

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE TUMEUR CEREBRALE MALIGNE PRIMITIVE. APPROCHE ETHIQUE.

**Présenté par Xavier DUCROCQ
DEA 1997**

Les tumeurs cérébrales malignes primitives (T. C. M. P.) représentent un des cancers les plus redoutables. Et ce, pour deux raisons principales. D'une part, leur pronostic, malgré quelques avancées thérapeutiques, reste extrêmement sombre avec une médiane de survie de 3 à 4 mois en l'absence de chirurgie, passant à 6 à 9 mois quand une exérèse chirurgicale a pu être, réalisée, et à 9 à 12 mois quand une radiothérapie est associée à la chirurgie. L'adjonction d'une chimiothérapie ne modifie pas significativement la médiane de survie. D'autre part, l'envahissement progressif des structures cérébrales entraîne rapidement la survenue de déficits neurofonctionnels à l'origine d'une dépendance très précoce, et de déficits cognitifs et intellectuels limitant les capacités de compréhension, de jugement, de raisonnement, de décision, de communication, du patient. Une hypertension intracrânienne accompagne toujours l'évolution des T. C. M. P. Elle déterminera généralement la survenue du décès.

Compte-tenu d'un tel pronostic, inéluctablement fatal à court terme, associé généralement à une qualité de vie diminuée par l'importance des différents déficits, la prise en charge thérapeutique s'inscrit nécessairement et stricto sensu dans un registre palliatif. C'est la raison pour laquelle certains centres adoptent d'emblée une ligne de conduite limitant les traitements à visée curative aux seuls patients les plus jeunes, se contentant de traitements purement symptomatiques pour les autres.

Dans notre centre, nous avons, depuis quelques années, adopté une attitude plus "interventionniste", plus "agressive" pourrait-on dire, à l'égard de ces T. C. M. P. Il n'est pas de notre propos de développer et discuter dans ce travail les résultats des travaux et réflexions qui nous ont conduits à prendre cette orientation. Toujours est-il que dans notre pratique, au contact de ces patients, au cours de leur prise en charge, un certain nombre de problèmes et questionnements se sont fait jour, ressortant d'une réflexion éthique. Ils touchent principalement deux champs.

Celui d'abord de la relation médecin-malade, fondée sur le devoir d'information du patient et de son entourage, le dit "droit à la vérité", tant dans l'annonce du diagnostic et, le cas échéant, d'une reprise évolutive, que dans la dispensation des soins, spécifiques ou non, le recueil du consentement éclairé pour les différents traitements, qu'ils soient considérés comme standards (biopsie, chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie adjuvante de première ligne), ou protocolaires expérimentaux (autres chimiothérapies,, thérapie génique, ...). Cette relation s'avère toujours fortement chargée au plan émotionnel et affectif et doit continuellement s'adapter aux capacités physiques et cognitivo-intellectuelles du patient et ce, jusqu'à la phase terminale et agonique, qu'elle soit vécue à l'hôpital ou non.

Le deuxième champ de questionnement concerne la prise de décision. Elle met en jeu par nécessité plusieurs intervenants médicaux, neurologues, neuroradiologues, neurochirurgiens, anatomopathologistes, radiothérapeutes, chimiothérapeutes dont la cohésion est rarement un état de fait. C'est dire qu'il faudra s'en donner les moyens. Cette décision implique des intervenants non médicaux, souvent sous-estimés, qu'il s'agisse du patient lui-même ou de son- entourage. C'est également toute l'équipe soignante - infirmières, aide-soignantes -, mais aussi le médecin de famille qui sont concernés. Décider de la réalisation d'une dérivation ventriculaire, d'une indication chirurgicale d'exérèse, d'une radiothérapie, d'une chimiothérapie - a fortiori si c'est dans le cadre d'une étude clinique expérimentale -, d'un arrêt des traitements spécifiques, d'un retour à domicile,... mérite de prendre en compte nombre de facteurs dont le poids respectif n'est pas non plus défini a priori. Sachant qu'en tout état de cause, l'issue restera fatale. Chaque acteur de la décision va pourtant faire intervenir un certain nombre de critères, plus ou moins explicites, qu'il apparaît nécessaire de pouvoir décrypter, analyser, mettre en balance et confronter pour aboutir à une décision finale orientée vers ce qui apparaît être, et surtout sera vécu, comme le moindre mal.

La fin de vie des patients atteints de T. C. M. P. (patients TCMP) nous apparaît assez significative également de la nécessité d'une approche éthique. En effet, l'accumulation des déficits fonctionnels, cognitifs et les troubles de conscience, confinent généralement le patient à la grabatisation permanente et à un état de totale dépendance pour les soins. Ceci rend pratiquement impossible une prise en charge à domicile, source de culpabilisation des membres de la famille vivant cette situation comme un échec total, couronnant la détresse ressentie depuis le début de la maladie. Ce sentiment d'échec peut atteindre également l'ensemble des soignants. Il est forcément préjudiciable à tous, au patient avant tout.

Le traitement des T. C. M. P. peut ainsi être considéré comme un échec en terme d'espérance et de qualité de vie, exposant au risque d'abandon thérapeutique et, à l'opposé, au risque d'une trop grande agressivité. Dans ce cadre, comment fonder une attitude visant le bien du patient dans un juste exercice de la médecine ? C'est le sens d'une démarche d'éthique clinique, objet de ce travail.

La réflexion que nous nous proposons de conduire s'appuie sur les données d'une enquête menée auprès de différents intervenants concernés par la prise en charge des patients T. C. M. P. Au cours d'un interrogatoire semi d'observations cliniques choisies, il est demandé à chaque directif, à partir personne interrogée - neurochirurgien, neuro-oncologue, neurologue, infirmière, famille, patient - d'exprimer une décision, une option, une orientation thérapeutique et d'en expliciter les raisons ou critères. La diversité des réponses, faite de convergences et divergences, et des éléments requis pour fonder la décision, nous permettra de tenter dans un deuxième temps de dégager les critères d'une démarche clinique fondée en éthique dans la prise en charge des patients T. C. M. P.

Il nous faudra auparavant rappeler quelques données concernant les T. C. M. P., nécessaires à la compréhension clinique du domaine de la pathologie dans lequel nous allons travailler. Quelques situations cliniques vécues nous permettront de mieux illustrer l'émergence du questionnement et de la réflexion éthique.

Qui cherchait donc Frère Théophile ? Frère Théophile ne demandait rien à personne, ni même à Dieu, pas même qu'on l'aime ; il voulait être heureux. Et qu'aurait-il désiré d'autre à vingt ans ? Or, la maladie vint tout briser. Elle vint lui couper les bras, comme une gelée de mai brûle les bourgeons du printemps. Malgré cela, Frère Théophile, quoiqu'on en pense, ne fut pas écrasé. Au terme, on peut même parler d'une réussite" (25, p. 106).

Au terme de ce travail, nous voudrions reprendre de façon très synthétique les données de notre recherche et de notre réflexion. Puis, nous examinerons si la démarche suivie nous a appris quelque chose de l'agir en éthique clinique.

L'enquête que nous avons conduite auprès de professionnels de la santé, de patients et de leur entourage, tous concernés par le domaine clinique qui nous préoccupait, celui des gliomes malins, fait ressortir deux aspects essentiels : l'information du patient, et la partition entre traitements spécifiques et traitements palliatifs. Nous voudrions rappeler que notre intention première était d'aborder des questions beaucoup plus précises comme celle de la place des traitements de soutien. Pour répondre aux préoccupations des soignants, nous avons été conduits à déplacer sensiblement le champ de nos investigations.

Concernant l'information au patient, nous avons retrouvé deux grandes attitudes classiques qui s'inscrivent d'ailleurs toutes deux dans le principe du respect de la dignité du patient. La première attitude consiste à ne pas révéler au patient la particulière gravité de l'affection dont il est atteint. Elle suppose un mode de réponse univoque du patient à la connaissance de son diagnostic, plus sujette à l'anéantir qu'à l'édifier. Elle suppose d'ignorer la capacité du patient à comprendre ce qui se trame au-delà du silence et du mensonge. De ce fait elle n'est pas sans conséquences psychologiques également graves. Cette attitude ressort du principe de non-malfaisance, au détriment du principe d'autonomie du patient. Nous avons vu comment cette attitude compromettait gravement la relation du patient avec son entourage et les soignants.

L'autre attitude consiste à informer au mieux le patient, en faisant primer le principe d'autonomie, de façon à lui permettre, étant dûment informé, d'exercer librement sa volonté. Cette attitude expose aussi à des conséquences

psychologiques graves, mais bien connues et non dépourvues de remèdes. Elle n'exclue pas forcément le respect de la volonté du patient de ne pas savoir. Elle ne déroge pas à l'impératif éthique qu'est l'interdit du mensonge.

Accompagner le patient dans une relation honnête, en vérité, dans une attitude d'écoute active" représente une attitude pratique, prudente, permettant de concilier les deux attitudes précédentes, sans les opposer radicalement, ce qui ne s'impose pas. Cela n'exclut pas toutes les difficultés qui ressortent principalement de la capacité du patient, toutefois non livré à lui-même, d'assumer son destin et le sens ultime de son existence. Cette attitude veillant à établir dans la confiance une relation en vérité, nécessite "établir un juste équilibre entre tous les intervenants.

Le deuxième champ de réflexion concerne le choix entre traitements spécifiques et traitements palliatifs. Il met en jeu, de façon plutôt contradictoire, la durée de vie du patient et sa qualité de vie. L'optimisation effective des soins palliatifs apparaît comme une condition importante pour envisager la proposition des traitements spécifiques, même expérimentaux, et la possibilité de les stopper le moment venu, ce moment restant à définir. Ces décisions concernant le choix des traitements à proposer aux patients doit émaner de l'établissement d'un consensus entre les soignants - incluant médecins, infirmières, et aides-soignantes -, le patient et son entourage.

Ce travail nous a amené à réfléchir sur la capacité d'une personne, mais aussi de la société dans son ensemble, à faire face à la réalité de la mort comme terme naturel d'une existence qui a accompli son temps. Cette acceptation, quelles que soient les convictions philosophiques et religieuses du patient et des soignants, est fortement conditionnée par des données culturelles et sociales qui méritent d'être également prises en compte. G. Voyer, dans son "Essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne" (86) dit de l'éthique clinique qu'elle est "la disposition (hexis) de celui qui se tient au lit du malade, qui a le désir (orexis) d'agir selon la vertu et qui le fait avec la raison pratique". Le but de notre travail n'était pas d'établir les fondements de l'action éthique clinique, l'agir éthique. Au terme, il nous semble néanmoins que l'éthique clinique ressort en premier d'une façon d'être, d'un comportement dans une situation clinique donnée, face à un patient donné, avant que de se caractériser par la capacité à établir une méthode pour résoudre une situation concrète réellement conflictuelle.

L'histoire de Frère Théophane avait pour nous ceci d'ordinaire, qu'il était atteint, comme tous les patients dont la rencontre a suscité ce travail, d'une tumeur cérébrale maligne incurable. Et son histoire a en même temps ceci de singulier qu'elle est celle d'un homme de foi, à l'image et ressemblance" de l'histoire de son Maître qui "aux jours de sa chair, ayant présenté, avec une violente clameur et des larmes, des implorations et des supplications à celui qui pouvait le sauver de la mort, ayant été exaucé en raison de sa piété, tout Fils qu'il était, apprit, de ce qu'il souffrit, l'obéissance" (He 5, 7-8). Tous n'accèdent pas et n'accéderont pas à l'expérience spirituelle de Frère Théophane dans l'accomplissement ultime de leur humanité. Cela n'enlève rien à l'enseignement que tout un chacun pourra en retirer, sa mesure.

A la fin de ce travail, nous savons qu'il nous reste beaucoup à accomplir. Nous y voyons le point de départ d'une réflexion méritant une plus large confrontation encore et pour laquelle nous nous soumettons très volontiers au dialogue avec ceux qui auront eu la patience de nous lire. Nous laisserons Frère Samuël conclure : "Dans ce laps de temps, il a une tâche immense à accomplir : remettre à Dieu le soin d'un coeur blessé par la vie, d'un corps meurtri par la maladie. Pour réussir cette allégeance, il va porter à son achèvement l'acquis solide de cinq années de vie monastique, avec une saine intelligence, la prière des siens et l'appui assuré de son entourage (25, p 41). Quand la maladie vint, qui aurait pu l'anéantir, elle le transforma. Son désarroi sans fond et sans issue le laissait libre de se tourner vers le Christ Jésus. Il saisit l'occasion et chacun pourra le faire s'il se trouve dans les mêmes conditions, ou dans d'autres... C'est & ailleurs la seule solution pour celui qui a mesuré l'étendue de son impuissance" (25, p 107).

1. Advances in Neuro-oncology.
KORNBLITH P. L., WALKER M. D. (eds).
Futura Publishing Company, Inc, 1997.

2. ALEKHTEYAR K. M., GLATSTEIN E.
Radiotherapy management of brain tumors.
In: KORNBLITH P. L., WALKER M. D. (eds). Advances in

Neurooncology II Futura Publishing Company. Inc, 1997, p. 307-329.

3. American Academy of Neurology Ethics and Humanities Subcommittee.
Position statement : certain aspects of the care and management of
profoundly and irreversibly paralyzed patients with retained
consciousness and cognition.
Neurology, 1993, 43, 222-223.

4. American Academy of Neurology Ethics and Humanities subcommittee.
Palliative care in neurology.
Neurology, 1996, 46, 870-872.

5. ARIES P.
L'homme devant la mort.
Seuil, Paris, 1977.

6. AUTTON N.
L'usage du toucher dans les soins palliatifs.
Eur. J. Pall. Care, 1996, 3, 121-124.

7. BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS J. F.
Principles of biomedical ethics (3rd ed),
Oxford University Press, New York/Oxford, 1989.

8. BERNAT J. L.
Ethical issues in Neurology.
Boston. Butterworth-Heinemann, 1994.

9. BERNAT J. L., GOLDSTEIN M. L., VISTE K. M.
The neurologist and the dying patient.
Neurology, 1996, 46, 598-599.

10. BERNHEIM J. L., LEDURE G., SOURIS M., RAVAZI D.
Différences in perception of disease and treatment between cancer
patients and their physicians.
In AARANKSON N. K. and BECKMANN J. 'Me quality of life of
cancer patients. New York, Raven Press, 1987.

11. Brain tumors.
KAYE A. H., LAWS E. R. (eds.).
Churchill Livingstone, 1995.

12. Brain tumors.
A comprehensive text.
Morantz R. A., WALSH J. W. (eds.).
Dekker, Inc., 1994.

13. BURGER P. G., GREEN S. B.
Patient age, histological features and length of survival in patients with
glioblastoma multiforme.
Cancer, 1987, 59, 1617-1625.

14. BUTLER D.
Les soins palliatifs en médecine générale. Une nouvelle initiative.

Eur. J. Pall. Care, 1994, 1, 8- 1.

15. CADART B.

En fin de vie. Répondre aux désirs profonds des personnes.
Centurion, Paris, 1988.

16. CADORE B.

L'expérience bioéthique de la responsabilité.
Catalyses, Artel-Fides, Louvain la Neuve, 1994.

17. CESARO P.

Ethique et tumeurs cérébrales.
Le journal de l'Infirmière de Neurologie et de Neurochirurgie, 1995,
tome 5, n° 1-2, p. 30-33.

18. CHATEL M., FRENAY M., LEBRUN C.

Les tumeurs gliales malignes. Leur prise en charge au quotidien.
In : Tumeurs gliales et maladies neuromusculaires. G. Defer (ed.), 1996,
Arnette Blackwell, p. 147-157.

19. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE.

Ordre National des Médecins. Conseil National de l'Ordre.
Edition Octobre 1995.

20. COHEN A., MODAN B. Some épidémiologie aspects of neoplastic diseases in Israeli immigrant population.
III. Brain tumors. Cancer, 1968, 22, 1323-1328.

21. COLOMBAT P., ROUBERTIE E.

Prise en charge des malades en fin de vie.
In: GOLD F., CHOUTET P., BURTIN E. (eds). Repères et situations
éthiques en médecine. Ellipses, 1996, p.

22. COMMITTEE ON HEALTH CARE ISSUES, AMERICAN
NEUROLOGICAL ASSOCIATION.

Chemotherapy for malignant ghomas.
Ann. Neurol., 1989, 25, 88-89.

23. FAUCHON F., CHIRAS J., POISSON M., ROSE M., TERRIER L.,
BORIES J., GUERIN R. A.

Chimiothérapie intra-artérielle par le cisplatine et la cytarabine après
rupture temporaire de la barrière hémato-encéphalique dans le
traitement des gliomes malins de l'adulte.
J. Neuroradiology, 1986, 13, 151-162.

24. FLORELL R. C., MAC DONALD D. R., IRISH W. D.

Sélection bias, survival, and brachytherapy for ghoma.
J. Neurosurg., 1992, 76, 179-183.

25. Frère SAMUEL.

Qui cherchait Théophile
Brepols, 1992.

26. GEETS C.

Vérité et mensonge dans la relation au malade.

Hôpital et respect des personnes. Le supplément, n° 184, Cerf, 1993, p. 56-77.

27. GEETS C.

Pour une éthique de la fin de vie.

Hôpital et respect des personnes, le supplément, n° 184, Cerf, 1993, p. 89-96.

28. GELES G. G., GONZALES M. F.

Epidemiology of brain tumors and factors in prognosis.

In: KAYE A. H., LAWS E. R. (eds), Brain Tumors.

Churchill Livingstone, 1995, p. 47-67.

29. GRIEG n. H., RAPOPORT S.

Increasing annual incidence of primary malignant brain tumors in the elderly.

J. National Cancer Institute, 1990, 82, 1621-1624.

30. HRSCH E.

Médecine et éthique. Le devoir d'humanité.

Cerf, Paris, 1990.

31. Histopathologie des tumeurs du système nerveux.

POIRIER J., GRAY F., GHERARDI R., FAVOLINI M. (eds).

Masson, Paris, 1985.

32. HOERNI B.

Paroles et silences du médecin.

Flammarion, Paris, 1985, p. 122.

33. KALLIO M.

The incidence of intracranial gliomas in southern Finland.

Acta Neurol. Scand., 1988, 78, 480-483. ,

34. KELLY NICHOLAS M., PRADOS M. D.

Chemotherapy of brain tumors.

In: KORNBLITH P. L., WALKER M. D. (eds). Advances in neurooncology II. Futura Publishing Company. Inc, 1997.

35. KEYSER A., ONGERBOER DE VISSER B. W., TWIJNSTR A.

Neuro-oncology. Role of the neurologist in management and treatment.

In: TWIJNSTR A., KEYSER A., ONGERBOER DE VISSER

(eds), Neuro-Oncology, Elsevier Science Publishers, 1993, p. 473-477.

36. KRETH F. W., WARNKE P. C., OSTERTAG C. B.

The limited value of cytoreductive surgery in elderly patients with malignant gliomas (letter ; comment).

Neurosurgery, 1994, 35, 344-345.

37. KUBLER-ROSS E.

Les derniers instants de la vie.

Labor et Fides, Genève, 1975.

38. L'accompagnement des mourants - une sélection des principaux textes de

l'Eglise.

Documentation catholique (Hors série), Mai 1996, no 5.

39. LEBLANC F. E., RASMUSSEN T.

Cérébral seizures and brain tumors.

In Vinken P. J., Bruyn G. W. (eds) : Handbook of Clinical Neurology (15). North Holland Publishing Company, 1977, p. 295-301.

40. LECOMTE D.

Réflexion autour de la fin de vie entre hôpital et domicile.

La revue du Praticien, Médecine Générale, octobre et novembre 1995, 15-17.

41. LESSER G. J., GROSSMAN S.

The chemotherapy of high-grade astrocytomas. y

Sem. Oncol., 1994, 21, 220-235.

42. LICHTER I.

Communications.

In : Cancer care. Churchill Livingstone, 1985.

43. MAC DONALD N.

Quality of life in clinical and research palliative medicine.

J. Palliative Care, 1992, 8, 46-51.

44. MAC KILLOP W. J., STEWART W. E., GINSBURG A. D., STEWART S. S.

Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment.

Brit. J. Cancer, 1988, 58, 355-358.

45. MAHER. J., GOODMAN S., JEFFERIS A.

Décision making in the management of advanced cancer of the head and neck. Différences in perspective between doctors and patients : future avenues for research.

Palliative medicine, 1990, 4, 185-189.

46. Management in Neurooncology. HILDEBRAND J. (ed.). Springer-Verlag, 1992.

47. MATRAY B.

Les soins palliatifs : approche éthique.

Laennec, Octobre 1995, 7-10.

48. MICHELETTI E., LA FACE B., FEROLDI P., GALELLI M., BUTTOLO L., STEFINI R., GIRINTA F.

High-dose-rate brachytherapy for poor-prognosis, high-grade glioma (phase II) preliminary results.

TUMORI, 1996, 82: 339-344.

49. Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Ministère chargé de la santé et de la famille.

Soigner et accompagner jusqu'au bout. L'aide aux mourants.

Fascicule spécial n° 86/32 bis.

50. MODAN B., WAGENER D. K., FELDMAN J. J., ROSENBERG H. M., FEINLEIB M.

Increased mortality from brain tumors : a combined outcome of diagnostic technology and change of attitude toward the elderly.
American Journal of Epidemiology, 1992, 135, 1349-1357.

51. Neurooncology.

Primary tumors and neurological complications of cancer.
TWIJNSTR A., KEYSER A., ONGERBOER DE VISSER B. W.
Elsevier, 1993.

52. OBLATES de l'EUCARISTIE.

Un autre goût de la vie. Cinquante ans d'accompagnement de personnes en fin de vie.
Cerf, Paris, 1996.

53. PASTORELLI F.

Servitude et grandeur de la maladie.
Plon, Paris, 1960.

54. PERTUISET B. F., POISSON M.

Le traitement médical des glioblastomes supratentoriels de l'adulte.
Rev. Prat., 1979, 29, 2801-2807.

55. PHILIPPE M. D.

Lettre à un ami.
Itinéraire philosophique, Téqui, Paris, 1978.

56. PHILLIPS G. L., WOLFF S. n., FAY J. W.

Intensive 1,3-bis (2-chloroethyl)-l-nitrosourea (BCNU) monotherapy and autologous marrow transplantation for malignant glioma.
J. Clin., Oncol., 1986, 4, 639-645.

57. Primary tumors of the brain and spinal cord.

CLIFFORD SCHOLD S., BURGER P. C., MENDELSON D. B., GLATSTEIN E. J., MICKEY B. E., MINNA J. D. (eds).
Butterworth-Heinemann, 1997.

58. RAMEIX S.

Fondements philosophiques de l'éthique médicale.
Eclipses, 1996.

59. RAUBER G.

La relation confidentielle médecin-malade : le secret médical
In : Médecin, médecine et société. Introduction à l'éthique médicale.
Brunswic H. et Pierson M. (eds), Nathan, Paris, 1995, p. 21-29.

60. REVILLON L.

Quelques structures de soins palliatifs.
L'aide soignante, 1993, 10, 8-14.

61. RICOEUR P.

Soi-même comme un autre.
Coll. "L'ordre philosophique", Seuil, Paris, 1990.

62. ROBIN COHEN S., MOUNT B. M.
Quality of life in terminal illness defining and measuring subjective well-being in the dying.
Journal of Palliative Care, 1992, 8, 40-45.
63. SALAMAGNE M. H.
Et jusqu'à l'heure de notre mort.
In: BRASSET-VIGNEAU F. (ed.), le défi bioéthique. La médecine entre l'espoir et la crainte. Autrement. Série "mutations" n° 120, Paris, 1991, p. 43-49.
64. SALAMAGNE M. H., IHRSCH E.
Accompagner jusqu'au bout de la vie. Cerf, Paris, 1992.
65. SALCMAN M.
The value of cytoreductive surgery (Review).
Clinical Neurosurgery, 1994, 41, 464-488.
66. SALCMAN M.
Glioblastoma and malignant astrocytoma.
In : KAYE A. H., LAWS E. R. (eds), Brain Tumors, Churchill Livingstone, 1995, p. 449-477.
67. SCHAERER R.
Parler de la mort avec le malade.
Actes du 3^e congrès international d'éthique médicale de l'Ordre des médecins. Conseil National de l'Ordre, 1992, 192-195.
68. SCHAERER R.
La mort peut-elle être annoncée ?
Revue Jalmaiv, juin 1994, n° 37, 38-43.
69. SCHATTNER M.
Souffrance et dignité humaine. Pour une médecine de la personne.
Mame, 1995.
70. SCHOONVAERE A.
L'éthique au quotidien : des questions..., des réponses
In : Soigner et guérir. Le supplément, n° 185, Cerf, 1993, P. 63-74.
71. SCHWARTZENBERG L., VIANSSON-PONTE P.
Changer la mort. Albin Michel, 1977.
72. SEBAG-LANOË R.
Au nom de quoi développer les soins palliatifs ?
Actes du 3^e congrès international d'éthique médicale de l'Ordre des médecins. Conseil National de l'Ordre, 1992, 201-203.
73. SMITH P. W., LEMONS J. G.
The psychological care of the brain tumor patients and family.
In: MORANTZ R. A., WALSH J. W., (eds). Brain Tumors. A comprehensive text, 1994, Marcel Dekker, Inc.
74. SMITH T. J., BODURTHA J. n.

Ethical considerations in oncology. Balancing the interests of patients, oncologists and society.
J. Clin. Oncol., 1995, 13, 2464-2470.

75. TAILLANDIER L.

Etude des facteurs pronostiques cliniques, Radiologiques, anatomo-pathologiques et liés à la cinétique cellulaire des tumeurs astrocytaires sus-tentorielles, primitives de l'adulte. A propos de 119 observations.
Thèse Médecine Nancy 1, 1993.

76. TELLER A. M., VIENNOIS-MARION O., CHALENCON J., DEPRADOS M., KANTE V.

Suivi à domicile des patients atteints d'un cancer.
Objectif soins, 1995, n° 35, 36-39.

77. The Appleton International Conférence.

Developing guidelines for décisions to forgo life-prolonging médical treatment.

J. Med. Ethics, 1992, 18, suppl., 10-12.

78. THEVENOT X.

La bioéthique. Centurion, Paris, 1989.

79. THOMAS R., JAMES N., GUERRERO D., ASHLEY S., GREGOR A., BRADA M.

Hypofractionated radiotherapy as palliative treatment in poor- prognosis patients with high-grade glioma.
Radiotherapy and Oncology, 1994, 33, 113-116.

80. TOLSTOI L.

La mort d'Ivan Ilitch. Nouvelles et récits (1851-1885).
G. B. Flammarion, 1993.

81. TOWNSEND J., FRANK A. O., FERMONT D., DYER S., KARRAN O., WALGROVE A., PIDER M.

Terminal cancer care and a patient's préférence for place of death : a prospective study.

Br. Med. J., 1990, 301, 405-407.

82. TROUILLAS P., MENAUD G., DE THE G.

Etude épidémiologique des tumeurs primitives du neuraxe dans la région Rhône-Alpes.

Rev. Neurol., 1975, 131, 691-708.

83. VANNESSE A.

Ce qu'être malade veut dire.

Hôpital et respect des personnes. Le supplément, n° 184.
Cerf, 1993, p. 21-32.

84. VENTAFRIDDA V.

Les soins palliatifs à domicile.

Actes du 3^e congrès international d'éthique médicale de l'Ordre des médecins. Conseil National de l'Ordre, 1992, 199-200.

85. VERSPIEREN P.
Peut-on refuser simultanément l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie 9
In : Ethique. Vivre la mort médicalisée, 1992/4-1993/1, n' 6-7, 25-30.
86. VOYER G.
Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai Philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne.
Catalyses, Artel-Fides, Québec, 1996.
87. WALKER A. E., ROBINS M., WEINFETLD F. D.
Epidemiology of brain tumors : the national survey of intracranial neoplasms.
Neurology, 1985, 35, 219-226.
88. WALLSTON K. A., BURGER C., SMITH R. A., BAUGHER R. J.
Comparing the quality of death for hospice and non-hospice cancer patients.
Medical care, february 1988, vol. 26, n' 2.
89. WOYKA J.
Hospice at home.
BMJ, 1995, 311, 1687-1688.
90. ZITTOUN R.
Soins palliatifs ou curatifs. Les guides de la décision.
In : Actes du 3^e congrès international d'éthique médicale de l'Ordre des médecins. Conseil National de l'Ordre, 1992, 196-198.