

CHAPITRE IV

Dites docteur, c'est quoi un essai randomisé ?

*« L'amélioration doit être un objectif
constamment mis en œuvre et non un projet
à réaliser lorsque les circonstances le permettent,
car elles le permettent rarement. »*

Pierre Guignard

Quand la mère de Nathalie m'appela au téléphone un vendredi matin de fin novembre 1992, c'était une mère désespérée qui s'accrochait au bout du fil en essayant de me faire comprendre son problème. Elle était si désemparée ! En gros, je ne comprenais que l'essentiel de son désarroi immédiat. Sa fille âgée de 14 ans avait présenté, cet été, un cancer de l'os au niveau de la partie basse de la cuisse. Les médecins qui l'avaient reçue au début de la maladie lui avaient parlé de biopsie, le petit prélèvement initial. Puis de protocole... Et de jambe sauvée de toute façon ou presque. Elle n'avait pas très bien compris ce qu'était un protocole (le traitement, vaguement... mais quelle importance ?). Les parents avaient suivi les médecins les yeux fermés. Comment ne pas avoir une totale confiance ? C'est une maladie si grave chez un enfant, une telle tragédie ! Les médecins font forcément leur possible ! Pourquoi douter, demander des explications complémentaires, embêter les médecins ?

Mais la grosse cuisse rouge et douloureuse n'avait pas fondu. Nathalie ne pouvait pratiquement plus se déplacer et quand elle essayait, pour aller aux toilettes par exemple, ce n'était qu'au prix de douleurs très intenses, presque insupportables.

La mère, qui avait arrêté son travail et restait maintenant en permanence auprès de Nathalie, s'était inquiétée et appelait souvent le cancérologue :

« Est-ce qu'on doit continuer le même traitement puisque ça ne marche pas ? »

– Ne vous inquiétez pas, Madame, ça va venir ! On va encore faire quelques cures et la tumeur va fondre. D'ailleurs, rassurez-vous, on a téléphoné au centre coordinateur. Ils ont bien confirmé : il faut continuer. Hors du protocole, point de salut. Alors ne vous inquiétez pas... »

Elle s'était tout de même inquiétée, de plus en plus, mais que faire sinon avoir confiance ? Le père, d'abord rassurant, avait bientôt paniqué, ainsi que le grand frère de 20 ans. Enfin l'opération approchait. Nathalie rencontra finalement le chirurgien au bout de ces très longs mois de douleur et d'angoisse. Et ce fut la douche froide ! Il fallait amputer. La tumeur avait trop grossi, on ne pourrait pas pratiquer l'opération avec sauvetage de la jambe. La chirurgie conservatrice prévue initialement n'était plus possible car la tumeur n'avait pas assez bien répondu à la chimiothérapie !

C'en était trop ? Madame G. craqua : « C'est ce que je leur répétais depuis des semaines, ils ne voulaient pas me croire ! » Elle fit, en accéléré, le tour de ses amis, de ses relations médicales en particulier, pour trouver une autre adresse, pour avoir un autre avis avant de laisser couper cette jambe sans retour possible.

C'est ainsi qu'elle avait trouvé mon numéro de téléphone. Bien sûr, j'acceptai de les rencontrer en urgence. S'il y avait quelque chose à tenter, il n'y avait pas de temps à perdre ! D'emblée, je lui ai rappelé au téléphone que nous n'étions

pas le Bon Dieu, que nous ne pourrions probablement pas faire de miracles. Néanmoins, j'espérais que nous pourrions sauver sa jambe. Pour le reste, nous en discuterions sur place avec Nathalie et toute la famille. C'est ainsi que je les reçus le lendemain, un samedi après-midi au « Club Med », la salle de jeux des enfants, car les locaux de consultation étaient fermés. Je les revois tous les quatre, unis dans l'épreuve, soudés presque physiquement les uns aux autres pour mieux résister à ce que j'allais pouvoir leur annoncer... L'atmosphère était d'autant plus lourde que l'amputation était prévue pour le lundi suivant, deux jours plus tard. Ils n'avaient su qu'au dernier moment que sa jambe ne pourrait être sauvée. Le désespoir rivalisait d'intensité avec la révolte.

En examinant Nathalie, j'eus d'emblée la quasi-certitude que Gérard, notre chirurgien, pourrait sauver son membre. Il l'avait déjà fait chez des malades présentant de beaucoup plus grosses tumeurs (et oui, ça existait !). Et puis c'était devenu son challenge, si ce n'est sa raison de vivre au moins sa raison de travailler ! Donc, de ce côté-là, je me sentais assez forte de nos expériences passées pour les rassurer. Bien sûr, nous allions l'appeler, il viendrait tout à l'heure. C'est l'avantage du samedi de rendre les chirurgiens un peu plus disponibles pour une urgence !

Il faudrait, néanmoins, faire une reprise thérapeutique de trois ou quatre semaines au maximum, par notre schéma de traitement, notre « protocole » basé sur un médicament, appelé Méthotrexate, à doses rapidement croissantes d'une semaine sur l'autre, si la masse ne fondait pas de façon évidente. Selon notre expérience, cette technique marchait quasiment tout le temps, au moins suffisamment pour faire diminuer la tumeur et permettre la chirurgie de sauvetage.

Là, les parents s'insurgèrent. Ce qu'ils voulaient, c'était voir un chirurgien qui puisse lui sauver sa jambe. Mais pour la chimiothérapie, on leur avait bien expliqué que, partout en

France et en Europe, on faisait le même traitement ! Et puis là-bas, on leur avait dit que le protocole (d'ailleurs, ils ne savaient pas trop bien ce que cela voulait dire au fond) ne pouvait être modifié. Et moi, je leur parlais d'augmentation des doses de semaine en semaine ! Ils voulaient comprendre, c'était la vie de Nathalie qui était en jeu ! Est-ce que je pouvais leur expliquer ces différences ?

Leur détresse, leur gentillesse, l'amour qu'ils partageaient si fort ensemble et qu'ils diffusaient vers nous me poussèrent à essayer de leur exposer les deux grands types de concepts de traitement utilisés actuellement en cancérologie. La présence chaleureuse de Barbara, le médecin de garde, dont les yeux d'un bleu si magnifique émanent la bonté, la douceur en même temps qu'une discrète et calmante nonchalance, leur avait redonné immédiatement un peu de sérénité. Commentant mes propos, quand elle les trouvait trop techniques, je pus alors leur consacrer le temps nécessaire pour qu'enfin ils comprennent ce que tous les patients ou familles de patients devraient savoir quand on les « embarque » pour le long voyage du traitement d'un cancer. Je savais déjà que, quoi qu'il arrive, mes liens, qui venaient de naître avec cette famille, seraient très forts et définitifs. Nous étions de la même planète. Le courant passait !

Il fallait, pour comprendre, revenir un tout petit peu à l'histoire de la médecine : « Connais-tu Hippocrate, Nathalie ? Il avait, il y a plus de 2 400 ans, résumé et établi les règles morales de notre profession ! Et bien, jusqu'aux années 1950, l'exercice de la médecine avait suivi uniquement ses préceptes ! Depuis, ça s'était compliqué, on va y revenir ! Pour Hippocrate, le rôle du médecin était d'agir uniquement au mieux des intérêts du malade et de s'efforcer de ne jamais lui nuire. Bien des progrès, et même l'essentiel, étaient venus de l'observation fine et rigoureuse des patients, de l'histoire

naturelle de leur maladie (en gros sans traitement !) et de leur évolution, leur modification sous certains médicaments, etc. Tu as sûrement lu *La Dame aux Camélias*, cette pauvre jeune femme qui se meurt dans les bras de son amour enfin retrouvé ! Eh bien, de nos jours, on saurait la guérir avec les traitements pour la tuberculose. Et ces traitements vitaux avaient été sélectionnés par le simple examen des patients. »

Nathalie s'était évadée, elle rêvait de grand amour. Le connaîtrait-elle ? Car si elle avait bien ressenti une chose depuis le début, c'est que sa vie était en jeu !

« Allez, Nathalie, essayons de comprendre ! »

Si les médecins et les savants avaient découvert beaucoup de choses par cette méthode traditionnelle, certaines affirmations trop rapides, trop intuitives, avaient conduit à des erreurs. Certes, ils s'en étaient rendu compte. On avait bien su renoncer à la sacro-sainte saignée ! Mais de nombreux praticiens critiquaient cette méthode empirique et réclamaient une pratique plus scientifique.

Encore aujourd'hui beaucoup de découvertes, de nouveaux traitements sont mis au point par des pratiques médicales reposant uniquement sur l'observation individuelle associée, bien sûr, à leurs connaissances universitaires et à leur perfectionnement continu. C'est ce que nombre d'équipes dans le monde utilisent encore à l'heure actuelle, comme nous le faisons nous-même.

Nous traitons tous les malades atteints d'une même maladie selon un même schéma de traitement, c'est-à-dire un protocole, mais celui-ci est adapté en fonction des réactions de chaque personne.

On appelle cela un essai ouvert ou bien un essai pilote ; c'est synonyme. Pourquoi ? Parce que, pour améliorer les

traitements futurs, il faut bien examiner tous les dossiers des malades et les données scientifiques qui en découlent sont analysées plus tard avec nous, les docteurs, aidés de médecins spécialisés dans les tests statistiques.

« Mais pour votre fille, pour toi, Nathalie, c'est toi le centre de nos préoccupations. Tu verras, nous tiendrons compte de la chaleur de ta jambe au niveau où c'est gonflé. Avec le traitement, elle doit diminuer. D'ailleurs, notre chirurgien est très exigeant là-dessus. Il nous trouve toujours toutes sortes de thermomètres pour suivre la température de la peau après chaque nouvelle cure mais il n'a vraiment confiance qu'en sa main ! Alors il vient vérifier toutes les semaines lui-même ! La chaleur, la douleur mais aussi le volume de la masse doivent diminuer nettement. En plus, nous allons te faire des dosages de médicaments dans le sang et, s'ils ne sont pas assez bons, nous augmenterons très vite la dose, la règle, c'est que nous sommes plus têtus que la maladie. »

Bref, les médecins familiers de cette maladie sauront saisir les effets infimes des médicaments et seront capables de proposer les modifications susceptibles d'améliorer les résultats !

Nathalie, du haut de ses 14 ans, suivait bien le raisonnement :

« Pourquoi ne font-ils pas comme cela dans ma ville ? Pourquoi ont-ils laissé grossir ma tumeur ? »

– Attends, Nathalie, rien n'est si simple... Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients. Il faut éviter de simplifier et de dire que si telle méthode fonctionne bien ici, il faut l'appliquer partout sans discernement. C'est précisément ce que font certains et je vais essayer d'expliquer pourquoi d'autres procèdent autrement et pourquoi cela peut être nécessaire mais aussi très dangereux, si on veut en faire le traitement unique. »

La maman est intervenue :

« Vous dites que vous utilisez ces essais pilotes mais, dans le cas de Nathalie, ont-ils fait leurs preuves ? »

– Bien sûr, et c'est d'ailleurs pour cette raison que nous les utilisons ! C'est le professeur Rosen de New York qui a mis au point, entre 1975 et 1978, le traitement le plus efficace de l'ostéosarcome. Dès 1982, il publiait que 82 % des patients qu'il avait traités, par son essai pilote appelé T 10 étaient en rémission à cinq ans de suivi, c'est-à-dire sans récurrence. Par la suite, ces résultats ont été vérifiés sur le long terme par le professeur Meyers qui les a republiés en 1992 en constatant plus de 72 % de patients guéris de nombreuses années plus tard. Nous tenons particulièrement à ce "protocole pilote" et nous l'appliquons à nos patients en essayant de l'optimiser le plus possible. Vous avez bien compris que le terme protocole pilote ne veut rien dire d'autres que schéma de traitement personnalisé. Pour être bien clair et bien appliqué, il est écrit en détail et à portée de main de tous les exécutants, des malades et de leurs médecins traitants ! Il n'y a pas d'autres secrets dans le mot lui-même !

– Et les autres alors, que font-ils ?

– Eh bien, je vous ai parlé, tout à l'heure, des erreurs qui venaient des impressions érigées en lois. Alors, à partir des années 1950 et surtout 1970, les médecins de plus en plus obnubilés "par la science" et délaissant "leur art" allaient développer puis se laisser envahir par la technique de la contre-épreuve. Elle allait devenir la base du raisonnement médical et, tel un raz de marée, tendre à faire disparaître toute autre méthode sous prétexte d'améliorer les traitements.

– C'est quoi la contre-épreuve ?

– C'est la conviction que la seule façon de valider une innovation thérapeutique est d'effectuer un essai comparatif. Vous avez dû entendre parler des essais thérapeutiques randomisés ?

– Hum ! Nous n'avons pas bien compris, et puis nous venions d'apprendre le cancer de Nathalie, nous n'étions pas en état de raisonner... Expliquez-nous, maintenant, nous avons atterri, et puis si nous ne nous en mêlons pas, voilà ce

qui arrive ! Notre fille doit être amputée alors qu'on nous avait laissé espérer le contraire !

– Je vais faire un effort, mais accrochez-vous ! L'essai thérapeutique tiré au sort, randomisé selon son nom officiel, compare, pour une maladie donnée à un stade de développement précis, un traitement nouveau donné à un groupe de malades à un traitement ancien ou pas de traitement du tout chez un autre groupe de patients. Ce deuxième groupe est le groupe témoin. Le choix des sujets à inclure dans chaque groupe se fait au hasard par tirage au sort (c'est la signification du mot anglais *randomisation*, ça fait mieux ! On a moins l'air de jouer au loto !). L'objectif théorique de ce type d'essai est de découvrir le meilleur traitement pour chaque maladie. »

Je leur expliquai qu'il ne fallait pas tout mélanger. Il y a des situations où il faut conclure formellement alors que ce n'est pas évident, par exemple quand un nouveau médicament a peut-être une efficacité dans un cancer mais pas suffisamment pour que cela soit flagrant. Il faut bien essayer de la prouver. Dans ces cas-là, on donne la nouvelle drogue dans un groupe et dans l'autre une fausse drogue. On l'appelle placebo. Celui-ci a la même apparence physique que le médicament testé, une gélule blanche par exemple. Ni le patient ni le médecin ne savent ce que contient la gélule blanche. Ensuite, on compare les résultats dans les deux groupes et si la différence est suffisamment importante entre les deux, on saura que ce médicament est utile. Vous voyez, ce système est souvent utile !

Sur le plan pratique, il y a, effectivement, des circonstances qui justifient cette méthode. Par exemple, pour un nouveau médicament dont les avantages thérapeutiques ne sont pas suffisamment sûrs, il peut être légitime de l'essayer sur un groupe de malades en comparant ensuite les résultats par rapport à ceux d'un même nombre de malades traités par le protocole habituel.

Non discutable dans certaines situations, où le pronostic vital n'est pas en jeu et où on applique dans le groupe témoin un traitement éprouvé (traitement classique par un médicament efficace connu opposé à un nouveau traitement réel d'efficacité possible, à tester), cette méthode est beaucoup plus contestable à chaque fois que les essais concernent des maladies graves avec risque de mort à court terme, particulièrement quand le nouveau traitement est testé contre rien ou contre un placebo (sans produit actif).

Je ne pouvais tout commenter en détail.

Le protocole randomisé sélectionne un traitement du malade par tirage au sort et ce traitement ne peut, évidemment, pas être modifié sans troubler le résultat de l'étude. Le bénéfice clinique éventuel ne sera pas pour lui (sauf s'il tombe, au hasard, dans le meilleur groupe), mais pour des futurs malades. L'inquiétude légitime du malade devant une tumeur qui ne cesse de grossir restera sans réponse.

Le médecin expérimentateur (même si on refuse le mot et qu'on le remplace par chercheur) devra inclure le maximum de patients dans le protocole et le respecter, sinon, il sera mal vu par ses chefs et l'institution, sera déclaré un mauvais chercheur et finalement rejeté ! Et, éventuellement, il pourra perdre son travail.

Même si la tumeur se développe, le traitement sera maintenu dans le plus strict respect du « protocole écrit ». Ces protocoles sont, en général, faciles à utiliser, car ils sont prévus pour tous les centres (d'où le vocable multicentrique), même les moins spécialisés, qui sont alors reliés avec le coordinateur par téléphone. Ces essais thérapeutiques randomisés permettent une analyse statistique facile, bien rodée.

Les parents revenaient à la charge :

« Oui, mais dans le cas de Nathalie, on ne peut pas faire cela, on sait bien que la chimiothérapie est importante !

– Détrompez-vous, certains, et non des moindres puisque c'étaient les médecins de la *Mayo Clinic* aux USA, n'ont pas admis les résultats de Rosen que je vous citais tout à l'heure : plus de 80 % de guéris à cinq ans dans la maladie de Nathalie en 1982. Ils ont imposé un essai tiré au sort pour voir si la chimiothérapie était utile ou non dans l'ostéosarcome ! Vous ne me croyez pas, pourtant ! Si vous voulez, je vous montrerai l'article. L'essai qui a commencé en 1984 testait chimiothérapie contre surveillance simple après la chirurgie. Aux États-Unis, le consentement éclairé est une chose bien ancrée, d'autant que les tribunaux sont vigilants. Les malades devaient donc clairement être informés. Ils pouvaient refuser le tirage au sort et dans ce cas choisir d'être traités ou surveillés. De nombreux malades refusèrent le tirage au sort et la plupart exigèrent le "bras" chimio. Ils furent bien inspirés et plus clairvoyants que les médecins qui voulaient les inclure dans l'essai. À long terme, plus de dix ans plus tard, 72 % de ceux qui avaient reçu de la chimiothérapie étaient en première rémission complète contre 18 % pour ceux qui n'avaient bénéficié que d'une surveillance simple...»

C'est ce type d'essai de la *Mayo Clinic* qui est révoltant. Quand on sait qu'un traitement est efficace ! Et qu'on se croit autorisé à accepter de le tester contre un autre traitement dont on sait qu'il peut ne pas marcher aussi bien (par d'autres publications). On accepte, consciemment dans ce cas, de sacrifier des patients ! C'est pour moi insupportable et mon devoir est de le dire, car sinon je deviens complice.

Les parents commençaient à comprendre pourquoi nous n'étions pas dans la norme.

Ils me demandèrent, dans le cas de leur petite Nathalie, – après tout, le reste n'était pas vraiment leur problème – ce qu'avaient donné les essais randomisés dans l'ostéosarcome !

Et là, je leur fis part de mes regrets et de ma profonde tristesse, car justement nous venions d'analyser l'ensemble des

essais randomisés multicentriques publiés depuis vingt ans sur la maladie de leur fille. Malheureusement, la vérification de l'intérêt de la chimiothérapie avait retardé son application systématique d'au moins cinq ans (d'où de nombreux morts inutiles). De plus, une interprétation trop précoce et erronée des résultats d'un essai d'un groupe européen majeur avait d'abord conclu à une supériorité de l'amputation pour la survie des patients, condamnant ainsi à la mutilation de nombreux malades jusqu'à ce que les analyses plus tardives du même essai infirment cette conclusion cinq ans plus tard... comme quoi toutes les méthodes, même apparemment scientifiques, peuvent induire en erreur.

Aussi graves, voire plus graves, puisque touchant à la vie et non plus seulement à la conservation du membre, étaient les conséquences de l'échec des tentatives de reproduction du protocole T 10 de Rosen. Ses résultats étaient toujours mis en doute, ne serait-ce qu'à cause de « sa méthodologie contestable ». Il faut entendre protocole non randomisé pour ses détracteurs !

On aura pourtant bien du mal à reproduire le Rosen par un essai randomisé qui, par définition, ne peut être adaptable. Ce qui fait l'efficacité des protocoles de Rosen est l'adaptation rigoureuse du traitement par le choix des doses à chaque malade reposant sur des données biologiques et cliniques, ce qui nécessite donc une équipe très rodée. Ce ne peut pas être le cas dans toutes les villes où sont parfois inclus un ou deux malades par an au maximum.

Je leur expliquai que ce qui m'inquiétait le plus était l'évolution actuelle qui tendait, en France, à normaliser et à rejeter tout ce qui n'était pas prescrit sous la houlette d'un grand groupe. C'est pourquoi aussi nous avons été exclus de la communauté médicale et traités de bricoleurs même si, parfois, on allait jusqu'à sous-entendre que nous étions peut-être, tout de même, des bricoleurs de génie !

J'étais bien obligée de leur expliquer cela, comme à tous les patients que nous étions amenés à prendre en charge, car ils voulaient comprendre notre manière d'appréhender la maladie.

Par ailleurs, une explication rigoureuse et argumentée était indispensable car ceux qui, comme nous, choisissent des traitements individualisés non intégrés dans des protocoles appliqués dans tous les centres, ne bénéficient pas de la même protection médico-légale ! En cas de problème, les experts seront les puissants de la profession et donc, de fait, les coordinateurs des essais... Les cancérologues, qui intègrent des malades dans les essais randomisés, peuvent dire, et ils ne s'en privent pas : « Tout le monde fait pareil, vous pouvez aller partout, vous aurez le même traitement », et c'est presque vrai !

Nous craignons la tendance actuelle, qui voudrait faire des essais avec tirage au sort la règle de bonne conduite par l'intermédiaire de « standards options recommandations ». Des normes qui seraient imposées en cancérologie et reprises par l'État comme référence de « bonnes pratiques » pour autoriser ou non un centre de traitement du cancer à exister (ce qu'on appelle l'accréditation des services).

Ce qui avait été un grand progrès, pour la rigueur d'inspiration scientifique introduite en médecine par cette trouvaille, commençait, dans certains cas, à dépasser son but et à ne plus exister qu'au nom de la pureté de la méthode statistique au détriment, au moins en partie, du but premier du médecin qui est de soigner le malade qu'il a devant lui.

Face à toutes ces explications, effrayés et incrédules, les parents de Nathalie s'exclamaient :

« Ce n'est pas possible... On le saurait, n'y a-t-il pas des lois ?

– C'est vrai, en 1988, pour tenter de stopper des essais sans l'accord des patients, la loi dite « Huriet » fut votée au Parlement. Elle impose que le patient soit informé clairement, en termes compréhensibles, du protocole choisi, de ses buts,

de son déroulement et, en particulier, de la notion de tirage au sort. Malheureusement, un grand nombre de collègues cancérologues considèrent que l'application de la loi « Huriet » en oncologie ne peut être « un tout ou rien » et qu'en l'absence de débat public, ils se sentent autorisés à ne pas évoquer le tirage au sort avec le patient !

– Ce n'est pas possible ! »

Et pourtant c'était bien ce qui était arrivé. En se remémorant les explications qui leur avaient été données – peut-être même le médecin avait-il parlé de randomisation – mais sans qu'ils réalisent ce que cela voulait dire vraiment, ils en prenaient conscience. Je leur répétais que, justement, il fallait que cette loi soit appliquée car, probablement, les malades souhaitaient être au courant. Mais cela nécessitait une information sur les autres concepts de traitement et les résultats des autres écoles françaises ou étrangères :

« D'ailleurs, rappelez-vous, au début de la trithérapie dans le sida, on voulait imposer le tirage au sort aux patients, seule la vive réaction des associations de malades avait mis rapidement un terme à cette aberration médicale et bureaucratique. »

En novembre 1998, Bernard Kouchner, encore secrétaire d'État à la santé, ne disait-il pas aux 1 600 personnes présentes aux États généraux du cancer, qu'il fallait que les patients atteints de cancer et leurs familles se prennent en charge car lui, sans eux, ne pouvait pas tout transformer !

Tout n'était pas dit sur les essais randomisés, l'ambiguïté de la position du médecin chargé de soigner son patient, tout en restant un chercheur investi de responsabilités sur les traitements futurs ! Certains en arriveraient à enrôler des patients au nom de l'altruisme. Mais est-ce que le bien de l'humanité est le principal problème d'un patient menacé de mort à brève échéance ?

Mais c'en était assez pour cette fois. L'essentiel était, dans l'immédiat, qu'ils aient compris que la vérité n'est pas unique

et qu'en tout cas nous avons plein de possibilités pour tenter de sauver Nathalie !

Et puis le chirurgien était arrivé, alors les plans sur la comète des pauvres médecins... Ils étaient tellement heureux et soulagés d'apprendre qu'il sauverait la jambe de Nathalie sans entrer dans la tumeur, donc sans compromettre les chances de guérison générale ! Nous allions passer au Méthotrexate dont j'avais parlé et, dans quatre semaines au maximum, elle serait débarrassée de cet os malade et, quelques jours plus tard, elle marcherait avec une canne. Si elle était tonique, quatre à six semaines après l'opération, elle marcherait sans canne. Pour la planche à voile, il faudrait attendre : « mais ils sont nombreux, tes compagnons de souffrance à nous faire trembler avec le récit et les photos de leurs exploits au ski, en mer ou sur un cheval ! » Alors, comme je dis aux mamans anxieuses, on ne les guérit pas pour les mettre sous cloche... Je n'en tremble pas moins en mon for intérieur !