

## Prise de position de

Nom/société/organisation : Commission de bioéthique de la Conférence des évêques suisses

Abréviation de la société/de l'organisation : CB-CES

Adresse : Rue des Alpes 6, 1700 FRIBOURG

Personne de référence : Prof. Dr. François-Xavier Putallaz, président de la CB-CES

Téléphone : 026 510 15 41

Courriel : bioethik@bischoefe.ch

Date : 23 février 2018

Veuillez faire parvenir votre avis **au format Word d'ici au 24 février 2018** à l'ASSM: ethics (at) samw.ch.

Directives « Attitude face à la fin de vie et à la mort »			
CB-CES	<p><b>Remarques générales</b></p> <p>La Commission de bioéthique de la Conférence des évêques suisses (CB-CES) remercie l'ASSM de l'opportunité qui lui est donnée de prendre position sur ce projet de directives, dont les enjeux sont considérables. Si les discussions concernant la sédation ouvrent des perspectives nouvelles et équilibrées, en revanche la ligne générale du document s'avère problématique : l'ASSM renonce en effet à <b>toute objectivité des finalités de la médecine</b> pour les remplacer par un <b>relativisme</b>, qui met unilatéralement l'accent sur l'autodétermination des patients et l'opinion subjective des soignants. Ces directives se conforment ainsi aux mœurs, mais ne fournissent pas d'indications véritablement éthiques. Les directives, pour la première fois dans l'histoire de l'ASSM, renoncent à toute objectivité en éthique, à l'encontre d'une tradition séculaire, porteuse d'avenir, de nuances et d'équilibre. Or le document mentionne p. 5 note 4 que ces directives sont intégrées de facto dans le code de déontologie de la FMH et donc « deviennent obligatoires pour les membres de la FMH ». Or <b>un code de déontologie est justement quelque chose qui échappe à la subjectivité</b> et dit comment la profession se comprend collectivement.</p> <p>Ce revirement saute aux yeux dans le traitement de l'aide au suicide : durant 15 ans, l'ASSM maintenait <b>une certaine tension</b> entre d'une part la finalité de la médecine et d'autre part la pratique de certains médecins. Au lieu de maintenir comme il se doit que « l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale, car elle est contraire aux buts de la médecine », chaque soignant devrait dorénavant décider, lui-même, si <i>pour lui</i>, cette pratique entre ou non dans les objectifs médicaux. La CB-CES s'oppose fermement à cet abandon de l'éthique de la part de la plus haute instance morale qui oriente la pratique médicale suisse, et demande à l'ASSM de conserver la formulation usuelle, car elle est conforme au sens de la médecine et honore les exigences éthiques universelles.</p> <p>Les nombreuses remarques ci-dessous procèdent de cette critique. Elles commencent par ce qui est le plus urgent et le plus apparent, poursuivent sur la question des principes, et se terminent sur des détails de vocabulaire, tous révélateurs de ce que la CB-CES considère comme une faiblesse dans le traitement des principes éthiques.</p>		
	<b>Nom/ institution</b>	<b>Chapitre</b>	<b>Commentaires/Remarques</b>
		<b>REMARQUES PRINCIPALES</b>	
CB-CES	6.2	Les Directives de l'ASSM <b>avaient toujours maintenu l'objectivité éthique</b> des finalités de la médecine : « L'assistance au suicide ne fait pas partie de	Maintenir la formule usuelle : <b>« L'assistance au suicide ne fait pas partie</b>

		<p>l'activité médicale, car elle est contraire aux buts de la médecine ». Elles avaient tenté de concilier cette objectivité avec une légitimation ponctuelle de la décision de tel médecin qui, en conscience, jugeait opportun de collaborer à un suicide : il était prévisible que cette tension (contradiction) ne résiste pas longtemps.</p> <p>Or le projet actuel résorbe cette contradiction dans le mauvais sens, en abandonnant purement et simplement toute objectivité, puisque désormais « chaque soignant doit décider lui-même, si, <i>pour lui</i>, cette assistance est conforme aux objectifs de la médecine » (6.2.) Il ne reste donc qu'un vague relativisme qui constitue la négation pure et simple de l'éthique : ce n'est <b>plus de l'éthique</b> digne de ce nom, mais une simple <b>adaptation aux mœurs</b> et à une opinion répandue. En plus, cet abandon de l'objectivité éthique conduirait à une plus grande pression exercée sur les médecins.</p> <p>De manière résolue, la CB-CES demande à l'ASSM de maintenir l'objectivité éthique de la profession médicale, sous peine d'en perdre le sens, car ce n'est pas à chaque médecin de redéfinir le sens de la médecine.</p>	<p><b>de l'activité médicale, car elle est contraire aux buts de la médecine. »</b></p>
CB-CES	6.2.1.	<p>Aux yeux de la CB-CES, l'aide au suicide porte atteinte aux finalités de la médecine, et constitue une coopération objective et matérielle à un acte qui est une injustice à l'endroit de la société.</p> <p>En 2004, l'ASSM avait énuméré trois critères cumulatifs justifiant une telle coopération, notamment que « la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de vie est proche. »</p> <p>L'actuel projet <b>abandonne jusqu'à cette « indication » qui maintenait une certaine objectivité</b>, et se contente désormais de critères relevant de la seule sphère subjective (éprouver de la souffrance, désirer mourir etc.). Prenant acte qu'aucun critère objectif ne peut être établi sitôt qu'on a justifié l'aide au suicide, la CB-CES rend attentif à l'impossibilité de contenir désormais cette pratique sans que les critères s'élargissent inconsidérément, par exemple jusqu'à la proposer à des personnes âgées fatiguées de vivre ;</p>	<p>La référence au § 1 (Champ d'application) doit être maintenue tout au long du document, qui concerne les « <b>patients pour qui, selon l'évaluation clinique, le processus de la mort est amorcé, ce processus étant irréversible</b> ».</p> <p>§ 6.2.1. « <b>L'assistance au suicide n'est pas un acte médical.</b> » (supprimer la suite : « ...auquel les patients peuvent prétendre ».)</p>

		<p>le <b>processus de la « pente glissante » est engagé</b> : il n'y a aucune indication médicale susceptible de la justifier. Les recommandations ont quitté l'éthique pour l'arbitraire subjectif.</p> <p>L'ensemble du document devrait s'en tenir exclusivement aux patients inclus dans le champ d'application des présentes directives.</p>	
CB-CES	6.2.1	<p>« Une telle évaluation ne correspond en aucun cas à une participation au suicide assisté. »</p> <p>Le souci est bienvenu de préserver le personnel soignant de toute participation à un suicide assisté. Cependant, on distingue usuellement entre une collaboration « formelle », lorsque l'intention du patient est partagée par celui qui y coopère, et une collaboration « matérielle » : celle-ci a lieu lorsque celui qui collabore ne partage pas l'intention de l'intéressé, mais pose néanmoins un acte sans lequel l'action principale resterait impossible. En l'occurrence évaluer les fonctions cognitives du patient « et le cas échéant, établir une confirmation de sa capacité de discernement » constituent à l'évidence une collaboration <i>matérielle</i> au suicide, et fait donc partie du processus d'aide médicalisée au suicide. Il n'est pas possible de lever la responsabilité du médecin, qui se rend objectivement et matériellement, collaborateur de l'acte de suicide.</p>	<p>Reformuler en : « <b>Une telle évaluation constitue une participation matérielle au suicide assisté.</b> »</p>
		<p><b>REMARQUES IMPORTANTES</b></p>	
CB-CES	1 (préambule)	<p>La modification d'un <i>principe</i> est importante et lourde de conséquences, car les principes commandent toute délibération dans les situations particulières. Or l'ordre des principes directeurs semble, au début, approprié : d'abord la dignité, ensuite la liberté. Mais cette mention reste rhétorique, puisque la question de la dignité humaine, ainsi que l'objectivité du bien et du mal</p>	<p>« les actes faisant l'objet de discussions controversées... <b>doivent servir le bien du patient</b> ».</p> <p>« <b>les actes conformes aux objectifs de la médecine, faisant partie...</b> » (supprimer :</p>

		<p>constitutive de l'éthique, sont ensuite passées sous silence. C'est pourquoi les finalités objectives (de la médecine) se trouvent relativisées en « objectifs de la médecine généralement reconnus ». Cette tendance relativiste se manifeste conséquemment dans de nombreuses directives du document. L'objectivité du « bien du patient » fait place à la seule « conviction subjective » que certains actes « servent le bien du patient ». Aux yeux de la CB-CES, il est contradictoire d'imaginer que l'aide au suicide par exemple puisse servir au bien du patient, puisque celui-ci disparaît, et son bien en même temps.</p> <p>En l'occurrence, quand il s'agit de la mort et des soins palliatifs ce n'est pas le droit à l'autodétermination qui est le principe premier, mais la dignité du patient qui correspond aux principes 3 et 4 (qualité de vie et soulagement de la souffrance).</p>	<p>« généralement reconnus »)          « Les actes faisant l'objet de discussions controversées etc... » : supprimer l'idée que les médecins auraient simplement « acquis la conviction personnelle que ceux-ci (ces actes) servent le bien du patient. »          (supprimer également « généralement acceptés, généralement reconnus » aux §§ 6 et 6.1)</p> <p><b>Réordonner les principes</b> de la manière suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Objectif thérapeutique</li> <li>2. Bien du patient et qualité de vie</li> <li>3. Soulagement de la souffrance</li> <li>4. Autodétermination</li> <li>5. Contexte social</li> <li>6. Proches</li> </ol>
<p>CB-CES</p>	<p>1 (préambule) principes</p>	<p>L'énoncé des trois principes fondamentaux oublie un principe fondamental, celui du bien du patient (qui n'est pas identique à son « intérêt ») et l'objective finalité de la médecine (qui consiste à soigner, soulager, accompagner...). Par ailleurs, en mettant trop unilatéralement l'accent sur l'autodétermination, on néglige la distinction judicieuse, et millénaire, de la cause de la mort : ou bien c'est la maladie qui provoque le décès (mort naturelle), ou bien c'est une personne qui cause la mort (homicide). Même si les situations concrètes sont parfois complexes, cette distinction éthique doit être maintenue.</p> <p>L'intention du médecin est soulignée à juste titre (§ 2.5), mais pour qu'un acte soit bon, l'intention droite est une condition <i>nécessaire</i> mais <i>non suffisante</i>.</p>	<p>Quatre principes (au lieu de trois principes) :          « Premièrement, la finalité de la médecine <b>implique de servir le bien du patient : soigner, soulager, accompagner...</b>          Premièrement, devient <i>deuxièmement</i> : et ajouter : « <b>Quelle est la cause de la mort ? la maladie (nature) ou une personne ?</b> »</p>

CB-CES	6.1.3. et §2	<p>La question de la sédation, qu'elle soit continue ou temporellement limitée semble bien évaluée. A juste titre, on insiste sur le fait qu'une sédation profonde continue jusqu'à la mort « ne doit pas être introduite pour mettre fin à la vie, mais que son but est de soulager le processus de la mort une fois qu'il est enclenché » ; le texte souligne clairement que la cause de la mort est la maladie.</p> <p>Cette distinction capitale entre les deux causes du décès (la maladie d'un côté, la décision d'une personne d'un autre côté) doit être thématifiée au début du document.</p> <p>Il n'y a pas de raison, ensuite, de ne pas l'appliquer dans l'évaluation éthique de l'aide au suicide.</p>	<p>2 Principes                  ajouter un principe (2.1)  <i>« <b>Tout en soulignant le rôle irremplaçable de l'intention droite du soignant et de la liberté du patient, l'éthique distingue entre deux causes du décès : d'une part la maladie, qui amorce le processus de la mort, et à laquelle le patient, les proches, les soignants consentent ; d'autre part la décision d'une personne, patient ou soignant, qui aurait pour but de provoquer le décès. Cette distinction est constitutive de l'éthique biomédicale.</b> »</i></p>
CB-CES	2.2.	<p>L'usage du terme « intérêt » du patient est typé d'une éthique subjectiviste, puisque seul le sujet est susceptible de définir ce qui entre dans le champ de son « intérêt ». Sans sous-estimer l'importance de cette évaluation subjective, la médecine a pour finalité de servir le « bien » du patient, lequel est susceptible d'être reconnu par le patient, les proches et les soignants.</p>	<p>Ici et dans <i>tout</i> le document, remplacer « l'intérêt du patient » par « <b>le bien du patient</b> ».</p>
CB-CES	2.3	<p>Le terme de « qualité de vie » est ambigu. D'abord une telle qualité de vie ne peut être évaluée que subjectivement. Ensuite, en cas de perte de capacité de discernement, c'est autrui qui établit subjectivement le critère d'une telle qualité. On en vient alors à juger que certaines vies, dont la « qualité est altérée », ne mériteraient pas d'être vécues.</p> <p>L'importance de la notion d'écoute, de confort et de bien-être subjectif n'est pas à négliger et fait partie de la compassion nécessaire.</p> <p>Tous les critères du § 2.3. sont exclusivement subjectifs, et comme tels ne</p>	<p><i>Intégrer la mention de « qualité de vie » dans celle du <b>bien du patient</b>, et tenter d'en établir les contours, sans négliger le jugement subjectif des patients.</i></p>

		respectent pas les exigences de l'éthique.	
CB-CES	2.4	L'insistance sur la souffrance est justifiée, laquelle n'est pas mesurable. Elle ne justifie pas pour autant de produire un mal objectif.	Ajouter après « ... plus ou moins compréhensible. » « <b>La souffrance ne justifie pas pour autant de produire un mal objectif, telle la suppression de la vie humaine.</b> »
CB-CES	4.	En légitimant l'idée que le médecin concerné peut répondre au souhait du patient d'avoir recours à l'aide au suicide, le médecin « a la possibilité... de transférer la patiente... à une organisation d'assistance au suicide », les directives invitent le médecin à se défaire de sa responsabilité. Une telle délégation relève de la tartuferie.	Reformuler : « <b>Si un médecin veut répondre au souhait du patient d'avoir recours à l'aide au suicide, il est invité à prendre sur lui la responsabilité de cet acte.</b> »
CB-CES	6.2	Le premier paragraphe souligne deux principes (autonomie, compassion) et fait l'impasse sur le troisième principe : l'objectivité des buts de la médecine, lesquels ne sont pas respectés. Ce faisant, on supprime toute tension morale, ce qui constitue une régression de l'éthique.	ajouter : « ...dont ils doivent faire preuve font également partie de leur éthique professionnelle, <b>tout comme le refus de causer délibérément la mort du patient ou d'y coopérer matériellement</b> ».
		<b>REMARQUES PARTICULIERES</b>	
CB-CES	6 (titre)	« actes qui accélèrent la survenue de la mort ». Ce titre recouvre des situations tout à fait différentes. Un acte à double effet, telle l'atténuation d'une souffrance, peut en effet <b>accélérer</b> la survenue de la mort. En revanche, le suicide médicalement assisté <b>cause</b> la mort (et n'accélère pas sa survenue). On ne peut ranger deux actes si différents sous la même rubrique.	nouveau titre : « <b>Actes qui produisent délibérément la mort</b> , et actes qui accélèrent – potentiellement ou certainement – la survenue de la mort. »

CB-CES	6.1.1.	L'analyse éthique est bonne. Supprimer le terme « intérêt » ou « best interest », et remplacer par « bien du patient ». En français, l'usage est bien établi d'utiliser l'expression de « refus de l'obstination déraisonnable ». Il serait judicieux de se tenir au courant de cette nouvelle formulation.	titre : compléter: « <b>Refus de l'obstination déraisonnable</b> : renoncement au traitement et interruption du traitement. »
CB-CES	6.1.2. et 6.1.3.	La sédation, notamment, vise à soulager la souffrance. Dans ce sens, elle entre dans la rubrique bien connue en éthique des « actes à double effet », dits du « volontaire indirect ». On tient compte des effets potentiels, qui peuvent hâter la mort. L'intention n'est pas de causer la mort, mais de soulager la souffrance, par des actes dont les effets potentiels, conscients mais indirects, peuvent hâter le moment de la survenue de la mort. Il faut dès lors formuler clairement ce principe : l'intention n'est pas de « causer la mort », mais celle-ci est acceptée comme effet <i>indirect</i> de la décision.	6.1.2. ajouter la phrase : « <b>Le dosage et l'administration de certains analgésiques sont légitimes si l'intention est de soulager la douleur et d'apaiser les souffrances, même si elle a pour effet indirect de hâter la survenue de la mort du patient.</b> »
CB-CES	6.1.3.	La réflexion sur la sédation est excellente. Concernant la sédation continue, la formulation est remarquable : « Toutes les personnes concernées doivent être conscientes qu'une sédation profonde continue jusqu'à la mort ne doit pas être introduite <i>pour mettre fin à la vie</i> , mais que son but est de <i>soulager le processus de la mort une fois qu'il est enclenché.</i> » Clairement, la <i>cause</i> de la mort est ici la maladie et non une intention subjective. Il faut conserver cette judicieuse ligne tout au long du document, en particulier au § 6.2.1. Si on ne le fait pas, on introduit une grave incohérence au sein même du document, et de telles incohérences ne peuvent demeurer longtemps : ce sera alors la bonne analyse de la sédation qui sera plus tard modifiée.	appliquer les critères de 6.1.3 à 6.2.1.



		On insiste en effet sur le fait qu'il « importe d'éviter une sédation injustifiée », parce que, en fait, <b><i>il n'est pas moral de provoquer la mort intentionnellement</i></b> . Cette norme éthique est indispensable à l'exercice de la médecine.	
CB-CES	6.2.2	L'analyse du renoncement volontaire à l'alimentation et à l'hydratation établit, à juste titre, une différenciation entre la situation « dans la phase terminale » et « les situations dans lesquelles des personnes n'étant pas en fin de vie choisissent le renoncement volontaire à l'alimentation et à l'hydratation ». Ce point est capital, et justifié. Il faut maintenir cette distinction tout au long du projet, notamment en 6.2.1 aussi, sans quoi les directives manifestent une intenable incohérence.	Maintenir la distinction ( <b><i>situation en phase terminale ou non en phase terminale</i></b> ) sur tout le document.
CB-CES	6.2.2.	La question du renoncement volontaire à l'alimentation et à l'hydratation devrait tenir compte d'une distinction éclairante entre « mesure médicale » (to cure) et « soin indispensable au respect de la personne et de sa dignité (to care). Dans certains cas, justifiés, le renoncement à l'alimentation est « naturel », dans d'autre, même s'il est volontaire, il s'apparente à un suicide.  Pour ce qui est du « jeûne ante mortem » mentionné ici, il s'agit clairement d'une forme de suicide et il est considéré comme cela dans la littérature scientifique, c'est-à-dire comme une alternative au suicide assisté ou à l'euthanasie. À nouveau on essaie de faire entrer les pratiques sous des habits déguisés. Il faut insister sur l'équivalence avec le suicide assisté, et suscite les mêmes remarques : contraire au but de la médecine, impossibilité pour les soignants de s'y engager en tant que soignant. Or ce qui est évoqué sous le terme « d'accompagnement » au point 6.2.2 est clairement une participation des soignants au processus qui va beaucoup plus loin que ce qui est leur tâche,	Introduire la distinction entre « mesure médicale » et « soin ».  Ajouter : « <b>Nourriture et boissons ne doivent jamais cesser d'être proposés, sans cependant être imposés de force.</b> »

		c'est-à-dire assurer le bien-être dans des conditions imposées par le patient et qu'ils n'approuvent pas. Dans ce sens leur tâche de base est aussi de nourrir et de donner à boire. Nourriture et boissons ne doivent jamais cesser d'être proposés, sans cependant être imposés de force.	
		<b>REMARQUES DE DETAIL</b>	
CB-CES	6.2.1 (p. 17)	vocabulaire : « Le désir de mourir est mûrement réfléchi. » Un désir de mourir est très souvent légitime. Or ce n'est pas de cela qu'il s'agit ici, mais bien du « désir de se tuer », qui est de tout autre teneur.	remplacer « désir de mourir » par « <b>désir de se suicider</b> », ou « désir de se tuer ».
CB-CES	6.3.	D'un point de vue juridique, le document semble confondre « homicide », qui désigne tout acte de tuer effectué par quelqu'un (le suicide est en ce sens un homicide), car tout homicide n'est pas punissable, et le « meurtre » qui est une manière illégale de tuer quelqu'un, comme tel punissable, même s'il est effectué par compassion.	revoir l'usage juridique du terme « homicide », et conserver le terme de « <b>meurtre</b> ».
CB-CES	<b>glossaire :</b> intention	Une intention n'implique pas forcément une référence aux conséquences (vision conséquentialiste) : une intention peut être désordonnée en elle-même, indépendamment des conséquences qui en découlent.	<i>redéfinir</i> ce qu'est une « intention »
CB-CES	mesures médicales	Un acte visant un but contraire à la médecine ne peut être qualifié de « médical ».	« Les actes <...> visant l'objectif controversé de mettre fin... » : supprimer « médicaux »
CB-CES	objectifs	Pour hiérarchiser les objectifs, il faut qu'il y ait un ordre objectif : le premier	ajouter : « ...les objectifs individuels doivent être

	thérapeutiques	est celui des finalités de la médecine.	hiérarchisés <b>en tenant compte des finalités de la médecine.</b> »
CB-CES	rôle de la patiente	Le terme « intérêt », issu d'une éthique conséquentialiste, ne tient pas compte de toute l'ampleur de l'éthique.	remplacer « intérêt » par « <b>bien</b> ».
CB-CES	2.1.2	La référence à la dialyse n'est pas justifiée ici : en aucun cas on peut abandonner une dialyse « en faveur d'une meilleure qualité de vie », puisque son abandon implique la mort, donc une suppression de la vie et donc un abandon de toute « qualité de vie ». C'est une autre question de savoir s'il faut y renoncer dans certains cas parce que la dialyse est disproportionnée. C'est au point 6.1.1 qu'on pourrait faire mention de la dialyse, de manière nuancée, car c'est à ce propos que se pose aujourd'hui plusieurs difficultés éthiques.	supprimer l'exemple la dialyse, et traiter de la <b>dialyse plutôt en 6.1.1.</b>
CB-CES	2.1.4	« Provoquer la mort intentionnellement » (2.1.4) ne peut sans cynisme être considéré comme un « objectif thérapeutique » (titre 2.1.), et ce n'est pas, au sens strict, un acte « médical ».	supprimer « médical ». Mentionner l'aide au suicide sous une autre rubrique que 2.1 (objectifs thérapeutiques)
CB-CES	2.2 et 2.2.1	Comme ci-dessus (§ 6 et 6.1.1), introduire l'expression : « refus de l'obstination déraisonnable », et revoir le titre 2.2 « Actes qui produisent délibérément la mort ... »	comme ci-dessus en 6 et 6.1.1
CB-CES	2.2.3	abrégier la durée de vie est un effet, mais <i>indirect</i> .	ajouter un mot : « ...peut avoir comme effet <b>indirect</b> d'abrégier... »

CB-CES	2.3.	Utiliser le terme « finalités » plutôt que « objectifs », trop dépendant de l'intention subjective.	titre : « <b>Finalités</b> de la médecine »
CB-CES	2.3.	<b>Pour une fois</b> , le terme « bien du patient » est ici utilisé, et à bon escient. Il n'y a aucune raison de ne pas généraliser son emploi à tout le document.	utiliser « <b>bien du patient</b> » dans tout le document, comme ici.
CB-CES	2.3.	Dans certaines circonstances, « l'objectif thérapeutique des traitements... perd son sens », mais jamais la médecine ne perd ses finalités. On mesure ici la différence entre « objectifs » et « finalités ».	Remplacer la phrase « Toutefois, de plus en plus... de la santé », par « <b>Toutefois, de plus en plus de patients sollicitent la médecine pour des actes qui ne sont pas conformes aux finalités de la médecine, même si une partie des professionnels de la santé sont d'un autre avis.</b> »
CB-CES	2.3.	Il est inconvenant de prendre pour synonyme « décès » et « suicide »	remplacer : « assistance au décès » par « <b>assistance au suicide</b> ».
CB-CES	2.4.	Bonne approche globale de la personne. La définition des soins palliatifs par l'OMS (2002) en mentionne les quatre dimensions biologique, psychologique, sociale et spirituelle. Ce dernier terme indique une dimension propre à toute personne. Il faut donc le mentionner à toutes les occasions judicieuses.	note 7, remplacer par : « <b>La souffrance spirituelle est une composante de toute expérience humaine.</b> » note 6 : ajouter : « ...social, existentiel, <b>spirituel</b> et culturel. » § 4 : ajouter : « ... mobilisation des ressources personnelles, sociales et <b>spirituelles</b> de son environnement... » § 5.2. : ajouter : « ... et l'accompagnement psychosocial et <b>spirituel</b> qu'elle souhaite... »