

Prise en charge et accompagnement d'un enfant cancéreux à tous les stades de la maladie. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.

Rédaction : A Danion-Grilliat, D Sibertin-Blanc, C Joussetme - Relecture 2008 : JP Raynaud

Objectifs :

Connaître les conditions et la difficulté de l'annonce du diagnostic d'un cancer de l'enfant

Connaître les réactions psychologiques de l'enfant et de ses parents aux différents stades de la maladie

Connaître les questions éthiques liées aux cancers de l'enfant

Connaître les problèmes sociaux posés par les cancers de l'enfant

Expliquer les principes de la prise en charge globale du malade à tous les stades de la maladie en tenant compte des problèmes psychologiques, éthiques et sociaux

1. Problèmes psychologiques

Le devoir de l'ensemble des soignants est de prendre en compte non seulement la maladie, mais aussi l'enfant malade puis guéri, dans toute sa dimension humaine et subjective.

C'est tout l'enjeu éthique du traitement actuel des cancers et des leucémies de l'enfant.

Les cancers de l'enfant sont rares (1500 à 2000 cas par an en France), mais représentent la 2^{ème} cause de mortalité pour les enfants.

Principaux cancers de l'enfant :

- Leucémies (les plus fréquentes)
- Tumeurs du système nerveux central
- Lymphomes
- Neuroblastomes
- Tumeurs des tissus mous
- Tumeurs rénales et osseuses
- Rétinoblastomes.

La plupart des leucémies de l'enfant sont aiguës (lymphoblastiques = 80 à 85 %, et myéloblastiques) : syndromes anatomocliniques caractérisés par la prolifération anarchique des cellules malignes hématopoïétiques et s'accompagnant de la diminution de la production des cellules médullaires normales. Surviennent à tout âge, avec un pic de fréquence entre 2 et 6 ans.

Les leucémies chroniques sont rares chez l'enfant.

Le traitement dure entre 4 et 18 mois et associe, en fonction du diagnostic, chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie.

60 à 70% des enfants « guérissent » (Guérison = survie à 5 ans, avec ou sans séquelles), avec des fréquences variables selon les tumeurs. Mais le risque de survenue d'une seconde tumeur n'est pas rare à plus ou moins long terme. Surveillance médicale toujours sur de nombreuses années. La mort, autrefois inéluctable, en particulier pour les leucémies dont le pronostic est véritablement changé depuis les années 80, laisse aujourd'hui la place à un espoir de guérison pour beaucoup d'enfants cancéreux.

Cet espoir ouvre cependant sur une « pathologie de l'incertitude » concernant l'avenir et une menace pour l'identité de l'enfant qui reste longtemps « ni malade, ni guéri ».

La rechute et la mort éventuelle sont toujours particulièrement intolérables parce qu'il s'agit d'un enfant et en raison des progrès actuels du traitement des cancers de l'enfant.

La longue surveillance médicale risque de plus de peser sur le statut socio-familial de l'enfant.

1.1. L'annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic (voir aussi module 1, objectif 1) est un moment important, qui doit toujours être accompagné.

Le diagnostic et l'ensemble du déroulement de la maladie cancéreuse sont des épreuves extrêmement difficiles à supporter pour un enfant et sa famille, en raison de la menace vitale que le cancer représente toujours et de la lourdeur des thérapeutiques.

Du fait de son intense retentissement émotionnel, l'annonce du diagnostic nécessite toujours du temps. La difficulté de compréhension de la part des parents de ce qui leur est annoncé prend ses racines dans les bouleversements émotionnels.

► L'annonce du diagnostic aux parents par le médecin doit tenir compte des réactions d'incrédulité, de sidération psychique, puis de révolte, de désespoir. Elle doit cependant être claire et être reprise en fonction des représentations des parents et en leur laissant le temps de l'élaboration. Elle doit préciser les risques réels encourus par l'enfant mais aussi laisser la place à un espoir de survie, dans la mesure du possible. C'est un temps essentiel pour créer une alliance thérapeutique avec les parents, qui devront être accompagnés psychologiquement tout au long de la maladie.

Le temps de la compréhension est différent : - pour chaque famille

- pour les soignants

- entre les familles et les soignants

► L'information donnée à l'enfant doit prendre en compte le niveau de compréhension des parents et leur capacité à accepter qu'on l'informe. Adaptée à son âge, elle sera aussi claire que possible sur le déroulement des processus thérapeutiques et des soins. L'enfant est capable de percevoir la gravité de son état à travers la détresse de ses parents, leurs non-dits et ceux de l'équipe soignante.

Ce silence est souvent plus angoissant et effrayant pour lui que la réalité du diagnostic.

► Pour le médecin, aussi expérimenté soit-il, l'annonce du diagnostic est difficile. Face au sentiment de catastrophe qui assaille les parents et l'enfant, il doit à la fois s'en protéger pour pouvoir poursuivre son rôle thérapeutique et en même temps prendre en compte leur désarroi.

1.2. L'entrée dans la maladie

La vie bascule en quelques minutes.

L'enfant va créer de nouveaux repères en fonction des informations qu'on lui donne.

Le diagnostic du cancer, comme de toute maladie grave, provoque chez l'enfant comme chez ses parents un intense sentiment de culpabilité. La quête de l'origine, du pourquoi, est toujours intense.

Angoisse, sentiment d'effroi et de catastrophe, inhibition, parfois même sidération, accompagnent cette entrée dans la maladie et ce monde inconnu et dangereux que représentent pour l'enfant l'atteinte corporelle, la douleur, les traitements lourds, l'hospitalisation.

Certains enfants régressent vers des comportements de dépendance et un désintérêt apparent, d'autres vers l'opposition.

Il faut toujours un certain temps à l'enfant pour s'adapter à cette nouvelle situation où son corps, en pleine maturation et recherche d'indépendance, dont il peut se sentir dépossédé, devient objet d'intrusions multiples, douloureuses, parfois effrayantes (ponction médullaire par ex.).

Il essaie en général, rapidement, si cela lui est « autorisé » par ses parents, de retrouver une maîtrise sur son corps et sa maladie en développant une hypervigilance, un intérêt extrême sur la nature des traitements et leurs effets.

On parle classiquement de la « maturité » acquise trop rapidement par les enfants cancéreux ou atteints de maladie grave. Cette maturité se fait en fait « en secteurs », avec le risque qu'on ne considère ces enfants comme plus grands qu'ils ne le sont en fait.

1.3. Déroulement de la maladie

C'est dans le cadre de l'histoire de l'enfant et en fonction de la structuration antérieure de sa personnalité que vont se manifester ses réactions psychologiques à son cancer.

Elles dépendent beaucoup de la capacité des parents à faire face à la maladie, à soutenir l'enfant sans nier la maladie ni entreprendre un deuil anticipé.

L'entourage doit d'abord aider l'enfant à maîtriser son vécu émotionnel et fantasmatique.

1.3.1. Les enfants cancéreux montrent très souvent un courage étonnant face à des traitements lourds et contraignants. Mais un des problèmes inhérents à la maladie cancéreuse est celui des aléas de l'évolution et des traitements. L'enfant, tout au long de sa maladie, est confronté à l'idée de la mort, qui apparaît comme une séparation et une perte irrémédiables. Il fait l'expérience de l'irreprésentable, de la solitude, de sa différence, de la perte du lien social, d'une perte d'identité, du temps figé et monotone (l'hôpital et/ou la maison). Le temps est mis entre parenthèse ; passé et futur risquent d'être annulés pour ne vivre que le temps présent. La mort renvoie l'enfant tout autant à la mort réelle qu'à tout ce que

représente la notion de perte d'amour. L'enfant est entouré de personnes qui ne font que penser à la mort, tout en agissant contre elle et cela n'est pas sans effet sur lui.

1.3.2. La perturbation de l'image du corps est majeure chez l'enfant cancéreux.

Il est atteint dans la réalité de son corps, mais aussi dans l'image qu'il s'en fait. Si le dysfonctionnement de son corps lui est incompréhensible, il s'en désintéresse ou développe un imaginaire effrayant. La perturbation de l'image du corps est majeure en fonction de l'importance des modifications physiques qu'il subit (ex : alopecie, prise de poids due aux corticoïdes). Elle peut être liée également aux effets secondaires des traitements (vomissements, nausées, asthénie de la chimiothérapie et surtout douleurs) et également à la chirurgie (amputation par ex).

1.3.3. Le statut narcissique de l'enfant et dans les cas les + graves son identité, sont perturbés.

Ces perturbations sont provoquées par la maladie, les traitements, l'atteinte physique.

L'enfant a du mal à se reconnaître et se demande si les autres le reconnaissent, quel regard ils posent sur lui. Il perd confiance en lui-même (estime de soi) jusqu'à basculer dans un vacillement de son identité, ce qui le conduit au désespoir et à la dépression.

1.3.4. L'enfant est soumis à la perte du sentiment d'invulnérabilité et de cohérence interne.

Certains vont alors développer des comportements particuliers :

- Comportements ritualisés, obsessionnels, permettant de séparer ce qui se passe à l'hôpital, à la maison.

- Dénégation : enfants qui refusent que l'on parle de la maladie, adoptant parfois des conduites à risque, pour se prouver qu'ils maîtrisent la situation.

- Symptomatologie plus bruyante et inquiétante, avec des troubles du sommeil, des épisodes d'angoisse, des difficultés de contact social, et parfois même de réels épisodes dépressifs. Il s'agit plus souvent d'enfants présentant une fragilité psychique antérieure. Parfois cette symptomatologie est en rapport avec la difficulté avec laquelle les parents font face au traumatisme que représente pour eux la maladie.

- D'autres luttent contre leur angoisse en exerçant un pouvoir tyrannique sur leur entourage. Cette défense par une apparence de toute puissance témoigne de l'importance de leur détresse, de celle de leurs parents et/ou des soignants qui acceptent cet état de fait. S'il est utile de laisser s'exprimer et d'entendre la détresse de l'enfant cancéreux, ré-instituer des limites ne peut que le rassurer et lui redonner des repères mis à mal par la maladie. La surprotection, masquant soit un sentiment de culpabilité, soit un sentiment d'ambivalence, favorisé par la fragilité de l'enfant au début de la maladie et l'intensité du traitement, peut témoigner en particulier quand elle persiste trop longtemps, d'une difficulté parentale à faire face à leur angoisse ou à une ambivalence (ambivalence : juxtaposition de sentiments opposés) trop marquée vis à vis de l'enfant, voire même un deuil anticipé.

- A la sortie de l'hôpital et dans la mesure où les transformations corporelles sont évidentes, les enfants cancéreux peuvent développer des comportements phobiques vis à vis des autres, en particulier à l'école.

Beaucoup refusent la sollicitude et la curiosité de leur l'entourage. Si certains jouent au héros en racontant avec force détails leur expérience, la majorité ne se confie qu'aux amis très proches.

1.4. Les effets de la chimiothérapie et les autres traitements

1.4.1. La détresse comportementale anticipatrice face aux chimiothérapies

Plus marquée chez l'adolescent que chez l'enfant (perte de l'appétit, caprices alimentaires dans les 24 heures qui précèdent).

Manifestations somatiques de l'anxiété : céphalées, douleurs abdominales, tachycardie, nausées, vomissements d'anticipation, voire même refus de traitement.

Les troubles post-chimiothérapiques (alimentaires, plaintes somatiques, nausées et vomissements) sont également plus fréquents chez les adolescents et augmentent avec le temps. Associés aux effets indésirables des molécules, tous ces troubles altèrent de façon significative la qualité de vie des patients. Ils nécessitent une prescription prophylactique pharmacologique et un accompagnement ou soutien psychologique, qui ne doit bien sûr pas être le seul fait des psychiatres ou psychologues. Le

comportement de l'enfant renvoie forcément à un ensemble à composante organique (douleur, traitement) et affective (impact de la douleur sur le psychisme de l'enfant).

Le maniement de la chimiothérapie pose à l'évidence des problèmes éthiques, puisqu'il va falloir trouver un équilibre entre efficacité et importance des effets secondaires).

1.4.2. La radiothérapie

A hautes doses et de localisation cérébrale, on constate des séquelles cognitives indéniables.

N'est plus utilisée dans les leucémies en première intention.

Réservée aux rechutes et surtout au conditionnement avant greffe médullaire.

1.4.3. La chirurgie

En cas de tumeur osseuse, il peut s'agir d'une chirurgie d'amputation, mal vécue du fait de l'atteinte de l'image du corps et de la mutilation réelle qu'elle entraîne.

La question des cicatrices est importante, surtout pour les adolescents. Les préoccupations qui peuvent sembler paradoxales à l'entourage renvoient à un déplacement de ce que représente la maladie et une fixation de l'angoisse. Une cicatrice représente toujours une marque sur le corps, visible aux yeux des autres.

A l'heure actuelle, certaines tumeurs peuvent être enlevées par endoscopie. L'absence de cicatrice visible empêche la représentation du cancer. L'enfant aura donc besoin d'explications encore plus attentives et précises, en particulier à partir des examens (radiologie, IRM, scanner) qui permettent de visualiser la tumeur.

1.4.4. Cas particulier de la transplantation de moelle osseuse

Lorsque la greffe médullaire est envisagée, elle augmente de façon évidente les bouleversements affectifs familiaux dus à la leucémie elle-même.

Il peut s'agir d'une greffe autogénique ou autologue lorsque le receveur est son propre donneur. Il s'agit d'une greffe allogénique avec donneur compatible dans le système HLA dans les autres cas. L'allogreffe de moelle osseuse est une greffe tissulaire avec donneur vivant apparenté, c'est-à-dire membre de la fratrie du malade, ou anonyme, mais toujours volontaire. La greffe vise à la recolonisation du lit médullaire du malade par des cellules souches hématopoïétiques saines provenant d'un donneur. Elle permet l'intensification de la chimiothérapie et l'augmentation de l'effet antitumoral de celle-ci en passant outre la toxicité hématologique de la chimiothérapie.

La confrontation à la leucémie, la dureté particulière des traitements et la particularité de ceux qui soulèvent de nouvelles questions concernant des liens familiaux (greffe de moelle osseuse), exigent d'un enfant et de ses parents une mobilisation de toutes leurs ressources psychiques ; elle nécessite enfin une étroite collaboration entre les équipes d'onco-hématologie pédiatrique et de pédopsychiatrie.

1.5. L'arrêt du traitement

Ne correspond pas forcément à l'annonce de la guérison, qui vient en général quelques années + tard.

Avec l'arrêt du traitement, l'enfant doit abandonner son statut de malade, redevenir comme les autres. La survenue de certaines réactions psychopathologiques paradoxales illustre la perte du sentiment de protection apporté par le traitement - aussi dur soit-il - et, de la part des parents, la confrontation à un deuil anticipé. On peut voir par exemple :

- des phobies
- des troubles du caractère
- une angoisse mal maîtrisée
- des difficultés scolaires

Certaines manifestations somatiques peuvent montrer à quel point l'enfant cherche encore à garder un statut de malade (ex : boulimie).

Toutes ces manifestations, tout à fait classiques, soulignent la nouvelle peur à laquelle enfant et parents sont confrontés : perdre les repères qu'ils avaient peu à peu construits et le sentiment de sécurité procuré par les soins.

Les résultats des études sur le devenir psychopathologique à long terme des survivants d'un cancer dans l'enfance ou l'adolescence sont contradictoires, certains se montrant optimistes, d'autres moins. L'évolution psychique de l'enfant semble dépendre beaucoup de la façon dont les parents prennent des distances par rapport à la maladie et peuvent recommencer à faire des projets d'avenir avec un enfant qui a pu être « donné pour mort » à un moment.

La plupart des enfants retrouvent cependant une scolarité ainsi qu'une vie sociale ± normales. Certains se mettent dans des situations de défi et de risques pour se persuader de la maîtrise retrouvée de leur corps et sur eux-mêmes.

Il est parfois nécessaire d'aider l'enfant dans cette rescolarisation, par ex. grâce à un projet personnalisé de scolarisation.

A distance, un certain nombre de ces enfants gardent un sentiment de vulnérabilité, véritable « syndrome du survivant », en fonction de la durée du traitement, des séquelles, mais aussi du risque et/ou de la crainte d'une récurrence.

Ainsi, tout au long de ce cheminement, l'enfant doit trouver des repères qui oscillent entre perte et nouvelle construction. Si on ne l'accompagne pas, il risque de se tromper de repères et de se tourner vers des conduites à risques dans lesquelles il défie la mort, sans pour autant retrouver l'estime de soi.

Pour autant il n'est pas rare qu'à l'âge adulte, ces enfants choisissent une profession paramédicale, médicale ou scientifique.

La position du cancérologue est paradoxale, car il doit en même temps prendre en compte les symptômes somatiques de l'enfant comme autant de manifestations d'une « reconstruction psychique » et avoir à l'esprit l'éventualité d'une rechute.

1.6. Les séquelles

La question des séquelles secondaires au traitement se pose aujourd'hui avec acuité, quelles soient :

- endocriniennes (stérilité, ralentissement de la croissance),
- dentaires, avec atteinte des bourgeons dentaires,
- cognitives secondaires au traitement chimiothérapique, mais surtout à la radiothérapie,
- physiques après mutilation chirurgicale.

De nombreuses recherches concernent les séquelles de la chimiothérapie antimitotique proprement dite. 2 grandes voies de recherche se détachent :

- Essayer, à partir d'entretiens cliniques et/ou de tests psychométriques et d'échelles, d'évaluer à moyen et long terme la qualité de vie sociale, affective et psychique d'un enfant guéri.
- Chercher à connaître les effets plus ou moins directs d'un antimitotique sur la croissance, le développement intellectuel et cognitif, etc.

En ce qui concerne les troubles cognitifs en particulier, les résultats de ces études devraient permettre, dans les années à venir, de faire la part entre origine psychogène et atteinte directe des processus cognitifs, en particulier mnésiques, du fait du blocage de la synthèse des protéines par tel ou tel antimitotique.

L'enfant aura de toute façon à reconstruire son identité autour d'une nouvelle image de son corps et de lui-même (Cf. paragraphe 5).

1.7. La rechute

Malgré les progrès des thérapeutiques, la rechute et la mort sont toujours possibles.

La rechute est vécue de façon encore plus dramatique que le diagnostic de la maladie, dans la mesure où l'enfant et ses parents vivaient dans l'espoir de la guérison. Elle est de plus synonyme d'intensification du traitement dans un contexte d'angoisse, de découragement, de fatigue et de douleur. Elle peut être à l'origine de la perte de tout espoir à long terme.

Différents types de réactions à la rechute :

- L'enfant, mais surtout l'adolescent, peut réagir de façon bruyante, s'opposer à toute reprise du traitement.
- Il peut au contraire s'y soumettre de façon passive.
- Un repli comportemental majeur n'est pas rare.
- Une réaction émotionnelle (pleurs, dépression) et des conflits entre adultes sont fréquents.

► Nécessité d'un accompagnement par l'équipe soignante, formée à ces questions, mais aussi d'un accompagnement psychothérapique avec une écoute empathique. Le travail du psychiatre ou du psychologue avec l'équipe est essentiel.

1.8. La mort de l'enfant cancéreux

L'enfant cancéreux en phase terminale, même très jeune, est toujours conscient de la gravité de son état et de la proximité de la mort (voir module 6 : items 69 et 70).

Cette mort apparaît toujours intolérable aux équipes soignantes dans la mesure où de plus en plus d'enfants guérissent à l'heure actuelle.

Pour l'enfant, la peur de mourir est avant tout la peur d'être abandonné, de rester seul. Des attitudes de leurre risquent de rendre impossible toute communication et renforcent cette peur.

Parents, médecins, infirmières, doivent jouer un rôle contenant vis-à-vis de l'angoisse de l'enfant. Pour protéger ses parents, l'enfant cherche parfois un autre interlocuteur. La disponibilité des soignants, certes difficile dans un service de médecine somatique aussi lourd, est cependant absolument nécessaire car elle permet d'accompagner l'enfant jusqu'au bout, même quand plus rien n'est accessible d'un point de vue curatif.

La douleur de l'enfant doit être bien prise en compte sur le plan thérapeutique. Certains parents, en refusant des antalgiques à forte dose du fait de leurs effets sédatifs, la dénie parfois plus ou moins consciemment pour garder jusqu'à la fin le contact avec leur enfant.

La mort de ces enfants est un traumatisme psychique intense pour les parents.

L'équipe soignante qui a longtemps soigné et investi l'enfant est elle aussi grandement traumatisée, même si elle affiche des dehors d'indifférence. Ceci montre la nécessité pour ces équipes d'être aidées dans leur soutien à l'enfant et leur travail de deuil.

2. Plusieurs questions éthiques se posent :

2.1. Quelle place pour le pédopsychiatre dans une équipe d'onco-hématologie ?

Ne doit pas être « le seul spécialiste » des questions psychiques : oncologues et équipes soignantes doivent rester attentifs aux mouvements psychiques de l'enfant et ses parents et les accompagner.

Parfois, son intervention est nécessaire pour permettre une élaboration décentrée par rapport aux impératifs du traitement. Il doit pouvoir rencontrer les enfants et les parents et travailler avec l'ensemble de l'équipe.

2.2. Quelle information ?

La loi du 4 mars 2002 fait obligation d'une information claire aux parents comme à l'enfant.

Elle doit cependant être adaptée, en tenant compte du choc et du traumatisme psychique qu'elle engendre, ainsi que du temps nécessaire (Cf. Objectif 1).

2.3. Quelle formation pour les médecins et les soignants ?

= formations aux questions psychologiques spécifiques posées par les cancers de l'enfant

Ceci n'est pas l'apanage du psychiatre ou du psychologue. Il n'y a pas d'un côté les « spécialistes du corps » et de l'autre « ceux de l'esprit ».

La connaissance que les équipes soignantes et les oncologues ont de ces questions permet qu'ils « comprennent » et soutiennent le désarroi et les mouvements psychiques, parfois paradoxaux, de leurs patients.

2.4. Le soutien psychologique pour qui ?

Il concerne l'enfant malade, ses parents l'équipe médicale et soignante dans la mesure où tous sont confrontés à la mort, celle potentielle de l'enfant, mais aussi la leur.

2.5. Maintien de l'enfant cancéreux parmi « les vivants » ?

Il est important, malgré les représentations du cancer, malgré le poids des thérapeutiques et leurs effets secondaires, malgré son isolement, malgré un pronostic vital parfois engagé à plus ou moins court terme, de considérer l'enfant cancéreux comme vivant, appartenant toujours au monde des vivants.

La présence des parents, l'ouverture sur le monde et la vie (télévision, Internet, interventions associatives, culturelles), le maintien d'une scolarité, même à l'hôpital, en sont les témoins.

Cependant, il est nécessaire de prendre également en compte la « différence » de l'enfant cancéreux. Certes, il est vivant, mais « à sa façon ». C'est à ce prix qu'il pourra être « comme les autres ».

2.6. Les essais thérapeutiques ?

Fréquents et nécessaires en oncologie. Toujours encadrés très strictement par la Loi Huriet et le Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Bioéthique (C.C.P.P.R.B.).

Information claire et précise des parents et de l'enfant.

Cependant, le consentement donné n'est pas toujours exempt de peur, voire d'un sentiment d'obligation.

3. Questions d'ordre psychosocial

Maintenir l'enfant le plus possible dans la vie sociale (accès aux médias, Internet, etc.), auprès de sa famille (hospitalisation le plus court possible, le plus rapidement possible, hôpital de jour) et auprès de ses pairs (scolarité adaptée, mais maintenue dans un premier temps : école à l'hôpital ; intégration scolaire si nécessaire dans un 2^{ème} temps ; aides personnalisées : classe par correspondance, cours particuliers, etc.).

Des aides financières peuvent être accordées pour faciliter le soutien scolaire de l'enfant : A.E.H. ou « Allocation Enfant Handicapé » attribuée par la MDPH et payée par la Caisse d'Allocations Familiales (C.A.F.). Le « handicap » est considéré ici comme provisoire.

4. Conclusion

Le cancer impose aux enfants un traumatisme psychique énorme qui nécessite sa prise en compte par l'ensemble de l'équipe soignante, mais également des soins psychiques spécialisés, parfois brefs, parfois au long cours.

L'intervention psychiatrique évalue les défenses psychiques de l'enfant, ses angoisses, d'éventuels symptômes dépressifs, mais également la survenue de difficultés scolaires et de difficultés de communication entre les différents membres de la famille (parents, enfant, fratrie).

Il n'est pas rare que l'équilibre affectif du couple parental soit mis à mal et que les membres de la fratrie du malade, laissée pour compte, aillent mal.

Un travail psychothérapeutique est souvent nécessaire en cours de chimiothérapie et/ou dans les suites du cancer.

La qualité de vie à long terme des enfants survivants représente l'enjeu de l'ensemble des soins mis en oeuvre.