



Espace
de réflexion
éthique
Occitanie

Petit guide à l'usage
des professionnels du soin
Les aidants à domicile.
**Pour une éthique
de la reconnaissance
du proche aidant**

1. Introduction	3
2. Données chiffrées	4
3. Souffrances des aidants	5
4. Évolution du concept, du statut et des droits des aidants	6
5. Expérience de professionnels des soins à domicile	7
6. Cadre actuel et perspectives	11
7. Réflexion éthique	13
8. Conclusion	13



Petit guide à l'usage
des professionnels du soin

**Les aidants à domicile. Pour
une éthique de la reconnaissance
du proche aidant**

Nos remerciements vont aux membres
du groupe de travail de l'ERE Occitanie
coordonné par Marie-Claude Daydé
(infirmière libérale) : Jenny Masson et
Sonia Sourzac (assistantes de service
social), Isabelle Metge et Marie-Laure
Tourenq (psychologues cliniciennes),
Serge Bismuth (médecin généraliste) ,
dont les réflexions ont nourri et inspiré
ce petit guide.

Rédaction : Catherine Dupré-Goudable,
Jacques Lagarrigue.

1. Introduction

Aider un proche malade ou handicapé est une tradition humaine, un acte « naturel » au sein d'une famille, d'une communauté.

La reconnaissance des proches aidants est devenue plus récemment une question sociétale face à une demande croissante dans un contexte social exposé au vieillissement de la population et à l'incidence accrue des maladies chroniques et des polyhandicaps alors que les liens familiaux ou de voisinage se sont modifiés. Cette situation remet en question les réponses traditionnelles à domicile ou en institution.

Les professionnels de l'aide et du soin, qui côtoient les aidants au quotidien, s'interrogent. Comment faire preuve de bienveillance à leur égard ? Comment les aider et les accompagner ? Comment reconnaître leurs savoirs, voire leurs compétences tout en reconnaissant aussi leurs limites ? Comment prendre en compte leur histoire et le lien singulier qui les lie à la personne malade ? Comment accompagner cette relation ? Comment repérer leurs signes d'épuisement et prévenir la maltraitance ? Face à cette situation, quelles sont les obligations des professionnels ?

Ce guide propose des éléments de réponses.

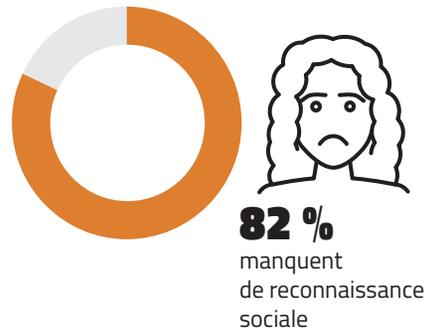
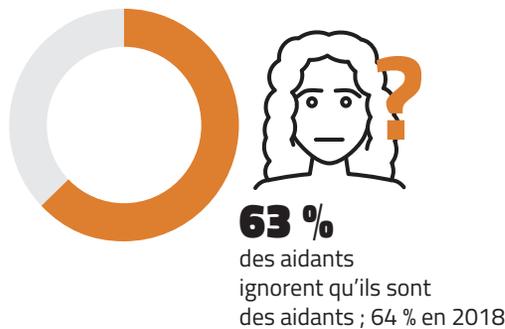
Il bénéficie du travail réalisé au sein de l'ERE Occitanie par le groupe de travail « enjeux éthiques à domicile ».

2. Données chiffrées

D'après la DREES et le rapport CNSA en 2011 il y avait 8,3 millions d'aidants en France, dont 57 % de femmes. 47 % d'entre eux étaient âgés de 50 à 74 ans et 34 % avaient plus de 60 ans.

Toutes les catégories socio-professionnelles étaient représentées et 4 millions d'aidants étaient salariés.

En 2017 le baromètre APRIL et l'institut BVA ont relevé près de 11 millions d'aidants assurant diverses activités – soutien moral (66 %), surveillance (50 %) et aide (44 %) – et mettant en avant le manque de reconnaissance (82 %) et leurs difficultés y compris pour leur santé.



Top 5 des besoins exprimés (2017)



59 %
Coordination entre tous les acteurs



57 %
Aide financière et matérielle



53 %
Plus d'Ehpad et de maisons de retraite



52 %
Maintien à domicile facilité



48 %
Soutien psychologique

Principaux problèmes de santé (2018)



38 %
Stress



32 %
Sommeil perturbé



30 %
douleurs physiques



31 %
des aidants ont tendance à délaissé leur santé



25 %
déclarent avoir été obligés de reporter des soins les concernant

Sources : Baromètres des aidants, 2017 et 2018 ; Fondation APRIL/BVA

Les aidants de moins de 20 ans

Il paraît essentiel d'attirer le regard de la société sur la place des jeunes aidants de 8 à 20 ans auprès de leur fratrie, d'un parent ou grand-parent malade et/ou handicapé. Il y en aurait un par classe en France, soit environ 500 000 jeunes.

Dans 20 % des cas ils interviennent seuls et n'ont pas fait de demandes d'aides.

Leur aide régulière peut porter sur les soins, l'accompagnement dans les trajets, les démarches administratives, les activités domestiques, la vigilance permanente, le soutien psychologique.

On comprend l'incidence de ces activités sur leur vie scolaire ou professionnelle et le stress et la fatigue qui en découlent

L'association JADE (Jeunes Aidants Ensemble) Occitanie propose un accompagnement à ces jeunes à travers 3 axes : le repérage des jeunes aidants dans notre région, des séjours de cinéma-répit et des actions de sensibilisation sur la thématique des jeunes aidants.

3. Souffrances des aidants

Une étude de l'association de la Maison des aidants en 2016 avait recueilli les plaintes de 1 000 répondants :

- 62 % apportent une aide constante et permanente
- 66 % jugent incompatible la poursuite de leurs activités de loisirs
- 75 % notent un impact sur leur santé
- 80 % ressentent du stress
- 30 % prennent des traitements contre l'anxiété

- 9 % affirment que leur rôle nécessite d'apprendre des savoirs nouveaux
- 97 % pensent que les aidants familiaux devraient être représentés auprès des pouvoirs publics.

La mobilisation associative très active et de nombreux articles de presse ont fait écho aux souffrances ressenties par les aidants et exprimées lors de la Journée nationale des aidants du 6 octobre 2018.

4. Évolution du concept, du statut et des droits des aidants

La dénomination et le concept d'« aidant » ont évolué par étapes au cours des années.

Au terme d'aidant, la « tradition française » basée sur le bénévolat a succédé l'expression d'« aidant naturel » fondée sur la notion d'« obligé alimentaire ».

Dans la loi du 11 février 2005, sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, est apparu l'« aidant familial ».

La loi du 28 décembre 2015, sur l'adaptation de la société au vieillissement a introduit le « proche aidant ».

Selon la durée de l'engagement, on peut considérer qu'il existe deux types d'aidants :

- la personne qui doit s'occuper d'un enfant handicapé dès sa naissance ou dès la survenue d'une maladie, s'investit pour une période longue qui peut durer jusqu'à l'âge adulte (acquisition d'une certaine autonomie, ou accueil dans un établissement spécialisé) voire jusqu'à la fin de la vie du proche aidé...
- la personne qui aide un proche gravement malade, en perte d'autonomie, ou en fin de vie s'investit sur une période qui peut être de moyenne à courte durée, évaluée à quelques années.

Comment définir le proche aidant ?

Les textes sont fragmentaires, et/ou trop ciblés, dispersés et conditionnent des droits différents :

- d'après la loi du 28 décembre 2015 : « est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu son pacte civil de solidarité, ou son concubin, un parent ou allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits

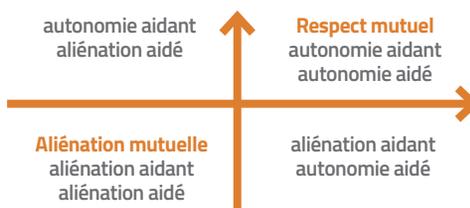
et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

- d'après la CNSA : « ... personne qui vient en aide à titre non professionnel, de manière totale ou partielle, à une personne dépendante pour ses activités quotidiennes. Cette aide peut-être permanente ou non et prendre plusieurs formes. »

Concept d'« aidant informel »

Les travaux d'A. Grand et coll. depuis 1993 et 1999, ont affiné le concept « d'aidant informel de la personne âgée » formalisé en 2018 (A. Grand « *Le vieillir à l'épreuve des dynamiques familiales* » Gérontologie et société n° 155 vol. 40/2018).

Selon l'équilibre établi par le contrat tacite du binôme aidant-aidé, les acteurs pourront plus ou moins affirmer leur autonomie relationnelle. Quatre types de relations sont ainsi définis :



Il est évident que les relations entre les acteurs sont plus complexes, influencées aussi par les autres proches de la personne aidée, les professionnels intervenant au domicile et plus largement la société dans son ensemble à travers les instances et institutions concernées.

5. Expérience de professionnels des soins à domicile

Nous rapportons ici les réflexions soulignées par les professionnels du groupe de travail « Enjeux éthiques à domicile ».

- « La personne « aidante », prend cette place sans réellement savoir ce qu'elle accepte et sans connaître par avance ce qui lui sera demandé. Insidieusement, l'aidant se voit attribuer un rôle et des fonctions qui parfois le dépassent. Il peut y être contraint lorsque les politiques de santé, en limitant les durées de séjours hospitaliers imposent des retours à domicile prématurés et/ou peu préparés tant pour les patients que pour les aidants ».
 - « La spécificité de son action doit être reconnue et son savoir valorisé. Le proche aidant est inscrit dans une histoire de vie et relationnelle avec la personne aidée, qu'il convient de ne pas enfermer dans le seul statut d'aidant. Le proche aidant détient un savoir qui en fait un partenaire de l'équipe de soins, médecins, infirmières, aides-soignantes... Celle-ci doit se demander comment intégrer les savoirs de chacun, mais aussi ses limites. Que souhaite ou non faire l'aidant ? Que peut-il faire ? Son engagement est-il autodéterminé ? Quel sens y donne-t-il ? L'évaluation des professionnels doit être respectueuse du choix de l'aidant ».
 - « Il est important que les professionnels restent attentifs à la charge des aidants. De manière générale, les dysfonctionnements du système de santé ne doivent pas être à la charge des aidants. Les équipes de soins ont à déployer un principe de prudence quant à la capacité physique et psychique des proches aidants à effectuer tel ou tel geste d'aide ou de soin auprès du malade, en particulier lorsque ces gestes s'inscrivent dans un partage d'intimité non préexistant à la maladie ou la situation de handicap. La multiplicité des rôles des aidants, parent, aidant, soutien moral, intendant et souvent soignant, peut conduire à l'épuisement.
- Il est donc important de poser avec les proches des limites du côté des soins, en fonction de la singularité de chaque situation. Des paroles qui se veulent bienveillantes « prenez-soin de vous » peuvent être perçues comme des conseils pouvant devenir culpabilisants lorsque l'aidant n'y parvient pas faute de temps, d'énergie... ».*
- « Le domicile, lieu de l'intime ou des habitudes personnelles, devient le lieu des soins dans lequel les exigences et les critères professionnels vont interférer avec ce qui était le mode de vie des personnes soignées. Le professionnel doit rester prudent vis à vis de ce qu'il voit et de ce qui lui est donné à voir d'une situation familiale, du regard qu'il va y porter, mais également de ce qu'il peut saisir de l'interprétation qui est faite de son regard. Attention à ne pas être perçu comme intrusif, voire voyeur d'une situation fragilisée par le contexte de la maladie ou du handicap.
 - Le professionnel doit savoir qu'il peut être instrumentalisé sans en avoir conscience, être utilisé comme tiers dans la relation entre la personne aidante et son proche, et par conséquent jouer un rôle à son insu. Il doit veiller à garder le regard le plus clairvoyant, en privilégiant les critères professionnels qui lui sont utiles pour son action ».
 - « Les professionnels doivent aussi être attentifs au risque d'épuisement auquel sont exposés les proches aidants ».

De l'épuisement de l'aidant...

L'aidant est exposé à de multiples sources de stress : temps dédié à la prise en charge, isolement et perte du lien social, aides multiples à apporter au quotidien, altération cognitive, troubles du comportement auxquels il faut faire face, souffrance morale liée au sentiment d'être « prisonnier », d'être dépassé ou de perte de la relation antérieure avec la personne aidée...

Selon la personnalité des aidants, leur sensibilité au stress, leurs croyances, leur histoire personnelle, leur environnement social, leur niveau d'informations, leurs expériences, ils sont susceptibles d'être exposés à un phénomène d'épuisement psychique.

Deux points apparaissent essentiels dans les études sociologiques menées sur le sujet : la non reconnaissance de l'aide par la personne aidée et l'arbitrage douloureux avec l'entourage propre de l'aidant. Il s'agit des deux sources les plus significatives d'épuisement psychique pour l'aidant.

J. Gaucher¹ définit cet épuisement de l'aidant comme « une expérience psychique négative, vécue par l'aidant, liée au stress émotionnel et chronique, causée par son engagement et ses efforts dans le rôle d'aidant d'une personne dépendante ».

La prévention de son épuisement par le repérage des signes d'alerte fait partie du rôle des soignants. La fatigue et les plaintes de l'aidant quant à son sommeil, une rupture progressive des liens avec l'entourage, une tristesse, une perte d'envie ou de l'irritabilité sont autant de signes qui doivent attirer l'attention du professionnel.

Pour autant, l'acceptation de l'aide apportée par des professionnels est complexe. Elle peut être entravée chez l'aidant par un sentiment de culpabilité, une peur d'être jugé incapable d'assumer son rôle, une difficulté à admettre la possibilité d'être « remplaçable » ou encore une intrusion dans son intimité par les professionnels.

Enfin, le manque d'information mais également le coût engendré par la mise en œuvre d'aides à domicile peut représenter un obstacle. La difficulté d'accepter l'impact financier est constatée dans tous les milieux sociaux, aisés ou défavorisés, comme si le

1. J. Gaucher, G. Ribes, « L'aide aux aidants, une nécessaire question éthique », *Chronique sociale*, février 2010.

fait de devoir payer pour des aides dans un contexte contraint par la maladie ou le handicap génère une souffrance supplémentaire.

Le risque d'épuisement est alors élevé, les demandes de recours aux aides professionnelles souvent exprimées dans des contextes de crise rendant difficiles les actions de prévention.

... au risque de maltraitance

C'est alors qu'une situation de maltraitance peut naître, elle constitue un phénomène complexe et renvoie à une diversité de situations.

Le Conseil de l'Europe a défini la maltraitance en 1987, comme une violence se caractérisant par « tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »

Elle correspond souvent à une accumulation d'actes banalisés, favorisés par les conditions d'isolement et de souffrance des aidants.

« La maltraitance : une dissymétrie entre la victime et l'auteur : une personne plus vulnérable face à une autre moins vulnérable »

Une telle maltraitance peut parfois être sous-tendue par l'intention de bien faire et de protéger la personne aidée. C'est là qu'il est essentiel de prendre en compte la perception différentielle du risque entre l'aidant et la personne aidée. On peut ainsi observer des situations de surprotection très aliénante et mal vécue par la personne aidée alors que l'aidant s'avère animé des meilleures intentions.

La maltraitance survient dans des contextes particuliers où il existe :

- un rapport de dépendance de la victime à l'égard de l'auteur,
- un abus de pouvoir du fait de la vulnérabilité de la victime,
- une répétition des actes de maltraitance, même considérés comme minimes. C'est alors ce qu'on appelle la « maltraitance ordinaire », à laquelle on ne prête plus attention.

Maltraitance et secret professionnel

L'article 434-3 du code pénal indique que « Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

L'article 226-14 du code pénal qui précise que le secret professionnel n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret, ne comporte toutefois pas d'obligation de signalement.

Les professionnels qui constatent ce type de situation peuvent être déliés de leur devoir de secret afin d'en informer les autorités administratives (Conseil départemental) ou judiciaires, pour les faits les plus graves (Procureur de la République).

Le **3977** est le numéro de téléphone national destiné au public et aux professionnels, victimes et/ ou témoins pour signaler des faits de maltraitance.

6. Cadre actuel et perspectives

Il existe bien un cadre incluant des mesures, des dispositifs et des financements mais il est ambigu car :

- les textes sont fragmentaires et/ou trop ciblés, et dispersés.
- le terme « aidant » recouvre un ensemble inhomogène d'acteurs et de missions
- les moyens sont insuffisants par rapport aux besoins actuels et à venir.

Les recommandations de la HAS et de l'ANESM sur la maladie d'Alzheimer (2014-2018) et l'avis n° 128 du Centre consultatif national d'éthique sur le vieillissement (février 2018) ont défini des objectifs généraux :

- favoriser le recueil de données statistiques fiables
- reconnaître le rôle des aidants
- dépister et prévenir leurs souffrances
- simplifier les dispositifs et les rendre convergents
- faciliter l'information et l'accès

Le rapport de Dominique Gillot « *Les proches aidants*, tome 2 » (juin 2018) est allé dans le même sens en préconisant une loi de « modernisation et d'harmonisation sociale » qui devrait aborder en particulier les sept objectifs suivants :

6.1. Assurer la formation des professionnels de santé et des aidants

Les formations initiales des professionnels de santé doivent intégrer davantage le suivi des maladies chroniques. Les programmes évoluent actuellement dans ce sens, aussi bien chez les médecins que les autres soignants mais un retard important doit être comblé et le résultat sera différé en raison de la longueur des études. Il faut donc développer ces thèmes en formation permanente et l'obligation de développement professionnel continu (DPC) doit y contribuer.

Ces formations doivent fournir aux professionnels de santé des outils de

Allocations et aides sociales pour les personnes en perte d'autonomie (source : DRESS)

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) 1975

La prestation spécifique dépendance (PSD) – loi du 24 janvier 1997

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), mise en place le 1er janvier 2002, s'est substituée à la PSD

L'aide sociale à l'hébergement (ASH), pour les frais de séjour dans un établissement public ou privé du secteur médico-social ou sanitaire.

L'accueil chez des particuliers ou accueil familial, lorsque les personnes âgées ne peuvent rester à leur domicile

La prestation de compensation du handicap (PCH), depuis 2006, pour les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées, délivrée par la MDPH sous conditions.

L'aide-ménagère ou auxiliaire de vie

réponse aux besoins des aidants. De nouveaux métiers peuvent se développer, en particulier « aux interfaces » : gestionnaire de cas référents d'accompagnement des aidants

Enfin on peut faciliter la formation des « futurs » aidants par la formation continue au sein des entreprises et l'autoformation.

6.2. Rémunérer, indemniser ...

Il existe plusieurs sources d'aides financières et de services d'aide à la personne sous certaines conditions.

L'attribution d'allocations au bénéfice des aidants qui pourrait être mise en place sous la forme d'un statut d'aidant indemnisé sur la base de 50 % du SMIC a été proposée.

Ici se pose la question de la mobilisation de nouvelles sources de financement au titre du « 5^e risque » de l'assurance maladie.

6.3. Organiser « le répit » pour les aidants

Les souffrances des aidants peuvent conduire à l'épuisement et le recours à des modalités de répit, en temps et en lieu, semble nécessaire.

Le développement de structures de répit avec hébergement temporaire et l'augmentation du nombre de places d'hébergement temporaire en EHPAD comme en établissements pour handicapés sont souhaités.

L'augmentation de l'« allocation de répit », actuellement de 500 €, permettrait de passer du symbole à l'effectivité.

Le « balluchonnage » est développé au Québec : il met à disposition un professionnel rémunéré pour remplacer l'aidant.

6.4. Assurer le suivi médical des aidants

Les souffrances des aidants doivent être prévenues et dépistées : une visite médicale (1 à 2/an) est proposée pour reconnaître une menace d'épuisement et surveiller l'état de santé physique, psychologique et sociale des aidants.

6.5. Adapter le droit social et du travail

Des adaptations du droit social et du travail sont envisagées :

- augmenter les congés supplémentaires pour les aidants salariés, actuellement 2 jours pour l'annonce de handicap, et favoriser les congés sans solde au titre de la solidarité et du soutien familial.
- favoriser les dons de jours de congés (RTT) à des aidants (loi de février 2018)
- enrichir le compte personnel d'activité (CPA)
- mieux intégrer le temps passé par les aidants dans le calcul des retraites
- envisager une indemnisation journalière des aidants

- éviter la désinsertion professionnelle en favorisant le droit au télétravail, en accompagnant le retour à l'emploi, en sensibilisant les responsables et employeurs.

Quelques grandes entreprises ont déjà pris des initiatives dans ces sens.

6.6. Reconnaître les compétences des aidants

La reconnaissance des compétences des aidants dans la prise en charge et les soins semble justifiée : elle pourrait passer par la valorisation des acquis de l'expérience (VAE).

6.7. Soutenir les nouveaux bénévoles et initiatives innovantes

Le rôle des associations et des bénévoles est largement reconnu comme très utile. Il importe donc de soutenir les associations, de développer les Maisons des aidants assurant l'accueil, le soutien, la formation...

La création d'un « congé d'engagement » sur le modèle du congé citoyen pourrait y contribuer.

Une représentation des aidants dans les institutions publiques est souhaitée par les intéressés.

7. Réflexion éthique

Cette prise de conscience invite à une réflexion éthique sous l'angle de la reconnaissance, de la vulnérabilité, et de la solidarité.

- La démarche éthique de reconnaissance concerne la personne aidante dans son autonomie, son droit à la différence, sa liberté d'action et d'investissement dans la mission qu'elle se donne, le champ de responsabilité qui lui revient, son histoire de vie personnelle, familiale, professionnelle, et sociale. Elle conduit à la reconnaissance d'une relation singulière et d'un équilibre à comprendre et à respecter.
- Éthique de la vulnérabilité : la relation aidant-aidé se construit dans une mission silencieuse en contexte de vulnérabilité réciproque, physique, émotionnelle, familiale, professionnelle et sociale. Le professionnel de santé reste à l'écoute de l'aidant dans un

souci de bienfaisance et de non malfaisance, lui accordant une sollicitude permanente pour lui apporter le soutien dont il exprime le besoin, la prévention de la souffrance et de l'épuisement auquel il peut s'exposer et un accès équitable aux droits qui lui reviennent.

- Éthique de la solidarité : la mission d'aidant repose sur le principe de solidarité exprimé initialement à l'échelon familial, interindividuel et intergénérationnel.

C'est aujourd'hui la mise en jeu d'une solidarité sociétale qui est sollicitée dans le développement d'une meilleure information et d'une éducation citoyenne pour la construction d'une société inclusive portant un regard nouveau sur le handicap, la maladie ou la dépendance et défendant pour chacun son maintien dans la vie active.

8. Conclusion

Les soignants à domicile sont confrontés aux difficultés des proches aidants et sensibilisés à la nécessité de les reconnaître toujours en tant que personnes et non comme variables d'ajustement de carences de notre système de santé.

Leur mission est de repérer les besoins des aidants, de les informer sur leurs droits et les dispositifs d'aide, de participer à la prévention de leur épuisement.

L'échange pluridisciplinaire alimente la visée éthique de chaque professionnel afin que les soins à domicile se poursuivent selon les souhaits des personnes aidées et de leurs proches dans le respect de la singularité de chaque situation.

Lexique

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Depuis avril 2018, a rejoint la HAS.

CCNE : Comité consultatif national d'éthique.

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

DREES : Direction de la recherche, des études, des évaluation et des statistiques.

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

HAS : Haute Autorité de santé.

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées. Elle fait désormais partie de la

MDA : Maison départementale de l'autonomie.

Liens utiles

<http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/orientations-prioritaires-de-la-politique-nationale>

Association Française des Aidants

<http://www.aidants.fr/>

<https://www.aidants.fr/vous-etes-aidant/participer-action-pres-de-chez-soi/cafes-aidants>

Fondation France Répit

<http://www.france-repit.fr/>

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

<http://www.cnsa.fr/>

Guide de l'aidant familial

<http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides-pratiques/article/aidant-familial-votre-guide-pratique>

https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_gillot_-_tome_2.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/apathie_recommandations.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835782/fr/le-soutien-des-aidants-non-professionnels-une-recommandation-a-destination-des-professionnels-du-secteur-social-et-medico-social-pour-soutenir-le-s-aidants-de-personnes-agees-adultes-handicapees-ou-souffrant-de-maladie-chronique-vivant-a-domicile



Espace
de réflexion
éthique
Occitanie

Toulouse : 05 61 77 79 34
✉ ere-occitanie@chu-toulouse.fr

Montpellier : 04 34 43 36 96 ou 95
✉ espace-ethique-occitanie@chu-montpellier.fr

www.ere-occitanie.org