

# C omité de Protection de la Personne

## Point sur la législation et compte rendu d'une participation au titre du Collège II

### 1 Présentation générale et définition

Pour cette partie, je me suis inspiré de deux articles parus dans la Gazette du Palais, numéro spécial du vendredi 22.05.2009 et du samedi 23.05.2009, consacrées aux droits de la santé, recherche sur la personne et évolution juridique.

Le premier article est celui d'Elisabeth Frija Orvoën, présidente de la C.N.C.P.P et du C.P.P Ile de France I, intitulé procédures d'avis des Comités de protection de la personne

L'autre article est d'Olivier Chassani, Président du C.P.P Ile de France IV et responsable du département de la recherche clinique du développement à l'A.P-H.P.

La première Loi encadrant en France la recherche biomédicale dite Loi Huriez Séruczlat du 20.12.1988 a créé les comités consultatifs de protection de la personne dans la recherche biomédicale (C.C.P.P.R.B).

Ces comités avaient pour mission de veiller à la protection des personnes qui acceptaient de participer à une recherche biomédicale, leur avis était consultatif.

Par la directive du Parlement Européen 2001/20/CE et celle du Conseil du 04.04.2001 concernant « Le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives à l'application de bonnes pratiques cliniques dans la conduite d'essais cliniques de médicaments à usage humain », leur avis est devenu obligatoire

Ces directives ont été traduites en droit Français par la Loi du 09.08.2004 et les décrets du 26.04.2006.

Ces textes ont pour dénominateur commun, la recherche clinique sur les médicaments et des dispositifs médicaux.

Cette évolution législative a donc amené à remplacer les C.P.P.R.B par les C.P.P en 2006.

#### Ces C.P.P ont quatre domaines d'intervention

✿ La recherche biomédicale

- La recherche sur les soins courants
- Les collections d'échantillons biologiques
- Le changement de finalité dans la recherche sur les éléments et produits du corps humain

Les avis des C.P.P pour la recherche biomédicale et les soins courants sont déclaratifs, et la recherche ne peut débuter que si l'avis est favorable.

En ce qui concerne les collections et les changements de finalité, l'avis est uniquement consultatif.

En France, il existe 40 C.P.P agréés par le Ministère de la Santé, constitués de quatorze membres titulaires, répartis en deux collèges de sept membres chacun.

Il est nommé autant de suppléants que de titulaires.

**Le premier Collège** est constitué de quatre personnes ayant une qualification et une expérience approfondie en recherche biomédicale dont au moins deux médecins et une personne qualifiée en raison de sa compétence en matière de biostatistiques ou d'épidémiologie.

Il y a ensuite un médecin généraliste, un pharmacien hospitalier et un infirmier.

**Le deuxième Collège** est constitué d'une personne qualifiée à l'égard des questions d'éthique. (Cela peut être notamment un philosophe), d'un psychologue, d'un travailleur social, deux juristes et deux représentants d'associations agréées de malades et d'usagers du système de santé.

Ces associations doivent être reconnues actuellement sur le plan régional d'activité du C.P.P.

La prochaine législation demandera des associations reconnues sur le plan national.

Ces quarante comités sont répartis dans quatre inter-régions  
Il y a onze comités en Ile de France.

Les C.P.P sont des structures indépendantes dont la compétence est inter régionale.

Un projet de recherche ne peut commencer que s'il dispose d'un avis favorable d'un C.P.P et d'une autorisation de l'A.S.S.F.A.P.S.

Le promoteur de l'essai doit faire la demande auprès d'un C.P.P de l'inter région d'exercice de l'instigateur principal ou de l'investigateur coordinateur.

Les quarante C.P.P sont dans une commission nationale (38/40) la C.N.C.P qui doit s'efforcer d'homogénéiser les procédures et les prises de décision des C.P.P. Chaque C.P.P élit un Président, un Vice-président et un Trésorier. Il reçoit une subvention de la D.R.A.S.S qui est financée par les promoteurs.

Il s'agit d'une enveloppe globale à l'année. C'est un système qui vient juste de remplacer la taxation par essai.

Les C.P.P ont un fonctionnement indépendant. Certains disposent de locaux en propre. D'autres sont obligés de louer leurs locaux à la structure qui les héberge. Certains voient leurs secrétariats payés par la structure qui les héberge, souvent un centre de soins. D'autres tiennent plus à leur indépendance et auto financent leurs secrétariats.

Au C.C.P Ile de France IV, nous avons des locaux qui nous sont loués par l'hôpital Saint Louis .

Nous avons notre autonomie au niveau du secrétariat, quelques fois avec bien des difficultés puisque l'année dernière, en attente de la subvention qui devait tomber, nous nous sommes retrouvés en cessation de paiement.

## 2 **Fonctionnement**



Le C.P.P est une structure indépendante. Ses membres sont déclarés à la D.R.A.S.S. Ils sont soumis à une déclaration de conflit d'intérêt et est tenu à la confidentialité sur les documents qui leurs sont remis.

Les dossiers de demande de recherche biomédicale sont donc déposés par le promoteur de l'essai et comprend un certain nombre d'éléments administratifs et d'éléments scientifiques :

- Un courrier de demande
- Un protocole
- Un document d'information et de consentement
- Le curriculum vitae des investigateurs
- Les documents justificatifs de l'adéquation des moyens humains, matériels et techniques au projet de recherche
- L'autorisation du lieu de recherche qui doit être obligatoirement un lieu de soins.

Chaque dossier est étudié plus précisément par deux rapporteurs internes nommés par le président, un de chaque collègue.

Si nécessaire, l'avis d'un expert extérieur est requis. L'expert extérieur envoie son rapport mais ne participe pas à la délibération du C.P.P.

Contrairement aux spécialistes qui peuvent être nommés auprès du Comité en fonction des projets de recherche.

Notamment, lorsqu'il s'agit d'enfants, il doit y avoir obligatoirement un pédiatre ou lorsque la recherche intègre des personnes sous tutelles, doit être présent au Comité un spécialiste ou un représentant d'association de la pathologie concernée. Dans ce cas, le spécialiste participe à la délibération et au vote interne.

Chaque membre dispose pour la discussion du dossier de résumé de protocole, du document additionnel, du document d'information du patient et du formulaire de consentement.

En cas de conflit d'intérêt, le membre ne participe pas à la discussion du dossier concerné.

La décision est collégiale. Elle est prise soit à l'unanimité, soit à la majorité.

Elle peut être de trois ordres, soit un avis favorable, soit une demande d'informations complémentaires et de modifications avec un retour du dossier soit devant un Comité plénier, soit en Comité restreint ou encore un avis défavorable.

Le promoteur de l'essai peut faire appel de la décision si elle lui est défavorable et représenter son projet auprès d'un autre C.P.P.

## 3 Mon expérience



Je suis venu au C.P.P après une demande du service social central de l'AP-HP qui signalait que la D.R.A.S.S recherchait des assistants sociaux pour siéger dans ces comités.

Après accord de mon chef de service, Madame Marie Ange Cailleaux et avis favorable de responsable de l'Unité où je travaille, le docteur Nicole Delépine, j'ai posé candidature et été nommé au Comité d'Ile de France IV dont le siège est à l'hôpital Saint Louis.

Il semble que ce soit un comité un peu atypique dans sa composition et dans sa pratique.

Dans sa composition, il est atypique de part son Président, Monsieur Olivier Chassani qui est aussi responsable du département de recherches cliniques de l'AP-HP.

Il s'agit du plus grand moteur institutionnel de France.

Monsieur Chassani a bien entendu déclaré son conflit d'intérêt. Lorsqu'il y a des projets de recherche qui viennent de l'AP-HP, il ne participe dont ni à la discussion ni au vote.

Il apporte en général, un éclairage au Comité par rapport aux difficultés des promoteurs et des incohérences de la Loi et des prises de décision contraires d'un Comité à l'autre.

Il montre que l'on peut être à la fois promoteur d'un essai et soucieux d'éthique.

Les autres membres du Comité sont généralement en place depuis quelques années et il y a différents spécialistes, notamment un spécialiste en ce qui concerne les équipements médicaux.

Ce Comité est également un peu atypique dans son fonctionnement, à savoir qu'il est ouvert à des discussions et à la présentation des dossiers par les promoteurs ou les investigateurs eux-mêmes.

Ces échanges sont souvent intéressants et permettent quelques fois d'éviter des incompréhensions de détail et d'éclaircir des points qui auraient autrement entraîné un rejet ou un retard dans la recherche.

D'une manière générale, l'accueil dans le Comité est chaleureux mais sans formation spécifique.

Nous sommes plutôt formés sur le tas au grès des séances. Un certain nombre de définition et de notions sont réputées acquises sans que cela soit toujours le cas, tout au moins en ce qui me concerne.

Notamment, j'ai assez longtemps mélangé les essais de phase I, les essais de phase II et les essais de phase III.

J'étais plus au clair avec la randomisation mais c'est par l'étude directe des dossiers et par les discussions que l'on acquiert son expérience.

L'étude des dossiers est facilitée par un document qui reprend les points devant figurer obligatoirement dans la note d'information et dans le consentement.

Le partage du travail se fait, en ce qui concerne la partie médicale c'est plutôt un membre du Collège I qui valide la démarche scientifique. Le membre du Collège II étudie plus tout ce qui est administratif et garantie de la personne.

Chaque rapporteur a accès à l'ensemble du dossier et doit émettre un avis sur le rapport bénéfices risques pour le patient dans l'étude.

Le rapporteur du Collège II doit avoir une lecture éthique et non scientifique du dossier.

Dans la note d'information et dans le consentement, doivent obligatoirement figurer :

- Le titre de l'étude
- L'identité de l'investigateur et du promoteur
- Les explications sur les objectifs de l'étude
- Une description de déroulement de cette étude
- La durée de l'étude
- Les bénéfices à attendre pour le sujet ou pour la société
- Les contraintes
- Les risques prévisibles
- Les indications du traitement alternatif
- Le cas échéant, des explications à prendre en cas de grossesse
- Il doit être indiqué le droit de retirer son consentement à tout moment
- S'il y a création de fichier, celui-ci doit être indiqué et conforme à la Loi informatique et liberté Déclaration à la CNIL
- Les personnes à contacter en cas de problèmes
- Avoir un accès aux résultats globaux de l'étude et les moyens de les obtenir
- La filiation à la Sécurité Sociale
- Le cas échéant, l'interdiction de participer à une autre étude pendant le temps de la recherche
- Les indemnités pour les personnes participant à la recherche, pas pour les indemnités pour les investigateurs ;
- Les examens médicaux préalables
- Les contacts avec le médecin traitant
- Les collections biologiques
- Les modalités de prises en charge prévues en fin de recherche, si une telle prise en charge reste nécessaire
- Les documents doivent être en français, clairs et compréhensibles
- Il doit y avoir mention de l'assurance souscrite par le promoteur qui est obligatoire par essai
- L'option de l'intégralité des frais via l'étude qui doivent être pris en charge par le promoteur

### **Les dispositions légales dans les cas particuliers en ce qui concerne les mineurs ou majeurs sous tutelle**

- Les situations d'urgence

- Le majeur hors d'état d'exprimer son consentement
- Le majeur sous curatelle ou les personnes faisant objet d'une mesure de sauvegarde de justice

En ce qui concerne les mineurs, l'autorisation des deux titulaires de l'exercice de l'autorité parentale est demandée. Dans certains cas, l'autorisation d'un seul titulaire est possible

Les mineurs non émancipés, les majeurs protégés ou les majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement et qui ne font pas l'objet d'une protection juridique reçoivent l'information adaptée à leur capacité de compréhension. Ils sont consultés dans la mesure où leur état le permet. Leur adhésion personnelle en vue de participer à la recherche biomédicale est recherchée. En toute hypothèse, il ne peut être passé outre à leur refus ou à la révocation de leur acceptation.

Le code de la Santé Publique en cas de processus d'information et de consentement pour la participation d'un mineur dans un protocole de recherche biomédicale (Art L1122-2).

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent si les quatre conditions suivantes sont remplies :

- La recherche ne comporte que des risques et contraintes négligeables
- La recherche n'a aucune influence sur la prise en charge du mineur qui s'y prête
- La recherche est réalisée à l'occasion d'actes de soins, l'autre titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ne peut donner son autorisation dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propre à la réalisation de la recherche au regard de ses finalités

S'il n'est pas avéré que ces quatre propositions soient réunies, on en peut se contenter de la signature d'un seul des deux détenteurs de l'autorité parentale. Le rapporteur doit inscrire ses commentaires et conclusions par rapport à la note d'information et du consentement et écrire un rapport bénéfices/risques et ensuite donner son avis favorable ou sous réserve, favorable avec réserves, questions complémentaires ou encore avis défavorable. Le rapport doit être signé

Cette grille d'analyse est une trame qui a été élaborée au fil du temps et de la réflexion.

Elle fait partie des moyens d'homogénéisation, des prises de décision et est actée par la C.N.P.P.

## 4 Deux exemples de dossier

J'ai été nommé rapporteur interne sur un essai de médicament dans le cadre d'une maladie intestinale.

### Premier exemple

J'avais conclu à un rapport bénéfices/risques favorable. Il s'agissait d'un dosage différent d'un même médicament afin d'en diminuer les effets secondaires (diarrhée) et de la comparaison de l'efficacité des deux dosages.

La durée de l'étude, les contre visites de contrôle suffisantes, les sorties de protocole si l'effet est insuffisant prévues, j'avais donc conclu à un avis favorable.

Grâce aux informations de notre Vice-présidente, il est apparu en fait que ce médicament n'était plus utilisé car d'autres étaient aussi efficaces sans aucun effets secondaires et que cet essai visait semble-t-il uniquement à remettre en selle ce médicament obsolète sous une nouvelle forme.

L'essai a donc été renvoyé en Comité plénier avec demande de justificatif de la recherche excluant les médicaments connus comme plus efficaces et avec des effets secondaires moindres.

### **Deuxième exemple**

L'autre essai était une demande de modification de consentement pour une recherche sur les mineurs.

Il s'agissait d'un prélèvement supplémentaire dans un examen fait dans le cadre de la prise en charge usuelle de la maladie. L'investigateur faisait part des difficultés qu'il avait à réunir le consentement des deux parents simultanément.

Il souhaitait donc pouvoir faire le geste avec le consentement d'un seul parent, quitte à recueillir ensuite le consentement du deuxième parent.

Cette demande va dans le sens de la nouvelle Loi à l'étude, la Loi Jarrier qui prévoit ce type de figure pour les recherches à risques minimales.

Devançant la Loi, une grande partie du Comité semblait prêt à accepter cette demande.

Nous avons argumenté avec une infirmière en nous appuyant sur la directive de la commission en pédiatrie de la C.N.P.P qui refuse aussi l'évolution actuelle de la Loi.

La notion de recherches à risques minimales est particulièrement incertaine en ce qui concerne l'enfant et l'accord pour une recherche biomédicale ne peut être assimilée à un exercice courant de l'autorité parentale.

Le comité a donc refusé cette demande et il m'a été confirmé par la C.N.P.P que cette proposition d'évolution législative serait convaincue lors des audiences qui auraient lieu avec le rapporteur au Sénat puisque la Loi Jarrier est à l'étude au niveau du Sénat actuellement.

## **5 Quelques pistes de réflexion**

J'ai été frappé dans ces différentes sessions de principe et énoncées avec autorité :

Nous sommes au temps de la médecine des preuves.



La recherche biomédicale est une priorité nationale (inscrit dans la nouvelle Loi à l'étude).

Les essais thérapeutiques sont à l'origine de nombreux progrès médicaux.

La statistique règne sans partage comme élément de preuve et de comparaison.

La randomisation est bien souvent un mal nécessaire.

Les risques, pour une personne participant à une étude biomédicale sont non nuls mais doivent être pris au nom des résultats de la recherche

Ils sont bien sur minimisés et encadrés au maximum

Je pense que c'est l'état d'esprit ambiant à l'intérieur des C.P.P mais cela ne retire en rien la pugnacité des membres pour essayer au mieux de minimiser et d'éviter les risques et la plupart des dossiers étudiés ne sont pas acceptés d'emblée mais renvoyés avec des demandes de précisions ou de modifications nombreuses.

**Le code de Nuremberg de 1947 est considéré comme la base de toutes les initiations sur l'expérimentation médicale.**

Il décline dix principes :

- 1) Le consentement volontaire du sujet est absolument essentiel
- 2) L'expérience doit avoir des résultats pratiques pour le bien de la société,

impossible à obtenir par d'autres moyens. Elle ne doit pas être pratiquée au hasard et dans nécessité

- 3) Les fondements de l'expérience doivent résider dans les résultats d'expériences antérieures faites sur des animaux
- 4) L'expérience doit être pratiquée de façon à éviter toutes souffrances et tous dommages physiques ou mentaux non nécessaires
- 5) L'expérience ne doit pas être tentée lorsqu'il y a raison, a priori, de croire qu'elle entraînera la mort ou l'invalidité du sujet à l'exception des cas où les médecins qui font les recherches servent eux-mêmes de sujets à l'expérience
- 6) Les risques encourus ne doivent jamais excéder l'importance humanitaire du problème que doit résoudre l'expérience choisie
- 7) On doit faire en sorte d'écartier du sujet expérimental, toute éventualité si mince soit-elle susceptible de provoquer des blessures, l'invalidité ou la mort
- 8) Les expériences ne doivent être pratiquées que par des personnes qualifiées
- 9) Le sujet humain doit être libre pendant l'expérience, de faire interrompre l'expérience s'il estime avoir atteint le seuil de résistance mentale ou physique au-delà de laquelle il ne peut aller
- 10) Le scientifique chargé de l'expérience doit être prêt à interrompre à tous moments, s'il a un raison de le croire, que sa continuation pourra entraîner des blessures, l'invalidité ou la mort du sujet expérimenté

Ces dix principes aboutissent à la création d'un code international de l'éthique médical.

La déclaration d'Helsinki en 1964 qui a été révisée à Tokyo en 1975 instaure entre les années 1960 et 1970 en France, le modèle dit **Romano Gallican** (Cf colloque du 04.09.2008 et 05.09.2008, professeur P. Jaillon).

### **Ce modèle est caractérisé par les points suivants :**

- ☀ C'est un médecin expert qui décide seul d'entreprendre une recherche médicale.
- ☀ L'expert décide seul de l'information qu'il donne ou pas au patient.
- ☀ Les études ne concernent que les patients.
- ☀ Les études ne se déroulent à l'hôpital public dont l'administration n'est pas informée.
- ☀ L'essai clinique en double insu est- inavouable car cela élimine le rôle du médecin dans le choix forcément individuel de la thérapeutique ?
- ☀ Le code de déontologie médicale article 18 stipule que l'emploi sur le malade d'une thérapeutique nouvelle est interdite sauf si cette thérapeutique peut présenter pour la personne un intérêt direct.

Il existe notamment, donc une liste de médecins experts habilités par le Ministère de la Santé, à effectuer dans leurs spécialités, les expérimentations préalables à la commercialisation du médicament.

La législation va ensuite évoluer en grande partie sous la pression des pharmacologues par rapport à l'expérimentation sur le sujet sain dans la mise sur le marché des nouveaux médicaments.

L'encadrement des essais cliniques (arrêté du 16.12.1975) abouti à une contradiction soulevée par le Conseil d'Etat en février 1976 qui stipule que l'expérimentation sur des sujets sains de produits qui ne sont destinés à ne leur procurer aucun avantage est un manquement à la règle énoncée à l'article 2 du code de déontologie médicale.

Cette contradiction va amener un nouveau développement de la législation qui aboutira, avec la mobilisation des pharmacologues, à la Loi dite Huriez en 1988.

Cette Loi présente donc un nouveau modèle dit **Calvino Puritain** (C.N.C.P, colloque du 4 septembre 2008, professeur P. Jaillon) qui peut être définie par les points suivants :

- Le médecin investigateur propose un contrat aux patients ou sujets sains pour participer à une recherche
- Le promoteur contracte une assurance dommages
- Le protocole est soumis à l'avis d'un comité indépendant
- Les personnes consentent et signent après information
- Le directeur de l'hôpital est informé et facture les surcoûts
- Le pharmacien de l'hôpital détient les médicaments
- Les volontaires sains sont indemnisés

Ces règles sous entendent donc la création d'un comité indépendant qui va étudier les protocoles c'est la création des C.P.P dans je vous ai parlé précédemment.

L'évolution législative a évidemment continué, notamment avec un rapprochement des législations européennes définies par la directive du Parlement Européen et du Conseil du 4 avril 2001 qui a été traduite en droit français en août 2004, définissant dans la recherche clinique, la recherche interventionnelle, la recherche non interventionnelle, définissant les collections biologiques et les collections de données.

Actuellement, une nouvelle proposition de Loi simplificatrice est à l'étude au niveau du Sénat. Elle a déjà été adoptée au mois de janvier 2008 en première lecture à l'Assemblée Nationale.

Cette Loi dite Loi Jarier du nom de son rapporteur, est d'origine parlementaire. Il s'agit d'ailleurs de la première Loi parlementaire qui passe à l'étude, ce qui signifie soit que les parlementaires sont particulièrement sensibles à la recherche biomédicale ou qu'ils sont particulièrement sollicités pour travailler sur ce thème.

La Loi Jarier dans son premier article définit la recherche biomédicale comme une recherche sur la personne et en fait une priorité nationale.

Pour faire court, la Loi Jarier repose sur trois grands principes :

**Elle intègre l'ensemble de la recherche clinique sur l'homme et en définit trois types :**

- 1) La recherche interventionnelle ou sur le plan législatif rien ne change

- 2) Les recherches interventionnelles à risque ou contraintes négligeables (ancienne recherche sur les soins courants qui demeurent actuellement hors médicaments, qui se voit simplifiée par la suppression de la nécessité d'avoir une assurance, l'autorisation de l'A.S.F.A.P.S et le passage devant un comité C.R.I.R.S.
- 3) La recherche non interventionnelle qui est donc observationnelle où le consentement du patient n'est plus nécessaire puisque son information suffit et qu'elle n'a donc plus besoin d'assurance, ni d'autorisation de l'A.S.F.A.P.S ni du passage devant le C.T.T.I.R.S (Comité Consultatif pour le Traitement de l'Information en matière de Recherches dans le domaine de la Santé)

Toutes les recherches se font sous la responsabilité d'un promoteur.  
Le Comité de protection de la personne est au centre du dispositif puisque son avis est obligatoire pour toutes ces recherches.

Je pense vous avoir montré que dans cette évolution, le souci a été à la fois de préserver l'essentiel des principes du code de Nuremberg et d'Helsinki mais de sécuriser aussi la pratique des essais médicaux pour les expérimentateurs et les promoteurs.

Actuellement, la législation évolue aussi afin de permettre une meilleure lisibilité pour les chercheurs français qui veulent publier leurs résultats au niveau national et international.

En effet, les grandes revues scientifiques exigent toutes le passage par un comité d'éthique au niveau des recherches et je pense que les C.P.P vont devenir ces comités d'éthique.

Le système a bien évidemment ses failles et ses limites.  
Je crois que les C.P.P ont encore beaucoup à travailler sur le contrôle des protocoles, notamment lorsqu'il y a création de bras différents.

Je pense que dans les notes d'informations aux patients, doit être indiqué, au même titre que l'assurance du promoteur ou que l'appartenance à la Sécurité Sociale pour le patient, les moyens qui sont mis en œuvre pour éviter la continuation de l'expérience en cas d'écart significatif entre deux bras après un temps donné de l'expérience.

Il est important aussi de vérifier, car cela est l'ultime garantie, que ces études sur la personne sont bien déclarées, c'est maintenant obligatoire et se battent pour que les résultats soient également publiés qu'ils soient positifs ou négatifs par rapport à la recherche concernée.

Ce dernier point soulève bien des problèmes et, à ma connaissance, n'est absolument pas reconnu actuellement.

Dans son intervention devant la C.N.C.P en septembre 2008, le professeur Jaillon concluait que pour faire une Loi en bioéthique, il faut des politiques mais lorsque les politiques hésitent, il faut des professionnels pour les stimuler.

Je pense à mon tour que pour encadrer ces recherches, il faut des patients, des représentants de patients et des professionnels pour les surveiller, les contrôler et les analyser.

Au niveau du C.C.P.P dans un premier temps, je m'efforcerais de faire apparaître en clair dans la note d'information aux patients, les dispositifs prévus pour stopper la recherche en cas de différence significative entre différents bras.

Cela pourrait être un contre poids à l'inertie qu'il y a à arrêter un essai en donnant aux patients le moyen d'en parler avec le médecin ou d'interroger le coordonnateur pour savoir ou en est l'étude sur ce plan.

Je pense qu'à terme, il faudra que les C.P.P s'intéressent aux problèmes de la rémunération des médecins investigateurs.

Ce problème reste délicat. Le rapport à l'argent en France étant un sujet tabou, aussi bien dans les recherches biomédicales que sur d'autres points.