiers	Délivrance de la CMI pour les personnes âgées automatique ou confiée à d'autres professionnels que la MDPH.	01/06/2026
	14. Le matériel et les aides pédagogiques pourront être attribués directement par les équipes éducatives, dans le cadre du déploiement des pas, sans passer par la MDPH	Délivrance par les écoles du matériel standard et reconnu.	Progressivement avec le déploiement des pôles d'appui à la scolarité
	15. Faciliter la reconnaissance de la RQTH : augmenter la délivrance automatique de la RQTH à partir de 16 ans et l'ouvrir aux médecins du travail	Notification automatique dès 15/16 ans d'une proposition de reconnaissance du handicap dans le cadre professionnel.	01/09/2025
Soutenir les agents des MDPH et moderniser leurs outils	16. Renforcer la formation des agents, notamment sur les handicaps invisibles et sur la communication alternative améliorée	Plan de formation pour une meilleure connaissance des handicaps et une meilleure communication avec les personnes concernées.	01/09/2026
	17. Expérimenter l'intelligence artificielle pour accélérer les durées de traitements et mettre en œuvre un <u>chatbot</u> dédié pour mieux aider les agents dans le traitement des dossiers	Déploiement de l'IA dans les MDPH pour automatiser la recevabilité des dossiers et réduire les délais.	01/09/2026
	18. Un système d'information national pour garantir la continuité des droits partout en France	Construction d'un système d'information MDPH unique, national et sécurisé.	A partir de 2026

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



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

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

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

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

Prochain webinaire Accens "Habitat inclusif / habitat partagé" - Octobre 2025



Depuis plusieurs années les préoccupations en termes d’habitat inclusif et d’habitat partagé sont particulièrement prégnantes quant aux conditions d’accompagnement des personnes en situation d’handicap et des personnes âgées.

Le Conseil d’Etat a publié le 5 septembre un avis consultatif concernant l’habitat partagé. Cet avis qui répond à une demande du gouvernement vient éclairer les conditions de mise en œuvre des habitats partagés.

Maître Vitour et Maître Naitali vous présenteront l’analyse de l’avis du Conseil d’Etat et réinterrogeront les montages pouvant être mis en œuvre dans une perspective d’inclusion sociale et d’autodétermination.

» L’inscription à ce webinaire est à réaliser sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l’image ci-dessus.

20

LES CHIFFRES CLÉS DE L'AIDE À L'AUTONOMIE 2025

La seizième édition des Chiffres clés de l'aide à l'autonomie met à la disposition des acteurs et des décideurs du secteur médico-social les données disponibles en 2025.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, la CNSA gère la branche Autonomie de la Sécurité sociale. Elle soutient l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en contribuant au financement des aides individuelles versées aux personnes, ainsi qu'au financement des établissements et des services qui les accompagnent, en veillant à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national.

En 2025, la CNSA consacre 43,3 milliards d'euros à l'aide à l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap.

25

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

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)



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.

OMÉDIT Critère **standard** certification et bon usage des médicaments Août 2025

Critère HAS (6ème cycle) 2.1-04 : les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour des populations ciblées

Patients à risque : conciliation médicamenteuse **systématique** aux points de transition !

(admission, sortie, transfert)



 Cibles prioritaires : gériatrie, oncologie, polymédication	 3 sources d'information  Echange médico-pharmaceutique	 Rencontre patient / entourage  Bilan de médication tracé dans le dossier patient
---	---	---

OMÉDIT Critère standard certification et bon usage des médicaments Août 2025

Critère HAS (6ème cycle) - Les équipes :

2.1-04 : réalisent la **conciliation médicamenteuse** pour des populations ciblées

2.4-04 : sont dans une réflexion afin d'assurer des **soins écoresponsables**

Des piluliers au régime ?

Bien concilier, mieux déprescrire... pour le patient et pour la planète

• Toujours utile ?

• Réduire la dose ?

• Faut-il represcrire ?



En parler avec le patient, c'est déjà agir !

✓

Réduction progressive des doses
Surveillance attentive des symptômes
Réévaluation régulière

**Prescrire, c'est traiter.
Déprescrire, c'est optimiser.**

OMÉDIT Critère impératif certification et bon usage des produits de santé Août 2025

Critères HAS (6ème cycle) - Les équipes :

2.2-05 - respectent les bonnes pratiques d'**administration** des médicaments.

2.2-06 - préviennent les **risques d'erreurs médicamenteuses**.

Avec les injectables pas d'erreur acceptable !

Pas étiqueté = Pas injecté

Respectez les "5 B", mais aussi :

BONNE DOSE, BONNE DILUTION
BON CALCUL, BON DÉBIT
BON PATIENT
BON MOMENT
BON MÉDICAMENT, SOLVANT
BONNE VOIE ET ASPECTE



✓

Attendus

- identification complète de la préparation sur étiquette adaptée + identité patient,
- calculs de dose sécurisés, tables de conversion, protocoles PTMI**,
- organisation pour limiter les interruptions de tâche lors de leur préparation.

Situations à risque
chimiothérapies, Inj. en pédiatrie, seringues électriques, cassettes pompe PCA* ...

OMÉDIT Critère impératif certification et bon usage des médicaments Août 2025

Critère HAS (6ème cycle) 2.2-05 : les équipes respectent les BP d'administration des médicaments, notamment des **formes injectables**

De la préparation à l'injection, ... le même acteur sans interruption !

Ne jamais préparer à l'avance

“ Je prépare, J'administre ”



Préparation **Administration**

**Médicamenteux ou non,
tout traitement antalgique
nécessite une **réévaluation** régulière**

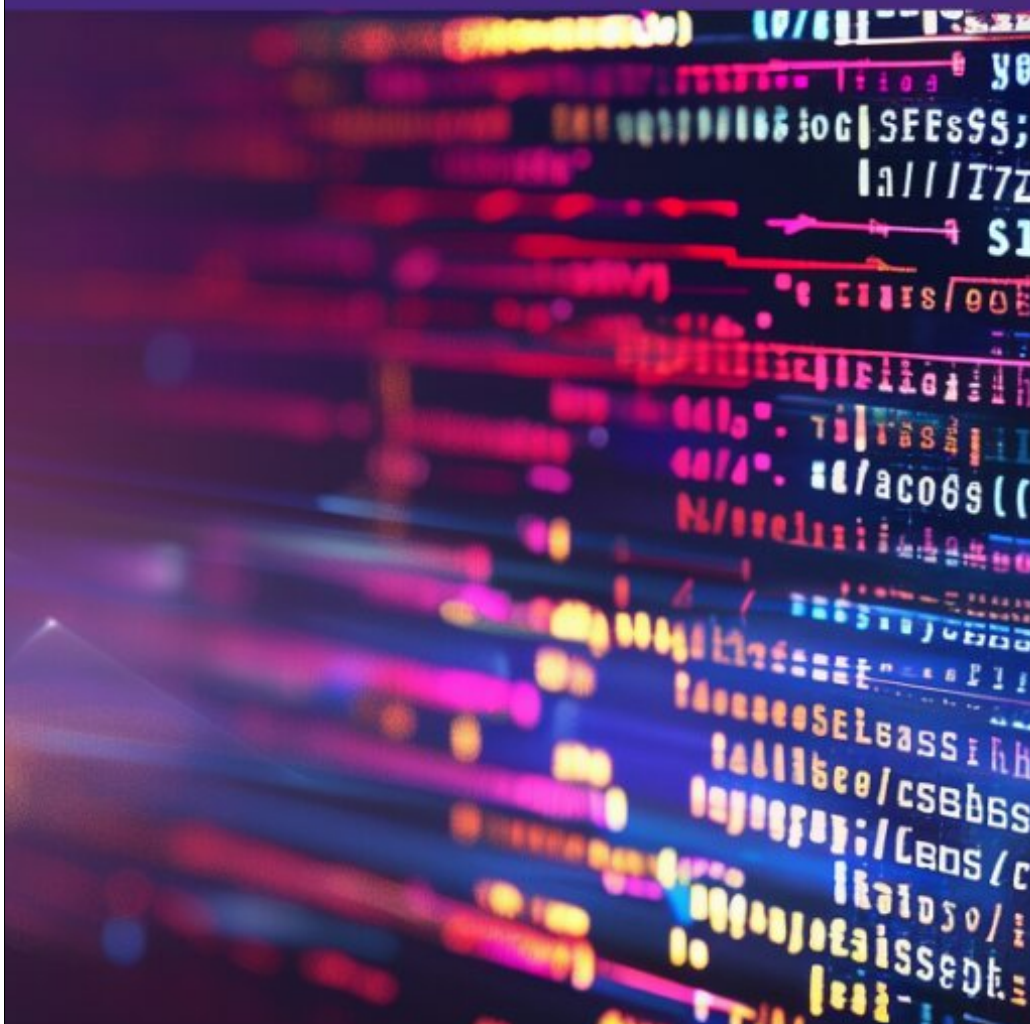
Réévaluation quotidienne **tracée** dans le DP (maintien ou levée)

Soigner sans ambiguïté, c'est la clé de la sécurité

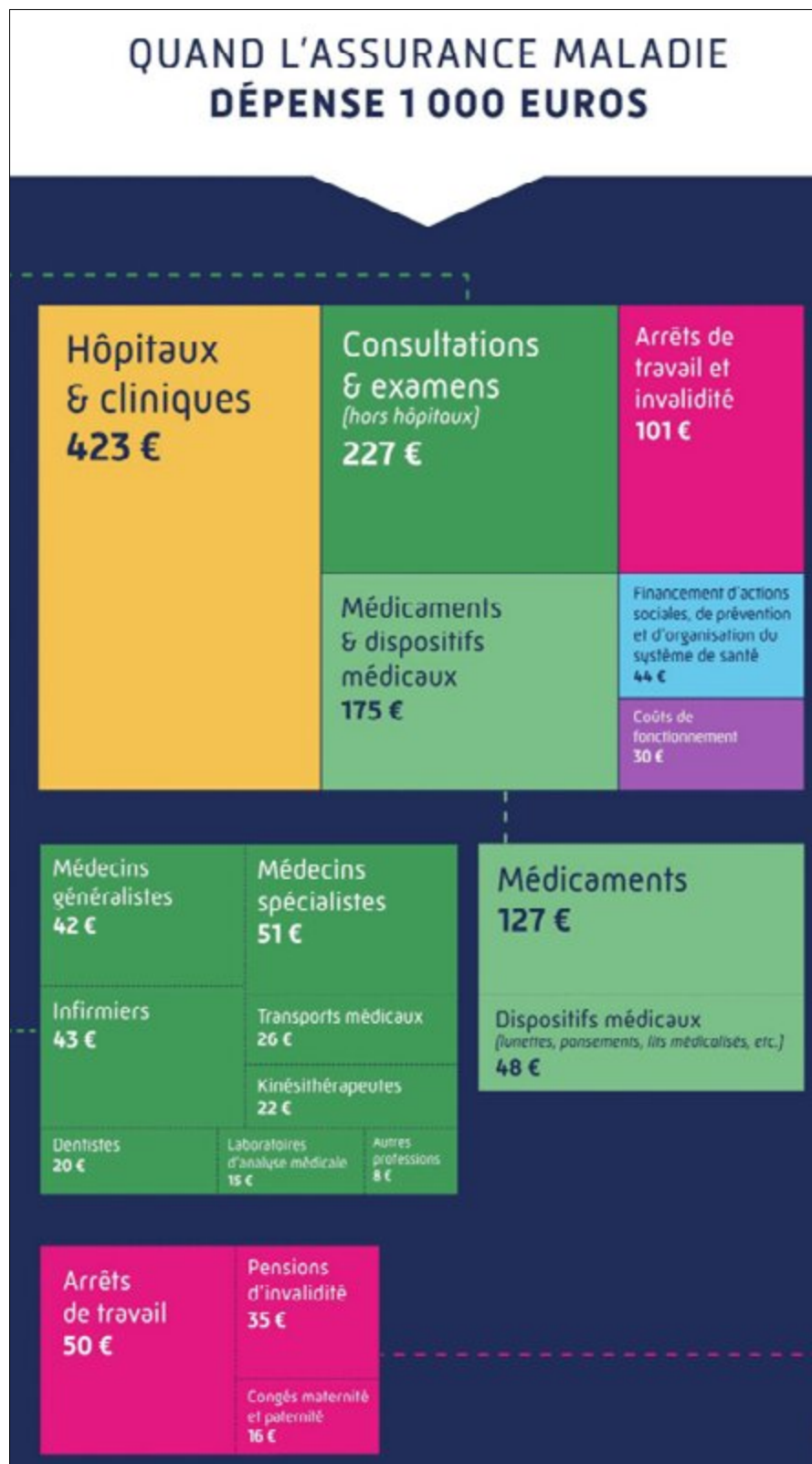
L'Intelligence artificielle au service de la branche Autonomie
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en PDF)

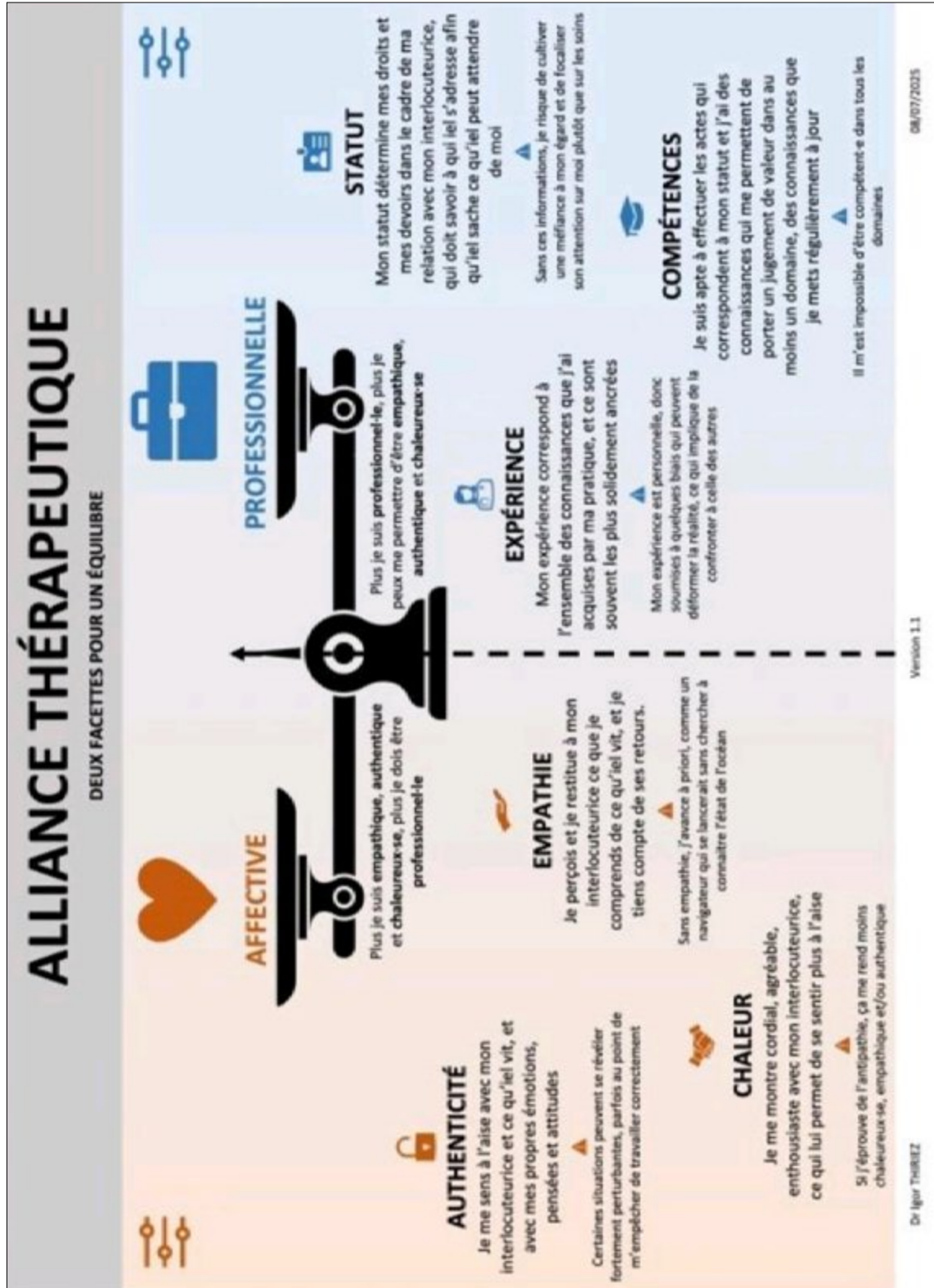
L'intelligence artificielle au service de la branche Autonomie

Feuille de route stratégique 2025-2026
de la CNSA



Les dépenses de l'Assurance Maladie
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version HD)





Le droit de choisir
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en HD)

The infographic is set against a light blue background. It features a blue starburst shape on the left containing the text 'Le saviez-vous ?'. A white curved arrow points from this starburst to a yellow rounded rectangle on the right containing the text 'Choisir son médecin, son équipe de santé mentale, son établissement hospitalier est un DROIT pour toute patiente'. Below these elements, the text 'Quelle que soit son adresse ET même en psychiatrie' is displayed in large, bold, yellow letters. Underneath this, a quote in italics states: 'Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile (...) est un principe fondamental de la législation sanitaire'. This is followed by 'Article L 1110-8 du Code de la santé publique'. Another quote in italics follows: 'Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.' This is followed by 'Article L 3211-1 du Code de la santé publique'. At the bottom left, a yellow rounded rectangle contains the text 'Ce droit est valable même en cas de soins sans consentement'. At the bottom right, a blue rounded rectangle contains the text 'Seule limite posée par la jurisprudence : l'urgence' and 'Vous avez besoin d'une formation ou d'une consultation sur vos droits ? Contactez Pauline Rhenter Juriste Consultante pauline.rhenter@proton.me'.

Le saviez-vous ?

Choisir son médecin, son équipe de santé mentale, son établissement hospitalier est un **DROIT** pour toute patiente

Quelle que soit son adresse
ET même en psychiatrie

"Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile (...) est un principe fondamental de la législation sanitaire"

Article L 1110-8 du Code de la santé publique

"Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence."

Article L 3211-1 du Code de la santé publique

Ce droit est valable même en cas de soins sans consentement

Seule limite posée par la jurisprudence : l'urgence

Vous avez besoin d'une formation ou d'une consultation sur vos droits ?
Contactez Pauline Rhenter
Juriste
Consultante
pauline.rhenter@proton.me

Le harcèlement institutionnel Comprendre pour prévenir et agir

Le harcèlement institutionnel concerne les actions menées, par et dans une institution, à l'encontre d'une personne en vue de provoquer sa souffrance psychologique et, au final, son départ de l'entreprise. Dans les cas les plus extrêmes, le but est la destruction de sa santé, voire la fin de sa vie par suicide ou accident.

Ces drames individuels ont donc une dimension collective, ce qui convoque la responsabilité de chacun pour les prévenir ou les faire cesser. Dans cette optique, il est essentiel de comprendre la manière dont ce type d'exactions peut prendre forme dans les organisations professionnelles.

Un modèle d'identification peut être trouvé dans la *Zersetzung*, qui est la technique de répression politique employée par la STASI pour s'en prendre aux opposants politiques lors de la guerre froide.

Les organisations pratiquant le harcèlement institutionnel empruntent en effet beaucoup à cette technique de "décomposition psychologique contrainte", et notamment ses grands axes stratégiques:

- **L'isolement social et relationnel de la victime**, par la diffusion de propos dénigrants ou de nature à l'avilir. La stratégie repose sur la création d'un climat de terreur menant les éventuels témoins à ne pas réagir, de crainte "d'être les suivants". A ce stade, le but n'est pas que l'entourage adhère à l'agressivité manifestée, mais simplement qu'il ancre dans son psychisme le fait de ne pas y réagir et de ne pas manifester de solidarité à la victime ;
- **L'atteinte à la réputation et à l'identité**: une fois le silence de l'environnement acquis, il est désormais question de mettre en doute la crédibilité professionnelle et/ou personnelle de la victime. Cela peut passer par des critiques ou des actions hostiles explicites, mais aussi par des attitudes systématiques au sein du collectif: désapprobation théâtralisée lors des réunions, petits sourires méprisants lors des prises de parole, ou absence de réaction managériale lorsque les éléments les plus serviles de l'environnement attaquent la victime dans une tentative de séduction adressée à l'agresseur initial. L'idée est de passer d'un système "agression que personne ne commente" à un autre, plus pervers, dans lequel l'entourage finit par intégrer l'idée "qu'il n'y a pas de fumée sans feu" et que la victime, quelque part, n'est pas malmenée mais plutôt dévoilée dans ses erreurs par un management "brutal dans la forme mais juste sur le fond" ;

- **La déstabilisation psychologique quotidienne**: une fois obtenu le renversement pervers menant l'entourage à considérer la victime comme responsable de l'attaque qu'elle subit, l'institution harcelante manipule son sentiment de sécurité, notamment par la mise en place d'un système de précarisation: par la gestion des plannings, de l'imprévisibilité dans les attitudes et l'impossibilité pour la victime de savoir "ce qui l'attend demain", l'idée est de détruire son sentiment de constance et son assise sécuritaire minimale, afin de faire grandir son stress et sa détresse. Cela provoque deux effets: l'épuisement progressif de ses ressources internes et, en conséquence, la multiplication de ses erreurs sur le lieu de travail (venant nourrir les deux premiers mécanismes mis en place) ;
- **La pression administrative et matérielle**: il est ici question du harcèlement bureaucratique (entretiens disciplinaires non fondés mais dont le but est moins le résultat que la pression constante qu'ils créent), de la difficulté professionnelle organisée (informations non communiquées, instabilité créée de toutes pièces pour insécuriser, erreurs ou fautes induites délibérément) et problèmes financiers volontairement engendrés ("perte" des arrêts maladie suscitant une absence partielle de salaire, retenue illégitime sur la paie en utilisant des motifs erronés, provoquant le remboursement quelques semaines après, mais ayant provoqué un stress intense durant l'attente). Le but, après la mise en place de la destruction psychologique, est d'altérer l'environnement lui-même ;
- **Auto-destruction induite**: les mécanismes mis en place amènent la victime à douter d'elle-même, au point d'adopter des comportements auto-destructeurs (aliments, sommeil, toxiques, isolement). Le point d'orgue est la mise en place d'actions hostiles directes, notamment sur le registre disciplinaire, afin que la victime, épuisée, seule et dans le doute, subisse le coup de grâce sans pouvoir se défendre. Il ne lui restera alors comme issue que le départ, la psychiatrie ou, dans certains cas extrêmes, la mort.

Ces mécanismes sont constants dans les institutions toxiques. S'ils sont le fait d'un certain nombre de professionnels (parfois authentiquement pervers, plus souvent malveillants et en difficulté personnelle), ils ne peuvent se mettre en place que dans un environnement où le groupe humain les laisse se produire, soit par complicité active, soit par silence commode et collusion passive.

Ce processus est notamment impliqué dans le phénomène de mobbing, abordé dans un précédent bulletin.

Rouages et mécanismes

La résiliation du contrat de séjour à l'initiative de l'établissement

Un exemple juridique

Une affaire récente, traitée par la Cour d'appel de Cayenne, vient illustrer les difficultés possibles de fin de contrat de séjour à l'initiative de l'ESSMS.

Dans cette affaire, un usager d'IME présentait une situation complexe, comportant notamment un conflit entre l'établissement et ses parents. L'IME a pris la décision de mettre fin à son contrat de séjour, de manière unilatérale.

A l'appui de cette décision, il a évoqué la présence de deux fractures sur l'usager (montrant d'après l'IME l'impossibilité d'accueil sécurisée), ainsi que la fin de l'orientation CDAPH, qui n'avait pas été renouvelée.

Les parents de l'usager ont déposé recours auprès du Tribunal administratif et ont obtenu gain de cause. L'IME a interjeté appel, menant au traitement de l'affaire par la Cour d'appel de Cayenne, laquelle a rendu sa décision le 21/07/2025.

Cette décision donne raison aux parents, sur les fondements suivants:

- Même en l'absence d'orientation par la CDAPH, le contrat de séjour qui a été conclu demeure valable ;
- La résiliation de ce contrat est considérée comme abusive dès lors qu'elle n'entre pas dans le cadre des trois motifs prévus par l'article L. 311-4-1 du CASF et ne respecte pas un préavis identique au maximum de celui qui s'impose à la personne accueillie elle-même ;
- En tant que lieu d'accueil actuel de la personne, l'IME voit sa responsabilité engagée dans la poursuite des soins nécessaires, lesquels ont été décrits comme indispensables par le médecin de l'usager.

Sur le contrat de séjour

Ce dernier est un document légalement engageant, ce qui en fait une responsabilité à assumer pour ses signataires, même lorsque le contexte ayant mené à sa mise en place a été modifié.

Sur la résiliation abusive

La Cour d'appel a rappelé que seuls trois motifs peuvent donner lieu à une résiliation unilatérale de la part de l'établissement, et qu'ils sont précisés dans le CASF:

- ◇ En cas d'inexécution par la personne accueillie d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, **sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie ;**
- ◇ En cas de cessation totale d'activité de l'établissement;
- ◇ Dans le cas où la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement, **après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée.**

En ce qui concerne le préavis, la Cour d'appel indique dans son arrêt que "*La durée du délai de préavis applicable à la résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement est prévue par le décret mentionné au second alinéa du II. Elle ne peut être inférieure à la durée maximale du délai de préavis applicable à la résiliation du contrat à la demande de la personne accueillie ou de la personne chargée à son égard d'une mesure de protection juridique avec représentation en application de ce même second alinéa*".

Dans la plupart des cas, ce délai de préavis maximal est fixé à un mois.



Sur la responsabilité de l'IME

La responsabilité de l'établissement a été considérée comme engagée par la cour d'appel, sur deux volets:

D'une part, la continuité des soins indispensables a été évoquée, montrant que les établissements ont une responsabilité non pas seulement en leur sein, mais également dans le parcours des personnes qu'ils accompagnent.

D'autre part, la cour d'appel a rappelé qu' "*En application des articles 1199 et 1200 du code civil dans leur version applicable au litige, le tiers à un contrat peut, sur le fondement de la responsabilité délictuelle, invoquer l'exécution défectueuse ou l'inexécution de celui-ci dès lors qu'il en résulte une situation de fait lui causant un préjudice*".

En d'autres termes, si la rupture abusive d'un contrat de séjour peut porter préjudice aux proches de l'usager, alors ces derniers sont en droit d'agir en justice pour solliciter réparation.

Dans cette affaire, les parents de l'usager ont demandé, et obtenu, le remboursement par l'établissement des frais financiers engagés pour la mise en place d'un ergothérapeute libéral et d'un service d'aide à domicile.

Sur la base que ces engagements de dépense faisaient suite à la résiliation abusive du contrat de séjour, sans solution d'aval, l'établissement a été condamné à indemniser les parents à hauteur des sommes réelles engagées:

- 4.760 euros pour l'ergothérapeute ;
- 38.702,69 euros pour la rémunération des auxiliaires de vie sociale.

Cette affaire montre bien que l'engagement par contrat de séjour n'est pas anodin, et que la résiliation de celui-ci doit être réalisée dans des conditions adaptées et permettant la protection de l'usager sortant.

Par ailleurs, elle illustre que les proches de la personne accueillie sont également impliqués et protégés, dès lors que celle-ci est mineure ou que sa situation de dépendance a des effets sur eux en cas de sortie sans solution.

» Le jugement est exposé dans le détail sur [ce lien](#).

Santé

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) met à disposition les données sur la démographie des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pédicures podologues au 1^{er} janvier 2025.

Ces données sont issues du répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) et diffusées sur data.drees, dans le jeu de données sur la démographie des professionnels de santé depuis 2012.

Les données montrent que 237.200 médecins sont en activité en France au 1^{er} janvier 2025 (+1,6 % par rapport à l'année précédente). Parmi ces chiffres, le nombre de médecins généralistes repart à la hausse (+1,0 %). Hors médecine générale, le nombre de médecins continue d'augmenter fortement (+2,1 %).

De manière globale, depuis le 1^{er} janvier 2012, le nombre de médecins a augmenté de 9,9 %, stimulé par un effectif croissant de médecins diplômés à l'étranger et par l'entrée en activité des générations ayant bénéficié de la hausse du nombre de places de formation (*numerus clausus*), très forte entre 2000 et 2020. La moitié des médecins sont désormais des femmes. Les médecins ont majoritairement une activité libérale, mais de plus en plus souvent cumulée à une activité salariée.



Les effectifs de pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pédicures-podologues continuent également d'augmenter

Au 1^{er} janvier 2025, 74.600 pharmaciens sont en activité. Après avoir augmenté jusqu'en 2016, puis diminué jusqu'au début 2023, le nombre de pharmaciens progresse à nouveau depuis deux ans. Deux tiers des pharmaciens en activité sont des femmes. La part de pharmaciens salariés poursuit sa croissance (63 % au 1^{er} janvier 2025).

Au 1^{er} janvier 2025, 47.600 chirurgiens-dentistes, 25.800 sages-femmes et 14.400 pédicures-podologues sont en activité. La profession de chirurgien-dentiste continue de rajeunir et de se féminiser. Le nombre de sages-femmes poursuit sa forte croissance, et la profession demeure essentiellement féminine (97 %). La profession de pédicure-podologue reste une profession jeune et féminisée, principalement exercée en libéral.

Le tableau ci-dessous présente la démographie des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pédicures-podologues au 1^{er} janvier 2025 (cliquer sur l'image pour télécharger en version HD).

	Nombre de professionnels en activité	Évolution par rapport au 1 ^{er} janvier 2024	Évolution par rapport au 1 ^{er} janvier 2012	Part de femmes	Part de professionnels libéraux exclusifs	Age moyen
Médecins	237 214	+ 1,6 %	+ 9,9 %	50 %	42 %	49,9
<i>dont Médecine générale</i>	100 019	+ 1,0 %	- 1,4 %	52 %	56 %	50,4
<i>Autres spécialités</i>	137 195	+ 2,1 %	+ 19,8 %	48 %	33 %	49,6
Pharmaciens	74 554	+ 0,4 %	+ 2,6 %	68 %	37 %	46,3
Chirurgiens-dentistes	47 636	+ 4,1 %	+ 17,7%	50 %	74 %	44,3
Sage-femmes	25 760	+ 1,4 %	+ 31,8 %	97 %	26 %	40,9
Pédicures-podologues	14 421	+ 1,2 %	nd	66 %	97 %	41,4

nd = non disponible

Champ : professionnels de santé actifs au 1^{er} janvier exerçant au moins une activité en France

Source : RPPS, traitements DREES

» Les données globales sont consultables sur [ce lien](#).

Plus de 1,6 millions de Français vivent avec une maladie neurodégénérative. D'ici 2050, ce chiffre pourrait augmenter de 40%. Face à ce défi humain et sociétal, **le gouvernement** lance une stratégie nationale ambitieuse pour 2025-2030.

Enjeux et perspectives

La nouvelle stratégie nationale répond à l'augmentation continue des maladies neurodégénératives. Face à un système de soins sous pression, elle propose une réponse globale articulée autour de la prévention, du diagnostic précoce, de la réduction des inégalités territoriales et du support renforcé aux aidants.

Cette approche s'ancre dans une transformation collective, mobilisant professionnels, associations, collectivités et familles pour une prise en charge plus humaine, effective et inclusive, du repérage à l'accompagnement.

Axes stratégiques et innovations

Le plan 2025-2030 est structuré autour de six axes majeurs :

- **Informier et changer le regard:** penser une adaptation de la société où les personnes atteintes de troubles cognitifs vont être de plus en plus nombreuses ;
- **Prévenir et repérer plus tôt:** prévenir et détecter précocement les maladies neurodégénératives afin d'assurer une meilleure orientation le plus tôt possible ;
- **Améliorer la prise en charge et soutenir les aidants:** adapter la prise en charge des troubles cognitifs et répondre aux besoins des aidants qui font face au fardeau élevé des MND ;
- **Renforcer l'accompagnement à domicile:** concrétiser le virage domiciliaire en permettant à toutes les personnes avec une MND d'être accompagnées selon leurs besoins ;
- **Répondre aux besoins complexes en établissements:** une prise en charge spécialisée et des compétences techniques au service de troubles complexes ;
- **Soutenir la recherche et l'innovation:** faire de la France, un leader mondial en matière de recherche et d'innovation.



Cela englobe des mesures structurantes comme le déploiement de plateformes de répit pour les aidants, la généralisation d'équipes mobiles spécialisées, la montée en compétences des professionnels, et le développement de l'inclusion *via* des habitats alternatifs et des interventions non médicamenteuses.

- » La stratégie nationale maladies neuro-dégénératives 2025-2030 est consultable sur [ce lien](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessus.
- » Pour aller plus loin, un article de Handicap.fr analyse la stratégie nationale et ses grands axes. Il est accessible sur [ce lien](#).

Stratégie nationale sport-santé 2025-2030
(cliquer sur l'image pour télécharger le document en version PDF)

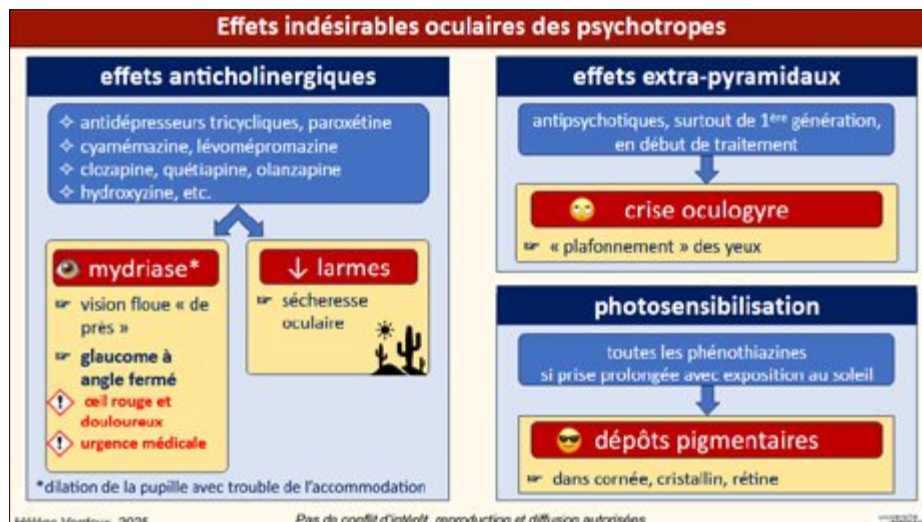
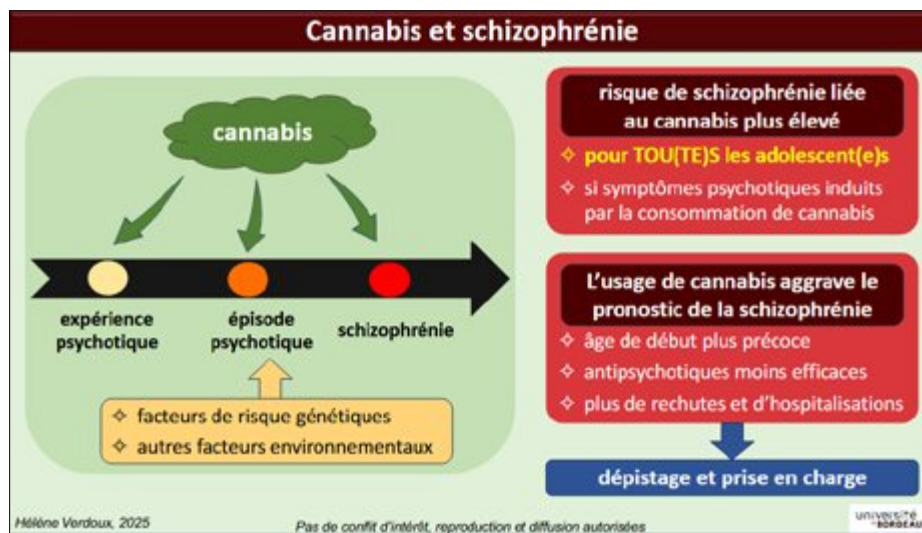
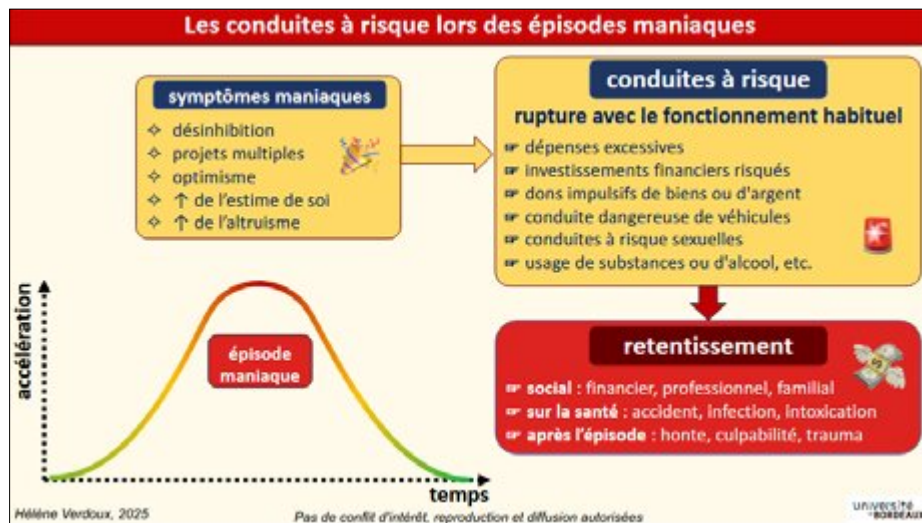


STRATÉGIE NATIONALE
SPORT-SANTÉ

2025-2030

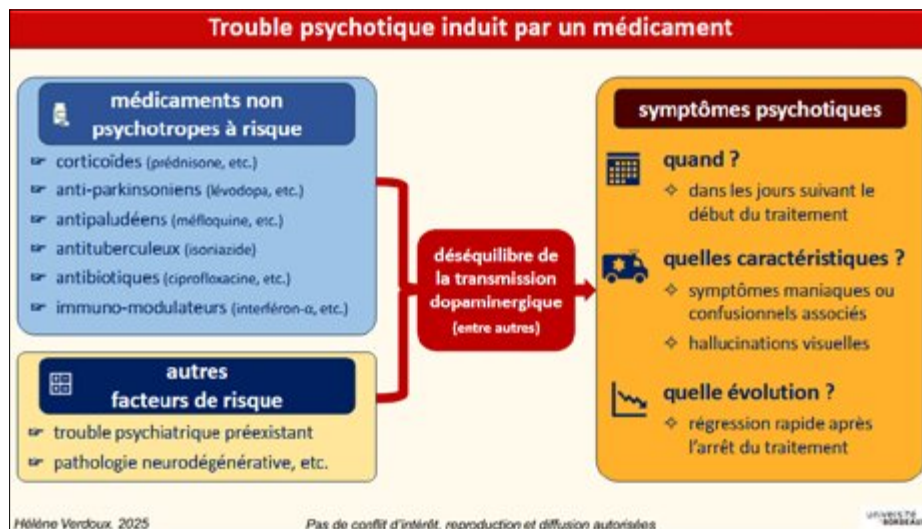
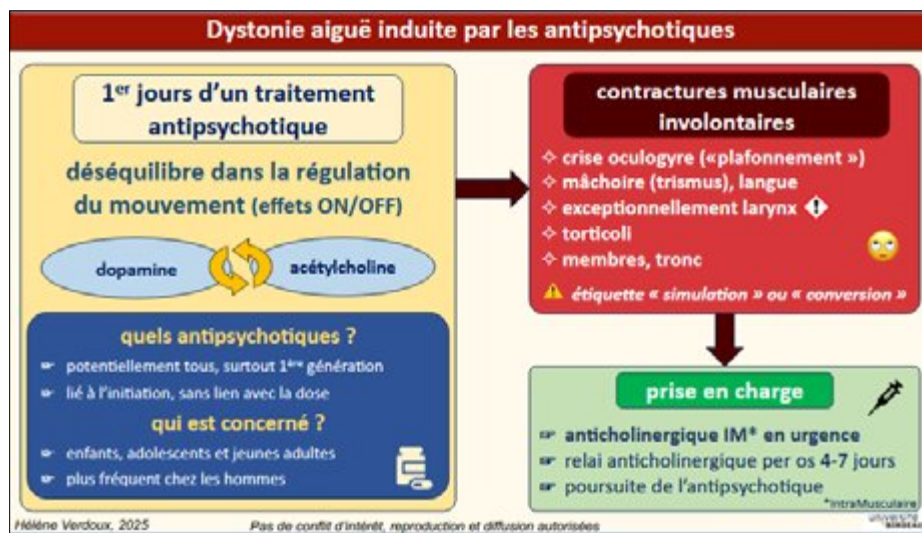
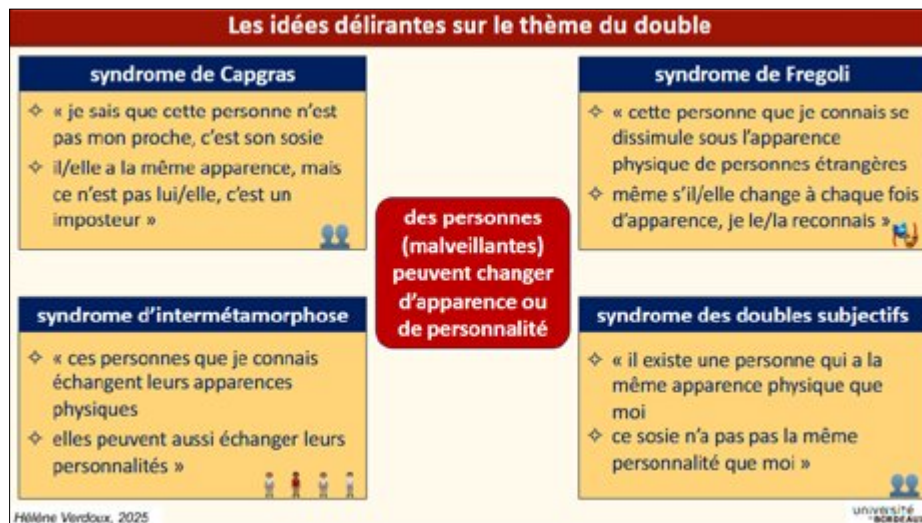
Fiches cliniques d'Hélène Verdoux 1/3

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



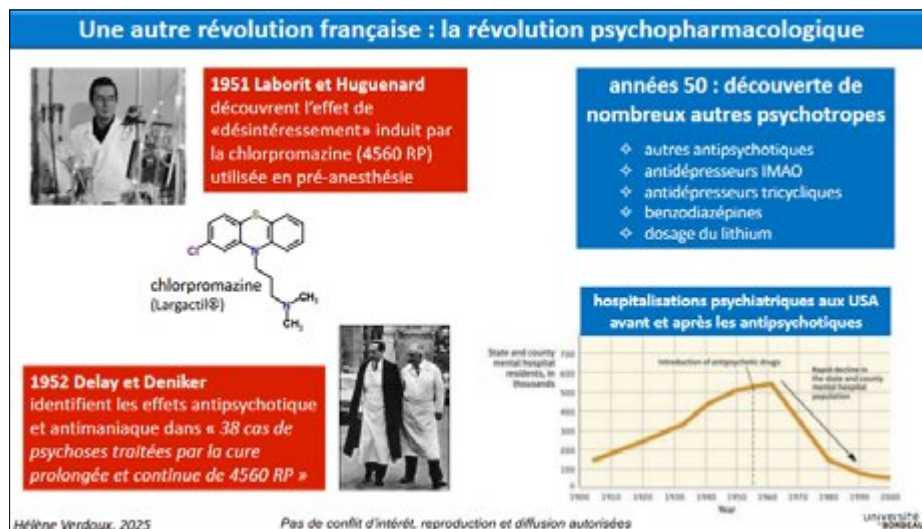
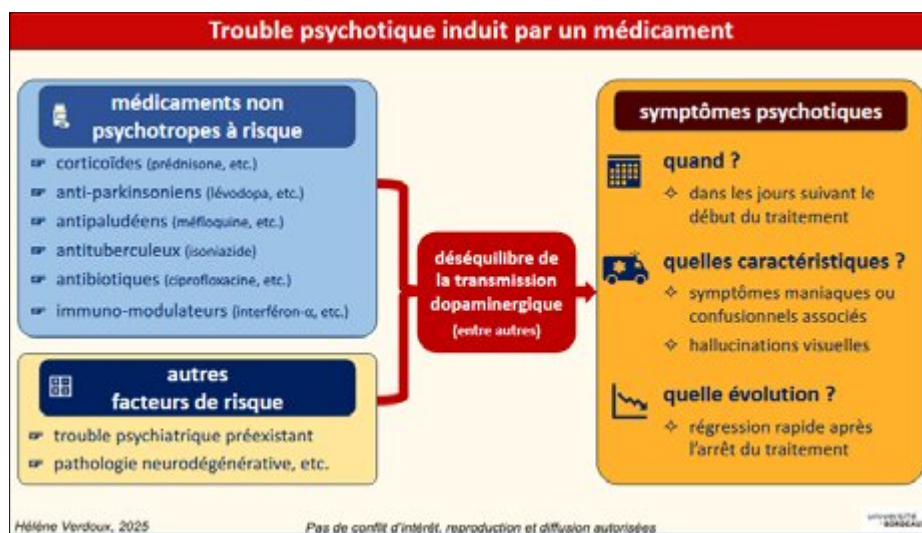
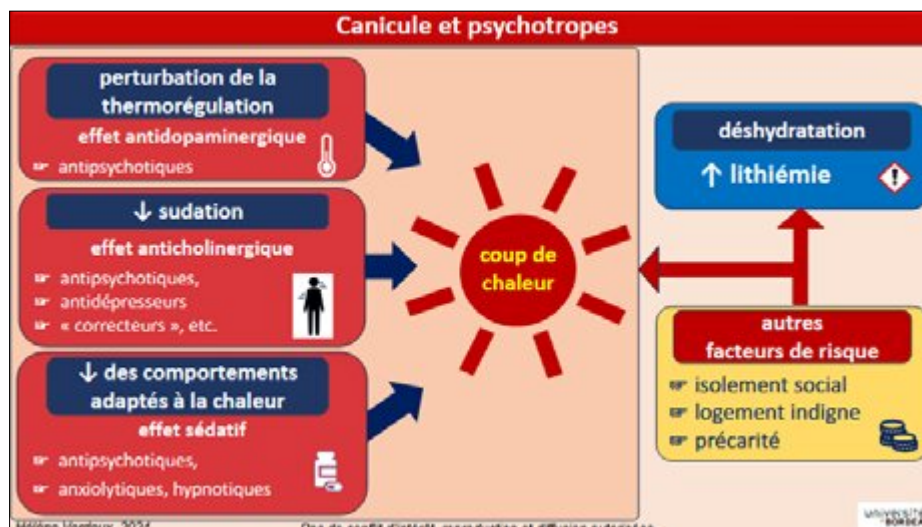
Fiches cliniques d'Hélène Verdoux 2/3

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



Fiches cliniques d'Hélène Verdoux 3/3

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



Alimentation des personnes âgées :

*Scénarios de formation et contenus
à aborder lors des formations
à destination des professionnels
et des aidants*

Un livre blanc
2024



Troubles addictifs

Réalisée tous les quatre ans, **l'enquête ESPAD** vise à suivre les comportements à risque des adolescents de 16 ans en Europe, et plus particulièrement leurs usages de substances psychoactives. L'édition 2024 s'est déroulée entre avril et juin auprès d'un échantillon représentatif de 113.882 jeunes interrogés dans 37 pays, dont 3.376 en France.

Les résultats montrent que la France se situe désormais en dessous de la moyenne européenne pour l'ensemble des indicateurs d'usage, enregistrant une baisse des consommations de drogues parmi les plus marquées du continent au cours de la dernière décennie (entre 2015 et 2024).

Tabac, alcool et cannabis : une baisse particulièrement nette en France

L'initiation au tabac a significativement reculé en France, plus rapidement que dans la plupart des pays européens. En 2024, un cinquième des jeunes Français de 16 ans a déjà expérimenté le tabac (20 %), un des niveaux les plus faibles d'Europe. En dix ans, la part des adolescents de 16 ans fumant tous les jours des cigarettes a été divisée par cinq, passant d'environ 16 % en 2015 à 3,1 % en 2024, ce qui place la France parmi les pays européens comptant le moins de fumeurs quotidiens à l'adolescence, aux côtés d'une dizaine de pays, principalement nordiques, où la prévalence est inférieure à 5 %.

A 16 ans, sept jeunes Français sur dix (68 %) ont expérimenté l'alcool (67 % des garçons, 70 % des filles, les jeunes filles étant désormais plus nombreuses à expérimenter que les garçons), alors que dans deux-tiers des pays participants, la moyenne dépasse 70 %. Bien que ces niveaux d'expérimentation soient élevés, de même que la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes (API) (22 % en France et 30 % dans la moitié des pays participants), la France figure dans le tiers des pays européens affichant la plus faible consommation de boissons alcoolisées.

Alors que la France a longtemps compté parmi les pays les plus consommateurs de cannabis, en 2024, l'expérimentation de ce produit à l'adolescence connaît une baisse spectaculaire: l'initiation au cannabis a été divisée par trois en dix ans, passant de 31 % des jeunes de 16 ans en 2015 à 8,4 % en 2024.

Cette tendance à la baisse en France apparaît d'autant plus significative qu'elle contraste avec la stabilité observée dans de nombreux pays européens. L'usage de cannabis

au cours du mois suit la même tendance, passant de 17% à 4,3% durant cette période – son niveau le plus bas depuis vingt-cinq ans. La France compte désormais parmi les pays où les jeunes de 16 ans consomment le moins de cannabis.

Substances illicites autres que le cannabis

En 2024, 3,9 % des Français de 16 ans déclarent avoir expérimenté au moins une drogue illicite autre que le cannabis, un niveau inférieur à la moyenne européenne (5 %). Parmi ces substances illicites, la cocaïne demeure la substance la plus expérimentée à 16 ans (1,7 %), devant les amphétamines (1,3 %), le crack (1,2 %) et l'ecstasy/MDMA (1,1 %). Sur dix ans, la proportion de jeunes ayant expérimenté au moins une drogue illicite autre que le cannabis a nettement reculé, passant de 7,5 % en 2015 à 3,8 % en 2024.

Une tendance européenne à la baisse

Cette nouvelle photographie des comportements d'usage de drogues chez les adolescents de 16 ans en Europe met en évidence une réduction significative de la consommation de substances légales et illégales dans de nombreux pays européens, tendance particulièrement marquée en France.

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



Syndrome de Korsakoff : une démence évitable

 **60 %**
des démences précoces
(< 65 ans) liées à l'alcool

 **5,7 | 6,1**
x chez les hommes
x chez les femmes

 **80 %**
des cas de Wernicke
non diagnostiqués

 **600 à 900**
nouveaux cas/an

Prévenir, c'est prescrire la thiamine

Financé par le Fonds de lutte
contre les addictions

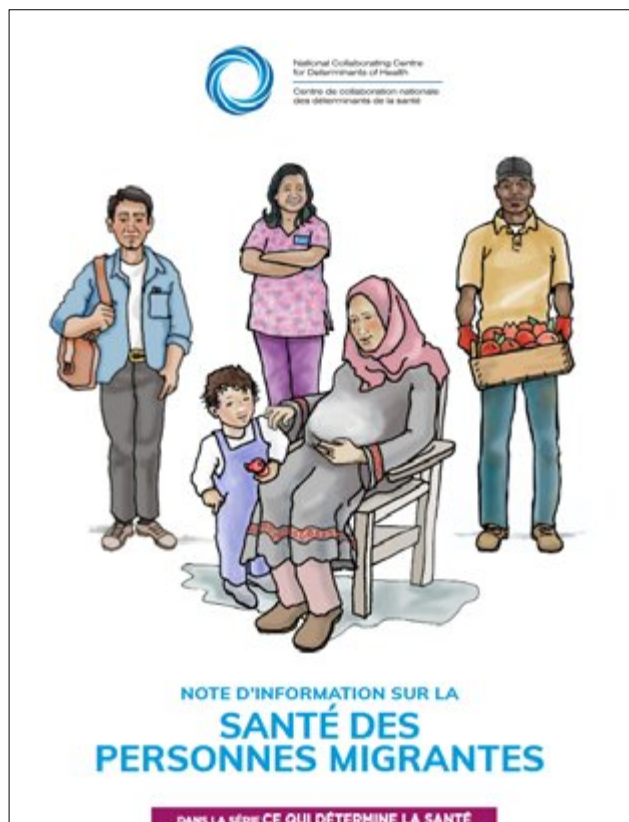
Personnes en situation de vulnérabilité

La revue **Edurevue** a récemment proposé un dossier montrant comment les socialisations familiales, différenciées selon les classes et fractions de classes, façonnent des connaissances, compétences et dispositions inégalement "rentables" scolairement.

Dans les classes moyennes et favorisées, la pédagogisation du quotidien (langage, lecture, organisation du temps, loisirs éducatifs) aligne fortement l'enfant avec les exigences scolaires implicites (réflexivité, secondarisation, autonomie). À l'inverse, les classes populaires investissent l'école mais s'approprient parfois les recommandations scolaires de manière hétérodoxe (accent sur quantité de travail, résultats immédiats, séparation stricte scolaire/extrascolaire), ce qui peut créer des dissonances avec les attendus réels des tâches.

Les effets se renforcent *via* des littératies familiales, le capital linguistique et la structuration du temps domestique.

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



Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a récemment produit un document démontrant que les lois, politiques et pratiques institutionnelles organisent une précarité statutaire (temporaire/sans statut) qui conditionne droits, protections et accès aux ressources.

Le statut migratoire, en interaction avec l'origine ethnique, le genre et l'origine, détermine les conditions d'emploi (contrôle par employeur, risques professionnels), de logement (surpeuplement, insalubrité, isolement) et les barrières d'accès aux soins (non-couverture, coûts, crainte de dénonciation).

La pandémie a amplifié ces vulnérabilités et révélé l'insuffisance des dispositifs d'accès universel effectif.

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

violencessexuelles.info

s'informer, pour mieux protéger

Le signalement d'un mineur en danger ou d'un majeur vulnérable

LES OBLIGATIONS DE SIGNALEMENT
L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE
LE SIGNALEMENT AU PROCUREUR

information
**violences
sexuelles**



PRÉCARITÉ ET FORMES DE PRÉCARITÉ

Date de publication : Juillet 2024

Rédacteur : Laurence LECHOLON, enseignante de STMS de l'académie de Montpellier

La précarité constitue, avant d'être un concept sociologique, une expression de la vie courante. Elle dialogue avec les notions de pauvreté, d'exclusion, d'invisibilité, de vulnérabilité, de disqualification sociale, de fragilisation et de rupture du lien.

Elle revêt des formes diverses et complexes. Elle désigne et interroge des phénomènes multiples en raison de son caractère extensif.

Le présent dossier s'intéresse aux ressources disponibles concernant les différentes formes de précarité. Les ressources sont classées en cinq parties :

- la première apporte des précisions sémantiques, le terme de précarité étant une extension de celui de pauvreté et ces derniers étant souvent associés ;
- la deuxième présente les effets de la précarité ;
- la troisième présente les formes particulières de la précarité (précarité économique, précarité énergétique, précarité familiale, précarité du lien social, précarité professionnelle) ;
- la quatrième partie adopte une approche par publics ;
- la dernière traite des modalités et méthodes d'intervention.

La forme des ressources est indiquée par différents symboles :



Article en ligne



Rapport



Article



Site



Vidéo



Brochure



Infographie



Podcast/Audio



Fédération
des acteurs de
la solidarité

unicef 
pour chaque enfant

2 159

enfants étaient à la rue à la veille
de la rentrée scolaire 2025. **C'est 6%
de plus que l'an passé.**

Source : Baromètre enfants à la rue 2025 de la FAS
et l'UNICEF France



Ces chiffres mettent
en avant une réalité dramatique,
qui ne cesse d'empirer.





Une ethnographie hospitalière autour de la pudeur et de la diversité culturelle

Rapport final de la Fondation de France
A propos de la diversité culturelle dans le soin : la pudeur

Laurence Kotobi¹ - Aïcha Lkhadir²

Mars 2017

¹ Anthropologue de la santé, coordinatrice scientifique du projet. Mcf à l'Univ. de Bordeaux.

Focus

L'Université d'Automne de la HAS

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

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

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

L'agenda de cette journée est le suivant:

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



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

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

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

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

 - » Session de 15h30 - 16h15.



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

» Session de 16h30 - 17h15.

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

» Session de 16h30 - 17h15.

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

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

» Session de 17h30 - 18h30.

- **Innovation: le dessous des cartes**

» Session de 17h30 - 18h30.

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

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

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

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

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

Démarrer maintenant

Focus

Les clichés de la santé mentale: un outil de Psycom

"Les clichés de la santé mentale" est un outil de photo-expression construit et proposé gratuitement par l'opérateur Psycom.

Basé sur les principes de l'Éducation populaire, il vise le partage des points de vue pour faciliter l'appropriation d'un sujet qui nous concerne tous et toutes et sur lequel il est intéressant de réfléchir ensemble.

Cet outil est proposé pour aborder les représentations sociales qu'on se fait de la psychiatrie et de la santé mentale en utilisant des images, car la médiation par l'image favorise l'expression des opinions dans un groupe. Toutes les images proposées dans cet outil ont été sélectionnées spécifiquement pour aborder cette thématique.

Durée

La durée d'animation dépend du nombre de participants. Il importe que chaque personne puisse sélectionner une ou des images et qu'elle ait un temps d'explicitation sur ce choix. Plus le groupe sera important, plus le temps d'animation sera long.

Public

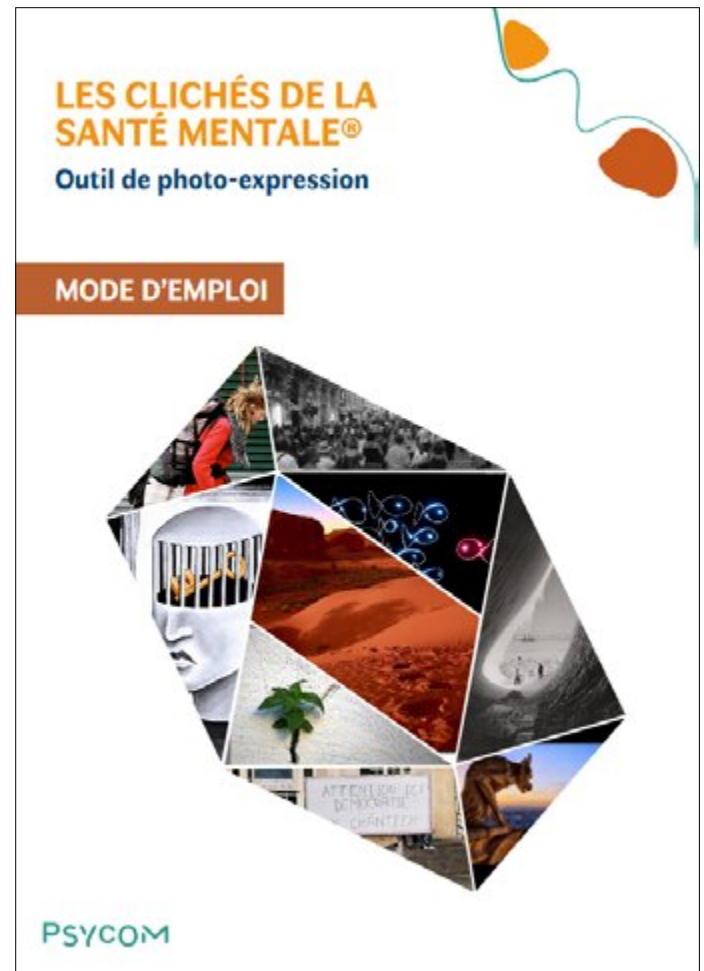
Le public à qui s'adresse cet outil est très large et il dépend de l'intention pédagogique.

Il peut être proposé à toute personne avec qui une discussion en groupe sur les questions de santé mentale est souhaitée. L'image étant par nature interprétative, chaque personne expliquera ce qu'elle y voit.

Pré-requis pour animer cet outil

Tout personne peut animer un espace d'échange avec cet outil, il importe cependant :

- D'être au clair sur son intention pédagogique : pour quoi je souhaite utiliser cet outil d'animation ? Dans quel but pour le groupe ?
- D'être à l'aise à l'idée d'animer un temps de discussion sur ce sujet avec un groupe ;
- D'avoir à cœur de laisser une place importante aux propositions du groupe : les personnes doivent pouvoir se sentir suffisamment à l'aise pour exprimer leurs idées sans se sentir jugées.



L'outil se compose :

- Des images qu'il est conseillé d'imprimer en double (2 fois les mêmes images pour permettre à 2 personnes différentes de choisir une image identique) ;
- Du mode d'emploi.
 - » Le matériel est téléchargeable de manière libre: les images le sont sur [ce lien](#), tandis que le mode d'emploi est sur [celui-ci](#), ou en cliquant sur l'image ci-dessus.

La page suivante présente des exemples d'images, à but d'illustration.

Images issues de l'outil de photo-expression sur la santé mentale



Focus

La recherche "Cancer et handicap psychique" (CAHP)

Avec l'appui de la FIRA H, la recherche CAHP a été menée par le laboratoire LISST de l'Université de Toulouse Jean Jaurès et le CNRS, en partenariat avec l'Université Saint-Etienne, Aix-Marseille Université, l'UNAFAM, l'Institut Bergonié, l'Institut Camille Miret, l'ARSEAA (Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte), l'ARESVI (Association de Recherche et d'Etude sur la Santé, la Ville et les Inégalités), le FORMS (Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé pluri-professionnelles), la FECOP (Fédération de l'exercice coordonné pluriprofessionnel), et l'Agence Les Trois Petits Points (anciennement Agence Diode).

Résumé de la recherche (par la FIRA H)

La recherche CAHP interroge les liens entre le cancer et les troubles psychiques.

L'objectif global de cette recherche est de définir et d'observer, pour les personnes avec un trouble psychique, les liens que la situation de handicap entretient avec l'expérience cancéreuse (soupçonnée ou diagnostiquée) et, plus largement, avec la santé somatique. Cette recherche s'articule autour de deux focales principales : les trajectoires de santé et de handicap, pour comprendre les interactions entre facteurs individuels (maladie chronique) et environnementaux (troubles psychiques).

Cette recherche s'inscrit dans une dynamique de soutien au respect de la dignité, l'autonomie d'action et de décision, ainsi que la liberté de faire ses propres choix en matière de traitement, à travers la promotion des interactions soignants/soignés non-discriminantes qui favorisent l'accessibilité aux centres d'oncologie, l'égalité de soins et l'intégration pleine et effective à la prévention et aux protocoles de prise en charge.

Elle s'adresse à des personnes vivant ou non en institution, réparties équitablement entre zones rurales et urbaines, et repose sur une méthodologie mixte, croisant un volet quantitatif et un volet qualitatif ;

Un volet préventif (quantitatif) : ce volet questionne la place du dépistage et de la prévention dans cette population spécifique. Il inclut une analyse comparative entre zones rurales et urbaines, afin de mettre en lumière d'éventuelles inégalités géographiques dans l'accès aux services de prévention.



Un volet curatif (qualitatif) : ce volet vise à restituer aux personnes concernées leur pleine participation citoyenne dans les problématiques de soins et d'intégration sociale. Il s'agit d'interroger les trajectoires de santé et de handicap, ainsi que les interactions entre soignants et soignés, en tenant compte des spécificités de la double problématique cancer/troubles psychique.

Outils pratiques (supports d'application)

La recherche CAHP a donné lieu à la création de plusieurs outils de sensibilisation, d'information et de formation. Les ressources produites dans le cadre de CAHP s'adressent à un large public :

- Personnes avec un trouble psychique, qu'elles soient ou non concernées par une expérience cancéreuse, dans un objectif d'information et de renforcement de leur capacités ;
- Professionnels de santé, pour renforcer leurs compétences face aux spécificités des personnes avec un trouble psychique en contexte de cancer ;
- Proches et aidants, pour mieux comprendre les trajectoires, parfois complexe, des personnes concernées ;
- Associations et décideurs, afin d'intégrer ces enjeux dans les politiques publiques et leurs pratiques.

L'ensemble des outils créés par la recherche ont été développés en partenariat avec l'agence de production Les Trois Petits Points (anciennement Agence DIODE).

Les résultats de la recherche ont été présentés par :

- [Une vidéo synthétique](#) ;
- [Un article de synthèse](#) ;
- [Une bande dessinée](#) ;
- Des outils de formation au consentement dans la relation aux soins :
 - ◇ [La roue du consentement](#) ;
 - ◇ [Le serious game "le consentement"](#).
- [Un rapport scientifique](#).

Les outils de la recherche



Grand focus

Les cellules éthiques de soutien: apports et limites d'une éthique externalisée en temps de crise

L'année 2020 fut marquée par une crise sanitaire sans précédent. La pandémie liée au coronavirus Sars-CoV-2 a en effet constitué un événement d'ampleur mondiale, touchant toutes les sphères de l'existence des personnes et des sociétés.

S'il est un domaine qui a été particulièrement déstabilisé, c'est bien celui de l'accompagnement des personnes vulnérables au sein des services et des établissements. Les professionnels prenant soin de nos pairs les plus fragiles se sont retrouvés face à une multitude de dilemmes et de choix aussi complexes que difficiles.

Comment préserver la liberté tout en la conciliant avec une protection devenue encore plus nécessaire qu'à l'accoutumée ? Comment éviter l'abus de pouvoir institutionnel, alors même que la liberté de circulation et de contact était devenue une menace et un risque, d'autant plus grands que la situation des personnes les empêchait bien souvent d'en avoir tout à fait conscience ?

Trop fréquemment, il a fallu interdire ce qui ne devrait pas l'être, avec cette contradiction voulant qu'en préservant l'homme nous menacions finalement une partie de son humanité : son corps et les liens qui s'inscrivent par et à travers lui.

Tout cela a mis en tension la quête de sens de nos pratiques. Il a donc fallu se réinventer chaque jour un peu plus au fil de la progression pandémique ; construire du lien au-delà de la corporéité et préserver la liberté au sein d'un confinement qui en était l'antithèse. Il s'agissait, finalement, de réaffirmer l'humanité des lieux institutionnels par-delà une situation qui désincarnait l'homme et plaçait les équipes face à des paradoxes à la résolution impossible.

Comme toute situation de crise, cette sombre période a fait émerger des difficultés, mais aussi de la créativité de la part des professionnels.

Le lien a pu être investi autrement, même lorsque le visage lui-même disparaissait derrière des masques et des visières. L'immense majorité du tissu social, médico-social et sanitaire a montré son attachement à des pratiques humanisantes et bienveillantes, au sein d'improvisations permanentes.

Cellule de Soutien éthique

Des "cellules éthiques de soutien" face à la crise sanitaire

Face à tous ces dilemmes, la dimension éthique a été maintes fois convoquée. Dans la quête du bon et du bien, dans celle du juste et de l'équitable, la réflexion sur ce qu'est l'humain et sur la manière d'en prendre soin a été quotidienne autant qu'intense. Douloureuse, parfois ; déstabilisante, souvent ; mais nécessaire, toujours.

Lorsqu'il s'est agi de penser le soin, tout particulièrement au regard de l'impossibilité que chacun puisse bénéficier des équipements hospitaliers favorisant sa survie, l'éthique est devenue encore plus essentielle.

Comment penser la distinction, terrible dans ses conséquences, entre ceux que l'on tentera de sauver et ceux que l'on accompagnera plutôt dans leurs ultimes instants ? Comment donner sens à une multiplication des décès au sein des structures, au-delà du sentiment d'impuissance et de désastre ? Plus que des choix ou des décisions, de nombreuses situations imposaient des actes, c'est-à-dire des gestes humains qui se posent autant qu'ils posent ceux qui les réalisent. Actes difficiles et complexes restant inéluctables en raison de la responsabilité qui incombe aux professionnels chargés d'une mission auprès des plus fragiles.

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), conscient de cette extraordinaire difficulté, a émis un certain nombre de recommandations au sein de sa réponse du 13 mars 2020, faisant suite à la saisine émise par le ministère des Solidarités et de la Santé. Parmi celles-ci se trouvait la mise en place de "cellules éthiques de soutien".

En effet, le comité explique que *"la place de la réflexion éthique dans la prise en charge des patients graves, dans les choix de réorganisation des services de santé devant faire face à la gestion de ressources rares (lits de réanimation, ventilation mécanique) conduit [...] à proposer la mise en place d'une "cellule éthique de soutien" permettant d'accompagner les professionnels de santé au plus près de la définition de leurs priorités en matière de soin"*.



Une recommandation qui interroge

Il s'agissait donc, dans cette suggestion du CCNE, autant d'appuyer la réflexion des professionnels confrontés à des choix complexes et douloureux que de veiller à ce que le pacte social, c'est-à-dire la trame profonde des sociétés et des civilisations, ne soit pas mis à mal par la situation inédite que tous traversaient.

Dans ce but, chaque cellule pouvait recevoir, par écrit, les demandes des institutions et tenter d'y fournir des éléments de réponse ou des pistes de réflexion. Loin de se limiter à des questions strictement sanitaires en rapport avec la pénurie de moyens hospitaliers, ces cellules avaient également pour mission élargie d'étayer les pratiques de tous les secteurs accompagnant des personnes en situation de fragilité.

D'une certaine manière, cela proposait un "phare dans la tempête" à toutes les structures en difficulté face à leurs propres choix. Comme toute institution est avant tout l'émanation du *socius* depuis lequel elle surgit, c'est bien le lien entre tous les citoyens qui se voyait finalement visé par cette proposition du CCNE.

Si nous ne pouvons qu'appuyer cette volonté de soutenir les équipes dans leurs réflexions et leurs pratiques, cela pose néanmoins un certain nombre de questions. Il peut sembler séduisant de disposer d'une équipe dédiée à l'éthique et mobilisable par chacun, mais il importe également de ne pas oublier que **tout dispositif impliquant l'éthique ne se contente pas de communiquer à son sujet: son existence et les façons de la penser sont aussi, et surtout, de l'éthique en soi. En effet, la manière de construire l'éthique appliquée est en elle-même une application de l'éthique et, par là, une certaine signification de ce qu'elle peut être.**

Une recommandation éthique ne se résume donc pas à une réflexion sur la pratique, c'est aussi une pratique de la réflexion, dont l'externalisation par ce type de dispositif ne peut que susciter des interrogations au sujet de sa portée et de son bien-fondé.

Face à la multitude de questions induites par cette recommandation, deux nous semblent incontournables :

- Est-il réellement possible d'externaliser la réflexion éthique ?

Cela convoque une réflexion sur des thèmes tels que la possibilité d'un soutien externe face à des situations toujours uniques, ainsi que le sens que cela confère au terme d'éthique lui-même. La notion de "respect des règles" indiquée par le CCNE n'est, à ce propos, pas anodine. Existe-t-il des règles en éthique ? Ces règles la résument-elles tout à fait ou sont-elles plutôt une de ses dimensions, en l'occurrence la déontologie ? Ces interrogations sont celles du sens et de la définition même de ce dont il est question ici.

- Existe-t-il réellement une éthique de crise ?

Dans la continuation de la première question, il semble important de réfléchir à ce que peut recouvrir le concept de "crise", et ce qu'est le but même des cellules de soutien. Si leur finalité est réellement "d'accompagner les professionnels de santé au plus près de la définition de leurs priorités en matière de soin", alors un ensemble de questions émerge : l'éthique du soin est-elle constituée par la définition de priorités ou permet-elle plutôt de réfléchir à la signification même de ce que sont la priorité et le soin en tant que concepts ?

En d'autres termes : peut-on réellement parler d'une éthique du soin ou d'une éthique de crise, ou est-ce plutôt une manière de désigner le soin et la crise au sein d'une éthique globale de l'Homme dans laquelle ils se subsument ?

Cela ne signifie pas, bien entendu, qu'il n'existe pas d'autres interrogations ni que notre réflexion recouvrira tout ce qu'il est possible d'en dire ; loin de là d'ailleurs.

Est-il réellement possible d'externaliser la réflexion éthique ?

La question de la possibilité d'une cellule de soutien éthique peut sembler curieuse, mais il s'agit surtout de nous interroger sur la faisabilité d'un soutien aux structures confrontées à des situations singulières qui, pour une bonne part, sont impossibles à transmettre à qui ne les vit pas en tant qu'acteur impliqué.

Nous le savons tous : appréhender une situation institutionnelle est quelque chose d'extraordinairement complexe. L'infinité des variables en jeu, individuelles comme collectives, actuelles comme passées, en font une gageure même pour le collectif professionnel directement concerné.

Est-il donc réellement pensable qu'un écrit puisse suffisamment éclairer une cellule de soutien, afin qu'elle soit en mesure de fournir des recommandations ou des étayages autres que théoriques et inapplicables en tant que tels ?

Cela nous renvoie à une éthique perçue non pas comme une discipline prêtant à l'expertise, mais plutôt comme un prisme multidisciplinaire, mêlant autant la sociologie, la philosophie, la psychologie ou encore l'ethnologie. Plus qu'une science ou un art, il s'agirait ici de la voir comme un champ transversal qui colore et qui nourrit tous les autres champs. Michel Blay l'a bien dit, l'éthique est "*la théorie, non de la beauté elle-même, mais du jugement qui prétend évaluer avec justesse la beauté, comme la laideur*". Cela nous incite à nous demander s'il est possible de soutenir un tel jugement, alors même que sa justesse est une question de regard, ici dramatiquement absent, car externe aux situations considérées.

Est-ce alors qu'il n'y aurait rien à dire de l'extérieur et que chaque institution se retrouve seule face à ses dilemmes ? Ce n'est pas notre opinion. Nous voyons plutôt dans cette considération un rappel essentiel d'une limite propre aux cellules externes, à savoir la frontière entre éthique déontologique et éthique téléologique, qui sont elles-mêmes situées à l'interstice de la métaéthique et de l'éthique appliquée en milieu professionnel.

S'il est nécessaire de réaliser ces distinctions, c'est parce qu'elles nous semblent particulièrement éclairantes pour notre propos.

Éthique déontologique et éthique téléologique

L'éthique déontologique, ou "éthique du devoir", trouve son origine dans le grec *deontos* (droit) et *logos* (parole). D'un point de vue étymologique, il s'agirait donc de "parler du droit" et, par extension, d'établir le devoir que ce dernier implique.

Cette forme d'éthique renvoie classiquement à l'obligation, pour la personne comme pour le collectif, de suivre des règles indépendamment de leur propre bonheur. Que ces règles proviennent de la conscience morale de chacun ou d'un tiers estimé légitime (la loi sociale, la téléologie, les codes propres aux professions),

il s'agit de considérer que l'acte est éthique s'il s'inscrit dans la prescription normative, quelles que puissent être ses conséquences. La formule consacrée de cette approche est : "Fais ce que doit, advienne que pourra".

Cette facette du prisme éthique comporte un certain intérêt pour le professionnel confronté à une situation difficile ou complexe, car elle lui fournit un socle de "pratiques normatives" permettant de stabiliser ou d'orienter son opinion. Cependant, elle implique également certaines limites, en particulier celles inhérentes à sa nature d'*a priori*. La déontologie, en tant qu'éthique du devoir prescrit, ne permet pas réellement de penser l'inédit et le surprenant : c'est un champ de prévision et de cadrage des actions cherchant à les inscrire dans un espace constitué d'un certain nombre de jalons préalables.

Même si son application peut se nuancer, elle ne le fera jamais que dans l'espace qui est le sien et dans la norme qui préside à son existence. Ainsi, face à une situation de crise aussi extraordinaire que celle de la Covid-19, la déontologie s'est heurtée sur bien des points, devenant très souvent inopérante sur le plan opérationnel.

Cette difficulté, classique, trouve un élément de réponse dans une autre dimension, qui est celle de l'éthique téléologique, dite éthique de la vertu.

Prenant sa source dans le grec *téléos* (la visée) et *logos* (la parole), la téléologie est une "parole sur le but", c'est-à-dire sur la finalité de l'acte posé et non sur la nature propre de cet acte.

Si la déontologie détermine l'acte comme éthique ou non en fonction de son respect des prescriptions, la téléologie considère chaque acte comme éthique ou non en fonction du but poursuivi et des effets constatés.

L'éthique du devoir suppose donc l'acte comme éthique parce qu'il est respectueux d'une règle *a priori* bonne, tandis que la téléologie appose la caractéristique éthique dans ce que génère cet acte *a posteriori*.

Téléologiquement, ce qui est fait n'a donc pas de valeur éthique en soi avant que cela ne s'inscrive dans un contexte qui lui en donne une. D'une certaine manière, il est possible de dire que l'acte déontologique est un élément d'une norme qui lui est indépendante, tandis que l'acte téléologique est un événement qui se fait éthique, dépendamment à un contexte sans lequel il n'a pas réellement de sens.

Ces deux versants de l'éthique se complètent et se nourrissent mutuellement : la déontologie stabilise l'action et permet son partage entre professionnels, tandis que la téléologie extrait cette action du monde des hypothèses pour la confronter à la réalité, permettant du même coup la constitution d'une déontologie davantage ancrée dans le monde.

Que recouvre une éthique de soutien ?

Au regard du propos qui est le nôtre, il est donc à présent nécessaire de nous interroger sur ce que peut recouvrir une cellule éthique de soutien : est-ce de la déontologie ou de la téléologie ? En d'autres termes : une cellule de soutien dans l'éthique donne-t-elle du sens aux actes pour ce qu'ils sont ou au regard de ce dans quoi ils s'inscrivent ?

Fondamentalement, la question de la déontologie paraît trouver une réponse relativement aisée : il est toujours possible de signifier à une institution la règle ou la recommandation relative à la situation qu'elle rencontre. Cependant, cette situation, nous l'avons dit, n'est qu'imparfaitement comprise. Ce n'est que dans la téléologie qu'il devient possible de déployer cette déontologie de manière réelle.

Or, une telle cellule peut-elle réellement agir à ce niveau, puisque la réalité en question ne peut qu'imparfaitement lui être transmise par des mots qui la mutilent toujours de sa complexité ?

Il nous semble que c'est ici une première limite à considérer : le soutien dans l'éthique ne nous semble pas à même d'embrasser tout le prisme concerné. Si la recommandation ou l'étayage à la réflexion peuvent nourrir une certaine déontologie dont les institutions pourraient se saisir, la téléologie en tant que telle paraît ne pouvoir être que l'affaire des professionnels concernés eux-mêmes, puisque seuls penseurs de la réalité qui est la leur.

Cette limite est donc celle de la responsabilité et d'une certaine forme de solitude face au dilemme : **la recommandation n'est pas plus la réponse que la carte n'est le territoire**. Il s'agit d'indices et d'étayages qui jamais ne peuvent se substituer tout à fait à ce qu'implique une authentique réflexion éthique institutionnelle sur un temps long.

Cela nous amène au second *distinguo* : la métaéthique et l'éthique appliquée en milieu professionnel.

Métaéthique et éthique appliquée

De manière globale, la métaéthique est la réflexion éthique justement au sujet de ce qu'est la réflexion éthique. Une éthique de l'éthique, en quelque sorte, permettant d'en penser les formes et les concepts.

Ce focus, par exemple, cherche à se donner à penser dans ce cadre.



L'éthique appliquée pour sa part, est une éthique de la réalité, c'est-à-dire inscrite dans un contexte précis et dans un cadre déterminé. Il ne s'agit plus de penser les concepts en tant que tels, mais plutôt de penser le monde à travers eux au sein d'une pratique ou d'une réalité spécifique. **D'une certaine manière, si l'éthique appliquée est le tracé de la carte, la métaéthique en est l'encre et le papier.**

Cela nous amène à une conclusion : une cellule de soutien éthique n'agirait-elle pas finalement dans ces deux registres à la fois, mais au sein de dimensions différentes ? Ne serait-elle pas une aide à l'éthique appliquée dans la dimension de la déontologie, tout en pouvant consolider une réflexion métaéthique dans un versant téléologique ?

Des limites spécifiques

Considérer les choses de cette manière rend à notre sens possible de penser toute l'importance de son action, mais aussi de garder à l'esprit ses limites : l'aide qu'elle apporte à la prescription d'un acte normativement éthique n'atteint pour autant pas un niveau propre à construire la signification de cette valeur éthique en elle-même ; tout comme le soutien qu'elle offre à la réflexion sur ce qu'est une éthique professionnelle est précieux mais trop éloigné de la réalité pour pouvoir s'y inscrire véritablement.

Ce type de cellule pourrait donc renforcer le compas de la recommandation, le soutien au dessin de la carte et la fabrication de l'encre, mais jamais tout à fait permettre une exploration du territoire lui-même. Cela nous semble propice à une juste répartition des responsabilités entre le soutien apporté par la cellule et l'action professionnelle elle-même, qui reste sous l'égide de l'institution sollicitant une aide.

C'est dans ces limites spécifiques que nous semble résider la possibilité d'un soutien à l'éthique dépassant le simple cadre du protocole (qui est la définition même d'une pensée morte qui ne fait que s'acter), tout en n'atteignant pas la dépossession d'une responsabilité qui incombe nécessairement à ses dépositaires institutionnels. Cela nous amène à notre seconde interrogation : existe-t-il réellement une éthique de crise ?

Existe-t-il réellement une éthique de crise ?

Cette question n'est finalement que la continuité de la première : qu'est-ce que l'éthique et comment la soutenir par le biais de cellules de cette nature?

Si l'éthique est un regard sur l'homme ainsi que sur le sens que prennent ses actes et ceux que l'on pose à son sujet, peut-il réellement exister une éthique de crise qui se distinguerait d'une "éthique des temps sereins" ?

De notre point de vue, l'éthique reste le même prisme, que l'on soit dans la tempête ou non. Les implications changent, les conséquences et les enjeux également, mais le champ lui-même nous semble être relativement indépendant de tout cela. Il ne nous apparaît pas, par exemple, de différence catégorielle fondamentale entre une réflexion éthique sur la liberté d'aller et venir au sein des établissements selon qu'elle s'inscrive dans une crise ou dans un contexte apaisé. Les conséquences sur les individus varient, bien entendu, mais ce que suppose cette pensée est pour ainsi dire similaire : prendre soin, agir de manière juste, protéger sans mutiler l'être de sa liberté de choix et d'actes, donner sens au monde et à la place que chacun y occupe.

Cela renvoie à quelque chose qui nous paraît essentiel : **s'il n'y a pas plus d'éthique de crise que d'éthique de paix, il y a en revanche des éthiques en crise et des éthiques en paix.** Peut-être est-ce là ce qui rend les cellules de soutien aussi précieuses malgré leurs limites intrinsèques : permettre aux institutions d'avoir une aide à la pacification d'un espace d'examen de leurs dilemmes, afin qu'elles puissent les penser dans des conditions plus favorables et moins douloureuses, en raison d'un partage humain faisant lien et sens.

Penser l'éthique en crise plutôt que l'éthique de crise nous semble être une manière de situer ces cellules à leur juste place : celle d'une aide sur le versant de l'éthique appliquée déontologique, autant que sur celui d'une téléologie métaéthique.

Dans cette position peuvent-elles alors rasséréner les institutions sans les déposséder de leur responsabilité propre, qui est celle d'une téléologie de l'éthique appliquée et d'une déontologie qu'elles se donnent au sein de leur métaéthique ?

Ici la carte, là le territoire, et pour les deux des humains qui s'entraident afin que l'accompagnement puisse prendre sens dans un espace partagé et coconstruit, propice à la prise en compte des personnes accompagnées et de leurs besoins.



Dans ce partage de responsabilités se dessine peut-être ce pacte social dont parlait le CCNE : celui d'une société qui pense l'éthique autant qu'elle pense et se pense dans l'éthique. Plus qu'une éthique de crise, il nous apparaît donc, à l'issue de notre réflexion, qu'il est question d'une éthique humaine pensant la crise et ceux qu'elle atteint.

Conclusion

Les cellules de soutien, dans ce cadre, sont donc de précieuses opportunités pour les institutions, tant que ces dernières n'y perdent pas de vue leurs responsabilités propres et les limites d'une telle aide. Il s'agit d'une vigilance délicate et toujours complexe à mettre en oeuvre, mais la créativité et le sens des responsabilités qu'elles montrent tous les jours ne laissent aucun doute quant à leurs capacités à se saisir de ce défi pour en tirer le meilleur au bénéfice des personnes accompagnées.

Références

Bemben, L., *Les enjeux de la pratique professionnelle médico-sociale - Repères légaux, historiques et éthiques*, Toulouse: Erès, 2022.

Blay M., *Dictionnaire des concepts philosophiques*, Paris: Larousse, CNRS éditions, 2006.

Comité consultatif national d'éthique, Covid-19, contribution du comité consultatif national d'éthique : enjeux éthiques face à une pandémie, réponse à la saisine du ministre en charge de la santé et de la solidarité, 2020.

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](https://twitter.com/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 édulcorer 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@pgu.co.lesassises@gmail.com

INSCRIPTIONS :
Cliquez ici ou flasquez ! 

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 des 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 l'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.

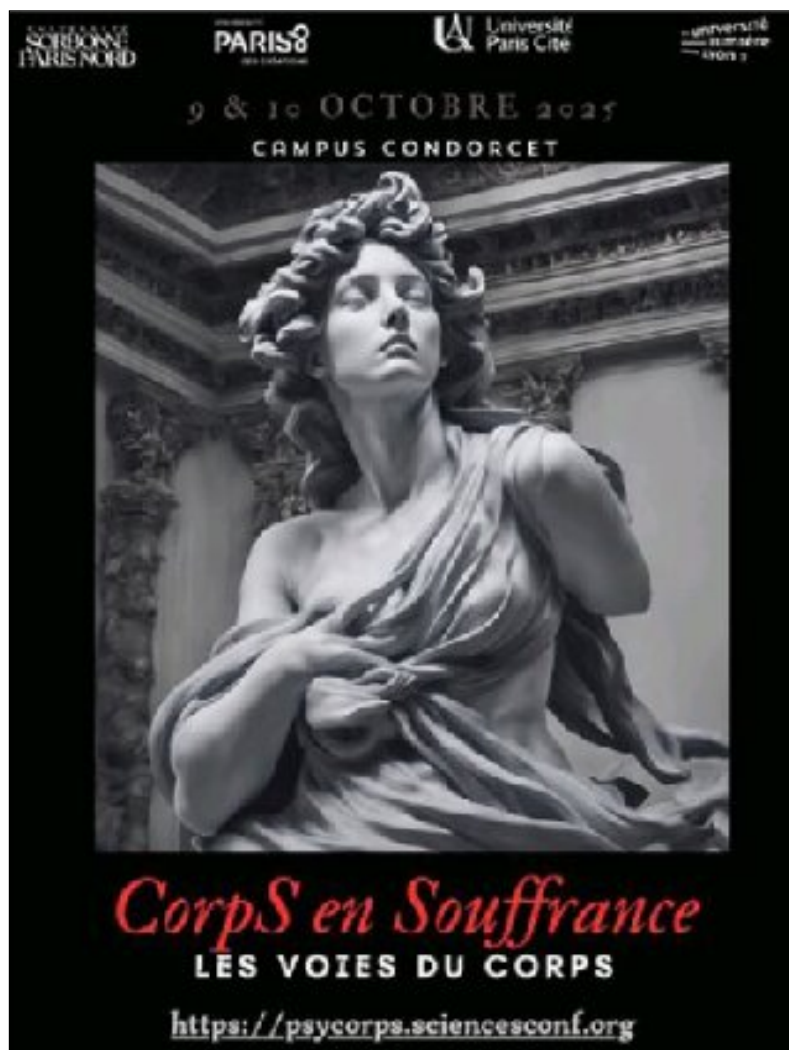
Au programme :

- 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

**Prérequis :** pas de prérequis nécessaire

**Institut des Metiers de la Santé - Xavier Arnoz**
Avenue du Haut-Levêque - 33604 Pessac Cedex

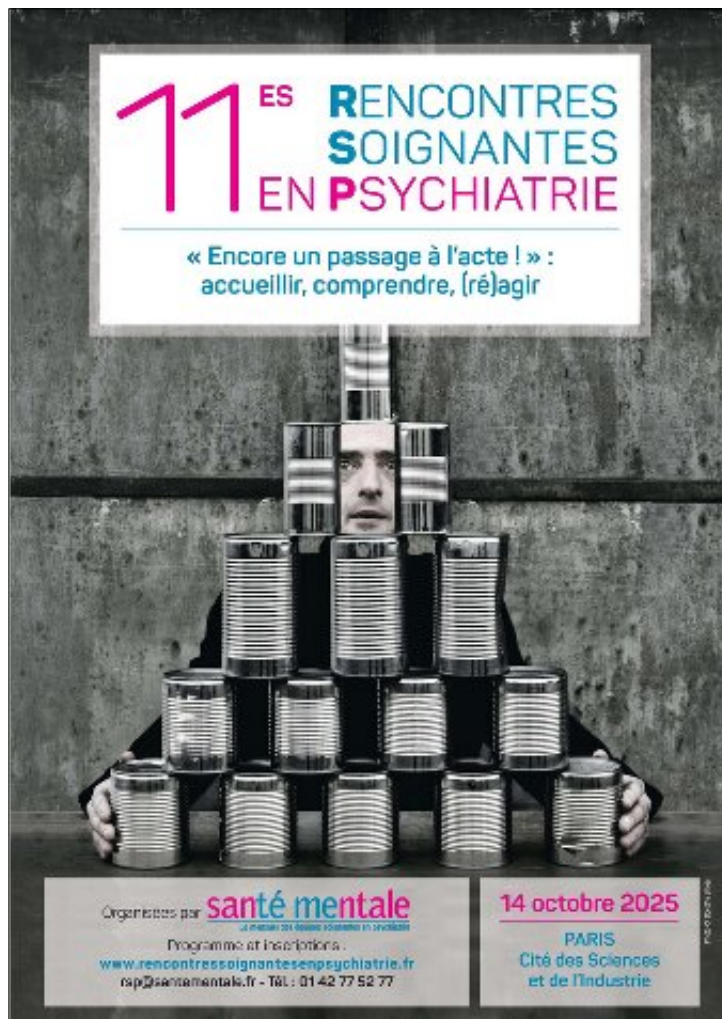
**Inscription en ligne ou directement auprès de**
l'Unité de formation continue pour les agents du
CHU de Bordeaux

**En présentiel ou en distanciel**



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

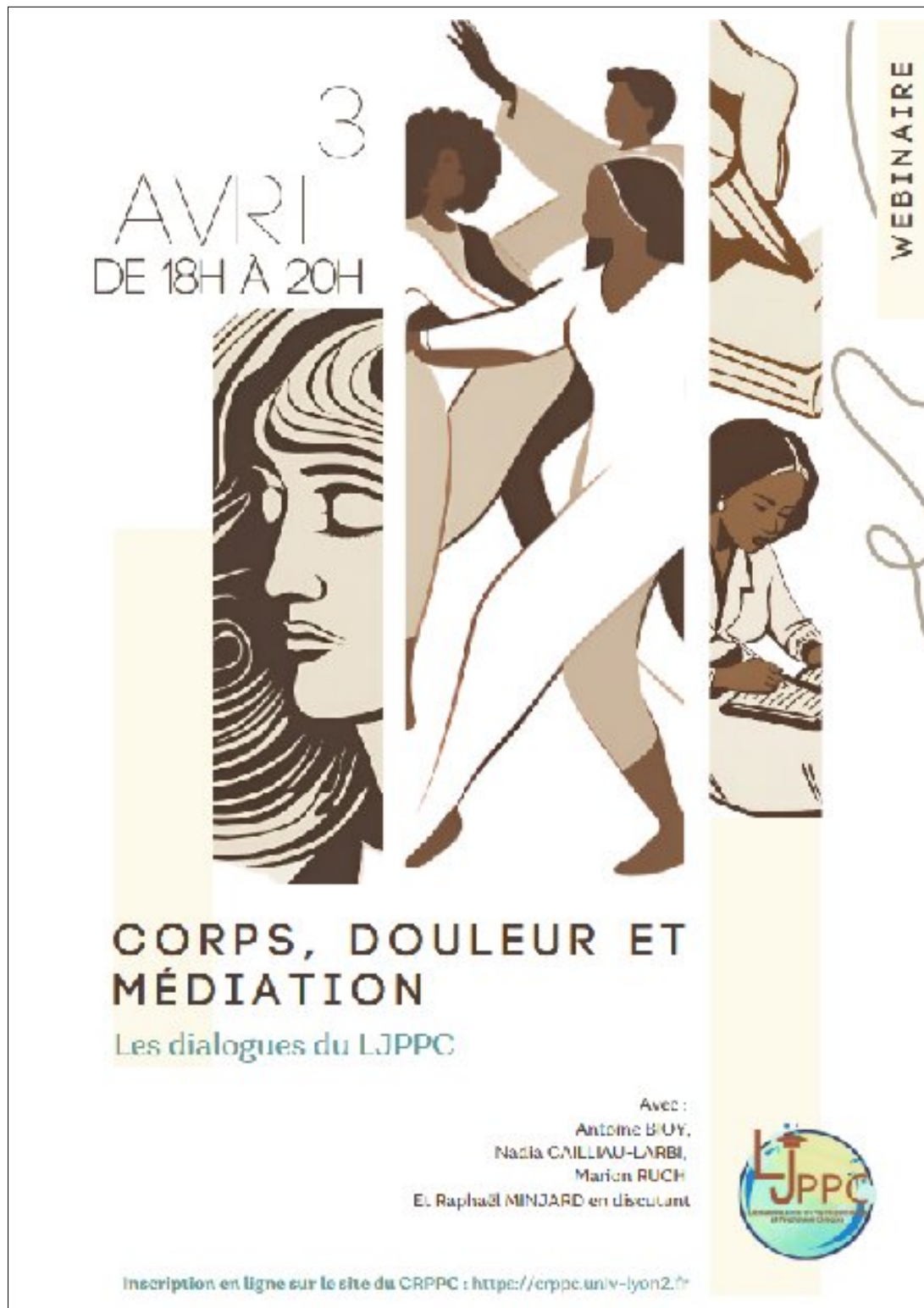
Radicalité
violente

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 BLOY,
Nazla CHILLIQU-LARBI,
Marion RUCH
Et Raphaël MINJARD en discutant

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

LJPPC
LABORATOIRE DE JURISPRUDENCE
ET DE PHILOSOPHIE DU DROIT

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

Podcasts "psychologie et santé mentale"

Estelle Cart-Lamy, psychologue clinicienne, propose un fichier PDF compilant différents podcasts en lien avec la psychologie et la santé mentale.

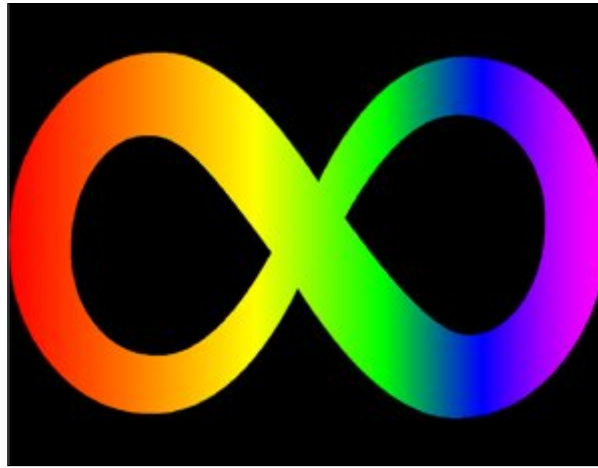
Le document est intéressant pour se renseigner et disposer de ressources sur ces sujets.

» Il est accessible sur [ce lien](#).



Culture et vulnérabilité

Risques et bénéfices de la revendication d'une identité autistique



Alexandre Prem Pragyan, de Yog'atypic, a proposé récemment une intéressante réflexion au sujet des "Risques et bénéfices de la revendication d'une identité autistique".

Cette réflexion est particulièrement approfondie et met en lumière des enjeux essentiels dans les logiques communautaires contemporaines.

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

Clinique et psychopathologie

L'incestuel

On entend parfois les termes "inceste" et "incestuel" utilisés de manière indifférenciée, ou dans des sens qui ne sont pas tout à fait les leurs. Il est pourtant extrêmement important de distinguer les deux, car ils ne renvoient pas aux mêmes réalités, ni à des enjeux cliniques similaires.

L'inceste, ou inceste sexuel, implique une transgression sexuelle explicite (attouchement, pénétration corporelle).

Le climat incestuel, ou inceste psychique, désigne une relation parent-enfant dans laquelle les frontières générationnelles et intimes sont brouillées, sans nécessairement qu'il y ait de gestes sexuels.

Dans ce climat, l'enfant cesse d'être un sujet autonome: il devient confident, soutien, voire substitut conjugal. Il est utilisé pour combler les manques affectifs et narcissiques du parent. Cette forme d'ambiguïté peut être aussi délétère que l'inceste sexuel.

L'incestuel relève d'une érotisation diffuse et d'une emprise affective: ce sont l'intrusion et l'inversion des rôles qui blessent le psychisme.

Il peut prendre de multiples formes:

- Le non-respect de l'intimité corporelle et des espaces (chambre, salle de bain, banalisation de la nudité, partage du lit au-delà d'un certain âge) ;
- L'érotisation implicite: exposition à la sexualité adultes (paroles, plaisanteries, contenus) et commentaires déplacés sur le corps de l'enfant ;
- La parentification: l'enfant devient le réceptacle de confidences intimes, ou se retrouve à devoir soutenir le parent dans une inversion des rôles ;
- Le contrôle et la fusion: l'amour est conditionné à la loyauté et à l'effacement de soi, avec des conduites de jalousie, de chantage et de menace.

Le processus incestuel repose sur trois grandes dynamiques:

- » **L'empêchement de la différenciation**: l'enfant devient un prolongement des désirs du parent ;
- » **La confusion des rôles**: l'enfant est extrait de sa place générationnelle (confidences inappropriées, mise en responsabilité comme un adulte) ;
- » **La manipulation et l'intrusion**: tests de loyauté, intrusions répétées dans la dimension intime, gestes teintées d'ambiguïté.

Ces trois dynamiques marquent la différence entre un parent qui protège, accompagne l'autonomie et respecte l'intimité croissante avec l'âge (mise en concordance de l'acte d'accompagnement avec le besoin réel), et un parent incestuel qui instrumentalise, intruse et conditionne l'amour à la fusion.



Les conséquences sont nombreuses et destructrices:

- Emotionnelles: honte, culpabilité, anxiété, vide affectif, ambivalence ("j'aime et je me sens envahi"), faible estime de soi, dépendance au regard parental ;
- Psychiques: confusion identitaire, hyper-responsabilité, difficulté à poser des limites, symptômes post-traumatiques complexes, troubles du comportement alimentaire et de la sexualité ;
- Corporelles: hypervigilance, troubles du sommeil, troubles digestifs, douleurs diffuses, dysfonctions de la sphère gynéco-sexuelle. Tout se passe comme si le corps portait le poids et la marque des abus subis ;
- Energétiques et relationnelles: tension permanente entre un mental qui contrôle et un corps qui est nié, voire oublié. Risque d'emprises amoureuses et relationnelles au sein d'un schéma de répétition inconscient.

Comment aider?

Des pistes de libération se retrouvent dans le fait de:

- » Nommer le vécu et réhabiliter ses perceptions ; travailler les événements qui contribuent à la culpabilité et au doute quant au bien-fondé de ses actions et ressentis ;
- » Travailler les frontières: apprendre à dire non, réinstaller des limites corporelles et émotionnelles ;
- » Investir des parcours thérapeutiques intégratifs, notamment en psychotraumatisme et en travail psychocorporel pour traiter les conséquences émotionnelles, psychiques et somatiques ;
- » Rompre les contrats de loyauté et prévenir la répétition transgénérationnelle.

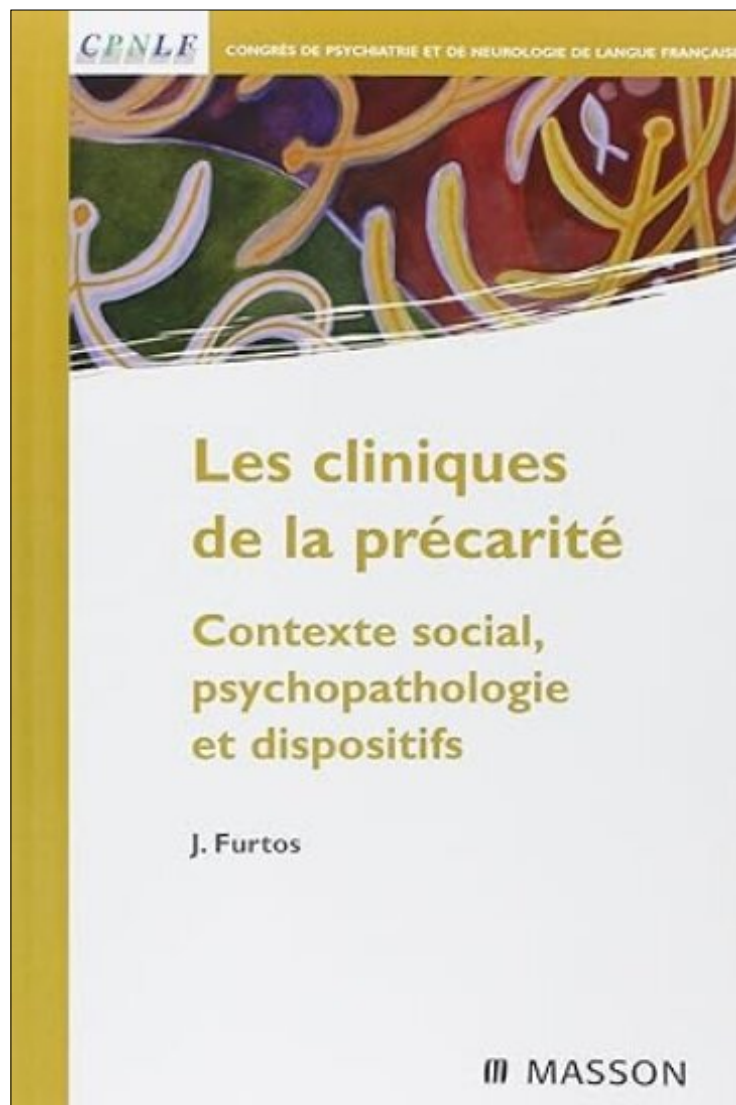
Identifier un climat incestuel repose donc à la fois sur la capacité de comprendre les mécanismes qui le sous-tendent, mais aussi de pouvoir réagir en proposant des accompagnements adaptés et des discours qui aident sans faire violence aux blessures souvent très profondes qui demeurent chez l'adulte ayant été psychiquement incesté.

SÉCU : CEUX QUI ABUSENT

Je viens dénoncer celui
qui a mis 6 personnes en arrêt
maladie rien que dans
mon service.



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

A paraître en novembre 2025

Lucas BEMBEN

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

ÉTHIQUE DE LA BIENTRAITANCE AUPRÈS
DES PERSONNES EN SITUATION DE MARGINALITÉ



ESSAIS
ÉDITIONS MAÏA

Promouvoir l'humain dans le secteur médico-social

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

Lucas Bemben

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

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

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

Le cycle institutionnel du collectif de recherche Psymas

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

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

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



Les citations du bulletin

*"Nul ne sait que certains déploient des efforts immenses
simplement pour paraître des êtres ordinaires"*

Albert Camus

"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

"Si la connaissance présente parfois un danger, la solution ne réside pas dans l'ignorance. La connaissance, c'est le risque de l'erreur. L'ignorance, elle, est la certitude de la catastrophe".

Isaac Asimov





Retrouvez-nous sur la plateforme
du collectif de recherche Psymas

<https://www.psymas.fr>

