

EHPAD – DOMICILE- CINQUIEME RISQUE

Notre Section a souhaité mettre en place des ateliers permettant de croiser analyses et réflexions sur des questions en lien avec les légitimes préoccupations sociétales de notre Ordre. La perte d'autonomie, le 5ème risque, les perspectives du Plan grand âge méritaient un examen attentif en lien avec l'exigence de solidarité a fortiori dans le brutal, inédit et exceptionnel contexte sanitaire que nous venons de vivre. 3 de nos Compagnons ont animé de riches travaux approfondis : Joëlle Le Gall, Présidente fondatrice (2004-2014) de la FNAPAEF (Fédération Nationale des Associations de Personnes Agées Et leurs Familles et amis) actuellement Présidente d'honneur, Présidente de la fédération BVE.BZH Bien Vieillir Ensemble en Bretagne et de BVE 35, Christian Gal, Inspecteur Général des Affaires Sociales honoraire (IGAS) et le Dr Louis-Jean Calloc'h, ancien Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'Ille-et-Vilaine (CDOM 35). Ils nous proposent ici une première restitution issue de leur atelier.

Regard de notre atelier

Pourquoi ce choix ? Nous constatons une dégradation de la solidarité nationale en France et le thème qui nous anime en est une preuve évidente. Il est important de remettre l'humain au cœur de toute avancée sociétale. L'âgisme¹ est une "*attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées*"

Le Covid19 aura eu, entre autre, pour effet de faire parler des EHPAD.

- Fallait-il attendre ces 11 000 morts pour s'apercevoir que les Établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'étaient pas en capacité de leur apporter un accompagnement médical et social à la hauteur de leurs réels besoins ?
- Fallait-il occulter, pendant des années, les appels urgents des professionnels de soins et de santé dénonçant leur manque de moyens humains et financiers, alors que les résidents accueillis requéraient de plus en plus un accompagnement médical comparable à celui dispensé dans une unité de soins de longue durée (USLD) d'un service hospitalier.
- Fallait-il ignorer l'appel des familles confrontées à une situation qu'elles jugeaient inacceptables, qu'il s'agisse de l'accompagnement des résidents ou du coût de leur hébergement ? A ce titre on peut dénoncer un reste à charge qui ne cesse d'augmenter depuis plus de 15 ans.
- Fallait-il ignorer à ce point les difficultés de l'accompagnement au domicile des citoyens âgés en perte d'autonomie voulant en majorité rester chez eux, les limites des professionnels et des aidants familiaux qui les accompagnaient, quand en même temps l'ensemble des rapports et des plans affirmaient que respecter le choix de ces personnes était une priorité.

Comment aborder en 2020 la réforme inévitable des EHPAD ?

« Le comportement du résident est-il inadapté de par sa faute ou du fait d'une responsabilité de l'environnement dans lequel il évolue ». (Philippe THOMAS)²

Cette question maintes fois posée aux pouvoirs publics mais restée sans réponse, doit être traitée en priorité par les deux commissions récemment mises en place : le Ségur de la santé et le financement de la perte d'autonomie.

Le CCNE, Conseil Consultatif National de l'Éthique, dans son avis n°128 a décidé de faire partir sa réflexion de la question de la « concentration » des personnes âgées dans des établissements d'hébergement. *« En effet, force est de constater que l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes et leur concentration entre elles génèrent des situations parfois*

1 Définition du Larousse

2 Gériatologue et psychiatre du vieillissement

indignes, qui, réciproquement, sont source d'un sentiment d'indignité de ces personnes. Leur exclusion de fait de la société, ayant probablement trait à une dénégation collective de ce que peut être la vieillesse, la fin de la vie et la mort, pose de véritables problèmes éthiques, notamment en termes de respect dû aux personnes. En effet, bien que cette institutionnalisation forcée soit revendiquée au nom de principes de bienveillance et dans le but d'assurer la sécurité de ces personnes vulnérables, celle-ci se fait souvent sous la contrainte, faute d'alternative, et se joint en outre de l'obligation pour ces personnes de payer pour un hébergement qu'elles n'ont pas voulu ».

Selon cet avis, il est urgent de répondre aux questions qui s'en dégagent :

- Comment nos sociétés vont-elles enfin répondre à la nécessité d'accompagner l'état de perte d'autonomie qui n'est pas toujours liée à l'augmentation de la longévité, elle même sous tendue par les progrès réalisés dans le domaine des traitements des maladies, quels pourraient être les espaces de vie adaptés répondant aux choix des citoyens et de quels moyens devons nous disposer pour les accompagner et les satisfaire ?

Dans cette perspective un premier constat a été dressé

Les EHPAD reçoivent majoritairement aujourd'hui, des patients atteints d'AVC, de maladies cardiaques, neurologiques (la maladie de Parkinson), les scléroses en plaques, les maladies cognitives, les maladies orphelines,...maladies, qui engendrent de lourdes pertes d'autonomie. Depuis plusieurs années, ces établissements ne répondent plus aux besoins des résidents/patients en raison de causes sociologiques, structurelles et de moyens :

- Manque de structures d'hébergement et de logements adaptés au vieillissement de la population, en dépit des efforts déjà réalisés dans ce domaine mais aussi manque d'anticipation pour l'adaptation et la construction des logements répondant au vieillissement de la population.
- Manque de financements laissant les EHPAD dans l'incapacité de répondre aux réels besoins médicaux et sociaux des personnes accueillies et impossibilité à ce jour de recruter suffisamment de personnels qualifiés sans augurer les métiers attendus pour demain.
- Manque de lieux intermédiaires entre le tout domicile et le tout EHPAD.

Quelle est l'utilité publique d'un EHPAD ?

Certaines statistiques sont apparues significatives :

- En 2015, l'âge moyen d'un résident entrant en EHPAD était de 85 ans et 6 mois (source dress)
- En 2017, 51 % des places appartenaient à des établissements publics, 26 % à des établissements privés à but non lucratif, 23 % à des établissements privés commerciaux (source FINESS³)
- En 2018, on recensait 609 319 places pour personnes âgées dépendantes y compris en accueils temporaires dans 7532 EHPAD (source Dress).

En 2020, 90 % des citoyens âgés rentrent en EHPAD contraints et forcés, suite à une perte d'autonomie sévère. Il n'a plus la possibilité de rester à domicile, même avec un aidant familial devenant de facto victime du système actuel. Pour ces raisons, la France s'enlise dans un processus qui ne correspond pas à la réalité des situations vécues.

Le coût moyen d'un EHPAD public ou associatif à but non lucratif est en moyenne nationale, de 2200 euros mensuels, celui d'un établissement marchand en moyenne de 3500 euros mensuels auxquels s'ajoutent une caution d'entrée de l'ordre de 1800 euros pour les uns, à plus de 3000 euros pour les autres. Cette caution aurait-elle une « utilité publique ? ».

Dès lors n'est-il pas impératif d'en repenser l'utilité publique ?

³ **FINESS** : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

Par ailleurs on ne peut que constater que les EHPAD se sont transformés insidieusement en USLD sans que pour autant ils soient reconnus comme tels, ni disposer des personnels nécessaires pour répondre aux besoins médicaux des personnes accueillies.

Concernant le volet social, en dépit des efforts de tous les acteurs, professionnels et bénévoles, on ne peut que déplorer les limites d'une animation « censée être stimulante » mais dont l'efficacité n'est pas évidente quant au maintien de l'autonomie restante. Pourtant une majorité de ces lieux de vie sont mieux adaptés sur le plan architectural et environnemental. Ils bénéficient d'une vitrine plus accueillante, disposent d'une chambre souvent plus spacieuse, d'une ouverture sur l'extérieur plus conviviale que dans un actuel USLD qui par contre est doté d'un volet soins plus performant.

En conclusion, Il est indispensable de transformer et d'adapter les EHPAD afin qu'ils répondent aux réels besoins des personnes accueillies. Ils doivent être repensés afin d'éviter tout transfert du résident vers l'hôpital à l'exception des urgences accidentelles ou traumatiques. Ils doivent disposer de plateaux techniques, notamment de prise d'oxygène dans les chambres, d'unité de soins palliatifs de fin de vie, dont on manque cruellement. Ce qui induit des fonctionnements en réseaux avec les hôpitaux de proximité.

Il faut aussi changer de paradigme car ce sont les personnels accompagnants qui doivent s'habituer aux habitudes de vie des résidents, et non l'inverse.

Quant à la gestion financière, elle doit être totalement repensée

Trois sections budgétaires régissent le financement : l'hébergement, la dépendance et le soin. Le coût de l'hébergement supporté par le résident et sa famille représente en moyenne 60 % du budget de fonctionnement de l'établissement. Le tarif mensuel englobe un certain nombre de charges indues, comme les intérêts d'emprunt (mise aux normes ou nouvelle construction). Les deux autres sections : La dépendance et les soins sont sous dotés et ne permettent pas de couvrir l'ensemble des besoins, y compris d'embaucher suffisamment de personnels. Cela nécessite une remise à plat d'un système obsolète.

Les personnes âgées doivent être les acteurs de leur vie.

Comment respecter leur choix de rester vivre à leur domicile le plus longtemps possible.

Cela relève d'une réflexion citoyenne à la fois individuelle et collective, qui doit être traitée en urgence.

En 2015, 3,9 millions de personnes adultes apportent une aide régulière à un proche âgé à domicile (source Dress). En 2016, un rapport de l'OMS sur le vieillissement et la santé indiquait que le nombre de personnes de plus de 60 ans devrait doubler d'ici à 2050. Or, 7,6 % c'est la part de la population âgée de 60 ans et plus bénéficiant de l'APA au 31/12/2017, soit 1,3 million de personnes sur une population de 60 ans et plus estimée à 17,2 millions (source Dress et Insee).

Nous sommes face à plusieurs impératifs :

Il est urgent d'améliorer l'ensemble des dispositifs de prévention et d'accompagnement en créant des lieux de vie adaptés. Au niveau de l'urbanisme les nouvelles constructions ainsi que les réhabilitations doivent comporter des logements fonctionnellement adaptés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Il faut également poursuivre la construction des résidences autonomes (ancien foyer logement) plus abordables financièrement pour de nombreux retraités que les résidences services pour seniors (privées à but lucratif).

Comme le recommande la démarche de l'OMS « ville amie des aînés » l'adaptation au niveau des transports, des lieux publics, de l'urbanisme en général facilitant la vie sociale des aînés doit être portée par toutes les villes et communes.

Réaffirmer l'importance de l'intergénérationnel, c'est redonner tout son sens à la citoyenneté, éviter la ghettoïsation des personnes âgées fragilisées, les écartant à la fois d'une vie publique et communautaire.

La pyramide des âges doit impérativement conduire à reconsidérer les droits et devoirs de chacun, en préservant sa qualité de vie et son libre arbitre

Se repose alors, la question d'un financement universel. Pourquoi d'un côté, la « prestation compensatrice du handicap » (PCH) pour les moins de 60ans et l' «allocation personnalisée autonomie » (APA) pour les plus de 60 ans ? La différence entre ces deux financements repose sur l'âge au moment où la maladie est déclarée et attestée ; ainsi, si vous êtes victime d'un AVC avant 60 ans vous pourrez prétendre , pour compenser votre perte d'autonomie, à une allocation personnalisée qui sera quatre fois supérieure à celle que vous auriez eue après 60 ans et jusqu'à 75 ans, à condition de faire le choix de rester à votre domicile. Cette situation interpelle et peut paraître profondément injuste, elle est fondée sur des approches essentiellement budgétaires et seule la suppression de la barrière de l'âge supprimera cette injustice.

« La prévalence du grand âge n'est pas une curiosité sociologique, ni un jeu d'écriture, encore moins un alignement de budget inapproprié, mais une conquête sociale qu'il faut humaniser » (Les sens du public -Daniel Cefai, Dominique Pasquier)

Remontons dans le temps pour suivre l'évolution de cette prise de conscience

C'est en 1791, qu'un « comité de mendicité⁴ » projette un décret sur les bases du système général de législation et de l'administration de secours, il énonce :

-Art. 1 : Il y aura deux espèces de secours pour les vieillards et infirmes : Le secours à domicile ; le secours dans les asiles publics.

-Art. 2 : Le secours à domicile sera le secours ordinaire. Le secours dans les asiles publics n'aura lieu que pour les individus qui ne pourront pas le recevoir, à raison de défaut de famille, d'infirmités graves qui exigeraient des soins particuliers, ou de toute autre cause pareille.

Deux siècles plus tard, les personnes âgées deviennent un « gisement d'emploi ». Comme le souligne en 1986, le sociologue Xavier Gaullier *«le maintien à domicile devient un des lieux de cristallisation des problèmes de l'emploi, la situation fait proliférer les initiatives de toute sorte qui multiplient les personnes, qui, faisant le même travail, ont pourtant des statuts différents, des salaires divers, des prix de revient sans commune mesure; les services parallèles se multiplient, la bataille de la concurrence fait rage ».*

En 1987, les politiques de l'emploi menées par Philippe Seguin puis, par Martine Aubry en 1991, ont abouti au chèque emploi service en 1996, donnant la possibilité aux entreprises à but lucratif, d'occuper le terrain de l'emploi à domicile ; Mais, compenser le chômage au détriment de la qualité du service rendu, avec des aides financières insuffisantes pour la compensation de la perte d'autonomie, ne pouvait favoriser le maintien au domicile des personnes âgées non autonomes.

En 2020 ce constat de Xavier Gaullier est toujours d'actualité. Un grand nombre de services privés marchands, s'ajoute aux services publics, avec des coûts très différents pas toujours en rapport avec la qualité et les besoins de la personne accompagnée notamment concernant le maintien de l'autonomie restante. Ce qui conduit à un manque total de clarté pour les familles.

Ce sont les familles, qui supportent en grande partie le poids de cet accompagnement. Les choix faits jusqu'à ce jour sont certes moins onéreux pour l'État mais combien plus déshumanisants pour l'aidé comme pour l'aidant. La conséquence est grave : de nombreuses personnes âgées partent en urgence vers un EHPAD, l'aidant familial étant victime d'épuisement ou pire décédé.

Bernard Ennuyer (sociologue) relevait : dans une éthique du « Vivre Ensemble » « Dans les années 1960, le rapport Laroque a positionné le maintien à domicile comme satisfaisant à la fois aux aspirations des personnes vieillissantes, fut-ce avec des handicaps, et au maintien de la cohésion sociale. Il s'agit donc essentiellement de permettre aux personnes âgées de garder leur place

4 1789-1791, mandaté par la Nation, visant à l'extinction de la mendicité et à l'harmonisation de la politique d'assistance...

d'acteur social, malgré leurs incapacités éventuelles » 60 ans plus tard le constat est éloquent...Le jeunisme « à tout va » a eu un effet délétère sur nos aînés.

1791 - 19622020 la question du domicile reste entière.

Le droit et l'éthique peuvent-ils se rejoindre ? C'est toute l'ambiguïté à laquelle nous sommes régulièrement confrontés

Le droit, c'est l'ensemble des règles qui régissent les rapports des hommes constituant une même société, en terme plus juridique, il repose sur des lois et leurs décrets d'application. L'éthique concerne a priori, le respect de principes de morale.

Des progrès ont été apportés par les lois suivantes :

La loi 2002- 2, a été un virage important remettant les droits de l'usager et de sa famille au cœur de l'action sociale et médico-sociale. Le dispositif antérieur était quasiment muet sur la place de l'usager. Elle donne obligation de mettre en place des outils pour assurer un accompagnement bien traitant. Mais comment évaluer la qualité d'un accompagnement ? Comment évaluer le respect, l'attention, les valeurs éthiques ? Le concret de cette loi se heurte à l'abstrait des valeurs qu'elle sous tend. Droit et éthique sont des dimensions en tension. On l'observe dans plusieurs domaines en particulier dans le sujet qui nous anime. Ainsi, l'éthique peut être perçue différemment, selon que l'on est soignant ou soigné.

L'accompagnement des aînés fragilisés par une perte d'autonomie s'est-il construit sur une simple variable d'ajustement des politiques budgétaires ?

- **2003, le Plan vieillissement et Solidarités, Plan Raffarin.** suite à la tragédie de la canicule. Certains disaient déjà à l'époque que le financement de ce plan serait une opération blanche voir une gigantesque supercherie.

- **2006, Le Plan Solidarité Grand Age Plan, Philippe Bas** qui devait compenser les insuffisances du plan Précédent. Étaient pointés à la fois le manque de personnel, de formation, le coût trop élevé des établissements, le reste à charge beaucoup trop lourd pour les familles. Plan également sous financé et à ce jour toujours d'actualité.

- **2008-2012 – Le Plan Alzheimer et ses 44 mesures**, élaboré sur la base des travaux de la commission présidée par Joël MENARD, rapport insistant sur la nécessité d'organiser et de fédérer une prise en charge totale globale autour et pour le bénéfice de la personne malade et de ses aidants.

- **de janvier 2011 à juin 2011, le chantier de la dépendance, Roselyne Bachelot** s'inscrivant dans le maintien de la barrière de l'âge et ne tenant aucunement compte de la loi du 11 janvier 2005 sur l'égalité des droits et des chances qui engage les Pouvoirs Publics à mettre en œuvre l'article 13⁵ :

- **Dernièrement, les rapports Iborra, Liebaut, El Komri** se superposent à ceux déjà nommés. Chaque quinquennat veut afficher sa volonté concernant le vieillissement et l'accompagnement de nos aînés.

Tous ces documents d'intention nécessitent des moyens, ils proposent une obligation de résultat, Mais sans moyens peut-on obtenir les résultats.

La « maltraitance » (art R.4127-44 code de la SP décret du 7 mai 2012) y compris et surtout sur personne vulnérable, commence souvent par des faits anodins, résultat de négligences, de maladresses : personnel non formé et en nombre insuffisant, personnel stressé, accompagnant familial qui « n'en peut plus ». Que ce soit en institution ou à domicile dans la majorité des cas cette maltraitance résulte d'une accumulation de petites choses qui plongent la personne accompagnée dans un abandon de ses repères et dans l'isolement.

⁵« Dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi , la prestation de compensation sera étendue aux enfants handicapés. Dans un délai maximum de cinq ans les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapés en fonction de critères d'âge, en matière de compensation de handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimés »

l'accompagnement d'une personne affaiblie par la maladie ou le handicap passe par l'attention et les moyens que l'état et les Pouvoirs publics voudront bien lui accorder et par la place qui lui est réservée dans notre société. Débat public, oui certainement car c'est à l'ensemble des français de se prononcer sur ce qu'ils souhaitent pour eux, leurs parents, leurs enfants. Cette maltraitance est sournoise, par manque de réactivité elle pourrait devenir la bienveillance de demain.

«L'indifférence est la pire et la plus ordinaire des maltraitances» Marcel Proust

C'est dans ce sens que Philippe THOMAS écrit : « La médecine est un mélange soigneusement dosé de sciences et d'humanisme, mais nos Institutions ne sont pas humanisantes » ajoutant : « chaque résident a ses habitudes, son mode de vie, il faut prendre le temps de les repérer et d'être au plus prêt de ses besoins pour respecter son rythme de vie ».

Regard sur les pays du nord de l'Europe

Alors que la France est en pleine réflexion sur la gestion de la dépendance, les pays nordiques tels que la Suède, la Norvège, la Finlande ou encore le Danemark ont été prévoyants et se sont organisés depuis les années 1950

Dans ces pays l'aide aux personnes dépendantes s'appuie sur un état-providence universel. Ce qui implique que quel que soit son âge ou sa situation sociale une personne dépendante peut recevoir les services de prestataires publics ou privés à but non-lucratif dont la formation du personnel est très contrôlée. Ces prestations sont financées par l'impôt national et surtout par les municipalités. Dans ces pays on ne parle pas de prise en charge de la dépendance mais de compensations de la perte d'autonomie. Il semble que la notion de dépendance⁶ soit typiquement française.

C'est à partir de cette notion de dépendance que l'on a élaboré la grille GIR⁷, qui consiste à classer les personnes âgées sur une échelle de 1 à 6 en fonction de leur niveau de dépendance. Le Danemark a résisté au Cash for Care et offre ses services en nature comme une aide ménagère ou une aide soignante. Des structures privées ont ces derniers temps commencé à intervenir sur le marché du grand âge mais elles sont très surveillées. L'état surveille surtout la formation des personnels. Le pays a également mis en place une politique de prévention efficace de la dépendance avec une visite médicale pluridisciplinaire obligatoire à partir de 75 ans. A titre de comparaison, la Hollande consacre 3,2% de son PNB au financement de la dépendance, contre 2,7% pour la Suède, 2,3% pour le Danemark et 1,4% pour la France. Le conseil des seniors danois est un modèle participatif. Afin que les personnes âgées puissent être consultées et participer à la décision publique, le Danemark a mis en place dès 1996 des « Conseils des Seniors », organismes destinés à permettre aux personnes de plus de 60 ans de s'exprimer sur la réglementation et les réformes locales les concernant. À la différence d'autres pays européens, cette structure est obligatoire dans chaque municipalité.

les valeurs de l'ONM, justifie tout combat contre les injustices qui écartent des fondements mêmes de notre République

C'est pourquoi notre atelier s'est emparé de cette grande cause nationale. Tout citoyen âgé de plus de 60 ans, victime d'une perte d'autonomie résultant d'une maladie ou d'un accident doit recevoir un accompagnement humain et financier à la hauteur de ses réels besoins afin de protéger ce qui leur reste d'autonomie. La vieillesse n'est pas une maladie mais une étape naturelle de la vie qui ne doit pas opposer les citoyens en raison de leur âge mais s'inscrire dans une citoyenneté active et

6 Ce sont les gériatres qui l'ont mise en avant dans les années 1980. Cette notion vient de l'idée que la dépendance est irréversible et qu'il n'y a rien à faire pour améliorer l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.

7 GIR, créé dans les années 90, pour mesurer le niveau de perte d'autonomie des personnes âgées

intergénérationnelle. Cette cause est apolitique parce qu'elle concerne toutes les politiques et tous les citoyens de notre pays.

En France la discrimination liée à l'âge est condamnée, au même titre que toutes les autres formes de discrimination par les articles 225-1 à 225-4 du code pénal. Face à ce choc de civilisation, notre pays et ses gouvernants ont toute capacité, si il s'en donne les moyens, de répondre à ces enjeux vitaux pour la société de demain.

Perte d'autonomie et cinquième risque pourquoi ?

4 risques existants: maladie, Famille, Accidents du travail et maladies professionnelles, retraites

D'autres pays font mieux que la France. L'exemple du Danemark cité plus haut est probant, pas de barrière de l'âge, un conseil des seniors obligatoire dans chaque municipalité, et un impôt mis en place depuis 1950 pour accompagner le vieillissement de la population.

Au regard de l'actualité, des différents rapports et des textes de lois qui se sont succédés jusqu'à maintenant, sans vraiment aborder cette question prioritaire, nous proposons la rédaction d'un ouvrage consécutif aux dernières propositions gouvernementales : la création d'un cinquième risque de sécurité sociale pour tout citoyen en perte d'autonomie, quel que soit son âge. Nous formons le vœu que ce cinquième risque repose sur un financement universel dans **l'esprit et la continuité de la sécurité sociale créée par le Conseil National de la Résistance.**

Pour mémoire, la loi handicap du 11 février 2005 :

Article L 114-1-1, *La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quel que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.*

Article L 114, *Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans un environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive, d'une ou de plusieurs fonctions physiques, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.*

Ce qui aurait pu être une avancée incontestable n'a pas été suivie d'effets, alors même que la France ratifiait la convention de l'ONU sur le Handicap. Il apparaît qu'enfin un gouvernement ait la volonté de s'emparer de ce grand chantier.

Notre action concorde parfaitement avec les annonces gouvernementales, annonces, qui semblent établir la prise de conscience des politiques sur la question de la nécessité de ce cinquième risque et de la transformation sociétale qui en dépendra.

Il nous a paru évident, en tant que membre de l'ONM d'insister sur l'importance d'une société « du vivre ensemble », fondée sur le respect des différences physiques et/ou mentales de chacun, une société dans laquelle notre devise doit assurer l'égalité des chances, des droits et des devoirs devant la vie.

Atelier animé par Joëlle LE GALL avec Louis Jean CALLOC'H et Christian GAL

le 29 6 2020