

# Réflexions sur l'information et le consentement du patient en anesthésie-réanimation (1996)

Ce texte a été publié dans la *Lettre de la SFAR* n°15,1996 et repris dans les *Référentiels en anesthésie-réanimation réunis par la Sfar*, Elsevier éd, 1997:221-29.

Le texte suivant a été élaboré par le Comité Vie professionnelle à la demande de la SFAR et a été approuvé par son Conseil d'administration.

Ses auteurs ne sauraient imposer à qui que ce soit une conduite à tenir. Leur objectif est d'explicitier le cadre législatif et réglementaire qui régit la communication de l'information et le recueil du consentement du patient, et de proposer un guide que chacun pourra adapter et utiliser à bon escient.

## Préambule

L'information du patient, condition indispensable de son consentement libre et éclairé, constitue pour tout médecin une obligation morale, déontologique et légale.

La nécessité de cette information et du recueil du consentement qu'elle permet est fondée sur les principes du droit garantissant le respect de la dignité de la personne humaine. Cette règle fondamentale est rappelée par l'une des lois récentes (loi n° 94-653 du 29 juillet 1994) relatives à l'éthique biomédicale [1], qui l'inscrit à l'article 16-3 du Code civil : " Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. "

La Cour de cassation (arrêt du 21 février 1961) avait déjà rappelé la nécessité de l'information et en avait bien résumé l'esprit et le contenu : " ... Le médecin doit employer une expression simple, approximative, intelligible et loyale permettant au malade de prendre la décision qui s'impose. " Il va de soi qu'ici la qualification d'" approximative " doit être comprise dans son sens juridique et non dans celui qui lui est habituellement donné dans le langage courant.

L'article 35 du nouveau Code de déontologie médicale [2] stipule dans son premier alinéa que : " Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. "

La charte du patient hospitalisé [3], annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés, expose que " l'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. "

L'article 36 du Code de déontologie médicale [2] précise que : " Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. "

" Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. "

" Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. "

Par ailleurs, la jurisprudence a assez récemment évolué. En l'absence de faute médicale clairement démontrée, et dans un souci d'indemnisation des -victimes, la recherche d'un défaut d'information du patient, ou d'informations incomplètes, est de plus en plus souvent engagée par les tribunaux. Certes, la charge d'apporter la preuve de l'absence ou du caractère incomplet de l'information incombe au plaignant (Cour de cassation, 29 mai 1951 et 11 janvier 1966). Cependant, les -condamnations pour défaut ou insuffisance d'informations sont désormais plus fréquentes.

Tenant compte de l'obligation d'information et de recueil du consentement, la SFAR, en 1991 [4], conseillait : " Lors d'interventions programmées, pratiquées ou non dans un contexte ambulatoire, l'interrogatoire, l'examen et l'information ne doivent pas avoir lieu dans l'instant qui précède l'anesthésie. "

Dans les mêmes recommandations, il était indiqué plus loin : " Quand la décision d'intervenir est prise et la technique anesthésique fixée, le patient et/ou ses proches en sont informés. Cette information a pour but d'éclairer le patient sur l'acte anesthésique projeté, d'obtenir son consentement et de répondre à ses éventuelles questions. "

## Information du patient et consultation préanesthésique

Une information pertinente et personnalisée est nécessaire au recueil d'un consentement éclairé [3] du patient. Les termes de l'article 35 du nouveau Code de déontologie médicale [2] excluent l'utilisation exclusive d'un document d'information standard. Il ne peut être utilisé qu'en complément. L'information ne peut être donnée qu'après l'examen préanesthésique effectué par un médecin anesthésiste-réanimateur. Elle trouve ainsi une place d'élection à l'issue de la consultation préanesthésique.

Comme le précisent les " Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé " éditées par le -Conseil national de l'Ordre des médecins en mai 1994 [5], le malade " sera libre, si cette consultation est faite à distance de l'intervention, de récuser l'anesthésiste-réanimateur ou l'une des modalités anesthésiques qui lui sont proposées ". " Lorsque la consultation n'a lieu que la veille de l'intervention, le consentement n'est plus réellement libre, mais sous la contrainte de la décision chirurgicale. "

La SFAR [4], en 1991, avait déjà recommandé que la consultation préanesthésique ait lieu " à distance de l'acte ".

Le [décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994](#) [6] impose que la consultation préanesthésique, " lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ", ait " lieu plusieurs jours avant l'intervention " (articles D 712-40 et D 712-41 du Code de la santé publique).

## Contenu de l'information

### Principes généraux

L'information doit être simple, intelligible et loyale. Elle ne peut être exhaustive. Elle doit cependant permettre d'éviter tout malentendu et d'aider le patient à comprendre l'objectif médical poursuivi et les procédures qui lui sont proposées.

Le caractère incomplet des informations données ne doit pas relever d'une négligence et/ou a fortiori d'une tromperie. La difficulté habituellement rencontrée provient d'une dualité d'objectifs : éclairer le patient, l'inciter à la lucidité et à la réflexion et le responsabiliser mais, dans le même temps, le rassurer. Il n'existe pas de formule toute faite ; le médecin anesthésiste-réanimateur doit adapter ses propos au contexte médical, à la psychologie [2] et au contexte socioculturel du patient.

L'information serait jugée incomplète si n'était pas laissée une place suffisante aux questions complémentaires [4, 5] que souhaite poser celui-ci.

Le devoir d'information persiste tout au long de la période périopératoire [2], notamment lors de la survenue d'éventuelles complications. Il est bien démontré que beaucoup d'actions judiciaires ne sont engagées qu'en raison de l'absence d'explications claires et aisément compréhensibles par le patient.

Dans un souci de simplification, les éléments de l'information figurant ci-dessous sont classés en deux rubriques : les informations générales et les informations relevant de cas particuliers.

## Informations générales

En premier lieu, le médecin anesthésiste-réanimateur se présente (nom et spécialité), rappelle l'énoncé schématique de l'intervention projetée et s'assure que le patient en a une compréhension suffisante ; dans le cas contraire, hormis les informations complémentaires de détail qu'il peut fournir, le médecin -anesthésiste-réanimateur conseille au patient d'interroger l'opérateur.

À l'issue de l'examen préanesthésique, la prescription ou non d'examen -complémentaires est justifiée. Le médecin anesthésiste-réanimateur explique alors, dans ses grandes lignes, la technique anesthésique qu'il propose. Le cas échéant, il expose les principaux arguments de choix entre une anesthésie générale et une anesthésie locorégionale en précisant, pour cette dernière, ses avantages, ses limites et ses échecs éventuels pouvant conduire à la réalisation d'une anesthésie générale. Il prévient le patient de la possibilité d'un bloc résiduel transitoire, notamment moteur, après anesthésie locorégionale.

Selon l'évaluation de l'état dentaire, il évoque le risque de fracture ou d'avulsion dentaire au cours de l'intubation trachéale.

Le patient est prévenu des modalités du jeûne préanesthésique, tant avant une anesthésie locorégionale qu'avant une anesthésie générale.

L'information porte également sur la prescription ou non d'une prémédication, sur son objectif et sur ses conséquences sur la vigilance et la réactivité.

Les conditions de transfert au bloc opératoire, d'accueil par l'équipe d'anesthésie (médecin, infirmière anesthésiste) et d'installation sur la table d'intervention sont sommairement décrites.

Sont annoncées les conditions les plus probables dans lesquelles la surveillance postanesthésique sera assurée :

- soit en salle de surveillance postinterventionnelle, après quoi, sur autorisation du médecin anesthésiste-réanimateur, le patient regagne sa chambre ;
- soit en unité de soins intensifs ou de -réanimation chirurgicale si son état le -nécessite.

Une information est donnée sur les suites prévisibles, habituelles, de l'acte chirurgical (drains, perfusions, sonde gastrique, reprise du transit intestinal, reprise de l'alimentation).

Les douleurs postopératoires constituent l'une des craintes majeures des futurs opérés. Il est indispensable d'informer le patient que des techniques d'analgésie adaptées à l'intensité des douleurs seront utilisées mais que l'on ne peut garantir l'absence totale de douleur. Cette information sera évidemment modulée selon la nature de l'intervention, le psychisme du malade et les habitudes de l'équipe médico-chirurgicale.

L'évaluation des risques de l'intervention et/ou de l'anesthésie, selon la gravité de l'état physique du patient, est enfin abordée. La nécessité d'une réévaluation éventuelle de l'indication avec l'opérateur peut être mentionnée. Cela est d'autant plus nécessaire s'il s'agit d'une chirurgie fonctionnelle ou d'une exploration sous anesthésie.

La survenue éventuelle de complications ne peut être niée. Cependant, sauf dans les cas très simples, il n'est ni possible ni souhaitable de " tout dire ". Détailler les risques, les complications, augmenterait l'angoisse naturelle du patient sans bénéfice ni pour lui ni pour le médecin. L'important est qu'il n'y ait pas de méprise, de

malentendu et qu'une confiance s'installe. Si le risque apparaît élevé, le médecin traitant est informé et éventuellement la famille du patient.

À l'issue de l'entretien, le médecin anesthésiste-réanimateur sollicite les questions du patient et prend le temps d'y répondre.

S'il prévoit de ne pas réaliser lui-même l'anesthésie, il en informe le patient et lui précise que le médecin anesthésiste-réanimateur qui effectuera l'acte le verra avant l'intervention après avoir pris connaissance du dossier.

## **Informations complémentaires concernant des cas particuliers**

### ***Traitement(s) en cours***

Lors de l'examen préanesthésique, l'interrogatoire peut révéler l'existence d'une prise de médicaments soit sur prescription médicale, soit au titre d'une automédication. La poursuite du traitement, sa modification ou son arrêt relèvent de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur. Il lui revient donc d'informer le patient sur l'attitude à adopter. D'une manière générale, le médecin anesthésiste-réanimateur informe le patient qu'il ne doit prendre que les seuls médicaments autorisés ou prescrits par lui.

### ***Préparation à l'acte diagnostique ou thérapeutique et à l'anesthésie***

Comme pour toute prescription, et quel qu'en soit l'auteur, sa nécessité est justifiée auprès du patient. L'intérêt de prescriptions non habituelles, telle la kinésithérapie préopératoire, et le report éventuel de l'intervention qu'elles peuvent entraîner sont tout spécialement précisés.

### ***Analgesie obstétricale***

Suivant les Recommandations de la SFAR [7], l'information de la patiente " concerne les modalités et les effets de l'analgesie péridurale obstétricale ou d'autres modes d'analgesie qui pourraient être proposés. Elle devrait être effectuée à distance de la réalisation de l'acte, dans le cadre de réunions d'informations collectives et/ou d'une consultation préanesthésique ".

" Dans le cas où le médecin qui procède à la consultation prévoit de ne pas réaliser lui-même l'analgesie, il est recommandé d'en informer la patiente. Le médecin anesthésiste-réanimateur effectuant l'analgesie prend connaissance du dossier et se présente à la parturiente avant d'effectuer l'acte. "

### ***Transfusion sanguine***

La nécessité d'une information préopératoire sur les différentes techniques transfusionnelles est évidente. Conformément à la circulaire du 15 janvier 1992 [8], le médecin qui a pratiqué une transfusion doit tenir informé le patient de l'existence de cette transfusion et de la nécessité d'un suivi post-transfusionnel. Les modalités de ce suivi feront prochainement l'objet de recommandations de l'Agence française du sang.

### ***Prévention de la maladie thromboembolique***

Les patients porteurs de facteurs de risque de phlébothrombose sont informés de l'éventuelle mise en œuvre de moyens préventifs.

### ***Kinésithérapie postopératoire***

L'information donnée a pour objectifs de justifier la prescription, d'expliquer les techniques utilisées et de motiver le patient.

### ***Patient ambulatoire***

Suivant les Recommandations de la SFAR [9], " le patient doit être prévenu, plusieurs jours avant l'acte, des recommandations préanesthésiques (jeûne, poursuite des traitements) et des conditions de retour au domicile (interdiction de conduire un véhicule, personne accompagnante). Il est -conseillé de compléter l'information orale par un document écrit remis au patient. La signature de ce document par le patient ne dégage pas la responsabilité de l'anesthésiste mais prouve l'acceptation des règles de la procédure par le patient ". Un exemple de document écrit est annexé à ces Recommandations. De toute manière, le patient aura été préalablement informé que seul l'anesthésiste peut autoriser son départ pour ce qui concerne les suites de l'anesthésie [6] et qu'une éventuelle hospitalisation ne peut être exclue.

### ***Mineur et majeur protégés***

L'article 42 du Code de déontologie médicale [2] stipule : " Un médecin appelé à donner des soins à un enfant ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. "

" En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. "

" Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. "

Les Recommandations de la SFAR [4] préconisent les précautions suivantes :

" Une anesthésie ne peut être pratiquée chez un mineur sans l'autorisation écrite des parents, du tuteur légal ou de la personne physique ou morale qui a reçu mandat écrit des parents. "

" En cas d'urgence ou d'impossibilité de recueillir en temps utile cette -autorisation écrite, l'autorisation verbale s'y substitue au titre du cas de force majeure. Cette autorisation verbale doit être consignée avec précision (identité exacte du mandant, date, heure) dans le dossier médical. "

" Si aucun représentant légal n'est accessible, il est préférable de recevoir l'accord du juge des enfants, qui pourra être donné a posteriori si l'urgence est telle que l'intervention doit être immédiate. "

L'article 43 du Code de déontologie médicale [2] énonce que : " Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. " Face à un refus des parents, qui apparaît gravement préjudiciable à la santé de l'enfant, il est recommandé au médecin anesthésiste-réanimateur d'en référer au juge des enfants.

Lorsque les parents sont divorcés ou séparés, c'est en principe le consentement de celui qui a la garde de l'enfant qui compte. Mais pour une décision grave, il est souhaitable que les deux parents, si c'est possible, soient prévenus et consultés.

Lorsqu'il s'agit d'un grand enfant, le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'adhésion personnelle de celui-ci.

### ***Malades mentaux***

Le consentement du malade mental aux soins qu'on lui propose est tout à fait souhaitable. En cas d'aliénation mentale caractérisée, ou d'état dangereux pour la sécurité des personnes, l'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers s'impose.

En revanche, lorsqu'il s'agit de troubles névrotiques ou de déséquilibre -affectif, même très spectaculaires, mais n'altérant pas la personnalité et laissant au sujet la possibilité d'un jugement raisonnable, aucun soin ne peut être donné sans l'assentiment du malade.

### ***Détenus***

Le fait que le patient soit privé de sa liberté n'entraîne en aucune manière une exception. Un détenu a le droit d'accepter ou de refuser des soins.

## *Témoins de Jehovah [10]*

Les témoins de Jehovah s'opposent à la pratique de certains actes médicaux, notamment aux transfusions sanguines.

Dans tous les cas où il s'agit d'un adulte capable et conscient, il est recommandé d'informer pleinement le patient, devant témoin, en insistant sur les risques qu'il encourt s'il maintient son refus et sur les conséquences qui peuvent en résulter.

Le fait pour le médecin de s'incliner trop facilement, face au refus du patient, est considéré comme une négligence coupable (cour d'appel de Toulouse, 15 février 1971). Ce jugement est repris par le Conseil d'État (arrêt du 29 juillet 1994) : " Le fait pour le médecin de s'incliner trop facilement, face au refus du patient, en acceptant de le traiter par des remèdes illusoire est constitutif d'une faute justifiant une sanction disciplinaire. "

Devant un refus transfusionnel persistant et en l'absence d'urgence, tout médecin est en droit de se récuser (article 47 du Code de déontologie médicale [2]).

Si le médecin accepte d'intervenir en connaissance du refus de transfusion, il doit impérativement : 1) mentionner dans le dossier avec précision les justificatifs cliniques et biologiques permettant d'envisager l'emploi d'une technique palliative ; 2) vérifier quelles techniques palliatives sont acceptées par le patient ; 3) exiger que le refus soit écrit par le patient lui-même dans un document personnalisé et -contresigné par deux témoins (famille ou tiers autres que les membres du personnel soignant). Le médecin doit alors tout faire pour respecter l'accord donné.

S'il s'agit d'un adulte inconscient, admis en urgence, le risque de poursuite pour non-assistance à personne en danger impose de transfuser en cas de nécessité vitale, même si la famille oppose, par écrit et devant témoin, un refus persistant à toute transfusion ou si est présenté un refus écrit et antérieur du patient. Il est dans ces situations conseillé de prendre rapidement contact avec le procureur de la République ou son substitut, gardiens des libertés individuelles : un magistrat est toujours disponible au siège de chaque tribunal.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé, en cas de refus persistant des parents ou de l'environnement familial, le médecin doit informer le juge des enfants, le juge des tutelles ou le procureur de la République en vue d'une levée provisoire de l'autorité parentale ou de tutelle.

## Références

1. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. Journal officiel de la République française 30 juillet 1994:11056-9
2. Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le Code de déontologie médicale. Journal officiel de la République française 8 septembre 1995:13305-10
3. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits du patient hospitalisé et comportant une charte du patient hospitalisé
4. [Recommandations concernant la période préanesthésique. Société française d'anesthésie et de réanimation, septembre 1991](#)
5. [Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé. Ordre national des médecins, mai 1994](#)
6. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. [Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la santé publique \(troisième partie : Décrets\)](#). Journal officiel de la République française 8 décembre 1994: 17383-5
7. [Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale. Société française d'anesthésie et de réanimation, septembre 1992](#)

8. Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. Circulaire DH/DGS/3 B n° 47 du 15 janvier 1992 relative au suivi de la sécurité transfusionnelle entre les établissements de transfusion sanguine et les établissements de soins
9. [Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire. Société française d'anesthésie et de réanimation, septembre 1990 \(réimpression 1994\)](#)
10. Gromb S, Janvier G. Transfusion sanguine et témoins de Jehovah. Presse Méd 1996;25:180-2

## Annexe 1

# Informations générales sur l'anesthésie

## 1. L'anesthésie

L'anesthésie permet la réalisation en toute sécurité d'un acte chirurgical ou d'un examen douloureux. Elle supprime la douleur en préservant l'équilibre de l'organisme. Il existe plusieurs types d'anesthésie proposés selon l'état de santé du patient et l'acte chirurgical réalisé.

### 1.1. L'anesthésie générale

Vous êtes complètement endormi(e) à l'aide de produits administrés par voie intraveineuse.

### 1.2. L'anesthésie locorégionale

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale n'endorment que la partie inférieure du corps.

Un bras ou une jambe peuvent aussi être endormis grâce à un produit anesthésique injecté à un endroit précis de ce membre.

### 1.3. L'anesthésie locale

Un produit anesthésique est injecté uniquement dans la région opérée afin de l'insensibiliser.

### 1.4. L'anesthésie péridurale pour l'accouchement

Elle a pour but de réduire au maximum la douleur due aux contractions et de faciliter l'accouchement. Elle est réalisée par le médecin anesthésiste et fait l'objet d'une surveillance attentive.

## 2. La consultation préanesthésique

La consultation préanesthésique réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur constitue une obligation légale.

Un examen médical approfondi permet de mieux vous connaître, de révéler votre passé médical et chirurgical, de savoir si vous prenez des médicaments.

Si nécessaire, des examens complémentaires peuvent être pratiqués : électrocardiogramme ; radiographie pulmonaire ; examens sanguins.

Au terme de cette visite, un mode d'anesthésie, défini en fonction de votre état de santé et du geste chirurgical, vous est expliqué. Lorsqu'une transfusion sanguine s'impose, le médecin vous en informe.

### 3. L'acte anesthésique

La veille ou le matin de l'intervention peut vous être prescrite une prémédication pour calmer votre inquiétude et vous préparer à l'anesthésie. Vous devez aussi rester à jeun.

Dès que vous arrivez en salle d'opération, un(e) infirmier(e) anesthésiste et un médecin anesthésiste-réanimateur vous accueillent. Ce dernier n'est pas obligatoirement celui que vous avez rencontré en consultation préanesthésique. Néanmoins, le médecin consultant a pris la précaution de transmettre et d'expliquer votre dossier à son confrère qui vous prend en charge.

Dès que vous êtes préparé(e), votre perfusion installée, vous êtes dans les meilleures conditions pour être endormi(e) et subir l'acte chirurgical en toute sécurité.

Le médecin anesthésiste-réanimateur et l'infirmier anesthésiste assurent l'anesthésie et la surveillance médicale tout au long de l'intervention. Ils surveillent le cœur à l'aide d'un électrocardioscope ainsi que la tension artérielle, la respiration et l'oxygénation de votre sang.

### 4. Le temps du réveil

La période du réveil commence juste après la fin de l'intervention et dure jusqu'à votre retour dans votre chambre.

Ce temps consacré au réveil assure la meilleure sécurité possible après l'anesthésie et l'intervention.

La surveillance est identique à celle qui est exercée pendant l'anesthésie. Un infirmier vous assiste pour vous prodiguer les soins nécessaires et calmer les douleurs relatives à l'acte chirurgical. Un médecin anesthésiste-réanimateur supervise cette période.

Lorsque le médecin anesthésiste-réanimateur estime que vous êtes correctement réveillé(e), vous êtes accompagné(e) dans votre chambre. Une prescription est transmise à l'infirmière du service afin de poursuivre les traitements indispensables à votre état de santé et calmer les douleurs postopératoires.

Pendant votre hospitalisation, le médecin anesthésiste-réanimateur reste à votre disposition pour vous rencontrer si vous le souhaitez.

## Annexe 2

Dans le triple but d'informer le patient, de réduire la durée d'une éventuelle consultation préanesthésique ultérieure et de faciliter l'obtention de renseignements concernant une anesthésie antérieurement réalisée, une fiche résumée d'anesthésie, à remettre au patient, est proposée. Elle ne peut néanmoins dispenser le médecin anesthésiste-réanimateur de consulter soit son confrère intervenu précédemment, soit le dossier antérieur du patient.

Le format et la nature du support de ce document paraissant les mieux adaptés relèvent du choix de chaque utilisateur.