

Sommaire

☎ Liberté d'aller et venir en établissement :	p.2
- 3^{ème} partie : La contention : gestion du risque ? gestion de la liberté ?	
I. <i>Définition et typologie de la contention</i>	p.2
II. <i>Bilan des pratiques</i>	p.3
III. <i>Mise en œuvre de la contention et support de réflexion</i>	p.5
① Sur la valeur juridique des recommandations et bonnes pratiques émises par la H.A.S.	p.6
① Sur le rapport de l'expérimentation sur la diminution de la contention physique chez la personne âgée	p.7
① Et pour compléter...	p.7
☎ Sont parus...	p.8
☎ Conférences et colloques pour le premier semestre 2007	p.8

Le mot de la coordinatrice

Nous vous proposons de retrouver la troisième et dernière partie de notre dossier consacré à la liberté d'aller et venir en établissement, et qui s'intéresse spécifiquement cette fois aux questions que soulèvent l'usage, et parfois l'abus, de la contention.

Je profite de cet espace pour quelques actualités de dernière minute :

- La MILIVUDES a remis son rapport annuel au ministre en janvier, il pointe les risques de dérives sectaires que peuvent rencontrer les adultes vulnérables, et notamment les plus âgés : le risque de spoliation sectaire des adultes âgés existe et peut revêtir différentes formes. La MILIVUDES a notamment repéré les points d'entrée suivants : mise sous tutelle ou curatelle, "infiltration" de bénévoles issus de "mouvements guérisseurs" auprès des personnes en fin de vie accueillies en établissement, ...(rapport disponible sur www.milivudes.gouv.fr)

A nouveau, on ne saurait que trop recommander à l'entourage des personnes vulnérables d'être vigilant et de les accompagner dans l'exercice de leurs droits.

Et enfin, sont disponibles sur le site www.personnes-agees.gouv.fr :

- Le Guide de gestion des risques de maltraitance en établissement par le comité national de lutte contre la maltraitance,
- La synthèse des colloques Alzheimer qui se sont déroulés en 2006 : " Alzheimer : L'éthique en questions".

L'équipe de RhônALMA vous présente ses meilleurs vœux.

Sabrina LOISON
Coordinatrice RhônALMA

Merci aux personnes qui ont accepté de participer à l'élaboration de ce bulletin ;
Merci à tous les bénévoles qui s'impliquent avec dynamisme au sein de RhônALMA ;
Merci au réseau ALMA Form, Merci à ALMA France,
Merci à l'ensemble de nos partenaires financiers,
Pardon à tous ceux que nous aurions oubliés.

Si vous désirez participer à la vie de ce journal ou le recevoir (participation aux frais de 5,00 € demandée à l'année pour deux numéros), contactez-nous au 04.72.61.87.12 ou à rhonalma@tiscali.fr

Responsable de la publication : F. CATTENAT
Responsable de la rédaction : S. LOISON
Rédacteurs : Anne-Lise, Bertrand, Blandine, Elisabeth, Frédérique, Sabrina.

Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

La liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un thème de réflexion riche et complexe qu'il nous semblait difficile d'appréhender en un seul article. De plus, ce thème très général regroupe différents niveaux de questionnement :

« La liberté d'aller et venir est une composante de la liberté individuelle et elle est inhérente à la personne humaine. La liberté d'aller et venir d'une personne hospitalisée dans un établissement sanitaire ou accueillie dans un établissement médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi. »¹

Nous avons donc opté pour une série d'articles abordant :

- la liberté d'entrer ou non dans un établissement sanitaire et/ou médico-social ;
- la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement sanitaire et/ou médico-social ;
- la contention.

Loin d'avoir la prétention d'apporter des solutions "toutes faites", notre objectif est de fournir au lecteur des pistes de réflexion. L'équipe de RhônALMA pense en effet que l'un des meilleurs garants du respect de la liberté et de l'humanité de chacun est d'alimenter une réflexion constante sur ces sujets.

III. La contention : gestion du risque ou gestion de la liberté ?

La liberté d'aller et venir est un droit fondamental du citoyen qu'il est parfois difficile de maintenir dans certains contextes. Nous nous sommes intéressés dans cette série d'articles aux conditions favorisant le respect de ces libertés. Dans celui-ci, nous souhaitons explorer la problématique de la contention et les questions qu'elle soulève.

Pour amorcer l'approche de la contention, nous nous sommes attachés à la définir, puis nous dressons un bilan des pratiques professionnelles permettant d'appréhender de quoi il retourne dans les réalités soignantes, et nous concluons par une réflexion sur la mise en œuvre de celle-ci.

I- Définition et différents types de contention

Le terme "contention" est emprunté au latin classique "*contentio*" : tension, effort, lutte, conflit, rivalité, et de "*contenderre*" qui signifie « lutter ». Nous retrouvons dans l'étymologie du mot une connotation plutôt négative.

Autres conceptions, le verbe " contenir" sous-tend deux idées, auxquelles sont associées deux attitudes :

- contenir au sens « avoir à l'intérieur de » qui sous-entend une attitude passive,
- et contenir « retenir, empêcher de », qui sous-entend une attitude active.

Toutes deux impliquent l'idée d'une dynamique de maintien d'un élément dans un état donné, par l'existence de limites.

Deux natures de contention sont communément distinguées : la contention *active* (contention posturale, par exemple dans les techniques de rééducation : pose d'un corset) et la contention *passive*, caractérisée par « l'utilisation de tous moyens, méthodes ou matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »².

¹ Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité - Conférence de consensus - Paris, 24 et 25 novembre 2004 - Textes des recommandations.

² Rapport 2000 ANAES " Limiter les risques de contention physique de la personne âgée"

Nous comprenons que la pose de contention répond à un but : assurer la sécurité de la personne et / ou de son entourage lorsqu'il existe un danger pour elle ou ce dernier.

Les contentions sont catégorisées selon quatre types :

- Les contentions physiques (ou mécaniques): toute forme d'attache (bracelet, gilet, ceinture, barrières de lits) ou d'actes (tirer la table du repas afin que la personne ne se lève pas, tirer parti d'un déficit réduisant la capacité à satisfaire la liberté d'aller et venir...)
- Les contentions pharmacologiques (ou médicamenteuses): utilisation abusive ou inappropriée de tranquillisants, antidépresseurs, neuroleptiques...
- Les contentions architecturales: enfermement, limitation de l'espace de circulation, aménagement de l'environnement ne facilitant pas la liberté d'aller et venir (cacher la poignée de la porte, dissimuler la sortie, tirer parti d'un déficit réduisant ainsi la liberté d'aller et venir)...
- Les contentions psychologiques: injonctions répétées adressées à la personne réduisant sa liberté d'aller et venir (Ne vous levez pas ! Restez assis ! Restez au lit ! N'allez pas dehors !), toute forme de menace, de chantage, d'humiliation réduisant la capacité à satisfaire sa liberté d'aller et venir...

Le législateur ne se prononce pas clairement sur l'autorisation ou l'interdiction de la contention : elle n'est pas explicitement interdite ou autorisée. Le droit des usagers et le droit fondamental de libre circulation induit que tout atteinte à ce droit est de fait répréhensible, et incite à l'interdire. Toutefois, elle ne l'est qu'en partie puisqu'elle fait objet, d'une codification très stricte suivant les recommandations des bonnes pratiques professionnelles préconisées par l'H.A.S.³. Elle doit faire l'objet d'une prescription médicale. C'est un acte de soin à part entière.

II. Bilan des pratiques

Bien que de plus en plus contestée, la contention reste encore fortement banalisée. Dans la littérature, sa prévalence varie entre 18 et 80%⁴. Ces chiffres amènent nécessairement la question de leur représentativité. Que peuvent nous dire des estimations aussi éloignées ? Si ce n'est que l'on connaît mal le taux d'usage de la contention. Par conséquent, il semble donc que la contention reste insuffisamment évaluée.

Le principal argument mis en avant lors de la pose de contention est la sécurité de la personne. Ce qui prévaut est le principe de précaution pour prévenir la réalisation d'un risque - risque latent mais dont on ne peut être certain qu'il va se réaliser. Dans la pratique, la décision de contention semblerait se fonder plus sur une impression que sur une évaluation précise de ce risque⁵. La décision émane encore souvent d'une seule personne et n'a généralement donné lieu ni à une réflexion, ni à une argumentation notée dans le dossier de soins⁶. La contention résulte même parfois d'une pratique systématique qui évite de réfléchir (par exemple, mise en place automatique de barrières de lit la nuit pour la quasi-totalité des patients).

Une étude menée par l'Office Stéphanois des Personnes Agées auprès de 46 services de gériatrie a montré qu'à la question "êtes-vous prêts à prendre des risques et à supprimer une contention", 67% des soignants répondent non.⁷

³ H.A.S. : Haute Autorité de Santé (anciennement A.N.A.E.S.)

⁴ Vieillir : une prise de risques ! Entre vulnérabilité et libertés, 66ème journée de gérontologie, mardi 23 octobre 2001, Privas, p. 64

⁵ ANAES, Limiter les risques de contention physique chez la personne âgée, Octobre 2000, p. 12

⁶ La contention : pourquoi faire et surtout ne pas faire, dans Soins gérontologie, n°41, mai/juin 2003, Paris, Masson, p. 42

⁷ Vieillir : une prise de risques ! Entre vulnérabilité et libertés, 66ème journée de gérontologie, mardi 23 octobre 2001, Privas, p. 67

Nous pouvons retrouver là, la difficulté de remettre en cause les pratiques lorsqu'elles sont ancrées depuis plusieurs mois, plusieurs années parfois, "avec une tendance à ce que l'on pourrait appeler une régression opérationnelle"⁸.

Cette systématisation des pratiques peut être également encouragée par le poids de certaines familles, le manque de soutien de l'encadrement parfois, et le personnel.

L'utilisation de la contention s'adresse le plus souvent à des personnes âgées vulnérables, dépendantes, parfois opposantes, et dont les capacités de compréhension sont altérées par un déficit cognitif.

Les motifs les plus fréquents d'utilisation de la contention sont :

- la prévention des risques de chutes ;
- les déambulations excessives (dont la prévention des risques de fugues ou de sorties à l'insu de l'équipe soignante) ;
- l'agitation (prévention des risques de violence de la personne âgée vis à vis d'elle-même ou vis à vis d'autrui).

Pourtant, à l'heure actuelle, aucune étude ne prouve l'efficacité de la contention dans la prévention de ces risques. Ainsi, le nombre de chutes graves (responsables d'une fracture, d'une blessure, nécessitant le recours à un médecin ou entraînant un repos de plus de 2 jours) augmente chez les patients attachés (17% versus 5%) et l'existence d'une contention est un facteur de risque de survenue de chutes.⁹

Loin de réduire les risques auxquels s'exposent ou sont exposées les personnes âgées, ces conduites sécuritaires ne font que déplacer le risque, l'accroissent parfois et en transforment sa nature.

Les risques de complications sont variés : ils vont du simple inconvénient à des conséquences irréversibles, jusqu'au décès de la personne (la contention serait responsable d'1 décès sur 1000 en institution pour personnes âgées).

Les complications suivantes sont notamment rapportées :

- escarres (22% au-delà de 4 jours)
- contractures, perte de réflexe de la marche
- infections nosocomiales (12% au de la de 4 jours)
- encombrement pulmonaire, fausses routes
- incontinence urinaire et/ou fécale
- apparition de troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'hydratation
- apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une désorientation
- troubles du comportement, agitation.¹⁰

A ces conséquences non négligeables de la contention sur la personne "contenue" viennent s'ajouter des répercussions sur le vécu des équipes de soins (malaise, culpabilité...). Paradoxalement, l'utilisation de la contention ne semble pas générer un sentiment de sécurité chez les soignants alors que c'est le premier motif évoqué pour justifier cette décision.

III. Mise en œuvre de la contention et support de réflexion

La mise en œuvre de la contention, nous l'avons vu précédemment, est souvent une réponse qui se systématisent. Nous allons présenter les recommandations faites par la Haute Autorité de Santé (H.A.S. anciennement A.N.A.E.S. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) concernant la contention.

⁸ Vieillir : une prise de risques ! Entre vulnérabilité et libertés, 66ème journée de gérontologie, mardi 23 octobre 2001, Privas, p. 63

⁹ ANAES, Limiter les risques de contention physique chez la personne âgée, Octobre 2000, p. 13

¹⁰ La contention : pourquoi faire et surtout ne pas faire, dans Soins gérontologie, n°41, mai/juin 2003, Paris, Masson, p.

Référentiel de la pratique pour la contention¹¹ :

- **Critère 1** : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient
- **Critère 2** : la prescription est faite après l'appréciation par l'équipe pluridisciplinaire du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé.
- **Critère 3** : une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.
- **Critère 4** : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et des buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.
- **Critère 5** : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée.
 - Dans le cas de la contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre de lit, jamais au matelas ni aux barrières de lits.
 - Dans le cas de la contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.
- **Critère 6** : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.
- **Critère 7** : selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.
- **Critère 8** : des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.
- **Critère 9** : une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins une fois toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.
- **Critère 10** : la contention est reconduite, si nécessaire après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

La pose d'une contention est généralement considérée comme un acte médical, elle est donc soumise à une réglementation claire : le médecin qui applique cette contention doit se référer aux recommandations et aux bonnes pratiques.

Comme nous l'avons vu, la pratique de contention reste trop souvent un acte systématique dont l'application mécanique est exempte de sens.

On entend ainsi des équipes dire « j'ai vu que M. Untel avait les barrières de son lit levées, je n'ai pas compris pourquoi, je ne l'avais pas vu hier. Je les ai donc remises », pensant que c'était comme cela qu'il fallait faire.

Or la contention devrait être un acte décidé collectivement engageant la responsabilité et la vigilance de tous les professionnels. Une attention est à porter par chacun des professionnels qui ne doit pas, sous couvert de cette responsabilité partagée, se dédouaner de la sienne propre en pensant par exemple que si lui n'agit pas « son collègue s'en chargera ».

Cette notion de responsabilité permet d'appréhender la question de la contention de manière plus claire : il est de la responsabilité du soignant d'agir suivant les choix de la personne qu'il accompagne.

Ainsi, lors de la pratique d'une contention nous devons nous poser la question suivante : qui protège-t-on ? Agit-on dans l'intérêt de la personne âgée ? de sa famille ? ou dans l'intérêt des professionnels ?

Les familles peuvent prendre deux positions : s'opposer à la mise en place d'une contention ou la souhaiter. Nous pouvons, par exemple, observer dans le refus de la contention un mouvement de déni de la diminution des capacités du parent. Dans ce type de situation, il appartient à l'institution d'argumenter ses décisions, d'autant plus que c'est le sens d'une des recommandations (Critère n°4) émises la H.A.S. concernant la participation de la famille à la décision de contention.

¹¹ Source ANAES, Limiter les risques de contention physique chez la personne âgée, octobre 2000.

Même si dans les faits, la participation de la famille à cette décision n'est pas toujours possible, ni toujours souhaitable en fonction des enjeux relationnels entre la famille et son parent, l'informer reste primordial et nécessite un travail en amont sur la décision de pose d'une contention.

Nous avons défini quelques éléments concernant la mise en place d'une contention, guidés par les critères de la H.A.S., nous pouvons donc en extraire un principe guide central :

"Toute décision de contention se fera dans le respect de l'autonomie et de l'indépendance de l'adulte âgé concerné. La bonne compréhension des informations données et le consentement éclairé de la personne sont systématiquement recherchés. "

Pour s'accorder à cette exigence, plus complexe qu'il n'y paraît, il nous semble pertinent d'ajouter un critère à ceux de la H.A.S. :

- **Critère 0** : avant toute mise en place de contention, il aura été examiné toutes les alternatives possibles par le décideur. Dans le cas d'un échec de ces alternatives, la mise en place d'une contention pourra être envisagée.

A travers cet article, notre objectif était de donner des éléments au lecteur afin qu'il puisse se représenter le phénomène de la contention de la manière la plus simple et lisible possible, et de lui proposer des pistes de réflexion pour en appréhender les multiples problématiques qui y sont liées.

Rappelons qu'il ne s'agit pas pour nous d'incriminer les professionnels qui pratiquent la contention, mais plutôt de construire une réflexion éthique de cette pratique et des problématiques qui lui sont adjacentes, afin d'en étayer et d'en faciliter la compréhension, l'anticipation et la mise en œuvre.

Pour lutter contre la maltraitance faite aux personnes âgées, dont la contention abusive est l'un des spectres, s'imposent la prévention par la vigilance aiguisée de chacun et la réflexion interdisciplinaire.

Afin que la contention demeure un geste de soin, l'institution doit permettre à ses professionnels de penser les situations, de ne pas rester isolés et de partager la responsabilité et les risques ensemble, avec la personne âgée concernée et pour son bien être.

Rappelons que l'apprentissage de la liberté, en tant que valeur absolue, s'acquiert peu à peu et n'est pas sans risque. Cet apprentissage relève parfois du travail de toute une vie et les contentions "abusives" ou "sauvages" bafouent cette liberté qui fait d'un être humain un être digne.

Anne-Lise, Bertrand, Frédérique, Elisabeth.

i Sur la valeur juridique des bonnes pratiques médicales et la contention

→ Les recommandations de bonnes pratiques médicales délivrées par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) devenue depuis l'HAS (Haute Autorité de Santé) sont-elles devenues une source de responsabilité ?

En d'autres termes, un professionnel de santé qui ne les respecterait pas peut-il voir sa responsabilité retenue ? A cette question, le Conseil d'État (CE 26 septembre 2005) a répondu par l'affirmative en précisant toutefois « *que si les recommandations de bonnes pratiques ainsi définies, qui visent normalement à donner aux professionnels et établissements de santé des indications et orientations pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accès des patients aux informations médicales, n'ont pas en principe, même après leur homologation par le ministre chargé de la santé, le caractère de décision faisant grief, elles doivent toutefois être regardées comme ayant un tel caractère, tout comme le refus de les retirer, lorsqu'elles sont rédigées de façon impérative [...]* ». Le Conseil d'État convient donc que les recommandations qui sont édictées dans un sens qui les rend obligatoires, ont de ce fait une valeur normative. **Les recommandations ne servent donc plus à donner des indications et à orienter les professionnels de santé lorsqu'elles sont rédigées à l'impératif mais bien à leur donner de nouvelles obligations, sources de responsabilité.**

Blandine.

① Sur le Rapport de l'expérimentation nationale : Audit Clinique Ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personnes âgées :

En 2005, la H.A.S. a proposé à des établissements accueillant des personnes âgées de mener un audit clinique ciblé sur la diminution de la contention physique chez l'adulte âgé.

Le rapport de cette expérimentation est disponible en ligne sur le site de la H.A.S. (www.has-sante.fr).

27 établissements ont réalisé cet audit clinique ciblé. Ceux-ci ont permis une amélioration importante et significative de plusieurs critères. Ainsi au terme de la seconde évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de cette expérimentation, il apparaît intéressant de souligner, notamment, la nette amélioration :

- du taux de prescription par le médecin, de la motivation et de la durée de la contention,
- de l'utilisation d'un matériel adéquat,
- des activités proposées pour le confort psychologique, ...

Des critères sont apparus comme difficiles à mettre en œuvre, d'autres ont entraîné la création et la mise en service de nouveaux outils, portant par exemple sur les moyens matériels disponibles, ou encore facilitant la traçabilité de la contention.

Sabrina

Et pour compléter . . .

- ✓ Rapport de l'expérimentation nationale : Audit Clinique Ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personnes âgées ; Service Evaluation des Pratiques Professionnelles de l'H.A.S. ; Juin 2006 - disponible sur www.has-sante.fr
- ✓ Limiter les risques de la contention de la personne âgée ; Service Evaluation des Pratiques Professionnelles de l'A.N.A.E.S., Octobre 2000 - disponible sur www.has-sante.fr
- ✓ Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, Directives médico-éthiques et recommandations ; Académie Suisse des Sciences médicales ; www.assm.ch
- ✓ Sur les contentions ; Dr Bernard PRADINES ; <http://www.geocities.com/bpradines/somcontentions.htm>



Sont parus . . .

- 📖 Repenser le maintien à domicile ; Enjeux, acteurs et organisation - B. ENNUYER, Dunod, Paris, 2006.
- 📖 Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux - Actes de la conférence de consensus des 24 & 25 novembre 2004 - FHF & ANAES ; ENSP, 2006.
- 📖 Violences Invisibles - R. HUGONOT, Dunod, Paris, 2007 (à paraître le 14.02.2007)

Quelques conférences et colloques pour le 1er semestre 2007

CONFERENCES	CONTACTS
<p>LYON - 6 février 2007 Conférence : Le soin, un geste sacré ? Tout public Inscription obligatoire.</p>	<p>Centre Interdisciplinaire d'Ethique - 04.72.32.50.22 - cie@univ-catholyon.fr Contact : Claire Col</p>
<p>PARIS - 16 février 2007 Journée d'étude : vieillesse et perte d'autonomie psychique. Professionnels.</p>	<p>ORRPA - 45 rue Chabaud BP2089 - 51073 REIMS CX 03.23.88.40.86 - orrpa.clic@orange.fr</p>
<p>LYON - 26 février 2007 Conférence : la trisomie 21 : diagnostic, dépistage, prise en charge, accompagnement, vieillissement. Tout public Inscription obligatoire.</p>	<p>Centre Interdisciplinaire d'Ethique - 04.72.32.50.22 cie@univ-catholyon.fr contact : Claire Col</p>
<p>LYON - 27 février 2007 Conférence : Patients et personne de confiance : de nouveaux partenaires pour les soignants ? Tout public. Inscription obligatoire.</p>	<p>Centre Interdisciplinaire d'Ethique - 04.72.32.50.22- cie@univ-catholyon.fr contact : Claire Col</p>
<p>LYON - 27 mars 2007 Conférence : Pendre soin du lien social. Tout public. Inscription obligatoire.</p>	<p>Centre Interdisciplinaire d'Ethique - 04.72.32.50.22- cie@univ-catholyon.fr contact : Claire Col</p>
<p>LYON - 24 avril 2007 76ème journée régionale de gérontologie : lien social et maintien à domicile des personnes âgées : les nouvelles technologies au service de l'humain. Etudiants, Professionnels</p>	<p>Secrétariat de la Société Rhône Alpes de Gérontologie 04.78.62.55.85 pascalgentoncrias@yahoo.fr</p>
<p>LIEGE - 29 & 30 mars 2007 Congrès international francophone Aider les aidants Prévenir la maltraitance des personnes âgées</p>	<p>Liège - Palais des congrès http://www.capam.be/</p>
<p>LYON - 14 mai 2007 Conférence : le sens donné à la maladie. Tout public Inscription obligatoire.</p>	<p>Centre Interdisciplinaire d'Ethique - 04.72.32.50.22 - cie@univ-catholyon.fr contact : Claire Col</p>
<p>LYON - 11 & 12 juin 2007 SEMINAIRE D'ALZHEIMEROLOGIE 2007 : Le malade d'Alzheimer, sa famille et les soignants</p>	<p>Renseignements et inscription : www.agevillagepro.com</p>