

Les personnes handicapées vieillissantes et âgées
Projet de société, projet de vie

Deux ouvrages issus d'études collectives * donnaient il y a une vingtaine d'années le coup d'envoi en France, après les Etats-Unis, à une réflexion et à une recherche de réponses face à un phénomène tout à fait nouveau : les personnes handicapées vieillissent et ont une expérience de vie, pour beaucoup d'entre elles, qui se rapproche de celle de tout un chacun.

Un certain nombre de facteurs ont amplifié le processus : institutionnels, sociaux, environnementaux, culturels, sanitaires notamment.

C'est donc devenu heureusement et malheureusement, un sujet d'anxiété familiale, de réajustement des projets d'établissements et de la politique sociale, mais aussi, et c'est tant mieux, de réintégration, dans les représentations collectives, des personnes handicapées dans le sort de tous.

Et semble-t-il, celui-ci n'est pas forcément enviable : « *plombés à 45 ans* » (Liaison sociales octobre 2005), « *de fausses bonnes raisons de mourir* » (Revue La recherche juillet – août 1999), « *charge financière, mais aussi morale* » (Historia octobre 2003), « *mourir ne sert à rien* » (Courrier international n° 434 – 1999) et puis en définitive, il vaut mieux être « *plutôt beau, jeune homme que grand vieillard* » (Enjeux – Les Echos – juillet – août 2002) ; et pour finir, à la question auto-consolatrice posée dans le journal « Le Monde » (30 novembre – 1^{er} décembre 2008) « *le bonheur est-il réservé aux sexagénaires* » ?, la réponse quelle que peu excessive ne semble t elle pas toute trouvée, à la manière d'un pharmacien bien connu de Nancy : « tous les jours, à tout point de vue, je vais de mieux en mieux » ; c'est ce que le dénommé Emile COUÉ conseillait de répéter à haute voix pour transformer ses désirs en réalité.

Isoler le vieillissement des personnes handicapées des perceptions et des réalités collectives mène de toute évidence à une impasse ; il nous faut tenir compte des spécificités handicapantes personnelles et situationnelles mais les inscrire aussi dans une politique de « mainstreaming » c'est-à-dire une politique qui ne se contente pas de mettre en œuvre des mesures spécifiques mais qui mobilise toutes les mesures d'ordre général en faveur des l'égalité des chances.

*

- Gérard ZRIBI, Jacques SAFATY et al

Des avancées très sensibles peuvent être constatées depuis quelques années, au niveau de la compréhension de l'avancée en âge des personnes handicapées, du dispositif de réponses et des mesures publiques.

Nous aborderons ici quelques aspects de ces trois questions ainsi qu'une méthodologie et des principes pour conduire des orientations et des projets adéquats.

I - Quel projet de société

Le constat est établi aujourd'hui que la longévité et l'espérance de vie sont modifiées pour tous, y compris pour les personnes handicapées quels que soient l'origine, la nature et le niveau de gravité du handicap ; elles multiplieront le nombre de personnes handicapées âgées et introduiront pour elles d'une certaine manière, une normalisation des cheminements de l'existence et une complétude de la vie ; la vieillesse comme le rappelle le philosophe italien Norberto Bobbio, « *n'est pas située en marche de la vie, elle est la continuation de votre adolescence, de votre jeunesse et de votre maturité* ».

Les interrogations à propos du vieillissement des personnes handicapées s'inscrivent dans celles plus générales du vieillissement des populations, qu'elles se posent dans les pays pauvres où le nombre des personnes âgées va quadrupler dans les 35 prochaines années (selon l'assemblée mondiale des Nations Unies réunie à Madrid en avril 2002) ou dans les pays riches dans lesquels le seuil de 80 ans devient largement accessible, modifiant considérablement la proportion des plus de 65 ans par rapport à la population totale.

Ces interrogations, plus ou moins objectives, et souvent passionnelles, sont certainement génératrices d'angoisse, sur l'impact financier et économique de la forte augmentation de l'espérance de vie ainsi que sur les capacités familiales ou collectives d'y faire face ; elles se posent fondamentalement dans les mêmes termes, en ce qui concerne les personnes handicapées.

I.1- Vieillesse et handicap

Le temps (autre que social) de la vieillesse reste difficile à cerner précisément ; on pourrait le caractériser par des déficiences fonctionnelles du point de vue physiologique, une plus grande vulnérabilité de l'état de santé, de nouvelles attitudes face à la vie et au mouvement ainsi que généralement, par le désir d'une plus grande tranquillité.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement la situation des personnes handicapées, une double distinction s'impose pour éviter stigmatisation et exclusion. Notons tout d'abord que le vieillissement et la vieillesse n'ont en général pas le même impact pour tout un chacun.

Les effets du vieillissement (physiques, psycho-comportementaux, fonctionnels) résultent d'une interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels dont les influences respectives varient selon les individus ; l'avancée en âge n'engendre pas un processus de changement uniforme et linéaire, mais présente une diversité d'évolutions en fonction des psychologies individuelles, de l'état de santé, des attentes de l'environnement et des parcours sociaux et éventuellement institutionnels.

Par ailleurs, le rapprochement trop fréquent des besoins supposés de personnes qui présentent des problématiques individuelles et psycho-sociales tout à fait différentes (les handicapés moteurs et les handicapés mentaux ou psychiques par exemple) au nom d'un regroupement terminologique et administratif (« les handicapés ») n'a aucun sens.

Le contenu notionnel du handicap est, en effet, au moins aussi difficile à appréhender que celui du vieillissement.

Rappelons que le handicap est un terme générique qui englobe des difficultés de nature (handicaps psychiques, sensoriels...), de gravité (handicaps sévères, graves ...) de configuration (surhandicap, handicaps associés...) et de causes très diverses (psychologiques, génétiques, traumatiques...). Ajoutons encore que le handicap est une notion relative, qu'il recouvre une situation évolutive, qu'il correspond à des réalités différentes et non réductibles les unes aux autres, enfin qu'il ne peut être approché qu'en relation à une situation à un moment donné.

Parler **en général** du vieillissement des personnes handicapées comme de discourir plus spécifiquement sur celui des handicapés mentaux ou des paraplégiques ne peut alors qu'entraîner de profondes erreurs d'appréciation.

Il nous faut donc admettre que toute réflexion sur le (les) handicap (s) ou le (les) vieillissement (s) met en évidence leur étendue et leur hétérogénéité ; il nous faut souligner aussi la diversité des manières d'assumer, de se comporter ou de s'adapter à l'avancée en âge, à une maladie ou à un handicap ; ceux-ci n'affectent pas uniformément des sujets dits « handicapés moteurs » ou « handicapés psychiques » dans la mesure où la dimension personnelle et environnementale joue un grand rôle dans les performances propres et adaptatives et où les handicaps, en général, mais aussi par catégories, regroupent des difficultés et des infirmités fort différentes.

Des conclusions unificatrices sur le vieillissement des handicapés y compris sur celui des handicaps mentaux, et donc sur les réponses à apporter, se révèlent finalement et à tout coup, réductrices et insatisfaisantes.

On peut faire, simplement quelques constats généraux :

- l'espérance de vie s'allonge (Richards 1976, Eyman 1987) et se rapproche de celle de l'ensemble de la population, à l'exception toutefois, des personnes affectées de déficiences neurologiques associés à un retard mental important (Moss) ou encore, mais moins sensiblement, celles présentant le syndrome de Down ; rappelons que pour ces dernières, l'espérance de vie s'est très fortement accrue puisqu'elle est comprise en moyenne entre 60 et 64 ans (Moss et Patel, Weber par exemple) ;
- pour la grande majorité des handicaps mentaux, les problèmes de santé ont peu de particularités par rapport à l'ensemble de la population ;
- de mauvaises conditions de vie, une absence de prise en compte des suggestions et désirs des handicapés, une orientation inadéquate, une hygiène de vie médiocre, des ruptures physiques et humaines, l'absence de projets, des attentes inadaptées de l'entourage, peuvent influencer très négativement sur le processus de vieillissement : dépression, problèmes de santé, déclin de la mobilité et des capacités adaptatives.. ;
- selon de nombreux auteurs, la notion de vieillissement précoce ne concerne qu'une faible minorité de la population des handicapés mentaux.

Cette précision est importante car la notion de vieillissement précoce a été quelquefois, et à tort, utilisée pour justifier la coexistence, sans aucun aménagement, de résidents âgés de plus de 85 ans avec des handicapés mentaux de 50 à 60 ans, en établissements pour personnes âgées.

I.2- La nécessité d'une politique publique en la matière

Il nous faut, par conséquent, constater la nécessité de rechercher une méthodologie de relevé des besoins et de mise en place de réponses qui soit fondée sur l'observation, la communication et l'interrelation entre tous les acteurs, et qui fasse place à une multiplicité et à une mobilité des solutions, au sein d'un réseau de services sociaux, sanitaires, institutionnels ou non, impliquant modulations et complémentarités, qu'il faudrait réévaluer régulièrement.

Pour poursuivre dans ce sens, comment enregistrer à un niveau global, la diversité des handicaps et des niveaux de dépendance, les demandes individuelles, les situations sociales et familiales, le niveau des ressources financières ainsi que leurs évolutions respectives ?

Certes, des orientations publiques ont été amorcées.

Plusieurs rapports officiels ont été rédigés dans les années 90 pour formuler des propositions concrètes aux ministres qui se sont succédés ; pourtant, ce n'est qu'à l'occasion de la campagne budgétaire de l'année 2002 que le ministère de l'emploi et de la solidarité a, pour la première fois, précisé les types en charge qu'il pourrait financer : la médicalisation des foyers occupationnels, la création de structures spécifiques avec un forfait soins, la mise en place d'une section spécifique au sein d'une maison d'accueil spécialisé pour des personnes polyhandicapées.

Ainsi, le sénateur Paul BLANC a présenté en 2006 un rapport définissant des propositions tout à fait pertinentes, prenant notamment en compte et formalisant les nombreuses solutions déjà mises en œuvre.

Il y a quelques années (le 21 juillet 2006) une lettre du Ministre chargé de la Sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, définissait certains points concernant l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en établissements et services médico-sociaux :

- ne pas faire jouer un effet couperet dans les structures pour adultes en excluant les personnes handicapées de plus de 60 ans ; il faut, selon le texte, bien au contraire, définir un projet d'établissement qui prévoie des règles d'organisation et de fonctionnement adaptées aux besoins des personnes handicapées accueillies ;
- envisager des évolutions de fonctionnement : création d'une section à double financement, en cas de médicalisation des besoins ; installation d'un foyer de vie proche du foyer d'hébergement ;
- créer des sections nouvelles dans les MAS ;
- maintenir, pour faciliter les choix de vie, les règles de participation des usagers à leurs frais d'hébergement et d'entretien ainsi que les dispositions sur le recours en récupération des prestations d'aide sociale, lorsqu'une personne handicapée en foyer d'hébergement décide de vivre dans un établissement pour personnes âgées ;
- poursuivre le développement des FAM, des SAMSAH, des SSIAD, et de l'accueil temporaire.

Ces préconisations sont très intéressantes et de bon sens, et pour une fois, non ciblées exclusivement sur le milieu institutionnel.

Mais l'intérêt de telles orientations ne réside que dans leur possible concrétisation ; il faut quand même noter, alors qu'elles sont définies par l'Etat, que leur financement reposerait pour une très large part sur les collectivités locales : le prescripteur est-il crédible s'il n'est pas le payeur ?

« *La vie est un combat dont on se sort pas vivant* » soutient le romancier africain Hampaté BA ; je crains, mais j'espère me tromper, que la logique budgétaire introduite notamment par la loi de janvier 2002 et les différents textes d'application ne produisent les mêmes effets sur les intentions proclamées. Il est donc impératif pour les professionnels, les usagers et leurs associations, d'affirmer des positions, de défendre une déontologie et de mobiliser les opinions afin qu'une société qui se veut égalitaire et intégrative pour les personnes handicapées soit également une société organique, c'est-à-dire une société de tolérance où chacun tel qu'il est, appartient à l'ensemble.

Ce sera le défi posé par cette nouvelle donne notamment produite par la nouvelle longévité des personnes handicapées qui devront trouver leur place au milieu de tous.

II Quel projet de vie, quel l'accompagnement ?

II.1 Des réponses concrètes

Grâce à des négociations entre les associations et les collectivités locales auxquelles il faut rendre hommage pour leur écoute et leur pragmatisme, ici et là, notamment au niveau des structures d'accueil, sans qu'ils soient la plupart du temps formalisés et suffisamment valorisés, des aménagements d'espace, de rythme, d'architecture, d'accompagnement humain ou encore d'activités ont été organisés au plus près des personnes et de leur environnement habituel, depuis environ une dizaine d'années.

- de nombreuses formules ont ainsi vu le jour : temps partiels de travail, ouverture modulée des foyers d'hébergement dans la journée, aides matérielles dans la vie quotidienne, accueils provisoires en foyers d'hébergement pour ceux qui vivent au sein de leurs familles, participation à des activités de jour dans des maisons de retraite et adaptation amorcée des MAS, habitat en structure pour personnes âgées etc... ;
- des structures ont été mises en place : des foyers de vie spécialisés, des maisons d'accueil spécialisé pour personnes handicapées âgées, quelquefois la création de sections spécifiques dans les maisons de retraite ou encore la vie au milieu des

autres résidants, la création de foyers occupationnels de jour, les soutiens dispensés dans le milieu familial, l'accompagnement à domicile, la médicalisation de structures d'habitat, la mise en place d'unités spécifiques dans les foyers d'hébergement, les FAM etc ;

- Mais il nous faut davantage encore réfléchir à des solutions métissées positionnées sur un continuum associant de manière évolutive des solutions de « droit commun » et des prestations spécifiques ouvrant ainsi la voie à des itinéraires individuels.

Mais, alors que l'on n'a jamais autant mis en avant le devoir d'évaluation des politiques publiques de la qualité des prestations aux usagers, tel qu'il est rappelé une fois encore dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale aucun relevé s'appuyant sur les savoirs des collectivités locales, des associations et des professionnels, n'a malheureusement été effectué de ces approches déjà nombreuses à ce jour, souvent très adéquates et personnalisées, qui devraient, selon nous, servir de supports à la définition d'orientations de politique sociale.

Pourtant, il est nécessaire aujourd'hui d'encadrer ces dernières par un certain nombre de principes, d'évaluer plus précisément l'existant, d'établir en souplesse des projections en termes de besoins quantitatifs et qualitatifs, d'encourager la mise en place de réseaux permettant la complémentarité des offres de services (sociaux, médicaux, paramédicaux, matériels) et enfin, d'orienter les financements et de déterminer une action coordonnée Assurance maladie/Etat/département.

II.2 Des notions et des principes à prendre en compte

II.2.1 L'adaptation à l'avancée en âge par des mesures de prévention au niveau médical, social et des conditions de vie

- la prévention, c'est d'abord bien vivre et travailler ; on vieillit comme on a vécu, dit-on.

Il est utile de former précocement les personnes handicapées à une hygiène de vie, de veiller pour celles qui travaillent, à améliorer les conditions ergonomiques et de modifier de manière modulée, les tâches professionnelles ou occupationnelles ;

- la prévention, c'est aussi d'établir régulièrement des bilans de santé, de réfléchir à l'avancée en âge au sein de groupes de parole composés notamment de jeunes retraités-ressources, aménager l'environnement pour éviter les accidents domestiques, d'entretenir les capacités par des stimulations motrices, cognitives ou sociales ;

- la prévention, c'est enfin d'aménager les situations de la vie quotidienne grâce à des aides pratiques (aide-ménagère par exemple) et au maintien d'un réseau relationnel.

II.2.2 La prise en compte concrète des besoins et des difficultés

Il faudra porter une attention accrue aux besoins physiques et physiologiques et tenter d'y répondre : l'entretien du corps, de nouvelles habitudes alimentaires, le respect et l'adaptation des rythmes (activités, repos, sommeil...).

Il faudra aussi veiller à une adéquation des stimulations, à une recherche de la qualité de vie et à un respect de la continuité des parcours de vie et des ancrages affectifs et sociaux.

Il faudra enfin veiller à prendre en compte sérieusement la dimension sanitaire ; on sait par exemple, qu'une attention plus forte devra être portée aux problèmes cardiaques (les trisomiques en sont fréquemment affectés) ou neurologiques (l'épilepsie notamment chez les polyhandicapés). Enfin, plus généralement, la dimension sanitaire devra également concerner les troubles psychiques et notamment les états dépressifs.

II.2.3 Un accompagnement flexible et évolutif

Pour l'organisation même de l'accompagnement de l'avancée en âge des personnes handicapées, plusieurs principes devraient guider la mise en place de solutions adaptées, qu'il s'agisse de formules ou de structures : elles ont à être progressives pour permettre des changements souples, sans ruptures et étalées dans le temps ; elles ont aussi à être plurielles car les besoins sont très variables en nature et en quantité ; il faudra y répondre au fur et à mesure, sans schémas rigides et uniformes ; elles ont également à être réversibles car les solutions nouvelles peuvent se révéler inadéquates sur le moyen et le long terme et donc négatives sur l'état de santé, le niveau d'autonomie et le rythme du vieillissement ; elles ont encore à rechercher des complémentarités avec d'autres, en se rapprochant de diverses instances (médicales, sociales, institutionnelles) pour désenclaver les réponses et offrir des prestations suffisantes et évolutives ; elles ont aussi très certainement à favoriser l'implication active des personnes handicapées et de leur entourage proche, dans la recherche ou l'organisation des solutions.

Enfin, il faudra songer très sérieusement à la mise en place cohérente de modules de formation continue pour les personnels, que ce soit dans le milieu des services et des institutions pour personnes handicapées ou dans les structures pour personnes handicapées.

Les débats (culturel, économiques, sociétaux, institutionnels) sont loin d'être clos pour faire face à la vieillesse, y compris celle des personnes handicapées, en l'envisageant pour ce qu'elle est ou ce qu'elle devrait être : vivante la plupart du temps, singulière, traversée et remaniée sans cesse par les histoires personnelles, les événements de la vie, les manières d'être au monde et les attitudes et aptitudes des entourages proches.

II.2.4 Des conditions à respecter

Il nous faut donc réfléchir à des modifications sans traumatismes affectifs et relationnels, ni déracinement humain et physique ; restructurer de nouveaux temps et de nouveaux espaces, de manière évolutive ; ne pas appliquer des schémas préétablis qui sont souvent défensifs et rejetants et associer systématiquement les personnes handicapées.

Une chose est sûre, on s'aperçoit qu'il n'y a aucune solution miracle mais de nombreuses pistes intéressantes ; par contre, s'il est évident qu'une aide spécifique doit être apportée aux personnes handicapées vieillissantes, on doit penser à moduler les solutions en fonction du type de handicap et des capacités d'autonomie, de l'environnement social et familial, des problèmes médicaux, enfin des choix de la personne elle-même toutes les fois qu'ils sont possibles.

Ainsi l'élaboration des réponses aura à tenir compte de deux groupes de facteurs :

1/ le premier groupe de facteurs aura trait à l'individu, ses difficultés, son mode de vie : la nature et la gravité des déficiences ; les répercussions des déficiences sur l'adaptation sociale ; la prise en compte des univers familiers de vie ;

2/ le second groupe de facteurs porte sur les effets de l'avancée en âge (c'est-à-dire le changement) sur l'individu (sa santé, son comportement psychologique) et sur son efficience dans ses activités habituelles (son autonomie pratique, sa fonction professionnelle, son hébergement, sa vie sociale...)

La résultante en terme de dépendance et de besoins peut, nous l'avons vu, être appréhendée, (du moins l'état fonctionnel) au moyen d'outils d'évaluation des capacités. Elle nous indique la dépendance à l'égard des tiers et donc les services à mettre en place ; mais on doit ajouter que l'élaboration des solutions ne se fait que rarement en réalité selon ce schéma apparemment très logique, tout simplement parce que la relation avec le handicap et les personnes handicapées n'est jamais très rationnelle.

En effet, les réponses seront définies, quelquefois même principalement, en fonction des liens affectifs entre les personnes handicapées et leurs familles (difficulté de se séparer, dépendance-hyperprotection ...) des options et des représentations des professionnels et des associations, mais aussi des contraintes institutionnelles, c'est-à-dire pratiques et budgétaires.

Il y a aussi un autre cas de figure qui est le déni du changement :

- par la personne handicapée elle-même ou sa famille ;
- par les professionnels.

Cela se traduit par un maintien des habitudes sans aménagements et souvent très insatisfaisant à moyen terme (1 ou 2 ans).

Tout cela, nous le voyons, est complexe et c'est tout cela qui dessine les différentes tendances au vieillissement des personnes handicapées : il nous faut trouver des compromis successifs, tenir compte à la fois d'une démarche cohérente (englobant des observations relativement objectives et des facteurs subjectifs) mais aussi de contraintes liées à des blocages personnels (refus angoissé d'un changement d'emploi du temps de travail par exemple) et environnementaux (familles et professionnels) ainsi que des freins institutionnels (refus par les professionnels d'établissements, d'aménagement institutionnels, par exemple) et budgétaires (exemple : pas de financement pour organiser un accueil de jour au sein de foyers d'hébergement).

Pour nous résumer, on pourrait mettre ici en exergue quelques points :

1/ le vieillissement des travailleurs handicapés nécessitera dans un proche avenir des réponses relativement importantes en matière de services complémentaires du fait de la nouvelle longévité des personnes handicapées ;

2/ la diversité et les complémentarités des solutions à apporter (depuis l'institution spécialisée jusqu'à l'aide à domicile, en passant par des accueils temporaires et séquentiels) sont indispensables pour répondre à la variété des situations de dépendance et des choix de vie des personnes handicapées. Nous insistons sur le fait que, chaque fois que possible, les solutions doivent être définies et gérées avec les personnes handicapées elles-mêmes sans dogmatisme, ni idées arrêtées une fois pour toutes ;

3/ l'évolution des conditions de vie doit se faire de manière graduelle et modulée afin de ne pas provoquer des ruptures qui seraient susceptibles de provoquer un processus de sénescence précoce ou accéléré ;

4/ la conception de nouvelles institutions spécifiques pour personnes handicapées âgées (par exemple créer une nouvelle catégorie administrative d'établissement d'autant plus que l'on souffre plutôt d'un excès de textes que d'une insuffisance) ne semble pas devoir systématiquement être mise en avant. Il serait préférable d'aménager le plus souvent, en tout cas, les formules existantes : les temps, les effectifs, l'organisation, les différentes structures pour personnes âgées et pour personnes handicapées ;

5/ par ailleurs, la formation des professionnels de l'action sociale et médico-sociale au vieillissement améliorerait le système d'aide et de soutien aux personnes handicapées âgées ; elle nous apparaît d'ores et déjà urgente ;

6/ le développement du travail en réseau et en partenariat, base d'une action sociale et médico-sociale moderne, est évidemment incontournable ;

7/ la réflexion sur les ressources matérielles des personnes handicapées, sans laquelle tout discours sur la diversité des solutions et des choix des personnes est un leurre complet, est essentielle. Les dispositions prévues par la loi du 11 février 2005 ne nous semblent pas aujourd'hui à la hauteur des intentions du législateur ;

8/ enfin, il y a lieu aussi de prêter attention à que les personnes handicapées qui vieillissent, ne subissent pas le vieillissement des professionnels et celui des institutions.

Respecter les véritables besoins et les aspirations des personnes handicapées, suppose en effet que nous construisions des institutions et des services ouverts, tolérants, flexibles, vivants et bien sûr, toujours renouvelés. Ce doit être un objectif constant.

Pour conclure, je dirai que la grande difficulté de définir précisément le (les) handicaps ainsi que leurs impacts sur les facultés d'adaptation et les niveaux de dépendant obligent à une réflexion et à une méthodologie d'écoute et de réponses à l'écart des catégorisations abusives des personnes et de leurs besoins, si l'on veut éviter de nouveaux enfermements qu'ils soient symboliques ou sociaux.

Il faudra donc trouver des approches qui fassent place à des solutions très variées (y compris dans les établissements et services pour personnes âgées), qui soient progressives, modulées, réversibles et complémentaires, respectant les enracinements affectifs, physique, environnementaux et les choix de vie, par opposition à des schémas de réponses figés, statiques et « clefs en main ».

Les établissements et services pour personnes âgées ont un rôle très utile à jouer, soit comme centre de ressources, soit comme partenaire au sein d'un réseau de réponses et de prises en charge, soit encore mais bien évidemment parmi d'autres, comme lieu d'accueil, à condition, bien sur, de leur en attribuer les moyens et qu'ils respectent très sérieusement des conditions techniques et d'équilibre humain répondant aux sensibilités et aux spécificités.