

Révision de la loi du 20 décembre 1988 : plate-forme commune de propositions émanant des sociétés savantes, organismes et associations de malades

Adoptée par le conseil d'administration de la Société de réanimation de langue française le 23 mai 2000*

(Reçu le 9 mars 2001 ; accepté le 2 avril 2001)

Les sociétés savantes, associations et organismes signataires de cette plate-forme :

- rappellent que l'amélioration de la santé publique passe par la progression des connaissances et que celle-ci, obtenue grâce à la recherche clinique, est une des missions prioritaires de la médecine d'aujourd'hui ;
- soulignent que la loi du 20 décembre 1988 modifiée, dite loi Huriet-Serusclet, a eu un indiscutable effet bénéfique sur la protection des personnes qu'elle a garantie, et sur la recherche clinique française qu'elle a organisée ;
- constatent aussi que la loi et la réglementation qui en ont découlé, conçues initialement pour permettre l'évaluation et l'enregistrement en France des médicaments innovants, ne sont pas adaptées à de nombreuses situations qui entrent pourtant dans son champ d'application, considérablement élargi lors du débat parlementaire de 1988. Soulignons :
 - des procédures trop lourdes pour la simple comparaison de stratégies diagnostiques, de traitements ou de dispositifs déjà validés et utilisés en routine,
 - l'impossibilité de réaliser des études physiopathologiques (sans bénéfice individuel direct : sans BID) dans des situations qui ne permettent pas de recueillir le consentement des patients, la gravité (choc, coma,

atteintes neurologiques centrales, etc.) exige pourtant que des recherches leur soient consacrées,

- des lourdes contraintes propres aux études sans BID, à l'origine prévues pour les essais thérapeutiques de phase I ou II sur volontaires sains, se révèlent inadaptées à de nombreuses autres situations, telles les recherches sur échantillon sanguin lors des soins courants ;
 - observent que dans ces cas une procédure lourde et inadaptée nuit en fait à la protection des patients, certaines investigations pourtant utiles ne se faisant pas, et d'autres s'effectuant probablement encore dans la clandestinité ;
 - souhaitent qu'à l'occasion de la révision des lois bioéthiques prévue en 2001 soient prises en compte les demandes réitérées de clarification et/ou de simplification émanant de sociétés savantes françaises [1, 2], ainsi que l'avis n° 58 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) (octobre 1998), qui avait recensé certaines de ces difficultés et proposé des modifications législatives ou réglementaires, reprenant d'ailleurs les recommandations déjà émises en 1992 dans un rapport de l'Inspection générale de Affaires sociales.
- Ces sociétés savantes, associations et organismes proposent...

* *Correspondance et tirés à part* : F. Lemaire, Service de réanimation médicale, hôpital Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil cedex, France.

UNE PROCÉDURE ALLÉGÉE POUR LA COMPARAISON DE PRATIQUES VALIDÉES

Une procédure allégée

Une procédure allégée devrait pouvoir s'appliquer aux essais visant à comparer les tests diagnostiques, traitements ou dispositifs déjà autorisés et utilisés en routine, et pour lesquels aucune contrainte particulière ne serait requise s'ils étaient mis en œuvre isolément, en dehors de l'essai comparatif proposé. Considérant que ce type de recherche s'applique à des dispositifs, traitements et tests diagnostiques déjà validés et de toutes façons nécessaires, et sous réserve qu'il n'y ait aucun risque ou inconvénient supplémentaires liés à l'étude, on pourrait envisager ici d'utiliser plus systématiquement la possibilité réglementaire (circulaire DPHM 01/08 n° 90-4 du 24/10/90) de fusionner les rôles de l'investigateur et du promoteur, et d'inscrire le régime de responsabilité dans le droit commun. L'allègement de la procédure qui est souhaité ne dispense en aucun cas de l'information des patients, ni du recueil de leur consentement. Les projets resteraient soumis à l'approbation des comités consultatifs de protection des personnes soumises à des recherches biomédicales (CCPPRB), dont le rôle majeur serait ici d'évaluer loyalement, en toute indépendance, la balance risques/bénéfices. Pour renforcer encore le rôle des CCPPRB dans cette procédure, le suivi de ces projets pourrait leur être confié.

Suppression de l'obligation pour le promoteur de fourniture gratuite des médicaments et de financement des frais

La suppression de l'obligation pour le promoteur, contenue dans l'article R-2038, de fourniture gratuite des médicaments et de financement des frais (s'agit-il ici véritablement d'un surcoût de la recherche, et non pas plutôt du simple coût de soins par ailleurs nécessaires ?). Cette obligation devrait pouvoir être levée, dès lors que la recherche concerne un traitement ou une procédure déjà autorisés, dans les indications de leur AMM et dont le patient a de toutes façons besoin. Dans ces situations, le promoteur est en fait habituellement institutionnel : hôpital le plus souvent, société savante ou association parfois.

LA RECONNAISSANCE DU PATIENT « INCOMPÉTENT »

La loi devrait prendre en compte les situations d'incompétence des patients dont l'altération des fonctions cognitives ne leur permet pas de consentir. Ces situations, différentes de l'urgence proprement dite (art. L. 209-9) sont rencontrées certes fréquemment en réanimation, mais aussi en gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, neurologie. Une « personne de confiance », désignée à l'avance par le patient lui-même, ou, à défaut, un membre de sa famille, devrait pouvoir se substituer au patient, par extension de la disposition déjà prévue à l'article L. 209-9 en cas d'urgence.

UNE MEILLEURE APPRÉCIATION DES ÉTUDES SANS BÉNÉFICE INDIVIDUEL DIRECT

La loi de décembre 1988 oppose les essais avec et sans BID. En pratique, comme l'a souligné récemment le CCNE dans son avis n° 58, cette distinction est souvent difficile à établir avec clarté, elle est exposée à des manipulations et est remise en question aujourd'hui au plan international [3]. La dernière révision de la déclaration d'Helsinki (Association médicale mondiale) ne la retient plus [4, 5]. Surtout, la prise en compte littérale de cette distinction peut en fait aboutir à une diminution de la protection des patients : si la notion de BID est par trop mise en avant, elle peut conduire à faire courir aux patients des risques excessifs ; inversement, s'il n'y a pas de BID, certaines études pourtant indispensables (physiopathologiques notamment) demeureront interdites dans de nombreuses circonstances, notamment en urgence.

Des études à visée cognitive, sans BID, doivent pouvoir être réalisées chez des patients incapables de consentir. Il est, en effet, certainement non éthique, voire absurde, de priver du bénéfice de la recherche biomédicale les populations de patients les plus vulnérables et qui, précisément, en auraient le plus besoin. L'information serait alors délivrée, et le consentement recherché, auprès d'une « personne de confiance » (représentant, mandataire), désignée à l'avance par le patient, ou, à défaut, auprès de membre(s) de sa famille. Le renforcement de la protection de ces patients vulnérables pourrait être envisagé, par exemple par l'obligation d'obtention d'une autorisation préalable auprès de l'autorité administrative compétente. Le recours au juge judiciaire pour la désignation du représentant du patient, proposé dans ces circonstances par certains

juristes, est ressenti par les acteurs de terrain comme impraticable et totalement irréaliste.

Une procédure particulière doit être définie pour la recherche cognitive sans BID, mais n'imposant aucun risque particulier, telle par exemple, l'utilisation pour la recherche de « fonds de tube », qui ne nécessitent pas de prélèvement supplémentaire lors de soins courants. Une attention particulière doit être accordée aux études génétiques qui, de fait, reposent sur l'analyse d'échantillons sanguins. En effet, l'évolution rapide des connaissances dans ce domaine et l'impact croissant de cette discipline en médecine justifient de pouvoir collecter, dans des situations cliniques très diverses, de simples prélèvements sanguins ; par ailleurs, la possibilité de recueillir des échantillons sanguins de membre(s) de la famille du patient concerné par une maladie à composante génétique devrait également être examinée. Ces prélèvements peuvent servir à constituer des banques de cellules ou d'ADN. Dans ces cas, l'anonymisation des échantillons et le consentement des patients pour une utilisation ultérieure doivent être prévus par le protocole.

L'ORGANISATION DE L'INFORMATION A POSTERIORI DES PATIENTS OU DE LEURS AYANTS-DROIT

L'information des patients ou de leurs ayants-droit devrait être organisée à l'issue de l'essai. En cas de complications, une procédure permettant de relever le médecin-investigateur du secret médical, si besoin est, devrait être mise au point.

Le régime de responsabilité des essais avec BID (aujourd'hui celui de la faute présumée, article L. 209-7) devrait être aligné sur celui des essais sans BID : indemnisation des conséquences dommageables imputables à la recherche, même sans faute.

UN RENFORCEMENT DU RÔLE DES CCPPRB

Les sociétés savantes, associations et organismes signataires considèrent que les CCPPRB, plutôt que d'avoir à tracer la frontière entre les essais avec et sans BID, bien souvent imprécise et arbitraire, devraient plutôt mettre l'accent sur l'esprit de la loi, qui est de garantir et de renforcer la protection des patients. Leur mission est bien d'évaluer de façon loyale et scientifique la balance bénéfices/risques de chacun des projets qui leur sont soumis, et plus spécifiquement de chaque élément constitutif de ces projets, qu'ils soient avec ou sans BID. Le suivi des projets que les CCPPRB ont approuvé devrait

être organisé. En contrepartie de ce rôle accru des CCPPRB, leur évaluation régulière par la tutelle pourrait être instituée.

CONCLUSION

En règle générale et en facteur commun à toutes ces propositions, les sociétés savantes, associations et organismes signataires souhaitent, dans certains cas précis, l'allègement d'une procédure lourde et complexe, certes légitime en cas d'essai portant sur des thérapeutiques innovantes ou des procédures diagnostiques invasives, mais inadaptée et dissuasive dans les situations décrites plus haut. Leur but n'est pas de se soustraire à l'obligation d'information et de consentement des patients sollicités, ni d'échapper au contrôle d'une instance indépendante, le CCPPRB, dont ils souhaitent, au contraire, renforcer le rôle et les responsabilités. Enfin, il va de soi que les recherches décrites ici restent menées dans l'esprit des bonnes pratiques cliniques.

SIGNATAIRES (AVRIL 2001)

Sociétés savantes ou associations médicales

- Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (ALFEDIAM) ;
- Association européenne de recherche en oncologie (AERO) ;
- Association fédérative nationale pour le traitement à domicile de l'insuffisance respiratoire chronique (ANTADIR) ;
- Association française de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique (ACHBT) ;
- Association française d'urologie (AFU) ;
- Association française pour l'étude du foie (AFEF) ;
- Association pour la recherche sur la sclérose en plaques (ARSEP) ;
- Collège des enseignants de radiologie de France (CERF) ;
- Collège français de chirurgie vasculaire ;
- Collège français d'otorhinolaryngologie et de chirurgie de la face et du cou ;
- Collège national des enseignants de réanimation médicale (CNERM) ;
- Collège national des enseignants et praticiens de génétique médicale (CNEPG) ;
- Collège national d'information médicale ;
- Fédération française de psychiatrie ;
- Fédération française d'oncologie médicale ;

- France université antidépresseur groupe (FUAG) ;
- Réseaux d'évaluation en gériatrie de l'activité des thérapeutiques et de leurs effets secondaires (REGATES) ;
- Société de chirurgie thoracique et cardiovasculaire de langue française (SCTCV) ;
- Société de chirurgie vasculaire de langue française (SCV) ;
- Société de néphrologie ;
- Société de physiologie ;
- Société de pneumologie de langue française (SPLF) ;
- Société de réanimation de langue française (SRLF) ;
- Société française de cardiologie (SFC) ;
- Société française de chirurgie digestive (SFCD) ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT) ;
- Société française de chirurgie pédiatrique (SFCP) ;
- Société française de dermatologie (SFD) ;
- Société française de gérontologie (SFG) ;
- Société française de neurologie ;
- Société française de pédiatrie (SFP) ;
- Société française de radiologie ;
- Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) ;
- Société française de rhumatologie ;
- Société française de transplantation ;
- Société française d'hématologie ;
- Société française d'immunologie ;
- Société francophone d'urgences médicales (SFUM) ;
- Société médico-psychologique ;
- Société nationale française de médecine interne (SNFMI).

Organismes

- Conférence des doyens des facultés de médecine et des présidents d'université médecins ;

- Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de CHG ;
- Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers universitaires ;
- Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.

Associations de malades

- Association d'entraide des polios et handicapés (ADEP) ;
- Association française de lutte contre la mucoviscidose (AFLM) ;
- Association française des diabétiques (AFD) ;
- Association France Alzheimer et troubles apparentés ;
- Association nationale des cardiaques congénitaux ;
- Association neurofibromatoses et Recklinghausen ;
- Ligue française contre la sclérose en plaques (SEP).

RÉFÉRENCES

- 1 Cales P, Henrion J, Pascal JP, Valla D, Lapuelle J, Lunel F, Poynard T. Proposition de charte de déontologie en recherche clinique. *Gastroentérol Clin Biol* 1998 ; 22 : 121-6.
- 2 Lemaire F, Langlois A, Outin H, Rameix S, groupe de travail de la commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française. Recherche clinique en réanimation : problèmes liés à l'application de la loi du 20 décembre 1998. *Réanim Urgences* 2000 ; 9 : 215-23.
- 3 Comité consultatif national d'éthique. Rapport et recommandations n° 58, 12 juin 1998. Consentement éclairé et information des patients qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. *Cahiers du Comité consultatif national d'éthique* 1998 ; 17 : 3-22.
- 4 Levine RJ. The need to revise the declaration of Helsinki. *N Engl J Med* 1999 ; 341 : 531-4.
- 5 Association médicale mondiale. Déclaration d'Helsinki de l'association médicale mondiale. Octobre 2000. Site internet : <http://www.wma.net>.