

ATELIER 2

L'État, le vieillissement de la population et le droit

Cet atelier trace le portrait d'une société québécoise en changement et met en lumière l'impact du vieillissement de la population sur l'offre de services de l'État.

Les conférenciers présenteront notamment le rôle et les limites de l'État dans ses actions visant la mise en œuvre du droit à la protection des personnes âgées contre la maltraitance et autres formes d'exploitation et aborderont l'exercice des droits civils de la personne aînée.

ANIMATRICE

M^e Mélissa Devost, Direction des affaires juridiques, Développement durable, Environnement et Parcs, ministère de la Justice

CONFÉRENCIERS

M^{me} Marie Beaulieu, professeure titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées, Université de Sherbrooke

M^e Claire Bernard, Direction de la recherche, de l'éducation-coopération et des communications, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

M^e François Dupin, Direction des affaires juridiques, Curateur public

M^e Georges Lalande, Association internationale francophone des aînés

RESPONSABLES DE L'ATELIER

M^e Patricia Gingras, Direction des services juridiques, Régie de l'assurance maladie du Québec

M^e Mélanie Robert, Direction du contentieux de Québec, ministère de la Justice

M^e Laurianne Rochefort, Direction des affaires juridiques, Société d'habitation du Québec

M^e Tatiana Santos de Aguilar, Direction des affaires juridiques, Commission de la santé et de la sécurité au travail

Un Québec vieillissant – Réflexions sur les défis anticipés et la réponse sociale à donner aux personnes âgées*

Marie Beaulieu, Arzemina Spahic-Blazevic***
et Marie Crevier******

INTRODUCTION	7
1. L'ÂGISME	9
2. LE BESOIN DE SOUTIEN OU LA DÉPENDANCE.	12
2.1 La cognition	13
2.2 L'autonomie fonctionnelle	14
3. LA MALTRAITANCE	17
CONCLUSION	22

* Les auteures expriment leur gratitude aux différents membres de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées pour leur engagement dans un vaste chantier de travaux liés à la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance. Un merci particulier à Geneviève Thibault qui a fait de la recherche documentaire pour certaines parties de ce texte.

** Ph.D. Professeure titulaire, École de travail social. Chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS. Titulaire, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Université de Sherbrooke.

*** Étudiante, Maîtrise en travail social, Université de Sherbrooke.

**** M. Serv. soc. Étudiante, Doctorat en gérontologie, Université de Sherbrooke.

INTRODUCTION

Au Québec, il est estimé que 26 % de la population aura 65 ans et plus en 2031, alors que 16 % de la population constitue actuellement ce groupe d'âge¹. Ce vieillissement accéléré, où le paysage populationnel change rapidement, soit 10 points de pourcentage en 18 ans, se répercute notamment par une augmentation d'octogénaires au sein de la population québécoise. L'ensemble des pays du monde ressent ce changement et, contrairement à ce que l'on peut croire, il frappe les pays en voie de développement de façon encore plus marquée². Commentant ces nouvelles réalités démographiques sans précédent, l'ancien directeur de la division du vieillissement à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Dr Alexandre Kalache, a souligné que les pays développés ont eu la chance d'avoir accumulé une certaine richesse avant leur vieillissement populationnel, ce qui n'est pas le cas pour les autres pays. Ainsi, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, le monde vieillissant incite les planificateurs de programmes et de politiques publiques à composer avec une double réalité : d'une part, les nombreux enjeux liés au vieillissement et à la gestion d'une société comprenant une population grandissante de personnes âgées, et, d'autre part, la quantité et la diversité de possibilités que cela offre sur le plan des interactions humaines et de l'organisation sociale où l'avance en âge ne rime plus automatiquement avec la dépendance.

L'espérance de vie moyenne a presque doublé en un siècle. Cette avancée résulte de nombreux facteurs tant individuels que sociaux, dont le fait que le Canada soit « le premier pays industrialisé à mettre en lumière les limites de la médecine et des soins comme moyen d'améliorer la santé et à introduire la notion des habitudes de vie dans sa politique de santé »³. Les progrès de la médecine – tels que la

-
1. Institut de la statistique du Québec. *Le bilan démographique du Québec. Édition 2011*. Québec. [En ligne]. Consulté le 16 novembre 2012. <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/bilan_demo.htm>, p. 24.
 2. World Health Organisation (2007). *Global Age Friendly Cities: A Guide*. World Health Organization, Geneva. (disponible aussi à <http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf>).
 3. R. MORIN, « Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé », (2007) 19(2) *Santé publique* 439-448, 440.

prise en charge de la grossesse et des nouveaux-nés et la découverte des antibiotiques et des vaccins – ainsi que le déploiement de différents programmes de santé publique – tels que la lutte contre les risques alimentaires ou la pauvreté, ou encore les campagnes sur les dangers liés à l'usage du tabac, la consommation non modérée d'alcool, la sécurité routière – constituent quelques exemples de facteurs qui influent directement sur l'espérance de vie. Avec l'adoption de saines habitudes de vie, les gens préviennent des maladies chroniques et des incapacités, ayant ainsi un effet sur leur espérance de vie.

Ce texte poursuit un double dessein. D'abord, il vise à rendre compte de trois dimensions qui peuvent affecter les aînés dans leur pleine participation sociale et leur rôle de citoyen, soit l'âgisme, le besoin de soutien ou la dépendance et la maltraitance. Parallèlement, il brosse un inventaire des politiques publiques québécoises qui guident la réponse médico-psycho-sociale, et dans une certaine mesure juridique, face à ces enjeux. N'étant pas juristes, les éléments de droit seront plutôt évoqués que débattus en profondeur par respect pour une discipline qui n'est pas la nôtre.

La principale politique sociale qui servira de trame argumentaire à notre propos est *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*⁴, qui a été rendue publique au printemps 2012. Bien qu'il y ait eu un changement de parti au pouvoir en septembre 2012, ce document, soit la **première** politique gouvernementale sur le vieillissement de notre histoire, reste le phare des actions gouvernementales. Cette politique, assortie d'un plan d'action, reconnaît l'importance des personnes aînées comme actrices de l'avenir du Québec en souhaitant « adapter le Québec au vieillissement rapide de sa population tout en veillant à l'équité intergénérationnelle ; améliorer les conditions de vie des aînés, notamment pour les plus vulnérables ; permettre aux aînés qui le souhaitent de rester chez eux le plus longtemps possible et faire en sorte que leur sécurité ne soit pas compromise »⁵. Elle vise à coordonner **toutes** les mesures du gouvernement du Québec tout en mettant l'accent sur les dimensions de la société et de la communauté. Cette politique repose sur le cadre théorique du vieillissement actif à partir duquel le fait de vieillir et de vivre ensemble se décline en trois actions : 1) participer dans sa communauté ; 2) vivre en santé dans sa communauté ; et 3) créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants dans sa communauté.

4. Ministère de la Famille et des Aînés, ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Vieillir et vivre ensemble, Chez soi, dans sa communauté, au Québec, 2012-2017*, Québec, Gouvernement du Québec.

5. *Ibid.*, note 4, p. 15.

« Le fait d'adapter les pratiques, les structures et les programmes constitue un jalon incontournable pour une participation pleine et entière des aînés à la vie des communautés du Québec, en fonction de leur volonté, de leurs intérêts et de leurs capacités »⁶. Cette approche par le vecteur de la participation sociale est stratégique, sachant que cette dernière comporte des avantages tels qu'un risque réduit de mortalité, d'incapacité, de dépression tout comme des effets bénéfiques pour la santé cognitive, l'autoévaluation de la santé et les comportements liés à la santé⁷. Dix-huit ministères s'y sont engagés pour des déploiements à trois niveaux de gouvernance : local, régional et national.

1. L'ÂGISME

« La stigmatisation des aînés apparaît complètement paradoxale dans le contexte de vieillissement de la population. »⁸

L'âgisme, ce néologisme inventé par Butler⁹ en 1969, décrit le processus systématique de production de stéréotypes et de discrimination contre des gens parce qu'ils sont âgés. Une amplification de sa manifestation est anticipée en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'accroissement du nombre réel et de la proportion d'aînés dans nos sociétés. L'âgisme se manifeste en dépit de l'évolution des connaissances liées à la diversité des parcours individuels et collectifs de vieillissement¹⁰. Souvent mis en parallèle avec le sexisme ou le racisme, l'âgisme s'en distingue car il porte sur une caractéristique non pas extrinsèque à la personne, mais bien intrinsèque à celle-ci, soit le vieillissement auquel personne ne peut échapper. D'un point de vue psychanalytique, l'âgisme revête une fonction utilitaire en tant que mécanisme de protection contre des angoisses collectives face à la maladie ou encore face à la mort, qui sont, mal-

6. *Ibid.*, note 4, p. 14.

7. H. GILMOUR, « Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada », Statistique Canada, n° 82-03-XPF au catalogue, (2012) 23(4) *Rapport sur la santé* 3-13, 3.

8. M. LAGACÉ, « Le prisme déformat de l'âgisme », (2009) 7(2) *Vie et vieillissement* 3.

9. R. BUTLER, « Age-Isom, Another Form of Bigotry », (1969) 9 *The Gerontologist* 243-246, 243.

10. Le vieillissement n'est pas un état mais bien un processus qui est conditionné à la fois par des déterminants sociaux et historiques (tel le fait d'avoir vécu au temps d'une guerre par exemple) et individuels (scolarité, parcours en emploi, santé, etc.).

heureusement, trop souvent liées au vieillissement¹¹. À la fin des années 1970, Palmore¹², constatant le faible intérêt de ses étudiants en médecine pour les questions liées à l'avance en âge et les idées stéréotypées qu'ils entretenaient au sujet des personnes âgées, a créé un quiz factuel sur le vieillissement (*Facts on Aging Quiz*) reconnu internationalement pour ses qualités éducatives. Ainsi, en amont de l'émotion, son approche fut de mieux éduquer. Le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement a produit une version québécoise de ce quiz, dont la publication est prévue en 2013-2014.

L'âgisme dépasse la simple dimension individuelle pour s'inscrire dans des perspectives sociale, politique et économique. Ses manifestations sont paradoxales. Par exemple, d'un côté, il est dit que les personnes âgées doivent se retirer du marché du travail pour laisser la place aux jeunes travailleurs qui peinent à la trouver. Mais de l'autre côté, une plainte sourde gronde quant au fait que les aînés retraités ne rapportent plus directement à la société en ne travaillant pas (ce que Statistique Canada appelle d'ailleurs les « inactifs »). Comme toute généralisation, l'âgisme fait en sorte de considérer comme homogènes tous les individus de 65 ans et plus, niant par le fait même la grande diversité des parcours individuels dans ce groupe d'âge qui s'étend de l'âge auquel les gens ont droit aux prestations fédérales de retraite (65 ans) à celui des centenaires, soit une période de 35 ans. Pourtant, nous viendrait-il à l'idée de considérer comme semblables des gens de 25 ans et de 60 ans (il s'agit bien pourtant de la même différence de 35 ans) ?

L'âgisme est une forme d'exclusion sociale dont les lourdes conséquences laissent des traces par une différence de traitement, une négation de droits ou d'opportunités et l'utilisation d'images stéréotypées¹³. Individuellement, il peut mener à la perte d'estime de soi, à l'isolement, à la marginalisation et à l'exclusion sociale, à la dépendance, à des problèmes de santé mentale, à la maltraitance, voire au suicide¹⁴. Socialement, on peut observer un déni de reconnaissance du groupe des personnes âgées, ayant des répercussions collectives et individuelles. « Pour l'individu, l'expérience d'un tel

-
11. M. LAGACÉ, « Halte aux stéréotypes et préjugés à l'égard du vieillissement pour re-bâtir les solidarités intergénérationnelles », (2008) 6(3) *Vie et Vieillesse* 13.
 12. E.B. PALMORE, « Facts on Aging: A Short Quiz », (1977) 17 *The Gerontologist* 315-320, 315.
 13. Conseil des aînés, *Avis sur l'âgisme envers les aînés : état de la situation*, Québec, 2010, p. 7.
 14. J. LÉVESQUE et M. BEAULIEU, « Lutter contre l'âgisme par le biais d'activités intergénérationnelles : réflexions tirées d'une pratique », (2011) 9(3) *Vie et Vieillesse* 6-12, 7.

déclassement social va donc de pair avec une perte de l'estime de soi, il n'a plus aucune chance de pouvoir se comprendre lui-même comme un être apprécié dans ses qualités et ses capacités caractéristiques »¹⁵.

L'âgisme peut être prévenu de diverses façons, entre autres choses au moyen d'activités intergénérationnelles avec des tout-petits qui permettent de contribuer à la création de schémas cognitifs positifs concernant les aînés¹⁶.

Une récente étude canadienne¹⁷ auprès de plus de 1500 répondants donne un portrait un peu inquiétant de la situation :

- **6 personnes sur 10 (63 %)**, âgées de 66 ans et plus, **affirment avoir été traitées injustement** ou différemment en raison de leur âge ;
- **8 Canadiens sur 10** conviennent que les aînés plus âgés (75 ans et plus) sont considérés comme étant **moins importants** et sont plus souvent ignorés que les générations plus jeunes ;
- **un tiers (35 %)** des Canadiens **admettent avoir traité quelqu'un différemment** en raison de son âge.

Les **trois formes de discrimination** les plus courantes auxquelles se heurtent les aînés canadiens sont :

- **être ignorés ou être traités comme s'ils n'existaient pas (41 %)** ;
- **être traités comme s'ils ne contribuaient à rien (38 %)** ;
- **être perçus à tort comme des incompetents (27 %)**.

Sur le plan légal, la lutte à l'âgisme a mené à des interventions proactives visant à contrer l'exclusion. Comme le souligne la longue citation qui suit, cette approche n'est pas sans danger.

15. A. HONNETH, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Le Cerf, 1992, p. 15.

16. E. BODNER, « On the Origins of Ageism among Older and Younger Adults », (2009) 21(6) *International Psychogeriatrics* 1003-1014, 1010.

17. REVERA, *Revera Report on Ageism*, Revera & IFA. (disponible aussi à <http://www.ageismore.com/About-Us/Media-Centre/Revera-Report-on-Ageism/docs/Report_Ageism.aspx>), 2012.

La lutte contre la discrimination est paradoxale. Comme l'indique Krieger (2008), lorsqu'une société produit des lois interdisant la discrimination, elle doit préciser les motifs de discrimination qu'elle désire prohiber (âge, race, sexe, etc.) et cela confère une existence juridique et une pertinence sociale aux catégories correspondant à ces motifs. Par conséquent, les personnes âgées peuvent former une catégorie au sens de la loi, alors que l'objectif de cette même loi est d'interdire la discrimination, voire la catégorisation des personnes âgées. Dans certains cas, les critères d'inclusion ou d'exception définis par une loi peuvent se révéler des sources d'âgisme. [...] Au Québec, la Charte des droits et libertés de la personne ne comporte pas d'aberrations semblables, mais est-ce que cela la rend nécessairement plus efficace pour lutter contre l'âgisme ?¹⁸

La politique *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec* reconnaît, dans son premier principe directeur d'action, la diversité des personnes âgées qui se distinguent par leur histoire personnelle, leur histoire familiale, leur pays d'origine, leur appartenance culturelle et religieuse, leur orientation sexuelle, leur niveau de scolarité, leur revenu, leur contexte social, etc. Dans son troisième principe directeur, la politique pose la question de l'équité intergénérationnelle par le dialogue et les échanges entre les générations. Un des choix stratégiques de l'orientation visant à favoriser la participation sociale des aînés consiste à *Reconnaître et soutenir l'implication des personnes âgées dans leur communauté* par diverses actions concrètes tels le Prix Hommage Aînés, la consolidation des tables régionales de concertation des aînés, etc.

2. LE BESOIN DE SOUTIEN OU LA DÉPENDANCE

« *Ce sont incontestablement les atteintes du corps qui focalisent le plus d'anxiété des hommes et des femmes âgés que j'ai écoutés.* »¹⁹

La plus grande crainte associée à l'avance en âge concerne le fait de perdre ses moyens, donc d'avoir besoin de soutien ou de devenir dépendant sur le plan physique ou cognitif. Les changements normaux doivent être distingués des changements pathologiques liés à l'avance en âge. Mais plus que tout, il importe de se souvenir que tout au long de la vie, chaque personne est plus souvent en lien d'interdépendance avec autrui qu'indépendante de tout et de tous. Ainsi,

18. *Ibid.* note 9, p. 56.

19. R. SEBAG-LANOË, « Vivre, vieillir et le dire », dans S. PENNEC, *Des vivants et des morts*, Brest, Université de Bretagne Occidentale, p.73-83, 2004, p. 73.

suivant les épisodes de la vie, la question de l'interdépendance se module entre davantage de soutien donné et davantage de soutien reçu. Ce faisant, les personnes âgées ne sont pas que des récipiendaires de soutien ; elles en donnent énormément à leurs semblables, tout comme aux membres des autres générations. La santé publique vise à sortir le problème de la dépendance de la sphère individuelle pour recourir à des stratégies préventives orientées vers les communautés où vivent les personnes âgées²⁰.

2.1 La cognition

La vitalité cognitive (conscience, perception, raisonnement, jugement) change d'une personne à l'autre avec l'avance en âge²¹. Il importe de ne point confondre ces changements de vitalité cognitive avec des troubles cognitifs temporaires ou irréversibles et progressifs qui témoignent de la détérioration des processus mentaux. L'évolution des troubles cognitifs irréversibles passe du vieillissement normal à une phase intermédiaire de troubles cognitifs légers pour aboutir à une démence. Les démences les plus connues sont de loin la maladie d'Alzheimer, suivie de la démence vasculaire²². Puisque ce n'est pas l'objet de notre propos, nous choisissons de ne pas aller dans le détail de ces pathologies.

Le fait de s'engager dans des activités intellectuellement stimulantes, de pratiquer de l'activité physique, d'adopter une alimentation saine, de maintenir une bonne santé mentale et de prévenir et de contrôler les problèmes de santé constituent des facteurs de protection individuels connus contre les atteintes à la cognition. Cette protection passe aussi par des facteurs socio-environnementaux tels des services communautaires et de santé appropriés, le niveau socio-économique du voisinage, le réseau social, l'aménagement et la sécurité du territoire, un transport adéquat, un environnement propice à l'achat d'aliments santé, des messages publicitaires renforçant une « saine alimentation », l'étiquetage nutritionnel et un service communautaire efficace de livraison de repas²³.

20. A. BELLEY, M. PARISIEN, P. POPOV, K. NOUR, N. BIER, G. FERLAND, S. LAFOREST et D. GUAY, « Vers une approche écologique de la promotion de la vitalité cognitive des aînés », (2011) 411 *La Santé de l'Homme* 21-24, 21.

21. H. GILMOUR, « Performance cognitive chez les personnes âgées au Canada », (2011) 22(2) Rapport sur la santé 1-6. [En ligne]. Consulté le 10 octobre 2012, <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011002/article/11473-fra.pdf>>.

22. Société Alzheimer du Canada, *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*, 2010, [En ligne]. Consulté le 11 octobre 2012, <<http://www.alzheimer.ca/fr/Get-involved/Raise-your-voice/Rising-Tide>>, p. 11.

23. *Ibid.*, note 20, p. 22.

La question de la cognition a largement été traitée en droit, en particulier sous l'angle de la capacité à prendre soin de sa personne et de ses biens. On parle donc de consentement aux soins ou encore de mise en place d'un régime de protection (curatelle, mandat ou tutelle) ou d'un régime d'assistance (conseiller au majeur). Ces dispositions soulèvent des considérations juridiques, cliniques et éthiques où les intervenants composent avec peu d'outils pour réaliser leurs évaluations et leurs recommandations. « Considérant la législation québécoise à propos des droits des personnes déclarées légalement inaptes, il appert que les conséquences sont lourdes pour la personne et sa famille. Bien que les intervenants soient davantage conscients de l'impact de cette décision sur la personne âgée, sur son entourage et sur l'ensemble de la société, ils doivent être davantage informés sur la législation et sur les droits civils »²⁴.

2.2 L'autonomie fonctionnelle

Les Québécois vivent de plus en plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé est-elle toujours au rendez-vous ? Bien qu'ils soient présents dans l'ensemble de la population, les incapacités et les problèmes de santé fonctionnelle augmentent en fréquence à mesure que l'âge avance. Ils peuvent, dans certains cas, nuire gravement à la qualité de vie des individus, à leur vie sociale, à leur parcours scolaire ou professionnel et, plus simplement, à leurs activités de la vie quotidienne. La qualité de vie des personnes âgées est largement déterminée par leur capacité à conserver leur autonomie fonctionnelle et leur indépendance, notamment en vivant dans leur environnement habituel sans aide extérieure ou avec une aide extérieure minime²⁵. En gérontologie, l'autonomie d'une personne renvoie à la capacité de faire face aux situations de la vie quotidienne, à la capacité de prendre des décisions et de les assumer et à la capacité de « négocier » (d'établir des ententes) avec l'entourage. L'autonomie dans le vieillissement, contrairement à celle dans les autres groupes d'âge, est davantage le résultat d'une adaptation à des pertes et à des changements.

« La perte d'autonomie est un syndrome clinique qui regroupe un ensemble de symptômes non spécifiques touchant les sphères phy-

24. D. GIROUX, S. TÊTREAUULT et L. LANGLOIS, « Aptitude de la personne âgée atteinte de déficits cognitifs à gérer sa personne et ses biens : situation actuelle au Québec », (2013) 68-69 *Revue Canadienne de politique sociale* 133.

25. Organisation mondiale de la Santé, *Les incapacités*, 2012. [En ligne] : (Consulté le 4 octobre 2012). <<http://www.who.int/topics/disabilities/fr/>>.

sique, psychique, sociale et fonctionnelle »²⁶. Les principaux signes en sont les troubles de l'équilibre, le changement des habitudes alimentaires, la diminution de l'hygiène, les problèmes de mémoire, les altérations de l'humeur, les changements de comportement, soit l'agressivité ou au contraire l'apathie, l'isolement social, la solitude et la négligence.

La perception de l'état de santé des personnes âgées comprend non seulement la présence ou l'absence de problèmes de santé mais aussi la capacité d'exercer pleinement divers rôles sociaux et des activités de la vie quotidienne. Le contrôle de son environnement immédiat et la possibilité d'y fonctionner librement sont liés d'une part aux caractéristiques propres de la personne âgée (physiques, psychologiques) et d'autre part, aux caractéristiques environnementales (situation économique, retraite/travail, logement accessible, proximité de centre commercial, de centre de santé, de centre communautaire, etc.).

Selon la conception fonctionnelle de la santé, l'autonomie repose sur un équilibre entre l'incapacité fonctionnelle de la personne âgée et les ressources matérielles, familiales et sociales disponibles pour l'aider à fonctionner avec ses incapacités. Par exemple, l'adaptation des logements permet aux personnes âgées de conserver ou de retrouver leur autonomie fonctionnelle et de demeurer à domicile ; la perte d'autonomie fonctionnelle limite les activités de la vie quotidienne, entraînant progressivement la dépendance face à l'entourage. La dépendance est en lien avec la gravité de ses incapacités. Si les incapacités s'aggravent, les ressources s'épuisent plus rapidement, et à l'inverse, lorsque les ressources diminuent, l'autonomie du malade risque de se détériorer²⁷.

Généralement, les personnes âgées au Québec se disent en bonne santé fonctionnelle, quand elles évaluent leur vision, leur audition, leur mobilité, leur douleur et leurs capacités cognitives. Quatre personnes de 65 ans et plus sur cinq sont autonomes dans leurs activités quotidiennes. La proportion de personnes qui ont besoin d'aide s'accroît avec l'âge. Plus de la moitié des hommes et des femmes de 85 ans et plus ont besoin d'aide. La proportion de personnes ayant besoin d'aide est particulièrement importante chez les fem-

26. R. HÉBERT et D. TESSIER, « Perte d'autonomie », 2007, dans M. ARCAND et R. HÉBERT (éd.), *Précis pratique de gériatrie*, 3^e éd., p. 171-185, Edisem, Maloine, p. 175.

27. *Ibid.*, note 26, p. 176.

mes²⁸, ce qui reflète sans doute la plus grande espérance de vie des femmes. Le pourcentage de Québécois qui sont limités, souvent ou parfois, dans leur participation à des activités augmente avec l'âge, alors que cela affecte plus de 50 % des Québécois âgés de 75 ans et plus²⁹.

Dans *L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités*³⁰, l'incapacité se définit comme la réduction, totale ou partielle, de la capacité d'une personne d'exécuter une activité de manière normale pour un être humain. La notion d'incapacité n'est pas attachée à la présence ou à l'absence de déficience. Dans l'enquête, un adulte n'est donc pas considéré comme ayant une incapacité si l'utilisation d'une aide technique lui permet de la surmonter. Par exemple, une personne ayant une déficience visuelle, mais compensant cette déficience par le port de lunettes adéquates, n'est pas considérée comme ayant une incapacité sur le plan visuel³¹.

La politique *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans la communauté, au Québec* consacre l'une de ses trois orientations à la santé. Ce faisant, une large part de la politique traite de cette dimension. Trois choix stratégiques sont posés : « promouvoir la santé, prévenir la perte d'autonomie et améliorer la qualité de vie ; accroître l'offre de services ainsi que l'accès aux services et améliorer la concertation des acteurs pour mieux soutenir les personnes âgées et leurs proches à domicile et dans la communauté ; adapter les pratiques, les services et les stratégies d'intervention aux besoins des personnes âgées »³². En découlent 24 actions concrètes dont celle qui, à notre avis, peut le plus interpeller les juristes et qui concerne l'adaptation des services sociaux et de santé aux besoins des personnes âgées.

28. J. CAMIRAND, *Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010*, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, J. Camirand, avec la collaboration de Claire Fournier, Institut de la statistique du Québec, février 2012, p. 5.

29. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, *Pour guider l'action : portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*, 2011. [En ligne] : Consulté le 02 octobre 2012. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-03W.pdf>>.

30. Institut de la statistique du Québec, *L'enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001*, EPLA, p. 27-48, Québec, 2006, p. 39.

31. *Ibid.*, note 30, p. 29.

32. *Ibid.*, note 4, p. 89.

3. LA MALTRAITANCE

« *On ne le dira jamais assez, la maltraitance est inacceptable dans un Québec du XXI^e siècle.* »³³

La maltraitance envers les personnes âgées est définie comme étant « Un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée. » (traduction libre)³⁴. Cette définition, reprise par le gouvernement du Québec en 2010 dans le cadre de son *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*³⁵, pose ainsi l'importance de considérer toute situation de violence ou de négligence au cœur même d'une relation de gens qui non seulement se connaissent, mais se trouvent dans une relation où l'on s'attendrait à de la confiance. Sont ainsi interpellés les conjoints, les enfants, les petits-enfants, les amis, le voisinage et les dispensateurs de services. Cela comprend des dynamiques malsaines établies depuis plusieurs années tout comme des événements sans antécédents. En milieu d'hébergement, voire dans la dispensation de tout type de services par un organisme public, privé ou sans but lucratif, la maltraitance comprend aussi une dimension systémique qui s'éloigne d'une dynamique interpersonnelle pour embrasser les logiques organisationnelles pouvant se heurter aux besoins, voire à la dignité, des personnes âgées. Pensons ici à certains milieux d'hébergement, où l'approche dite de « milieu de vie » est de plus en plus implantée, dans lesquels les services sont organisés selon une logique administrative. Les horaires de lever, de coucher, de repas et de bains en sont de bons exemples. Pourquoi commencer à lever des gens en grande perte d'autonomie à 5 heures du matin afin que tous aient mangé, soient habillés et que les cabarets de déjeuner soient ramassés avant que les employés du quart de travail de nuit aient quitté ?

33. M. BLAIS, Préface dans M. BEAULIEU et J. BERGERON-PATENAUDE, *La maltraitance envers les aînés. Changer le regard*, Québec, P.U.L., 2012, p. XII.

34. World Health Organisation, *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*, World Health Organization, Geneva. (p. 1-4). (disponible aussi à <http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf>).

35. Ministère de la Famille et des Aînés, *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées – 2010-2015*, Gouvernement du Québec, Québec, 2010, (Disponible aussi à l'adresse <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Plan_action_maltraitance.pdf>).

On ne connaît que la pointe de l'iceberg quant à l'ampleur du phénomène de la maltraitance. Au Canada, deux études populationnelles faites par téléphone auprès de personnes âgées vivant à domicile ont révélé, à la fin des années 1980, que 4 %³⁶ puis, à la fin des années 1990, que 7 %³⁷ des personnes âgées vivant à domicile étaient maltraitées par leurs proches. Il serait erroné de penser que l'ampleur a doublé en dix ans ; ce sont plutôt les mesures qui se sont raffinées. Plusieurs auteurs, dont nous sommes, n'hésitent pas, en raison des limites méthodologiques de ces études et du fait que les situations en hébergement n'aient pas été incluses, à doubler voire à tripler ces données ; ainsi, 10 à 15 % des personnes âgées au Québec subiraient de la maltraitance. La collecte de données de la prochaine étude pancanadienne aura lieu à l'été 2013, à partir d'un questionnaire validé en 2011 comprenant à la fois des dimensions objectives (soit la présence ou non d'actions ou d'omissions), mais aussi une partie laissant la place aux personnes âgées afin qu'elles puissent qualifier ces actes et leurs impacts dans leur vie.

La maltraitance n'est pas sans conséquences psychologiques (atteinte à l'estime de soi, perte d'autonomie cognitive, dépression), physiques (blessures, maladie, faible indice de masse corporelle, grande perte d'autonomie physique), matérielles (absence ou limites de bien ou de moyens financiers) ou sociales (isolement). Une étude américaine³⁸ a démontré que les personnes âgées maltraitées ont non seulement plus de problèmes de santé que les autres, mais aussi qu'elles meurent plus jeunes que les personnes âgées non maltraitées.

La maltraitance soulève plusieurs questions en droit. Certaines situations peuvent être traitées en droit criminel ou en droit civil, mais peu de causes sont entendues par les tribunaux. Diverses raisons peuvent expliquer le nombre peu élevé de causes, dont le fait que les aînés portent peu plainte contre les gens qu'ils connaissent, mais aussi peut-être en raison de l'âgisme qui fait que leurs propos puis-

36. E. PODNIEKS, K. J. PILLEMER, J.P. NICHOLSON, T. SHILLINGTON et A. FRIZZEL, *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. The Ryerson Study*, Toronto, Ryerson Polytechnical Institute, 1990, p. 75.

37. V. POTTIE BUNGE, *Mauvais traitements infligés aux adultes plus âgés par les membres de la famille. La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Ottawa, Statistique Canada, 2000. [En ligne], <La%20violence%20familiale%20au%20Canada%20:%20un%20profil%20statistique> (page consultée le 30 janvier 2010).

38. M. S. LACHS, C.S. WILLIAMS, S. O'BRIEN, K. A. PILLEMER et M. E. CHARLSON, « The Mortality of Elder Mistreatment », (1998) 280(5) *Journal of the American Medical Association* 428-432.

sent être moins considérés que ceux de gens d'autres groupes d'âge. Le gouvernement fédéral a apporté une modification au *Code criminel* en décembre 2012, incitant les juges à considérer l'âge de la victime lors du prononcé de la sentence (projet de loi C-36). Au Québec, des initiatives se mettent en place pour mieux accueillir les causes où les personnes âgées sont les présumées victimes. Pensons, entre autres mesures, au projet novateur de la Cour municipale de Montréal où un juge et trois procureurs de la Couronne pratiquent un droit visant moins les sentences exemplaires qu'une justice réparatrice permettant la reconnaissance de la personne âgée victimisée. Mis à part des enjeux liés au droit criminel et au droit civil, la maltraitance est aussi abordée sous l'angle de la défense des droits visant à dénoncer les situations où une personne fut discriminée dans diverses situations. Pensons par exemple à celles qui se sont vu imposer un traitement médical, refuser son droit de vote, retirer son droit à l'intimité ; limiter ou retirer son droit de recevoir des appels téléphoniques ou de la visite ou celles qui ont été empêchées d'exercer leur droit de pratiquer leur religion. (Fondation pour le Bien Vieillir et le CLSC René Cassin / Institut de gérontologie sociale du Québec pour le RQCAA, 2004 ; Nerenberg, 2006, 2008)³⁹.

La lutte à la maltraitance envers les personnes âgées a fait l'objet d'initiatives publiques spécifiques (trois rapports, un avis, un plan d'action et une politique) et de diverses directives récentes, moins spécifiques, dans des documents publics émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (une orientation, un plan d'action, une politique et une loi). On peut donc parler d'un sujet d'actualité au Québec. Attardons-nous spécifiquement à deux de ces documents.

En 2010, le gouvernement du Québec adoptait le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. Cette politique publique, fort attendue car la première en la matière, fut assortie d'un budget de 20 000 000 \$ pour son implantation. Ce plan d'action a été élaboré sous la direction de la ministre responsable des aînés, en collaboration avec 12 ministères et organis-

39. Fondation pour le bien-vieillir et le CLSC René-Cassin/Institut de gérontologie sociale du Québec. Pour le RQCAA (2004). [En ligne], [http://www.bienvieillir-vitalaging.com/what_programs_f.html] (Page consultée le 9 juin 2010) et Nerenberg, L., « Abuse in Nursing Homes. Special Research Review Section. National Center on Elder Abuse Newsletter, mai, 2002. [En ligne], [http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/main_site/library/Statistics_Research/Research_Reviews/Abuse_In_Nursing_Homes.aspx] (page consultée le 15 novembre 2010). Voir aussi L. NERENBERG, « Communities respond to elder abuse », (2006) 46(3) *Journal of Elder Abuse and Neglect* 5-33.

mes gouvernementaux. En étant gouvernemental plutôt que sous l'égide d'un seul ministère, ce plan d'action dispose d'un puissant effet de levier : chacun des ministères et des organismes gouvernementaux signataires sont imputables de son contenu et responsables de l'application d'une ou de plusieurs des actions qui y sont contenues. Divers dispositifs de suivi et d'évaluation ont donc été mis en place, tel un comité interministériel auquel il incombe de faire le point à chaque année, afin de rendre compte des améliorations observables dans l'action.

Sachant que les pratiques gagnantes pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées passent par la protection sociale des plus vulnérables, des intervenants ont bénéficié d'une formation initiale adéquate et ont eu droit à des mises à jour de pointe par l'intermédiaire de formations continues, l'organisation des services a été révisée pour y favoriser la continuité intersectorielle (ce qui permet à la personne âgée maltraitée de ne pas avoir à répéter son histoire à chaque nouvel intervenant) tout comme la collaboration interprofessionnelle (reconnaissant ainsi que divers intervenants doivent conjuguer leurs actions). Le plan d'action ne crée toutefois pas de nouveau service d'intervention directe qui viendrait supplanter les actions déjà menées par divers acteurs, mais propose plutôt quatre actions structurantes et plus d'une trentaine d'améliorations à l'intérieur même des services déjà dispensés par les ministères et les organismes gouvernementaux. Ainsi, les quatre actions structurantes consistent en le déploiement d'une campagne de sensibilisation du grand public ; la création d'une chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées ; la mise sur pied d'une ligne d'écoute professionnelle (*Aide Abus Aînés*) ; et la création de vingt postes de coordonnateurs régionaux.

Campagne de sensibilisation. Une vaste campagne de sensibilisation du public comprenant un dépliant, une affiche et une publicité télévisée a été déployée. La publicité télévisée se terminait par le numéro de la ligne téléphonique *Aide Abus Aînés*, ce qui a occasionné un volume important d'appels, particulièrement dans les moments suivant sa diffusion. Cette campagne télévisée, ayant été couronnée par un prix de publicité sociétale et mettant en vedette, dans son propre rôle, un homme de spectacle âgé et fort apprécié du public, énonçait en quoi consiste la maltraitance et nommait l'urgence de savoir la reconnaître pour mieux agir. Le message social lancé fut simplement : Aimons, soutenons, agissons.

Chaire de recherche. La Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, la seule au monde dans le domaine, est sise à l'Université de Sherbrooke. Elle vise à : 1) développer des connaissances théoriques, empiriques et pratiques (praxéologiques), d'une part, sur les facteurs de vulnérabilité et de risque associés à la maltraitance et, d'autre part, sur les conséquences de la maltraitance ; 2) former du personnel hautement qualifié susceptible de mieux contrer la maltraitance envers les personnes âgées et de mieux comprendre ses enjeux ; 3) formuler un programme de recherche évaluative des actions (prévention, dépistage et intervention) les plus diversifiées, les plus complémentaires et les plus efficaces pour prévenir et contrer la maltraitance ; 4) diffuser les résultats auprès de la communauté scientifique et les transférer aux milieux de pratique (notamment par la formation d'intervenants) ; 5) utiliser la Chaire comme levier de financement afin d'obtenir des fonds complémentaires permettant d'approfondir chacun des axes susmentionnés.

Ligne téléphonique « Aide Abus Aînés ». La ligne téléphonique sans frais *Aide Abus Aînés* est accessible de partout au Québec entre huit heures et vingt heures. Elle répond à la fois aux appels de citoyens (aînés eux-mêmes, proches, voisins, etc.) et d'intervenants nécessitant un soutien clinique lorsque confrontés à des situations de maltraitance dans leur pratique. Cette ligne téléphonique, qui offre un service d'écoute par des professionnels du travail social ou de l'intervention psychosociale, vient remplacer une ligne téléphonique provinciale antérieure dispensant le même type de service, mais par des bénévoles. Bien que les répondants à la ligne téléphonique soient situés à Montréal, ils sont en mesure, avec l'accord de l'appelant, de le diriger vers des services directs dans sa région. Ce faisant, un service de référence se couple à l'écoute. De plus, les professionnels de cette ligne téléphonique ont le mandat de former le personnel des 95 centres de santé et de services sociaux du Québec afin d'assurer une réponse locale adaptée et cohérente partout dans la province. Le personnel de la ligne téléphonique reçoit en moyenne 14 appels par jour.

Coordonnateurs régionaux. Le Québec comprend 17 régions socio-sanitaires. Dans chacune d'elles, un coordonnateur a été nommé afin, d'abord, de faire un portrait de la situation de la lutte contre la maltraitance et de son ampleur dans sa région et de dresser la situation de la richesse de son panier de services. On peut donc parler d'une première phase de travail de type diagnostic. Par la suite, les coordonnateurs régionaux ont proposé un plan d'action afin d'améliorer la situation. Ainsi, dès l'automne 2012, chaque coordon-

nateur régional a été amené, en s'appuyant sur son plan régional d'action, à animer son milieu et à favoriser les actions des divers organismes locaux et régionaux et le développement ou le maintien du travail intersectoriel de lutte contre la maltraitance. Il importe de préciser que le nombre de coordonnateurs régionaux s'élève à 20, et non à 17, car trois d'entre eux se sont vu confier des mandats transversaux aux régions : communautés culturelles, communautés autochtones (Amérindiens et Inuits) et ententes spécifiques avec les Cris et les Premières Nations de la Baie James.

Les changements au sein des services actuels visent cinq cibles : développer les connaissances, accroître l'information, améliorer l'offre de formation et mieux outiller les intervenants, renforcer et étendre des actions afin de mieux contrer la maltraitance et d'intensifier la concertation. Chacune de la trentaine d'actions réparties sous ces cinq cibles est sous l'imputabilité d'un ministère ou d'un organisme gouvernemental qui doit effectuer des redditions de compte annuelles. À titre d'exemple, il incombe au ministère de la Justice de proposer des mécanismes qui accordent aux professionnels le droit de lever le secret professionnel, non seulement dans des situations urgentes où il y a menace pour la vie d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable (comme le prévoit déjà le *Code des professions*), mais aussi dans des situations où il est estimé que la personne a besoin de plus de protection en raison de sa situation personnelle ou sociale.

La lutte contre la maltraitance est inscrite dans le troisième volet de la politique *Vivre et vieillir ensemble chez soi*. Deux actions sont proposées : 1) poursuivre la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* et assurer la pérennité de ses objectifs ; 2) soutenir la réalisation de projets s'inscrivant dans les orientations du plan d'action.

CONCLUSION

Bien que les défis soient nombreux en matière de vieillissement, nous avons montré, à travers trois thématiques centrales, soit l'âgisme, le besoin de soutien et la maltraitance envers les personnes âgées, que le Québec a déjà mis en place certaines actions visant à en contrer les effets négatifs. Bien sûr, beaucoup de chemin reste à parcourir et nous avons bien à gagner de pratiques interprofessionnelles permettant de lier les expertises de gérontologues sociaux (ce que nous sommes) et de juristes pouvant aider à ce que les lois et les règlements traduisent le mieux possible la réalité des personnes âgées et

leurs besoins. Loin de faire reposer les changements nécessaires sur les seules épaules des individus, il importe aussi de continuer à mieux coordonner nos actions par des approches intersectorielles qui font en sorte que les aînés n'aient pas à raconter leur histoire des dizaines de fois pour obtenir un service.

Un lecteur attentif aura remarqué que nous avons volontairement fait très peu usage du concept de vulnérabilité dans ce texte. La vulnérabilité des personnes aînées pose de nombreuses questions dans le champ du social et du psychosocial, alors que celle de leur fragilité en soulève tout autant du côté biomédical. Comme le souligne Franco⁴⁰, la fragilité sert souvent de vecteur aux actions professionnelles gérontologiques qui nécessitent une réponse concertée de plusieurs praticiens. Ces deux concepts, soit vulnérabilité et fragilité, semblent interchangeable ou synonymes⁴¹, en particulier dans la littérature biomédicale. Alors que Bergman, Béland, Kurunanthan, Hummel, Hogan et Wolfson⁴² ont tenté de conceptualiser la fragilité dans le contexte du vieillissement, on retrace peu, voire pas, de travaux qui en font autant avec la notion de vulnérabilité.

Le mot vulnérable trouve son origine dans la racine latine *vul-nus*, qui signifie blessure ; serait donc vulnérable la personne susceptible d'être blessée ou attaquée⁴³. Dans le domaine du vieillissement, il réfère à la détection et à la correction d'handicaps possibles⁴⁴. L'usage quotidien de l'expression « être vulnérable » renvoie au sens commun « d'être à risque », d'être exposé à des éléments négatifs ou à des dangers⁴⁵. « La vulnérabilité traduit, dans le langage commun, une faiblesse, une déficience, un manque, une grande sensibilité spécifique à partir desquels l'intégrité d'un être, d'un lieu, se trouve menacée d'être détruite, diminuée, altérée »⁴⁶. Bien que la vulnérabi-

40. A. FRANCO, « Gériologie, nouveau paradigme », (2010) 2 *Les cahiers de l'année gériologique*, 141.

41. P. GODEAU, *Vulnérabilité : un concept d'avenir ?*, Elsevier, 2002, p. 19-25, retracé le 31 octobre 2010. <<http://www.l-institut-servier.com/download/vv/2.pdf>>.

42. H. BERGMAN, F. BELAND, S. KURUNANTHAN, S. HUMMEL, D. HOGAN et C. WOLFSON, « Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité pour l'initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement », (2004) 2(109) *Gériologie et Société* 15-29.

43. Dictionnaire *Le Petit Robert*, 2011, p. 2748.

44. J. RICHARD, (2004) « Résilience et vulnérabilité », (2004) 2(109) *Gériologie et société* 109-125.

45. L. K. GEORGE, Vulnerability and Social Factors, dans Z. HAREL, P. EHRLICH et R. HUBBARD, *Vulnerable Aged: People, Services, and Policies*, New York, Springer Publishing Company, 1990, p. 86-100.

46. Y. Morhain, *Vulnérabilité, invulnérabilité et risque*, Texte retracé le 31 octobre 2010 <<http://cbad.pagesperso-orange.fr/journees/jour6/textes/Morhain.htm>>.

lité ne soit pas un état stable⁴⁷, on observe une certaine tendance à des catégorisations fermées, sans possibilité de révision apparente, non seulement pour désigner l'état d'une personne, mais aussi pour opérer des classifications d'individus selon leur appartenance à des groupes mutuellement exclusifs : les vulnérables et les non vulnérables.

Sur un plan plus théorique, quelques cadres d'analyse permettent d'éclairer le sujet. Nous retenons particulièrement les travaux de Fougeyrollas⁴⁸ sur le processus de production du handicap en tant que manifestation de cette vulnérabilité. Ce modèle distingue les facteurs intrinsèques liés aux déficiences et aux incapacités, des facteurs extrinsèques qui, eux, sont liés aux obstacles environnementaux et aux habitudes de vie aboutissant à des accommodements possibles. Bien qu'il ne faille pas conclure que nous associions handicap et vulnérabilité des personnes âgées, ce cadre a le mérite de dépasser la simple condition de la personne pour y englober une lecture dynamique de tout son environnement. En d'autres mots, des déterminants structureaux de l'environnement et du contexte social contribuent à la production de la vulnérabilité⁴⁹. La vulnérabilité ainsi entrevue ouvre la voie à des accommodements possibles et à un soutien social plus adéquat.

Les travaux de George – qui, il faut le mentionner, ont déjà 20 ans – soulignent que malgré le fait que le concept de vulnérabilité apparaissait comme étant fort populaire dans le champ gérontologique, il est mal défini et non conceptualisé. Ainsi, dans le domaine du vieillissement, le concept de vulnérabilité est présent, voire omniprésent, de façon directe ou putative sans pour autant avoir fait l'objet d'une réelle réflexion sur sa définition et son usage. Ce faisant, sans rejeter l'usage de la notion de vulnérabilité, nous optons pour une approche prudente. Dans le champ de la maltraitance, par exemple, la vulnérabilité peut être une conséquence de la maltraitance plutôt

47. *Ibid.*, note 41, p. 19.

48. P. FOUGEYROLLAS, « L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : Enjeux socio-politiques et contributions québécoises », (2004) 4(2) *Pistes* 1-26.

49. M.-H. SOULET, « La vulnérabilité, un problème social paradoxal », dans *Penser la vulnérabilité, visages de la fragilisation du social, sous la direction de Viviane Châtel & Shriley Roy*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2008, p. 65-87, p. 75 ; M. PERREAULT, « Une vulnérabilisation qui rend vulnérable au VIH/SIDA », dans *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2008, p. 149-163, p. 154.

qu'une condition présente en amont de l'incident. En droit, il y a lieu de se demander pourquoi on veut légiférer ou qui l'on souhaite protéger : l'ensemble des personnes âgées ou seulement celles qui nous semblent vulnérables ?

