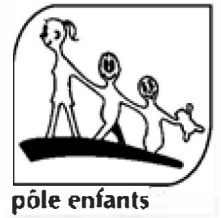




CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

POLE ENFANT

SERVICE D'HEMATO-ONCOLOGIE PEDIATRIQUE



Chef de service

Pr Pascal CHASTAGNER

Secrétariat :

03 83 15 46 37

Fax : 03 83 15 45 51

Collaborateurs :

Dr Irène LEMELLE

Dr Ludovic MANSUY

Dr Cécile POCHON

Dr Aurélie PHULPIN

Dr Marion LUBNAU

Assistants - chefs de clinique

Dr Marie-Sophie MERLIN

Dr Hélène DEUTSCH

RDV Consultations et

Hospitalisation de jour :

Horaires : 8h30 – 16h45

Tél : 03 83 15 47 36

Fax : 03 83 15 47 35

Hospitalisation :

Secteur 1 : 03 83 15 46 31

Secteur 2 : 03 83 15 46 29

HDJ : 03 83 15 47 39

Vandœuvre-lès-Nancy, 28 décembre 2023

A la suite d'une conversation avec Monsieur Mahdi, témoin de Jehova, j'ai le plaisir de témoigner mon expérience de 40 ans de pratique d'oncologie pédiatrique durant laquelle j'ai de nombreuses fois été confronté au problème de la transfusion sanguine chez les enfants traités pour un cancer.

La situation d'un enfant qui doit recevoir pour guérir des traitements agressifs nécessitant des transfusions sanguines correspond probablement à un des pires moments de la carrière d'un médecin, mais bien sûr aussi à la pire épreuve que peuvent avoir à affronter des parents.

Etrangement, je n'ai, a posteriori, que des bons souvenirs de ces situations délicates où se confrontent l'importance de respecter la foi d'un côté, mais également de respecter la mission médicale de soin de l'autre. La principale raison tient à cette particularité des témoins de Jehova à se présenter, et surtout à présenter leurs convictions avec une grande sérénité et une grande gentillesse. Alors que leur détresse est évidente et légitime, ils savent toujours évoquer avec une grande humilité le problème crucial des transfusions à des médecins souvent démunis, et parfois opposants en raison de leur mission de guérir à tout prix. Cette façon d'aborder ce problème, a priori insoluble, a toujours forcé mon admiration, en tant que pédiatre, mais surtout en tant que père, et a permis d'ouvrir mon esprit à trouver des solutions malgré la différence de conviction, voire une certaine incompréhension. Elle permet l'amorce d'une écoute bienveillante de la part du médecin et engendre, en miroir, une confiance de la part des parents et de l'enfant malade, bien au-delà de ce que j'ai pu connaître dans toute autre circonstance. C'est cette gentillesse qui m'a toujours permis d'ouvrir un dialogue sincère, où les pertes de chance dues au refus de transfuser sont évoquées avec sérénité et de trouver un terrain d'entente basé sur le pronostic de l'enfant, l'intensité et le schéma du traitement.

J'ai pu distinguer trois situations bien différentes entraînant des solutions très éloignées les unes des autres : les chances de guérisons sont nulles ; les chances de guérison sont très importantes, les chances de guérisons existent mais au prix d'un traitement très agressif.

Dans le premier cas, correspondant à un pronostic effroyable, il ne serait pas éthique, à mon sens, d'imposer des traitements agressifs nécessitant des transfusions alors qu'aucun bénéfice n'est escompté. Dans le deuxième cas où le pronostic est très favorable et où le cancer nécessite une chimiothérapie de faible intensité, il est souvent possible de moduler cette intensité ou le schéma d'administration en fonction de l'évolution de la maladie sous l'effet du traitement, de façon à éviter les périodes d'aplasie et la nécessité de transfuser. C'est entre ces deux situations extrêmes qu'il est plus difficile de trouver un consensus, mais là encore, il y a des solutions comme utiliser des substituts du sang, de l'érythropoïétine, voire de la thrombopoïétine. Parfois aussi, grâce à cette confiance acquise entre les parents et les soignants, ce sont les parents qui changent d'avis et préfèrent faire une entorse à leur religion pour sauver leur enfant.

Je n'ai été réellement en difficulté qu'une seule fois, alors que j'étais encore interne avec peu d'expérience face à un problème aussi complexe, et où une transfusion avait été prescrite par un médecin senior sans l'autorisation des parents. Le désarroi des parents était intense, celui de l'enfant aussi, mais la confiance a malgré tout persisté, probablement parce que l'enfant a été sauvé.

Je n'ai jamais été amené à discuter de ce problème avec les enfants, l'âge moyen étant de 5 ans, et les plus âgés appliquant les recommandations de leurs parents. Ceci est une autre caractéristique des familles témoins de Jehova où les enfants sont, comme leurs parents, particulièrement respectueux, ce qui devient rare dans la société actuelle. Consultant ces enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, j'ai eu également l'occasion de vérifier que les effets de la qualité de cette éducation se poursuivaient, y compris durant la période rebelle de l'adolescence.

Ces expériences, éprouvantes pour les parents, mais aussi pour le médecin, ont clairement enrichi ma pratique médicale.

Pr P. Chastagner

