



BULLETIN TRIMESTRIEL ÉDITÉ PAR LE COMITÉ ÉTHIQUE ET CANCER

éditorial



**Gilbert Lenoir,**  
président de la Ligue contre le cancer  
coprésident du comité éthique et cancer

Contre le cancer :  
l'éthique un impératif  
pour une lutte  
humaniste et efficace

Déjà convaincu depuis sa création de la pertinence du comité éthique et cancer, j'ai la conviction, en tant que nouveau président de la Ligue contre le cancer, qu'il faut le rendre encore plus populaire et accessible au plus grand nombre. Dans une lutte moderne et efficace contre le cancer, l'éthique doit occuper une place centrale, « au cœur de la cité ». Le questionnement éthique ne doit pas être réservé à une élite ou à des experts. L'éthique doit contribuer au décloisonnement, à la lutte contre le ghetto sanitaire ou social, voire sociétal, dans lequel trop de malades, de proches ou même de professionnels de santé sont encore enfermés. C'est pourquoi les membres du comité, tous libres et indépendants, les lecteurs fidèles de ce bulletin et les militants de la Ligue doivent promouvoir l'existence du comité et la possibilité donnée à tous, personne physique ou morale, de solliciter son avis. Les centres et unités de soins, les écoles, les universités, les autres associations de lutte, de malades, les centres sociaux, les lieux institutionnels et, même et surtout, les entreprises, les décideurs et la presse doivent savoir que ce comité existe et diffuse des avis. Il s'agit d'en faire un des outils de la démocratie sanitaire et sociale que j'appelle de mes vœux et dont la lutte contre le cancer peut être, doit être, le terreau fertile. Face aux équations, parfois difficiles à résoudre en éthique, qui mettent en tension l'intérêt de l'individu, ses capacités à appréhender des choix qui se doivent d'être éclairés – ceux des soignants, des proches ou de la société –, seule une appropriation populaire du questionnement éthique peut être à la hauteur des enjeux extraordinairement décisifs d'une véritable lutte contre le cancer humaniste, efficace, qui n'oublie personne et hisse la dignité et l'intégrité de chacun au centre de toute action, voire de toute pensée. Aujourd'hui, membres du comité éthique et cancer, lecteurs du bulletin ou ligueurs, nous avons tous un rôle à jouer pour relever ce défi majeur. ■

# Directives anticipées : maîtrise de la fin de vie ou outil d'accompagnement ?

*Par les directives anticipées, le malade maîtrise-t-il réellement les conditions de sa fin de vie ou les circonstances de sa mort ? En effet, l'assignation de la médecine à préserver la vie et à s'en donner les moyens dans l'état actuel des connaissances vient souvent s'opposer à la reconnaissance de l'autonomie du malade exprimée dans le cadre de ces directives anticipées.*

Cécile Daoût\*

**L**es mots « directives anticipées » sont des termes de loi et, à l'origine, les termes de « testament biologique », « testament de vie » ou « disposition de fin de vie » étaient plus couramment utilisés. Cette démarche s'inscrit dans un courant qui tend à s'opposer aux excès de la médecine et qui poursuit l'objectif d'accéder à une mort digne, douce et naturelle. Ce document permet donc de prolonger au-delà de la capacité d'expression, la possibilité d'exercer son droit à l'autodétermination. Cette disposition s'inscrit dans la suite logique du consentement libre et éclairé à obtenir du malade pour tout traitement médical ou paramédical et pour tout essai expérimental.

suite page 3 ►►

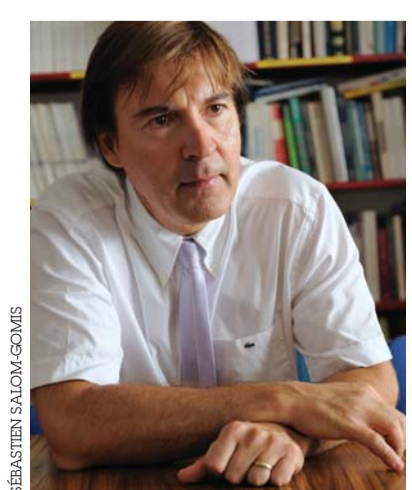
\* Cécile Daoût est infirmière cadre de santé en soins palliatifs au groupe hospitalier Saint-Vincent, clinique de La Toussaint à Strasbourg.  
courriel : daout.cecile@belgacom.net.



RACHEL CASSETTA

entretien avec Vincent Diebolt, directeur du Centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS)

## Essais cliniques : une part de risque, une grande part de connaissance



SÉBASTIEN SALOM-GOMIS

Propos recueillis par Zineb Tazi

**À** la fois diabolisée et synonyme d'espoir, la recherche clinique en France cherche à se développer et à restaurer son image. Mais selon quelle éthique se pratiquent les essais cliniques ? Réponses de Vincent Diebolt, directeur du Centre national de gestion des essais de

produits de santé (CeNGEPS), qui se montre soucieux de réconcilier les Français avec la recherche clinique, mais aussi de renforcer les performances de ce secteur.

Éthique & cancer : *Les essais cliniques ont longtemps été et sont encore diabolisés, les malades ayant peur que cela se passe à leur insu : fantasme ou réalité ?*  
**Vincent Diebolt** : Dans l'Antiquité, Plin l'ancien disait déjà

suite page 2 ►►

COMMENT SAISIR LE COMITÉ ÉTHIQUE ET CANCER

Le comité éthique et cancer est un organe de recours consultatif pouvant être saisi à tout moment, par toute personne et tout organisme sur toute question légitime en relation avec la pathologie cancéreuse.

Saisir le comité

Par internet : [www.ethique-cancer.fr](http://www.ethique-cancer.fr)  
Par courriel : [ethique@ligue-cancer.net](mailto:ethique@ligue-cancer.net)  
Par voie postale : Ligue contre le cancer, Questions éthiques, 14 rue Corvisart 75013 Paris



## Essais cliniques : Une part de risque, une grande part de connaissance



SEBASTIEN SALOM-GOMES

que les médecins s'instruisent à nos risques et à nos dépens. Il est vrai que la médecine a toujours fait d'une certaine façon un peu peur, car elle touche à notre propre existence. L'expérimentation médicale repose sur une histoire obscure et sur toute une série d'expériences qui ont été menées de manière plus ou moins éthique. Mais aujourd'hui, nous avons davantage de recul. L'expérimentation médicale s'exerce dans les conditions les plus respectueuses de la conscience humaine. La loi Huriet-Serusclet, qui date de 1988, ne s'intitule pas « projet de loi pour la recherche médicale » mais « loi pour la protection de la personne humaine ». C'est révélateur d'une prise de conscience. Il n'en reste pas moins que toute expérimentation médicale comporte un risque, qu'on essaiera de minimiser.

**É & C : Quels sont les problèmes éthiques que peut poser la pratique des essais aujourd'hui ? Avant l'inclusion, durant le protocole thérapeutique et à sa sortie ?**

**V. D. :** L'essai doit avant tout être bien conçu, c'est la première étape. D'abord, il y a une hypothèse qui doit être bien fondée, sur des connaissances scientifiques, avec une prise de conscience et une évaluation du risque potentiel. En bref, l'essai doit en valoir la peine. Ensuite, on doit, dans la rédaction même du protocole, envisager la part de risque. La seconde étape, qui est très délicate, est celle de l'accord éclairé qui doit impérativement être obtenu de la part d'un patient. C'est tout le problème de la rédaction des documents

d'information. Un patient, pour accepter un essai, doit le faire en toute connaissance de cause. Mais le document doit-il être complet – donc peut-être illisible et indigeste –, ou court et succinct – donc incomplet ? C'est une question quasi insoluble, d'où la nécessité de faire jouer un rôle aux associations de patients.

Enfin, quand le patient a participé à l'essai clinique, se pose la question de l'obtention des résultats. La loi prévoit qu'une information soit apportée au patient sur les résultats de l'essai, et il est normal qu'il veuille savoir à quoi a servi sa participation et ce que cela a donné. Mais l'on se retrouve confronté à deux problèmes : le temps d'obtention des résultats, qui ne sont disponibles qu'un an, voire deux ou trois ans après la fermeture des inclusions, et la présentation et l'interprétation de ces résultats, quelquefois fort complexe.

**É & C : Georges Canguilhem, philosophe et médecin français, disait encore il y a quelques années :**

**« On ne soigne, c'est-à-dire on n'expérimente, qu'en tremblant » : est-ce toujours vrai aujourd'hui ?**

**V. D. :** Canguilhem se positionnait en fait par rapport à tout le mouvement issu de la médecine expérimentale de Claude Bernard au XIX<sup>e</sup> siècle, qui légitimait les conditions de réalisation de l'expérimentation médicale avec une part de risque. Depuis, des progrès diagnostiques et thérapeutiques ont été réalisés et sont à prendre en compte. Aujourd'hui, on fonctionne sur un système de protocole de soins qui sont balisés. Donc « on ne soigne

qu'en tremblant » : non ! Le plus souvent, on soigne avec une part de risque – le métabolisme humain est d'une immense variabilité et chaque cas reste unique –, mais on soigne quand même avec une grande part de connaissance. Je serai donc amené à moduler l'assertion de Canguilhem, mais en disant qu'elle garde toujours une part d'actualité.

**É & C : Que dire des essais par tirage au sort et de l'utilisation du placebo ? Est-ce éthique ?**

**V. D. :** On entend par placebo un produit inactif qui servira de témoin au produit à tester. Il permet d'objectiver le bénéfice de ce dernier. Aujourd'hui, sur des personnes non malades – et justement ce sont les conditions d'éthique préalables –, un certain nombre de contraintes ont été imposées, qui sont là pour protéger la population. Autre point qui me semble très important : pour des personnes malades, la règle appliquée est qu'on ne les laisse pas sans soin. Sur elles, on va tester un produit à titre expérimental. Le placebo n'est pas utilisé, sauf dans certaines conditions, mais à des cas extrêmement dérogatoires. Dans ce cas, le malade doit être au courant que cela pourrait être un placebo. C'est très important. Mais en aucun cas, on mettra des patients sous placebo si cela doit être préjudiciable à leur santé.

**É & C : Le consentement du patient est-il réellement éclairé, notamment en phase 1 de l'essai<sup>1</sup>, où le médecin n'a pas lui-même toute l'information pour présenter une molécule ?**

**V. D. :** Lorsqu'un produit va être expérimenté sur l'être humain, il a déjà subi des tests : une phase de tests *in vitro* puis une phase de tests précliniques sur le modèle animal. Ce qui veut dire qu'on a déjà une première connaissance de l'intérêt potentiel de la molécule. Nous ne sommes plus au temps où l'on imaginait une molécule et où elle était testée sans la moindre idée de ce que cela pourrait donner. Il y a un certain nombre d'impératifs qui font que le praticien, lorsqu'il va parler pour la première fois à un patient d'un produit, va pouvoir dire ce que l'on sait de la molécule et quels effets peut-elle potentiellement avoir. C'est tout l'intérêt d'avoir cette information et de la donner : la part d'ombre et la part de lumière, pour que la personne puisse décider en toute connaissance de cause.

**É & C : Les essais de phase 1 sont en général proposés à des patients en fin de ressource thérapeutique. Dans ces conditions, peuvent-ils vraiment refuser d'y participer, alors que l'essai est pour eux synonyme d'espoir ?**

**V. D. :** C'est terrible de dire cela, mais, à ce stade, la personne n'a plus vraiment ni le temps ni le choix de refuser. Elle peut tout de même le faire, car elle est libre de décider de sa mort. De ce point de vue-là, elle décide librement. Il faut savoir aussi que participer à un essai pour un patient en phase terminale peut signifier un risque supplémentaire mais aussi de nouvelles douleurs éventuelles. Il y a là une marge de choix supplémentaire, même minime : au-delà de l'espoir qu'on peut avoir, quelle contrainte et quelle douleur cela peut-il représenter ? En termes éthiques, je réponds donc en disant que la marge de choix à ce stade ne doit plus être conçue en termes de risque mais aussi en termes de chance, et qu'il faut ajouter un élément dans le dialogue entre le patient et son praticien concernant la contrainte et la douleur. Il ne s'agit plus seulement pour le patient de savoir quelle chance il a de vivre et pour combien de temps, mais aussi de voir quelle est la part de souffrance et quelles précautions seront prises pour l'en prémunir.

**É & C : En oncologie, le patient est particulièrement vulnérable psychologiquement. A-t-il, selon vous, toutes les capacités cognitives pour signer librement un consentement ?**

**P. Z. :** Les Plans cancer ont beaucoup insisté sur l'accompagnement psychologique. Une personne malade est plus faible psychologiquement et plus déstabilisée qu'une personne non malade. On s'aperçoit tout de suite qu'il y a une fragilité. Il faut savoir aussi que les fiches d'information qui sont signées et qui permettent à la personne de donner son consentement sont vues et validées par le Comité de protection des personnes. Cela me semble important et donne un cadre concret au recueil du consentement. À la question de savoir si toute personne, compte tenu de son état, est apte ou non à signer un consentement : si l'on considère qu'elle ne l'est pas, comment faudrait-il alors concevoir la procédure ? Faudrait-il qu'il y ait la présence systématique d'un proche, d'un patient, ou d'un représentant d'association ? Je pense qu'il faut laisser la personne conserver son libre arbitre, qu'elle soit malade ou non. ■

<sup>1</sup> On appelle essai de phase 1 les essais ayant pour objectif principal non pas un résultat thérapeutique mais la détermination de la dose la plus efficace avec la meilleure tolérance possible. Par ailleurs, on ne propose jamais de médicament en phase 1 sans qu'il n'existe d'éléments prouvés en sa faveur.

### BIO EXPRESS

Né en 1967 à Sélestat, en Alsace, Vincent Diebolt se décrit comme un « autodidacte de la recherche clinique ». Directeur d'hôpital de formation, il a exercé dans plusieurs établissements avant de créer, en 2002, Reiv (Recherche, évaluation, innovation, valorisation), un pôle de la Fédération hospitalière de France visant à renforcer et à dynamiser la recherche médicale hospitalière en France. Depuis, il n'a pas quitté ce secteur, dans lequel il dit agir en « facilitateur ». Au CeNGEPS, le Centre national de gestion des essais de produits de santé, qu'il dirige depuis 2007, il fait « en sorte que les essais puissent se réaliser le mieux possible, le plus possible et avec le maximum de précautions ».



# Directives anticipées : maîtrise de la fin de vie ou outil d'accompagnement ?

## Formule n° 1

### Personne pouvant écrire

*Je soussigné(e) M... (prénoms, nom, profession, date et lieu de naissance, domicile), sain(e) de corps et d'esprit, prends les directives anticipées suivantes pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté.*

*Mes souhaits relatifs à la fin de ma vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement sont les suivants :*

*Je désigne comme personne de confiance, conformément à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique, M... (prénoms, nom, profession, date et lieu de naissance, domicile).*

*Fait et écrit entièrement de ma main et en toute lucidité,*

*A...*

*Le...*

*Signature.*

**NB :** La durée de validité des directives anticipées est de trois ans. Pour le renouvellement, v. *supra*, art. R. 1111-18, préc.

## Formule n° 2

### Personne ne pouvant ni écrire ni signer

*Le présent document exprime la volonté de M... (prénoms, nom, profession, date et lieu de naissance, domicile), qui, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même (ou elle-même).*

#### PETIT TOUR DU MONDE DES LÉGISLATIONS EN VIGUEUR

Depuis une petite vingtaine d'années, plusieurs pays ont légiféré en matière de droit à l'autodétermination<sup>12</sup>, droit qui s'inscrit délibérément dans un mouvement d'individualisation de la personne humaine, qui entend garder le contrôle de son existence jusqu'à sa mort. Aux États-Unis, depuis 1991 déjà, une loi fédérale impose à tous les établissements de soins d'informer chaque malade de ses droits et, si ce dernier a rédigé une déclaration de volonté et nommé un mandataire, d'en faire mention dans le dossier du patient. Le Québec et le Danemark (1992), la Grande-Bretagne (1995), la Suisse (1996) et, en Espagne, la Catalogne (2000) reconnaissent la légalité du testament de vie. En Allemagne et en Autriche, la jurisprudence reconnaît l'obligation de se conformer au testament de fin de vie. L'État américain de l'Oregon (1994), la Suisse (1995) et les Pays-Bas (1993) accordent le recours au suicide assisté aux malades en stade terminal. Aux Pays-Bas en 2001, en Belgique en 2002, et au Luxembourg en 2007, l'euthanasie est dépénalisée sous certaines conditions. En France en avril 2005, une loi dite « Léonetti » relative aux droits des patients et à la fin de vie modifie la loi datant de mars 2002. En février 2006, un décret du Conseil d'État définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées, prévues par la loi du 22 avril 2005. La législation française invite à quelques commentaires.

#### EN FRANCE

La loi précise que « ... ces directives indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement ». Ces directives anticipées ne peuvent donc consister qu'en une demande de non-recours à des traitements ou techniques de soins. Non seulement il s'agit d'imaginer la situation de fin de vie dans laquelle la personne malade se trouvera, mais encore faudra-t-il indiquer la limitation ou l'arrêt de certains traitements précis. Le médecin qui interviendra au moment de la fin de

vie est ainsi exposé au refus anticipé de traitement, avec, comme corollaire, le risque de mise en tension de deux impératifs qui pourraient se révéler contradictoires<sup>3</sup> : l'assignation de la médecine à préserver la vie et à s'en donner les moyens dans l'état actuel des connaissances et la reconnaissance de l'autonomie du malade exprimée par un refus anticipé dans le cadre des directives.

Pas question donc d'envisager des directives anticipées fondées sur des valeurs ou considérations subjectives quant à la manière de concevoir sa qualité de vie, son intégrité physique ou son confort de fin de vie. Par ailleurs, dans la « vraie » vie, la personne arrive au terme de son existence après une longue période de compagnonnage avec la maladie, lors de laquelle elle a dû prendre jour après jour des décisions pour elle-même.

#### QUI, POUR PRENDRE LA DÉCISION ?

À ce stade de la réflexion, plusieurs questions se profilent : en premier lieu, ces personnes lassées de décider pour elles-mêmes et épuisées par la maladie sont-elles encore en demande d'exercer leur autonomie morale au-delà de leur capacité d'expression ? L'expérience acquise en soins palliatifs nous montre combien la personne s'en remet à l'équipe soignante lorsqu'elle se sent écoutée dans l'expression des symptômes pénibles et des souffrances qu'elle endure quand se profile le décès. Même les personnes en capacité de s'exprimer font confiance au discernement de l'équipe médicale et soignante et nous disent : « Faites ce que vous pensez bon pour moi. » Le besoin exprimé par ces personnes à l'approche de la mort est celui de se sentir accompagné aussi bien dans les décisions à prendre que dans ce qui reste à vivre.

Certaines études réalisées en oncologie montrent en effet que les patients ont généralement la volonté d'être informés de l'évolution de leur maladie, mais qu'ils ne revendiquent pas avec la même force la participation aux prises de décisions les concernant<sup>4</sup>. C'est pourquoi, dans les services de soins palliatifs, nous n'attendons pas que la personne soit en incapacité de s'exprimer pour se concerter en équipe et

avec les proches, aussi bien pour des traitements à initier que pour envisager de les limiter<sup>5</sup>.

Enrichis de cette expérience, ne pourrait-on imaginer intégrer l'information et la proposition de la rédaction de directives anticipées dans le décours des consultations avec l'oncologue ? Cette démarche s'inscrirait de la sorte dans la suite logique de la recherche du consentement libre et éclairé pour la poursuite ou non des traitements anticancéreux. De plus, ne pourrait-on pas envisager la présence fidèle de la personne de confiance à ces rencontres ? Cette dernière se sentirait moins démunie quand le jour viendrait de faire remonter les volontés anticipées du malade, voire de les compléter en s'appuyant sur une connaissance suffisante des valeurs et des préférences de la personne, pour l'avoir vue à l'œuvre lors des décisions qu'elle aura prises pour elle-même. En effet, comment maintenir les conditions d'un choix en situation réelle et au-delà de la capacité d'expression, si ce n'est par l'implication de la personne de confiance auprès de l'équipe médicale dans une continuité de consentement à rechercher ? L'intention n'est ici nullement de proposer d'augmenter le pouvoir décisionnel de la personne de confiance, mais de rencontrer plus facilement les conditions favorables d'un bon « jugement substitué ».

#### MAÎTRISER SA FIN DE VIE, UNE GAGEURE ?

La décision me semble être et devoir rester d'ordre médical, même si le malade doit se faire à l'idée que ses directives seront juste prises en compte, serviront de guide dans la prise de décision, mais n'auront pas de valeur contraignante pour le médecin. Agir au mieux des intérêts du malade en choisissant le traitement qu'il considère comme le plus approprié doit rester la première mission médicale. Il est en effet stipulé dans la loi que : « À condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement. »

Au revoir donc la douce illusion de l'être humain bien portant de maîtriser seul les conditions de sa

fin de vie ou les circonstances de sa mort, au profit d'un plus grand respect de la personne humaine. Car respecter une personne en fin de vie, qu'elle conserve ou non sa capacité d'expression, consiste non seulement à respecter son autonomie décisionnelle mais aussi sa dignité, son intégrité et sa vulnérabilité<sup>6</sup>.

#### DES DIRECTIVES ANTICIPÉES « ACCOMPAGNÉES » ?

On peut légitimement se questionner sur les causes de la quasi-inexistence de cet outil d'autodétermination dans les services de cancérologie ou de soins palliatifs. D'après le rapport d'information réalisé fin 2008 au nom de la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005, la procédure des directives anticipées ainsi que la désignation de la personne de confiance sont des dispositifs mal connus et les directives anticipées sont mal comprises de ceux qui y recourent. Les termes de la loi sont encore trop peu connus, même des professionnels de la santé. Mais suffit-il d'informer sur cette procédure pour la voir se développer ? Une étude prospective dans des unités de soins palliatifs à Genève<sup>9</sup> conclut que même si les patients atteints d'une maladie oncologique avancée reçoivent l'information sur les directives anticipées, une minorité seulement décide de les compléter. Lorsqu'une personne est bien portante ou en début d'une maladie cancéreuse, il lui est d'autant plus difficile d'envisager précisément les techniques de soins et les traitements qui lui seront inacceptables en fin de vie. Sauf peut-être pour les personnes atteintes de maladie neurologique évolutive comme la sclérose latérale amyotrophique (SLA), où l'évolution prévisible de paralysie progressive de tous les systèmes, l'atteinte de la phonation et de la respiration les expose à des décisions de gestes invasifs, comme la trachéotomie ou la sonde gastrique, pour procéder à la ventilation assistée et à la nutrition artificielle. Sans décision anticipée d'arrêter à un moment précis cette escalade de moyens techniques pour maintenir en vie, la personne se retrouvera tôt ou tard totalement dépendante des machines pour vivre.

Dans ces situations, les directives anticipées consistent en un réel outil d'accompagnement sous certaines conditions : une préparation et un dispositif de cheminement. Ce sont essentiellement les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ou de soins de support (EMSS) qui me semblent être les mieux outillées en termes de diffusion pas à pas de l'information et de temps nécessaire à l'intégration et à l'articulation des éléments de connaissances nécessaires à la formulation des souhaits couchés dans les directives.

Si les directives anticipées peuvent être perçues de prime abord comme un refus de technique opposé au corps médical, elles sont tout autant un tremplin pour une relation soignante de qualité<sup>10</sup>. L'important alors n'est pas tant le résultat atteint (la formulation des directives) que l'accompagnement du malade et de sa famille dans l'élaboration des souhaits sur sa manière de continuer à vivre dans l'acceptation de sa finitude humaine. ■

<sup>1</sup> Assemblée nationale n° 788, Constitution du 4 octobre 1958, douzième législature. Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 10 avril 2003. Proposition de loi relative au droit de finir sa vie dans la liberté, [www.assemblee-nationale.fr/12/propositions/pion0788.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/propositions/pion0788.asp).

<sup>2</sup> Sénat, session ordinaire de 2004-2005. Annexe au procès-verbal de la séance du 1er décembre 2004. Proposition de loi relative à l'autonomie de la personne, au testament de vie, à l'assistance médicalisée au suicide et à l'euthanasie volontaire, [www.senat.fr/leg/pp104-089.html](http://www.senat.fr/leg/pp104-089.html).

<sup>3</sup> Rousset H., « Refus de traitement et autonomie de la personne », libre propos sur l'avis n° 87 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie de la santé, [www.contrepointphilosophique.ch](http://www.contrepointphilosophique.ch), rubrique « Éthique », 6 février 2006.

<sup>4</sup> Mallet D., et al, « Aspects éthiques de la décision thérapeutique », 13<sup>e</sup> congrès de la SFAP, Compétence clinique et dimension spirituelle l'homme au cœur des soins, 14 au 16 juin 2007, Grenoble.

<sup>5</sup> Daouï C., « L'alimentation et l'hydratation artificielles en fin de vie : réflexion pluridisciplinaire d'une équipe de soins palliatifs », in *InfoKara*, vol. 20, N° 1/2005, p. 7-13.

<sup>6</sup> Daouï C., « Les directives anticipées : vers un respect de l'être humain devenu incapable ? » « Éthique & Santé », n° 4, 2007, p. 78-84.

<sup>7</sup> Kemp P., « Quatre principes éthiques : l'autonomie, la dignité, l'intégrité, la vulnérabilité », in *Le discours bioéthique*, Éd. Cerf, Paris, 2004, 119 p, p. 99-112.

<sup>8</sup> Blet D., « Directives anticipées et SLA », Unité mobile de soutien, GCS Ouest audois, 13<sup>e</sup> congrès de la SFAP, Compétence clinique et dimension spirituelle l'homme au cœur des soins, 14 au 16 juin 2007, Grenoble.

<sup>9</sup> Pautex S., CESCO Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse, « Directives anticipées dans des unités de soins palliatifs : une étude prospective », 13<sup>e</sup> congrès de la SFAP, Compétence clinique et dimension spirituelle l'homme au cœur des soins, 14-16 juin 2007, Grenoble.

<sup>10</sup> Blet D., op. cit.



## Avis n°9 du 31 mai 2010, « Comment concilier la demande d'espoir des patients en situation métastatique (et de leurs proches) avec l'absence de résultats des traitements ? »

Rapporteurs : Alain Bouregba, Mario Di Palma, Jean-François Richard

Personne auditionnée : Dr Gisèle Chvetzoff, médecin praticien spécialiste des Centres de lutte contre le cancer, centre Léon Bérard de Lyon

SAISINE DISCUTÉE LORS DE LA 7<sup>E</sup> SESSION PLÉNIÈRE DU COMITÉ ÉTHIQUE ET CANCER DU 22 FÉVRIER 2010

**Un homme de 58 ans atteint d'un cancer du poumon localement avancé est pris en charge par un nouveau médecin, alors qu'il a déjà reçu trois lignes de chimiothérapie sans efficacité et qu'il a présenté une progression cérébrale et osseuse. Une quatrième ligne de chimiothérapie est engagée, qui ne présente pas plus d'efficacité, tandis que des douleurs sternales apparaissent. Malgré tout, l'état général de ce patient reste plutôt bon et une radiothérapie de l'encéphale total a permis de contrôler les symptômes cérébraux.**

**Au cours d'une consultation avec cet homme et son épouse, le médecin propose une irradiation de la zone douloureuse, mais indique qu'il ne lui paraît pas souhaitable de débiter une nouvelle chimiothérapie, compte tenu d'une balance bénéfique/risque vraisemblablement défavorable, la maladie étant visiblement chimiorésistante.**

**Quelques jours plus tard, l'épouse de cet homme contacte le médecin en reprochant à ce dernier d'avoir "anéanti" son mari et en contestant son analyse de la situation. Un nouveau rendez-vous est pris, au cours duquel l'homme et son épouse réfutent les arguments du médecin et considèrent qu'il est indispensable de poursuivre le traitement par chimiothérapie.**

**Le médecin sollicite l'avis du comité éthique et cancer pour savoir quelle est la bonne attitude à adopter sur le plan éthique dans ce type de situation. La question posée est notamment de savoir comment concilier le respect de l'autonomie du patient et l'affirmation de la position du médecin, fondée à la fois sur son expérience et sur des arguments scientifiques. Par-delà, comment le médecin peut-il préserver une relation de confiance avec le patient dans ce contexte et quelle est la bonne attitude à adopter pour répondre à la quête d'espoir qui en définitive sous-tend la demande du patient ? Enfin, faut-il prendre en compte les aspects économiques – en l'occurrence le coût d'un traitement dont le médecin pense qu'il sera inutile, voire néfaste – dans la décision ?**



PHOTONICA/EWAN FRASER/DEBUTANT/GETTY IMAGES

Les médecins cancérologues et les équipes soignantes sont régulièrement confrontés à des situations de ce type. Les progrès réalisés sur le plan thérapeutique et du soin en général font qu'un nombre croissant de patients ne ressentent pas (ou peu) physiquement les effets de la maladie, alors même que celle-ci évolue, y compris quand elle se situe hors de

toute portée curative. Il en résulte une discordance entre la réalité vécue par le malade et celle perçue par le médecin, qui place le patient et son entourage en situation d'incompréhension, et le soignant en difficulté pour expliquer et justifier son discours et ses propositions. Cette discordance peut de surcroît être amplifiée par les discours qui traversent la société et qui

tendent à faire croire à une toute-puissance de la médecine, ce qui ne correspond pas exactement, en dépit des progrès constants et patents, à la réalité. Dans le cas présent, la difficulté est accrue par le fait que le médecin a remplacé un confrère au cours de la prise en charge du patient, ce qui rend plus ardue la construction d'une relation empreinte de réciprocité et de confiance<sup>1</sup>.

### AUTONOMIE N'EST PAS AUTODÉTERMINATION

Face à cette situation, le comité éthique et cancer estime tout d'abord que le respect de l'autonomie du patient est un principe intangible. Pour autant, autonomie ne signifie pas que le patient puisse tout demander au médecin, et encore moins que ce dernier n'intervienne autrement qu'en satisfaisant la demande<sup>2</sup>. Autonomie n'est pas autodétermination. Une telle attitude constituerait une rupture totale de la relation entre le médecin et le malade, car ce n'est là ni le rôle ni la responsabilité du médecin. De surcroît, ce n'est vraisemblablement pas l'attente des patients. En situation de difficulté, personne n'attend d'un interlocuteur qu'il abonde systématiquement en son sens, car cela signifie qu'en définitive aucune aide n'est véritablement possible. Respecter l'autonomie d'un patient consiste au contraire à éclairer celui-ci autant qu'il soit possible. Cela

suppose un discours conforme aux connaissances médicales, sachant que l'énoncé de ces connaissances se doit de ménager le patient et son entourage, afin qu'ils puissent les comprendre, à défaut de parvenir à les accepter

### AIDER À ENTENDRE LA RÉALITÉ

Les membres du comité soulignent combien il est normal et légitime qu'un patient et son entourage auxquels on annonce que la maladie n'est pas guérissable et va emporter le patient réagissent par le déni, le refus et/ou la colère. Ce sont des réactions qui vont de soi, et ce quelle que soit la qualité de la relation avec le médecin et des soins que celui-ci a prodigués jusqu'à présent. Cependant, la souffrance est peu accessible à l'explication, elle ne guide pas celui qui y est confronté. Dans la tempête émotionnelle que traverse le patient, le médecin se doit de ne pas se perdre dans la souffrance de celui-ci, mais bien au contraire se dresser comme celui qui, par la lumière de la science, est là pour aider à entendre la réalité, aussi difficile soit-elle. Dès lors, l'attitude du médecin doit être avant tout portée par les questions médicales que pose la situation du patient. Il importe donc que la position du médecin soit la plus étayée possible et soit exposée clairement au patient. Car c'est dans la discussion, aussi difficile et longue qu'elle puisse être, que le médecin peut sortir de la confrontation et de l'opposition du patient. Cette discussion ne doit pas éluder les incertitudes et les doutes éprouvés par le médecin, car ceux-ci participent de l'éclairage du patient. Elle doit aussi viser à explorer les arguments du patient et à lui faire exprimer les raisons de son discours. Par ce cheminement partagé<sup>3</sup>, le médecin et le patient sont ainsi susceptibles de réussir à distinguer ce qui est raisonnable de ce qui ne l'est pas<sup>4</sup>, et à s'engager sur un objectif commun. Pour y parvenir, le médecin peut également s'appuyer sur la teneur de ce qui a été dit au cours des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) concernant le dossier du patient, et inviter ce dernier à demander un avis auprès d'un autre confrère.

### CONCLUSIONS

En définitive, le comité éthique et cancer estime que l'attitude du médecin doit avant tout rassurer le patient sur la continuité du soin, même lorsque la chimiothérapie est arrêtée. C'est

certainement ce que le patient a le plus besoin d'entendre, étant donné qu'en son for intérieur il sait sa situation, même s'il n'est pas en mesure de se l'entendre dire et encore moins de l'accepter. Le comité rappelle ainsi que le but du soin n'est pas la survie, mais d'accompagner la vie. C'est la responsabilité première du médecin et c'est cet accompagnement dont il faut apporter la garantie au patient. Concernant la question relative au coût des traitements, le comité éthique et cancer entend bien que cette question, dans le cadre du système de santé et d'assurance maladie existant en France, n'a strictement aucune signification pour le patient et son entourage, et qu'elle ne peut leur être évoquée. Cependant, dès lors que le médecin est persuadé qu'un traitement sera inefficace, voire qu'il pourra nuire, il ne peut totalement éluder cet aspect, non pas tant sur le plan strictement économique, mais pour préserver l'égalité entre les patients. Il est en effet aussi de la responsabilité éthique des professionnels de santé que les soins soient utilisés de manière optimale pour tous les malades. ■

<sup>1</sup> En oncologie, peut-être plus que pour toute autre spécialité, la notion "d'oncologue référent" est essentielle. Pour le malade, l'entrée dans la maladie s'est faite "avec lui", au travers de "l'annonce" aussitôt contrebalancée par "l'espoir" des traitements spécifiques. C'est à ce moment-là que s'établit le pacte de soin basé sur la confiance qui nécessite, pour reprendre les propos de Paul Ricoeur, une double condition : « *L'engagement du médecin à suivre son patient, et celui du patient à se conduire comme l'agent de son propre traitement.* » Ricoeur Paul, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit* 199 n° 227, p. 21-33.

<sup>2</sup> La loi mentionne le droit du patient "à refuser tout traitement", mais aucunement à demander tout traitement.

<sup>3</sup> Ce cheminement basé sur une éthique de la discussion est fondamental et illustre clairement ce que devrait être le mode opératoire de la loi (Art. L. 1111-4 du Code de la santé publique) : « Toute personne prend avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions qui concernent sa santé. »

<sup>4</sup> L'obstination déraisonnable est définie comme le fait de refuser de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable et désigne l'attitude des médecins qui utilisent systématiquement tous les moyens médicaux pour garder une personne en vie de manière inutile et disproportionnée sans réflexion éthique sur la notion de bénéfices/risques acceptable. « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris (Art. L. 1110-5 du code de santé publique amendé par la loi du 22 avril 2005) ». Le code de déontologie et le code de santé publique ne font pas mention de l'acharnement thérapeutique auxquels ils préfèrent le terme d'obstination déraisonnable.

<sup>5</sup> Art L. 1110-10 du Code de la santé publique : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

## ANNEXES

### Annexe n°1

• Article L. 1110-5 du Code de la santé publique

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales

avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

(L. n° 2005-370 du 22 avr. 2005)

« Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être

entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10<sup>5</sup> »

### Annexe n°2

• Article L. 1111-4 du Code de la santé publique

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. » ■



## Avis n° 10 du 1<sup>er</sup> juillet 2010, « La violence morale ou physique exercée par un patient sur les membres d'une équipe HAD peut-elle justifier l'interruption de sa prise en charge ? »

Rapporteurs : Philippe Amiel, Daniel Oppenheim, Olivia Ribardièrre.

Personnes auditionnées : Marilène Lacaze, infirmière principale à l'IGR ; Joséphine Loteteka, médecin coordonnateur et référent soins palliatifs à Santé service ;  
Nathalie Lejeune, cadre de santé à Santé service ; Stéphane Delage, cadre de santé à Santé service

SAISINE DISCUTÉE LORS DE LA 7<sup>e</sup> SESSION PLÉNIÈRE DU COMITÉ ÉTHIQUE ET CANCER DU 22 FÉVRIER 2010

*Une jeune femme de 26 ans, vivant seule avec son enfant âgé de dix mois, est prise en charge à partir de 2006 dans un centre hospitalier pour un adénocarcinome papillaire sévère inopérable. Après une première ligne de chimiothérapie, une pelvectomie et une iléostomie non définitive sont réalisées, permettant de diagnostiquer une carcinose péritonéale. Une deuxième ligne de chimiothérapie associée à un anti-angiogénique n'est pas plus efficace et s'accompagne d'une hypertension qui devient chronique. D'importants saignements au niveau de l'iléostomie surviennent à plusieurs reprises. Cette patiente présente également des problèmes infectieux récurrents nécessitant un séjour en service de réanimation.*

*Malgré de multiples séjours hospitaliers, cette patiente exprime systématiquement le souhait de rentrer chez elle. Une hospitalisation à domicile (HAD) est ainsi mise en place et confiée à une association spécialisée. Celle-ci se charge de la chimiothérapie, de la nutrition parentérale et des soins de stomie. L'HAD est tout d'abord effectuée au domicile de la patiente, puis à celui de ses parents, où vivent également sa sœur, son mari et leur enfant.*

*Tout en étant très affectée par sa maladie, cette patiente exprime une forte volonté dans ces choix, à l'égard des traitements comme des soignants, à qui elle tend à imposer ses règles, notamment dans l'organisation des soins. Se disant « harcelée », elle refuse ainsi à plusieurs reprises d'ouvrir sa porte à l'infirmière de l'association. Les intervenants déclarent avoir fait tout ce qu'ils pouvaient pour l'aider, réorganisant notamment les plannings en fonction de ses demandes. Les équipes de l'association se disent cependant rapidement « épuisées ».*

*Début 2010, alors qu'une infirmière procède aux soins, l'enfant de la sœur de la patiente prend une seringue qu'elle venait d'utiliser. L'infirmière réprimande l'enfant. Les parents s'en prennent alors à l'infirmière et l'agressent physiquement. À la suite de cet incident, l'association s'adresse au centre hospitalier, qui propose une hospitalisation à la patiente. Celle-ci refuse. L'association lui remet une liste d'infirmières libérales susceptibles d'assurer les soins et décide alors de stopper la prise en charge. Quelques jours plus tard, la patiente est hospitalisée pour une altération très importante de son état général et une déshydratation sévère. Elle tombe dans le coma et décède quarante-huit heures plus tard.*

*Les responsables du centre hospitalier et de l'association sollicitent le comité éthique et cancer pour être éclairés sur l'enchaînement des événements et les manquements qui ont pu conduire à ce dénouement tragique. Ils posent également la question de savoir comment réagir à un épisode de violence physique comme celui qui s'est produit, et si cela peut justifier un arrêt des soins.*



PHOTONICA, EWAN FRASER/DEBUTANT/GETTYIMAGES

Le comité éthique et cancer n'a pas vocation à départager les responsabilités des différents intervenants dans la situation présentée. Le comité considère par ailleurs que cette situation, dans laquelle se retrouvent des difficultés médicales, infirmières et relationnelles, ne constitue pas, à proprement parler, un problème éthique. Néanmoins, la situation décrite pose un problème pratique auquel les soignants peuvent être confrontés et qui les préoccupe particulièrement. C'est en ce sens qu'elle mérite d'être examinée.

Il convient tout d'abord de prendre la mesure de la violence que constitue la maladie, violence qui peut être insupportable à une jeune femme qui ne demandait sans doute qu'à vivre et élever son enfant, et à son entourage immédiat. La violence dans la situation, subie par les soignants, telle qu'elle est décrite, même si les atteintes physiques ne sont évidemment pas admissibles, s'en trouve largement relativisée. Le comité éthique et cancer fait observer à cet égard qu'il est permis de se demander si l'agressivité manifestée par la sœur et son mari ne correspondait pas au sentiment d'agression qu'ils pouvaient eux-mêmes éprouver : épuisement physique et psychologique, culpabilité de ne pouvoir plus aider la malade,

révolte contre le malheur et l'impuissance des médecins à la guérir... Accompagner au quotidien chez soi sa fille ou sa sœur dont on sait qu'elle va mourir est un chemin particulièrement douloureux ; le domicile est un lieu de vie familial où ce type d'accompagnement peut être traumatisant pour les personnes qui y résident. L'hospitalisation à domicile et le « mourir chez soi », qui sont parfois présentés comme une sorte d'impératif pour le bien des malades, trouvent ici une limite. Cette option n'est pas toujours la plus adaptée ni pour le patient et ses proches, ni pour les soignants.

### RÉORGANISER

#### LA PRISE EN CHARGE

L'agression physique dont a été victime l'infirmière intervenant au domicile n'a pas été le fait de la patiente elle-même. C'est pourtant elle qui a subi directement les conséquences de la décision d'arrêt de la prise en charge prononcée par l'association. Dans la situation de détresse où la patiente paraît s'être trouvée à ce moment, elle n'était certainement pas en mesure de s'occuper elle-même de réorganiser sa prise en charge. Le comité éthique et cancer estime qu'il eût été préférable que les intervenants prennent directement contact avec les membres de la famille afin, d'une part, de leur faire prendre conscience de leurs responsabilités et, d'autre part, de voir avec eux comment réorganiser la prise en charge au mieux pour les uns comme pour les autres. Par ailleurs, le comité relève que la prise en charge de cette patiente semble avoir été réalisée dans un climat émotionnel et un engagement très forts qui ont, selon toute vraisemblance, motivé en grande partie l'attitude des soignants à son égard. Sans reprocher, bien entendu, aux différents intervenants leur sensibilité et leur humanité, le comité éthique et cancer rappelle que la compassion ne doit pas, à elle seule, servir de guide à l'organisation des soins. Tout en convenant que la situation était certainement lourde et difficile sur le plan psychologique, le comité estime qu'il a vraisemblablement manqué, dans le cas présent, une démarche de régulation de l'affect auprès des intervenants, qui aurait dû permettre d'éviter les dérives.

### COMBLER

#### L'ABSENCE D'AUTORITÉ

Il apparaît qu'il a aussi manqué, dans la prise en charge telle qu'elle est rapportée, une figure solide qui sache définir avec la patiente et lui faire accepter, dans son intérêt, des

règles de fonctionnement de la prise en charge et des modalités d'expression de sa révolte compatibles avec une bonne pratique des soins. Une telle absence d'autorité est génératrice de sentiments d'insécurité pour les malades, y compris lorsqu'ils revendiquent à bon droit une grande autonomie ; elle ne favorise pas l'installation d'une confiance du malade envers les soignants – et des soignants envers leurs compétences individuelles et collectives ; si cette absence d'autorité débouche, pour le patient, sur le sentiment qu'il doit assumer seul toutes les décisions, elle peut générer une grande angoisse. Aussi le comité estime-t-il qu'il aurait sans doute fallu mettre d'emblée des limites à la patiente, lui expliquer ce qui était possible et ce qui ne l'était pas. De telles limites servent aussi à garantir l'égalité des soins entre les patients : si une équipe de professionnels de santé se trouve à ce point accaparée ou usée par un patient, c'est au détriment des autres malades.

### LES NOTIONS

#### DE « DROITS ET DEVOIRS »

La question des limites amène à poser celle des devoirs que pourraient avoir les patients à l'égard des professionnels de santé. Sans être totalement consensuelle, la discussion au sein du comité débouche sur l'idée qu'aux droits des malades ne correspondent pas des obligations de la nature de celles qui participeraient à l'équilibre d'une convention contractuelle. Les devoirs, en l'espèce, sont liés au statut ou à une fonction qui ont été choisis. Le soignant fait le choix de son statut, de sa fonction. Le patient ne fait pas le choix du statut de malade et, dans la situation de soins, c'est par principe lui qui est vulnérable, d'une maladie qui va lui ôter la vie. L'asymétrie est telle entre la situation du soignant et celle du malade, a fortiori s'agissant d'un patient atteint d'une maladie qui va l'emporter, qu'il paraît difficile, voire, dans le cas présent, choquant, d'imaginer qu'on puisse mettre à sa charge des devoirs quelconques afin de protéger des soignants débordés. Les devoirs sont ici du côté des soignants : soigner et ne pas abandonner les malades malgré les difficultés. Le malade a une part de responsabilité dans sa prise en charge ; il peut, par son comportement, en déterminer la plus ou moins grande efficacité. En tout état de cause, le comité éthique et cancer estime que, quelle que soit la difficulté de la situation, rien ne saurait dispenser les professionnels de santé du devoir de solidarité envers le malade. ■



**7 OCTOBRE 2010**  
**1<sup>RE</sup> RENCONTRE NATIONALE**  
**DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**  
**FACE AU CANCER**

# Un comité éthique et cancer



## ●●● pour répondre à votre saisine

EN CLÔTURE DE LA 1<sup>RE</sup> RENCONTRE NATIONALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FACE AU CANCER, LE COMITÉ ÉTHIQUE ET CANCER RENDRA SON AVIS SUR UNE QUESTION ÉTHIQUE EN RELATION AVEC LA MÉDECINE GÉNÉRALE. NOUS INVITONS D'ORES ET DÉJÀ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À DÉPOSER LEUR SAISINE.

COORDINATEUR : LAURENT POINTIER 01 53 55 25 08



**Date limite de dépôt des saisines : 27 septembre 2010 sur [www.ethique-cancer.fr](http://www.ethique-cancer.fr)**

*Coprésidé par les Pr Axel Kahn, président de l'université Paris-Descartes et Gilbert Lenoir, président de la Ligue contre le cancer, le comité éthique et cancer est composé de 35 membres et peut être saisi à tout moment par toute personne physique ou morale sur toute question légitime d'ordre éthique en relation avec la pathologie cancéreuse.*

**En savoir + sur la 1<sup>re</sup> rencontre nationale des médecins généralistes : [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)**



*pour la vie*

### en bref

#### BIOÉTHIQUE : UNE DISCUSSION DU PROJET DE LOI FIN 2010

La ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin, a assuré qu'une discussion sur le projet de loi de révision des lois de bioéthique aurait lieu fin 2010. À cette

occasion, la ministre a rappelé que la conservation du sang de cordon, utilisé dans « 90 % des cas dans les cancers du sang », n'avait aucun sens sur le plan médical.

#### UNE CAMPAGNE POUR RECRUTER DES « COBAYES » AVERTIS

Une campagne destinée au grand public a été lancée pour

dédiaboliser les essais de médicaments et encourager les gens à y participer. Cette campagne d'affichage est visible dans les hôpitaux, chez les médecins généralistes et auprès de certaines associations de patients, dont la Ligue contre le cancer, qui fait partie du comité de pilotage de l'opération.

### Abonnement gratuit

au bulletin *Éthique et cancer* sur [www.ethique-cancer.fr](http://www.ethique-cancer.fr)

14 rue Convisart 75013 Paris tél. : 01 53 55 25 08  
courriel : [ethique@ligue-cancer.net](mailto:ethique@ligue-cancer.net)  
[www.ethique-cancer.fr](http://www.ethique-cancer.fr)  
directeurs de la publication : Axel Kahn et Gilbert Lenoir

directeur de la rédaction : Christophe Leroux  
rédacteur en chef : Laurent Pointier  
conseillère éditoriale : Françoise May-Levin  
rédacteur des avis : Franck Fontenay  
design graphique : Jean-Pierre Renard  
impression : Imprimerie de Compiègne  
2 avenue Berthelot - Zac de Mercières - BP 60524  
60205 Compiègne cedex  
Ce numéro a été tiré à 11 000 exemplaires

