

► La transition de la prise en charge pédiatrique vers la prise en charge d'adulte est un processus qui nécessite d'être abordé très tôt dans le suivi d'un enfant porteur d'une maladie chronique. Elle doit tenir compte du rythme de chacun des intervenants : le praticien, l'adolescent et sa famille. L'interaction entre les bouleversements de l'adolescence et le processus de transition entraîne trop souvent une rupture du suivi, avec ses conséquences en termes de morbidité et de mortalité. Depuis quelques années, des guides et des structures dédiées sont mises en place pour favoriser un passage serein vers les structures pour adultes. ◀

La transition entre adolescence et âge adulte est une dynamique vers l'avenir et pour préserver l'avenir du jeune, visant à aider celui qui est porteur d'une maladie chronique à s'inscrire dans un suivi adéquat à l'âge adulte et avec une nouvelle équipe. Si la transition est un processus organisé et planifié de passage des soins en pédiatrie vers les soins en services pour adultes répondant aux besoins médicaux, psycho-sociaux et éducatifs des adolescents [1], le transfert des soins pédiatriques aux soins pour adultes ne représente en réalité qu'une partie de la transition. La dynamique de transition ne peut donc se concevoir qu'en référence à une trajectoire s'enracinant dans le passé, à savoir le développement, qui débute pendant la grossesse et s'achève avec l'entrée dans l'âge adulte. Cette trajectoire, celle du développement dans son ensemble, croise le moment particulier de l'adolescence avec l'histoire particulière d'une maladie chronique et de ses spécificités, avec toute la question de leur interaction/répercussion réciproque. C'est une période qui va nécessiter une préparation et du temps, avec la complexité de savoir quelle borne choisir qui en marquerait la fin et signerait le plein âge adulte. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'adolescence couvre la période de 10 à 19 ans, tandis que l'UNESCO (*United*

Maladies chroniques : transition de l'adolescence à l'âge adulte (1)

Série animée par Jean-Pierre Hardelin

Maladies chroniques

S'appuyer sur les enjeux de l'adolescence pour une transition réussie vers les services pour adultes

Priscille Gerardin¹, Chantal Stheneur^{2,3}



¹Fédération hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent CHU-CH Rouvray, CHU-Hôpitaux de Rouen, Département de pédiatrie médicale, Université de Rouen, 1 rue de Germont, 76031 Rouen Cedex, France.

²Fondation santé des étudiants de France, Clinique Varennes-Jarcy, 29 rue de la Libération, 91480 Varennes-Jarcy, France.

³Faculté de médecine, UVSQ, Paris Saclay, France.
priscille.gerardin@chu-rouen.fr
chantal.stheneur@fsef.net

Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) propose l'âge

de 25 ans comme limite supérieure et la pleine inscription dans ce passage. Cette mise en perspective développementale est incontournable pour comprendre comment l'adolescent atteint d'une maladie chronique, sa famille, mais aussi les soignants, vont aborder cette période et ses enjeux, pour pouvoir pleinement entrer dans l'âge adulte et dans un suivi adapté. Sous cet angle, les enjeux de l'adolescence deviennent un levier qui peut aider à cette inscription et à identifier ses pierres d'achoppement. Les équipes qui accompagnent ces jeunes doivent ainsi connaître tout autant les spécificités de leurs maladies chroniques que l'histoire de leur vie, de leur développement et de leur adolescence, en interaction avec leur famille et leur environnement.

Les enjeux de l'adolescence

Les enjeux de l'adolescence sont multiples, et nous ne ferons qu'esquisser ici quelques points importants, en renvoyant le lecteur au chapitre correspondant du livre *Médecine et santé de l'adolescent* de Priscille Gerardin, Bernard Boudailliez et Philippe Duverger [2]. Le coup d'envoi de l'adolescence est donné en particulier par les

Vignette (Photo © Inserm/Michel Depardieu).

transformations/pubertaires qui viennent bousculer la quiétude de l'enfance. Ces transformations sexuées, ces pulsions (sexuelles, agressives), viennent interroger l'adolescent sur l'acceptation de son corps en développement et de ses émois, sur ses orientations sexuelles à venir, et viennent aussi interroger et modifier les relations aux autres, que ce soit la famille ou les pairs. La distance à l'autre, l'intimité, deviennent alors nécessaires, en particulier vis-à-vis de ceux qui sont les plus proches, à commencer par les parents. Ce corps porte aussi en partie la question de l'estime de soi et pourra, selon les moments, être mis en avant et glorifié, ou au contraire caché, voire attaqué. La personnalité se construit progressivement durant cette longue période, avec une grande sensibilité à l'environnement et ce qu'il va permettre de réassurance, de support narcissique ou, au contraire, d'incertitude et de déception. Le cerveau est en plein remaniement, associant plasticité et vulnérabilité [3]. Il sera en partie modelé par les expériences de l'adolescence : les expériences nouvelles viendront soutenir les apprentissages, mais la grande vulnérabilité aux expériences stressantes pourra entraîner des fixations à des modalités dysfonctionnelles, surtout si ces expériences résonnent avec d'autres expériences négatives dans l'enfance. L'adolescent sera, dans ses décisions, beaucoup plus sensible à la gratification immédiate et, par rapport aux autres âges de la vie (enfance ou âge adulte), donnera une place plus importante aux émotions [4]. L'enjeu de cette période est que l'adolescent s'autonomise et prenne à son compte la fonction jusqu'ici parentale, en étant en capacité de s'occuper de lui-même, avant de pouvoir s'occuper d'autres, éventuellement en position parentale, et de prendre une place au sein de la société. Il pourra d'autant mieux prendre cette position que les liens parentaux de l'enfance auront été vécus positivement. En miroir, ce processus sera porté, ou entravé, selon la manière dont les adultes eux-mêmes et, en particulier les parents, mais aussi les soignants, accompagneront ces enjeux. Sont-ils confiants, à bonne distance, disponibles et donc rassurants ? Sont-ils eux-mêmes en difficulté, dans un lâchage, ou trop angoissés et surprotecteurs, ce qui peut entraîner une prise de risque répétée par l'adolescent, dans une spirale infernale, dans son désir de se sentir exister par lui-même ?

Ce temps entre l'enfance et l'âge adulte est donc un temps complexe, par nature un temps de transition, d'opposition pour se situer, voire un temps de rupture à la recherche de la juste distance, fait de multiples deuils (deuil de l'enfance, deuil du corps d'enfant, deuil d'une enfance idéalisée, deuil de parents idéalisés, etc.). Pour faire contrepoids de ces deuils, l'adolescent doit pouvoir se projeter vers un avenir prometteur, même si parfois inquiétant, et comportant des libertés nouvelles, portées par des rencontres entre pairs et avec des adultes à plus grande distance que les parents, par l'investissement d'études-métiers et d'une place à venir au sein de la société.

C'est, dans nos sociétés, un temps long, fait d'incertitudes, de questionnements, de doutes, et d'une très grande fragilisation sur le plan de l'identité physique, sexuelle, psychique, sociale... La question centrale à cet âge est de savoir si l'ouverture au monde, la nouvelle liberté, la confiance en soi et en son entourage, permettent de se projeter dans l'avenir et contrebalancent le sentiment de perte,

d'inquiétude ou de solitude, de ne pouvoir faire ou être par soi-même. Ces projections peuvent être encore plus complexes en présence d'une maladie chronique, suivant les contraintes et incertitudes que la maladie fait peser sur l'avenir.

Les vécus de la maladie chronique

Il est illusoire de vouloir résumer la diversité des maladies chroniques par la définition qu'en donne le ministère en charge de la famille : « *une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves* ». En effet, de multiples paramètres sont à prendre en compte, qui conditionnent le vécu de chacun, comme les interactions qui se construisent entre l'enfant et sa famille, mais aussi entre l'enfant et les soignants [5].

Citons par exemple :

- le moment de la découverte de la maladie, qui peut être durant la période précoce du développement lorsque la découverte est faite à la naissance (ou avant elle), ou, au contraire, venir faire rupture lorsque cette découverte est plus tardive ; la qualité de l'annonce et le lien construit ensuite avec l'équipe pédiatrique influenceront sur le vécu de l'adolescent, comme sur celui de sa famille ;
- les conséquences et la dynamique d'évolution de la maladie (fixe ou évolutive, létale ou non) avec, dans certains cas, l'adolescence comme potentiel couperet vers un pronostic vital engagé à court terme, comme, par exemple, dans la mucoviscidose, même si les progrès médicaux ne cessent de transformer ce pronostic ;
- la diversité de l'impact, pour l'enfant ou l'adolescent, mais aussi pour sa famille, aussi bien sur le plan fonctionnel que sur le plan des contraintes thérapeutiques (fréquence des examens médicaux, des consultations médicales, des hospitalisations, nombre et type de traitements quotidiens, etc.), ou sur celui de l'agression du corps par des soins, parfois douloureux ; mais aussi impact de la visibilité de la maladie qui, en marquant une différence, peut entraîner stigmatisation ou sollicitude, ou qui peut au contraire, par son « invisibilité », protéger de ces aspects, mais au risque d'une banalisation du vécu ou d'un sentiment de solitude ;
- la représentation de la maladie dont l'enfant est atteint, non seulement dans chaque culture et à chaque époque, mais aussi, et plus particulièrement, au sein de la société où il vit et dans l'histoire familiale, ces représentations pouvant être différentes, voire opposées ;
- le degré des connaissances et l'existence d'une recherche active sur la maladie, et l'existence ou non

d'un traitement efficace, avec le problème soulevé par les maladies orphelines¹.

Ainsi, au cours du développement, la question de la maladie chronique vient mettre en tension les enjeux de l'adolescence, voire s'y oppose. Comment investir son corps quand celui-ci est attaqué non seulement par les transformations de la puberté, mais aussi par la maladie elle-même ou par les traitements, quand il est « aux mains » des soignants ou des parents ? Comment lui faire confiance ? Comment se construire un groupe d'amis, comment penser une relation sexuelle avec l'autre, quand on se sent si différent, quand le corps porte les stigmates de la maladie, quand on ne peut s'aimer et s'accepter ? Comment penser être autonome quand les parents ont été très mobilisés par les soignants depuis longtemps, entraînant souvent une surprotection de l'enfant, parfois depuis la naissance ? Comment ne pas se sentir coupable de leur en vouloir, de les attaquer, de les décevoir (comme dans tout processus de l'adolescence), alors qu'ils ont parfois organisé toute leur vie autour de l'accompagnement de leur enfant, souvent au prix d'un retentissement fort sur le couple ou la fratrie ? Comment penser son avenir, avoir confiance en ses capacités d'autonomie, en sa place au sein de la société, malgré les contraintes de la maladie, la potentielle stigmatisation ? Comment faire le deuil de la guérison ? Ce corps porteur de la maladie peut alors être attaqué, que ce soit par des scarifications, par exemple, ou par des refus de traitement ou de passage à des structures de soins pour adultes. Mais l'adolescent peut paradoxalement vivre ces comportements comme des choix lui permettant une reprise en main de son destin.

Si un certain nombre de comportements peuvent être mis en lien avec la crise d'adolescence, il faut savoir que les jeunes atteints d'une maladie chronique sont aussi plus à risque vis-à-vis de certains troubles psychiatriques, tout particulièrement à l'adolescence : risque deux à trois fois plus grand de présenter un épisode anxieux ou dépressif (souvent sous-diagnostiqué), et risque accru de passage à l'acte suicidaire, indépendamment de la dépression. Dans certaines maladies marquées par des contraintes alimentaires, comme le diabète, un plus grand risque de troubles du comportement alimentaire a été rapporté [6, 7].

De nombreux professionnels de la santé sont ainsi mis en difficulté car ils sont confrontés à un savoir non transmis pendant leurs études : comment prendre en charge un adolescent malade chronique ? Ils sont aussi confrontés à leur propre histoire (leur adolescence, leur position potentielle de parent d'adolescent, etc.). La charge émotionnelle peut être grande d'un côté comme de l'autre, surtout quand le pronostic de la maladie chronique vient redoubler les inquiétudes pour cet adolescent [8] !

Ainsi, la question de la transition doit se penser en continuité avec le développement de l'enfant, dans une famille donnée, depuis la période périnatale, en prenant en compte le retentissement de la maladie sur cette trajectoire, qui implique un entourage affectif, social... et soignant ! L'adolescence doit permettre très précocement de travailler sur ces enjeux, de manière à faire de cette

période développementale un levier pour les enjeux en lien avec la transition de soins et, plus globalement, l'autonomie et le devenir adulte. Cela suppose de bien connaître le développement à l'adolescence, la maladie, mais aussi les structures nombreuses qui se développent ces dernières années à l'interface entre la pédiatrie et les services de soins pour adultes. Reste à associer la psychiatrie à ces structures, compte tenu non seulement des enjeux sur le plan de la santé mentale et de l'intérêt d'une prise en charge partagée [9], mais aussi de sa capacité propre à penser aussi de tels dispositifs dans son champ.

La transition de la pédiatrie au système de santé pour adultes : ses enjeux et ses obstacles

À la suite de la prise en charge pédiatrique, le passage vers le secteur des soins pour adultes est toujours un moment important du suivi d'un adolescent atteint d'une maladie chronique. Ce passage devrait idéalement se faire par étapes, lorsque l'adolescent et ses parents sont prêts, le médecin étant censé s'adapter à cette temporalité. Pourtant, de nombreux obstacles jalonnent ce parcours du combattant. L'idéal est de ne pas effectuer un simple transfert, mais bien de préparer une transition douce, adaptée et coordonnée avec les services de soins pour adultes.

Depuis plus de vingt ans, de nombreux articles mettent l'emphase sur l'importance de la transition, mais celle-ci se heurte encore à de multiples difficultés.

Les obstacles à la transition

Le lien

Le plus souvent, l'adolescent atteint d'une maladie chronique est suivi par le même praticien depuis de nombreuses années. Plusieurs étapes ont jalonné ce suivi depuis l'annonce du diagnostic, et une confiance réciproque s'est établie, fortement soutenue par les parents. Pour pallier cet obstacle à la transition, les recommandations sont de commencer à la préparer le plus tôt possible, dès l'annonce du diagnostic ou dès le début de l'adolescence [10, 11]. Or comment créer le lien ou le maintenir si on parle déjà de se séparer ? À une période où l'adolescence met à mal le suivi médical et l'adhésion aux soins, parler de la séparation semble difficile, voire impossible. Il ne faut pas non plus négliger l'attachement du praticien à son jeune patient et à ses parents : il lui est difficile d'abandonner la prise en charge à un autre praticien, qui aura des méthodes différentes.

¹ Une maladie est qualifiée d'orpheline lorsqu'elle ne bénéficie pas d'un traitement efficace. La plupart des maladies rares sont des maladies orphelines (97 %).

- Identifier et attribuer un travailleur de transition, ce qui est un rôle et non un titre de poste ; il doit s'agir d'une personne qui participe à la prise en charge du jeune
- Élaborer avec le jeune un plan de transition, qui décrit les soins qui lui seront prodigués et par quelle personne
- Créer un dossier personnel, tenu par le jeune, décrivant ses préférences, ses besoins en matière de soins, et ses antécédents
- Offrir un soutien pendant au moins six mois avant et après le transfert
- La planification de la transition doit être adaptée au développement du jeune
- L'éducation et l'emploi, l'intégration dans la communauté, la santé et le bien-être, la vie autonome, sont des sujets qui doivent tous être abordés

Tableau I. Recommandations NICE 2016 (traduction libre d'après [12]).

La famille

La famille est en pleine recomposition à cette période de la vie. Travail de séparation-individualisation pour l'adolescent, travail de « lâchage » pour les parents et crise de milieu de vie. Parler de la transition implique de considérer l'adolescent comme un jeune adulte et de modifier le lien qui unit le parent et l'adolescent à travers sa maladie.

La méconnaissance des équipes

Si de nombreux efforts ont été faits pour créer des ponts entre les équipes pédiatriques et de soins pour adultes, les liens restent encore ténus. Le pédiatre ne sait pas toujours comment se passe le suivi médical dans les services de soins pour adultes, et ne peut donc pas en parler à son jeune patient. Cette difficulté concerne notamment la région parisienne, à cause de la multiplicité des sites possibles de prise en charge d'une maladie donnée à l'âge adulte.

Le temps

Afin de préparer en douceur cette transition, il faut y consacrer du temps supplémentaire, qui s'ajoute à celui du suivi habituel. Il y a déjà, à l'adolescence, beaucoup de sujets à aborder en consultation avec le patient et ses parents. Ajouter le temps de préparation à la transition peut sembler impossible. Et même si les recommandations sont de parler tôt de la transition, il est tentant de se dire : « *je le ferai la prochaine fois* ».

Ce que représente le suivi médical pour adultes

Quitter la pédiatrie et entrer dans le monde de la médecine pour adultes veut dire quitter le monde de l'enfance, mais aussi reconnaître le caractère permanent de sa maladie et voir sans filtre les conséquences qu'elle peut avoir à l'âge adulte.

Les difficultés rencontrées par les adolescents, leur famille et les équipes soignantes entraînent trop fréquemment une rupture dans la prise en charge de la maladie chronique au moment de

- Assurer une bonne coordination entre les services de pédiatrie et les services pour adultes
- Débuter le processus de transition tôt, dans l'enfance, au plus tard un an avant le transfert
- Discuter avec le patient et la famille de leurs souhaits concernant la transition
- Tenir compte de l'avis du patient sur l'organisation temporelle de la transition
- Si le développement du patient le permet, le voir seul au moins un moment pendant la consultation
- Identifier un professionnel en charge de la transition
- Donner un compte rendu médical incluant des données psychosociales au patient et au médecin pour adultes avant le transfert
- Créer un protocole de transition qui sera partagé avec le patient, sa famille et le médecin pour adultes
- S'assurer qu'au moins un rendez-vous avec le médecin pour adultes est prévu après le transfert
- S'assurer que les services de pédiatrie et de médecine pour adultes aient une bonne connaissance des adolescents
- Les parents doivent être inclus dans le processus de transition
- Informer le médecin traitant du processus de transition
- Mettre en place des ressources pour contacter le patient dans le cas où il est perdu de vue
- Discuter avec le patient et sa famille des différences de prise en charge entre les services
- Discuter avec le patient des prises de risque et de leurs conséquences sur la santé

Tableau II. Points importants à mettre en place dans un programme de transition (traduction libre d'après [13]).

cette transition vers les soins pour adultes. De jeunes patients s'éloignent des soins spécialisés pendant plusieurs années, ce qui entraîne souvent une dégradation notable de leur état de santé.

Un certain nombre de recommandations de sociétés savantes ou d'instituts, dont celles du *National institute for health and care excellence* (NICE) britannique, ont été rédigées afin d'aider les équipes à préparer la transition [12] (Tableau I). Un groupe international d'experts se sont mis d'accord sur les éléments importants à mettre en place dans un programme de transition [13] (Tableau II). Des échelles d'évaluation ont aussi été créées afin de déterminer si le patient est prêt pour le transfert dans le système de soins pour adultes,

et d'identifier les domaines dans lesquels il doit encore progresser avant ce transfert. L'une d'elle, la « Good2Go », a été validée récemment en français [14]. Grâce à ces recommandations, de plus en plus de programmes de transition ont été mis en place, comme par exemple des journées en hôpital de jour associant les équipes pédiatriques et de médecine pour adultes dans l'année précédant le transfert, ou des consultations communes entre praticiens. Plus récemment, des « plateformes de la transition » ont vu le jour, sous différentes formes, dans des grands hôpitaux pédiatriques [15] (→). Elles incluent ou non les parents, et souvent des associations de patients. Ailleurs ont été créés des services pour adolescents et jeunes adultes, dans lesquels le patient est suivi par son pédiatre en collaboration avec les praticiens pour adultes. Une évaluation rigoureuse des différents programmes et structures de transition devrait permettre d'identifier les meilleurs moyens d'assurer une transition efficace en limitant le nombre des « perdus de vue ».

(→) Voir la Synthèse de H. Mellerio et al., dans le prochain numéro de m/s (n° 10, octobre 2021)

Conclusion

Il est indispensable de placer l'adolescent atteint d'une maladie chronique au centre du dispositif médical et de le rendre au maximum acteur de ses soins et des décisions qui le concernent, en trouvant des marges de dialogue et de négociation. Il est souvent très utile de prévoir un temps de « re-annonce » ou de nouvelle mise au point sur la maladie, son évolution à l'âge adulte, son retentissement sur la sexualité, sur la fertilité, et sur d'autres aspects de la vie. Il est également important de travailler sur l'autonomisation, d'organiser des temps de séparation d'avec la famille, et plus généralement, de s'efforcer de tirer le meilleur parti de ce moment global de transition pour mieux assurer l'avenir. ♦

SUMMARY

Chronic diseases: Building up on the challenge of adolescence for a successful transition to adult care services

Transition from pediatric to adult care is a process that needs to be addressed very early in the follow-up of a child with a chronic disease. It must take in account the rhythm of each of the parties involved: the practitioner, the adolescent and his/her family. The interaction between the upheavals of adolescence and the transition process too often leads to a break in follow-up, with its consequences in terms of morbidity and mortality. In recent years, guidelines and dedicated

structures have been put in place to facilitate a smooth transition to adult care structures. ♦

LIENS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

- Rosen DS, Blum RW, Britto M, et al. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: position paper of the Society for adolescent medicine. *J Adolesc Health* 2003 ; 33 : 309-11.
- Priscille G. Contexte spécifique de l'adolescence - les enjeux. In : Gérardin P, Boudailliez B, Duverger P, eds. *Médecine et santé de l'adolescent*. Paris : Elsevier-Masson, 2019 : 3-48.
- Dahl RE. Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Ann NY Acad Sci* 2004 ; 1021 : 1-22.
- Blakemore SJ, Choudhury S. Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *J Child Psychol Psychiatry* 2006 ; 47 : 296-312.
- Priscille G. Pédiopsychiatre/pédiatre et maladie au long cours. 13^e congrès de l'Encéphale. Paris, 2015. <https://www.encephale.com/>
- Kongkaew C, Jampachaisri K, Chaturongkul CA, Scholfield CN. Depression and adherence to treatment in diabetic children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Eur J Paediatr* 2014 ; 173 : 203-12.
- Moreira JM, Bouissou Morais Soares CM, Teixeira AL, et al. Anxiety, depression, resilience and quality of life in children and adolescents with pre-dialysis chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol* 2015 ; 30 : 2153-62.
- Gerardin P. Consultations d'adolescents. In : Ruffo M, ed. *Comment enseigner la consultation d'adolescents ?* Paris : Lavoisier Médecine Sciences, 2020 : 150-6.
- Podlipski MA, Gayet C, Gérardin P. Pédiatre et pédiopsychiatre : prélude pour un duo bien tempéré. *Adolescence* 2012 ; 30 : 359-67.
- Mazur A, Dembinski L, Schrier L, et al. European academy of paediatric consensus statement on successful transition from paediatric to adult care for adolescents with chronic conditions. *Acta Paediatr* 2017 ; 106 : 1354-7.
- Morsa M, Gagnayre R, Deccache C, Lombail P. Factors influencing the transition from pediatric to adult care: a scoping review of the literature to conceptualize a relevant education program. *Patient Educ Couns* 2017 ; 100 : 1796-806.
- Singh SP, Anderson B, Liabo K, Ganeshamoorthy T. Supporting young people in their transition to adults' services: summary of NICE guidance. *Br Med J* 2016 ; 353 : i2225.
- Suris JC, Akre C. Key elements for, and indicators of, a successful transition: an international Delphi study. *J Adolesc Health* 2015 ; 56 : 612-8.
- Mellerio H, Jacquin P, Trelles N, et al. Validation of the Good2Go: the first French-language transition readiness questionnaire. *Eur J Paediatr* 2020 ; 179 : 61-71.
- Mellerio H, Jacquin P, Le Roux E. Accompagner la transition des jeunes avec maladie chronique : rôle des plateformes. *Med Sci (Paris)* 2021 ; 37 (sous presse)

TIRÉS À PART

P. Gerardin



Tarifs d'abonnement m/s - 2021

Abonnez-vous
à médecine/sciences

> Grâce à m/s, vivez en direct les progrès des sciences biologiques et médicales

Abonnez-vous sur
www.medecinesciences.org

