

« L'aide active à mourir est bien un acte de soin »

Alors que la convention citoyenne sur la fin de vie finalisera ses travaux le 2 avril, le philosophe et la médecin de soins palliatifs dialoguent sur les questions éthiques autour de l'euthanasie et du suicide assisté

ENTRETIEN

Il n'a jamais fait mystère de son soutien à la légalisation de l'euthanasie. Dans son dernier livre, *La Clé des champs et autres impromptus* (PUF, 2023), André Comte-Sponville s'attarde longuement sur ce sujet, lui qui siège au comité d'honneur de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) et qui a été membre du Conseil consultatif national d'éthique de 2008 à 2016. Michèle Lévy-Soussan, médecin responsable de l'unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs à la Pitié-Salpêtrière (Paris 13^e), coanimatrice de la cellule de support éthique Pitié-Salpêtrière-Sorbonne Université, chemine quant à elle aux côtés de patients en fin de vie depuis plus de vingt ans ; elle assiste aux travaux de la convention citoyenne en tant que chercheur-observateur. Refusant une approche dogmatique de ce sujet sensible, elle interroge ce que pourrait être le « juste soin » dans les situations les plus critiques, avec comme boussole l'écoute et l'accompagnement respectueux du malade.

André Comte-Sponville, vous qui êtes favorable à la légalisation de l'euthanasie, que répondez-vous à ceux qui opposent le « droit à mourir » au « devoir de vivre » ?

André Comte-Sponville : Je leur répondrais que la vie n'est pas un devoir mais un droit ! Et rappelons d'entrée de jeu que le droit de vivre est plus important que le droit de mourir. Il va de soi que l'urgence est d'aider à vivre ceux qui le souhaitent, qui sont l'immense majorité, et non d'aider à mourir les quelques-uns qui ne supportent plus l'existence. Pour autant, ces deux droits ne s'excluent pas. On a le droit de mettre fin à ses jours. Presque tous les philosophes non religieux se rejoignent sur ce point, dans l'Antiquité comme aujourd'hui : le suicide fait partie des droits de l'homme. Bien sûr, c'est la vie qui vaut. Mais puisque la mort fait partie de la vie, nous n'avons pas le choix de mourir ou non. En revanche, on a parfois le choix du moment et des modalités de sa mort ; je ne vois pas pourquoi il faudrait nous priver de ce droit.

Ce n'est pas une question de dignité. L'Association pour le droit de mourir dans la dignité mène un juste combat mais se trompe sur le vocabulaire. Puisque tous les êtres humains sont égaux en droits et en dignité, le mourant a bien entendu la même dignité que vous et moi qui sommes, pour l'instant, en bonne santé. Ce n'est pas une

question de dignité mais de liberté. Liberté suprême ? Non pas : la liberté de vivre est plus précieuse, mais liberté ultime. Pourquoi devrais-je y renoncer ?

Docteure Lévy-Soussan, les professionnels des soins palliatifs sont majoritairement hostiles à une évolution de la loi Claeys-Leonetti : bien appliquée, disent-ils, elle permet de répondre aux attentes des patients. Qu'en pensez-vous ?

Michèle Lévy-Soussan : Je suis devenue médecin de soins palliatifs car, jeune interne, j'étais malheureuse du prisme technoscientifique de la médecine, dans laquelle le symptôme n'était là que pour sa valeur informative, sans réelle préoccupation pour la souffrance du patient, pour le récit qu'il en faisait, ni pour la recherche d'un apaisement. C'était le début des années sida, avant la promotion des droits des malades et le développement des soins palliatifs. Les mourants nous étaient proches, et leur détresse dans la fin de vie rencontrait notre impuissance à les assister. Cela m'a conduite, grâce à l'inspiration de médecins humanistes, grâce aux sciences humaines et au développement de l'éthique du soin, à prêter l'oreille au patient considéré toujours comme une personne, invité à participer à l'élaboration du projet de soin, en intégrant les différentes dimensions affectées par la maladie.

A titre personnel, j'ai eu le temps de mûrir. Et aujourd'hui, je pense qu'il faut faire évoluer le droit. Pour autant, cette question me paraît être à la fois importante et marginale par rapport aux enjeux de l'humanisation du soin jusqu'à l'accompagnement de fin de vie. Il faudrait que l'on puisse aborder sereinement ce sujet qui nous concerne tous sans opposer patients, aidants, soignants et citoyens dans leur pluralité.

Lors de la convention citoyenne sur la fin de vie, les participants ont voté en faveur d'une évolution du droit ; quelques jours avant, des organisations professionnelles de soignants se revendiquant de 800 000 adhérents ont déclaré que jamais l'euthanasie et le suicide assisté ne sauraient être considérés comme un soin. Je ne les rejoins pas et ne suis d'ailleurs plus membre de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), qui place dans son préambule son opposition à une aide médicale à mourir.

Dans le cas de maladies graves évoluées et inexorablement vouées à une évolution péjorative, je ne peux pas dire que les soins palliatifs ont raison de toute souffrance, même quand ils sont pleinement mis en œuvre

après du patient. Nous sommes dans une clinique du doute, de l'incertitude, de la présence responsable.

A. C.-S. : N'opposons pas les soins palliatifs et l'euthanasie : les deux sont nécessaires ! Le progrès des soins palliatifs fait partie des bonnes nouvelles de ces dernières années. Quand on n'arrive plus à soigner, il est indispensable de continuer à prendre soin, mais cela ne règle pas toutes les questions. Lorsque je vois l'état d'hébété, d'épuisement, de handicaps multiples, d'incontinence ou de détresse de certains grands vieillards, je me dis que je préférerais mourir avant. Je ne parle que pour moi, car il ne s'agit bien sûr nullement de faire mourir des gens qui ne le veulent pas. Il faut donner aux soins palliatifs et de gérontologie les moyens dont ils ont besoin, sans décréter pour autant un devoir de vivre. Soins palliatifs et aide active à mourir, pour ceux qui le souhaitent, font tous deux partie de ce qu'un Etat démocratique doit nous donner les moyens de pratiquer, dans certaines circonstances, et avec certaines limites.

Lesquelles ?

A. C.-S. : On ne va pas aider à mourir un adolescent qui a un chagrin d'amour, ni l'adulte qui vit dans la misère et n'en peut plus : donnons-leur les moyens de se soigner – la dépression est une maladie – et de vivre ! Il n'est pas question de réclamer un droit absolu au suicide. Mais il y a quelques circonstances où ce droit devrait être garanti : certaines maladies très graves et incurables, le handicap très lourd, l'extrême vieillesse...

Trois exemples : Vincent Humbert, âgé d'une vingtaine d'années, paralysé des quatre membres, aveugle, muet, ne pouvant plus communiquer qu'en bougeant le pouce d'une main ; il supplie sa mère de l'aider à mourir ; elle y consent. Un médecin l'aide. J'aurais fait comme elle, comme lui. Naturellement, si le jeune Vincent Humbert avait voulu continuer à vivre, il fallait tout faire pour lui donner les moyens de le faire dans les meilleures conditions. Mais dès lors qu'il voulait mourir, pourquoi lui refuser ce droit ? Il ne rentrait pas dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti – qui est de loin préférable à la situation scandaleuse qui prévalait avant. Il n'était pas en fin de vie : il avait soixante ans d'espérance de vie devant lui, mais préférerait s'en dispenser. C'était son droit !

Deuxième exemple : le philosophe Gilles Deleuze, 70 ans, souffrait d'une très grave insuffisance respiratoire. Il décide d'en finir : il se jette par la fenêtre du cinquième étage où il habitait. Qui a envie de mourir ainsi ?

Le troisième exemple est celui de mon ami Roland Jaccard, qui avait toujours dit qu'il se suiciderait un jour ou l'autre. A 80 ans, il décide de mettre fin à ses jours. Un mois avant sa mort, j'ai dîné avec lui ; ça a été l'une des soirées les plus gaies que j'ai vécues. Et l'une des raisons de la joie de Roland était qu'un ami mexicain lui avait rapporté le produit létal qui lui permettrait de mettre fin à ses jours quand il l'aurait décidé. Mais tout le monde n'a pas un ami mexicain ! Pourquoi n'aurais-je pas le droit de demander plutôt l'aide de mon médecin ?

Evidemment, il n'est pas question d'imposer à un médecin de pratiquer une euthanasie si c'est contraire à sa morale ou à sa religion. Il faudra donc que le législateur édicte, comme cela a été fait pour l'IVG (interruption volontaire de grossesse), une clause de conscience pour ce qu'on pourrait appeler l'IVV (l'interruption volontaire de vie). Si l'on se donne ces réserves et des garde-fous, il n'y a aucune raison de ne pas faire évoluer la loi, d'autant qu'une très grande majorité de nos concitoyens le souhaite.

Que pensez-vous de l'initiative du président français, Emmanuel Macron, d'organiser une convention citoyenne sur ce sujet ?

M. L.-S. : J'ai la chance d'assister à la convention citoyenne sur la fin de vie en tant que chercheur-observateur. Par rapport aux déchirures françaises dont nous parlions, c'est extrêmement encourageant. Les 184 citoyens

viennent de toute la France, ont tous les âges et des métiers différents. La qualité du débat démocratique et l'intelligence collective sur une question aussi sensible et complexe y sont impressionnantes. Les citoyens s'écourent, cherchent à se comprendre, délibèrent, bien qu'il n'y ait pas, et qu'il ne puisse y avoir, de consensus in fine. Cela me rend très confiante sur la façon dont le pays se retrouvera, quelle que soit l'évolution du droit.

La formation soignante devrait intégrer cette éducation citoyenne par une pratique délibérative face à des choix de plus en plus souvent complexes, sous-tendus par des valeurs plurielles ; et l'enseignement dans les différents champs médicaux devrait être parcouru par une dimension réflexive et sensible dans le questionnement éthique.

A. C.-S. : Il ne faut pas espérer le consensus. La démocratie sert à prendre des décisions dans le dissensus. Si tout le monde était d'accord, la décision serait déjà prise. La loi Veil n'était pas consensuelle ! Les élus ont eu le courage de trancher. La démocratie suppose qu'à un moment la majorité décide. Cela dit, pour la loi Veil comme pour la fin de vie, il ne s'agit pas d'une opposition de valeurs, contrairement à une idée reçue.

A propos de l'IVG, on a coutume d'opposer ceux qui étaient pour le respect de la vie et ceux qui étaient pour la liberté des femmes. Mais croyez-vous que ceux qui étaient pour la liberté des femmes ne respectaient pas la vie ? Et vice versa ? Non, ils étaient tous pour la liberté des femmes et pour le respect de la vie. La différence résidait dans la hiérarchie entre ces deux valeurs. Les uns mettaient le respect de la vie plus haut que tout, d'autres la liberté des femmes encore plus haut. C'est pareil ici : personne ne préfère la mort à la vie. Cependant, dès lors que la mort fait partie de la vie, n'a-t-on pas le droit de choisir, dans certaines circonstances, le moment et les modalités de sa mort ? Quant à ce qui se passe au Conseil économique, social et environnemental avec cette convention citoyenne, c'est très rassurant sur l'état de notre démocratie, surtout après le pitoyable spectacle qu'a donné l'Assemblée nationale ces dernières semaines lors du débat sur les retraites.

Mais, plutôt qu'une convention citoyenne sur la « fin de vie », entendue au sens des ultimes instants, ne serait-il pas souhaitable d'engager une réflexion plus globale sur la « fin de la vie », envisagée de manière plus large : le grand âge, la dépendance, les Ehpad... ?

A. C.-S. : Ne prenons surtout pas l'euthanasie comme compensation du triste état de nos Ehpad ! Si quelqu'un a envie de mourir parce qu'il est dans un mauvais Ehpad, c'est ce dernier qu'il faut changer, et non préconiser une euthanasie ! Néanmoins, même dans le meilleur des Ehpad, il est parfois légitime de vouloir mourir. Certains arguent qu'il est possible de mettre soi-même fin à ses jours. Mais essayez de vous suicider dans un Ehpad ou dans un hôpital : c'est presque impossible. C'est précisément dans les situations où on peut avoir de bonnes raisons de mourir que le suicide devient à peu près impossible sans assistance médicale. Raison de plus pour changer la loi !

M. L.-S. : La travail de la convention citoyenne a justement eu le mérite de démontrer que la question soulevée ne sera jamais épuisée par une réponse binaire et devra continuer de mobiliser, dans la cité, les formes solidaires d'un accompagnement des plus fragiles jusqu'à leur fin de vie.

Suicide assisté, euthanasie... Les problèmes éthiques sont-ils les mêmes ?

A. C.-S. : Non. Je comprends les réticences des médecins : nous ne sommes pas, eux et nous, du même côté de la seringue ! Pour le mourant que je serai un jour, l'euthanasie, c'est un service que je demande. Mais pour le soignant, celui qui doit pousser la seringue, c'est un homicide, donc un acte moralement très lourd. D'où l'exigence de la clause de conscience. Mais c'est pourquoi

« DÈS LORS QUE LA MORT FAIT PARTIE DE LA VIE, N'A-T-ON PAS LE DROIT DE CHOISIR, DANS CERTAINES CIRCONSTANCES, LE MOMENT ET LES MODALITÉS DE SA MORT ? »

ANDRÉ COMTE-SPONVILLE
philosophe

« La Clé des champs », ou le tragique de l'existence sans pathos

SI SON TITRE a des tonalités de fugue bucolique, le dernier livre d'André Comte-Sponville porte en réalité sur des sujets graves : l'euthanasie, la mort des enfants, le handicap, l'agonie, la fin de vie, le pessimisme... Le lecteur ne ressortira néanmoins pas accablé de son escapade au fil des douze articles rassemblés ici, mais plutôt rasséréné. Certes, le tragique imprègne nos fragiles existences. Raison de plus pour ne pas se laisser envahir par la mélancolie. Car, comme l'écrit le philosophe, « c'est la joie qui est bonne, mais d'autant plus méritoire et belle qu'elle est souvent difficile ».

Dans la veine des précédents volumes d'*Impromptus* déjà publiés par l'auteur (notamment *L'Inconsolable et autres impromptus*, PUF, 2018), chacune des thématiques est égrenée en quel-

ques pages, avec la profondeur et la pédagogie qu'on lui connaît. Sans tomber pour autant dans la réflexion froide et désincarnée, puisque André Comte-Sponville n'élude rien des épreuves qu'il a lui-même traversées – en particulier la perte de sa fille âgée de quelques mois. Contrairement aux autres textes de cet ouvrage, le dernier est inédit.

Il livre un récit bouleversant sur la mère du philosophe – dépressive, elle mit fin à ses jours à l'âge de 64 ans –, sondant sans faux-semblants l'ambivalence de l'amour qui lie un enfant à sa mère. Un lien pourtant irréfragable. ■

V. L.A.

« La Clé des champs et autres impromptus », d'André Comte-Sponville (PUF, 288 p., 16 €).



ERWAN FAGES

aussi le suicide assisté, quand il est possible, vaut mieux que l'euthanasie : parce qu'il ne fait pas peser sur le soignant la responsabilité d'avoir tué. Or, dans la plupart des situations, le patient peut accomplir ce geste. Par conséquent, l'euthanasie au sens strict du terme, où le soignant accomplit l'acte fatal, ne doit valoir que pour un nombre très limité de cas. Sans compter que, par ailleurs, la demande d'euthanasie est d'autant plus rare que les soins palliatifs sont mieux faits. Tant mieux !

Certains opposants à l'aide active par mourir arguent qu'il ne s'agit pas, par définition, d'un soin médical. D'autres, au contraire, y voient dans les milieux médicaux, y voient la forme de soin ultime.

Comment définir les limites du soin ?

A. C.-S. : Chacun est maître de son vocabulaire... En français, on distingue le *cure*, l'acte de soigner, du *care*, celui de prendre soin. Les soins palliatifs, lorsqu'on ne peut plus guérir, c'est continuer à prendre soin, et d'abord combattre la souffrance. Or, si l'arsenal thérapeutique actuel aurait fait rêver les médecins d'il y a quelques décennies, il ne règle d'évidence pas toutes les situations. Alors, accompagner une personne qui souhaite, pour de bonnes raisons, mettre fin à ses jours, est-ce un soin au sens médical du terme ? On pourrait en discuter à l'infini, mais je pense que cela fait en tout cas partie du « prendre soin », de l'accompagnement. On mourra seul, disait Blaise Pascal [1623-1662], puisque personne ne peut mourir à notre place. Mais ce n'est pas une raison pour mourir isolé. Je préfère mourir accompagné, notamment sur le plan médical. Par conséquent, à mes yeux, l'aide active à mourir est bien un acte de soin.

Dans la situation d'extrême fragilité, d'extrême détresse, souvent d'extrême angoisse, qui est celle de la fin de vie, s'il y a un moment où on a besoin d'être accompagné, c'est bien celui-là !

M. L.-S. : En ce qui me concerne, cet engagement dans l'accompagnement pourrait m'amener, demain, à considérer que l'aide médicale à mourir est un soin. J'ai coutume de dire qu'on ne soigne pas avec des lois : quand un malade me dit que son existence est invivable, je ne saurais décemment pas lui opposer le fait que sa demande n'est pas légale. Ce serait lui infliger une double peine, un geste d'abandon. Bien sûr, je connais le cadre légal actuel ; mais je suis là en tant que soignante. Le plus

important à mes yeux, c'est de pouvoir accueillir la personne, entendre ce qu'elle me dit de sa souffrance, et voir comment nous pouvons l'aider.

J'ai pu observer que certains patients inscrivent leur demande dans la relation de soin. J'ai été très marquée, il y a quelque temps, par le cas d'une patiente atteinte d'une maladie neurogénétique très sévère, dont le fils était décédé. Elle nous avait parlé de l'importance de pouvoir, le jour venu, mettre fin à ses jours, et je pense qu'elle espérait que nous pourrions l'accueillir. Mais nous ne lui avons pas donné de nouveau rendez-vous, et j'ai appris plus tard qu'elle avait mis fin à ses jours seule. Comme soignante, c'est quelque chose qui m'habite toujours. Personnellement, je ne suis pas encline à dire que je suis pour la dépénalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, mais plutôt d'une aide médicale à mourir, d'un geste soignant.

Que dire à ceux qui soulignent les risques de dérives, ou qui redoutent que les patients finissent par se méfier d'un médecin qui peut potentiellement mettre un terme à leur existence ?

A. C.-S. : La loi ne remplace pas le colloque singulier entre le patient et son médecin. J'ai du mal à suivre les inquiétudes un peu paranoïaques de ceux qui craignent de telles dérives. C'est accorder très peu de confiance aux médecins, dont la vocation est d'abord de soigner, et au législateur, qui saura prévoir les garde-fous qui conviennent. Sans compter que tant que l'euthanasie est interdite, elle se pratique quand même – et sans contrôle !

Montaigne [1533-1592] disait : « *Le plus beau cadeau que la nature nous ait fait, c'est de nous avoir laissé la clé des champs* », autrement dit le droit de s'en aller. Il force un peu le trait : le plus beau cadeau que nous ayons reçu est bien sûr la naissance, pas la mort. Mais quand la dernière liberté, c'est de mourir quand on le demande, et je ne vois pas de quel droit l'Etat limiterait ma liberté dès lors qu'elle ne nuit pas à celle d'autrui – principe essentiel d'une démocratie libérale comme la nôtre.

M. L.-S. : A ceux qui brandissent la menace qui pèserait sur les mineurs, les patients souffrant de troubles psychiatriques et tous les publics vulnérables, j'aimerais dire qu'ils peuvent être confiants dans les valeurs du soin que nous portons collectivement. La diabolisation de nos collègues étrangers ne

peut que créer défiance et détourner d'enjeux bien réels. Les questionnements éthiques naissent de la clinique, de traductions de la loi dans la relation de soin, des recommandations pour la pratique. A titre d'exemples, le recueil de la personne de confiance et d'éventuelles directives anticipées peut ouvrir à une intégration précoce de la démarche palliative. Ou encore, depuis l'avis 139 du Comité consultatif national d'éthique, en 2022, sur l'autonomie et la solidarité en fin de vie, nous sommes en mesure d'accueillir plusieurs patients atteints de maladies neurodégénératives demandant une aide médicale à mourir. Censés demander alors un avis psychiatrique, nous nous sommes interrogés sur l'impact de la psychiatisation d'une telle demande.

A. C.-S. : Il n'y a effectivement pas lieu de psychiatriser systématiquement toute demande de mort. Il faut cependant rappeler qu'en France de nombreuses dépressions ne sont pas soignées ; or, leur principal risque est le suicide. Là encore, il faut tenir les deux bouts de la chaîne : prévenir le suicide en soignant les dépressifs, et en même temps laisser mourir ceux qui le veulent, sans être pour autant dépressifs. Il y a des moments où vouloir mourir n'est pas un symptôme, mais une décision. Le dernier texte de mon livre porte sur ma mère, qui s'est suicidée. Elle n'était pas en fin de vie, mais malheureuse et dépressive. S'il y avait eu, à l'époque, les antidépresseurs dont on dispose aujourd'hui, peut-être qu'elle ne serait pas morte. Il ne s'agit pas de faire l'apologie du suicide, pas du tout, mais de préserver notre liberté, y compris en état de dépendance et face à la mort.

« QUAND UN MALADE ME DIT QUE SON EXISTENCE EST INVIVABLE, JE NE PEUX DÉCEMMENT PAS LUI OPPOSER LE FAIT QUE SA DEMANDE N'EST PAS LÉGALE »

MICHÈLE LÉVY-SOUSSAN
médecin de soins palliatifs

A l'heure actuelle, la fin de vie est confiée presque exclusivement aux professionnels de santé.

Ne faudrait-il pas élargir l'accompagnement des mourants à d'autres catégories de la population ?

M. L.-S. : Cela me paraît effectivement être un enjeu majeur, et pas seulement de la fin de vie. Comment pourrions-nous ensemble penser une « transition techno-médicale » vers un soin d'accompagnement recentré sur l'essentiel ? La crise de la démographie soignante est mondiale et devrait nous inviter à repenser le soin dans sa dimension solidaire. C'est sans doute une utopie, mais je rêve d'un service civique soignant à tout âge. Beaucoup de mots, de gestes de soins appris au chevet des malades pourraient être mieux partagés et transmis aux proches, et à des volontaires demain. La demande

d'aide à mourir, médicalement analysée et consentie par un collectif soignant, et sous réserve d'une clause de conscience, peut-elle être accompagnée par des volontaires ? Si je peux considérer cette aide médicale à mourir comme un soin, je ne peux imaginer ce temps coupé d'une relation de soin porteuse d'histoire. Les enjeux de l'accompagnement de fin de vie nous concernent tous.

Qu'est-ce qu'une « bonne mort », voire une « mort heureuse » ?

A. C.-S. : Une bonne mort, quand on est athée, ce n'est pas la même chose que quand on croit en Dieu – auquel cas on peut espérer une autre vie. Pour moi, qui suis athée, une bonne mort n'est pas une mort heureuse. Je n'en demande pas tant. Il est normal, quand on sait qu'on va disparaître – et quand on pense qu'après il n'y a rien –, de le vivre comme une tragédie. Ce tragique fait partie de la condition humaine. Mais j'espère ne pas être excessivement triste ou apeuré. Ce que je voudrais, c'est être capable d'accepter sereinement la banalité de devoir mourir, en me félicitant de la chance exceptionnelle d'avoir vécu !

La bonne mort, c'est de mourir avec plus de gratitude que de regrets, plus de sérénité que d'angoisse, plus de fierté, que de remords. D'ailleurs, plus je vieilliss, moins j'ai peur de la mort. Normal : mourir à 20 ans est une catastrophe ; à 71 ans, c'est déjà beaucoup moins grave : la mort ne peut plus guère me priver que de la fin de ma vieillesse.

M. L.-S. : La mort heureuse, je ne l'imagine pas, et je vous rejoins dans le tragique de la mort, dans le scandale de certaines morts, en particulier celles des jeunes. C'est que la personne malade, ou affectée par le grand âge, puisse rester elle-même, se sentir accueillie, reliée à son histoire, aux siens, aux autres, participant à une humanité commune... Peut-être que la bonne mort, à mes yeux, est celle qui permet de rester enserré dans la mémoire des vivants. Pour autant, je continue à manger mes larmes de l'intérieur, parfois, comme cela m'est arrivé récemment avec la mère d'un jeune patient atteint d'une maladie neurogénétique rare. Cette mère d'une force et d'une humanité puissantes, ayant soigné son enfant durant dix-neuf ans, nous le confiait aux urgences. J'ai ressenti avec une extrême acuité le caractère essentiel de notre mission d'accompagnement. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR
VIRGINIE LAROUSSE