

SEMINAIRE DU GROUPE « ETHIQUE ET MEDICAMENT » Pour le GEIRSO

Samedi 13 juin 2009 à l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches
organisé par l'Unité d'oncologie pédiatrique dirigée par le Dr Delépine
et AMETIST

ETHIQUE ET CANCER : LES ENJEUX par Michel Landron, Président d'AMETIST

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme » - Rabelais.

La médecine, comme les sciences, sont des œuvres humaines. Elles occupent une place essentielle dans le développement des civilisations. Elles expriment un rapport entre l'homme et la nature à un moment donné de l'histoire de l'humanité.

A ce titre elles sont des enjeux qui concernent toute personne douée de conscience et pas seulement les professionnels concernés.

On pourrait résumer ces enjeux par une formule : ***les questions « d'éthique » ne sont rien d'autres que la défense des droits de l'homme face à l'utilisation qui peut être faite des recherches scientifiques et médicales.***

C'est sous cet angle que j'aborderais les problèmes de conscience qui nous sont posés dans le domaine de la lutte contre le cancer.

1. Les questions d'éthique sont des questions concrètes.

L'histoire est très riche de la réflexion des hommes quant aux conséquences de leurs actes.

Si l'objectif de la médecine est de ***soigner et de soulager***, il est parfaitement évident que cette fonction médicale mérite une totale indépendance par rapport à tous les intérêts particuliers, idéologiques, politiques, financiers et autres qui peuvent venir entraver ou dénaturer son exercice.

C'est, je crois, ce qui fonde le Serment d'Hippocrate.

« Une arme n'est rien en dehors de la main qui s'en saisit » précisait Victor Hugo.

La médecine est une arme. Quelle est la main qui s'en saisit ?

On ne peut pas éviter la question même en se réfugiant derrière des principes moraux dont le caractère très abstrait cache souvent la réalité des conflits d'intérêts qui opposent les hommes entre eux.

C'est très concret.

Quelle est « l'éthique » respective de l'actionnaire qui a investi dans l'industrie pharmaceutique dans l'espoir d'un profit, qu'il souhaite évidemment le plus important et le plus rapide possible, au regard de « l'éthique » du médecin pour qui la recherche n'a de sens que si elle permet de mieux soigner et de mieux soulager ses patients et de « l'éthique » des familles qui veulent que leur enfant malade bénéficie des meilleurs traitements possibles ?

Les questions d'éthique sont bien des enjeux fondamentaux.

Les exemples historiques abondent de contradictions auxquelles la société est confrontée.

- Pasteur a fait des essais sur l'homme. Doué de conscience sur les risques, il proposait ce qu'il croyait un moindre mal : l'utilisation des condamnés à mort.
- Aux USA, les travaux sur l'Hépatite ont engagé 600 jeunes arriérés mentaux (années 60).
- L'exemple récent du Vioxx où le laboratoire Pfizer remarque des accidents cardiaques au bout de 30 mois dans le cadre d'un essai de phase 3 (déjà à grande échelle) démontre, s'il en était besoin que les enjeux en terme de droits de l'homme sont considérables.

C'est pourquoi la société a réagi face aux conséquences de ses propres activités.

La conscience humaine est capable de se révolter contre l'utilisation abusive de la science, les décisions arbitraires qui échappent à tout contrôle, les exactions commises contre les droits de la personne humaine.

Il en a découlé des exigences démocratiques et sociales en direction des pouvoirs publics qui ont la responsabilité non seulement de respecter les droits de l'homme mais également de les faire respecter :

- ◆ Les articles 4, 10 et 11 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789,
- ◆ l'article 29 de la Déclaration Universelle de 1948, la Conférence de Nuremberg de 1947,
- ◆ la déclaration d'Helsinki 1964 (mise à jour en 1984),
- ◆ les articles 12 et 13 de la déclaration universelle sur le génome humain de 1997,
- ◆ la Convention d'Oviédo en 1997 sur la protection des droits de l'homme et la biomédecine...
- ◆ La loi Huriet-Sérusclat (1988, plusieurs fois révisée depuis) qui définit les conditions de respect des droits de l'homme en matière de recherche médicale...

Ces textes politiques ont essayé de réglementer la recherche tout en essayant de garantir la liberté de la pensée en limitant la liberté d'action.

« La liberté des uns s'arrêtent là où commence celle des autres. »

C'est ainsi que la contrainte juridique s'est développée face à la montée en puissance des risques d'utilisation abusive et arbitraire de la recherche contre les droits.

Sont ainsi entrés dans la législation :

- la reconnaissance du droit aux soins quels que soient ses moyens personnels et son origine sociale,
- le libre choix du médecin par le patient,
- le secret médical,
- le droit au deuxième avis et le droit à une alternative thérapeutique,
- le consentement libre et éclairé du sujet,
- les commissions d'éthiques en principe indépendantes,
- l'interdiction de modifier les caractéristiques génétiques de la personne,
- l'interdiction de la mise en danger d'autrui,
- l'interdiction de la mise sauvage sur le marché de médicaments sans contrôle et autorisation préalables,
- les sanctions disciplinaires, civiles et pénales pour les comportements jugés inacceptables...

Ces principes sont l'objet d'un combat permanent d'une part pour les garantir et d'autre part pour les faire respecter.

On comprendra aisément que l'industrie pharmaceutique, les grands groupes financiers (assurances...) tirent dans le sens d'une plus grande liberté permettant un retour sur investissement le plus favorable possible. On les trouvera souvent derrière les campagnes de dénonciation de lois qualifiées de « contraignantes » et de règlements dits « tatillons » voire « bureaucratiques » cachant plus ou moins bien la fameuse exigence de « liberté... du renard dans le poulailler ».

Quand on sait que la Recherche par l'industrie pharmaceutique se monte à plus de 3,5 milliards d'€ en 2001 (12% du Chiffre d'Affaire) alors qu'il est de moins de 1% pour le financement public, il vaut mieux être vigilant que laxiste en matière de conflits d'intérêts !

De même quand on mesure le peu d'intérêt pour investir dans la recherche médicale contre le paludisme, il convient de se dire que la recherche peut directement dépendre de la solvabilité d'une population.

N'est-il pas aussi significatif que la vitesse du retour sur investissement peut aboutir à sacrifier la recherche fondamentale au profit de la recherche appliquée dont les faibles résultats militent en faveur d'une recherche désintéressée?

Quant à la Sécurité Sociale - dont les principes fondateurs assure la mission de garantir les droits aux soins pour tous sur la base des cotisations des salariés - n'est-elle pas l'objet d'attentions particulières pour ceux qui investissent dans les grandes sociétés d'assurance qui mettraient bien la main sur son budget de plus de 400

milliards d'€ par an et pour les entreprises qui voudraient bien se libérer des charges sociales?

Les USA n'ont-ils pas augmenté de 8% le budget de fonctionnement de santé pendant que les sorties de tout système de protection sociale sont passées dans le même temps de 35 à 42 millions de personnes?

A l'inverse on comprendra que des malades, futurs malades, médecins... tirent eux dans le sens inverse de réelles garanties légales les protégeant et garantissant leurs droits aux soins.

Rien n'est donc immuable dans ce domaine. Tout est le résultat d'un rapport de force. Les modifications législatives et réglementaires le montrent comme les violations constantes des droits pourtant reconnus par la loi.

Et c'est bien pourquoi, la totale indépendance vis-à-vis des conflits d'intérêts (économiques, commerciaux, idéologiques...) est une exigence majeure pour faire respecter les droits des patients.

2. La cancérologie au cœur des questions d'éthique.

On connaît les arguments au nom desquels bien des menaces sur les droits de l'homme sont encourues au nom de la recherche sur la personne comme nécessité scientifique :

- les risques sont réelles mais des bienfaits sont attendus pour les autres ;
- les intérêts économiques sont prépondérants, mais ils dégagent les fonds nécessaires pour le progrès de la recherche dans l'intérêt des futurs malades ;
- de toute façon quand il n'y a plus d'espoir, il ne reste que la recherche...

« L'enfer est toujours pavé de bonnes intentions ».

Donc on laissera de côté les bonnes intentions pour se concentrer sur les faits.

Et que disent les faits ?

Les essais thérapeutiques :

- S'ils sont justifiés quand il n'existe aucun traitement connu, rien ne saurait justifier que les conditions de transparence complète et de garanties pour les patients ne soient pas strictement respectées, en toutes circonstances.
- Dans un pays dont les institutions affirment que les questions d'éthique sont fondamentales, personne ne devrait pouvoir être utilisé comme « cobaye » sans son consentement réellement libre et éclairé. C'est ce que proclame l'article 89 de la loi N°2004-806 relative à la politique de santé publique dans le cadre du principe inviolable que « les intérêts de la recherche ne peuvent jamais prévaloir sur celui du patient. »

Le libre choix et l'éthique ne sont pas respectés:

1. Si le meilleur traitement connu n'est pas proposé en premier au patient, et à sa famille pour les mineurs.
2. Si les patients ne sont pas informés par écrit que le protocole dans lequel il est proposé de les inclure est:
 - **un protocole de soins ou un protocole de recherche?**
Ce n'est pas la même chose: chercher n'est pas synonyme de soigner et la recherche d'une certitude statistique n'est pas assimilable à la recherche du meilleur traitement pour chaque cas particulier.
 - **un protocole d'essais thérapeutiques standardisés ou d'un protocole de soins individualisés.**
Ce n'est pas la même chose surtout en oncologie pédiatrique où l'individualisation du traitement est la base de l'efficacité. Si la composition de l'essai thérapeutique est « *standard* » alors utiliser le mot « *individualisé* » est une tromperie assimilant le nom de la personne en haut d'une feuille comme équivalent à un traitement adapté à chaque patient en fonction de sa situation particulière et de l'évolution de son affection.
3. Si la nature exacte de l'essai, ses inconvénients, l'étendu de l'incertitude des risques et la source de financement ne sont pas transmis au patient.
Si les essais ne font l'objet d'aucune publication régulière de leurs résultats, voire d'aucune publication du tout.
4. Si les parents d'un mineur, sous le choc du terrible diagnostic, ne sont pas interrogés séparément avec un délai suffisant pour pouvoir donner un consentement réfléchi sur la base d'un document complet sur l'essai et de chercher un 2ème avis.
5. Si « le propriétaire » de l'Essai n'est pas identifié et si les investigateurs ne sont pas libérés de la clause de confidentialité en cas de résultats nuls ou négatifs.
6. **Si aucune alternative de soins individualisés adaptés n'est proposé au patient** dans un service qui les pratiquent.

Comme on le voit, la liste est sérieuse des mesures à respecter pour garantir les droits des personnes.

Les promoteurs des essais thérapeutiques standardisés aiment citer Claude Bernard présenté comme le père de la médecine dite « des preuves » substituant les statistiques à l'examen clinique des patients.

Dans « Devoir d'Essai », Claude Bernard définit pourtant *le primum non nocere*, c'est à dire la règle qui 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 pût intéresser la science, c'est à dire la santé des autres. » Alors, sur les enfants...

Il a ainsi fallu que la protestation monte devant la révélation des expériences réalisées en 1970 aux USA (injection de cellules cancéreuses ou de céréales irradiées à des enfants, de l'agent de la syphilis à des populations de Noirs pauvres...) pour que naisse la commission Belmont définissant des conditions permettant de réaliser des recherches sur la personne selon des critères éthiques.

En France, il faudra quand même attendre 1988 pour qu'une loi traduise dans la législation de la République les principes de la Conférence d'Helsinki de 1964! 40 ans après Nuremberg!

Il est devenu ainsi, en principe, obligatoire de bien séparer ce qui relève des soins de ce qui est recherche médicale.

La tendance à la standardisation.

Force est de constater que la mode actuelle à « la *standardisation des traitements* » (prêt à porter contre sur mesures) coïncide avec la réduction des crédits publics pour l'hôpital public et les soins et avec la monopolisation en cours en cancérologie par 5 grands Instituts se consacrant essentiellement à la recherche.

On avait déjà vu ce processus aux USA au lendemain de la guerre quand l'engouement pour « la *médecine des statistiques* » coïncidait avec la réduction des dépenses publiques de santé.

Le statut de droit public de ces Instituts (dont le premier d'entre eux est l'IGR) inclut leur grande latitude à pratiquer « les partenariats public/privé » au point que l'IGR vend des soins forts chers à des familles fortunées des Émirats arabes et dépend de plus en plus des grands laboratoires pour les financements de ses Essais.

Dans ce système « standardisé », le médecin soignant devient de plus en plus un « surveillant de protocoles » chargés de relever les résultats des essais sans modifier le protocole préétabli pour ne pas les fausser. D'autres sont susceptibles de devenir plus des hommes d'affaires que des médecins soignants.

La recherche statistique ne prend-elle pas ici le pas sur les soins dus aux patients? Pourquoi ne pas le dire publiquement? Pourquoi les pouvoirs publics cachent ce qui est pourtant établi?

La loi HPST et l'éthique médicale.

L'article 14 de la loi HPST, dite Loi Bachelot, décline les multiples missions du médecin généraliste comme celle de « ***veiller à l'application des protocoles*** » décidés par la Haute Autorité de Santé.

Dans le débat à l'Assemblée Nationale, un amendement a été déposé par un Député (Jean-Marie Rolland) pour qui « ***il semble important non seulement d'appliquer les protocoles mais de les adapter*** » car « ***il faut***

également tenir compte des particularités de chaque malade. Les pathologies ne sont pas standardisées ».

Refus catégorique du Rapporteur: « **un protocole adapté n'est plus un protocole** ».

Madame Bachelot ajoutera: « **cet amendement laisse sous-entendre qu'on pourrait s'affranchir de l'application du protocole** ».

N'est-ce pas l'aveu que l'entrée dans des protocoles standardisés sonnent le glas des soins individualisés adaptés à chaque patient?

Que deviennent l'indépendance professionnelle du médecin et l'art médical ?

Il est vrai que la standardisation est beaucoup moins exigeante en médecins spécialisés et en heures de présence des personnels auprès des patients pour qui l'hospitalisation à domicile devient de plus en plus la règle.

Cette orientation explique que la loi HPST a vu se dresser contre elle l'immense majorité des personnels hospitaliers.

Qui pourrait trouver que le transfert du pouvoir médical vers le pouvoir administratif et financier (ARS) serait un progrès?

N'est-ce pas au contraire la soumission du corps médical à des impératifs étrangers voire contraire à sa nature, ses missions et ses devoirs?

La « standardisation » a l'énorme avantage pour l'Etat de pouvoir plus facilement se désengager et désengager la Sécurité sociale. Mais quelles redoutables conséquences pour les droits de l'homme!

Vous avez dit « éthique »?

Mais où est « l'éthique médicale » quand la Direction du Groupe Access Medical Santé d'Alfortville trouve plus rentable d'installer un service d'accompagnement médicalisé des personnes âgées que ce que lui rapporte les 600 accouchements annuels de son service Maternité qu'elle veut donc fermer en licenciant ses 17 personnels?

Comme on le voit les questions d'éthiques ne sont pas seulement dans les discours mais nichent surtout dans la réalité.

3. La législation sur la sellette des conflits d'intérêts :

D'importantes révisions de la législation issue de la loi Huriet-Sérusclat sont en cours. Examinons-en quelques-unes.

3.1. Le 22 janvier 2009, l'Assemblée Nationale a adopté en première lecture, un projet de loi relative aux **recherches sur la personne** pour en faire « *une priorité* »

nationale ». Bigre. Constatant dans l'exposé des motifs que la législation actuelle est « *souvent dissuasive* », la nouvelle loi procède à une nouvelle classification en 3 catégories de recherche en fonction « *des risques encourus* ».

Alors qu'aucune recherche dite « interventionnelle » (« *recherche non justifiée par une prise en charge médicale habituelle de la personne* ») ne peut être pratiquée sans son consentement libre et éclairé, un simple « **défaut d'opposition** » suffirait pour procéder à une recherche non interventionnelle (recherche justifiée par une prise en charge habituelle de la personne).

Quant aux mineurs, le texte élargit les hypothèses où le consentement d'un seul titulaire de l'autorité parentale suffirait.

Un projet de décret est à l'étude pour modifier la partie réglementaire du Code de la Santé publique en vue des « *simplifications* » prévues.

3.2. Un règlement pédiatrique a été adopté par le Parlement européen et le Conseil européen des Ministres de la Santé fin 2006.

Il incite les firmes à conduire davantage d'Essais chez les enfants avec à la clé une prolongation du monopole de commercialisation. Ces « récompenses » accordées aux firmes pour que les enfants-cobayes soient plus nombreux sont sans aucun lien avec le coût du médicament ni avec la valeur thérapeutique!

Quelle belle « éthique »!

3.3. Les aveux de la Cour des Comptes sur le Plan Cancer:

Présenté le 12 juin 2008, le rapport de la Cour des Comptes révèle que le plan Cancer a créé une procédure d'agrément pour la chirurgie cancérologique, la radiothérapie et la chimiothérapie.

Elle précise que « *l'agrément sera donné en fonction de critères de localisation, de volume d'activités et des garanties données en terme de compétence, de volume d'activité et d'équipement* ».

Une belle apparence éthique.

Malheureusement, tout le monde se rappelle que de « nouveaux critères » comme ceux du volume d'activité et d'équipement ont récemment surgi pour justifier la fermeture... de nombre de Maternités.

Procès d'intention? Voire. La Cour affirme péremptoirement que « **1/3 des 1166 établissements qui pratiquent une ou plusieurs de ces trois activités de cancérologie n'a pas, selon l'INCa, les moyens de garantir au mieux la qualité des interventions** ».

La procédure d'agrément vise-t-elle à leur donner les moyens?

Non, elle vise précisément « **en réduisant des lieux de prise en charge** à élever cette qualité ».

La Cour ajoute que « *cette restructuration ne sera pas aisée; l'INCa estime qu'elle conduira à réduire ou à supprimer l'activité en cancérologie dans quelques 300 établissements ce qui risque d'être parfois douloureux localement; mais ce sera probablement un des apports majeurs de ce plan pour la qualité des soins.* »

Vous avez bien lu: l'apport du Plan Cancer serait de financer la suppression de 300 services en cancérologie!

Ethique ou manipulation?

Quel avenir dans ce cadre pour des petites unités comme celle du Docteur Delépine? Ne suffit-il pas de leur trouver un critère incertain pour... les fermer?

Pendant ce temps, la Cour révèle que l'augmentation des crédits permise par le Plan cancer est de 600 millions par an depuis 2007. Mais, « **Il manque en tout état de cause un suivi précis de ces crédits** ».

A l'évidence l'éthique financière a autant de mal à s'imposer que l'éthique médicale!

En tout cas, on est absolument sûr que ces crédits ne sont pas allés au développement des soins individualisés adaptés pour les enfants frappés par un cancer.

4. L'oncologie pédiatrique au cœur de tous les enjeux :

La terrible charge émotionnelle que provoque l'annonce d'un cancer chez un enfant fait entrer dans un monde de tourmentes. En oncologie pédiatrique plus encore que dans tous les autres domaines médicaux le premier des droits du patient n'est-il pas d'être soigné dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité?

N'est-ce pas un extraordinaire paradoxe que ce soit dans ce domaine précisément que l'accès aux soins individualisés, sur la base de traitements dont l'efficacité est avérée, soit le plus incertain, voire quasiment impossible?

Ce n'est pas AMETIST qui le constate et le dit. Ce sont les plus ardents partisans d'un monopole absolu des essais thérapeutiques standardisés, voire randomisés, dans lesquels il faudrait inclure la totalité des enfants et adolescents.

« La recherche clinique en cancérologie a ceci de particulier qu'elle est intégrée d'emblée dans la démarche de soin ».

C'est la première phrase de la contribution de François Doz, sur la recherche en oncologie pédiatrique.

Il précise lui-même qu'il s'agit d'une « *volonté délibérée des centres spécialisés en oncologie pédiatrique* ».

Il ajoute que « *l'immense majorité des études cliniques en cancérologie pédiatrique est multicentrique et souvent internationale* ».

La confusion n'est-elle pas ici totale et délibérée entre « *les meilleurs traitements possibles* », nécessairement individualisés, et l'inclusion automatique dans des essais nécessairement standardisés, voire randomisés ?

Pour justifier cette volonté d'inclure automatiquement tous les enfants dans les essais, le caractère rare des cancers de l'enfant (moins de 1% des cancers) représentant entre 1800 et 2000 cas par an avant 18 ans, est invoqué ainsi que l'inexpérience des équipes médicales qui y sont peu confrontées.

Mais cela n'aurait-il pas aussi un rapport avec les financements ?

La contribution de François Doz le reconnaît.

Il espère ainsi que, « ***malgré l'étroitesse du marché que représente la cancérologie pédiatrique, les industriels du médicament souhaitent dorénavant soutenir les études dans ce domaine*** ».

A quelles conditions? Que le « panel » (comme disent les promoteurs) soit en nombre suffisant?

Mais les enfants ne sont pas « un panel » et la cancérologie pédiatrique ne devrait pas être « un marché » dont « l'étroitesse » justifierait que les enfants soient considérés plus comme des cobayes que des patients.

Les enfants et les adolescents ont droit aux meilleurs soins possibles.
C'est sans doute là que les questions d'éthiques sont les plus brûlantes.

On peut considérer que si les titulaires de l'autorité parentale, et le jeune patient en capacité de décider, souhaitent, l'inclusion dans un Essai thérapeutique, cela ne relève que de leur libre choix et donc de la vérification par les pouvoirs publics que toutes les procédures conditionnelles soient strictement respectées. Et nous en sommes loin quand on examine de près les conditions du consentement éclairé.

Mais François Doz dénombre 19 comités au sein de la SFCE qui tous sont imbriqués étroitement dans un dispositif hypercentralisé d'essais multicentriques, souvent randomisés, dont la recherche de nouveaux traitements est l'objectif bien plus que les soins immédiats à la personne.

S'il n'existe donc aucune alternative thérapeutique à l'inclusion dans un essai thérapeutique, où est le libre choix ?

Les questions d'éthiques ne sont-elles pas ici étouffées par le monopole de fait de la SFCE (Société française de lutte contre les cancers de l'Enfant et de l'adolescent), organisateur central des protocoles standardisés ?

François Doz répond par avance à l'objection.

Il affirme que « *cette recherche n'est pas incompatible avec un projet de soin individualisé* » puisque « *des traitements autrefois expérimentaux sont devenus aujourd'hui des traitements standards* ».

Outre que c'est le cas pour tous les traitements, des « *traitements standards* » sont ici présentés comme « *des soins individualisés* » alors que ce sont des protocoles centraux que le cancérologue suivant le patient ne peut pas modifier et dont il ne connaît pas lui-même la composition (randomisation oblige).

Pourquoi ne pas dire que même « *le bras de référence* » est standardisé et pas seulement le nouveau traitement expérimental?

Pourquoi ne pas dire que l'organisation centralisée des essais thérapeutiques standardisés renforcent encore plus la nécessité de services de soins individualisés qui ne participent d'aucun essai mais adapte le traitement à chaque moment et qu'il en existe un à Garches à l'Hôpital Raymond Poincaré (AP/HP)?

Y-aurait-il une crainte que dans ce cas nombre de parents et de jeunes patients choisiraient, si la possibilité leur en est donnée, les soins individualisés adaptés plutôt que l'inclusion dans un essai?

Une grave question d'éthique est donc posée aux pouvoirs publics: l'inclusion dans un Essai thérapeutique ne peut être qu'une décision individuelle du patient et/ou de ses proches. Or, de fait en oncologie pédiatrique, c'est la décision du Centre lui-même qui s'impose à la personne.

Combien de temps cette question va-t-elle rester occultée par les pouvoirs publics?

De qui et de quoi ont-ils peur? De l'industrie pharmaceutique, des Instituts qui orientent la presque totalité des milliards alloués par le Plan Cancer et l'Union Européenne vers la recherche et non vers les soins?

Mr Jean-Pierre Vannier est professeur de médecine en oncologie pédiatrique et expert sur ces questions d'éthique.

Il n'est pas adhérent d'AMETIST et considère inévitable l'inclusion massive des enfants dans les essais thérapeutiques.

Il écrit néanmoins (1): « *L'attribution d'une disposition diagnostique ou thérapeutique par tirage au sort (randomisation) peut gêner le patient et sa famille* ».

Il ajoute: « *Ce qui est parfois mal perçu c'est l'idée même de conduire cette recherche sur un enfant malade, malade qui ne pourra pas profiter des conclusions de l'étude, car celles-ci ne sont connues qu'après recueil et analyse des données sur un nombre suffisant de patients.*

Ce n'est pas là le seul conflit d'intérêt. En effet, la recherche médicale est, en soi, une activité « lucrative » pour ceux qui veulent la conduire. Elle apporte des bénéfices réels, importants pour la carrière des participants et les finances de leur institution d'origine. Elle met ainsi les professionnels dans une situation de rivalité.

