

BULLETIN ÉDITÉ PAR LE COMITÉ ÉTHIQUE ET CANCER

TRIBUNE

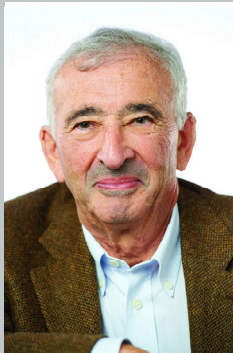
Les rapports de la science et de l'éthique sont-ils conflictuels ?

AVIS N° 30

Devoir de soins et
disponibilité des moyens :
problème de la transfusion
sanguine



Albert Hirsch
professeur de pneumologie et membre
du Comité éthique et cancer



DR

T abac : exemple caricatural d'une tension éthique

Première cause de mortalité prématurée évitable, l'usage du tabac a causé la mort de 78 000 personnes en 2010 dont la moitié survient avant l'âge de 60 ans. C'est aussi un facteur majeur d'inégalités tant sociales que de santé. Il est significatif de noter que la prévalence du tabagisme chez les chômeurs est de près de 50 % contre 30 % chez ceux qui ont un emploi.

Au plan national, le coût économique du tabac, estimé à près de 20 milliards d'euros pour les dépenses de soins et à près de 50 milliards d'euros si l'on inclut les coûts indirects, est très inférieur aux taxes et à la TVA que l'État tire de la vente de ce produit, de l'ordre de 14 milliards d'euros.

Témoignant de ses intentions à endiguer le fléau du tabagisme, le parlement français a ratifié la CCLAT (convention-cadre pour la lutte antitabac) en 2004, premier traité négocié sous les auspices de l'OMS. Elle comporte en son sein l'ensemble des dispositions réglementaires ayant permis aux pays qui l'appliquent de ramener la prévalence du tabagisme entre 10 % et 20 %, alors que celle-ci plafonne encore en 2014 à 34 % en France, et de réduire de manière significative la mortalité et la morbidité liées à son usage.

Alors comment expliquer ce retard dans un pays qui a multiplié les lois et les dispositions réglementaires (la loi Veil de 1976, la loi Evin de 1991, le décret Bertrand de 2006) mais aussi les trois Plans cancer, et dont les campagnes d'information dans les grands médias ont englouti des sommes considérables ?

Les raisons sont multiples. Certaines sont liées à l'inculture des professionnels de santé, en premier lieu des médecins, concernant la santé de la population au profit de l'attention qu'ils portent à l'individu malade. D'autres relèvent de la disproportion des moyens dont dispose une industrie puissante, organisée et sans scrupule, en regard du budget du ministère de la Santé. Enfin, joue le contexte d'un produit ayant la double propriété d'être puissamment addictif auprès de ses consommateurs et de rendre l'État dépendant des milliards d'euros qu'il tire du produit des taxes du commerce du tabac. Mais la raison majeure reste l'absence d'une politique associant l'ensemble des dispositions efficaces sur des décennies, seule susceptible de protéger la santé des Français d'un poison mortel consommé par plus d'un tiers de la population adulte.

La lutte contre le tabac fournit ainsi un exemple caricatural de la mise en tension éthique d'intérêts divergents, au détriment de la vie de dizaines de milliers de personnes. ●

SOMMAIRE

P. 4 ENTRETIEN

• SYLVIANE RATTE

“ Tabac : l'État est-il complice des cigarettiers ? ”



POURQUOI ET COMMENT SAISIR LE COMITÉ

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.



P. 8 TRIBUNE

• Les rapports de la science et de l'éthique sont-ils conflictuels ?

P. 12 AVIS

• Devoir de soins et disponibilité des moyens : problèmes de la transfusion sanguine



SUR LE SITE

www.ethique-cancer.net

PAR COURRIEL :

ethique@ligue-cancer.net

14 rue Conisart 75013 Paris tél. : 01 53 55 25 08

courriel : ethique@ligue-cancer.net

www.ethique-cancer.net

directeurs de la publication :

Axel Kahn et Jacqueline Godet

directeur de la rédaction : Christophe Leroux

rédacteur en chef : Laurent Pointier

rédacteur des avis : Franck Fontenay

design graphique : Jean-Pierre Renard

impression : Printcorp - 6 boulevard Clémenceau

BP 06 - 22099 Saint-Brieuc Cedex 09

Ce numéro a été tiré à 10 000 exemplaires

ISSN N° : 2258-1790

Photo de couverture :

Sébastien Salom-Gomis



pour la vie

ABONNEMENT GRATUIT

au bulletin Éthique et Cancer sur
www.ethique-cancer.net

T abac : l'État est-il complice des cigarettiers ?

ENTRETIEN

• Sylviane Ratte,
consultante en santé
publique indépendante
(Control 4 Health)



Les partisans de l'interdiction du tabac admettent qu'une telle mesure remettrait en cause quelques emplois, que cela encouragerait pour un temps le marché noir et nécessiterait quelques dépenses pour « désintoxiquer » les fumeurs. En tout état de cause, le consommateur est averti des dangers de sa consommation et celle-ci peut-être néanmoins librement consentie. Mais ne faudrait-il pas, avant d'envisager d'interdire la consommation de tabac aux individus, se demander ce qui encourage un État à faciliter la mise en vente d'un poison connu pour sa dangerosité et qui coûte aussi cher à la collectivité ?

Éthique & Cancer : *Peut-on moralement interdire à un individu de fumer sachant qu'il est aujourd'hui averti de la dangerosité de sa consommation ?*

Sylviane Ratte : Éthiquement non. L'interdiction pure et dure conduirait à une situation identique à celle des drogues illicites, notamment le recours au trafic pour s'approvisionner et l'existence d'un marché hors de contrôle. Si l'objectif est de soigner les gens et de les aider, l'interdiction ne modifiera en rien les comportements individuels. Cette question de l'interdiction a fait l'objet de débats lors des négociations de la convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹, les pays ont tranché. La CCLAT vise à la réduction de l'offre et de la demande, notamment en augmentant

le prix du tabac, en interdisant toute publicité, en avertissant de sa dangerosité, en s'opposant à ce que les fabricants utilisent le paquet comme outil de marketing et en protégeant les populations de l'exposition à la fumée du tabac. Ces mesures participent à la dénormalisation de la consommation du tabac et s'adresse à l'ensemble de la population. La CCLAT prévoit qu'elles doivent nécessairement être accompagnées d'une

¹Adoptée en mai 2003 par les pays membres de l'OMS et ratifiée en octobre 2004 par la France, la CCLAT constitue le premier traité international destiné à endiguer le fléau du tabagisme. Elle est fondée sur des preuves scientifiques et réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Elle réunit l'ensemble des mesures dont l'efficacité a été avérée pour réduire la consommation.

Aujourd'hui, la CCLAT a été ratifiée par 180 pays à travers le monde. Elle constitue de loin le traité international ratifié par le plus grand nombre, adopté et mis en œuvre dans les délais les plus rapides soulignant combien il répond à un besoin urgent des pays.

Ce traité se caractérise par la nécessité pour les pays de se préserver de l'ingérence de l'industrie du tabac dans la définition et la mise en œuvre des politiques de lutte contre le tabagisme.

prise en charge de la dépendance tabagique à l'échelle individuelle et d'une sensibilisation des consommateurs de tabac et de l'ensemble de la société par des campagnes fortes et régulières reprises dans les médias, dont les leaders d'opinion doivent se faire l'écho tout comme les professionnels de santé.

É & C : *Dit autrement, dissuader le consommateur de fumer n'est-il pas liberticide ?*

S. R. : Dissuader, je ne pense pas que cela soit liberticide. Au-delà des conséquences sanitaires, le piège tendu par l'industrie du tabac est de faire entrer les individus dans une addiction et cela au moment où ils sont les plus vulnérables, à l'adolescence. Même si l'opinion publique prend progressivement conscience

qu'il s'agit aussi d'une drogue dont il est difficile de sortir, le tabac reste dans la conscience collective une drogue sociale, aisément accessible, normée et qui n'effraie pas ou peu quand on est jeune parce qu'elle ne modifie pas le comportement. Et pourtant la dépendance à la nicotine est comparable à celle de l'héroïne ou de la cocaïne. La dissuasion peut aussi passer par des alternatives comme la cigarette électronique.

É & C : *Justement quel est votre avis sur la cigarette électronique ?*

S. R. : Sa mise en vente libre revient à accepter que certaines personnes veulent fumer, qu'elles ont besoin de nicotine et ne veulent pas la prendre sous forme de médicament. Le vrai débat de société qui entoure l'utilisation de la cigarette électronique consiste à savoir si l'on accepte qu'il y ait des gens qui soient dépendants donc drogués mais qui, en l'état des connaissances actuelles se fassent moins de mal. Une partie du monde de la santé y est fermement opposée pensant que toute drogue doit être éliminée, y compris la cigarette électronique. En attendant, rien n'est fait contre le tabac tandis que la cigarette électronique est pointée du doigt alors qu'elle n'a vraisemblablement pas autant d'incidences sur la santé. Cela reste à confirmer et toutes les précautions doivent être prises. Certes, il faut être vigilant, il ne faut pas écarter un éventuel problème sanitaire d'où la nécessité de respecter le principe de précaution. Mais pour certaines catégories de personnes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas s'arrêter d'inhaler de la nicotine, comme les schizophrènes, le patch ou le champix ne sont pas suffisants au regard des doses initiales qu'ils consomment, et éthiquement il n'est pas possible de

leur en administrer davantage parce que cela les maintiendrait dans la dépendance. On fait donc face à un vrai dilemme : est-ce que la société doit autoriser pour ces personnes l'accès à la nicotine sous une forme qui, semble-t-il, est moins toxique pour la santé ou parvenir à les contraindre d'arrêter de fumer par tous les moyens ? Concrètement, pour infléchir la prévalence du tabagisme, il faut une volonté étatique et une population réceptive. Le problème en France est aussi culturel, la population est moins réceptive parce que justement elle verrait dans les velléités de l'État une atteinte aux libertés fondamentales.

É & C : *Selon vous, les hausses successives du prix du tabac modifient-elles réellement le nombre et l'attitude des fumeurs ?*

S. R. : Pour qu'il y ait un véritable impact sur la consommation, il faut que chaque augmentation soit d'au moins 10 % dans les pays les plus riches comme le nôtre, ce qui équivaut à 4 % de réduction de la consommation. Certains parviendront à arrêter de fumer. Certes, parmi ceux-ci, une proportion rechutera, cependant, ils se seront inscrits dans un cycle d'arrêt du tabac. Jusqu'à présent le gouvernement a augmenté le prix du tabac mais de façon minime et sans véritable pédagogie pour faire comprendre la politique fiscale et accompagner les fumeurs à sortir de leur addiction. Les conséquences sont donc peu perceptibles. Il ne faut pas être dupe, ces hausses diffuses du prix du tabac qui n'ont aucun impact sur la consommation résultent d'une entente entre les buralistes, les industriels du tabac et l'État. Malheureusement, c'est un mauvais calcul tant pour la santé publique que pour l'économie.

É & C : *Vous soulignez le manque de volonté des politiques. Peut-on affirmer que la préservation de certains impératifs budgétaires est en cause ?*

S. R. : Oui, ces impératifs budgétaires expliquent le manque de volonté des politiques mais ne le justifient pas ! Les politiques prétendent que l'augmentation du prix du tabac va faire perdre des recettes, ce qui est totalement faux. Les simulations qui sont des projections très réalistes sur les conséquences de l'augmentation du prix du tabac viennent contredire les argumentations de l'État. L'augmentation des taxes sera absorbée par les fumeurs qui poursuivront leur consommation et viendra sans aucun doute compenser le nombre de fumeurs qui ira en se réduisant. Ce n'est seulement qu'à long terme, lorsque la prévalence du nombre de fumeurs atteindra un certain seuil, que le tabac ne dégagera plus de recettes. C'est loin d'être le cas aujourd'hui. En définitive, les mesures de hausse du prix du tabac sont ajustées économiquement au plus près afin de continuer à dégager des recettes pour satisfaire la corporation des buralistes et les cigarettiers

É & C : *L'État n'est donc pas une victime accommodante des industries cigarettières ?*

S. R. : L'État n'est en aucune façon victime des industries cigarettières ! En revanche, complice, oui ! Sa duplicité est alimentée par sa vision trop simpliste de la situation où l'économique, le social et le sanitaire sont volontairement trop scindés. On peut également reprocher aux personnes en charge de ce dossier de n'avoir pas été suffisamment formées pour justement appréhender les enjeux du tabac dans une

T tabac : l'État est-il complice des cigarettiers ?

6

● ● ● ● ● approche globale. Beaucoup de pays ont su mettre autour d'une même table les différents ministères impliqués (budget, commerce, santé) et en ont tiré les conséquences, à savoir qu'ils n'ont aucun intérêt à soutenir l'industrie du tabac car économiquement c'est suicidaire. Prenez le cas des buralistes que les pouvoirs publics soutiennent à grands coups de subventions mais n'aident pas à se reconverter rapidement alors que ce modèle économique est en passe d'être dépassé puisque nous sommes dans une logique de baisse du nombre de fumeurs. Certes, ce commerce demeure encore aujourd'hui lucratif pour certains mais pour combien de temps encore ? Une solution concrète qui a été écartée d'un revers de la main aurait été de proposer à ces buralistes une rémunération qui ne soit pas liée à leur vente. Il est donc urgent de penser à des alternatives parce qu'une partie des secteurs de l'économie du tabac est à bout de souffle.

É & C : *Le coût social du tabac pour la collectivité, estimé en 2006 à 47,7 milliards d'euros², vient totalement contester l'idée reçue que le tabac serait source de richesse ? Peut-on donc affirmer que le tabac coûte cher à l'État ?*

S. R. : Quand on fait le calcul vérifiable, à savoir le coût social du tabac déduit des recettes fiscales, le résultat est effroyablement déficitaire. Schématiquement, dans tous les pays, même avec des

recettes élevées issues de la vente du tabac, les dépenses en santé, les coûts des assurances, les campagnes de prévention et les pertes de revenus et de production pour les entreprises sont tels qu'il est absolument mensonger de prétendre que la vente du tabac rapporte à l'État. Sans reprendre l'évaluation de 2006 chiffrant le coût social du tabac à 47,7 milliards d'euros, ce qui est incontestable^{3,4} c'est que la France dégage 11 à 13 milliards d'euros de recettes et 18 milliards de frais de santé, soit un déficit de 5 à 7 milliards d'euros pour l'État. Ces chiffres doivent plaider en faveur d'une augmentation des taxes sur un produit aussi dangereux pour la société, pas seulement pour dégager des revenus mais surtout pour en réduire la consommation et donc pour aider les fumeurs. En somme, il faut une politique fiscale qui serve des objectifs de santé.

É & C : *Dans ces conditions, devrait-on indexer le prix du tabac en fonction de son coût social pour la collectivité ?*

S.R. : Ce serait en effet une mesure intelligente mais est-ce que cela aurait l'effet escompté en termes de réduction de consommation du

tabac ? À part les deux hausses fiscales successives importantes à la suite du premier Plan cancer qui ont eu un réel impact, nous ne disposons pas d'études prospectives sur l'impact qu'aurait une augmentation drastique du prix du tabac. C'est pourquoi une augmentation régulière du prix du tabac de 10 % en 10 % me semble être la voie la plus impactante.

É & C : *Éthiquement, l'État peut-il continuer à autoriser la mise en vente d'un poison reconnu ?*

S. R. : C'est un débat qui a été tranché pendant les négociations de la CCLAT. Certains pays s'étaient positionnés en faveur d'une interdiction pure et dure du tabac. C'est cependant critiquable et moralement discutable parce que nous avons en France près de 11 millions de fumeurs potentiellement très dépendants. Une interdiction soudaine pousserait les fumeurs à aller s'approvisionner auprès de réseaux mafieux. L'interdiction n'est pas un gage de succès, les drogues illicites le montrent bien. Cela pose un véritable problème éthique pour le gouvernement : peut-on laisser sur le marché un tel produit dont on connaît la dangerosité sans pour autant l'interdire ? Si l'État met en œuvre toutes les mesures de la CCLAT, il répondra à cette question en aidant les fumeurs à s'arrêter.

É & C : *L'État peut-il être moralement et politiquement tenu responsable des 78 000 décès annuels liés au tabac⁵, sachant qu'il subventionne les buralistes, qu'il entretient des relations complices avec les cigarettiers et qu'il a détenu la SEITA ?*

² Pierre Kopp, Philippe Fenoglio, *Le coût social des drogues, les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2005, consultable sur www.ofdt.fr

³ C'est le chiffre qui figure dans le rapport Bur et dans le rapport de la Cour des comptes. Le rapport « Propositions pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac » de 2012 est consultable sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Y_Bur_nouvelle_politique_de_lutte_contre_le_tabac.pdf

⁴ Le rapport d'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme de la Cour des comptes de 2012 est consultable sur www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme

⁵ Laureen Ribassin-Majed, Catherine Hill, « Trends in tobacco-attributable mortality in France », in *The European Journal of Public Health*, publication en ligne avancée du 9 mai 2015. Résumé disponible en ligne sur : <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/e/ary/2015/05/09/eurpub.ckv0786>

S. R. : S'il y avait une action commune en justice engagée par des fumeurs malades et/ou dépendants, l'État serait en difficulté. On peut dire aujourd'hui que par les mesures prises dans le cadre de la loi de santé publique et du plan national de réduction du tabagisme (PNRT)⁶, le gouvernement fait des efforts et sa position sur le paquet neutre est exemplaire. Mais nous sommes loin, très loin de mettre en œuvre en France l'ensemble de la convention-cadre et les moyens nécessaires à son application. La Cour des comptes a fait un excellent rapport, pourtant, en l'absence d'une politique fiscale soutenue, d'une véritable coordination interministérielle, d'évaluations régulières de mise en œuvre et de renforcement des contrôles, la politique du gouvernement se contentera de résultats limités. Force est de constater que l'État est encore hésitant pour placer la lutte contre le tabac comme une priorité de santé. Il aurait ainsi dû mettre rapidement en place les mesures qui figurent dans la CCLAT, à savoir les mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac mais aussi les mesures autres que financières, parmi lesquelles : la protection contre l'exposition à la fumée du tabac ; l'éducation, la communication, la formation et la sensibilisation du public ; et les mesures visant à réduire la dépendance à l'égard du tabac et l'accès au sevrage tabagique. Onze ans après, nous sommes loin du compte. Si le gouvernement ne s'empare pas rapidement de cette question, il y aura des associations représentatives qui contesteront l'inaction de l'État. Aujourd'hui, il existe le Plan national de réduction du tabagisme mais celui-ci n'est hélas pas doté de moyens. On peut également regretter l'absence de retours de la part du ministère de l'Intérieur sur l'interdic-

tion de fumer dans les lieux publics et son application. En revanche, l'approbation par les députés français de l'introduction du paquet neutre à compter de mai 2016⁷ est une très bonne nouvelle. Le paquet neutre a pour objectif de contrer l'industrie du tabac dans ses démarches de promotion en direction des jeunes. Le paquet n'est certes que le contenant du tabac mais c'est ce packaging qui séduit fortement les jeunes et certaines communautés sociales auxquelles il est spécifiquement adressé. L'industrie du tabac ne vend pas un univers mais un produit qui tue !

É & C : *En termes de prévention, l'État doit-il mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme ?*

S. R. : Oui, bien sûr, mais il ne faut pas que l'industrie soit de près ou de loin impliquée dans la décision ni qu'elle puisse influencer de quelque manière que ce soit les décisions politiques. La stratégie à adopter c'est de prélever une taxe sur l'industrie du tabac. Il existe de nombreux moyens de récupérer de l'argent provenant de l'industrie du tabac pour compenser les dégâts. S'assurer qu'elle ne pratique pas « l'évitement » fiscal serait déjà un excellent début. Il serait aussi nécessaire, même sur un plan purement symbolique, de faire évaluer le coût par les caisses d'assurance maladie et d'envoyer la facture aux cigarettiers. En effet, ces derniers continuent de faire subir un dommage à l'individu et à la collectivité qui pourrait juridiquement être compensé. Dans cet esprit, j'ajoute que, depuis 2003, une nouvelle dynamique a été enclenchée par la CCLAT où la notion d'addiction a été introduite, ce qui ouvre de nouvelles perspectives pour les plaignants. Dans le cadre de futurs procès intentés contre les industriels du tabac, les

associations auraient tout intérêt à se porter partie civile.

É & C : *Comment le ministère de la Santé, garant de la santé publique, et le ministère du Budget, captateur d'une partie des revenus de la vente d'un cancérigène reconnu, peuvent-ils éthiquement cohabiter sur cette question qui les divise ? Dans son ouvrage paru récemment, le journaliste Matthieu Pechberty⁸ parle même de schizophrénie de l'État, partagez-vous ses propos ?*

S. R. : Cette schizophrénie existe depuis toujours ! Or elle n'a pas lieu d'être, puisque la France a ratifié la CCLAT et s'est engagée à la mettre en place. L'engagement de la France implique les ministères des Finances, de l'Industrie et du Commerce, ils ont tout autant l'obligation de transposer les dispositions de la CCLAT. Il n'y a donc aucune raison légitime pour que d'éventuelles dissensions perdurent entre les ministères. On peut donc légitimement s'interroger sur l'absence de volonté politique coupable affichée par les gouvernements successifs pour rendre effectives ces mesures. Il n'y a pas de politique contre le tabac qui s'inscrive véritablement dans le temps long, elle dépend largement du bon vouloir de l'Élysée qui s'oppose régulièrement sur ce sujet à son ministère de la Santé, que l'on soit dans un gouvernement de droite ou de gauche, car les lobbys du tabac sont proches, très proches de toute forme de pouvoir que ce soit médiatique ou politique. ●

⁶ Présenté le 25 septembre 2014, le PNRT comprend des mesures articulées autour de trois axes d'intervention prioritaires : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac. Le PNRT est consultable sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/150212_PNRT-Complet-V_DEF_2_.pdf

⁷ Cette disposition a été supprimée le 22 juillet 2015 par le Sénat mais le projet de loi sera de nouveau discuté à l'Assemblée nationale à la rentrée 2015.

⁸ Matthieu Pechberty, *L'État accro au tabac*, éditions First, 2014.

Les rapports de la science et de l'éthique sont-ils conflictuels ?



TRIBUNE

- Pr Philippe Chaumet
commissaire
au collège de
l'Autorité de sûreté
nucléaire

Le but de la science est de s'approcher rationnellement de la vérité des phénomènes de nature et la technique propose de les maîtriser. L'éthique, en revanche, recouvre la réflexion sur ce qu'est « l'action bonne » et les valeurs qui la fondent. Les objectifs de ces deux démarches sont-ils irréductibles les uns aux autres ? Selon la vision optimiste de Socrate et de ses partisans modernes, les progrès exceptionnels des connaissances et des pouvoirs qui lui sont liés devraient avoir consolidé le règne du Bien sur Terre. D'autres postulent aujourd'hui que l'accès au savoir est de nature à bouleverser les fondements moraux de l'éthique. En effet, le lumineux et terrible vingtième siècle, celui du progrès fulgurant de la médecine, de la communication, des sciences de la matière et de l'univers, mais aussi celui de deux guerres mondiales, de trois génocides, de l'arme atomique, de la pollution et du réchauffement climatique n'apparaît pas justifier l'optimisme socratique.

Qu'en sera-t-il pour le siècle présent ? Les nouvelles découvertes et techniques associées poseront à l'évidence de nouveaux défis éthiques. Ceux-ci devront-ils être relevés à l'aide de principes universels et stables, ou bien ces principes eux-mêmes seront-ils remis en cause par les progrès scientifique et technique ?

Rapports complexes et anciens que ceux de la science et de l'éthique... Les relations entre la science, la morale et l'éthique, ont fait l'objet d'intenses débats et de controverses depuis l'essor des premières écoles de philosophie en Grèce dès le VI^{ème} siècle avant notre ère. Le terme de *sophoî* (les savants) ou de physiologues fut appliqué aux premiers philosophes dont l'histoire a gardé le nom : Thalès premier mathématicien, mais aussi Anaximandre et Anaximène de l'école de Milet. L'intérêt de ces philosophes-sophoî se portait non seulement sur l'observation et l'interprétation des phénomènes naturels, mais ils cherchaient aussi à développer des applications pratiques de leurs connaissances tout ceci avec une absence complète de références à une doctrine ou une pensée religieuse. Le développement de cette science née dans l'Ionie antique est étranger à la notion du Bien et du Mal (notre perception moderne de ces concepts est source d'anachronismes).

Les relations entre le Vrai et le Bien occuperont une grande part des travaux des métaphysiciens dans l'Antiquité. Dans une vision très idéaliste, Socrate avançait que seule l'ignorance conduit au mal alors que, à l'inverse, la lumière de la Vérité éclaire le chemin du Bien et évite les égarements mauvais. Protagoras considérait pour sa part que les recherches du Vrai et du Bien sont toutes deux légitimes mais indépendantes l'une de l'autre. Une très grande prudence s'impose néanmoins sur ces thèses car aucun des 12 textes originaux de Protagoras ne nous est parvenu et ce ne sont que des citations par d'autres auteurs qui nous donnent une vision de l'œuvre de ce philosophe. Le philosophe-savant aura une forte proximité avec les institutions officielles religieuses jusqu'au XIV^{ème} siècle ; la scolastique en est l'expression avec un enseignement de la vérité scientifique fondé sur la logique déductive mais toujours en accord avec la doctrine religieuse et avec les textes des grands anciens. Les rapports deviendront beaucoup plus conflictuels à la fin du moyen-âge (Giordano Bruno et l'héliocentrisme). Rabelais prendra position sur les relations entre le Vrai et le Bien lorsqu'il déclarera près de vingt siècles après Protagoras dans son œuvre Pantagruel « Sapience n'entre point en âme malivole, et science sans conscience n'est que ruine de l'âme ».

« La vérité établie par la démarche scientifique ne s'appuie pas sur l'autorité des textes anciens ou de doctrines, mais elle se fonde uniquement sur l'expérience. »

LA SCIENCE, UNE QUÊTE CONTROVERSÉE DE LA VÉRITÉ

Le terme de science naît au XVII^{ème} siècle quand s'opère la scission entre les philosophes et les scientifiques. La science a pour but de s'approcher rationnellement de la vérité des phénomènes de nature. Cette séparation s'accompagne d'une volonté forte d'indépendance et d'autonomie comme le montre bien la création des sociétés savantes et leurs devises ; celle de la *Royal Society of London for the Improvement of Natural Knowledge* créée en 1660 est *Nullius in verba* (ne croire personne sur parole). La vérité établie par la démarche scientifique ne s'appuie pas sur l'autorité des textes anciens ou de doctrines, mais elle se fonde uniquement sur l'expérience. Cette séparation s'accompagnera d'une spécialisation dans un domaine de la connaissance : physique, mathématique, chimie... Aujourd'hui, nous sommes à un stade de sur-spécialisation (physicien des particules par exemple) et la connaissance ou la vision globale de tous les champs de la science par un individu est une utopie.

Éthique et recherche feront alors l'objet de nombreux débats et de vives polémiques dès le XVIII^{ème} siècle et notamment pour la recherche sur l'homme. Rousseau décrit dans *Le Contrat social* que le « sauvage », individu isolé, devient un individu social et politique par l'aliénation totale de tous ses droits à la société. Selon cette approche, l'homme civilisé social ne possède plus aucun droit ce qui a pu faire dire et écrire à certains que la société possédait les « corps » des êtres humains. La position de Locke est totalement opposée à celle de Rousseau. Pour lui, l'entrée dans la société nous laisse des droits naturels : « *L'individu a un pouvoir illimité de disposer de lui-même et de sa propriété.* » Le droit naturel interdirait de porter atteinte à l'intégrité du corps d'autrui et, en termes plus généraux, à sa vie, sa liberté et sa santé. L'homme a le

Les rapports de la science et de l'éthique sont-ils conflictuels ?

devoir d'accepter son corps tel qu'il est. Tout sujet est un patient unique insubstituable et ne fait donc pas partie d'une population d'esclaves substituables. La récente controverse sur l'utilité et l'obligation des vaccinations en France permet de rappeler que le premier débat sur l'expérimentation médicale et l'éthique eut lieu lors de la mise au point par Jenner en 1798 de la vaccination contre la variole. Cette vaccination qui sauva des millions d'individus eut de nombreux détracteurs à l'époque qui avançaient des arguments scientifiques et médicaux : dangers individuels et pour la communauté résultant de l'injection volontaire de pus variolique ou des arguments éthiques ou théologiques (l'homme décide d'aller contre la volonté divine c'est-à-dire contre les voies de providence). Ce sujet délicat laissa perplexe le grand mathématicien français d'Alembert, précurseur du calcul des probabilités, qui ne prendra pas position dans cette controverse. Kant s'exprimera en 1798 sur la question du consentement de l'homme à être le sujet d'une recherche : « L'homme raisonnable a-t-il le droit de se donner la variole par inoculation, à lui-même et aux autres qui n'ont pas de jugement (les enfants) ou bien est-ce que cette façon de se mettre en péril de mort n'est pas du point de vue moral totalement inadmissible ; sur ce point ce n'est donc pas le médecin tout seul mais aussi le juriste moral qu'il faudrait requérir. »

MUTATIONS, POLÉMIQUES TRAGÉDIES

De profondes mutations ont accompagné la science, la médecine et la biologie durant le XIX^{ème} siècle industriel. Se pose alors la question de l'utilité de ces avancées techniques et de leur impact social. À cette époque, l'éthique est confondue avec la « morale » des savants, guidée essentiellement par l'idée de la pureté de la science et les exigences de l'expérimentation. Le scientisme en est la forme extrême conduisant les chercheurs à n'accepter que le jugement des pairs pour le contrôle de leurs activités. Des aphorismes fameux, tel que « *Ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique* », ont été utilisés et dévoyés par certains courants de pensée pour réduire les relations entre science et éthique. La lecture de

« Le *primum non nocere* consiste à ne jamais pratiquer sur un homme une expérience qui ne pourrait que lui être nuisible à un degré quelconque, bien que le résultat put intéresser beaucoup la science, c'est-à-dire la santé des autres. »

l'œuvre de Jules Verne regorge de portraits de bons savants luttant contre des savants dévoyés appliquant à des fins néfastes pour l'humanité les avancées technologiques. Ce siècle industriel verra la reconnaissance internationale de Claude Bernard pour avoir préconisé l'abandon de la médecine empirique au profit des méthodes scientifiques de la médecine expérimentale. Tout le monde connaît ainsi le « Devoir d'essai » mais les considérations éthiques n'étaient pas absentes de sa réflexion d'où le *primum non nocere* ; ce qui se traduit par la règle suivante « *consiste à ne jamais pratiquer sur un homme une expérience qui ne pourrait que lui être nuisible à un degré quelconque, bien que le résultat put intéresser beaucoup la science, c'est-à-dire la santé des autres* ».

Les polémiques entre éthique et science vont encore s'accroître avec une acmé dans la deuxième partie du XX^{ème} siècle dans les suites de la deuxième guerre mondiale. Le rejet des valeurs humanistes, l'eugénisme et l'euthanasie furent l'œuvre du nazisme. Cette année 2015 est aussi le 70^{ème} anniversaire des tragédies d'Hiroshima et de Nagasaki. Les horreurs et les crimes commis durant la dernière guerre mondiale notamment par les médecins nazis conduiront très rapidement les représentants du corps médical à lancer une réflexion collective. Paradoxalement, c'est en Allemagne qu'avaient été promulguées durant la période de 1931 à 1933 les premières lois biomédicales définissant les conditions dans lesquelles pouvaient être envisagées des recherches.

L'ÉTHIQUE ET LA LOI POUR ENCADRER LA RECHERCHE

En raison de l'ampleur de la question, je limiterai la suite de cette tribune à la recherche médicale. L'impératif de la recherche médicale est d'améliorer le mieux vivre et le mieux-être des hommes en accroissant sans cesse les connaissances sur la naissance, la vie et la mort. Il convient de veiller à préserver cet objectif final à toute recherche. Tout autre objectif est potentiellement dangereux ; ceci ressort bien de débats qui ont opposé des éthiciens et des législateurs à des chercheurs les accusant de ralentir la recherche dans le sens d'une vitesse de production et de publications. Un des premiers aboutissements des réflexions du corps médical après la seconde guerre mondiale fut la rédaction des grands textes fondateurs sur les principes de la recherche biomédicale, suivie rapidement par l'établissement des codes de conduite déontologique s'appliquant à la recherche clinique. Le débat devint public et plus collectif lors de la préparation

des textes de lois encadrant la recherche clinique dans tous les principaux pays occidentaux. Pour la France, la loi du 20 décembre 1988, plus connue sous le nom de « Loi Huriët-Seruscot », est la manifestation de cette réflexion sociétale sur la recherche sur l'être humain. Cette loi a pour fondement la protection des personnes participant à des recherches biomédicales et a déjà connu trois séries d'amendements notables (1998, 2004 et 2006) ; elle sera prochainement modifiée pour prendre en compte le règlement européen du 4 avril 2014. Si le législateur a encadré l'activité de recherche clinique, il n'a pas pour autant délimité et donné des réponses à tous les enjeux éthiques et de société que peuvent poser certaines activités de recherche.

De nos jours, les frontières entre recherche fondamentale et recherche appliquée sont devenues de plus en plus ténues favorisant l'émergence de questions éthiques à des stades précoces. La réflexion éthique qui ne peut être que collective, vu l'impuissance de tout individu à appréhender l'ensemble des connaissances, se doit de traiter du pouvoir des chercheurs et de leur liberté, ou non, d'entreprendre ou non certaines formes de recherches. La question se transforme donc en la définition de critères qui délimitent et encadrent les pouvoirs qu'offrent les nouvelles technologies médicales. L'éthique de la recherche est toujours un délicat exercice d'équilibre entre la liberté d'action du chercheur, l'intérêt scientifique du travail qu'il conduit et l'utilité sociale de ces recherches. On ne peut que se féliciter de la création de l'Espace éthique/APHP/région Île-de-France qui a permis des échanges de très grande qualité dans le cadre de groupes de réflexion pluridisciplinaire s'attaquant entre autres aux enjeux nouveaux posés par les nouvelles technologies médicales. Les lois ne reflètent que la position du corps social via sa représentation démocratique à un moment donné de son histoire.

L'ÉTHIQUE SCIENTIFIQUE, UNE NÉCESSITÉ POUR LE XXI^{ÈME} SIÈCLE

L'éthique et la science seront-elles moins conflictuelles dans la recherche médicale au XXI^{ème} siècle ? Il n'est pas possible d'y répondre car prédire les évolutions technologiques à 10 ans est un exercice fort périlleux. Néanmoins deux points méritent d'être évoqués.

Depuis les années 1980, des opérations de médiatisation souvent excessives des « avancées » de la recherche ont été menées avec des effets d'annonce plus que discutables quand

CE QU'IL FAUT RETENIR

COMMENT AGIR AU MIEUX

Quel que soit son objet, l'éthique vise à répondre à la question : « Comment agir au mieux ? »

D'ABORD NE PAS NUIRE

La démarche scientifique se fonde uniquement sur l'expérience, et donc sur l'expérimentation. Or celle-ci ne peut s'affranchir du principe : « D'abord ne pas nuire ».

ENCADREMENT ÉTHIQUE

Si l'impératif de la recherche médicale est d'améliorer le mieux vivre et le mieux-être des Hommes, il convient de veiller à ce que cette dernière soit non malfaisante, donc encadrée sur les plans éthiques et législatifs, même au risque de la brider.

POUVOIR DES CHERCHEURS

La réflexion éthique se doit donc de traiter du pouvoir des chercheurs et de leur liberté d'entreprendre, ou non, certaines formes de recherches.

FAUX ESPOIRS

La réflexion éthique doit également s'imposer aux chercheurs, notamment dans un contexte d'évolutions technologiques extraordinaires susceptible de précipiter des annonces médicales à sensation et susciter de faux espoirs chez les malades.

ils engendrent de faux espoirs chez les malades et leurs familles. De telles attitudes ne peuvent qu'aboutir à un discrédit des structures employant ces chercheurs et à une attitude de doute sur le futur. Un ancien ministre de la recherche exprimera la même inquiétude : « Les scientifiques qui utilisent les médias pour obtenir des moyens de recherches ou affirmer leur importance rendent un mauvais service à la science et à terme à eux-mêmes. » Rappelons que sur ce point qui relève de l'éthique de l'information, un texte normatif existe déjà au sein du code de déontologie qui prévoit dans son article 14 que « les médecins ne doivent pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner leur communication des réserves qui s'imposent. Ils ne doivent pas faire une telle divulgation dans le public non médical ».

Un autre challenge de la recherche clinique est apparu au grand jour vers la fin des années 1990 quand les premiers grands scandales sur la fraude scientifique ont été révélés par les médias ; mêmes médias qui avaient souvent offert leurs plateaux aux communications précoces de chercheurs plus motivés par une reconnaissance personnelle ou par des enjeux financiers. Plusieurs enquêtes et des études sur des bases de données ont révélé que ce phénomène (le « scientific misconduct ») était plus répandu que ce qui était imaginé mais à des degrés divers de gravité. La motivation des fraudeurs n'est pas univoque. L'image du savant ascétique et illuminé investissant tout son temps dans son laboratoire pour l'avancement de la science, a cédé la place à la réalité de la vie économique moderne avec les pressions des financeurs qu'ils s'agissent de start-up de biotechnologie ou de l'État. « Publish or Perish » en est la formule résumée par les Anglo-Saxons. Seule possibilité pour le chercheur de survivre et d'évoluer dans sa carrière dans ce système ? En publiant ! La sortie annuelle du classement de Shanghai du « top 50 » des instituts de recherche est un événement crucial pour le président d'une université. John Maddox, ancien éditeur de *Nature*, écrivait il y a quelques années que « la communauté scientifique devrait se préoccuper de la fraude, parce qu'elle corrompt la science et mène à la méfiance du public ».

Les objectifs des démarches éthique et scientifique sont-ils par conséquent irréductibles les uns aux autres ? Les médias se font encore parfois l'écho de tenants d'un scientisme débridé, pour lesquels la science est la seule source du progrès, et qui considèrent encore trop souvent comme irrecevables la moindre considération d'ordre éthique. Les débats vont donc se poursuivre entre les lointains successeurs de Socrate et ceux de Protagoras. ●

Avis n° 30 du 3 juin 2015

D

devoir de soins et disponibilité
des moyens : problème
de la transfusion sanguine

12



SEBASTIEN SALOM.COM

SAISINE DISCUTÉE LORS DE LA SESSION PLÉNIÈRE
DU COMITÉ ÉTHIQUE ET CANCER DU 26 SEPTEMBRE 2014
ET ADOPTÉE LORS DE LA SESSION PLÉNIÈRE DU 3 JUIN 2015

PERSONNE
AUDITIONNÉE

Yves Boschetti,
hopitaux civils
de Colmar,
équipe mobile
de soutien
aux soins palliatifs et
à l'accompagnement
du centre Alsace

RAPPORTEUR

Axel Kahn

GROUPE
DE TRAVAIL

Le Comité éthique
et cancer plénier

Notre équipe mobile de soins palliatifs est appelée pour aider à la prise en charge d'un patient de 51 ans atteint d'une dissémination métastatique d'un adénocarcinome¹ du recto-sigmoïde en évolutivité, au-delà de toute ressource thérapeutique. Il présente en particulier, une volumineuse masse tumorale distale² de l'œsophage très hémorragique. Des gestes locaux ont été tentés (prothèses, etc.) et pensés (embolisation, radiothérapie hémostatique), sans succès. Depuis 3 mois, il est transfusé à raison de 20 à 30 culots globulaires par mois. Ces transfusions lui permettent de se déplacer, sortir du service pour profiter de son seul plaisir, fumer. Le patient s'interroge sur son avenir, avec angoisse, devant ce méléna³ persistant et l'évolution de sa maladie mais questionne l'équipe sur un retour possible à domicile.

En tant que médecin coordonnateur, je me suis interrogé souvent sur une question qui n'avait pas émergé du côté des médecins responsables de ce patient : « Peut-on invoquer le principe de justice pour mener une réflexion sur l'arrêt des transfusions sanguines, ressources épuisables venant de dons, lorsqu'elles n'apportent qu'un bénéfice à très court terme à ce patient ? Peut-on invoquer la disproportion ? Quelle place dans notre réflexion sur la question du don et de la ressource épuisable ? Quels auraient pu être les mots pour ce patient ? »

¹ Un adénocarcinome du recto-sigmoïde est une tumeur maligne développée aux dépens d'un épithélium glandulaire, ici du gros intestin joignant le côlon sigmoïde au rectum.

² Partie de l'œsophage.

³ Le mélæna (ou méléna) est, en médecine, un symptôme caractérisé par l'évacuation par l'anus de sang noir, pâteux et nauséabond, mélangé ou non aux selles.

D

evoir de soins et disponibilité des moyens : problème de la transfusion sanguine

Au regard de la fréquence des transfusions réalisées chez ce malade, qui est tout sauf ordinaire, la question posée par le Dr Boschetti est légitime. Elle illustre les tensions qui peuvent exister, en matière de santé comme dans bien d'autres domaines, entre l'intérêt individuel et l'intérêt collectif dans l'usage qui est fait d'une ressource sinon rare, à tout le moins finie.

La question posée est donc de savoir si, dans la situation qui est décrite, les transfusions doivent être réduites, voire arrêtées, sachant que le malade en bénéficie indéniablement, ceci au nom du principe de justice.

14

Le principe de justice est-il pertinent ?

Le principe de justice à partir duquel, avec les principes d'autonomie, de bienveillance, de non-malfaisance et, pour certains, de responsabilité, s'articule toute réflexion éthique dans le domaine biomédical, se réfère à la répartition équitable des soins médicaux et des ressources entre les individus. Il s'agit donc de savoir si, dans le cas de ce malade, le recours aussi fréquent à des transfusions met à mal ce principe.

Créé le 1^{er} janvier 2000, l'Établissement français du sang (EFS) est l'opérateur civil unique de la transfusion sanguine en France. Composé de 17 établissements régionaux, l'EFS gère les activités de collecte, de préparation, de qualification et de distribution des produits sanguins labiles et alimente plus de 1 900 établissements de santé (hôpitaux et cliniques) partout sur le territoire français. Il a notamment pour mission d'assurer l'autosuffisance de la France en produits sanguins labiles⁴.

La collecte de sang repose sur des dons qui sont régis par des règles inscrites dans la loi du 4 janvier 1993 : anonymat, bénévolat, consentement éclairé et non profit⁵. Environ 3 millions de dons sont collectés chaque année en France⁶. En 2013, le nombre de

donneurs a été de 1,6 million de personnes (1,7 million en 2012)⁶, soit environ 4 % de la population en âge de donner son sang. Le taux de donneurs est en France l'un des plus bas en Europe⁷. De surcroît, les produits sanguins sont périssables. La durée de conservation des globules rouges est ainsi de 42 jours, celle des plaquettes de 5 jours. Cela conduit à un renouvellement quasi constant des stocks pour assurer la disponibilité et la distribution des produits sanguins labiles auprès des établissements de santé. Cependant, malgré des périodes de tension (notamment aux périodes estivales), l'EFS considère qu'il assure « à la France, depuis 13 ans, une autosuffisance sans faille en matière de produits sanguins »⁶. Ce fait a été confirmé oralement par un responsable de l'EFS interrogé par le Comité éthique et cancer.

Dès lors, aussi fréquentes soient-elles, les transfusions effectuées pour le malade cité dans la saisine n'apparaissent pas être susceptibles de pénaliser d'autres personnes pour lesquelles des transfusions de produits sanguins labiles seraient également nécessaires. Par conséquent, le principe de justice ne peut être évoqué pour envisager une diminution ou un arrêt des transfusions dont bénéficie ce malade.

Pour autant, l'autosuffisance assurée jusqu'à présent par l'EFS ne doit pas être considérée comme une situation pérenne. Les besoins en produits sanguins sont en augmentation constante, notamment du fait du vieillissement de la population⁸. De plus, les flux migratoires entraînent une diversité accrue des groupes sanguins ; leur représentativité est d'ores et déjà un enjeu majeur pour la collecte et la mise à disposition des produits sanguins⁸. Tout ceci, dans un contexte de taux faible de donneurs au sein de la population.

Par conséquent, comme pour toute ressource finie - et cela s'applique à l'ensemble des biens de santé -, il est légitime de chercher à en optimiser l'utilisation au plus juste des besoins de chacun. Dans le cas de ce malade, il n'est pas infondé de se demander si une diminution des transfusions ne permettrait pas de lui conserver la qualité de vie qui est la sienne dans la situation où il se trouve. Récemment, le *New England Journal*

⁴Les produits sanguins labiles sont des produits issus du sang d'un donneur, destinés à être transfusés à un patient. Il s'agit notamment du sang total, du plasma et des cellules sanguines d'origine humaine.

⁵Articles L 1221-1, L 1221-3, L1221-5 et 1221-7 du Code de la santé publique.

⁶Etablissement français du sang, Rapport d'activité 2013.

⁷Aballea P, Vieilleribière J-L, *Les conditions de l'autosuffisance en produits sanguins du marché français*, IGAS, Rapport n° RM2010-089P, novembre 2010.

⁸Danic B, Gallian P, Legrand D, Pelletier B, *Le don de sang en France : les grands principes du don, son organisation, ses contre-indications médicales et les modalités du dépistage*, BEH 2012 ; 39-40 : 435-437.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Le cas d'un patient atteint d'un cancer hémorragique au-delà de toute ressource thérapeutique interroge sur un éventuel arrêt des transfusions sanguines dont il fait l'objet au nom des principes de justice et d'équité entre individus.

Le taux de donneurs est en France l'un des plus bas en Europe. De surcroît, les produits sanguins sont rapidement périssables.

Comme pour toute ressource finie, il est légitime de chercher à en optimiser l'utilisation au plus juste des besoins de chacun.

L'équipe de soins palliatifs, en coordination avec l'équipe soignante, doit déterminer dans quelle mesure un moindre recours aux transfusions n'aurait pas d'effets délétères sur la qualité de vie de ce patient.

Il reste de la responsabilité et du devoir du médecin de tout faire pour soulager ce patient. Dans le cas présent, les transfusions sanguines dont il bénéficie participent de cet accompagnement.

Par conséquent, pour ce patient et au nom du principe de bienfaisance, rien ne pourrait justifier qu'un arrêt total des transfusions soit mis en œuvre.

of *Medicine* a publié un éditorial indiquant, au vu d'une série de publications ces 15 dernières années, qu'un recours restrictif aux transfusions permet de réduire l'utilisation des produits sanguins sans pour autant être néfaste pour les patients, même s'ils sont très malades (y compris des patients présentant une septicémie sévère ou un choc septique)⁹. Il revient ainsi à l'équipe de soins palliatifs, en coordination avec l'équipe soignante, de déterminer dans quelle mesure, pour ce patient, un moindre recours aux transfusions peut être envisageable, à la condition de permettre à ce dernier de conserver sa qualité de vie actuelle.

Cela étant dit, comme il a été souligné, le taux de donneurs de sang est particulièrement faible. La question de l'équité dans l'accès aux produits sanguins labiles conduit à s'interroger avant tout sur la capacité de la société française à répondre plus largement à ce besoin collectif. En d'autres termes, la priorité n'est-elle pas de chercher à accroître la ressource (le don de sang) plutôt que de tenter de limiter l'accès à celle-ci.

Principe de bienfaisance et respect de l'autonomie

À partir de ce qui est dit de lui dans la saisine, le patient bénéficie indéniablement des transfusions qui lui sont prodiguées. Celles-ci lui permettent de profiter de plaisirs auxquels il peut encore avoir accès et de conserver une certaine autonomie de mouvement. Il convient de rappeler, comme le stipule le Code de la santé publique, que « 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 »¹⁰. Par ailleurs, il ne peut être évoqué ici une obstination déraisonnable puisque le patient conserve sa pleine autonomie.

Dès lors que la maladie dont est atteinte une personne se situe à un stade d'évolution qui échappe aux moyens

thérapeutiques disponibles pour la guérir, et que cette évolution conduit cette même personne vers la fin de sa vie, il reste de la responsabilité et du devoir du médecin de tout faire pour la soulager, autant sur le plan physique que psychologique, tout au long du temps qu'il lui reste à vivre. Dans le cas présent, les transfusions dont bénéficie le malade participent de son accompagnement.

Par conséquent, au regard de la situation et au nom du principe de bienfaisance, rien ne pourrait justifier qu'un arrêt total des transfusions soit mis en œuvre.

In fine, ce qui paraît le plus important dans la situation décrite n'est pas tant la question des transfusions que celle de la fin de vie de ce patient. Il est dit que ce dernier s'interroge avec angoisse sur son devenir, ce qui est tout à fait compréhensible, tout en envisageant la possibilité d'un retour à son domicile. Pour autant que le Comité éthique et cancer puisse en juger (puisqu'il ne dispose que des informations présentées dans la saisine), il est permis de se demander si, d'une part, le patient a été réellement et clairement informé de sa situation au regard de son état de santé et si, d'autre part, sa préoccupation d'un éventuel retour à domicile a véritablement été entendue et prise en compte.

Même s'il est visiblement engagé dans la fin de sa vie, ce patient reste pleinement autonome. Le respect de son autonomie nécessite qu'il dispose de tous les éléments d'information nécessaires - en se conformant à ce qu'il peut et souhaite entendre - pour prendre les décisions qui le concerne pour le temps qu'il lui reste à vivre.

En d'autres termes, le Comité éthique et cancer invite les équipes soignantes impliquées auprès de ce patient à engager ou réengager avec lui un dialogue qui lui permette de comprendre autant qu'il le peut sa situation, et à mettre en œuvre (dans la limite de ce qui est médicalement possible) tout l'accompagnement nécessaire au regard de l'expression de ses souhaits, en particulier l'éventualité d'un retour à domicile si tel est véritablement le cas. ●

⁹ Hébert PC, Carson JL, Transfusion Threshold of 7 g per Deciliter - The New Normal. *N Engl J Med*. DOI : 10.1056/NEJMe1408976.

¹⁰ Article L 1110-5 du Code de la santé publique.

comité ÉTHIQUE & CANCER

MALADIE CANCÉREUSE,
UN COMITÉ D'ÉTHIQUE
POUR RÉPONDRE AUX
CAS DE CONSCIENCE

À la disposition de tous, le Comité
éthique et cancer a pour mission
de répondre à toutes vos questions
éthiques en lien avec le cancer.

www.ethique-cancer.fr

COMITÉ ÉTHIQUE & CANCER

14 rue Corvisart

75013 Paris

Tél. : 01 53 55 24 00

abrité par la Ligue contre le cancer



pour la vie