



Pour le bien-être et la dignité des personnes âgées

## **SEMINAIRE DE LANCEMENT**

**Paris, le 9 mai 2011**

**9h30 – 16h30**

### **COMPTE RENDU**

*(Version longue)*

**Nombre de participants** : 34

**Organismes représentés** : AD-PA, AFNOR, AGE Platform Europe, ANAP, ANESM, APIL, Association française des aidants, CCAS Paris, CNRPA, CNSA, Commission Droits et Libertés, DGCS/Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, EDE, FIAPA, FNADEPA, FNAQPA, FNG, France Alzheimer, HABEO, HAS, SFGG, UNCCAS, UNIORPA.

### **ACCUEIL DES PARTICIPANTS**

Geneviève Laroque (FNG), Christian Loison (UNCCAS)

GL : *(Enregistrement non opérationnel)*

C. Loison : Outil de l'action sociale des villes auprès des personnes âgées (services à domicile, portage de repas), l'UNCCAS est également très impliquée en matière de coordination gérontologique locale tels que les CLIC, de gestion de logements foyers, d'EHPAD ainsi que de services de soins à domicile. De par son expérience de proximité, l'UNCCAS constate cette révolution de l'allongement du temps de la vie, qui nécessite de s'interroger sur la place à donner aux personnes vieillissantes dans notre société. Il faut porter des regards nouveaux sur celles-ci, quels que soient leurs niveaux de vie et de déficiences physiques ou intellectuelles, et s'interroger sur leurs projets de vie.

### **PRÉSENTATION DU PROJET WeDO (cf. pdf)**

Geneviève Imbert (FNG), Kristine Stempien (UNCCAS)

#### **Rappel des objectifs**

Il s'agit de proposer une stratégie nationale et une définition commune de ce qui est nécessaire en France pour le bien-être et la dignité des personnes âgées, en vue d'adapter ou de développer nos politiques, initiatives et outils contribuant à la qualité des soins et de l'accompagnement de longue durée. La finalité du projet WeDO est de créer un cadre européen de qualité et un guide qui intègrent les différences culturelles nationales. La FNG et l'UNCCAS joueront un rôle de transmission des documents élaborés au cours du projet auprès de la plate-forme AGE.

L'intérêt des travaux menés dans le cadre de ce séminaire est d'identifier l'ensemble des outils existants actuellement, qu'ils soient connus ou ignorés, de partager des expériences, d'échanger des idées, d'élaborer un travail en commun et des actions concrètes.

## **CALENDRIER DES PROCHAINS SÉMINAIRES WeDO, 2011 – 2012**

Le prochain séminaire d'approfondissement aura lieu le lundi 5 septembre 2011<sup>1</sup> et aura pour thème : « les normes sont-elles solubles dans la (les) pratique(s) ? »

Le second séminaire d'approfondissement est planifié en février 2012.

Les autres thématiques incontournables sont : les personnes handicapées vieillissantes et les aidants.

L'organisation d'un séminaire décentré a été suggérée.

## **DISCUSSION**

M.P. Hervy : Pourquoi mettre autant l'accent sur le mot « soin » ? En anglais, il s'agit de *care*, « prendre soin ». La mise en avant permanente du terme soin dans la Charte paraît gênante, compte tenu de l'ambiguïté en France de l'expression « soins de longue durée » qui correspond à une entité particulière. Pourquoi ce choix dans la traduction française ?

G. Imbert : C'est effectivement une question souvent débattue à Bruxelles, ce glissement de l'aide apportée aux soins étant lié aux problèmes de sémantique et de traduction des mots anglais. Que *long term care* nous entraîne inévitablement dans le « soin » conduit à postuler que les personnes âgées sont porteuses de maladies chroniques. On peut néanmoins comprendre le « soin » tant au sens de technique que de celui « d'attention portée à ».

Un participant considère qu'il est dommage de définir la personne âgée par sa maladie uniquement. Le terme « accompagnement » est plus respectueux de la personne et traduit mieux l'approche globale.

M. Riquier précise que dans le cadre européen, il existe autant de définitions du terme « besoin » qu'il y a de pays participants. On doit donc être attentif au fait que pour un seul terme, il peut exister des divergences importantes. La confusion la plus fréquente porte sur le terme « public », qui comporte au moins 27 définitions en Europe.

G. Imbert propose d'organiser un séminaire autour des concepts à approfondir, compte tenu du fait que chacun peut se les approprier différemment.

C. Loison souligne la scission en France entre le soin et l'accompagnement, du fait que ce ne sont pas les mêmes financeurs. Dans les audits réalisés dans les établissements pour personnes âgées, on constate qu'on passe du temps à soigner les corps sans tenir compte de la personne, alors que ses besoins sont de l'attention plutôt que des soins. N'est-ce pas là que peut commencer la maltraitance ? On ne doit donc jamais oublier les envies, les souhaits, les désirs premiers de la personne.

## **TOUR DE TABLE**

## **APPROCHES DES PRINCIPAUX CONCEPTS (cf. pdf)**

Robert Moulias, CDL – FNG

La présentation du Pr R. Moulias vise à clarifier différents concepts couramment utilisés afin d'en montrer les limites et les écueils. Ainsi des concepts de « perte d'autonomie liée à l'âge », alors que l'âge ne fait que majorer le risque de perte d'autonomie, ou celui de « vieillissement de la population » qui traduit en fait l'augmentation de la longévité des

---

<sup>1</sup> Cette date a été finalement modifiée puisque ce séminaire aura lieu le mercredi 26 octobre au siège de l'UNCCAS (Paris 20<sup>ème</sup>).

individus. Il souligne également les difficultés de définition tant des termes français qu'anglais et de leur traduction.

R. Moulias rappelle d'autres éléments nécessitant une attention particulière : éviter le recours aux catégories administratives (telles que GIR), qui risque de faire oublier qu'on parle de personnes ; la perte de certaines capacités n'est pas une question d'âge chronologique, celui-ci s'avérant rarement pour les gériatres un facteur décisionnel ; plutôt que parler en termes de déficiences, qui implique un regard invalidant sur les personnes, il est préférable de parler de leurs capacités restantes, voire de capacités nouvelles, comme on le sait au sujet des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Enfin, l'isolement social et/ou familial est un bien plus grand facteur pathogène des sujets âgés que l'hypertension et l'hypercholestérolémie.

R. Moulias détaille ensuite la succession des étapes du travail à mener dans le cadre du projet WeDO France. L'ensemble des partenaires devra préalablement identifier et définir les concepts afin d'aboutir à une première rédaction, que se propose de réaliser la Commission Droits et Libertés. Ce texte devra ensuite être soumis à la lecture critique des partenaires du projet, puis à un panel de lecture élargi aux professionnels des recommandations ainsi qu'à des correspondants anglophones, afin d'éviter toute divergence dans les termes de vocabulaire. Ce qui justifie, de ce point de vue, la durée du projet WeDO pour aboutir à un texte final fin 2012.

R. Moulias suggère de porter l'attention sur les principales notions qui sous-tendent le projet WeDO telles que « dignité », « vieillesse », « bien-être », « santé ». La distinction de la notion de « soins » médicaux (*cure*), de celle « d'assistance à la personne » (*care*), qui implique l'aide d'autrui (aidant professionnel et/ou informel) pour les activités de la vie quotidienne constituera un tournant majeur. Il importera notamment de clarifier la confusion en France entre assistance à la personne au sens de *care*, et services à la personne au sens de *service industry*, qui s'adressent aux personnes qui n'ont pas besoin d'assistance ou d'accompagnement pour vivre.

Il reste à déterminer la traduction française exacte de *long term care*, qui ne correspond pas à « soins de longue durée » et encore moins à « maladie de longue durée », laquelle n'implique pas d'aide humaine permanente. On sera également vigilant au fait que *long term care* ne signifie pas « perte de capacité décisionnelle » et que ce besoin d'accompagnement n'est pas lié à l'âge.

Quant au concept de handicap, rendu en anglais par *disablement*, on a tendance à le transformer dans le vocabulaire des institutions internationales en « déficience fonctionnelle » (*functional deficiency*). Celle-ci peut ou non être compensée par des moyens médicaux, chirurgicaux ou technologiques, l'important étant que cette compensation restaure les capacités, l'indépendance de la personne vis-à-vis d'une aide humaine.

Si le terme « dépendant » irrite, il implique néanmoins le besoin d'assistance et en ce sens, il marque la différence fondamentale entre celui qui peut se débrouiller seul et celui qui ne le peut pas, quel que soit son âge. En cela, « dépendant » se distingue du handicap plus ou moins compensable. Il faudra donc trouver les mots pour définir la notion capitale de « besoin d'assistance humaine ».

Dans le contexte d'une dépendance physique, il peut exister une emprise de l'aidant (naturel ou professionnel) sur l'aidé, d'où le concept de bienveillance qui va permettre à la personne qui dépend d'autrui de vivre dans la dignité. Il est capital de souligner qu'on peut être à la

fois dépendant et autonome, dans le sens où on est capable de décider pour soi. La dépendance ne signifie pas perte de capacité décisionnelle. Le terme autonomie est très difficile à manipuler. Être autonome, c'est décider pour soi et pouvoir décider pour soi n'est pas une question d'âge. Chez le sujet âgé, il existe une plus grande fréquence de maladies ou d'accidents qui vont entraîner une limitation d'activités sans altérer les capacités décisionnelles.

On ne peut pas dire limitation d'autonomie, car l'autonomie réfère à la capacité décisionnelle.

Le concept « perte d'autonomie liée à l'âge » est discriminatoire, la majorité des personnes âgées vont mourir en étant capable de décider pour elles-mêmes.

Dans l'éventualité d'une limitation des capacités décisionnelles, il est important de souligner que la personne garde des souhaits et des besoins. Il est donc nécessaire de protéger et de préserver les droits de ces personnes, et de reconnaître le rôle et les responsabilités propres à leurs aidants naturels.

La limitation des capacités décisionnelles n'est pas liée à l'âge chronologique mais à la survenue d'une pathologie. Cette éventuelle incapacité ne doit pas être considérée comme une perte de dignité, de souhaits et de besoins de la personne, lesquels doivent être préservés.

On va beaucoup parler de « consentement » liée à la confiance, tendant à attribuer un rôle passif de la personne et pouvant être source de catastrophe. On a besoin de la coopération de la personne, qu'elle comprenne ce dont elle a besoin, le sens et le but de ses soins de longue durée. Certains proposent le terme d'assentiment quand la personne a des difficultés de compréhension.

Si l'on parle de « consentement », il faut aussi s'interroger sur le sens du « refus » : est-il informé ou signifie-t-il « je ne vous fais pas confiance » ? Quant à « personne de confiance », qui est une bonne idée, elle représente des difficultés d'exécution considérables auxquelles on n'a pas réfléchi.

Il faudra régler la confusion entre soins palliatifs qui permettent à la personne de vivre avec la maladie sans en guérir, et « soin terminal » qui est un accompagnement particulier de la personne et non pas un abandon de soins.

Bientraitance, maltraitance : les définitions n'existent pas, y compris au niveau international. Les enquêtes européennes sur la maltraitance se heurtent au fait que le vocabulaire n'a pas été défini préalablement. C'est aux participants du projet WeDO France de les proposer.

Pour conclure, on s'attachera à un travail de nettoyage et de clarification du jargon gérontologique, en choisissant des termes qui n'évitent pas le problème posé mais qui disent les choses par leur nom – ce ne doit plus être péjoratif que dire que quelqu'un est vieux – et sans créer d'amalgame – la vieillesse n'est pas la dépendance, 80% des personnes âgées vont mourir sans être dépendants.

On peut vivre dignement dans la plupart des pays européens à un âge avancé, malgré les maladies et les déficiences. Nous avons besoin en France d'un vocabulaire commun compréhensible au moins par tous les professionnels et, si possible, par le grand public pour décrire les situations des personnes dites âgées, qu'elles restent parfaitement indépendantes ou qu'elles aient besoin de soins et d'accompagnement/d'assistance humaine.

Quels termes doivent être ajoutés aujourd'hui ?

## DISCUSSION

G. Laroque : Il y a une confusion entre préciser les concepts et élaborer un vocabulaire. Pour cela, il faudrait des linguistes et des anglophones. Des choses sont à contester. On peut rechercher la finesse dans la définition d'un vocabulaire commun, à condition de ne pas créer un nouveau jargon.

La « dépendance » décrite, expliquée par des philosophes et des sociologues est utilisée pour une définition juridique claire et légale en tant que conséquence de déficiences. On peut ne pas être d'accord avec cette définition légale, mais on ne peut pas dire qu'elle n'est pas claire. De même pour la définition de « handicap ».

Il faut reprendre l'analyse de R. Moulias, revoir ce qui doit être démontré et voir comment on peut le démontrer et sur quoi s'appuyer pour arriver à définir vocabulaire commun. Il n'est pas certain que la Commission Droits et Libertés (CDL) ait toutes les compétences pour préciser l'ensemble des termes, d'où la nécessité d'une collaboration extérieure.

R. Moulias : Tous ces mots ont déjà des définitions, notamment juridiques, comme la « vulnérabilité » qui représente des dizaines de pages issues de la Cour de cassation mais reste très aléatoire. La CDL ne peut tout faire : elle aura besoin d'experts extérieurs et de se baser sur des définitions déjà existantes mais toutes sont à revoir en termes plus simples. La « dépendance » est un terme précis mais dont l'usage a été refusé par beaucoup. On ne peut non plus se contenter d'utiliser le seul terme « autonomie » pour décrire toutes les circonstances dans lesquelles on peut avoir des diminutions de possibilités de vivre de façon indépendante.

M. Riquier : Dans le titre de WeDO, il y a deux notions abstraites : dignité et bien-être. Les normes et les standards sont un moyen de passer au concret, dans un dispositif de *customer service* : pour mesurer la qualité, on aura besoin de repères. Les données de base d'une définition du bien-être danoise ou française ne sont pas les mêmes. Dans le domaine de la vie à domicile, des points techniques, physiques qui participent du bien-être et de la dignité ont besoin d'être traités. Rester chez soi est une chose, pouvoir en sortir en est une autre. Dans la relation interpersonnelle, ce sont les critères de compétences ou les critères de comportement. On sera dans un univers de 12 États, chacun avec ses problématiques spécifiques. Si le point de départ est les attentes des personnes, on aura des définitions très différentes du bien-être. Définir des concepts, certes, mais il est beaucoup plus important de les accrocher sur des données concrètes.

R. Moulias : des choses resteront toujours subjectives, telles que la qualité de vie dont il existe plus de 300 définitions. Dans une démarche de production de normes, il importe de définir ce que l'on peut mesurer et ce que l'on ne peut mesurer. Ce qui relève de la mesure donne la norme, ce qui permet des actions concrètes, et ce qui relève du subjectif. Ce que l'on peut mesurer est les compétences des intervenants.

A. Kieffer : La France a grand besoin d'adopter un langage commun avant de le partager avec les autres pays européens. La CNSA a travaillé sur le sujet et a essayé de définir des mots clés tels que « évaluation », « compensation ». Dans le cadre de travaux actuellement menés avec des assureurs, la CNSA a aussi élaboré un glossaire commun avec ces métiers, qui utilisent d'autres termes que les métiers d'accompagnement des personnes. Si d'autres institutions ont élaboré un glossaire commun, n'aurait-on pas intérêt à faire un état des lieux avant de se lancer dans d'autres travaux ?

R. Moulias : chacun étant un peu différent, il faudrait en effet établir la base commune de ces vocabulaires. On aura besoin de l'avis de la CNSA, et également de la SFGG, de gérontologues et de sociologues.

G. Imbert : le séminaire sur les concepts aurait vocation à rassembler ces éléments.

## **DISPOSITIF NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE (cf.pdf)**

Geneviève Laroque, FNG

En guise d'introduction, G. Laroque rappelle que les dites "personnes âgées" peuvent être aussi bien maltraitées que maltraitantes, et qu'elles peuvent être aussi bien aidées qu'aidantes. La majorité des aidants familiaux des personnes âgées sont des personnes âgées elles-mêmes. Ce qui veut dire qu'on glisse très facilement de la situation d'aidant à celle d'aidé, de la situation de maltraité à celle de maltraitant.

Il a fallu une trentaine d'années entre la fin de la guerre et un début de prise de conscience des situations de maltraitance – les premières publications autour de ces situations datant aux alentours de 1975 – pour faire un saut de la maltraitance dramatique et généralisée de la guerre, à la focalisation sur les situations des personnes plus âgées.

Une nouvelle trentaine d'année pour passer de la prise de conscience à la mise en route officielle d'un dispositif national original qui associe pouvoirs publics et associations privées, services publics et services privés au sens français du terme.

Ces publications ont donné lieu à réflexion en pays nordiques. Le Professeur R. Hugonot a été chargé par le Conseil de l'Europe d'un rapport sur les violences intrafamiliales remis en 1987. Il a permis de développer des actions pour lutter contre ces violences, en matière de sanction et surtout de prévention.

Il a aussi mis sur pied les premières associations ALMA (Allô Maltraitance) consistant à monter un système d'appels téléphoniques de façon à ce que les gens signalent ou se plaignent de situations la maltraitance ou de violence. Ces appels étaient traités par des groupes pluridisciplinaires qui en appréciaient la qualité et pouvaient donner suite par l'intervention des pouvoirs publics compétents (police, Justice, Hôpital ...), soit par des interventions plus médiatiques.

Ce système repose sur le volontariat et le bénévolat, tant du côté des écoutants que du groupe technique.

R. Hugonot était méfiant à l'égard des pouvoirs publics qu'il craignait de voir eux-mêmes maltraitants. Les dispositifs des pouvoirs publics, censés être libérateurs et protecteurs, le sont quelques fois soit parce que l'application n'est pas bonne, soit parce qu'ils n'ont pas bien été calculés, aboutissant à des situations de maltraitance.

R. Hugonot avait l'ambition de couvrir le territoire national de dispositifs ALMA.

En Ile-de-France, dans le département de l'Essonne, une association ALMA a travaillé avec la DRASSIF en 2000 afin de monter un dispositif régional couvrant l'IDF. Le rapport d'étude de l'association AGE donne naissance à l'AFBAH (Association Francilienne pour la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées), chargée par la DRASSIF et les autorités sanitaires, sociales et médico-sociales d'IDF de monter un numéro régional pour les huit départements d'IDF.

Ces huit départements connaissaient des systèmes en matière de lutte contre la maltraitance différents à travers les quatre associations existantes et les quatre conseils

généraux qui avaient souhaité rester directement responsables de la lutte contre la maltraitance, en s'associant néanmoins au traitement des appels régionaux d'AFBAH.

Ce dispositif a attiré l'attention du Ministre chargé des personnes âgées en 2007 qui a souhaité créer un dispositif national plus « musclé », ce qui s'est traduit par la création du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées, et par celle de l'ANESM, chargée d'évaluer la qualité des prestations, des soins, de l'accompagnement dans les secteurs social et médico-social en développant des mesures de bientraitance. À côté de ces deux dispositifs nationaux, le Ministre a souhaité s'appuyer sur le réseau ALMA et sur l'AFBAH.

En 2008, le dispositif a pris sa forme définitive : AFBAH était chargée de la gestion du numéro national d'appel à 4 chiffres (3977), avec la même année le 3919, pour la maltraitance des femmes et le 119, pour la maltraitance des enfants.

Actuellement en France, les deux tiers des départements sont couverts soit par des antennes ALMA, soit par des antennes de plusieurs départements limitrophes, quelques associations indépendantes et certains départements qui ont continué à fonctionner en direct avec leur Conseil général.

L'unité de conception de la maltraitance des acteurs est basée sur les définitions de l'OMS et du Conseil de l'Europe.

Il existe une différence de cultures quant au mode opérationnel de fonctionnement (bénévolat ALMA vs professionnels rémunérés AFBAH, devenu HABEO).

L'outil de traitement des appels est un logiciel qui permet à l'écouter d'enregistrer l'appel et de suivre son devenir. L'entité qui traite l'appel alimente le logiciel de manière à permettre un suivi des opérations en produisant des statistiques locales et nationales, en garantissant la confidentialité des données personnelles et un accès habilité au logiciel.

Ce système « révolutionnaire » fonctionne depuis trois ans. Il assure une formation permanente des intervenants pour que le réseau garde son niveau de qualité. Il permet de vérifier, stimuler, animer les groupes techniques locaux de façon à assurer le traitement des appels dans des conditions convenables de délais et de qualité.

Qu'il s'agisse d'ALMA, des associations indépendantes, des services déconcentrés, de l'État qui participe également ou des services décentralisés des Conseils généraux, toutes ces parties prenantes ont pris en main et en responsabilité le développement d'une politique de bientraitance appuyée sur une politique de prévention et de sanctions des situations de maltraitance.

Cela suppose une sensibilisation du grand public souvent peu informé, une politique de formation des professionnels concernées, des initiatives pour personnes âgées en IDF qui a mis au point un système interne de lutte préparé, élaboré, négocié, mis en œuvre par le personnel de cette institution dans une démarche participative.

## **DISCUSSION**

R. Moulias : Il est important d'arriver à un certain degré d'homogénéité. On a besoin de référencer, rédiger, faire circuler les « bonnes pratiques » d'écoute, de conseil, de traitement d'analyse des situations, souvent complexes au domicile, et de suivi des situations. On a besoin d'une amélioration permanente de la qualité du service rendu, qui implique une collaboration entre HABEO et ALMA, mais aussi à l'intérieur des centres de proximité. Ce système est unique au monde, il permet de protéger la confidentialité des

victimes et des témoins, le plus souvent des professionnels, et d'avoir le plus d'appels possibles. Un numéro dédié reçoit plus d'appels qu'un numéro purement administratif. Ce système a été testé en Wallonie et quelques imitateurs en Italie.

G. Laroque : Certains souhaitent des horaires de fonctionnement élargis aux week-ends. Malgré les difficultés financières, l'Etat dépense actuellement plus d'1 M€ par an pour assurer la maintenance du système. On ne peut donc pour le moment demander davantage à la Direction Générale de la Cohésion Sociale. Cela veut aussi dire que l'on perd un grand nombre d'appels locaux et centraux. On n'a pas encore réussi à couvrir l'ensemble des appels, qui comporte des coûts, et il faut une véritable politique de prévention.

R. Moulias : une étude conduite en Irlande conclut que pour répondre à toutes les situations de maltraitance, il faut un professionnel senior pour 100.000 habitants. Compte tenu du coût que cela représentait, les Irlandais n'ont rien fait.

C. Maury : il serait nécessaire d'étendre les horaires d'appels de la plate-forme, puisque 30% d'entre eux, dont 25% le week-end, sont perdus. Mais les coûts sont élevés. On reçoit environ 130 appels par jour, 93 sur les horaires d'ouverture avec un taux de réponse de 70%, et depuis la création du dispositif, on a créé plus de 25.000 dossiers et environ l'équivalent de suivi. C'est une activité importante, dense, en notant une sous-représentativité du handicap qui tient au fait que la problématique de la maltraitance en lien avec le handicap en est à ses balbutiements.

Un participant : quels sont les moyens et les limites de vos interventions concernant des cas qui posent des problèmes importants ?

R. Moulias : les situations sont tellement différentes les unes des autres ! Les plus simples se situent à l'intérieur des établissements où on a en majorité des situations de négligence. Au domicile, les situations varient en complexité. La plus grande limite est lorsque le conflit se déroule au sein d'une famille, entre la victime et l'auteur, généralement l'aidant (conjoint ou enfant). Une dame accueille à l'âge adulte un fils fragile (= deux personnes vulnérables) et la vieille dame devient plus ou moins dépendante ; les rôles s'inversent, et là, on constate que dans cette situation de violence fréquente (observée aussi chez les Belges et les Italiens), la victime ne veut pas que l'auteur soit sanctionné et qu'elle en soit séparée. L'autre problème est la lenteur de la justice en cas d'escroquerie, de détournement de retraite.

A. Cluzel : on remarque l'absence de représentants de la police/gendarmerie, comme dans les séminaires d'autres pays de l'Europe.

Un participant : pour les réponses locales, on a les départements en lien avec le conseil général, peut-être que la représentation d'un Conseil général pourrait être complémentaire et utile.

C. Ollivet : il existe au Ministère de la Justice une délégation aux victimes.

## **ROLE DE LA CNSA DANS L'AMELIORATION DU BIEN-ETRE, LE RESPECT DE LA DIGNITE DES PERSONNES AGEES (cf. pdf)**

Dr Anne Kieffer, CNSA

On peut travailler sur les meilleurs outils, si on ne dispose pas d'une organisation qui permette aux gens de terrain de se les approprier, il ne sera pas possible de poursuivre ce travail. On demande à ces professionnels de changer de culture, la CNSA essaye d'avoir ce rôle-là. La CNSA finance, élabore des outils, les diffuse (ex. Mobiquil), aide à leur déploiement sur les territoires. Il faut cette organisation au niveau national. On peut discuter

de cette organisation qui n'est que nationale, sans relai local. Dans le projet WeDO, il faudra aborder le cadre de l'organisation.

Les missions de la CNSA sont précisées par deux lois (celles du 30 juin 2004 et du 11 février 2005, dans laquelle figure une définition du handicap commune à toute personne quel que soit son âge) qui ont fondé la CNSA : mieux accompagner le financement de la perte d'autonomie de toute personne en situation de besoin d'autonomie, garantir l'égalité de traitement des personnes concernées (= dignité), animer au niveau des acteurs de terrain.

Outre la tutelle de l'État, la CNSA intervient par convention de partenariat et financière auprès de nombreux acteurs, au niveau national ou non, pour améliorer la qualité de l'accompagnement.

L'état oriente les missions de la CNSA sur une durée de 3 ans par convention.

La CNSA a mis en place d'un observatoire du coût des aides techniques, en se focalisant sur les prothèses auditives et les fauteuils roulants, afin de contribuer à mieux informer l'utilisateur et les acteurs (médecins généralistes) qui prescrivent ces aides techniques.

A la CNSA, on considère toute personne en besoin d'autonomie quel que soit son âge. Il faudra, à un moment donné, travailler sur un accompagnement et des aides spécifiques, sur l'accessibilité au droit commun, qui est aussi une question de dignité, avant l'accessibilité aux services spécialisés.

On constate depuis 6 ans l'essor et une meilleure structuration du champ de la recherche concernant la perte d'autonomie ; la CNSA, avec ses crédits, est un levier.

Le rôle d'agence de la CNSA s'exerce auprès de tous les acteurs de terrain, des associations locales, gestionnaires d'établissements, et auprès des partenaires institutionnels (tels que les Conseils Généraux, avec lesquels la CNSA a une convention de qualité des services). Elle outille les Agences Régionales de Santé par rapport à la mise en œuvre des schémas et des appels à projets.

La CNSA n'a pas de positionnement hiérarchique ni de rôle de contrôle vis-à-vis de ses partenaires. Elle encourage une culture de participation de l'utilisateur comme la mesure de la qualité de l'intervention des MDPH, l'élaboration d'un questionnaire de satisfaction qui est une vraie révolution et une pratique entrée dans les mentalités. Grâce à cet outil, on peut repérer les progrès à faire.

## **DISCUSSION**

G. Imbert : En France, il existe des outils mais on constate une faiblesse de la culture évaluative.

G. Laroque précise que du point de vue institutionnel, la FNG ne fait plus partie du Conseil Scientifique de la CNSA.

A. Kieffer note l'amélioration de l'évaluation des politiques publiques, le Plan Alzheimer en étant un modèle.

M.D. Lussier : on peut regretter la préparation d'une loi sur la « dépendance » et non pas sur le « 5<sup>ème</sup> risque ». Il faut réfléchir, dans la partie conceptuelle, sur la différence entre « égalité » d'un traitement et « équité » qui amène à considérer la « singularité » des personnes. Ce qui revient à réfléchir sur la notion d'environnement en santé et sur la norme.

C. Ollivet : l'évaluation du Plan Alzheimer se déroule tous les mois dans la progression du plan ; on manque de culture de l'évaluation, notamment celle s'appuyant sur la personne.

Tout comme les « malades captifs » de l'article de R. Moulias, on peut parler aussi des « usagers captifs », notamment dans les enquêtes d'évaluation des MDPH où la personne qui remplit est captive parce qu'elle vient demander de l'aide, ou à travers la manière dont sont « vendus » les questionnaires d'évaluation quand on sort de l'hôpital. Il existe une différence entre services sur le retour des questionnaires, dérisoire dans certains services, très important dans d'autres. Cette différence de résultats provient de la manière de poser les questions : comment la personne qui remplit le questionnaire va lire et comprendre les questions, va être libre d'y répondre ? Or l'évaluation est ce qui permet de mettre en œuvre des procédures de prévention et d'analyser des causes des difficultés. En tant que représentante d'usagers dans nombre d'organismes, la lecture de certains questionnaires d'évaluation proposés fait grincer les dents.

A. Kieffer : les questionnaires de satisfaction des usagers de la MDPH, élaborés avec des représentants usagers, peut être rempli avec l'aide d'une association représentative des personnes. Concernant l'évaluation des situations individuelles des personnes, l'utilisateur captif, les personnes âgées ne sont pas encore assez associées à cette démarche d'évaluation de leurs propres situations, de leurs besoins, des services proposés, des préconisations du plan d'aide et de compensation. Dans le secteur du handicap, les usagers sont très actifs et proposent des auto-évaluations des besoins. Il y a là quelque chose à explorer dans le champ du grand âge, pas de préparation des personnes âgées à la démarche d'évaluation de sa propre situation, de ses souhaits, de ses besoins et de ses envies.

Un participant souligne qu'en matière d'évaluation, des progrès restent à faire mais aussi des choses se font : il faut valoriser ce qui se fait pour avancer et faire savoir ce qui se fait. Dans les plans de santé publique, le suivi et l'évaluation sont prévus par le Haut Conseil en Santé Publique. Il est fondamental de prendre soin des personnes ; de la même façon, il faut avoir l'avis éclairé des personnes, qu'elles construisent aussi l'évaluation.

D. Bensadon : dans le contexte de la loi en préparation, labellisée « dépendance » plutôt que « 5<sup>ème</sup> risque », et concernant la vision assurantielle, il est nécessaire de réfléchir sur la principale crainte des personnes âgées dans les débats en région : celle de perdre leur maison pour payer la maison de retraite. En Irlande par exemple, la construction assurantielle est différente : le dispositif appelé *stop loss* permet la prise en charge à 100% au-delà d'un seuil, en limitant la perte à 35.000€ selon les situations. Au sujet de l'évaluation, des différences entre niveaux de connaissances et degrés d'appropriation de ces connaissances par les usagers et professionnels, on peut s'interroger sur le devenir des travaux de recherches financés par la CNSA : quelle est la méthode de capitalisation de ces travaux ?

A. Kieffer : la CNSA arrive à un moment clé où les études et travaux de recherche menés depuis son lancement arrivent à leur terme. Il subsiste des difficultés à communiquer et faire passer dans les pratiques professionnelles les enseignements qui ressortent de ces études. Les publications dans les revues scientifiques pour diffuser l'ensemble de cette information manquent.

C. Loison : des expériences en France ont réussi. On va gagner économiquement sur la prévention. Il s'agit de créer des conditions pour que les personnes âgées bénéficient d'une offre diversifiée sur le terrain pour leur permettre de maintenir leur autonomie. Avec la loi, il existe une politique de l'accessibilité, mais pas de politique forte de l'habitat, de l'accompagnement de personnes âgées. Ce sont les opérateurs sur le terrain qui s'adaptent aux dispositifs nationaux ; les choses bougent mais on a l'impression de toujours rester sur le départ ; on n'a pas de politique de fond ; le débat aujourd'hui du 5<sup>ème</sup> risque consiste à dire :

« il y a un obstacle financier ». Celui-ci demeurera tant que l'on reste dans le même cadre. Il n'existe pas d'alternative entre domicile et établissement, tel que le logement-foyer conçu pour recevoir des personnes dépendantes, une majorité de personnes « valides » et 30 places d'EHPAD. On ne dispose pas du recueil d'expériences réussies d'habitat intergénérationnel et qui n'ont jamais été reprises.

A. Kieffer : la CNSA travaille sur le sujet de la coordination des acteurs, les échanges de bonnes pratiques, les meilleures connaissances de ce qui se fait. Le paysage français actuel est très riche mais il est fragmenté. On relève très peu de coopération entre acteurs, même à un niveau de proximité très fin. La CNSA travaille également sur des dispositifs d'intégration des services pour éviter redondances et blancs sur le territoire, afin de parvenir à une réelle coopération entre les acteurs.

#### *PAUSE DEJEUNER*

### **CONTRIBUTION DE LA FEDERATION INTERNATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PERSONNES AGEES**

Dr Alain Koskas (FIAPA)

La FIAPA est une fédération d'utilité publique née en 1980, avec 4 départements : un département Europe élargi à l'Euro-Maghreb, un département Asie, un département Afrique sub-saharienne et un département Amérique Latine. Ces 4 départements constituent un vivier d'observations et de comparaisons. Les derniers travaux menés par la FIAPA portent sur la lutte contre les maltraitances financières à l'égard des personnes âgées. Le médiateur de la République a fait ses propositions de réformes suivant les résultats des travaux que la FIAPA lui a soumis, et des propositions de décret d'application pour améliorer une loi qui, en l'état actuel, paraît difficilement applicable, mais certainement améliorable (loi 2007 applicable en 2009). Cette étude a montré le vide sidéral de tout observatoire des maltraitances financières. Habeo et Alma mises à part, la Chancellerie, le Ministère de l'intérieur, la Direction du sceau, ou encore l'Inavem n'ont pu fournir le moindre chiffre concernant ces maltraitances financières. Les milieux bien informés ont également indiqué qu'on ne pratique plus les enquêtes de victimation après 75 ans.

La FIAPA poursuit son travail au sein du Conseil de l'Europe, dans le cadre de la Commission des Droits de l'homme, comité inter-OING où Alain Koskas siège en animant une structure mixte de 5 associations OING du Conseil de l'Europe et de 5 associations membres de la FIAPA pour prolonger le travail sur la maltraitance financière et aller vers une harmonisation des législations européennes de protection. Il reste un grand travail à faire dans le champ des prédateurs professionnels organisés identifiés, dont on pense qu'ils représentent dans les années à venir une forme de délinquance importante compte tenu des réseaux qui se montent actuellement devant nos yeux.

Le second axe de travail de la FIAPA est l'accès au droit pour les migrants vieillissants. Dans le cadre d'un café social à Paris, la FIAPA accompagne des personnes âgées issues de l'immigration.

Le troisième projet porté par la FIAPA est « Urgences gérontologiques internationales » qui visent à accompagner les personnes âgées lors de catastrophes majeures (pandémies, problèmes climatiques) auxquelles elles se trouvent les plus exposées. La FIAPA s'est appuyée pour cela sur la cellule dédiée aux catastrophes et aux urgences du pôle santé de la Médiature de la République.

Avec l'association « La vie devant nous », la FIAPA envisage de construire un « département acteur », à vocation nationale et internationale, centré sur la formation des associations locales de seniors à la gestion de situation de crises.

Revenant sur le rapport de la Médiature, il est nécessaire d'avoir une lecture critique de ce qu'on peut proposer et de ce qui est proposé : lorsqu'une famille aide une personne âgée, où placer le curseur en termes « d'achat d'affection » ou en termes de prédation ? Quant à la protection d'un aîné en qualité de consommateur : où placer le curseur pour le laisser en état de citoyenneté, même si le délai de rétractation après un achat est court, faut-il mettre en avant une présomption d'affaiblissement pour allonger le délai ? Il faut confronter à chaque fois les propositions à ce qu'elles risquent d'induire afin d'adopter des mots précis, les plus proches de ceux que l'on voulait dire.

## DISCUSSION

M. Riquier : les deux aspects traités dans la maltraitance financière sont pour l'un institutionnel à travers la discrimination par l'âge dans les différents accès aux formes de crédit et pour l'autre, la voyoucratie. Dans des établissements bancaires de notoriété, on observe une forme de maltraitance financière relevant de l'abus de confiance dans le placement de produits financiers (ex. une personne âgée de plus de 75 ans se voit proposer une SCPI d'une durée supérieure à 12 ans). On doit conseiller ces établissements financiers sur les gammes de produits à recommander en fonction du cycle de vie. Dans le cadre de l'autonomie, on a le souci de maintenir au domicile les personnes alors que l'accès au crédit pour des aménagements conformes à leurs besoins est impossible parce qu'elles sont trop âgées. Quand l'établissement financier veut prêter, l'assurance n'est pas d'accord, ou à des taux très élevés.

Concernant la dignité : à 70 ans en France, vous pouvez conduire ; en Italie, louer une voiture au même âge est impossible. C'est une dimension hétérogène en Europe. Les maltraitements financiers sont multifformes (institutionnelle/voyoucratie). Ces deux aspects s'imposent dans le vieillissement des personnes.

G. Imbert : Dans un contexte de pluralité de dispositifs et de dynamique concurrentielle, comment envisagez-vous votre contribution dans la perspective des objectifs à atteindre de la plate-forme AGE ?

A. Koskas : on trouvera l'étude dans son intégralité sur le site du Médiateur de la République avec des réponses aux questions posées. La FIAPA est à l'origine de AGE, les rapports avec AGE sont restés très étroits. Compte tenu de la dimension d'AGE aujourd'hui, se pose la question du lien et du type de rapport à établir entre la FIAPA et AGE. L'autre élément concerne le fait que la FIAPA est une fédération internationale d'associations de personnes âgées, et non pas un regroupement de professionnels. Ce qui signifie que la FIAPA ne rencontre pas les clivages qui existent habituellement au niveau concurrentiel entre agences ou entre professionnels. À partir du moment où nous demandons aux professionnels du secteur de nous aider, nous ne rencontrons pas par rapport aux mouvements caritatifs et aux professionnels de terrain de restrictions pour envisager ces formations locales spécialisées en gérontologie et en gériatrie, et en urgences gériatriques et gérontologiques. Au contraire, l'impression est que, pour beaucoup, il était temps d'agir. Des témoignages sur les survivants de tsunamis, sur leur sort des années après dans l'errance, le non soin nous poussent à accentuer cet effort pour construire ce département FIAPA.

## **BIEN ETRE ET DIGNITE DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT D'ACCUEIL ET A DOMICILE (cf. pdf)**

Angela Cluzel (EDE)

EDE est l'association des directeurs ou gestionnaires de services européens créée en 1989 à Luxembourg dont le siège social est à Berlin. Pour la France, les associations nationales de directeurs sont l'AD-PA et la FNADEPA. EDE joue un rôle d'expertise au niveau européen dans le domaine de la prise en charge des personnes en institution. La méthodologie d'EDE repose sur une « revue par les pairs », un exercice de méthode ouverte de coordination organisée par la Commission européenne. Elle consiste à analyser et critiquer la qualité de vie en établissement pour personnes âgées du pays hôte par les autres pays invités (ex. cité : Allemagne). EDE pose deux constats : l'assistance et les soins aux personnes âgées deviennent une thématique européenne malgré la règle de subsidiarité en vigueur ; des plaintes concernant la qualité ressentie en établissement a obligé la Commission à se mobiliser sur le sujet. Les outils élaborés pour le contrôle de la qualité par EDE est E-Qalin. EDE encourage ses membres à un changement de culture nécessaire, une participation active des collaborateurs pour intégrer cet état d'esprit de la qualité en établissement.

Pascal Champvert (AD-PA)

Contribuer au bien-être et à la dignité des personnes âgées nécessite de mener une réflexion, à l'échelle des pays occidentaux, sur le problème de la relation au temps des plus âgés et le reste de la société : dans un contexte d'efficience, peut-on prendre le temps avec les plus vieux, accepter de ralentir pour s'adapter à leur rythme ? De combien de temps un aidant, professionnel ou informel, dispose-t-il pour accompagner, aider une personne fragilisée, lente ? Imposer d'aller toujours plus vite est source de maltraitances. Finalement, pense-t-on que les personnes âgées ont des choses à apporter à la société ou non ?

### **DISCUSSION**

G. Laroque : que peuvent apporter un vieux très abimé ou un enfant polyhandicapé ? Ils ne peuvent pas dire ce qu'ils apportent. On dirait qu'ils n'apportent rien, sinon l'exigence pour une société d'être civilisée. Et la valeur d'une civilisation se mesure à ce qu'elle fait pour ceux qui ne servent à rien.

P. Champvert : c'est un devoir politique de donner aux plus fragiles, mais la dignité, c'est que « quand je donne, je me préoccupe du contre-don, je laisse à l'autre la possibilité d'exister ». C'est pourquoi la vieille dame Alzheimer ou le vieux monsieur hémiparétique ont encore à donner, ils donnent simplement parce qu'ils existent.

A. Koskas : les principaux points qui ressortent de l'enquête menée par le réseau Géront'aide auprès des directeurs du réseau sont le *turn-over* des personnels dans les structures et leur peur devant les vieux. D'où ces questions sans réponse depuis : ne faut-il pas complètement repenser les critères de formation et de recrutement tant des personnels que du management ? N'a-t-on pas besoin de personnels capables d'écouter et d'agir dans une complexité évolutive ?

A. Cluzel : le *turn-over* est l'un des critères de l'outil de qualité du management de E-Qalin. Fidéliser le personnel dans l'établissement fait partie intégrante du processus pour la qualité.

P. Champvert : la relation entre les personnes âgées fragilisées avec le reste de la société est dysfonctionnante, et la peur en est l'origine. Le fond de la problématique relative à la maltraitance est bien celui-ci : considère-t-on qu'une vieille dame Alzheimer fait partie de la communauté des humains ? Laisser le libre choix du lieu de vie, c'est affirmer que la personne fait encore partie de la communauté humaine. Lorsqu'on ne lui laisse plus le choix, c'est qu'on ne la reconnaît plus, par peur, en tant que semblable.

### **PROGRAMME NATIONAL MOBQUAL PORTE PAR LA SFGG (cf. pdf)**

Geneviève Ruault et Sébastien Doutreligne (SFGG) présentent le cadre de mise en œuvre, le contenu thématique et la diffusion de l'outil Mobiquel « Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD, établissements de santé et à domicile au bénéfice des personnes âgées et handicapées », élaboré en vue d'améliorer la qualité du soin et du prendre soin chez les professionnels.

Pour se procurer l'outil : [mobiquel@sfgg.org](mailto:mobiquel@sfgg.org)

### **DISCUSSION**

G. Imbert relève l'intérêt de l'outil Mobiquel comme pratique réflexive et comme stratégie de management.

A. Koskas s'interroge sur la possibilité de mener une réflexion sur des outils sophistiqués qui s'adaptent dans le temps. Comment adapter nos propres pratiques de formation et de recrutement des personnels ? Quels personnels pour produire ces réflexions ?

G. Ruault relève que les qualités intrinsèques pour exercer le métier de soignant sont importantes. Mais il est aussi nécessaire d'intégrer, dans les cursus de formation des infirmiers et des cadres, un stage obligatoire dans les services de gériatrie. Cela permettrait une approche différente des personnes, et d'éviter notamment la survenue de la dépendance en établissement.

Un participant rappelle que les infirmières et les aides-soignantes passent environ un mois dans un service de gériatrie au cours de leur formation. Il faudrait donc que ces personnels, une fois diplômés, exercent pour une durée qui reste à définir dans un service de gériatrie.

G. Imbert suggère de planifier un séminaire consacré à la formation des professionnels et des aidants.

Un participant considère qu'il s'agit d'un excellent outil qui permet de faire levier sur les pratiques. En l'absence de temps et de recul compte tenu de la charge de travail quotidienne, il est très utile de disposer de ce type d'outil. L'autre intérêt est qu'il favorise le travail en équipe quelle que soient les différences de cultures des professionnels. La conception même de l'outil permet d'entretenir une dynamique en raison des évaluations régulières et de l'engagement dans la durée.

### **GUIDE DE REPRERAGE DE LA SITUATION D'UN AIDANT NON PROFESSIONNEL (cf. pdf)**

Elodie Jung (Association Française des Aidants)

Ce guide promeut une vision globale et transversale de la situation de l'aidant afin de lui proposer des réponses adaptées à ses besoins et ses attentes. L'Association française des aidants soutient également l'implantation de 15 Cafés des aidants sur le territoire national, ainsi que la création d'un centre de formation à destination non seulement des aidants mais aussi des équipes d'évaluation APA et PCH, afin de prendre en compte les aidants dans l'évaluation des situations, et de former les intervenants professionnels à la gestion des relations parfois conflictuelles entre aidants, aidés et professionnels.

## **DISCUSSION**

G. Ruault : comment repérer les aidants qui ont le plus besoin d'aide ?

E. Jung : un aidant ne s'identifie presque jamais lui-même comme aidant. Un travail de communication sur le sujet reste à réaliser. D'où l'idée de ce Guide et du Café des aidants comme éventail de réponses qu'il est possible de proposer localement.

M.F. Fuchs : L'Association française des aidants s'occupe-t-elle d'aidants qui, avec l'avancée en âge, tendent à devenir eux-mêmes « dépendants » et/ou sont atteints de pathologies ?

E. Jung : l'Association ne dispose actuellement pas des moyens humains et matériels pour un accompagnement spécifique des personnes. De ce fait, l'association a une mission d'orientation, à travers son site internet, vers des associations spécialisées (ex. Ligue contre le Cancer, France Alzheimer ...).

G. Imbert : on connaît les difficultés que les aidants rencontrent pour accéder à des dispositifs d'aide, ce qui est complètement éloigné de l'idée de bienveillance des personnes. L'Association française des aidants a-t-elle le pouvoir de faire remonter l'information pour que des mesures concrètes soient prises ?

E. Jung : l'Association est loin de couvrir l'ensemble du territoire. Il existe de nombreux dispositifs pour les aidants, mais ils ne sont pas connus. L'autre problème est la coordination et le repérage des aidants. L'Association française des aidants participe aux groupes de travail dans le cadre du débat sur la dépendance et, à ce titre, elle sensibilise à la question des aidants, à leur prise en compte dans les CLIC, par exemple.

R. Moulias : l'acceptation de l'aide professionnelle ou le fait d'avoir à fournir une aide sont-ils plus difficiles lorsque l'aidant naturel est un homme, mari ou fils, qui aide une femme, que lorsque c'est une femme qui s'occupe d'un homme ?

E. Jung : c'est l'inverse qui se produit. Un homme aura plus tendance à demander les services d'une aide professionnelle que la femme, qui est assignée aux soins du corps et qui a tendance à refuser qu'on empiète sur son territoire.

P. Champvert souligne que le problème en France n'est pas tant le manque d'associations d'aide que le morcellement et la redondance de petits réseaux d'aide qui fonctionnent plus ou moins bien selon les territoires.

E. Jung indique que l'Association française des aidants projette de travailler en partenariat avec toutes les structures spécialisées impliquées dans l'aide aux aidants (LCC, France

Alzheimer, etc.). La finalité est que le site internet de l'Association devienne une porte d'entrée à l'ensemble des dispositifs d'aide aux aidants existant en France.

## SYNTHÈSE ET CLÔTURE DU SÉMINAIRE

Jean-Michel Hôte (FNG), Kristine Stempien (UNCCAS)

A partir des questions posées pendant le séminaire, J. M. Hôte revient sur les difficultés de l'exercice demandé aux partenaires du projet WeDO France.

Le choix de traduire dans la Charte *Long Term Care* par « soin de longue durée » et non dans le sens large d'accompagnement reflète les compétences de l'UE dans le domaine de la Santé Publique. Par ailleurs, l'Europe est un compromis permanent. Au sein de AGE, la CDL s'est efforcée de sortir définitivement de l'ambiguïté du mot dépendance. Dans la version française de la Charte, il est indiqué que la « dépendance » est une situation dans laquelle on peut se retrouver quel que soit son âge et que ce mot ne peut expliquer les questions d'aujourd'hui.

La difficulté réside dans la diversité des publics visés dans le projet WeDO - professionnels, clients et prestataires de service, représentants des personnes âgées, des aidants, etc. – qui ont tous leur mot à dire. Aussi, l'un des objectifs du projet sera de valoriser les expériences françaises et de montrer comment elles sont transférables aux autres pays européens.

Outre le travail de définition de « bientraitance », de « bien-être » et de « dignité » qui prend en compte les différents contextes nationaux, les partenaires auront à réfléchir sur la qualité des prestations et les normes pour permettre aux pays les moins avancés d'Europe de rattraper leur retard.

Kristine Stempien, en tant que chargée de mission Europe, constate qu'en dépit de la multiplicité des acteurs et des initiatives présentés au cours de ce séminaire, des approches et des intérêts différents, tous tendent vers le même but : promouvoir le bien-être et la dignité des personnes âgées et des personnes handicapées. Le but du projet WeDO est de travailler avec l'ensemble des partenaires sur le long terme afin d'adopter des principes communs, de les présenter au niveau européen avec les douze autres pays engagés dans le projet et d'aboutir à la création d'un cadre européen pour la qualité des soins et d'assistance pour les personnes âgées et handicapées. Il s'agit également de mettre en œuvre un partenariat européen pour les recommandations. Une proposition dont on peut discuter est de tenir informés les partenaires de l'avancée du projet au niveau européen et des autres pays impliqués pour enrichir nos propres pratiques. Pour finir, Kristine Stempien rappelle les prochaines dates de séminaires WeDO :

- 22 juin 2011 : première conférence européenne à Utrecht où seront discutés les travaux de ce séminaire
- 5 septembre 2011<sup>2</sup> : « Les normes sont-elles solubles dans la pratique ? »
- Février 2012 : deux thèmes possibles : les concepts ou la formation des professionnels/aidants

La proposition d'organiser un séminaire décentralisé est en cours de discussion.

---

<sup>2</sup> Cette date a bien été modifiée puisque ce séminaire aura lieu le mercredi 26 octobre au siège de l'UNCCAS (Paris 20<sup>ème</sup>).