



CHAPITRE PREMIER

CANCER ET SIDA

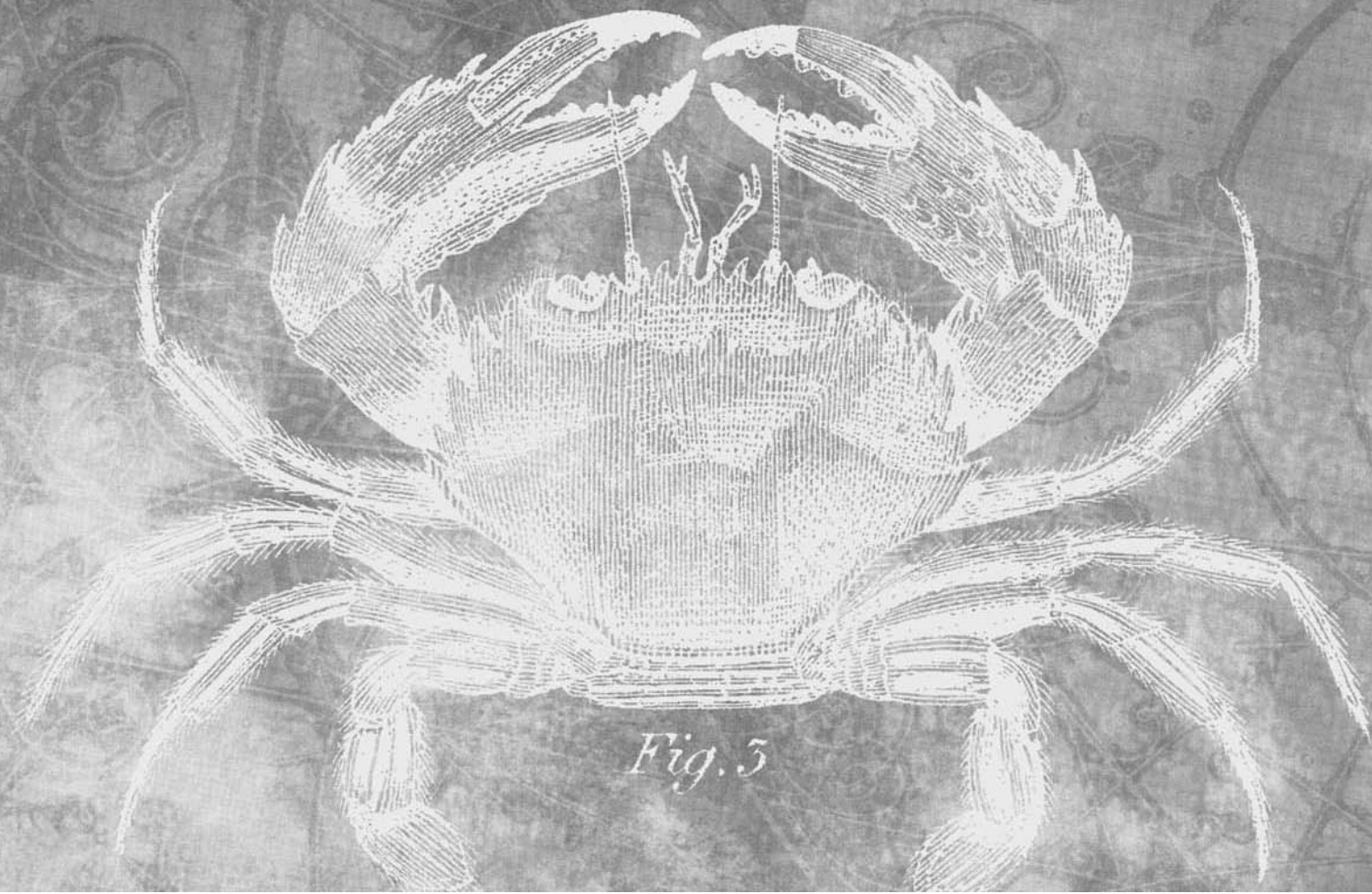


Fig. 3

1. Le cancer, hier et aujourd'hui

Hippocrate et l'affranchissement du fiat divin

IKEDA • Le cancer et le sida sont sans doute les deux maladies contemporaines qui suscitent le plus d'inquiétudes, semblant parfois faire échec aux traitements comme à la recherche médicale. Par ailleurs, le clonage ouvre des perspectives prometteuses selon les uns, dangereuses selon d'autres. J'ai pensé que nous pourrions amorcer nos entretiens en traitant précisément du cancer, du sida, du clonage.

En tant que cancérologue mondialement connu, M. Simard, vous conviendrez sûrement que la victoire sur le cancer est l'un des plus fervents souhaits de l'humanité. J'ai jadis participé à une discussion avec des historiens français sur la vie de Napoléon et nous avons débattu ensemble de la théorie voulant qu'il fût mort du cancer. Il se serait agi, paraît-il, d'un cancer de l'estomac.

SIMARD • Oui, c'est ce que soutiennent certains experts. En remontant loin dans le passé, les scientifiques ont d'ailleurs trouvé des traces de cancer jusque dans des momies égyptiennes. Nous sommes portés à percevoir le cancer comme une maladie du monde moderne, mais il semble avoir fait son apparition dans le monde en même temps que se produisait l'émergence de notre espèce. Il était assurément présent dans les temps anciens, voire dans les temps préhistoriques.

IKEDA • Il doit bien exister de la documentation et plusieurs types de preuves à cet effet. Savez-vous à peu près à quel moment les humains ont pour la première fois reconnu l'existence du cancer ?

SIMARD • Les Grecs de l'Antiquité, au temps du grand médecin Hippocrate (vers 400 avant Jésus-Christ), l'avaient déjà identifié. Hippocrate désignait le cancer sous l'appellation de *karkinos*, qui signifie « crabe », d'où le nom de « carcinome » donné aux cancers malins. Ignorants de la cause du cancer, les Grecs se le représentaient effectivement comme un crabe malfaisant se frayant un chemin de plus en plus profondément dans sa victime et dévorant toute chair sur son chemin jusqu'à ce qu'il ne restât plus rien à consommer.

IKEDA • Comme les chercheurs en médecine qui ne connaissent toujours pas aujourd'hui les causes du cancer, les anciens Grecs ignoraient comment et pourquoi il apparaissait. Ils ont néanmoins laissé des descriptions très précises des symptômes du cancer et de l'évolution progressive de la maladie.

SIMARD • Avant l'époque d'Hippocrate, on croyait que les dieux tenaient entre leurs mains la destinée des humains. Comme la maladie était censée faire elle aussi partie du destin, on ne pouvait guère faire mieux qu'espérer découvrir – par le moyen d'oracles, de médiums, de diseurs de bonne aventure, etc. – ce que le destin réservait à chacun. Les gens offraient parfois des sacrifices à une déité pour apaiser son courroux.

IKEDA • Vers la même époque, en Inde, la corruption et l'autoritarisme des brahmanes – la caste sacerdotale supérieure – connaissaient également un sommet. Les brahmanes contraignaient les gens à accomplir certains rites religieux, les menaçant de l'enfer et de la damnation s'ils s'y refusaient. La même tendance semble donc s'être manifestée à la fois en Orient et en Occident, au ^ve siècle avant Jésus-Christ.

Puis apparut Shakyamuni qui fonda un mouvement religieux pour libérer le peuple de l'emprise d'un clergé corrompu. Médecin éminent qu'on compare souvent à Hippocrate, Jīvaka fut l'un de ses disciples ; il posa les fondements de l'art bouddhique de la guérison.

SIMARD • Dans la Grèce hellénique, Hippocrate fut le premier à établir une nette distinction entre médecine et prière, en proposant une théorie de la maladie comme phénomène naturel, et non pas surnaturel, sans rapport avec la religion ou la magie. Il employa tout son savoir et son expérience à établir des définitions objectives des symptômes de maladies et à les expliquer en recourant à la notion bien connue des quatre humeurs corporelles (sang, flegme, bile et bile noire). Il avança

que la bile noire, substance qu'on pensait produite par la rate et l'estomac, était l'agent étiologique du cancer.

Hippocrate montra la voie en démarquant la médecine des thérapeutiques mystiques et en l'orientant vers l'établissement d'une méthode de diagnostic centrée sur l'observation et la comparaison de symptômes, l'analyse des causes et, fondé sur ces dernières, le pronostic de l'évolution de la maladie.

IKEDA • Dans le dialogue que j'eus avec lui voilà quelques années¹, Arnold Toynbee alla jusqu'à soutenir que toute personne recevant une formation en vue d'exercer quelque profession que ce soit, et non pas seulement la médecine, devrait prononcer le serment d'Hippocrate.

SIMARD • Comme vous le savez, quiconque est en formation pour devenir médecin doit prononcer le serment d'Hippocrate avant d'être officiellement reçu docteur en médecine. Considérant ce que l'humanité entière doit à Hippocrate, il n'y a là rien de surprenant. Informé du sens de ce serment, chaque nouveau médecin apprend à respecter ses patients, à reconnaître l'importance de l'observation clinique et s'éveille à l'absolue nécessité de méditer sur les aspects éthiques de la profession médicale.

Âge et région géographique comme facteurs d'incidence du cancer

IKEDA • Cela s'impose. La dimension éthique est la plus importante de toutes.

Parce que les gens vivent plus longtemps, l'incidence du cancer pourrait très bien augmenter en conséquence. Mais est-il possible que nous soyons globalement témoins, dans l'avenir, de taux de cancer bien plus élevés que les niveaux récents, en raison d'une longévité accrue ?

SIMARD • Comme vous venez de le dire, l'incidence du cancer augmente lorsqu'une population vieillit ; les statistiques sur les taux de maladie et de cas de décès dus au cancer doivent de ce fait être rajustés pour refléter cette réalité.

1. *Choisis la vie. Un dialogue*, Paris, Albin Michel, 1981.

Pourtant, si l'on en croit les statistiques – celles disponibles remontent aux années trente – et si l'on procède à des ajustements de valeur numérique pour certains types de cancer, il ne semble pas s'être produit de changement appréciable quant au taux de mortalité. Seule et importante exception : le cancer du poumon. Dans ce cas précis, les taux de mortalité ont augmenté considérablement au cours des quarante dernières années.

IKEDA • Combien de cancers a-t-on répertoriés à ce jour ? Relève-t-on, en outre, des différences notables, selon les régions, de l'incidence du cancer ?

SIMARD • Il y a environ deux cent cinquante types de cancer. Et leurs taux d'incidence varient. On reconnaît que certains types de cancer sont davantage courants dans certaines régions et certains groupes d'âge.

Le cancer du foie, par exemple, est beaucoup plus fréquent en Afrique et en Asie du Sud-Est que partout ailleurs. Et parmi les pays développés, le Japon est le seul à déplorer des taux élevés de cancer de l'estomac ; ailleurs, ce cancer est en régression. Le cancer de l'œsophage est relativement répandu en Chine méridionale, en Iran et en Normandie. Dans les pays en voie de développement, on note généralement des taux plutôt élevés de cancer du col utérin ; mais, comme s'il s'agissait d'un indice, ces taux commencent à chuter dès que s'accélère le développement. En Australie, dans les populations d'origine britannique, le mélanome est bien plus commun que dans les autres populations. D'autre part, l'incidence du cancer de la prostate augmente avec l'âge.

IKEDA • Au Japon, le cancer de l'estomac reste le type le plus courant, même si le nombre de décès dus à ce cancer est en régression. Les cancers du foie et du pancréas figurent aussi relativement haut sur la liste. À tout prendre, environ 70 % des cas répertoriés de cancer touchent l'une ou l'autre partie de l'appareil digestif. Le cancer du sein a aussi rapidement augmenté ces dernières années.

SIMARD • Au Canada, les statistiques de 1995 faisaient état d'environ 125 000 nouveaux cas de cancer diagnostiqués, et de plus de 60 000 décès reliés au cancer. Plus de la moitié des cas nouvellement diagnostiqués se répartissaient en trois catégories : les types les plus communs chez la femme étaient le cancer du sein, le cancer du poumon et le

cancer colorectal ; chez l'homme, il s'agissait des cancers de la prostate, du poumon, du rectum et du côlon. Le cancer le plus fréquemment diagnostiqué demeurait le cancer du sein chez la femme et, chez l'homme, celui de la prostate. Mais le cancer du poumon était encore la principale cause de décès.

Enfin, voici les statistiques sur la probabilité de souffrir d'un cancer et d'en mourir au Canada : une femme sur neuf sera atteinte du cancer du sein au cours de sa vie, une sur seize le sera du cancer du côlon et du rectum, et une sur vingt-deux du cancer du poumon ; le cancer de la prostate frappera plus d'un homme sur dix, surtout chez les plus de 70 ans, et un homme sur onze souffrira du cancer du poumon.

Cancer de l'enfant et cancer de l'adulte

IKEDA • Au Japon, le cancer qui frappait le plus les enfants était la leucémie. Le cancer d'un jeune est source d'intenses souffrances pour celui-ci et d'angoisse incommensurable pour les parents et les familles.

SIMARD • Il y a trente ans, un diagnostic de cancer ou de leucémie juvénile était reçu presque comme une condamnation à mort. On s'attendait généralement à ce que l'enfant décède en moins de deux ans. Aujourd'hui, la moitié des enfants cancéreux et leucémiques guérissent complètement. La fréquence des guérisons varie selon le type de cancer. Même lorsqu'ils ne sont pas complètement guéris, de très nombreux enfants peuvent espérer vivre plus longtemps grâce aux traitements permanents qui combattent et réduisent les symptômes.

C'est un long et lent processus, mais on peut déjà constater une augmentation perceptible des traitements couronnés de succès dans la hausse indubitable du nombre d'enfants qui, tôt ou tard, sortent parfaitement guéris d'une thérapie. À toutes les personnes engagées en médecine pédiatrique, aux parents, familles et infirmières qui au fil des ans ont vu de trop nombreuses jeunes existences sacrifiées sur l'autel du cancer et chaque fois se sont sentis comme si mourait une partie d'eux-mêmes, rien ne fait sans doute plus plaisir que ce changement.

IKEDA • Y a-t-il une différence entre un cancer qui frappe un enfant et un cancer qui se développe chez un adulte ?

SIMARD • La plupart des percées médicales récentes dans l'étude et le traitement du cancer touchent le cancer de l'enfant et du jeune adulte.

Depuis la fin des années soixante, le nombre de cas de rémission totale et incontestable a augmenté régulièrement. Ces succès ont même favorisé d'autres progrès dans la recherche, donnant de nouvelles et fortes raisons d'espérer à tous les enfants et jeunes gens atteints de cancer.

Je pense qu'on peut conclure, sur une base encore relativement conjecturale, qu'en général le cancer du jeune sujet et le cancer de l'adulte ne sont pas la même maladie. Les types de cancer habituellement diagnostiqués chez l'enfant sont souvent des tumeurs rares s'accompagnant de symptômes peu fréquents. Et dans presque tous les cas de rémission complète, l'annonce de la guérison du patient survient environ deux ans après la première manifestation de la maladie. À l'opposé, quand le cancer frappe un adulte, il ne progresse pas particulièrement vite. En règle générale, on ne peut poser avec certitude un pronostic de survie à long terme d'un adulte cancéreux que cinq années après le diagnostic.

Mort et rémission se produisent plus rapidement dans les cas de cancer de l'enfant et du jeune adulte que dans ceux de patients avancés en âge. En fait, les caractéristiques des premiers types de cancer sont très apparentées à celles, classiques, des maladies contagieuses qu'on observe depuis Louis Pasteur.

« Oncogènes » trouvés dans des cellules normales

IKEDA • En toute sincérité, est-il possible que le cancer n'inspire plus la peur au ^{XXI}^e siècle et n'évoque plus d'images de mort certaine ?

SIMARD • Dans toutes les régions du monde, le cancer est devenu la principale cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires. De nombreuses maladies infectieuses et endémiques, par le passé, ont été virtuellement éradiquées de la surface de la Terre, mais le cancer a pris leur place, s'est vite acquis une réputation, est devenu un formidable ennemi. Malheureusement, il semble qu'un long combat attende la race humaine dans la lutte engagée pour vaincre le cancer.

IKEDA • En ce qui concerne les causes du cancer, on évoque aujourd'hui la présence de carcinogènes et d'oncogènes dans les cellules. Jusqu'à quel point les scientifiques comprennent-ils le processus par lequel une cellule normale se transforme en cellule cancéreuse ?

SIMARD • Il nous reste encore une longue route à parcourir avant d'élucider le mécanisme par lequel est initialement induit le cancer. On croyait, par exemple, il y a environ vingt-cinq ans, que des substances chimiques, des carcinogènes, étaient la cause du cancer.

IKEDA • Il est aussi question de carcinogenèse virale. Votre mentor, Wilhelm Bernhard, était un fervent défenseur de cette théorie, si je ne me trompe.

SIMARD • Oui, vous avez raison. Peu après que les gens se furent penchés sur les carcinogènes, l'intérêt pour la théorie de la carcinogenèse virale s'est accru ; des chercheurs ont démontré que certains types de gènes dans les virus causaient le cancer. On a appelé ces gènes des oncogènes. Puis on a découvert que les cellules humaines normales contiennent des gènes identiques aux gènes viraux : on les a appelés proto-oncogènes pour les distinguer des oncogènes viraux.

IKEDA • Cette découverte de proto-oncogènes dans les cellules humaines normales fit sensation, n'est-ce pas ?

SIMARD • Très certainement. Mais nous ne savons toujours pas ce qui active les oncogènes ni comment ils sont contrôlés. L'hypothèse la plus répandue veut que d'autres gènes (les anti-oncogènes) contrôlent les oncogènes et puissent ainsi empêcher la prolifération cellulaire anormale que nous appelons le cancer. Mais les détails du mécanisme en jeu nous échappent.

Fait intéressant, les scientifiques ont commencé à se tourner une nouvelle fois vers les substances chimiques – les carcinogènes – dans leur quête des causes du cancer. En d'autres mots, les théories sur la manière dont le cancer apparaît ont décrit une boucle et ne nous ont pas encore conduits à des réponses définitives. Le sphinx du cancer n'a peut-être pas encore rencontré son Œdipe, mais ce jour viendra tôt ou tard. Ce que nous serons en mesure de faire une fois en possession du « secret » est une autre histoire.

IKEDA • Tout cela m'a l'air plutôt nébuleux. Je suppose qu'il est impossible de prévoir le prochain développement.

SIMARD • Juste. C'est pourquoi mon premier cours, chaque semestre, s'intitulait invariablement : « Harmonie et chaos ». Normalement, neuf mois après sa conception, un être humain fait son entrée dans le monde, pourvu d'un énorme éventail de possibilités. À mesure que

vieillit une personne, l'état «harmonieux» de ses cellules peut subir un certain type de transformation et présenter un état de «chaos». On pense que ces cellules «chaotiques» auraient un potentiel de carcinogénèse.

IKEDA • En fait, cette idée révèle une profonde intelligence de l'essence de la vie humaine. Dans la pensée bouddhique, on reconnaît aussi dans «l'harmonie» un état sain de vie. Quand la vie fait entendre une harmonie dynamique, elle irradie sa créativité.

À l'image des anciens arts thérapeutiques en Grèce, en Inde et en Chine, la médecine bouddhique conçoit l'aspect physique de la vie comme un composé des quatre éléments : la terre, le feu, l'eau et l'air. La symbiose temporaire de ces éléments en une harmonie dynamique entretient la vie humaine. Quand l'harmonie est rompue, la personne expérimente une forme quelconque de maladie. Si l'harmonie est irrévocablement détruite, la vie cesse.

La conception bouddhique et la conception occidentale de la médecine sont, bien évidemment, très différentes ; sur un certain plan, elles semblent pourtant partager une vision qui définit le phénomène de la vie en référence à des notions d'harmonie et de dissonance.

2. Prévention et traitement du cancer

*Les deux plus importants facteurs de cancer :
régime alimentaire malsain et tabagisme*

IKEDA • On dit que, dans une très grande variété de cancers, les taux de rémission s'élèvent notablement quand la maladie est détectée à un stade précoce. Quelles méthodes utilise-t-on aujourd'hui pour dépister et diagnostiquer le cancer ? Les gens tiquent normalement à l'idée d'un examen médical ; je pense que, s'ils comprenaient clairement les modalités et l'objectif de l'examen médical complet, ils ne se montreraient pas si hésitants.

SIMARD • La détection précoce et le diagnostic de la maladie font partie de la prévention secondaire. On distingue des modes de prévention primaires et secondaires.

L'objectif de la prévention primaire est l'élimination, avant que la maladie ne se développe effectivement, des facteurs ou circonstances qui la causent. Comme on connaît déjà fort bien certains des facteurs qui conduisent au cancer, la prévention primaire se concentre sur la recherche de méthodes pour neutraliser ces facteurs et éviter de créer ou de favoriser les conditions où la maladie est susceptible de se développer. Ces facteurs sont, par ordre d'importance : les carcinogènes (dont la cigarette et le cigare) ; les produits chimiques industriels ; les rayons ultraviolets et, en de rares cas, l'irradiation et les rayons X ; les virus du papillome, de l'herpès et du sida ; les virus infectieux comme le virus Epstein-Barr ; le régime alimentaire ; l'hérédité.

IKEDA • Au Japon, le lien entre le tabagisme et le cancer est le plus fréquemment cité dans les discussions sur les causes de cette maladie.

SIMARD • On connaît aujourd'hui très bien le lien causal entre le tabagisme et le cancer, sans oublier les maladies cardio-vasculaires. Je dirais que presque tous les citoyens des pays développés sont dorénavant conscients de ce lien. Le problème, c'est que plein de gens continuent à fumer, même parfaitement informés du risque qu'ils courent, ou sont tellement dépendants qu'ils ne peuvent se défaire de cette habitude. Nous avons tout simplement été incapables d'intervenir efficacement. Et de plus en plus de jeunes gens fument, particulièrement des adolescentes et des jeunes femmes.

Dans les pays moins développés, les populations n'ont pas directement accès aux rapports, à l'information ou aux articles traitant d'habitudes de vie. Difficile de savoir jusqu'à quel point elles sont informées, si elles le sont, des dangers du tabagisme.

En ce qui a trait au cancer de la peau consécutif à une surexposition au soleil, on publie maintenant de l'information concrète qui aide à formuler des mesures de prévention. La fréquence du cancer de la peau est à la hausse et on voit de plus en plus de cas de mélanomes extrêmement malins. On fait aussi état d'un grand nombre de cas moins graves de cancer de la peau. Jusqu'à présent, la meilleure prévention primaire contre ces types de cancer reste l'éducation par la présentation de preuves convaincantes et d'explications faciles à comprendre.

IKEDA • Dans un rapport sur le lien entre la mortalité due au cancer chez les Américains et chaque type de facteur de risque, Richard Doll

de l'Université d'Oxford en arrive à la conclusion que les deux principaux facteurs sont le régime alimentaire (35 %) et le tabagisme (30 %). En d'autres mots, si l'on en croit les statistiques, le régime alimentaire et le tabagisme seraient à eux seuls responsables de 65 % – bien au delà donc de la moitié – de tous les cas de cancer qui entraînent la mort d'Américains.

Selon Takeshi Hirayama, directeur de l'Institut japonais de recherche pour la prévention du cancer, cela signifie que « par une saine alimentation, l'abstinence de tabagisme et d'autres habitudes, et par un projet sensé de style de vie, il est possible de faire échec au cancer. » Le guide de directives le plus communément consulté pour la prévention du cancer au Japon s'intitule « Douze mesures pour prévenir le cancer » ; ce guide figure dans un rapport produit par la Fondation japonaise de recherche sur le cancer (voir Tableau 1).

L'Association américaine du cancer a publié, sous le titre « Alimentation et cancer », le même genre de document – véritable signal d'alarme soulignant l'importance du régime alimentaire et des habitudes de consommation pour prévenir le cancer – qui recommande par exemple le contrôle de l'obésité, la réduction du contenu lipidique total du régime alimentaire et la consommation abondante d'aliments très riches en fibres. Plusieurs de ces directives sont exactement identiques à celles mises de l'avant au Japon.

Légumes verts et légumes jaunes, renoncement au tabagisme, style de vie équilibré et régulier

SIMARD • Comme je l'ai dit plus tôt, on a identifié quelques matières organiques qui pourraient être, croit-on, une cause probable de l'occurrence du cancer ; la prévention primaire consiste à appliquer des mesures qui serviront à contrecarrer l'action de ces produits. Les « Douze mesures pour prévenir le cancer » de la Fondation japonaise de recherche sur le cancer couvrent toutes les démarches importantes à entreprendre dans le cadre de la prévention primaire. Elles visent juste en insistant en particulier sur l'influence du régime alimentaire et du tabagisme (effets du tabagisme sur les fumeurs et de la fumée secondaire sur les autres).

Les premières études épidémiologiques montrant que le régime alimentaire est susceptible de jouer un rôle dans le cancer ont commencé à paraître dans les années soixante et leur nombre a augmenté rapidement depuis. Aujourd'hui, on peut faire état d'études fort bien documentées touchant l'effet de l'alimentation sur le cancer du sein, les cancers du tube digestif, de l'endomètre, de la prostate, et d'autres types de cancer, tels ceux du larynx et du pharynx. Toutefois, même si quelques études suggèrent qu'un certain type de régime alimentaire ou de produits de consommation réduit ou augmente le risque de cancer, de fortes divergences de vues persistent relativement aux conclusions à en tirer et aux éléments de preuve contradictoires avancés.

Plusieurs de ces études portent sur les additifs alimentaires. On estime que plus de 2 500 substances différentes sont introduites, soit incidemment soit volontairement, dans les aliments pour en améliorer la saveur, la couleur ou la présentation. Cette situation ouvre un vaste champ d'étude aux chercheurs, puisqu'il faut plusieurs années de recherche pour démontrer l'innocuité d'une substance.

TABLEAU 1

- y Veiller à améliorer un régime alimentaire non équilibré ;
s'assurer une alimentation variée et équilibrée.
- y Ne pas consommer à répétition les mêmes aliments.
- y Éviter de trop manger.
- y Éviter la consommation immodérée d'alcool.
- y Réduire sa consommation de tabac.
- y Consommer une variété d'aliments qui fournissent des apports suffisants
de vitamines A, C, E, et un contenu abondant de fibres.
- y Éviter de consommer de grandes quantités d'aliments salés.
Ne pas manger d'aliments très chauds (brûlants).
- y Ne pas consommer les parties calcinées ou roussies.
- y Ne jamais consommer un aliment sur lequel s'est formée
de la moisissure.
- y Éviter toute longue exposition directe au soleil.
- y Éviter le surmenage.
- y Conserver de bonnes habitudes d'hygiène personnelle.

Par l'intermédiaire des puissants moyens d'information que sont la presse écrite, la radio et la télévision, le public est informé de l'existence de ces problèmes ; un peu partout se créent des associations de consommateurs qui exigent des garanties de qualité des produits qui leur sont proposés. Le public sait qu'existent des dangers, que les aliments peuvent contenir des substances toxiques et les additifs alimentaires présenter des propriétés cancérogènes. Or on connaît mal ces propriétés cancérogènes parce que de nouvelles substances font continuellement leur apparition sur le marché et que l'expérimentation de tout nouveau produit est longue et coûteuse.

IKEDA • Oui, je peux imaginer à quel point cela doit être difficile.

SIMARD • Un régime gras, outre qu'il peut conduire à l'obésité, à l'artériosclérose et à l'infarctus, favorise le cancer du tube digestif. Il y aurait lieu de suivre les recommandations des nutritionnistes selon qui les graisses ne devraient représenter au maximum que 30 % de la ration alimentaire quotidienne ; il faudrait donc prendre l'habitude de manger beaucoup moins gras. Dans les pays occidentaux, les graisses représentent plus de 40 % de l'apport calorique.

Enfin, Burkitt a récemment attiré notre attention sur l'importance, dans le régime alimentaire, de l'apport de cellulose qui constituerait un moyen de protection contre le cancer du côlon et du rectum. Malgré l'absence de preuves concluantes en ce sens, il est généralement recommandé d'augmenter aussi la ration de crudités – légumes et fruits crus – ainsi que vous le mentionniez.

Détection précoce et stimulation de la vitalité pour surmonter la peur de mourir

IKEDA • En matière de détection précoce, on prétend que le système japonais n'aurait pas son pareil. Les examens pour le dépistage précoce du cancer de l'estomac et de l'utérus, en particulier, se sont uniformément traduits par de solides résultats. À cet égard, je pense que les « Dix conseils pour le dépistage du cancer » formulés par la Société japonaise du cancer sont un bon exemple des efforts déployés (voir Tableau 2).

TABLEAU 2

Dix conseils pour le dépistage du cancer

- y Le patient a-t-il perdu du poids, a-t-il depuis peu l'air pâle et blême, ou a-t-il développé une anémie sans cause apparente ni malaise particulier?
(TOUS TYPES DE CANCER)
- y Note-t-on la présence de plaies ou d'ulcères, dans la bouche ou sur la peau, qui ne guérissent pas comme à l'ordinaire?
(CANCERS DE LA LANGUE ET DE LA PEAU)
- y La voix reste-t-elle enrouée pendant de longues périodes?
(CANCER DU LARYNX)
- y Remarque-t-on une toux persistante et du sang mêlé au flegme?
(CANCER DU POUMON)
- y Les aliments semblent-ils rester dans la gorge quand on les avale?
(CANCER DE L'ŒSOPHAGE)
- y Le patient expérimente-t-il de longs épisodes de douleurs à l'estomac ou de perte d'appétit? (CANCER DE L'ESTOMAC)
- y Les fèces et leur évacuation sont-elles normales? Y a-t-il du sang dans les fèces? (CANCER DU GROS INTESTIN)
- y Peut-on palper dans le sein une ou plusieurs bosses qui persistent sur une longue période? (CANCER DU SEIN)
- y Y a-t-il écoulement vaginal inhabituel ou plus abondant, contenant peut-être même du sang? Y a-t-il écoulement inhabituel ou sanguin pendant un contact physique? (CANCER DE L'UTÉRUS)
- y Est-il difficile d'uriner ou l'urine contient-elle du sang?
(CANCERS DE LA PROSTATE ET DU FOIE)

SIMARD • Je reconnais qu'à titre de marche à suivre pour le dépistage et le diagnostic précoces du cancer (prévention secondaire), les « Dix conseils » couvrent l'essentiel.

La Société canadienne du cancer émet des recommandations semblables. Le fait que les deux organismes voient les choses du même œil renforce la thèse que le dépistage précoce réduit le taux de morbidité et de mortalité pour tous les types de cancer.

Personnellement, j'estime que les programmes axés sur la prévention du cancer devraient être plus largement appliqués. La prévention primaire est toujours de loin préférable au diagnostic, même s'il est précoce, et le diagnostic précoce permet d'éviter des méthodes de traitement coûteuses et agressives, en outre physiquement débilitantes.

IKEDA • Docteur en médecine, Hiroomi Kono a compilé et publié des statistiques révélant les principales raisons pour lesquelles le cancer progresse souvent au point qu'il est difficile ou impossible à traiter. Certains résultats de ses travaux figurent au Tableau 3.

On a découvert par exemple, dans une enquête sur cinquante patients atteints de cancer terminal de l'estomac, qu'ils n'avaient pas été diagnostiqués plus tôt non pas tant parce qu'ils étaient trop absorbés par leur travail, même si je soupçonne qu'ils aient attendu que leur travail commence à en souffrir, mais bien – et c'est là le point digne d'attention – parce qu'ils se croyaient d'une santé de fer et avaient choisi d'ignorer les signes d'anomalie que leur lançait leur corps. Qui plus est, la communication dans le contexte de leur vie familiale quotidienne laissait à désirer : nul n'accordait guère d'attention à l'air ou aux plaintes d'autrui, et il était ainsi facile de ne faire aucun cas de ce qui semblait n'être que de bénins ennuis de santé.

T A B L E A U 3

Causes d'un diagnostic tardif de cancer

- y L'individu peut relever des symptômes susceptibles d'être associés au cancer, mais choisir de décider lui-même de leur nature et négliger de se soumettre à un examen médical. (70 %)
- y Les membres de la famille communiquent peu, négligent de conseiller un examen médical et contribuent à l'aterrissement. (50 %)
- y Le patient est trop occupé au travail pour prendre le temps de consulter un médecin. (30 %)

Quand les psychologues font état de perte de sensation physique ou d'émotion, ils renvoient à la manière dont une peur inconsciente de la mort – à la suite d'un cancer, par exemple – peut se transposer en un blocage, auto-induit par le malade, de sa capacité d'être attentif aux anomalies physiologiques et émotives qui se manifestent en lui. Le dépistage et le traitement efficaces et précoces dépendent de la façon dont on perçoit le cancer et y réagit. On devrait faire comprendre à chacun que le cancer n'est pas nécessairement une maladie incurable, qu'il faut laisser croître en soi la force de la vie jusqu'à ce qu'elle soit assez robuste pour vaincre la peur de la mort. Tout en continuant

à mener leur vie de tous les jours, les gens se doivent de connaître, d'observer scrupuleusement leur corps et d'entretenir leur détermination à réagir rapidement aux problèmes.

Autre point vital, me semble-t-il : l'authentique sollicitude des proches qui permet de resserrer des liens de confiance et d'amour réciproques.

SIMARD • Je ne peux qu'acquiescer. Les facteurs psychologiques jouent un rôle terriblement important dans le cancer. D'ailleurs, cela ne vaut pas seulement pour les patients cancéreux, mais pour les gens en santé. Le seul mot de cancer évoque immédiatement pour tous des images de mort, de maladie incurable, de solitude, d'abandon et d'impuissance.

Depuis les premiers jours de l'histoire de notre espèce, toutes sortes de maladies qu'on a crues incurables ont menacé la vie humaine. Au fil des siècles, la lèpre (maladie de Hansen), la peste, la tuberculose et de nombreuses autres maladies ont menacé de grandes et de petites populations. Jusqu'à tout récemment, personne – pas même les scientifiques – n'en connaissait les causes, encore moins le traitement ; nul n'avait la moindre idée de la manière d'endiguer leurs ravages.

Même si le SIDA fait aujourd'hui concurrence au cancer en tant que fléau, s'adjoignant les mêmes connotations d'incurabilité et de juste châtiment pour un condamnable mode de vie, le cancer conserve l'apanage d'être associé par l'adjectif « malin » à des représentations infernales. Métaphore du mal, le cancer a gagné le langage de l'économie et de la politique : on qualifie par exemple le chômage de *cancer de la société* et le terrorisme de *cancer de la démocratie*.

Chimiothérapie, chirurgie, irradiation

IKEDA • Il y a plusieurs années, on considérait la tuberculose pulmonaire comme une maladie incurable ; grâce aux antibiotiques, la plupart des patients tuberculeux peuvent aujourd'hui espérer se rétablir. Croyez-vous qu'on trouvera un jour des médicaments vraiment efficaces pour guérir complètement du cancer ?

SIMARD • On a longtemps considéré le cancer comme incurable. Toute maladie, aussi longtemps qu'on en ignore les causes, reste sinistre, mystérieuse, et engendre une phobie physique et mentale de la contagion. J'ai entendu parler d'hôpitaux dans certaines parties du monde

où, aveuglé par des peurs semblables, on refuse d'admettre des patients cancéreux.

Dans les cas d'infections virales, on peut mettre au point des médicaments efficaces en étudiant le virus lui-même. Mais on tâtonne encore pour ce qui est du cancer. Impossible de mettre au point des médicaments pour contrer cette maladie à sa source, tout simplement parce qu'on ignore encore quelle en est la source. Triste réalité, mais le développement de médicaments ou de traitements efficaces pour guérir le cancer demandera encore bien du temps. Cependant, comme je l'ai mentionné plus tôt, la chimiothérapie s'est avérée très efficace dans le traitement du cancer juvénile. Aujourd'hui, on peut guérir 90 à 95 % de toutes les leucémies (cancers du sang) infantiles.

IKEDA • Voilà qui est certes très encourageant.

SIMARD • La chimiothérapie est encore très récente. Elle est née de la recherche pharmacologique sur les gaz toxiques fabriqués pendant la Deuxième Guerre mondiale. Une autre percée importante, datant également du début des années quarante, fut la découverte, par un Canadien du nom de Huggins, que les œstrogènes peuvent être utiles dans le traitement du cancer de la prostate. Huggins reçut le prix Nobel pour cette découverte.

IKEDA • Quel est votre champ de spécialisation, M. Simard? Pourriez-vous décrire vos recherches d'une façon concrète que les non-spécialistes comprendraient aisément?

SIMARD • C'est relativement facile! Mes recherches se concentrent sur la manière d'utiliser des agents anticancéreux pour lutter contre les cellules cancéreuses. J'essaie aussi de découvrir comment les virus opèrent pour engendrer le cancer chez les animaux et les humains.

IKEDA • On entend souvent dire que les médicaments anticancéreux détruisent non seulement les cellules cancéreuses, mais également les cellules saines, provoquant de très douloureux effets indésirables. Ai-je raison de penser que vos recherches visent à venir à bout de ces inconvénients des médicaments anticancéreux?

SIMARD • Effectivement. Il existe des anticorps, appelés monoclonaux, qui reconnaissent exclusivement les cellules cancéreuses. Si l'on recourt à ces anticorps en association avec un médicament anticancéreux, ce

dernier n'entrera en action que dans les cellules cancéreuses. Il n'aura aucun effet sur les cellules normales.

Reste encore beaucoup à faire pour rendre plus efficaces les médicaments anticancéreux. C'est-à-dire pour s'assurer que le vecteur – l'anticorps monoclonal, dans ce cas-ci – sélectionne uniquement, avec constance et précision, les cellules cancéreuses. Les progrès en ce domaine recèlent un potentiel incalculable pour le traitement du cancer.

IKEDA • J'ai cru comprendre que la radiothérapie progressait aussi à très grands pas. Jusqu'à quel point, à votre avis, sont efficaces le cobalt 60 et les autres traitements du genre ?

SIMARD • Les radiothérapies se sont avérées efficaces contre certains types de cancer. Mais la radiation ne peut réduire que le volume de certaines cellules cancéreuses ; elle ne réussit pas encore à les éliminer complètement.

Il est parfois nécessaire de prescrire une radiothérapie et une thérapie médicamenteuse, en plus d'une chirurgie, pour traiter certains types de cancer. Cette méthode thérapeutique associative se traduit par une augmentation constante du taux de survie. On relève aussi des cas de rémission permanente, spécialement chez les patients de 30 ans et plus.

En utilisant de concert deux ou trois thérapies, on peut grandement progresser dans la lutte contre cette maladie. Considérant le haut niveau de technologie, de compétence et de connaissances que requiert pareil traitement et le recours nécessaire à des médicaments dispendieux pas toujours nécessairement disponibles, il est difficile de mesurer la possibilité que puisse être employée avec succès à l'échelle mondiale cette nouvelle méthode thérapeutique.

Effet de l'état émotionnel sur l'immunité

IKEDA • J'ai entendu parler de recherches sur l'immunothérapie qui pourrait représenter une autre voie fertile pour contrôler le cancer. Bien entendu, cela concerne les défenses naturelles du corps humain contre la maladie. Or le système immunitaire est la plus importante de ces défenses. De quelle manière exactement les globules blancs et les lymphocytes font-ils leur travail en tant qu'acteurs à l'intérieur du système immunitaire ?

SIMARD • Tous les vertébrés, pas seulement les humains, sont pourvus de capacités défensives – la réponse immunitaire – pour se protéger contre les micro-organismes et autres agents pathogènes qui provoquent des maladies de types variés. Grâce à ces défenses, nous sommes capables de résister à un vaste assortiment de maladies infectieuses et de nous en remettre. La capacité défensive naturelle de l'organisme est un important sujet d'études en sciences médicales et, aux yeux des médecins et scientifiques engagés dans la recherche sur le cancer, elle offre une voie thérapeutique valable contre la maladie. On se tient le raisonnement que, si le corps humain ne peut éviter le cancer, il existe peut-être une façon d'en limiter les conséquences en mettant à profit l'immunité naturelle.

Le système immunitaire repose essentiellement sur deux types de cellules qu'on trouve dans le tissu lymphoïde et qui sont disséminées dans tout le corps humain. Les lymphocytes B (plasmocytes), qui fabriquent les anticorps, composent le premier type. Les anticorps sont des agrégats de protéines dans le sang; il en existe plusieurs milliers de types différents, et chacun est programmé pour se fixer à un antigène. Les antigènes stimulent, pour leur part, la formation d'anticorps.

Les lymphocytes T constituent le deuxième type. Il s'agit des globules blancs qui se forment dans le tissu lymphoïde. Leur travail consiste à s'assurer que le système de défense immunitaire fonctionne comme prévu. Ils circulent dans le circuit sanguin où ils patrouillent sans arrêt à la recherche d'antigènes.

Chaque fois que sont repérés des antigènes, le système immunitaire enregistre l'information dans sa banque de données et, dès que réapparaissent les mêmes antigènes, il peut les identifier et lancer une contre-attaque. Une fois qu'ils ont détecté des antigènes, les lymphocytes sensibilisés peuvent aussi transmettre l'information à d'autres cellules. C'est ainsi que, lorsque les conditions nécessaires sont réunies, les lymphocytes peuvent engager une réaction immunitaire massive.

IKEDA • Diriez-vous qu'en excitant l'action des lymphocytes nous pourrions contrôler la prolifération des cellules cancéreuses?

SIMARD • S'il est de fait possible que, par son action, le système immunitaire élimine les cellules cancéreuses, alors la clé de la prévention du

développement de tumeurs cancéreuses consiste à susciter une réaction du système immunitaire. Inversement, il se pourrait que les cellules cancéreuses se développent et que le cancer progresse précisément quand le système immunitaire ne fonctionne pas correctement.

IKEDA • Jusqu'à quel point la recherche a-t-elle progressé en ce domaine?

SIMARD • Jusqu'à maintenant, les progrès ont été un peu lents et on ignore encore quelles orientations précises seront les plus productives et profitables. Mais il ne fait aucun doute que stimuler la réponse immunitaire est une avenue thérapeutique valable. Dans l'affection qu'est le SIDA, le système immunitaire du corps a flanché; les patients atteints du SIDA sont donc très vulnérables aux maladies infectieuses et développent souvent le cancer. On peut donc conclure dans ce cas que le renforcement de l'immunité pourrait empêcher l'apparition du cancer.

IKEDA • Où se poursuivent, pour l'heure, les recherches les plus avancées en immunologie?

SIMARD • Probablement aux États-Unis, mais personne ne saurait prévoir où pourrait se produire une importante percée.

IKEDA • On voit ici et là des rapports dans le champ de la médecine psychosomatique sur la stimulation de l'immunité. On y affirme, par exemple, que le bonheur, la gratitude, l'espoir, la satisfaction, etc., peuvent sensibiliser les lymphocytes. Inversement, on y soutient que la douleur, la colère, le ressentiment, la tristesse et d'autres sentiments du même ordre peuvent déprimer l'action des lymphocytes.

Il y a quelque temps, j'ai lu un article très intéressant de David Spiegel intitulé « *Does Spiritual Healing in Cancer Prolong Life?*² ». L'article décrit comment on a divisé en deux groupes cent neuf patientes atteintes du cancer du sein : les unes suivaient une **thérapie spirituelle**; les autres, non. Les résultats furent impressionnants : les patientes du groupe profitant d'une thérapie spirituelle parvinrent à un équilibre émotif et psychologique et vécurent environ deux fois plus longtemps, à compter du début du traitement, que celles de l'autre groupe. En d'autres mots, l'article reconnaissait que le ressourcement spirituel avait un effet positif sur la longévité. Reste à définir précisément quel

2. *Lancet*, octobre 1989.

mécanisme se cache derrière cet effet, mais ne pensez-vous pas que l'état spirituel d'une personne puisse avoir une incidence sur son système immunitaire?

Il existe en bouddhisme un principe qu'on appelle « non-dualité du corps et de l'esprit » (*shiki shin funi*). Cela signifie que le corps, l'aspect physique de la vie, et l'esprit ou le cœur, sa réalité spirituelle, sont deux facettes d'une même entité. Le mot japonais « *funi* » signifie à la fois « deux, mais non-deux » et « non-deux, mais deux ». Par extension, cette idée exprime comment le matériel et le spirituel, qui au niveau le plus essentiel de la vie sont uns et inséparables, peuvent recouvrir deux catégories distinctes de phénomènes.

Si, comme je le crois, le corps et l'esprit s'influencent réellement l'un l'autre, alors il s'ensuit que la joie, l'espoir et d'autres sentiments positifs activent les mécanismes physiologiques et, de ce fait, renforcent la résistance à la maladie. Semblablement, le désespoir et d'autres sentiments négatifs dépriment l'immunité.

SIMARD • D'un point de vue strictement scientifique, je dois dire qu'il est extrêmement difficile de concevoir et de mener des tests psychosomatiques en laboratoire pour établir une nette corrélation entre la psychologie humaine et la maladie. Je m'empresse d'ajouter toutefois que, dans le cas des maladies cardio-vasculaires, on détient des preuves que les émotions comme la joie ou l'angoisse sont indéniablement associées à la maladie et à la santé.

Le cancer peut lui aussi être provoqué par le stress, comme l'indique d'ailleurs l'expression « cancer de stress ». Ceux qui se spécialisent dans la recherche sur le cancer devraient se montrer suffisamment larges d'esprit pour garder l'œil ouvert sur toutes ces théories et possibilités.

La découverte d'indices de corrélation entre cancer et sentiments humains

IKEDA • Josei Toda, mon mentor, avait coutume de dire que le corps humain est comme une énorme usine pharmaceutique. Par exemple, les glandes endocrines sécrètent toutes sortes d'hormones, alors que les endorphines produites dans le cerveau agissent comme une sorte d'anal-gésique. Les globules blancs que fabrique le corps aident à résister aux germes de maladie. Les enzymes sont vitales aux diverses réactions

chimiques qui interviennent dans l'organisme. Si on se représente le corps sous cet angle, on trouve beaucoup de vérité dans la métaphore de Toda.

SIMARD • Je pense que cette idée du corps comme usine pharmaceutique est assez unique. On reconnaît évidemment que le cerveau sécrète des endorphines, qu'on appelle parfois « morphine interne ». On présume d'ailleurs que l'acupuncture, point d'appui de la médecine orientale, stimule la sécrétion d'endorphines.

Quand on s'adonne au jogging, il y a des moments où l'on se sent allègrement vivifié, sans la moindre trace de fatigue. Cette sensation est très vraisemblablement imputable aux effets des endorphines.

Par ailleurs, sous l'effet de la colère, la sécrétion d'adrénaline augmente, ce qui en retour provoque une hausse de la pression sanguine et la dilatation des bronches.

IKEDA • Des spécialistes en médecine psychosomatique affirment que les gens qui ont perdu espoir, ont le sentiment de n'avoir plus de raison de vivre, font l'expérience d'une dépression tenace, sont en proie à la colère ou à l'anxiété réprimées, auraient tendance à succomber plus facilement au cancer. À l'opposé, disent-ils, une personne qui se découvre toujours de nouveaux buts dans la vie et qui a la volonté de les poursuivre serait mieux outillée pour résister au cancer. Que pensez-vous d'opinions semblables ?

SIMARD • Il est important et très intéressant de se pencher sur la genèse et l'évolution du cancer d'un point de vue psychologique. S'interrogeant sur la gravité de leur état, les patients sont toujours inquiets quand on pose ce diagnostic, mais la réaction varie de l'un à l'autre. L'éventualité d'une amputation – de perdre une jambe ou un sein, par exemple – en inquiète plus d'un et la perspective d'une telle atteinte les effraie. Ou ils redoutent d'être affublés en permanence d'un orifice chirurgical. Plusieurs craignent que leur vie change radicalement après le traitement. Quand aucune thérapie ne donne de résultat, ils se représentent une lutte sans fin : une expérience que rend plus insupportable encore le fardeau émotionnel concomitant qui s'alourdit inévitablement avec le temps.

Suivant la gravité de son état, une personne pourra devoir s'absenter longtemps du travail et, dans certains cas, ne jamais vraiment

reprendre une existence normale, même après son rétablissement. Elle sera peut-être même amenée à renoncer à tout engagement social actif et à vivre jusqu'à la fin dans une profonde dépression.

IKEDA • Certaines des données colligées par Hiroomi Kono sont à ce point-ci également pertinentes (voir Tableau 4).

Si l'on en croit son rapport, quand la dépression ou le sentiment de n'avoir aucune raison de vivre persiste trop longtemps, les cellules cancéreuses prolifèrent et se disséminent plus rapidement, ce qui rend d'autant plus difficile la guérison. Mais quand un patient cancéreux se découvre un nouveau but dans la vie et retrouve la force et le ressort pour sortir de chez lui et tendre vers ce but, les cellules cancéreuses se résorbent.

Partout dans le monde, on ne ménage pas les efforts en pathologie et en statistiques pour fouiller la corrélation entre le cancer et la dimension émotionnelle, psychologique.

TABLEAU 4

Facteurs psychologiques/émotionnels et patients cancéreux

1. Les gens qui connaissent des expériences malheureuses dans leur enfance pourraient être plus susceptibles d'être atteints du cancer.
2. Les personnes soumises à un grave stress avant l'apparition d'une maladie, du genre de celui qu'occasionne un deuil personnel (par exemple la mort du conjoint ou d'un enfant), ressentent un choc et du chagrin, puis du désespoir et la perte de leur raison de vivre.
3. Les patients cancéreux donnent généralement l'impression de s'adapter aux interactions et situations sociales, mais ne s'adaptent pas du tout, au fond d'eux-mêmes; ils s'exercent plutôt constamment à s'auto-réprimer.
4. On note chez les patients cancéreux une forte tendance à retourner contre eux-mêmes toute la tension, l'anxiété, la colère et les autres émotions qu'ils ne peuvent exprimer.

SIMARD • Les hypothèses voulant que certaines personnes présentent un plus haut risque de cancer, que la pression mentale ou le surmenage soient susceptibles de conduire au cancer, pourraient donner d'importantes indications sur la direction que prendra la recherche dans l'avenir. Il y a très longtemps qu'on évoque cette possibilité.

Voilà presque deux millénaires, au II^e siècle, le médecin grec Galien observa que les femmes mélancoliques ou dépressives étaient plus sujettes au cancer du sein. Pour dire la vérité, la recherche en ce domaine n'a guère progressé au cours des siècles. Il est très difficile de produire une preuve étayée de nette corrélation entre état psychologique et cancer.

Même s'il n'existe pas encore de preuve indiscutable à cet effet, je pense néanmoins qu'il pourrait être utile d'inclure un psychiatre ou un psychologue dans le groupe de thérapeutes, pour prévenir certaines dérives psychologiques que la maladie cancéreuse peut engendrer. Médecins et infirmières s'efforcent d'accorder une attention toute spéciale aux difficultés psychologiques associées au cancer, mais ne sont pas encore capables d'en venir complètement à bout. Désireux d'obtenir de la formation en ce domaine et de comprendre les besoins psychologiques de leurs patients, ils font de leur mieux pour s'instruire de l'aspect mental de la thérapie.

Les contre-mesures constantes du corps

IKEDA • Selon les données de M. Kono, un grand nombre de patients cancéreux (environ un tiers) auraient expérimenté un sentiment d'abandon et de tristesse à suite de la perte d'un parent, ou des deux, ou d'un autre être aimé lorsqu'ils étaient enfants, ce qui suggère que de telles expériences pourraient induire un stress psychologique qui plus tard déclencherait l'apparition du cancer. Cela m'inspire aussi que, de tous les types de stress, la perte d'une personne aimée est celui qui a le plus lourd retentissement.

Cependant, il est aussi concevable que, même après avoir perdu ses deux parents, un enfant entouré par des personnes qui lui dispensent soutien et chaleur maternels et paternels « indéfectibles » soit libéré de son stress émotionnel et capable de rassembler ses forces pour juguler la croissance de cellules cancéreuses.

L'idée de la rencontre d'une présence « indéfectible » dans la vie d'un être, avec ses connotations maternelles et paternelles, fait intervenir le rôle de la philosophie ou, plus encore, de la religion. N'est-il pas possible qu'à travers la religion un être puisse opérer une transformation existentielle et tirer de cette expérience une vitalité assez résistante pour lutter avec succès contre le cancer ? Il est à mes yeux parfaitement

sensé de concevoir la mission de la philosophie et de la religion comme une partie vitale du combat contre le cancer.

SIMARD • Si l'on étudie un groupe de sujets atteints de cancer et que l'on observe chez eux des troubles de la personnalité, il est impossible d'ignorer l'influence que la maladie somatique, ici le cancer, a pu exercer sur leur comportement mental. Et on ne peut écarter la proposition inverse, faute d'avoir analysé leur personnalité avant l'écllosion de leur maladie. On peut fréquemment identifier, dans l'histoire d'un malade, un stress précédant de peu le premier symptôme de sa maladie. Peut-on attribuer à ce stress un caractère déclenchant? C'est un pas que, personnellement, je ne suis pas prêt à franchir. Combien de stress ne se traduisent pas par une maladie grave, un cancer? Sans compter que tant de subjectivité entre dans l'appréciation d'un stress!

IKEDA • Je comprends ce que vous voulez dire. Des gens peuvent expérimenter le même stress, mais leur corps y réagira différemment suivant la manière dont ils s'efforcent de le surmonter.

Perd-on contenance sous le stress? Ou sa vitalité se trouve-t-elle renforcée quand on l'affronte? Dans la seconde hypothèse, j'estime que se produit une « transformation existentielle ».

SIMARD • C'est, bien sûr, une piste à explorer. Compte tenu des difficultés découlant de la multiplicité des interprétations aussi bien que de l'absence de preuves et de modèles expérimentaux, nous sommes encore loin de toute espèce de certitude.

IKEDA • Normand Cousins, surnommé la « conscience de l'Amérique », a effleuré ces questions dans un dialogue que j'eus avec lui, voilà quelques années³. Il disait que le corps humain est pourvu d'un système de guérison et d'un système de croyances; de son point de vue, les deux systèmes travaillent ensemble à guérir la maladie. Je crois moi aussi que les êtres humains ont une capacité innée à vaincre l'affliction, tant physique que mentale.

SIMARD • Franchement, je pense aussi que le corps fabrique constamment du neuf pour lutter contre les excroissances malignes qui l'affectent intérieurement.

3. *Sekai Shimin no Taiwa – A Dialogue Toward Global Harmonization*, Tôkyô, The Mainichi Newspapers, 1991, 254 p.

IKEDA • Venant d'un homme qui a fait de la recherche sur le cancer pendant tellement d'années et qui a tant de réalisations à son crédit, ces réflexions n'en ont que plus de poids. Elles devraient donner espoir et courage à bien des gens.

3. Cancer et divulgation du diagnostic : le lien médecin/patient

Dignité humaine et information du patient

IKEDA • Attardons-nous maintenant à la divulgation du diagnostic. Les médecins devraient-ils ou non informer le patient d'un diagnostic de cancer ? Comme le type de traitement retenu dépendra en partie de la décision prise en cette matière par le médecin, il s'agit d'une décision très importante. Chez les Japonais, la réflexion sur le sujet semble s'orienter dans une nouvelle direction. De plus en plus de membres de la communauté médicale défendent l'opinion que la divulgation de l'état est la tendance de l'avenir.

Les souffrances que cause le cancer prennent plusieurs formes qui se rangent principalement dans trois catégories. La douleur physique en est une. Le patient peut perdre toute dignité humaine, plus particulièrement dans le cas d'un cancer avancé et en phase terminale, quand la douleur est très aiguë et persistante. La deuxième recouvre l'anxiété et la crainte associées à l'éclatement de la vie familiale et professionnelle, la perte éventuelle de sa situation et de sa reconnaissance sociales et le bouleversement d'autres aspects de la vie sociale et personnelle. La troisième concerne l'appréhension de mourir et la peur de la mort elle-même.

Dans la vision bouddhique, la souffrance humaine est tridimensionnelle, ou de trois ordres : « *ku-ku* » veut dire douleur et correspond à la douleur physique ; « *e-ku* » décrit la détresse spirituelle, mentale ou sociale, cette souffrance qu'on expérimente quand sa vie sociale et familiale est ruinée ; « *gyo-ku* » exprime le tourment existentiel, ou la peur de la mort. Au cœur du débat sur la pertinence d'informer ou non le patient cancéreux de son état, et de la manière de l'en informer,

se trouve la difficulté de déterminer le moyen de surmonter les trois types de souffrance.

Au Japon, ne pas informer le patient qu'il a le cancer est encore le plus souvent la règle. Je crois comprendre qu'en Europe et aux États-Unis les patients cancéreux sont presque automatiquement informés de leur maladie. Un sondage, conduit en 1973 par le *Journal of the American Medical Association*, rapportait que 98 % des médecins informaient de leur état les patients atteints de cancer. Peut-être les usages contraires des Japonais et des peuples occidentaux sont-ils le reflet de deux conceptions différentes de la mort.

L'une des raisons pour lesquelles les malades en Europe et aux États-Unis sont informés qu'ils ont le cancer tient au droit du patient à participer aux décisions concernant son traitement et à son droit à un « consentement éclairé », ce qui implique qu'il soit au fait de sa maladie pour procéder aux choix les plus avisés. Ce dont il s'agit ici, c'est de la protection des droits des patients et des droits de la personne. Une autre raison a trait à « la qualité de la vie » : cette idée qu'il ne suffit pas simplement de laisser vivre une personne jusqu'à la fin, mais qu'il faut la respecter en tant qu'être humain et lui donner une chance de mener une vie aussi valorisante que possible pour le temps qu'il lui reste. J'ai aussi entendu dire qu'en des endroits où, comme aux États-Unis, les poursuites pour faute professionnelle sont courantes, informer le patient fournit une autre source de preuve à l'appui dans l'éventualité d'une bataille juridique.

Pour leur part, les médecins japonais répugnent à révéler au patient leur diagnostic en partie parce qu'ils assument qu'une telle annonce serait assez bouleversante pour plonger le patient dans une profonde dépression et pour hâter indûment sa mort. Ils estiment préférable de ne pas apprendre au patient qu'il a le cancer parce qu'ils croient lui permettre ainsi de parvenir en paix à sa dernière heure. Depuis peu, les attitudes seraient en train de changer et de plus en plus de médecins, à ce qu'on me dit, préféreraient informer le patient.

SIMARD • Vous avez soulevé quelques points cruciaux concernant la divulgation de leur état à des patients cancéreux. Et, de toute évidence, le bouddhisme apporte une contribution précieuse au débat sur la question. À mon avis, les patients ont le droit de tout savoir sur leur état de santé. D'ailleurs, lorsqu'ils sont bien informés, ils se montrent

généralement plus coopératifs et mieux disposés aux traitements jugés les plus recommandables, quels qu'ils soient. Cela, mon expérience personnelle et celle de mes confrères me l'ont appris.

Certains patients, pour des raisons qui leur sont personnelles, ne veulent pas connaître la vérité sur leur état de santé. Ces personnes sont peu enclines à poser des questions sur le diagnostic et leurs médecins devraient respecter leur sentiment ; souvent, leur résistance initiale faiblit et il leur arrive de vouloir connaître leur état. Personnellement, si j'avais le cancer, j'aimerais le savoir.

IKEDA • En vrai scientifique, vous êtes toujours prêt à vous analyser vous-même objectivement et avec détachement. Compte tenu des traitements médicaux perfectionnés, aujourd'hui disponibles – des effets secondaires de médicaments anticancéreux, et des irradiations, par exemple –, il est de toute façon difficile de cacher la vérité.

SIMARD • Les patients en savent davantage sur leur état de santé que ce que leur en concède leur entourage.

IKEDA • L'un des bénéfices significatifs d'informer les patients cancéreux, comme vous le signalez, est qu'ils peuvent se montrer plus réceptifs aux traitements qu'on leur administre s'ils connaissent la vérité sur leur maladie. Une confiance mutuelle mieux sentie est alors plus susceptible de se développer entre le docteur et le patient. Autre avantage : en sachant que ses jours sont comptés, on peut employer le temps qu'il reste à achever le travail d'une vie ou des projets laissés en plan, et passer du temps avec sa famille et ses amis intimes. Plus important encore, en faisant face à sa propre mort on devient intensément éveillé aux contraintes de l'existence, on peut finalement faire ses adieux à la vie terrestre et aller à la rencontre de l'éternel dans l'équanimité.

Quand on informe des patients qu'ils ont le cancer, je pense qu'il faut considérer soigneusement ce qui suit.

D'abord, la nécessité d'un rapport de confiance mutuelle entre les médecins et le personnel médical d'une part, et entre le médecin et le patient d'autre part.

Deuxièmement, la nécessité de constituer une équipe médicale hautement qualifiée.

Troisièmement, l'importance d'encourager le patient à vouloir vraiment se battre contre la maladie.

Quatrièmement, l'importance du soutien de la famille et des amis.

Cinquièmement, l'avantage pour le patient de posséder ou, à tout le moins, d'essayer de se façonner une vision de la vie mortelle et une vision de la vie et de la mort.

Si on procède sans doigté, la divulgation peut engendrer, entre autres inconvénients, de l'anxiété et une dépression grave au point d'inciter le patient à une tentative de suicide. Ou encore le patient perdra la volonté de lutter, interrompra peut-être le traitement et s'affaiblira. En outre, la divulgation aura parfois pour effet d'interrompre momentanément toutes les activités sociales du malade.

L'espoir comme capacité innée de vaincre la maladie

SIMARD • Une fois reconnu le droit du patient d'être informé et le devoir du médecin de dispenser cette information, reste l'épineuse question de la manière de communiquer la nature et la gravité du mal. Non seulement est-il important de présenter le diagnostic au patient, il faut aussi l'expliquer à sa famille et à ses proches. Cela suppose de la part du médecin une certaine connaissance de la famille qui apportera un indispensable support psychologique au patient et l'aidera grandement à vivre sa maladie. Il faudra décider du nombre de rencontres nécessaires et de l'à-propos de la présence de l'entourage au moment de la divulgation du diagnostic en fonction de l'âge du patient, de sa personnalité et des disponibilités de la famille.

IKEDA • Voilà un conseil réaliste et extrêmement précieux. Le cœur du problème posé par la divulgation consiste à déterminer si le malade est capable ou non de surmonter la souffrance de la mort – « *shi-ku* » en langage bouddhique – en plus d'autres formes de souffrance qu'il affronte au dernier chapitre de son existence, pour s'élancer enfin dans un nouveau monde de paix. Nous devrions tâcher que nos mérites l'emportent sur nos démérites, de telle sorte que la souffrance soit bannie et remplacée par la consolation. Comme la maladie et l'état du patient diffèrent dans chaque cas, on en est réduit à évaluer séparément chaque situation particulière.

SIMARD • Quoi qu'il dise au patient, le médecin devrait toujours tenir compte de l'âge, du bagage intellectuel et culturel de la personne quand

il décide de la meilleure manière de lui communiquer l'information. Il devrait employer un langage simple, jamais le charabia du jargon médical. Il sera bien avisé de demander au patient et aux membres de sa famille de lui répéter ce qu'il vient de leur apprendre, pour prévenir les craintes non justifiées et les erreurs d'interprétation.

IKEDA • Oui. Il est capital d'expliquer au patient sa maladie d'une manière qu'il puisse comprendre parfaitement.

Un sûtra⁴ bouddhique recourt au mot « *aigo* », qui signifie « propos aimants », ou bonnes paroles. Dans cette expression, « l'amour » est compassion pour autrui. Ce passage du sûtra « *Abidatsuma Imon Sokuron* » se lit comme suit : « À quoi ressemblent les bonnes paroles ? Elles font plaisir à l'autre ; elles sont agréables et émouvantes ; on les prononce l'air attendri, l'œil débonnaire. » Le même passage recommande aussi de ne pas employer de « paroles qui feraient sourciller ». Si le médecin emploie des « bonnes paroles », je crois que le patient l'écouterait sans résistance et avec considération.

SIMARD • Je ne puis qu'être d'accord avec vous. Comme vous l'avez dit plus tôt, M. Ikeda, lorsqu'ils communiquent avec ceux qui se sont confiés à leurs soins, les médecins devraient saisir la moindre occasion de les encourager et de les affermir dans l'espoir de survivre. Si le patient a vraiment confiance en son médecin et croit en son traitement, il augmentera largement ses chances de triompher de la souffrance engendrée par la maladie. Quiconque entretient un sérieux espoir supporte mieux l'anxiété et la douleur.

IKEDA • Vous vous faites très bien comprendre. L'espoir est la source première de la motivation ; il donne aux gens le courage de faire face aux épreuves de l'existence, y compris à la souffrance de la maladie.

Dans le cadre d'une discussion que j'avais avec lui, Martin Seligman, président de l'Association américaine de psychologie, identifia dans l'espoir la qualité dont les gens ont le plus besoin pour se sortir d'expériences angoissantes et vivre avec optimisme. De même, le psychanalyste autrichien Viktor E. Frankl écrivait, dans *Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager*, qu'il avait réussi à survivre dans un camp de concentration nazi, non pas tant grâce à sa robustesse physique que

4. On écrit aussi « soutra » – c'est le cas notamment du *Petit Robert* (Ndt).

parce qu'il n'avait jamais cessé de croire en l'avenir et n'avait jamais perdu espoir. Il décrivait comment de nombreux autres prisonniers avaient tôt désespéré et s'étaient effondrés intérieurement. Ils étaient morts au camp. L'espoir, concluait Frankl, a le pouvoir de fortifier l'organisme et d'allonger la vie.

Comme l'énonce un autre sùtra : « L'espoir nourrit le corps et prolonge l'existence. »

SIMARD • Absolument juste.

IKEDA • Pour obtenir le meilleur résultat possible, que ce soit au moment d'informer un malade qu'il a le cancer, de procéder à des tests et des examens ou d'administrer un traitement, il faut que s'établisse un lien étroit de confiance entre les membres de l'équipe médicale, le patient et sa famille.

L'urgence de rétablir des liens entre humains

SIMARD • L'intrusion « d'envahisseurs » anonymes entre le médecin et le patient constitue un problème relativement nouveau en médecine. Je veux parler des appareils, des instruments et de la batterie toujours croissante de tests et d'équipements. De nos jours, les usagers des cliniques de consultation externe voient sous toutes les faces une multitude de machines bien avant de voir enfin la face d'un médecin !

IKEDA • Comme vous avez raison !

SIMARD • On vous fait entrer dans une salle d'examen où l'on vous soumet à des prélèvements de sang, des rayons X, des analyses chimiques, etc. Bien entendu, tous ces tests sont précieux : ils fournissent au médecin les données dont il a besoin pour poser son diagnostic. Mais, si on se contentait de tests, on empêcherait que se tissent des liens nécessaires entre le médecin et le patient.

IKEDA • La seule pensée d'un examen médical fait certainement hésiter bien des gens à se présenter à l'hôpital.

SIMARD • Pourtant, ces « envahisseurs » représentent les percées technologiques mêmes qui permettent de guérir aujourd'hui des patients dont les cas étaient virtuellement considérés, hier encore, comme désespérés. Dans le même temps, ils mettent en péril le lien étroit et

privilegié, si vital, entre le médecin et le patient. Précisément parce que ce lien est devenu si fragile, il n'en faut que travailler davantage à ne pas négliger le facteur humain dans le processus de guérison.

IKEDA • Il faut prendre très au sérieux cette nécessité. Plus la science médicale se perfectionne, plus les membres de la profession doivent déployer d'efforts pour empêcher que la médecine ne devienne un processus mécanique. Il faut travailler à l'humaniser davantage. Après tout, la médecine est là pour les gens; elle a pour objet de servir l'humanité, pas la machine ni la technologie.

SIMARD • C'est vrai. Et les médecins n'ont certainement pas, eux non plus, la partie facile. Ils doivent gagner leur pain et, en même temps, une énorme pression sociale s'exerce sur eux pour qu'ils fassent appel à la technologie médicale la plus nouvelle. Cela ne justifiera toutefois jamais qu'ils négligent de construire un rapport solide avec le patient. Nul dispositif – machine, outillage de haute technologie –, nul problème technologique ne devrait jamais s'interposer de manière à exclure le facteur humain. Je crois fermement que les programmes des écoles de médecine devraient être révisés pour dispenser une formation théorique et pratique en matière de relations docteur/patient.

IKEDA • Les définitions hippocratiques du médecin idéal abondent en suggestions utiles. Hippocrate disait que les médecins doivent communiquer un sentiment de réconfortante vivacité, parce qu'un visage sombre et sévère suffit à éloigner quiconque, fût-il en santé ou malade. Il y a du vrai dans cela. Consulter un médecin froid, guindé et suffisant peut en soi rendre une personne malade de nervosité.

Hippocrate recommandait aussi de s'assurer que le siège du docteur et celui du patient se trouvent à peu près à la même hauteur. Ne regardez pas de haut les gens dans la détresse, prévenait-il, considérez-les en égaux et avec compassion.

SIMARD • Il faut entièrement revoir et refaçonner la relation du médecin avec les patients. Tous les membres de la profession médicale se sentent concernés par cet enjeu.

IKEDA • Oui, je peux comprendre pourquoi. Rien n'est plus urgent que de rétablir les liens humains. De même qu'Hippocrate, Shakyamuni décrivait le médecin idéal comme un guérisseur humain. Un passage de sùtra dit: «Traite toujours une personne malade dans un esprit de

miséricorde et ne te montre jamais cupide en cherchant à tirer d'elle d'injustifiables profits. »

Autre aspect intéressant des idées du bouddhisme sur la médecine : l'accent mis sur la « sagesse des patients ». *Le grand canon des règles monastiques* exhorte les gens à s'efforcer d'apprendre et de se renseigner, à réfléchir par eux-mêmes et à se servir de leur sagesse et de leur savoir s'ils souhaitent se maintenir en santé.

SIMARD • Nous devons tous réfléchir sérieusement à la façon d'informer et d'éduquer le public. Dans chaque pays du monde, le fossé se creuse entre les gens instruits et ceux qui ne le sont pas ; entre les gens capables de lire, d'évaluer d'un œil critique les nouvelles découvertes scientifiques, et les individus privés des connaissances de base nécessaires pour comprendre et mesurer ce qui se passe en science et en technologie. Pour cette raison, plusieurs sont amenés, par ignorance, à reconnaître aveuglément l'efficacité de tel ou tel traitement, ou se voient refuser la chance de recevoir certain traitement qui pourrait les aider. Résultat : de trop nombreuses victimes malheureuses de charlatans sans scrupules.

IKEDA • Personne ne devrait être exploité par des êtres cupides et cruels qui se prétendent médecins. Les gens ont besoin de connaissances et de bon sens pour éviter d'être abusés.

SIMARD • Par les temps qui courent, si nous voulons préserver l'élément humain dans la vie, il faudra nous assurer que davantage d'individus soient capables d'analyser les problèmes de science et de société et d'en discuter.

IKEDA • De toute évidence, la vertu d'humanité n'est plus à notre époque une valeur de premier plan. Le succès lui a ravi ce rang. En cette ère suprêmement matérialiste, presque tous semblent uniquement occupés à obtenir quelque chose d'autrui. La seule main tendue pour donner, au milieu de tant de mains quémandeuses, resplendit d'un surcroît de beauté.



4. SIDA – Menace et contre-mesures

Origines du SIDA

IKEDA • À la suggestion de M. Simard, nous aborderons maintenant la question vitale du SIDA, acronyme de syndrome d'immunoDéficiency Acquis. Dans la dernière partie du xx^e siècle, le SIDA est devenu un redoutable ennemi de l'humanité et il continuera vraisemblablement de menacer d'innombrables vies au xxi^e siècle.

SIMARD • Oui, vous avez raison. Le SIDA pourrait bien s'avérer la plus grande calamité du nouveau siècle.

IKEDA • Quand a-t-on rapporté les premiers cas de SIDA ?

SIMARD • C'est au début des années quatre-vingt qu'il fit son apparition, sous la forme d'une maladie infectieuse jusque-là inconnue aux États-Unis.

À l'hiver 1981, des médecins des États de Californie et de New York s'étonnèrent d'observer des occurrences d'affections plutôt rares, comme la pneumonie causée par un protozoaire (*pneumocystis carinii*), et le sarcome de Kaposi, un cancer de la peau peu fréquent. Il s'agissait étrangement dans tous les cas de jeunes hommes dans la trentaine, jusque-là en excellente santé et ayant bizarrement un seul point en commun : l'homosexualité. Ils partageaient désormais une autre caractéristique : l'effondrement de leur système immunitaire. Incidemment, on associe en général ces affections rares à un système immunitaire déficient qu'on peut imputer aussi, par exemple, à certaines maladies génétiques ou aux traitements immunosuppresseurs qui accompagnent inévitablement une transplantation d'organe ou une chimiothérapie.

Mis au fait de ces constatations, le Centre de contrôle des maladies d'Atlanta publiait, dès 1981, un rapport constituant le premier signal d'alarme. En trois mois, on rapportait une centaine de cas analogues, pour la plupart à New York ou à San Francisco. Des malades relativement jeunes, presque tous homosexuels, étaient frappés par des infections dites « opportunistes » – des mycoses buccales ou œsophagiennes, voire des formes agressives d'herpès avec ulcération – quand s'effondraient leurs défenses immunitaires. La conclusion allait de soi : il s'agissait d'un phénomène épidémique d'un type totalement inconnu

jusque-là et qu'on appela le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

IKEDA • Le fait que les premiers patients étaient presque tous homosexuels aura manifestement induit l'idée fausse que le SIDA était une maladie rare, spécifique aux homosexuels. Nous aborderons plus tard la discrimination et le préjudice dont sont victimes les personnes atteintes du SIDA, mais l'émergence de n'importe quelle maladie dont la cause est inconnue déclenche souvent des réactions extrêmes ou de la panique dans la société.

N'est-ce pas en 1983 qu'on identifia le virus du SIDA pour la première fois ?

SIMARD • Cette année-là, les laboratoires des professeurs Luc Montagnier et Robert Gallo identifièrent un rétrovirus comme cause du SIDA. On connaît maintenant ce virus sous le nom de virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Deux ans plus tard, en 1985, on mettait au point un test sanguin pour déceler la présence de ce virus dans le sang.

Ajoutons ici que l'une des caractéristiques de l'épidémie du SIDA tient à ce qu'on connaît à ce jour deux types ou souches de VIH, au profil épidémiologique différent. Le VIH-1 est la principale cause de l'épidémie en Amérique et dans les Caraïbes, tandis que les deux souches, VIH-1 et VIH-2, sont prévalentes dans différentes régions d'Afrique.

IKEDA • Qu'en est-il de l'origine du virus du SIDA ? Existait-il bien avant de se manifester chez les humains ? Épousez-vous la thèse selon laquelle le SIDA serait né en Afrique ?

SIMARD • Pour ce qui est de l'origine de la maladie, il faut savoir qu'elle est apparue à peu près en même temps en Afrique et aux États-Unis. On ignore l'exacte provenance du VIH. Des rumeurs voulaient que le VIH fût le produit d'une construction génétique faite en laboratoire pour développer des outils thérapeutiques ; cette hypothèse a été abandonnée. On considère maintenant plus que probable que le VIH ait émergé quelque part en Afrique centrale au cours des dernières décennies. En effet, on a retracé une contamination par le VIH du sérum recueilli chez des enfants ougandais, en 1972 et 1973 ; cela indique qu'il existait dès cette époque à l'état endémique dans une population rurale du centre de l'Afrique.

Par ailleurs, on a isolé des rétrovirus très voisins du VIH chez les singes verts africains. C'est pourquoi on peut penser que le virus a subi une brusque mutation pour devenir pathogène chez l'homme ; il a pu de ce fait être présent chez l'humain, des années durant, sans causer le SIDA, ou pourrait avoir été cause de plusieurs cas de SIDA jamais reconnus comme tels en l'absence de définition du syndrome.

*Infection « opportuniste »
et modes de transmission*

IKEDA • Quelles sont les voies les plus communes de transmission de la maladie ?

SIMARD • Les modes de transmission du VIH actuellement démontrés sont les suivants : la transmission par voie sexuelle (entre homosexuels ou hétérosexuels), qui est la plus fréquente ; la transmission par le partage de seringues non désinfectées, contaminées par le VIH ; la transmission par une mère infectée à son enfant pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou encore pendant l'allaitement ; enfin, la transmission par transfusion de sang ou de produits dérivés du sang, contaminés par le VIH.

IKEDA • Il y a quelques années, au Japon, plusieurs têtes dirigeantes de compagnies pharmaceutiques et chercheurs en médecine ont été poursuivis pour faute professionnelle après avoir mis sur le marché des produits sanguins contaminés par le VIH, importés pour le traitement de l'hémophilie, provoquant ainsi l'infection, par le VIH, d'un très grand nombre d'hémophiles.

SIMARD • Des quatre principaux modes de transmission de la maladie, le plus commun dans le monde est le premier : le contact sexuel. La recherche à ce jour indique que le risque de contagion par l'air, l'eau ou les aliments serait virtuellement nul. La maladie ne se transmet que lorsque le virus entre dans l'organisme par le biais d'une aiguille ou de produits sanguins contaminés, ou par l'échange direct de fluides corporels avec un porteur du VIH.

IKEDA • En d'autres mots, les contacts usuels, dans le quotidien, avec un porteur du VIH ou des personnes atteintes du SIDA, ne présentent aucun risque d'infection.

SIMARD • Absolument aucun. Il est éminemment important de le comprendre.

IKEDA • Des connaissances exactes sur le sida aideront à prévenir la propagation de l'infection et les craintes injustifiées, à permettre de vivre en toute tranquillité d'esprit avec quiconque est porteur du VIH ou lutte contre le sida.

SIMARD • Cela ne fait pas de doute. L'ignorance du public en matière de sida représente une plus grave menace que la maladie elle-même.

IKEDA • Quel genre de symptômes l'infection par le VIH engendre-t-elle ? Y a-t-il des symptômes particuliers au sida ?

SIMARD • Le VIH s'attaque presque exclusivement aux lymphocytes T4 qui jouent un rôle essentiel dans le système immunitaire spécifique de l'organisme. Ces lymphocytes T4 portent à leur surface une protéine appelée CD4, sorte de serrure de la cellule dont le virus VIH possède la clé. Une fois dans la cellule, le virus peut rester « silencieux » pendant une période de plusieurs mois au cours desquels s'opère la séroconversion, généralement de six à huit semaines après l'introduction du VIH dans l'organisme. Cette phase initiale d'infection reste asymptomatique la plupart du temps ; seul un test sérologique de routine permet alors de la déceler. Dans certains cas, on peut observer des symptômes de type grippal : fièvre, maux de tête, douleurs musculaires, adénopathies.

IKEDA • Combien de temps faut-il pour que le patient infecté par le VIH présente des symptômes du sida ?

SIMARD • Il existe une seconde phase, qui s'étale dans certains cas sur cinq ans, au cours de laquelle de très nombreux phénomènes peuvent survenir. On observera parfois des formes asymptomatiques qui évoluent sur une longue période ; avec un recul de plus de dix ans, on sait maintenant que les individus infectés seront éventuellement atteints du sida et que, même s'ils restent asymptomatiques pendant ces années, ils sont néanmoins susceptibles de transmettre le virus.

On note aussi des formes mineures d'infection qui, selon le degré de multiplication et de dissémination du virus, se manifestent par des signes généraux : fièvre élevée, perte de poids, troubles gastro-intestinaux et affections cutanées. Aucun de ces signes n'est à proprement parler spécifique au sida.

IKEDA • Quels symptômes apparaissent une fois que le SIDA prend le dessus ?

SIMARD • À partir du moment où l'infection a entraîné un déficit immunitaire important, on assiste à l'apparition d'un ensemble de graves symptômes associés soit à des infections très particulières soit à des processus tumoraux de nature cancéreuse – dont le sarcome de Kaposi est le plus connu. Ces infections et ces tumeurs ne sont pas directement en rapport avec le VIH, plutôt responsable de la formation d'un terrain favorable à leur développement.

IKEDA • Et c'est pour cela qu'on les qualifie d'infections « opportunistes », n'est-ce pas ?

SIMARD • En effet. De nombreux microbes (virus, bactéries, champignons, protozoaires) habitent normalement notre organisme sans créer aucun problème, du fait que les moyens de défense immunitaire dont nous disposons limitent leur nombre et empêchent tout envahissement, source de maladie.

À partir du moment où nos défenses immunitaires s'affaiblissent, ces micro-organismes saisissent l'occasion qui leur est offerte de se multiplier activement. Très nombreuses, ces infections « opportunistes » touchent surtout les poumons, le tube digestif, le système nerveux et, plus accessoirement, la peau ; elles constituent souvent la première expression pathologique et révélatrice de l'infection par le VIH. Parmi les infections les plus fréquentes, et les plus indicatrices de SIDA proprement dit, on retiendra : la pneumonie causée par un protozoaire, le *pneumocystis carinii* ; une infection polyviscérale à cytomégalovirus susceptible de prendre la forme d'une pneumonie, d'une hépatite ou d'une encéphalite ; ou encore une infection due au virus herpès simplex qui provoque souvent des lésions de la peau ou des muqueuses.

Ce ne sont là que quelques exemples d'infections « opportunistes », qui illustrent la grande complexité des symptômes auxquels le médecin se trouve confronté dans la deuxième phase de l'infection par le VIH. Il existe d'autres symptômes aussi graves qui se développent dans le sillage de l'infection par le VIH ; on les appelle des « cancers opportunistes ».

IKEDA • Quels sont les principaux cancers opportunistes ?

SIMARD • Le plus fréquent d'entre eux est le sarcome de Kaposi, provoqué par le développement des cellules endothéliales de vaisseaux sanguins dans la peau, les muqueuses, les viscères ou les ganglions. D'autres tumeurs, composées de tissu lymphoïde, peuvent se développer à la suite d'un déficit immunitaire grave : il s'agit de lymphomes malins qui trouvent leur origine dans les ganglions lymphatiques. Le virus dit VIH n'est pas directement en cause dans le processus tumoral. Il ouvre simplement la porte à ces tumeurs malignes en provoquant une déficience immunitaire.

*Nombre estimé de porteurs du VIH
et de sidéens en l'an 2000*

IKEDA • En 1995, on rapportait que le nombre de porteurs du VIH et des personnes atteintes du SIDA avait atteint le million aux États-Unis. La maladie connaît maintenant en d'autres pays de nouveaux pics inquiétants, particulièrement en Afrique et en Asie du Sud-Est. Selon certaines prévisions, le nombre de porteurs du VIH et de sidéens atteindrait près de 40 millions sur la planète au début du XXI^e siècle. Quel est votre pronostic, M. Simard ?

SIMARD • Quand on parle de propagation galopante de l'infection par le VIH, on veut signifier la croissance exponentielle du nombre de cas rapportés. Ce caractère du SIDA et de l'infection par le VIH s'inscrit dans des statistiques toujours dépassées au moment même où on les rend publiques. On estime, à partir des observations actuelles, que près de 38 millions de personnes avaient été infectées par le VIH au tournant du siècle. D'autres croient que le chiffre de 110 millions constituait une évaluation plus réaliste de la situation en l'an 2000.

IKEDA • Il s'agit vraiment d'un nombre effrayant. Pensez-vous que le SIDA continuera à se propager ?

SIMARD • Il est clair que l'infection par le VIH et le syndrome du SIDA ont pris des proportions pandémiques dans la dernière décennie. Il n'est pas certain qu'on puisse rapidement contrôler ou neutraliser cette pandémie parce que le VIH est maintenant un virus endémique dans la population humaine.

IKEDA • Que peut-on faire pour mettre en échec la propagation du SIDA ?

SIMARD • Le VIH n'est pas hautement contagieux. Des mesures adéquates de prévention réduiraient au minimum sa propagation.

IKEDA • La prévention est donc la clé du contrôle de cette maladie ?

SIMARD • Tout juste. Les données épidémiologiques montrent bien que certaines personnes présentent de plus importants facteurs de risque d'infection par le VIH que l'ensemble de la population. Il s'agit essentiellement, pour l'instant, des homosexuels et des bisexuels, des toxicomanes utilisant des produits injectables, des individus ayant plusieurs partenaires sexuels, des personnes nées ou vivant dans les pays où l'infection est commune et fréquente, et des partenaires sexuels de toutes les personnes ci-devant énumérées, sans oublier les enfants nés de mères contaminées.

IKEDA • Je sais que les toxicomanes constituent un groupe à risque. Évidemment, leur extrême pauvreté explique qu'ils partagent souvent leurs aiguilles.

SIMARD • C'est vrai. Il est extrêmement important de mettre en application des mesures préventives qui, entre autres choses, s'attaqueront aux problèmes de la pauvreté et de la toxicomanie. Pour empêcher dans l'avenir la propagation du SIDA, il serait vital de faire l'éducation de ces groupes à risque.

Le virus variable, obstacle au développement d'un vaccin

IKEDA • Je mesure à quel point est cruciale l'éducation en matière de SIDA. Pourrions-nous maintenant aborder les types de traitement présentement utilisés pour aider les patients souffrant du SIDA ?

SIMARD • Le traitement du SIDA repose, suivant la phase de développement du syndrome, sur deux méthodes thérapeutiques totalement différentes : la première lutte contre le virus et la cellule infectée pour empêcher la reproduction du virus et rétablir finalement l'immunité ; la deuxième traite les affections favorisées par la déficience immunitaire, essentiellement des infections ou des cancers « opportunistes ».

IKEDA • Pouvons-nous espérer le développement de médicaments efficaces contre le SIDA dans un avenir prévisible ?

SIMARD • L'une des contraintes tient à la rareté, à ce jour, de produits qui combattent la multiplication des virus en général. Nous disposons

d'un arsenal d'antibiotiques et d'autres drogues capables de traiter toute infection par des bactéries, mais les virus agissent différemment. Les virus sont en fait des parasites qui utilisent le métabolisme des cellules pour se multiplier. On ne peut donc les combattre qu'en perturbant considérablement le métabolisme cellulaire, avec pour conséquence la mort de la cellule hôte, ce qui n'est évidemment pas l'objectif souhaité. Le traitement antiviral lui-même cible les différentes phases de répllication du virus. Les substances qui ont donné les meilleurs résultats à ce jour font appel à des structures chimiques qui inhibent un enzyme – la transcriptase inverse – responsable de la reproduction du virus.

IKEDA • L'azidothymidine (AZT) a récemment beaucoup retenu l'attention au Japon.

SIMARD • Le traitement à l'AZT a démontré sa capacité à retarder considérablement la reproduction du virus, donc l'apparition de la maladie. Après un traitement d'environ une année, l'AZT perd malheureusement de son efficacité. Ses effets secondaires sont assez importants – nausées, céphalées, étourdissements et leucopénie – ce qui oblige à des contrôles répétés. Cela signifie de fréquentes visites du patient chez le médecin responsable du traitement, de manière à ce que ce dernier puisse assurer une étroite surveillance des effets du médicament sur le malade. Des essais cliniques prometteurs sont actuellement en cours dans le but de mettre au point d'autres inhibiteurs des protéines nécessaires à la multiplication du virus.

IKEDA • J'ai aussi entendu parler de certains vaccins qu'on serait en train de développer pour prévenir une épidémie de SIDA.

SIMARD • On se heurte, pour le développement d'un vaccin, à de nombreux problèmes liés à la nature même et aux mœurs de ce virus.

IKEDA • Pourriez-vous expliquer aussi simplement que possible ce qu'a de si singulier le virus du SIDA? Je conviens d'avance que cela n'est pas facile...

SIMARD • Eh bien, d'une part, l'efficacité d'un vaccin est directement proportionnelle à la constance du virus ciblé; or, le virus du SIDA varie grandement, d'un malade à l'autre, quant au contenu de ses protéines et à son génome. La mise au point d'un vaccin à partir

d'une structure virale donnée risque donc de ne pas protéger contre d'autres structures légèrement différentes.

IKEDA • Je vois. Et cela constitue sûrement un obstacle majeur au développement d'un vaccin contre le SIDA.

SIMARD • Oui. D'autre part, la capacité qu'a ce virus de demeurer silencieux, ou latent, sous la forme d'un provirus, de se cacher littéralement à l'intérieur du système nerveux central ou dans des macrophages, a empêché jusqu'à maintenant de trouver une parade à la stratégie virale. La recherche en ce domaine est cependant très active et particulièrement orientée vers la fabrication d'un vaccin par génie génétique.

Quoi qu'il en soit, le développement d'un vaccin contre le SIDA sera sans nul doute long et ardu. Entre-temps, on déploie des efforts pour mettre au point de nouvelles méthodes de traitement, comme la thérapie dite du « cocktail » qui recourt concomitamment à plusieurs thérapies. Je pense que nous pouvons espérer des progrès en matière de méthodes thérapeutiques, même s'ils se font attendre.

5. SIDA et droits de la personne

Préjudice causé par de fausses conceptions

IKEDA • Jusqu'ici, nous avons parlé de la menace pathologique que pose à la vie humaine le SIDA, mais il a d'autres effets qui touchent l'éthique et les droits de l'homme. M. Bourgeault, pourrions-nous à ce point-ci aborder les enjeux reliés au SIDA en matière de droits de la personne?

BOURGEAULT • Comme vous dites, le SIDA soulève des questions relatives à l'éthique et aux droits de la personne qui font aujourd'hui universellement l'objet de débats.

IKEDA • La société dans sa totalité doit être prête à soutenir les porteurs du VIH et les malades du SIDA. La diffusion d'une information exacte sur la maladie, la recherche et le développement de thérapies et de médicaments efficaces, le respect des droits des malades sont tous

terriblement importants. Si nous réussissons cela, nous aurons créé ce que j'appelle une « société des droits de la personne » où le caractère sacré de la vie sera un fait établi et essentiel.

Le premier pas consiste à éradiquer tout préjugé et toute discrimination contre les porteurs du VIH et les malades du SIDA.

BOURGEAULT • La stigmatisation et la discrimination dont sont souvent victimes les sidéens tiennent pour une part à la nature de la maladie, mais plus encore aux représentations qu'on s'en fait. Quand j'évoque la « nature » de la maladie, je pense à sa dynamique de développement, apparemment irréversible, qui conduit inéluctablement à la mort. Nous tentons par tous les moyens d'éviter, du moins de retarder la maladie et la mort et, quand cela s'avère impossible, d'en gommer la réalité. Or les sidéens, moins les simples porteurs du VIH que ceux et celles qui en sont physiquement affectés, affichent en quelque sorte les marques de la maladie et de ce que j'appellerai notre universelle condamnation à la mort, en tant qu'humains. Je pense aussi aux mécanismes de transmission et à la latence du SIDA qui font craindre, à tort le plus souvent, d'en être atteint accidentellement, peut-être sans même le savoir.

Heureusement, comme le donne à entendre le beau titre d'un livre récent – *Maintenant que je ne vais plus mourir* – de nouvelles thérapies donnent espoir à ceux et celles qui mènent un combat quotidien, dans leur chair, contre le VIH⁵.

IKEDA • En dépit des progrès en matière de traitement, le SIDA est encore un fléau de maladie et de mort qui inflige de terribles souffrances à une échelle insoupçonnée. J'admire tous les nobles efforts consentis pour redonner espoir aux personnes atteintes du SIDA.

BOURGEAULT • Le préjugé dont sont victimes les sidéens est nourri par les représentations et par les conceptions erronées qu'on se fait de la maladie. Conséquemment, les gens atteints du SIDA et les porteurs du VIH sont doublement victimes : ils souffrent physiquement de la maladie elle-même et, psychologiquement, de discrimination sociale.

5. Manon Jourdenais, avec la collaboration de Jean-Guy Nadeau, *Maintenant que je ne vais plus mourir. L'expérience spirituelle d'homosexuels vivant avec le VIH/SIDA*, Montréal, Fides, 1998.

IKEDA • Il est donc d'autant plus important de veiller à ce que les populations reçoivent une information exacte sur le SIDA. Cela vaut aussi d'ailleurs pour les idées religieuses, sociales et politiques, les droits de la personne et de nombreuses questions autres que la maladie. Les dialogues du genre de celui que nous menons présentement sont particulièrement précieux comme instrument d'éducation du public.

BOURGEAULT • Le préjugé contre les malades du SIDA est, en un sens, le produit de préjugés et d'attitudes discriminatoires ; même si sont bien connus les mécanismes de transmission de la maladie, exposés plus tôt par M. Simard, d'irrationnelles craintes persistent. Comme si toucher la personne atteinte ou – pourquoi pas ? – simplement respirer le même air qu'elle pouvait entraîner la contamination !

Il n'est pas innocent qu'on ait parlé, à propos du SIDA, de peste des temps modernes. Cette peur irrationnelle, qui entraîne stigmatisation et parfois discrimination, tient à divers facteurs de l'ordre des représentations : la propagation de cette maladie est associée chez nous à la venue d'immigrants, plus spécialement de Noirs, ce qui a réveillé le vieux démon du racisme ; on l'associe également à des comportements sexuels que d'aucuns jugent répréhensibles, voire contre-nature. Cela explique pour une part qu'on n'ait pas toujours, envers les personnes atteintes du SIDA, la compassion qu'on éprouve spontanément pour un malade ; cela explique, pour une part toujours, la stigmatisation dont elles sont victimes.

IKEDA • On entend dire que, par préjugés, des membres de la profession médicale, au Japon, refusent souvent ou systématiquement de traiter des sidéens.

SIMARD • Les attitudes à l'endroit des personnes infectées par le VIH et des personnes atteintes du SIDA varient considérablement : elles vont du dégoût et de la peur à la compassion et à la solidarité. N'y échappent pas les professionnels de la santé : médecins, dentistes et chirurgiens qui doivent traiter les patients ou être en contact avec eux. Certains leur refusent tout traitement par crainte d'être eux-mêmes infectés et d'infecter leur famille. Ils s'inquiètent aussi pour leur carrière et l'avenir de leurs proches, dans le cas où ils contracteraient la maladie. Des médecins redoutent de perdre une partie de leur clientèle s'ils acceptent des patients atteints du SIDA. D'autres encore éprouvent une phobie

du moindre contact avec des homosexuels et des drogués. Il ne faut pas se surprendre, dès lors, que des cas du genre aient été rapportés au Japon ; plusieurs situations semblables se sont aussi produites au Canada et aux États-Unis.

BOURGEAULT • Par delà les préjugés, ces patients sont victimes de discrimination. Et je distinguerai ici la discrimination froide – que sont susceptibles d'exercer, par exemple, des compagnies d'assurances ou des employeurs désireux de ne pas faire de « mauvais placements » – et la discrimination qui résulte plutôt de l'hystérie collective. Dans le premier cas – grâce par exemple aux chartes des droits de la personne –, les lois peuvent aider, sinon à supprimer, du moins à freiner des pratiques discriminatoires en matière d'assurances et d'embauche.

IKEDA • La discrimination envers un patient (ou une excessive circonspection) non seulement viole l'éthique médicale, mais attente à la dignité humaine. Le respect des droits de la personne doit se fonder sur la compassion pour la souffrance des autres, qu'on les aime ou non.

À une conférence internationale sur le SIDA tenue à Vancouver, il y a un certain temps, un représentant des hémophiles du Japon, dont plusieurs ont contracté le SIDA de produits sanguins contaminés, a exposé leur situation. Actuellement, la cause la plus fréquente de décès parmi les hémophiles japonais est le SIDA, transmis par transfusion sanguine. Ils meurent dans les faits par la faute de produits médicaux qui étaient censés leur venir en aide.

Je crois que l'Association mondiale des hémophiles a son siège social au Canada. Y a-t-il eu au Canada des cas semblables à ceux déplorés au Japon ? Que faire pour les prévenir ?

SIMARD • Rétrospectivement, il apparaît évident que tous ceux qui ont besoin de transfusions sanguines ou de produits du sang, comme les hémophiles, mais aussi les grands opérés, constituent des groupes à risque de contamination par le sang d'un donneur infecté. Il s'agit pourtant d'un mode de transmission sur lequel nous aurions déjà pu agir préventivement avec plus d'efficacité, parce qu'il est plus facile à gérer que la transmission par voie sexuelle.

Les tests sérologiques de dépistage ont radicalement transformé la situation. Depuis l'application dans de nombreux pays de mesures très strictes de santé publique, ce risque de contamination est prati-

quement éliminé. Malheureusement, certaines personnes contaminées avant le développement de tests sérologiques, c'est-à-dire avant 1985, vivent une expérience extrêmement pénible – c'est le moins qu'on puisse dire.

IKEDA • Pourvu qu'un tel drame ne se répète jamais.

Une éducation humaine pour une société des droits de la personne

IKEDA • J'aimerais vous demander maintenant ce qu'on fait présentement en Amérique du Nord pour protéger les droits des malades du SIDA.

SIMARD • Aux États-Unis, on juge contraire à l'éthique le refus de traiter avec compétence et humanité quiconque souffre de SIDA ou de quelque autre affection associée à l'infection par le VIH. Au Canada, plusieurs provinces interdisent maintenant toute discrimination basée sur l'orientation sexuelle. Le Québec et l'Ontario ont adopté une législation relative aux droits de la personne qui prohibe la discrimination fondée sur la perception d'un handicap. Le SIDA se qualifiera probablement comme handicap et la loi provinciale protégera donc de fait les patients qui en sont atteints.

La Société royale du Canada a recommandé que les lois canadiennes sur les droits de la personne soient amendées pour bannir spécifiquement toute discrimination fondée sur l'évidence ou la perception d'infection par le VIH, et sur l'évidence ou la perception de l'orientation sexuelle. Incidemment, plusieurs institutions de haut savoir, dont l'Université de Montréal, se sont dotées de politiques condamnant la discrimination contre les porteurs du VIH et les personnes atteintes du SIDA.

IKEDA • Décision très louable. Quand une institution de premier plan dans le domaine de la médecine, comme l'Université de Montréal, prend des mesures pour enrayer des pratiques discriminatoires, cela ne peut manquer d'avoir une influence certaine sur d'autres institutions médicales. En plus des mesures officielles des gouvernements centraux et régionaux, je pense qu'il faut aussi encourager, au sein de la population en général, des vues exemptes de distorsions, qui ne conduisent pas à la discrimination.

BOURGEAULT • Vous avez raison. Il faut faire appel, comme vous le suggérez vous-même, à des activités éducatives au sens large : information, tenue d'événements où des personnes en vue – des artistes, par exemple – manifestent sans crainte leur solidarité et leur compassion. Il se tient chaque année, au Québec et dans l'ensemble du Canada, de grandes manifestations populaires qui s'inscrivent dans cette perspective : marches dans les rues des grands centres, concerts et spectacles, interventions publiques d'hommes et de femmes politiques, de médecins, etc. Ces événements aident à renforcer les liens avec les sidéens et la sympathie à leur égard.

IKEDA • J'aimerais bien que les Japonais en fassent autant. Ici, on rapporte encore des cas de personnes testées sans leur consentement pour le SIDA (dans le cadre de dépistage, par exemple, où des échantillons de sang sont officiellement prélevés à d'autres fins) et dont les résultats ont été utilisés contre elles lorsqu'elles déposaient une demande d'emploi ou d'admission dans une école ou une université.

BOURGEAULT • Il n'existe pas au Canada de programmes de dépistage systématique du SIDA. On communique toutefois aux personnes les résultats des tests effectués au moment d'un don de sang, par exemple. On mène des campagnes d'information auprès des groupes cibles pour les inciter à consulter des spécialistes et à se soumettre volontairement à un test. Certaines cliniques, dont celle du Centre-Sud de Montréal, font à cet égard un travail tout à fait remarquable.

D'aucuns voudraient que soient mis en place des programmes de dépistage systématique auprès de certains groupes. Plusieurs experts font valoir que de tels programmes, outre qu'ils soient susceptibles d'encourager la stigmatisation et la discrimination, pourraient représenter un double risque pour la santé publique : d'une part, celui que les personnes qui se soumettent aujourd'hui volontairement à des tests s'y refusent désormais, ou du moins tentent de s'y soustraire ; d'autre part, celui qu'on endorme la vigilance des personnes n'appartenant pas aux groupes cibles. Les programmes de dépistage destinés à enrayer la propagation de ce fléau en deviendraient alors plutôt l'instrument !

IKEDA • Nous devons toujours veiller à ne pas empiéter, par le dépistage, sur les droits des malades du SIDA et des porteurs du VIH. Nous devons aussi nous montrer prudents et circonspects lorsque vient le moment de décider de la manière dont on informera le patient des

résultats du test. L'aide d'un conseiller psychologique devrait lui être accessible et il faudrait prendre en compte, dans le processus thérapeutique, les enjeux afférents à un consentement éclairé.

Parler de droits de la personne me rappelle une rencontre avec John Humphrey que j'estime être un grand Canadien.

BOURGEAULT • Il a été l'un des rédacteurs de la Déclaration universelle des droits de l'homme, n'est-ce pas ?

IKEDA • Oui, en effet. Je l'ai rencontré pour la première fois en 1993. Non seulement a-t-il aidé à rédiger la déclaration des Nations unies, mais il a aussi occupé pendant vingt ans le poste de premier directeur du Bureau des droits de la personne, au Secrétariat de l'ONU. Je me rappelle qu'il tenait l'éducation plus importante et plus efficace, à longue échéance, que la coercition institutionnelle ou légale, pour l'édification d'une société des droits de la personne.

BOURGEAULT • Il entendait par là l'éducation aux droits de la personne, n'est-ce pas ?

IKEDA • C'est cela. On reconnaît aujourd'hui dans le monde entier l'importance de l'éducation aux droits de la personne et aux garanties légales. M. Humphrey soulignait aussi l'absolue nécessité d'éveiller les gens au fait qu'il est honteux de violer les droits d'autrui. Il insistait pour dire que l'éducation peut aiguïser la sensibilité du public aux droits humains et faire qu'un nombre grandissant de personnes qui violent les droits d'autrui soient amenées à se sentir honteuses de leurs actes.

L'expression « droits de la personne » a une résonance éthérée, abstraite, mais elle désigne dans la réalité le souci de chaque personne, le respect de chacun en tant qu'être humain, ici et maintenant. Les bouddhistes utilisent le mot *zanki* (humiliation) dans ce contexte. « *Zan* » veut dire remords pour un écart de conduite ; « *ki* » veut dire honte devant son inconduite à l'égard d'autrui. J'estime qu'il est essentiel à l'éducation aux droits de la personne de développer un sentiment de « *zanki* » – un sentiment de remords et de honte pour toute discrimination ou préjudice dont on s'est rendu coupable.

BOURGEAULT • Je crois comprendre où vous voulez en venir et je suis d'accord avec vous. J'ajouterais la face positive, tournée vers l'avenir, de cette démarche : la responsabilité. J'y reviendrai.

IKEDA • Devant le problème du SIDA, il faut se doter d'une vision claire et plus assurée des droits de la personne et combattre les représentations tendancieuses et dénaturées. Le caractère sacré de la vie est plus qu'un concept abstrait : il signifie partager la souffrance de ceux qu'afflige ce mal et/ou de ceux que frappe la discrimination, et combattre à leurs côtés.

Docteur Lucille Teasdale

BOURGEAULT • Ceci dit, j'éviterai personnellement toute référence au caractère sacré de la vie. Je voudrais plutôt rappeler le large mouvement d'hommages admiratifs qu'ont engendré la maladie et la mort récente de Lucille Teasdale, une Québécoise qui a fait construire, puis a dirigé avec son mari, un hôpital, de nombreuses années durant, dans l'un des pays les plus pauvres d'Afrique.

Au cours d'un examen médical complet, en 1985, on décela la présence du VIH dans son sang. Une fois qu'elle se sut porteuse du virus, elle rassembla son courage et continua son travail humanitaire en Afrique centrale, toujours à pied d'œuvre dans le but de recueillir des dons pour son hôpital. Soit dit en passant, elle fut l'une des premières femmes à obtenir un diplôme d'Études supérieures de l'Université de Montréal.

IKEDA • Vous venez de décrire une admirable personne, l'incarnation du noble idéal qui présida à la fondation de l'Université de Montréal. Le service, le secours apporté aux personnes dans le besoin – voilà précisément ce que veut dire lutter en faveur des droits de la personne dans le but de sauvegarder le caractère sacré de la vie humaine. On n'oubliera pas l'esprit de sacrifice de M^{me} Teasdale ; on continuera de louer son œuvre en Ouganda et bien au delà.

Dans un sūtra qui rappelle son histoire, Dame Shrîmâlâ, épouse du roi d'Ayodhya, fait vœu, devant Shakyamuni, de se dépenser à défendre ce qu'on appelle aujourd'hui les droits de la personne. Elle déclare solennellement : « Quand je verrai une personne esseulée, une personne injustement emprisonnée et privée de sa liberté, une personne souffrant d'une maladie, en détresse à la suite de catastrophes ou accablée par la pauvreté, jamais je ne l'abandonnerai. Je m'engage

à tout tenter pour aider chacun à connaître la paix et à enrichir son existence.» Ne jamais «abandonner» les personnes en détresse, ne jamais se montrer apathique, mais risquer sa vie pour aider les autres – voilà l'authentique altruisme. C'est la voie du bodhisattva.

BOURGEAULT • Même après avoir contracté le sida, Lucille Teasdale refusa qu'on s'apitoie sur son sort, rappelant que bien d'autres, autour d'elle, rencontraient des difficultés plus pénibles encore et continuaient d'avoir besoin de son aide et de ses soins attentionnés. Jusqu'à la fin, elle se voua entièrement à ce qu'elle estimait être sa mission.

IKEDA • En un sens, en mourant pour une cause vraiment noble, le docteur Teasdale a dans les faits triomphé de sa maladie fatale et elle est sortie grandie de ce combat.

L'épidémie de sida amènera vraisemblablement les religions à changer leur point de vue sur la morale et la sexualité. Elle pose aussi un sérieux défi à la soi-disant mission sociale des religions : comment les communautés de foi devraient-elles aborder les enjeux du sida et venir en aide aux sidéens ?

Comme de nombreux aspects négatifs de la civilisation moderne – drogues, déclin des valeurs morales et familiales, pauvreté – sont étroitement reliés à la propagation du VIH, la religion devrait jouer un rôle central dans la lutte à finir avec les multiples facettes du problème du sida. Les religions devraient être spécialement prêtes à faire face et à s'attaquer à l'érosion du spirituel provoquée par la débâcle des valeurs morales, par la toxicomanie et d'autres formes de malaise social qui touchent tous les individus.

BOURGEAULT • La religion peut jouer et joue effectivement ici un rôle ambigu. D'une part, les religions chrétiennes, dominantes au Canada et au Québec, notamment la confession catholique romaine, condamnent sévèrement certaines pratiques sexuelles – relations homosexuelles ou simplement extraconjugales, par exemple – dont certaines ne sont pas sans rapport avec les risques de propagation du sida. La plupart d'entre elles condamnent tout aussi sévèrement le recours à des moyens qui permettraient d'éviter ou de réduire ces risques, notamment le condom. Au Québec, les autorités religieuses se sont objectées à des campagnes d'information, dans les écoles et dans les médias, prônant l'usage du condom.

D'autre part, divers groupes, parfois d'obédience religieuse, d'autres fois résolument laïques, se sont engagés dans des démarches d'aide aux personnes atteintes du SIDA : on a créé ainsi des centres d'accueil et des services d'accompagnement, en institution ou à domicile. Mais il reste encore beaucoup à faire. Chose certaine, la solidarité et la compassion n'apparaissent plus comme des manifestations de groupes qui partagent la même foi ; elles transcendent aujourd'hui, au Québec et au Canada, les frontières qui autrefois se dressaient entre les religions, comme d'ailleurs entre croyants et non-croyants.

6. Technologie de clonage et visions de la vie

Faisabilité technologique du clonage humain

IKEDA • J'aimerais que nous abordions maintenant le sujet du clonage.

SIMARD • Il est certain que, dans les années à venir, le clonage sera un enjeu de toute première importance des sciences de la vie.

IKEDA • Permettez-moi d'abord de vous demander, M. Simard, ce que signifie exactement le mot « clone » ?

SIMARD • Le mot vient du grec *clôn* qui signifie petite branche. En bref, il s'agit d'un groupe de molécules ou de cellules d'une même structure génétique, issus d'un unique ancêtre commun. La technologie du clonage, qui a pour objet de produire plusieurs clones par reproduction asexuelle – par exemple par greffe, par bouture, etc. – s'est avérée très utile dans les domaines de l'élevage, de la biologie marine et de la culture des plantes et des fruits.

IKEDA • Compte tenu des implications de son application aux êtres humains, où en est la technologie du clonage ? En février 1997, on annonçait que Ian Wilmut et ses collaborateurs avaient réussi, l'année précédente, à cloner pour la première fois une agnelle en se servant de cellules mammaires prélevées sur une brebis adulte. La nouvelle électrisa le monde.

SIMARD • D'après le compte rendu de Wilmut sur l'expérience, il me semble qu'un fœtus humain produit par la méthode utilisée a peu de

chances de se développer normalement. Dolly, la brebis clonée, a maintenant grandi, mais on ne sait ni combien de temps elle vivra⁶ ni si elle connaîtra des problèmes particuliers. On a appris depuis peu qu'elle est fertile, mais on ignore le sort qui attend sa progéniture. D'un point de vue purement scientifique, toutefois, l'exploit de Wilmut constitue une importante percée. Lui et ses collègues avancent qu'il est maintenant techniquement possible de cloner un humain.

IKEDA • Même si cela est techniquement possible, est-il vraiment nécessaire de cloner un humain ?

SIMARD • Certains font valoir que, si on pouvait se cloner soi-même, on pourrait conserver ce clone comme une roue de secours et l'utiliser, au besoin, pour des transplantations d'organe, ou à quelque autre fin. Comme tous les organes seraient aussi des clones, l'organisme ne les rejeterait pas après transplantation. C'est le but des recherches sur les cellules « souches », cellules embryonnaires ou d'origine fœtale qui ont conservé leurs propriétés de se différencier en plusieurs tissus.

IKEDA • Quelle idée absolument révoltante ! Cela réduirait une vie humaine à rien moins qu'un stock de pièces de rechange. Une ressource, sans plus.

SIMARD • Exactement. C'est le genre de scénario abominable qu'on trouve dans *Le meilleur des mondes* de Aldous Huxley (1894-1963)⁷. Ce titre ne devrait tromper personne : la fable que raconte Huxley décrit un enfer d'aliénation humaine, un enfer engendré par la production en série de clones humains dans le cadre d'un projet gouvernemental visant l'instauration d'un « parfait » ordre social.

IKEDA • Quel cauchemar ! Un monde privé de la liberté et de tous les droits de la personne.

SIMARD • Cloner des humains est interdit au Canada et aux États-Unis. Mais au Canada, il n'existe pas de réglementation en matière de recherche sur les cellules « souches ».

6. On a récemment appris que Dolly vieillissait plus rapidement qu'une brebis normale. En fait, elle devrait être un jour aussi vieille que la cellule mammaire qui lui a donné naissance.

7. Aldous Huxley, *Brave New World*, London, Chatto and Windus Ed., 1934. (Paru en français sous le titre *Le meilleur des mondes*.)

BOURGEAULT • Je suis d'accord avec les principes sur lesquels s'appuient le président Clinton et l'UNESCO pour s'opposer au clonage humain.

IKEDA • L'article II de la Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'Homme, adoptée par la Conférence générale de l'UNESCO, le 11 novembre 1997, stipule : « Les pratiques qui sont contraires à la dignité humaine, telles que le clonage à des fins de reproduction d'êtres humains, ne doivent pas être permises. »

BOURGEAULT • La déclaration de l'UNESCO a une grande portée parce qu'elle représente la conclusion de débats serrés entre des scientifiques, des juristes et des planificateurs politiques.

Négation de l'autonomie et de la diversité humaines

IKEDA • En tant que bouddhiste, je ne peux ni accepter ni tolérer l'idée du clonage humain. Le simple fait de l'envisager est une violation monstrueuse de la dignité humaine.

La conception bouddhique de la dignité humaine s'appuie sur la doctrine de l'origine interdépendante (ou relation causale interdépendante) et sur la conviction que la nature de Bouddha est inhérente à tous et chacun des êtres humains. La première renvoie à l'interdépendance de toutes choses : tous les êtres, y compris les humains, et tous les phénomènes existent ou apparaissent en raison de leurs relations avec d'autres êtres ou phénomènes. En conséquence, les gens doivent s'aider les uns les autres et ne pas chercher à satisfaire leurs désirs personnels aux dépens d'autrui. Cloner des humains, c'est traiter la vie comme un moyen en vue d'un bénéfice personnel. Il faut condamner sans autre forme de procès le seul fait de penser ainsi.

BOURGEAULT • Tout à fait d'accord. Et je renverrai ici à « l'impératif catégorique » de Kant (1724-1804), qui a profondément marqué la tradition des penseurs occidentaux en ces matières : une action n'est moralement acceptable que s'il est indiqué de la poser n'importe où, à l'endroit de toute personne, y compris de soi-même. Ce qui recoupe la « règle d'or » de la tradition judéo-chrétienne plus ancienne : « Ne fais pas aux autres ce que tu ne voudrais pas qu'on te fasse⁸. »

8. Tobie 4, 15.

IKEDA • L'idée de s'intéresser au sort d'autrui, fruit d'une réflexion sur soi-même, est également une règle d'or du bouddhisme. « Ne donne pas à autrui ce que tu ne te souhaiterais pas à toi-même », voilà un principe éthique qui imprègne toute la pensée orientale.

BOURGEAULT • Si on permet qu'un être humain devienne un moyen ou un instrument pour atteindre quelque objectif que ce soit, on encourt le danger potentiel que tous les humains soient ravalés au rang de « ressources ».

IKEDA • L'existence humaine est en soi source de dignité : elle ne doit jamais devenir une ressource, sinon nous risquons de gâcher ce qui ennoblit l'humanité. Comme je l'ai mentionné il y a un moment, le concept bouddhique de dignité humaine découle aussi de la doctrine selon laquelle la nature de Bouddha est innée en chaque individu. Infinie dans ses possibilités et intrinsèquement autonome, la nature de Bouddha s'exprime de diverses façons. En langage bouddhique, cela se dit : « *jitai kensho* ». Le clonage d'êtres humains à des fins de reproduction nie catégoriquement l'autonomie et la diversité humaines et, de ce fait, bafoue la dignité de la personne.

BOURGEAULT • Sur ce point aussi je suis totalement en accord avec vous. Biologiquement, les êtres humains sont créés par reproduction sexuelle, ce qui met en jeu une gamme de combinaisons génétiques. Le caractère unique de chaque individu est le résultat de ce processus biologique.

François Jacob a bien montré, dans *La logique du vivant*⁹, comment l'évolution de l'humanité s'est faite sous le signe d'une diversité croissante par le jeu combiné de la sexualité et de la mort : *eros* et *thanatos*. La reproduction par la rencontre sexuelle permet l'apparition de vivants nouveaux et d'une foisonnante diversité, grâce au jeu des combinaisons génétiques – grâce au « jeu des possibles », dirait Jacob. Et c'est la mort qui rend possible la poursuite de ce jeu ou de cette dynamique de renouvellement et de diversification.

IKEDA • Comme vous venez de le dire, M. Bourgeault, le clonage humain au mieux suspendrait ou restreindrait l'évolution de l'humanité

9. François Jacob, *La logique du vivant. Une histoire de l'hérédité*, Paris, Gallimard, 1970. Voir aussi : *Le jeu des possibles. Essai sur la diversité du vivant*, Paris, Fayard, 1981.

en entamant la diversité. Ce qui relance aussi la question séculaire du sens de la mort pour les êtres humains.

BOURGEAULT • Et cela nous rappelle qu'à de multiples reprises dans l'histoire les humains ont fait mentir des pronostics de catastrophe en survivant à des crises en apparence insurmontables.

IKEDA • Oui, je suis moi aussi optimiste quant à la capacité des humains d'affronter avec succès la réalité de la technologie qui rend possible le clonage humain. Je suis convaincu que les populations résisteront à toute velléité d'attenter à la dignité humaine et de bafouer les droits de la personne. La déclaration de l'UNESCO est une expression de cette capacité que je nous reconnais.

