

Visages de la maladie et figures du malade

Depuis les États généraux des malades, organisés par la Ligue contre le cancer en 1998, la parole des malades a été prise en compte, faisant sortir de l'ombre cette maladie qui fait peur et dont on préférerait ne pas parler.

Henri Pujol

Président de la Ligue nationale contre le cancer

Philippe Bataille

Sociologue, membre de la commission Actions pour les malades de la Ligue nationale contre le cancer

En cancérologie, tout change très vite, et c'est heureux. La remarque vaut pour les résultats, en termes de guérison et d'allongement de la vie, avec les progrès de la science et de la connaissance qui ont bouleversé l'approche de nombreuses pathologies cancéreuses en l'espace de vingt ans. Certes, ces résultats sont toujours insatisfaisants puisque, aujourd'hui, on ne guérit que 40 % des cancers chez l'homme, 55 % chez la femme et 80 % chez l'enfant.

De la maladie au malade, encore un effort

Quand on observe l'évolution des chiffres de morbidité et de mortalité par cancer sur vingt ans, entre 1982 et 2002, on constate que le nombre de cas a augmenté de 40 % pendant que la mortalité était réduite de 5 %. Le progrès thérapeutique, au demeurant incontestable, a été presque entièrement neutralisé par l'augmentation du nombre de cas. Deux facteurs principaux sont intervenus : d'une part, l'accroissement de la longévité et, d'autre part, l'effet du tabagisme expliquant l'irrésistible ascension du cancer du poumon chez la femme. L'évolution des chiffres dans les prochaines années est incertaine car la modification des résultats par le dépistage demande en moyenne cinq ans et l'espérance de réduction des cancers par des modifications des comportements et des modes de vie demande une vingtaine d'années. Par ailleurs, les chiffres bruts de guérison ne tiennent pas compte d'un autre fait nouveau important : le prolongement notable de la durée de vie pour les malades qui n'auront pas accès à une guérison définitive. La possibilité de traiter les rechutes entraîne, d'une rechute à l'autre,

des périodes de rémission plus ou moins longues où la vie, profondément modifiée, continue. Il est vraisemblable qu'il y a, dans notre pays, autour d'un million deux cent mille personnes vivant avec un cancer ou après un cancer.

Ces quelques chiffres, trop rapidement énoncés au vu des souffrances et des incompréhensions qu'ils recouvrent, nous rappellent que le cancer est présent dans la vie de chacun d'entre nous, qu'il frappe ou frappera très directement un Français sur quatre, souvent à un âge avancé, mais pas nécessairement. Cela veut aussi dire que presque tous les Français sont un jour, ou peuvent un jour, être indirectement concernés, dès lors que c'est un de leurs proches, famille ou ami, qui est atteint. Depuis l'annonce du grand chantier initié par le président de la République, il n'est pas hasardeux de pronostiquer que le succès tiendra aussi à l'estimation de l'évolution de la représentation sociale de la maladie, donc de la manière dont on en parle, aux transformations de l'organisation du soin, mais aussi, et peut-être surtout, à ce que vivent les malades sur le plan humain, et pas seulement à l'avancée des succès médicaux *stricto sensu*.

Maladie courante donc, sans jamais être banale, et probablement condamnée à ne jamais l'être, là est l'ambivalence. On peut dire que la maladie est devant chacun d'entre nous ou chacun de nos proches, puisque la population entend régulièrement qu'un Français sur trois ou un Français sur quatre en sera atteint. Pour autant, la vie quotidienne met une grande distance avec cette perspective, car l'annonce individuelle d'un cancer apparaît toujours comme un basculement de

l'existence et non pas comme l'arrivée d'une maladie annoncée.

Le cancer, courant mais jamais banal

Pour celui qui est atteint, l'entrée dans la réalité du monde de la cancérologie est souvent très rude car ce monde ne correspond pas au triomphalisme de certaines déclarations médiatiques : « *le cancer recule... encore quelques efforts et le cancer sera vaincu* ». L'impression de gravité sur le plan médical est très vite perçue, dès l'entrée dans les voies du diagnostic et du traitement. Pourtant les malades atteints ont beaucoup à dire et à nous apprendre. Ceux qui les ont écoutés le savent bien. Parfois ils relaient ce message qu'ils ont entendu, parfois ils le gardent pour eux, redécouvrant à plusieurs reprises dans leur propre existence sa richesse et sa profondeur.

Ainsi abordé, le cancer livre au regard une face plus sociale et psychologique, dont on aurait tort de continuer à penser qu'elle est secondaire, et même tributaire des considérations strictement médicales de la pathologie. La trajectoire d'un malade ne se corréle pas nécessairement à celle de la maladie, sauf à prendre la guérison ou la mort comme les seules échéances pertinentes qui encadrent le destin du malade. Or, dans la réalité, les choses sont bien plus complexes. Nous l'avons dit, vivent de plus en plus nombreuses, et surtout de plus en plus longtemps, des centaines de milliers de personnes, qui, bien que malades ou l'ayant été, sont aujourd'hui dans un entre-deux, osons même l'idée d'ambivalence, qui ne les situe ni dans l'idéal de la guérison, au sens pasteurien du terme, et loin de la mort, à laquelle, certes, elles songent parfois, mais pour s'en éloigner, comme, par exemple, en se soumettant à des soins qui se répètent lors de rechutes. Mais cette entreprise de mobilisation d'un soi astreint aux logiques d'une maladie, pour partie encore mal connues, ne se fait pas seulement sur des arguments médicaux, car ils sont aussi sociaux. Nous devons, à l'avenir, membres de la société, mais aussi médecins, tenir davantage compte de l'environnement social et familial des malades dans le projet de guérison.

Il y a là un champ de la connaissance qui reste à découvrir dans ses articulations avec le projet de guérison, et dont les résultats attendus sont aussi de nature à bouleverser l'organisation du soin, disons les modes de la prise en charge, comme par exemple en discutant la logique de l'urgence, qui parfois brutalise certaines annonces, donc aussi les départs dans le soin. Or, en cancérologie, la

notion d'urgence ne concerne que 2 à 3 % de l'ensemble des cancers (par exemple certains leucémies aiguës ou les cancers digestifs en occlusion). La précipitation vers des traitements commencés dans les jours qui suivent immédiatement le diagnostic peut être au contraire préjudiciable si la soi-disant urgence court-circuite la concertation pluridisciplinaire qui aurait permis de définir le meilleur traitement. Le dispositif d'annonce du Plan cancer va permettre de donner de la cohérence et du rythme à toutes ces étapes entre l'entrée dans le diagnostic et l'entrée dans le traitement. Ce champ à peine défriché de la connaissance en sciences sociales donne déjà à voir une figure bien plus complexe du malade que celle qui le confond avec l'organe malade.

Osons affirmer ici qu'il y a des malades qui se portent mieux que d'autres parce qu'ils sont mieux accompagnés. Mais également parce que les équipes médicales ont réussi une qualité de dialogue et d'entretien de l'espoir, certes orientés par l'idéal de la guérison, mais qui aussi évoluent, en fonction de la situation clinique du patient, mais aussi personnelle, donc prennent en compte le rapport individuel du malade à sa maladie. Ce qui veut dire que ces personnels agissent comme des soignants, non pas au gré simplement d'une connaissance clinique qu'ils maîtrisent évidemment, mais en prenant en compte le caractère singulier du malade qui développe un rapport personnel avec les expressions, toujours uniques, de sa maladie. Il y a là une révolution dans les manières de soigner qui est attendue, alors que ses prémices se sont déjà mises en forme sous nos yeux.

Figures de malades...

Certains malades découvrent la maladie au moment où ils construisent leur carrière professionnelle ou lorsqu'ils sont encore en train de fonder une famille. D'autres vivent les soins à des tournants de leur existence, comme après un divorce ou lorsqu'ils se lancent dans une nouvelle vie, par exemple au début d'une retraite. Par centaines de milliers, ceux-là découvrent, brutalement, une réalité qu'ils ont redoutée, sans jamais réellement imaginer qu'ils seraient directement concernés. Là est pourtant l'évidence, celle que nous connaissons, celle que nous répétons, pas pour faire peur, ni même pour alerter outre mesure, mais parce que c'est comme ça que ça se passe. Le cancer peut toucher tout le monde, très directement, nous l'avons dit, en imposant un arrêt du cours normal d'une vie, ne serait-ce que pour se

consacrer à des soins qui restent conséquents, qui bien souvent encore laissent des traces sur le corps et le psychisme, mais aussi sur les trajectoires sociales.

Ces marques sociales du cancer sont multiples. Elles sont la conséquence de l'entreprise du soin, par exemple en réduisant ou en ralentissant les capacités physiques. Mais, au-delà de cet aspect le plus évident, c'est toute la vie qui est atteinte, donc aussi l'environnement immédiat. C'est en ce sens que la Ligue contre le cancer considère que la maladie concerne le plus grand nombre, pour ne pas dire tout le monde.

« *À quoi ça sert de me soigner si bien, si c'est pour me considérer aussi mal?* », dit ainsi cette femme lors d'une réunion qui rassemble des malades qui s'expriment entre eux et en groupe dans les locaux de la Ligue contre le cancer sur leur expérience de la maladie. Le cancer, le vivre comme le soigner, convoque les qualités humaines les plus essentielles, au sens des plus vitales. Le cancer interroge la vie.

La répétition des rechutes, l'épuisement des protocoles, mais aussi du corps, imposent une nouvelle attitude, disons une nouvelle approche du mal qui a déjoué toutes les stratégies médicales. Est-ce un échec pour autant, quand autant d'énergie et d'espoir ont été nécessaires pour vivre, désormais souvent longtemps avec la maladie? Comment interpréter ces paroles de malades qui nous invitent à aborder autrement l'évolution de leur trajectoire? N'y a-t-il pas là les ressources d'un savoir dont nous aurions collectivement tort de nous priver? C'est en ces termes que nous parlons de révolution soignante, dont nous faisons l'hypothèse qu'elle prolonge par beaucoup d'aspects la révolution scientifique qui a permis les progrès que l'on sait.

... et de proches

Le proche entend les silences, les relève ou les tait à son tour. Par définition, il est celui qui accompagne. Il est là, endossant un rôle social dont il ne connaît la plupart du temps pas le contenu exact. Le proche se voit ainsi confirmé dans son rôle, ou à l'inverse invalidé, car décidément incapable d'accompagner. Dans tous les cas, il y a lieu de considérer avec beaucoup plus d'attention que cela n'a été le cas jusqu'à aujourd'hui la fonction du proche dans ses liens avec le malade. Fortement consciente de cet immense enjeu pour avoir mis en place des groupes de parole de soutien aux proches dès 1998, la Ligue contre le cancer a tenu lors de ses derniers États généraux d'octobre 2004 à encore mieux cerner leurs

difficultés spécifiques.

Or les témoignages recueillis à cette occasion indiquent leur immensité. Tel cet homme qui s'exprime devant un public que l'on devine attentif :

« Mon angoisse est passée par toutes les phases, indique-t-il. Depuis l'anxiété, bien compréhensible dans une telle situation, jusqu'à la panique. La pensée de mort était permanente en moi, et ceci dès le premier jour. Je me disais que je ne pourrais jamais vivre sans la présence de ma femme. Toutes les nuits, je me réveillais pour la regarder et je la voyais déjà morte. Ces pensées je les gardais au plus profond de moi et cela me rongeaient. Toutefois, cette angoisse alternait avec de grandes périodes d'espoir. Nous continuions à vivre, à rire, à faire de l'humour. »

« On m'a dit que mon frère en avait pour huit mois, dit un autre devant la même assistance. Il est venu s'installer chez moi. Je ne me suis pas préoccupé du temps. Je vivais. Je l'ai écouté. Il m'a écouté. Il y a eu des joies, des peurs, de la tristesse. Nous nous sommes aidés mutuellement. On s'est accompagné jusqu'au bout. Nous avons ressenti du chagrin, mais aussi beaucoup de sérénité. »

Chacun comprend que une fois encore, des vécus individuels, ici de proches, nous questionnent collectivement. De fait, le proche, quel qu'il soit, et quelle que soit la nature de la relation qui le définit comme tel, est un garant du lien entre la vie de celui qu'il accompagne et la vie en général, entre la chose privée et la vie publique, disons le monde intérieur, intime et affectif, et l'extérieur, qui est la vie du paraître et des identités sociales. Or c'est précisément cette frontière que la maladie vient déranger, déplaçant les équilibres qu'elle contient et s'immiscant dans la moindre des failles de sa solidité, alors, que à l'inverse, une relation de qualité les renforcera.

Il est connu que l'entrée dans la maladie et le début des soins anéantissent bien des projets de vie avec lesquels chacun d'entre nous vit ordinairement, qu'il s'agisse de faire un voyage, d'entreprendre un achat important, d'envisager une retraite ou, plus simplement, de vieillir ensemble. Ces projets de vie sont rarement solitaires et la perturbation vécue est inévitablement à partager avec un proche, brusquement devenu premier rempart au malheur d'être atteint d'une pathologie grave. Dès lors, sur ce dernier, pèse un poids considérable qui lui laisse assez peu d'espace pour faire paraître ses propres peurs, doutes ou inquiétudes.

En parallèle à cette somme déjà considé-

nable de difficultés, il y a lieu, dans l'organisation médicale et hospitalière, de prendre garde à ne pas transformer le proche en un auxiliaire de soins. Le proche n'est pas un soignant. Il est un aidant dont il est attendu qu'il continue d'être un aimant. À ce titre, il peut être introduit dans la relation médicale, surtout au moment où se développe une meilleure organisation entre l'hôpital et le domicile, mais sans confusion des rôles et des identités entre le médical et le familial.

De la cohérence et de la continuité du soin dépend celle du malade

Il y a tout lieu de, non seulement, reconsidérer l'ensemble de l'organisation des soins sur la pathologie cancéreuse, mais aussi de souhaiter une plus grande unité entre les différents aspects de la prise en charge. Car la prise en charge de celui qui est malade, donc qui est à un moment donné affaibli, jusqu'à risquer la discrimination et la ségrégation dans sa vie sociale et personnelle, informe beaucoup sur l'état d'une société démocratique. Par exemple, les régimes de protection sociale peuvent ne pas suivre de manière adaptée l'évolution clinique que nous venons de rappeler. Nous savons qu'une partie grandissante des malades atteints d'un cancer vont vivre avec leur maladie, mais s'expose au risque de rechutes. Or, quand ces malades sont des actifs, donc travaillent, et sont appelés à s'arrêter durant des périodes de soins qui durent plusieurs mois, et surtout lorsqu'ils répètent ces interruptions, malgré eux faut-il le rappeler, leur capital de protection sociale s'épuise, alors même que leur temps de vie s'allonge.

C'est aussi dans ce sens que la Ligue contre le cancer attire l'attention des pouvoirs publics sur les responsabilités collectives qu'il y a lieu d'entretenir à l'égard des malades. Sans tomber dans une version misérabiliste de leur situation, qui n'a pas sa place ici, il y a lieu d'entretenir la préoccupation de la prise en charge du faible ou de l'affaibli, de celui qui ne sait plus et qui a peur. Là encore il s'agit d'une responsabilité collective.

Bien qu'il opine et écoute les mots rassurants de ceux qui l'aiment, bien qu'il suive comme un brave petit soldat les conseils de ceux qui le soignent, le malade devine toujours l'ampleur du mal qui l'atteint. L'ignorance n'est pas le propre du malade. À l'inverse, faut-il voir, face à la maladie, une forme de sursaut vital qui force l'acuité et l'intelligence, la vigilance, et parfois, il est vrai, la colère ou la méfiance, comme si le mensonge, qui

pourrait s'agir de d'autres moments de refuge, n'avait pas immédiatement sa place. L'épreuve ici est bien connue. De longs débats ont mis en discussion la question de l'information et de la vérité dite. Pour autant, certains des développements de ces débats n'ont au fond pas grande signification, car un même malade peut demander des choses contradictoires, souvent à son médecin, selon les temps de la maladie, mais aussi en fonction de l'évolution de sa propre réflexion et de son rapport personnel à la maladie.

Ainsi, un malade qui se plaint de ne pas accéder à la vérité peut, dans les faits, dénoncer l'absence de mise en scène du mensonge ou de la dissimulation d'informations qu'il ne tient finalement pas à connaître.

Au cours des vingt dernières années, ce qu'il est convenu d'appeler la vérité en cancérologie a beaucoup évolué et doit être revue sous trois aspects : la vérité du diagnostic est devenue globalement incontournable dans la mesure où certains traitements comme la radiothérapie et la chimiothérapie sont identifiants du cancer à l'exclusion de toute autre pathologie ; la vérité du traitement ne peut être transgressée, l'acceptation du malade étant toujours nécessaire et pas seulement pour des raisons juridiques ; par contre, la vérité du pronostic « souvent demandée et même exigée par le malade ou sa famille », est beaucoup plus difficile à cerner car le pronostic est basé sur un collectif des malades atteints de la même pathologie et il est plus important d'être dans les 10 % de guérisons pour un cancer à mauvais pronostic que dans les 10 % d'échecs de cancer à soi-disant bon pronostic.

Comment dire le vrai lorsqu'on est dans l'incertitude ? Il est nécessaire d'écouter ce que le malade souhaite vraiment savoir si on veut éviter de véritables tensions, voire des conflits interpersonnels qui nuisent à toutes les parties en jeu.

Soigner l'autre suppose toujours de le considérer, de l'estimer à partir de l'épreuve qu'il traverse. L'acte soignant a pour corollaire exigeant l'estime de l'autre. Celui qui écoute, notamment l'annonce d'un diagnostic, souvent en acquiesçant de simples hochements de la tête, craint déjà le regard de ceux qui exercent sur lui un pouvoir ou une autorité, comme celle d'un employeur, d'un banquier ou d'un assureur, qui ralentiraient une démarche en cours, stopperaient un projet de vie alors qu'il est si important de l'entretenir. La maladie grave, et le cancer le reste, nous rappelle que la vie est une composition qui mélange diverses réalités,

toutes supports à des identités sociales, elles aussi devenues composites depuis l'évolution culturelle des vingt dernières années. Or la maladie les atteindra toutes. La maladie est irrespectueuse. Elle s'immisce dans toutes les dimensions de la vie personnelle. C'est à la condition d'admettre cette dure réalité que l'on comprend ces paroles de malades que la Ligue nationale contre le cancer a estimé nécessaire de donner à entendre dans l'espace public. Grâce à la Ligue contre le cancer, les plus grands spécialistes de la cancérologie ont écouté ces paroles, admettant, souvent avec courage et franchise, qu'elles mettaient en cause un type d'organisation du soin, sans jamais pourtant que leurs auteurs doutent des qualités scientifiques et des compétences médicales. Les responsables politiques de premier plan, ministre d'abord, président de la République ensuite, ont eux aussi tenu à dire, en vis-à-vis, devant des milliers de malades rassemblés par la Ligue contre le cancer, à trois reprises, lors d'états généraux qu'elle avait organisés, qu'ils attendaient une évolution sociale majeure de la société française. Jamais nous n'insisterons suffisamment sur cette idée qui commence pourtant à se répandre et que la Ligue contre le cancer a initiée. La maladie se vit de plus en plus dans la vie sociale. Ce qui ne nie pas l'importance du contexte hospitalier et médicalisé, mais repensés dans leur articulation avec cette vie personnelle et sociale.

En trente ans, une révolution sociologique dans les rapports entre soignants et soignés

Dans la cancérologie des années soixante-dix à la cancérologie des années deux mille, il y a bien eu une véritable révolution dans la mesure où les rapports entre les acteurs soignants et soignés sont totalement modifiés. On est passé du concept du « médecin propriétaire de son malade » au concept du « malade acteur de sa maladie », du « malade objet de soin » au malade « sujet de soin », et parfois même « partenaire du soin ».

Chacun prétend que le malade n'appartient à personne, bien que l'on entende encore quelques phrases récurrentes comme « *mon malade présente...* ». On se situe là entre idée reçue et déclaration d'intention, comme devant le concept unanimement revendiqué de la « paix universelle ». Mais on sait la distance qui sépare la connaissance du comportement, les intentions des attitudes, et le savoir du savoir-faire. Tout doit être guidé par l'intérêt prioritaire du malade. Chacun

doit admettre qu'un malade, c'est un homme ou une femme en difficulté ou en souffrance comme nous le serons tous un jour, et se persuader que l'hôpital est fait pour le malade et non pas le malade pour l'hôpital. Face au cancer, on ne peut se satisfaire de guérir un malade sur deux. L'engagement doit être total, à la fois pour gagner sur la quantité de vie mais aussi pour augmenter la qualité de vie pendant et après le traitement. Le mouvement actuel, qui entraîne les malades et leur famille à exiger davantage d'information, d'écoute et d'explications, est irréversible. La Ligue contre le cancer a accru et amplifié ce mouvement en passant d'un rôle d'assistance à un rôle d'action militante, pour et avec les malades. La qualité de la prise en charge relationnelle, sociologique et psychologique apparaît comme un élément majeur de la performance et de la notoriété des équipes soignantes. L'information fait désormais partie intégrante du soin.

La confiance et l'espoir font parties des mots clés pour lutter contre le cancer : la confiance est ce sentiment de sécurité partagé entre deux personnes. Les soignants doivent savoir qu'aujourd'hui la confiance ne se décrète plus, mais qu'elle se mérite par l'écoute et la prise en charge attentive d'une personne en difficulté. C'est un honneur pour un soignant que de la mériter ! L'espoir pour le malade et ses proches résulte de la certitude que le meilleur traitement connu sera bien délivré, qu'une rechute pourra faire encore l'objet de soins de qualité, que l'accès à l'innovation thérapeutique restera possible et que le besoin de soutien psychologique sera satisfait.

Une responsabilité médicale et politique

« *Ce que j'ai entendu ici témoigne d'un bouleversement qui mettra le malade au cœur du système de soins* », prophétisait Bernard Kouchner alors qu'il assistait, ému et bouleversé, à la prise de parole des malades du cancer en 1998. Il faut dire que ce jour-là nous sommes nombreux à avoir partagé le même sentiment d'événement qui se produisait sous nos yeux. Bien qu'initiateur de la manifestation, la Ligue nationale contre le cancer, qui avait rassemblé ces milliers de malades, partageait l'émotion du ministre. Y compris pour les professionnels du soin, il y avait quelque chose de fascinant à entendre s'exprimer avec pudeur et pondération des hommes et des femmes à la souffrance encore vive, venir dire à ceux qui voulaient bien les écouter qu'ils avaient besoin d'eux, qu'ils étaient certes malades et inquiets, mais tellement désireux de vivre au

mieux l'épreuve terrible d'une maladie qui reste redoutable. Ce fut un tournant dans la longue histoire de la maladie que de voir, sous nos yeux, s'effriter le mur du silence et se fermer le pavillon des cancéreux. Les malades parlaient, se nommaient, et déjà se reconnaissaient dans les paroles de l'autre ressemblant, en s'appuyant sur le témoignage du dernier qui avait parlé. Comment ne pas admettre, aujourd'hui, avec le recul qui s'impose à nous, que plus que le silence, c'est aussi d'une part de honte de soi dont se débarrassaient ces malades avides de dire, pas pour se montrer, pas même pour se plaindre, mais pour que les choses changent, pas nécessairement pour eux qui traversaient ou venaient de traverser cette épreuve, mais pour ces autres dizaines de milliers de malades qui arrivent chaque mois dans les services de soins spécialisés. « *C'est un grand choc de notre vie, nous le recevons mal, quelle que soit la façon dont il est donné* », dit ainsi cette femme.

L'histoire de la cancérologie retiendra probablement la date du 28 novembre 1998 comme fondatrice de la prise de parole collective des malades. Le départ était donné, le pouvoir politique devait lui faire écho. En février 2000, la ministre Dominique Gillot a présenté un premier plan gouvernemental contre le cancer qui contenait déjà les trois volets indispensables : prévention, qualité de soin, recherche. Le 24 mars 2003, le président de la République ouvrait officiellement le Chantier cancer. L'action de la Ligue a permis que le Plan cancer ne soit pas seulement une compilation de mesures médico-techniques, mais qu'il contienne également des mesures propres à modifier la vie quotidienne des personnes traitées, pendant les soins et après les soins.

Comprenons, en conclusion, que les malades ont parlé, mais que d'emblée leur parole a eu un statut bien plus élevé qu'un simple témoignage. Il s'agissait pour eux, certes, de se faire entendre, donc de dire en se fondant sur l'expérience récente ou ancienne du soin, mais pour aussitôt interroger leur place dans cette relation de soin et dans la société. L'évidence, qui n'apparaissait toutefois pas aussitôt, sauf sous forme intuitive, et donc passait aussi par des émotions ou des impressions, était que cette parole de malade avait de l'avance sur la conception du soin, au sens où ceux qui parlaient avaient intégré les bénéfices et les acquis de la révolution scientifique, demandant d'en tirer le meilleur profit en termes d'espoir, mais aussi, de qualité de vie. ▶