



La conduite des médecins
face à des patients ayant subi ou devant subir
une transplantation d'organe à l'étranger

Avis du groupe de travail en éthique clinique

Le 10 juin 2011

Avant-propos

Nous tenons à vous rappeler qu'en mars 2007, l'opinion du Collège a été sollicitée quant à la conduite attendue des médecins face à des patients ayant subi ou devant subir une greffe d'organe à l'étranger. La demande provenait d'un médecin membre, actif dans le domaine de la transplantation et préoccupé par le tourisme de greffe et le trafic d'organes. Après avoir rencontré ce médecin le 5 octobre 2007, le groupe de travail en éthique clinique a produit un avis qui lui a été adressé le 17 décembre 2007. Il était précisé que ce document ne constituait ni une analyse exhaustive de ces problèmes, ni un avis juridique à leur égard; l'objectif visé était plutôt de voir comment certaines considérations relevant de l'éthique professionnelle pouvaient aider les médecins à faire face à ces situations problématiques à plusieurs égards. Le 25 mars 2011, le Conseil d'administration a résolu de rendre le contenu de ce document public, plusieurs médecins québécois s'étant depuis montrés intéressés par ces questions.

Après discussion, le groupe de travail en éthique clinique estime que la première question qui lui est adressée est essentiellement la suivante : quel comportement les médecins devraient-ils adopter lorsque certains patients reviennent au Québec après avoir subi une transplantation d'organes et font appel à leurs services?

Pour les membres du groupe de travail, la réponse à cette question est assez claire. Ces médecins doivent prodiguer les soins dont ces patients ont besoin, quel que soit le jugement que l'on puisse porter sur les activités auxquelles ceux-ci ont participé.

Assurer le suivi requis

Pour justifier une réponse aussi rapide, les membres invoquent l'exemple limite du médecin qui doit traiter un criminel, indépendamment du fait que celui-ci s'est blessé en commettant le crime. À moins qu'il n'y ait un danger imminent pour le patient ou des tiers, ce médecin n'aurait même pas le droit de trahir le secret professionnel pour dénoncer le crime. Ils ajoutent qu'une position semblable a été prise récemment par le Collège, concernant des patients qui reviennent après avoir subi des traitements expérimentaux. Dans son énoncé de position sur les traitements non reconnus, il soutient qu'il n'est pas question d'abandonner les patients sous prétexte qu'ils ont fait appel à des traitements que le ou les médecins d'ici n'approuvent pas. Si l'on voulait faire référence au *Code de déontologie des médecins* du Québec, précisent les membres du groupe de travail, on devrait invoquer l'article 23. Celui-ci soutient essentiellement que les médecins ne doivent pas exercer de discrimination envers les patients ayant recours à leurs services, les exceptions à ce principe devant être les plus rares possible.

Même s'il est possible d'apporter à cette question une réponse assez claire sur le plan déontologique, le groupe estime qu'il faut prévoir certaines objections et y répondre.

Il faut sans doute rejeter d'emblée une première objection, trop facile. Pourquoi les médecins devraient-ils traiter ces patients, alors que le médecin doit refuser sa collaboration ou sa participation à tout acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient eu égard à sa santé, pour reprendre le libellé de l'article 60 du *Code de déontologie*? Il faut rejeter cette objection parce qu'il serait incorrect d'affirmer sans nuance que ces transplantations vont à l'encontre de la santé des patients. Même si les contextes où elles ont été pratiquées peuvent comporter certains risques, ces transplantations n'étaient certainement pas contre-indiquées médicalement. Au contraire, ces patients étaient probablement des candidats à la greffe et l'autre option pour eux était de demeurer sur la liste d'attente, avec les conséquences que l'on sait. Il serait encore plus incorrect de dire que le suivi n'est pas nécessaire à la santé des patients, dans ces cas. En fait, les médecins doivent prodiguer des soins à ces patients, tout simplement parce qu'il s'agit de soins dorénavant nécessaires à leur santé.

Une fois cette objection rejetée, d'autres questions demeurent toutefois pertinentes.

Un médecin pourrait-il refuser de donner les soins, en plaidant l'objection de conscience? En effet, l'objection de conscience est généralement acceptée comme justifiant une exception au devoir d'agir et elle est déjà prévue dans notre *Code de déontologie* (articles 23 et 24). Pour les membres, il ne s'agit pas ici d'un cas d'objection de conscience, puisque personne ne demande à ces médecins de participer activement au don ou à la transplantation. On leur demande simplement de donner les soins jugés nécessaires, une fois le don et la transplantation faites. S'il s'agissait d'un avortement, par exemple, personne ne penserait à invoquer l'objection de conscience pour refuser un examen de contrôle ou encore la prise en charge d'une complication. L'objection de conscience vaut seulement pour celui dont les convictions personnelles l'empêchent de faire lui-même l'avortement.

Le médecin pourrait-il mettre fin à la relation thérapeutique, en prétextant que la relation de confiance a de toute façon été trahie, ou en disant plus précisément que le patient l'incite à commettre les actes illégaux ou injustes, comme le prévoit l'article 19 du *Code de déontologie*? Pour les membres, il est clair qu'en assumant le suivi, le médecin ne commet pas un acte potentiellement illégal ou injuste, ces actes ayant été commis antérieurement par d'autres. Le médecin qui traite un patient blessé lors d'un acte criminel n'est quand même pas considéré comme un complice. S'il refusait d'assurer le suivi, on pourrait par contre accuser ce médecin d'avoir failli à ses obligations, puisque certains soins sont absolument nécessaires après une transplantation (article 38).

Le médecin pourrait-il refuser de soigner ces patients pour des raisons de justice et les réorienter vers d'autres ressources en dehors du système public de soins? Les membres jugent que cette question est plutôt théorique présentement, puisque tous les médecins à même d'assurer ces suivis oeuvrent au sein du système public et qu'ils réussissent à répondre à la demande. On pourrait toutefois penser que des situations du même genre risquent de se reproduire avec la croissance de l'offre de services médicalement requis en dehors des systèmes publics, non seulement à l'étranger, mais ici même. Dans ces cas, il est prévu que les ressources privées assurant un service, assument aussi la responsabilité des soins qui doivent nécessairement précéder ou suivre ce service. Évidemment, la situation est plus difficile à contrôler lorsque les services sont dispensés à l'étranger. Quant au fait que ces patients échappent au système et aux règles que nous nous sommes données comme société pour que l'allocation des organes soit la plus équitable possible, les membres estiment qu'il s'agit d'un problème de justice assez évident. Cependant, il leur semblerait incorrect de demander aux médecins de corriger cette injustice par une autre.

En somme, on peut donner une réponse simple à la question qui a été posée, concluent les membres : oui, les médecins doivent prodiguer les soins devenus nécessaires. Il reste que cette réponse est partielle et qu'elle ne suffit sûrement pas. S'en tenir au code et aux obligations des médecins est un peu court ici. En fait, la question posée n'est pas seulement de savoir s'il faut oui ou non donner les soins et pour quelles raisons. Elle est aussi de savoir quel comportement ces médecins devraient adopter, outre le fait qu'ils doivent prodiguer les soins nécessaires. Si les médecins concernés ont soulevé la question, c'est probablement parce que, tout en sachant ce qu'ils doivent faire, ils ont quand même la désagréable impression qu'en traitant ces patients, ils encouragent des pratiques avec lesquelles ils ne sont absolument pas d'accord, et ce, pour toutes sortes de raisons, certaines d'ordre médical et d'autres de nature morale. Aussi, les membres du groupe ont-ils tenté de pousser la réflexion un peu plus loin.

Trouver d'autres moyens de décourager ces pratiques

Bien qu'indirectement, la question posée touche effectivement plusieurs enjeux moraux et non les moindres. La commercialisation du corps, en général, et le trafic d'organes, en particulier, font l'objet d'une réprobation assez généralisée, tant sur le plan moral que légal. Le tourisme médical pose également plusieurs questions difficiles concernant la justice. Il présente en outre certains risques, sur le plan strictement médical, que les gens ne pensent pas toujours à comparer aux avantages.

Comme la majorité de leurs concitoyens, les médecins ne sont pas sans poser certains jugements moraux sur ces pratiques émergentes. Aussi, quand le groupe de travail affirme que les médecins doivent traiter ces patients, il ne dit pas qu'ils doivent s'abstenir de

porter de tels jugements. Il dit qu'ils doivent traiter les patients quand même et trouver d'autres moyens d'exprimer leur désaccord s'ils veulent le faire, à titre de médecin ou de citoyen.

D'ailleurs, le groupe estime que les médecins ont, en tant que professionnels, le devoir d'informer leurs patients et la population des avantages et des risques associés à ces pratiques sur le plan médical (article 14 du *Code de déontologie*). Les médecins exerçant dans le domaine de la transplantation sont d'ailleurs les mieux placés pour donner de l'information sur les risques liés au tourisme médical dans ce domaine. Ils pourraient, par exemple, diffuser dans leurs lieux de travail des documents de mise en garde, s'adressant à l'ensemble des patients. Les informations dont ils disposent ne sont pas inutiles non plus, s'ils veulent intervenir à titre de citoyens et s'exprimer publiquement au sujet du trafic d'organes ou du tourisme médical. Cependant, les médecins doivent se rappeler que la responsabilité d'adopter et d'appliquer des politiques publiques appartient à d'autres instances que les instances médicales. En ce sens, il y aurait peut-être lieu pour eux de collaborer avec un organisme paragouvernemental comme Québec-Transplant, pour mettre sur pied un projet permettant de transmettre une information plus réaliste sur le don d'organes et la transplantation, leurs avantages et leurs risques. Ces risques sont différents quand les interventions sont effectuées dans des conditions exceptionnelles échappant aux balises et aux modes d'organisation dont nous nous sommes dotés.

Au fond, les membres estiment que le conseil le plus judicieux ici est probablement de ne pas mêler les genres, c'est-à-dire de ne pas associer la transmission d'informations ou l'émission d'opinions à la menace de refuser certains soins à des patients.

Ne pas y participer activement

Une deuxième situation a toutefois été portée à l'attention du groupe de travail, qui concerne une facette plus nouvelle du même problème : certaines informations laissent penser que des médecins québécois, loin de se contenter de suivre ces patients, participent activement à cette forme de tourisme médical. Ce qui soulève une toute autre question : un médecin peut-il collaborer activement à de tels échanges sans contrevenir au *Code de déontologie*?

Même si pour le moment il manque beaucoup d'informations sur les différentes façons dont les médecins seraient appelés à collaborer, on peut penser que cela dépasse de beaucoup les activités de suivi dont il était question jusqu'ici. Les médecins sont-ils appelés à collaborer à des activités médicales précédant la transplantation et entourant le don? Ces activités sont-elles menées sans que l'intérêt des donneurs soit respecté et sans que les soins requis leur soient assurés? Les médecins sont-ils appelés à collaborer à la transplantation elle-même? Celle-ci est-elle effectuée sans considération pour les contraintes déontologiques et légales s'appliquant? Pour les membres, il est clair que

l'illégalité relative dans laquelle se font probablement les transactions peut avoir des conséquences sur le plan médical. Les donateurs, comme les receveurs, ne reçoivent probablement pas tous les soins requis. Certains risques ne sont probablement pas décelés chez les donateurs, mettant leur santé et celle des receveurs en danger. Aussi bien pour les donateurs que pour les receveurs, le suivi est loin d'être assuré, etc.

Si ces craintes s'avéraient fondées, on pourrait penser que le médecin qui collabore activement à ces échanges contrevient à ses obligations. En effet, le médecin québécois est soumis à plusieurs contraintes déontologiques et il doit s'assurer que sa collaboration avec d'autres personnes lui permet de respecter ces contraintes (article 8 du *Code de déontologie*). D'ailleurs, l'article 19 du *Code de déontologie*, auquel nous avons déjà fait allusion, précise que le médecin peut mettre fin à une relation thérapeutique si un patient l'incite à accomplir des actes illégaux, injustes ou frauduleux.

Puisque la situation rapportée soulève la possibilité que certains médecins québécois contreviennent à leurs obligations déontologiques et qu'elle demanderait d'être mieux documentée, le groupe de travail suggère de porter ce problème à l'attention de la Direction des enquêtes aussitôt que des informations précises deviennent disponibles.

Avant de conclure, le groupe veut ajouter que le don d'organes entre vifs soulève, en amont des deux problèmes évoqués ici, des questions particulièrement difficiles sur le plan de l'éthique médicale. Jusqu'à quel point un médecin peut-il compromettre la santé d'une personne saine, même si c'est pour permettre à une autre de survivre? La question se pose, et elle est rarement abordée. Pour le moment, au Québec, cette question est laissée à la discrétion des équipes médicales et les réponses varient considérablement d'un milieu à un autre, la variation la plus notable tenant au fait que les dons cadavériques dépassent de beaucoup les dons vivants dans les milieux francophones alors que ce n'est pas le cas dans les milieux anglophones du Québec ou dans les autres provinces. Il est suggéré que ce sujet soit inscrit à l'agenda du groupe de travail en éthique clinique, de même que la question encore plus vaste de savoir s'il y a certaines limites à fixer pour le don d'organes. Si les besoins ne cessent d'augmenter, ni une augmentation des dons cadavériques, ni le don entre vifs, ni le don après un décès cardiocirculatoire ne réussiront à les combler et le tourisme de greffe risque de s'amplifier. Même si le groupe de travail doit limiter ses analyses à ce qui concerne plus précisément l'éthique professionnelle des médecins, il est important qu'il puisse remettre dans leur contexte les questions plus précises qui lui sont posées.