



Comité national d'éthique
sur le vieillissement

LA PROCHE AIDANCE : REGARD ÉTHIQUE

Document de synthèse

Comité national d'éthique sur le vieillissement

MANDAT ET OBJET D'ÉTUDE

Le Comité national d'éthique sur le vieillissement a choisi de travailler sur le thème des proches aidants, afin de contribuer aux réflexions entourant l'écriture d'une politique qui leur sera prochainement dédiée. Initiative que le Comité souhaite souligner.

Plusieurs éléments de contexte sont à mettre de l'avant :

- La proche aidance a toujours existé et elle a été davantage assumée par les femmes et dans la sphère domestique;
- Ce phénomène de la proche aidance n'a jamais eu, jusqu'à présent, la reconnaissance des institutions ; c'est l'évolution sociale et la reconnaissance des droits de la personne qui ont amené les institutions à intervenir;
- Aujourd'hui, les proches aidants dénoncent davantage le manque de ressources et leur épuisement;
- Les proches aidants sont devenus un véritable enjeu de société.

Pour ce document, le comité a souhaité plonger au cœur des valeurs et des enjeux éthiques de la proche aidance, un vocable que le comité utilisera dans le document pour désigner l'aspect plus global de ce que vivent les proches aidants. Cette contribution originale est fondée sur les réflexions éthiques et philosophiques des membres, et parfois aussi sur l'expérience de plusieurs d'entre eux comme proche aidant.

Note :

Le présent document est une synthèse de la réflexion du Comité.

Nous invitons les lecteurs à consulter le document intégral pour s'imprégner de toute l'essence et la profondeur de la réflexion.

UN « PROCHE AIDANT » POUR LE COMITÉ

Le comité a conscience qu'il existe autant de profils de proches aidants qu'il y a de personnes aidées, et que cela dépend d'une variante infinie d'éléments. Pour son document de réflexion, le regard du comité s'est posé sur une définition plus restrictive de la proche aidance, qui comprend un lien affectif et des impacts significatifs, comme c'est le cas pour les proches aidants de personnes en incapacité ou en perte d'autonomie fonctionnelle.

Aussi, pour le comité, un proche aidant est :

toute personne qui, par l'aide qu'il apporte à son proche pour qui il nourrit un lien affectif, en subit des impacts significatifs. Il sera question alors de plusieurs paramètres autour de la modification du rôle de proche en proche aidant, incluant le type d'aide, l'intensité de l'engagement, la sensation de lourdeur dans la tâche, les ajustements du quotidien, les impacts sur les habitudes de vie.

LES VALEURS DE LA PROCHE AIDANCE

Les membres ont discerné quatre grandes valeurs dans la proche aide, traversées par deux éléments que sont la responsabilité et les différences culturelles.

La première grande valeur est la dignité, que les membres considèrent comme étant au début et à la fin de toute action du proche aidant envers l'aidé, en étant tout à la fois moteur de l'action et boussole des intentions. La dignité est la valeur englobante qui sous-tend les trois autres que sont l'autonomie, la bienveillance et la justice.

Afin de visualiser facilement ces valeurs, les membres ont élaboré le Cadre général de réflexion que voici :

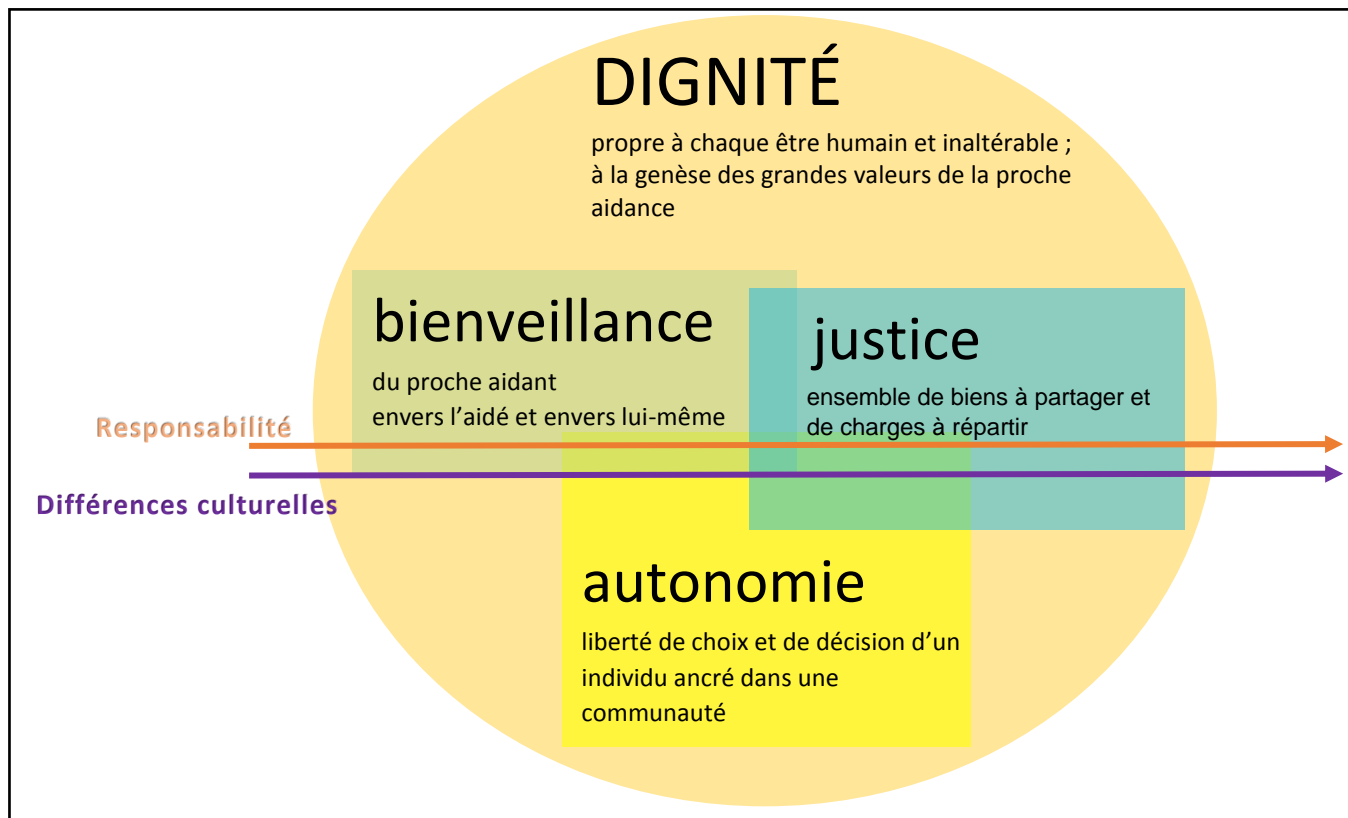


Figure 1 – Cadre général de réflexion des valeurs en jeu dans la proche aide

Voici quelques repères pour bien saisir le sens des valeurs présentées ici :

La dignité : réfère à la dignité *intrinsèque* qui est la reconnaissance de la valeur et de la grandeur de l'autre, liée à toute personne, qui donne sens à tout, en plus d'être à *la genèse* des actions qu'elle motive. C'est au nom de la dignité qu'on ne peut pas traiter l'humain comme un moyen, mais comme une fin ; traiter l'humain comme un moyen revient à le considérer comme un objet, à le traiter comme une chose qu'on utilise et dont la valeur varie selon nos besoins et nos désirs. L'humain est alors échangeable et vendable, ce qui contrevient à la valeur de dignité dans toute son essence.

❖ **La dignité dans le langage populaire**

Parlant de dignité, le langage populaire réfère à une image de soi qui dépend fortement de l'autonomie *fonctionnelle* uniquement centrée sur la *capacité physique* de la personne, notamment, d'effectuer des activités de la vie quotidienne telles que, par exemple, marcher, manger, se laver. Ou encore sur *la capacité cognitive* telle que la compréhension, le jugement, la mémoire. En réalité, il est question ici de la dignité dite extrinsèque ou subjective, c'est-à-dire tributaire du regard qu'on pose sur les capacités physiques ou cognitives d'une personne. L'autonomie *fonctionnelle* a cela de particulier qu'elle peut être altérée avec le temps, la maladie ou le handicap. Ce qui ne sera jamais le cas pour la dignité intrinsèque.

L'autonomie : Lorsque le comité réfère à l'autonomie, il considère l'autonomie de la personne humaine telle que pensée en bioéthique, qui est le fait de se donner sa propre loi ; il est question ici d'une autonomie raisonnable d'un humain ancré dans une communauté. La personne humaine n'est pas un objet dont on détermine du dehors le comportement. Elle est un être libre et autonome, responsable de ses choix. En bioéthique, on va parler d'autodétermination et d'inviolabilité de la personne. Exemple : faire ses choix de vie propres, autoriser les soins et interventions à son endroit, décider pour soi-même.

❖ **L'autonomie ne doit pas être confondue avec l'autonomie *fonctionnelle* pensée dans le système de santé et largement répandue dans la population**

Même si une personne souffre de démence et qu'elle est moins rationnelle ou raisonnable, et que son autonomie *fonctionnelle* est altérée par la maladie, cela n'a **aucune incidence sur sa dignité intrinsèque**, qu'elle possède depuis sa naissance et jusqu'à son dernier souffle.

La bienveillance se situe au niveau du respect de la dignité d'autrui. Elle s'inscrit ici dans une relation entre deux personnes, l'une ayant besoin de ce que l'autre lui apporte en terme d'aide, de soutien, d'affection. La bienveillance se vit de l'intérieur par le sentiment qui lui est lié, ou qui permet à la personne de motiver son action d'aide ou de soutien, dans le présent et dans le temps. Les sentiments liés à la bienveillance sont, notamment, l'altruisme, la compassion, la dévotion et la sécurité. On répond à la bienveillance par **la sollicitude**.

La justice s'applique à tout un chacun sans distinction. Pour le philosophe Ricœur, il s'agit de souhaiter la vie bonne à tous, connus ou inconnus de moi, à celui que je connais et que j'aime comme à tous ceux

que je ne connais pas. La justice est alors un ensemble de biens à partager et de charges à répartir telles que les rôles, les avantages et les désavantages entre les membres de la société.

ENJEU 1 : EST-ON LIBRE D'ÊTRE PROCHE AIDANT ?

La question se pose d'autant plus qu'on ne sent pas tout de suite qu'on devient captif, tant l'engagement peut se faire très graduellement selon la maladie ou le handicap dont souffre la personne à aider. Cela en plus du fait que, bien souvent, un proche aidant ignore presque tout de ce qui l'attend vraiment.

On n'est pas libre parce que souvent c'est une promesse...

Il y a d'abord la promesse, quand un proche aidant a osé promettre de prendre soin de l'aidé jusqu'au bout à domicile. Une promesse qui n'est pas toujours tenable, tant les besoins de l'aidé peuvent évoluer jusqu'à demander une surveillance permanente.

On n'est pas libre parce que se sentir responsable c'est se sentir obligé

Il y a aussi la responsabilité que le proche aidant endosse, et qui le fait se sentir obligé. Cette responsabilité est liée à plusieurs facteurs. Le premier est sans doute cet aspect culturel, cet allant de soi dans l'aide à son prochain, dès lors qu'il y a lien de parenté, qu'il soit père, mère, enfant, conjoint(e), et qui fait parallèlement écho à une forme de pression sociale entre le devoir de jouer ce rôle et la liberté première de le choisir ou pas. Pour une part au moins, on peut avancer qu'on n'est pas totalement libre en raison de ses liens affectifs et familiaux. Un second facteur pourrait être lié au contexte du système de santé : si la personne est renvoyée à domicile, il faudra bien que quelqu'un prenne le relai du personnel soignant. Et de peu en peu, la responsabilité du proche aidant sera liée au sentiment que c'est lui qui saura le mieux répondre aux besoins de l'aidé, tant il deviendra l'expert de sa situation à lui et de celle de l'aidé.

On n'est pas libre d'être proche aidant parce que sinon, on se sent coupable

Un des pendants de cette responsabilité est la culpabilité qui touche de multiples dimensions :

- la culpabilité de ne pas en faire assez ou de ne pas savoir faire mieux;
- la culpabilité de ne pas consacrer tout son temps à l'aidé :
 - Dans la sphère professionnelle : le proche aidant pourra se sentir de plus en plus tiraillé entre ses obligations professionnelles et celles qui le lient, bon gré mal gré, à l'aidé. Bien souvent, la solution sera de quitter son travail pour pouvoir se consacrer pleinement à l'aidé.
 - Dans la sphère des activités de loisirs ou du repos : le proche aidant se sentira tiraillé entre la volonté de se consacrer à l'aidé, et celle de s'en détacher temporairement pour penser à soi. Certains choisiront in fine de ne plus prendre de temps pour eux pour éviter de vivre perpétuellement dans le déchirement, ou se ménageront quelque activité dans l'environnement immédiat de l'aidé, afin d'assurer une présence continue sur place, juste « au cas où ».
 - Dans la sphère des soins, puisque le proche aidant n'est pas un professionnel en ce domaine. Prenons un exemple : lorsqu'un proche aidant fait les injections d'insuline, jusqu'à quel point est-il protégé en cas d'erreur grave ? Qui est responsable ? Autre exemple, en fin de vie, lorsque le proche aidant peut administrer de la morphine pour soulager la souffrance de l'aidé.

Il pourra alors continuer à vivre en se posant inlassablement la question de savoir si c'est lui ou la maladie qui a eu raison de l'être cher.

- Dans la sphère de certaines décisions, notamment celle de recourir à un centre d'hébergement. La culpabilité pourra traduire un sentiment d'échec face à cette promesse ou cette volonté des premiers temps de ne jamais « en arriver là ». En poussant plus loin : par empathie, le proche aidant pourra aussi percevoir ou imaginer le sentiment de trahison qu'il inflige à l'aidé, et se sentir coupable de susciter cette souffrance.

Et une fois l'aidé hébergé, le proche aidant, expert de la situation et de la vie de l'aidé, verra son rôle modifié, allégé, épuré peut-être. Cela s'accompagnera d'autres éléments difficiles dans la perte d'un quotidien à deux ou le questionnement intime autour de la raison d'être du proche aidant. D'autres contraintes apparaîtront dans les déplacements pour rendre visite à l'aidé, comme le moyen de transport ou le coût du stationnement le cas échéant.

Sur place, l'intégration du proche aidant sera variable ; ne pourra-t-on alors lire dans l'insatisfaction du proche aidant, nourrie par la culpabilité, la frustration et la peine de ne plus être pleinement présent, la remise en question du rôle de proche aidant dans cet impérieux besoin de se sentir encore « utile » à l'aidé ?

En proie aux doutes ou aux erreurs, le sentiment de culpabilité pourra devenir envahissant, dessinant ainsi les contours de la liberté toute relative que l'être humain se donne ou non, pour lui-même ou pour un autre.

On n'est pas libre parce qu'il y a peu ou pas de soutien offert à l'aidé

L'idée que « l'aidant se sent responsable parce que personne ne prend le relais » est confirmée par le manque de services disponibles ou offerts, manque davantage criant selon les régions (disparité régionale). On constate que certains établissements de santé donnent plus de services que d'autres ; on en revient à la valeur de justice dans la répartition équitable des ressources de soutien.

Le proche aidant pourra partir en quête d'aide, pour lui-même ou pour l'aidé, mais il sera loin de pouvoir toujours l'obtenir et, en désespoir de cause, il se rendra à l'urgence. De fait, le proche aidant se sentira obligé d'assumer la continuité des soins, soit parce qu'il n'y a pas de ressources suffisantes disponibles, soit, dans les cas les plus aigus, pour ne pas recourir à l'hébergement.

On n'est pas libre parce que la sécurité de l'aidé est plus importante que la liberté de l'aidant

Le proche aidant pourrait privilégier sa liberté et ses choix pour lui-même, et ne pas tenir compte des impacts potentiels sur la sécurité de l'aidé. Mais la société ne valorise pas cette approche, car la pression sociale va plutôt dans le sens du maintien des personnes en sécurité. De fait, l'aidant vit perpétuellement un dilemme entre son propre bien-être, et celui de l'aidé et de sa sécurité. Pris dans cette spirale, les proches aidants se retrouvent coincés, en émiettant plusieurs des sphères constituant leur capacité d'agir.

La liberté, c'est la latitude

La liberté du proche aidant ne se limite pas au fait d'avoir par exemple tous les services pour l'aidé. Le proche aidant, de par ce lien privilégié qu'il partage avec l'aidé comme de par son expertise du quotidien, sera toujours nécessaire. Ses actions et son dévouement sont mus par sa bienveillance et sa sollicitude

pour la personne aimée qui a besoin d'aide et de soutien. De sorte que l'aidant ne sera jamais totalement libre puisqu'aussi, il aimera à s'impliquer auprès de son proche.

La question de la liberté ne se pose plus comme celle d'une liberté absolue exempte de contraintes – ce qui est irréaliste – mais bien plus par rapport à la *latitude* qu'on a ou non pour aider. Cela englobe ainsi plusieurs dimensions :

- Le fait que les proches aidants n'anticipent pas ce que deviendra leur vie et finissent par se retrouver enseveli sous le poids des responsabilités qu'ils endossent, invite à travailler sur l'amélioration du continuum du rôle de proche aidant, plutôt que ponctuellement ou au cas par cas.
 - Ce qui signifie de combler les besoins au fur et à mesure, d'y aller en amont, d'anticiper les étapes, le tout par le biais d'un *accompagnement* au proche aidant.

Les avantages :

- ◆ Permettre au proche aidant de se soulager de sa seule quête des services appropriés pour l'aidé, et peut-être de pouvoir accorder du temps à ses propres besoins.
- ◆ Comblent plusieurs impératifs : le préparer à sonder ses propres limites, trouver du soutien pour éviter de les franchir, et garder le plaisir d'aider. Ou en termes philosophiques : à l'aider à ne pas porter atteinte à sa propre dignité, et à ne pas basculer dans le sacrifice de soi.

Les pistes de solutions :

- ◆ Que les équipes soignantes s'enquière de savoir comment va le proche aidant, s'il est toujours confortable dans son rôle, s'il souhaite continuer à l'endosser. En gériatrie, cette démarche est peut-être davantage présente, mais lorsque l'aidé est hospitalisé, l'équipe soignante *de tous les départements et services* devrait aussi se préoccuper du proche aidant.
- ◆ Organiser un soutien axé sur une responsabilité collective : réseau, soutien collectif, soutien des autres membres de la famille, des amis. On retrouve ici la valeur de justice. Cela aidera le proche aidant à préserver sa propre autonomie, sa liberté de choix. Ce sera le cas s'il ne se sent pas « prisonnier », s'il peut s'absenter quelques jours ou quelques heures, s'il se sent bien entouré, mais aussi et surtout, s'il sait l'aidé en sécurité.

Pour tout cela, des institutions réellement justes, une distribution vraiment équitable des responsabilités et des services, viendront en contrepoids du sentiment de captivité dans la proche aidance, pas pour rendre les proches aidants totalement libres, ce qui serait illusoire, mais pour leur donner la latitude de choisir pleinement leur rôle.

ENJEU 2 : FRONTIÈRE ÉTAT ET PROCHES AIDANTS : RESPONSABILITÉS, OBLIGATIONS

Les membres font le constat aujourd'hui que le balancier penche trop du côté du proche aidant sans qu'il ne soit possible de discerner où est la responsabilité de l'État. La question se pose : qu'est-ce qui a dérapé ? Qu'est-ce que l'État devrait faire ?

État : de la responsabilité de guérir à celle de soulager

Les progrès de la médecine ont permis au fil du temps d'allonger l'espérance de vie. Un des corollaires a été notamment la présence accrue de maladies chroniques qui nécessitent d'autres interventions pour éviter les complications et soulager les patients. L'accent a plus été mis sur la qualité de vie que sur l'acharnement curatif. Ainsi, si jadis, la responsabilité de l'État était plutôt de guérir, les progrès de la médecine comme les changements de mentalité dans la société l'ont modulée vers une responsabilité de soulager.

De l'État providence aux proches aidants « providence »

Dans le contexte d'un État qui ne guérit plus mais soulage, l'État doit nécessairement continuer à être un fournisseur de services pour le mieux-être des patients atteints de maladies chroniques, invalidantes ou incapacitantes, à quelque degré que ce soit. Or, à partir des années 1980, fin de l'époque de l'État providence, l'État se désengage de plus en plus pour réduire ses dépenses. Si bien que la responsabilité de l'État providence de jadis est de plus en plus dévolue aux personnes malades, à leurs proches, ainsi qu'aux sphères communautaires et privées, surtout depuis la réorganisation du système de santé de 1995.

Cette réorganisation, qui a mis l'accent sur la diminution de la durée d'hospitalisation et a favorisé la prestation de soins à des personnes capables de se déplacer, a créé un déséquilibre accru qui a fait pencher la balance de l'aide, des services, du soutien, et même des soins, et selon les régions, presque exclusivement du côté des proches aidants. Ainsi, le système a pris appui sur une frange de la population vulnérable, de tous âges, bien souvent repliée sur elle-même et livrée à ses propres forces, et qui se sent captive de ce rôle qu'elle se sent obligée d'endosser. Le tout fournit à l'État une manne d'individus tout désignés pour accepter cette responsabilité, et ce, dans les meilleures comme dans les pires conditions. Ceci contrevient à la valeur de justice.

La création de « partenaires » ou la responsabilisation de l'individu

Un des maîtres mots de cette époque est bien celui de « partenaire », qui met l'accent sur les responsabilités individuelles.

Ainsi, dans le réseau de la santé, les usagers et leurs proches sont responsables presque à part entière de leur qualité de vie et de la gestion du quotidien à tous les niveaux, jusqu'à même la dispensation des soins. Mais une question demeure : qu'advient-il des personnes qui n'ont plus les capacités de prendre leurs propres décisions, et qui ont besoin d'accompagnement ? La logique semble aller dans le sens de

ce qui se passe déjà : tout retombera sur les épaules de la famille qui se résume bien souvent, dans le quotidien, par un seul proche aidant.

Ainsi, en terme de partenariat, le proche aidant devient un partenaire pour l'aidé, mais pas pour lui-même – puisqu'il ne sera jamais question de lui, mais de l'aidé.

Le proche aidant devrait pouvoir être aussi au centre de l'approche partenariale, pour lui-même dans la gestion de sa propre vie et de sa santé. Ce qui n'est, pour l'heure, pas le cas.

Autonomisation (empowerment) : quand la responsabilisation individuelle (pour l'autre) va trop loin

Dans les grandes lignes, l'autonomisation (ou *empowerment*) se définit comme un processus qui vise à développer ou renforcer l'autonomie, en vue d'influencer le cours de sa vie ou de celle de sa communauté (Charpentier et Soulières, 2007 : 131).

Rendre les individus autonomes dans la gestion des situations qui les concernent est un objectif fort louable. Le problème est plutôt celui du déséquilibre entre la déresponsabilisation de l'État en matière de services à fournir à domicile versus la responsabilité accolée aux individus. L'un compensant à l'excès pour l'autre dans les dernières décennies. Et le glissement s'est fait ainsi : compte-tenu de la délégation accrue de la responsabilité des soins à domicile aux patients et à leurs proches, l'autonomisation s'est concentrée sur celle du proche aidant dans l'aide à l'autre, à l'aidé, à sa maladie et à ses besoins.

Cette autonomisation s'applique donc à soi, mais pour la vie d'un autre que soi, dans les rôles multiples de soignant, d'aidant, d'aide-ménagère, d'aide aux activités de la vie quotidienne, etc. Ce constat interpelle la valeur de dignité, puisque le proche aidant, on le voit, est traité et se traite lui-même comme un moyen, et non pas comme une fin.

Il manque ici une dimension importante : l'autonomisation du proche aidant dans la gestion de sa propre vie, dans toutes les dimensions (professionnelle, familiales, de loisirs, de santé, etc.) qui la composent. Et sur le terrain, les exemples de ces proches aidants qui se sont totalement dévoués à l'aidé jusqu'à épuisement ne manquent pas. Certains ont su devenir les plus grands experts de l'aidé et de la manière de combler ses besoins le mieux possible ; mais ils se sont oubliés jusqu'à s'épuiser. Ou dit de manière philosophique : le proche aidant et la société ont oublié d'être bienveillants envers lui.

Les éléments s'imbriquant tous les uns dans les autres, le problème demeure inlassablement le même : les patients et les proches aidants ne peuvent pas remplacer ou pourvoir indéfiniment à tout ce dont ils ont besoin pour (se) soigner adéquatement. Si le patient a besoin d'un proche aidant pour recouvrer la santé ou être maintenu à domicile, pendant un temps plus ou moins long, le proche aidant devra tout à la fois devenir soignant, aidant, aide-ménagère, aide aux activités de la vie quotidienne, rester un parent ou un ami à part entière tout en continuant à vivre sa vie dans toutes ses dimensions, couple, famille, amis, travail, loisirs, etc.

N'y aurait-il pas lieu de s'assurer que la volonté d'autonomisation ne se limite pas aux seules tâches et rôle de proche aidant ? Que cette volonté d'autonomisation touche aussi les proches aidants dans la gestion de leur propre vie, plutôt que de se restreindre à la seule gestion de la santé et de la vie de l'autre, de l'aidé ? Finalement, de respecter la dignité du proche aidant en ne le traitant plus seulement comme un moyen ?

L'État se doit d'être un vrai partenaire

Face à ces constats et questionnements, le comité répond que l'État se doit, lui aussi, de devenir un *vrai* partenaire. Ce qui signifie qu'un jeu d'équilibre reste à faire pour ne plus tout faire endosser au seul proche aidant, en le réduisant à être un moyen et non une fin. On en revient à la valeur de dignité.

Devenir partenaire signifie ici participer au partage des responsabilités plutôt qu'à leur délégation, tout en étant sensible aux limites du proche aidant et en acceptant d'endosser sa part de responsabilité.

Le proche aidant est bien sûr un partenaire incontournable – il est d'ailleurs considéré comme tel par le système de santé. Mais puisque le proche aidant n'est pas libre, est-il à l'aise dans son rôle et dans les responsabilités qu'il endosse bon gré mal gré ? La question se pose avec d'autant plus d'acuité lorsqu'il doit aussi devenir un soignant.

Voici quelques-unes des clefs qui peuvent répondre à ces préoccupations :

- ◆ Fournir au proche toutes les informations connues sur le rôle de proche aidant, sur ce que signifie soutenir une personne à domicile, afin qu'il accepte de remplir ce rôle au moins de manière éclairée.
- ◆ S'ajuster à la réponse et à la réalité du proche aidant, et mettre la notion du choix et du respect des limites au centre du partage des responsabilités.
- ◆ Reconnaître et soutenir le proche aidant dans son rôle, et le relayer s'il ne peut ou ne veut pas le tenir.
- ◆ Adopter un vrai partage étatique et collectif des responsabilités pour que chaque individu s'épanouisse au sein de ses rôles et responsabilités, et au sein de sa propre vie ; la responsabilité du proche aidant devrait pouvoir rester un choix personnel avec des frontières et des limites variables.
- ◆ Offrir les services selon les besoins de l'aidé et du proche aidant, afin d'assurer le bien-être du proche aidant et de l'aidé, et ce, jusqu'au terme de la situation de proche aidance.

L'équilibre des forces est à ce prix, autant que peut l'être la qualité de ce qu'il apportera à l'aidé *en toute connaissance de cause dans les meilleures conditions*.

Ces quelques éléments ne devraient pas dépendre d'une situation idéale, mais d'une réalité. Si le proche aidant n'est pas libre, s'il a besoin de latitude dans son rôle, et si la société le soutient en

ayant une vision collective du partage des responsabilités, cela ne répondrait-il pas à cette question cruciale de savoir comment *encourager les personnes à devenir* proches aidantes ?

Actuellement, on l'a vu, la bienveillance pour l'aidé appelle le proche aidant à faire des concessions douloureuses dans plusieurs sphères de sa vie, notamment sur son travail, son temps libre, ses relations de couple ou de famille, etc. Si la société souhaite soutenir les proches aidants à exercer leur bienveillance, et s'ils se savent aidés et soutenus, peut-être qu'ils seront alors davantage outillés et prêts à endosser leur rôle en respectant leurs limites ?

Et si responsabilité rime aussi avec culpabilité, cela ne permettra-t-il pas en outre d'alléger ce fardeau de la culpabilité qui pousse le proche aidant à dépasser ses propres limites ?

Note :

Pour pousser plus loin la réflexion, le comité invite le lecteur à consulter la version intégrale du document.