

**La Chaire de l'UNESCO en bioéthique**

**Ethique médicale en  
santé de la reproduction  
Etudes de cas**

**Bernard M. Dickens, Faculté de Droit, Faculté de Médecine et  
Centre Conjoint de Bioéthique (Joint Centre for Bioethics),  
Université de Toronto, Canada**

**Rebecca J. Cook, Programme International en Droit de la Santé  
Sexuelle et de la Reproduction (International Reproductive and  
Sexual Health Law Programme), Faculté de Droit  
et Faculté de Médecine,  
Université de Toronto, Canada**

**Eszter Kismodi, Département de Santé de la Reproduction et de  
Recherche, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse**

\* \* \* \* \*

**Jean F. Martin, Faculté de Biologie et Médecine de l'Université de  
Lausanne, Suisse, membre du Comité International de Bioéthique  
de l'UNESCO**

## **Office de la Chaire de l'UNESCO en Bioéthique**

**La Chaire de l'UNESCO en Bioéthique**

**B.P. 6451, Haïfa 31063, Israël**

**Courriel : [acarmi@research.haifa.ac.il](mailto:acarmi@research.haifa.ac.il)**

**Tél. : 972 4 8240002, 972 4 8375219**

**Télec. : 972 4 8288195**

ISBN 965-7077-35-4

Tous droits réservés © 2006

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, déposée dans une banque de données ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit – électronique, mécanique, par photocopie, enregistrement ou d'une autre manière – sans la permission préalable écrite et signée de la Chaire de l'UNESCO en bioéthique. En règle générale, une telle permission sera accordée si le but recherché est de faire une recension ou un résumé de cette publication, de la reproduire ou de la traduire, en tout ou en partie, à condition que cela ne soit pas à des fins commerciales ni de vente, et à condition qu'il soit fait référence à la publication originale de la Chaire de l'UNESCO en bioéthique, Université de Haïfa, Israël.

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles des organisations avec lesquelles ils sont associés.

COPYRIGHT © Chaire de l'UNESCO

**Centre International du Droit, de la Santé et de l'Éthique**  
Faculté de Droit, Université de Haïfa

**La Chaire de l'UNESCO en Bioéthique**

**Ethique médicale en  
santé de la reproduction**  
Etudes de cas

**Bernard M. Dickens, Faculté de Droit, Faculté de Médecine et  
Centre Conjoint de Bioéthique (Joint Centre for Bioethics),  
Université de Toronto, Canada**

**Rebecca J. Cook, Programme International en Droit de la Santé  
Sexuelle et de la Reproduction (International Reproductive and  
Sexual Health Law Programme), Faculté de Droit et  
Faculté de Médecine, Université de Toronto, Canada**

**Eszter Kismodi, Département de Santé de la Reproduction et  
de Recherche, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse**

\* \* \* \* \*

**Jean F. Martin, Faculté de Biologie et Médecine de l'Université de  
Lausanne, Suisse, membre du Comité International  
de Bioéthique de l'UNESCO**

**Commission Nationale Israélienne pour l'UNESCO**

**Centre International du Droit, de la Santé et de l'Éthique  
Faculté de Droit, Université de Haïfa, Israël**

**Titulaire de Chaire : Prof. Amnon Carmi**

**La Chaire de l'UNESCO en Bioéthique**

## **Remerciements**

Nous sommes reconnaissants à plusieurs praticiens du domaine de la santé de la reproduction d'avoir mis à notre disposition les descriptions de cas sur lesquels est basée la présente publication. Leur collaboration a permis de fonder ce qui suit sur un ensemble d'expériences de vie réelles, émanant de différentes régions du monde et de différents contextes socio-économiques, qui vont des services de santé de base dans des régions défavorisées aux services technologiquement avancés disponibles dans des collectivités aisées.

En particulier, nous aimerions souligner les précieuses contributions des personnes suivantes :

D<sup>r</sup> M. Afnan, Spécialiste en obstétrique et gynécologie, Birmingham Women's Health Care, NHS, Birmingham, Royaume-Uni;

Professeur Jacques Milliez, Hôpital Saint-Antoine (Maternité), Paris, France;

Professeure Joanna M. Cain, Center for Women's Health, Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon, Etats-Unis;

D<sup>r</sup> Etienne Baulieu, Faculté de médecine de Bicêtre, Université de Paris Sud, France;

Professeur Valentino Lema, Department of Obstetrics and Gynaecology, College of Medicine, University of Malawi, Blantyre, Malawi.

Nous devons une gratitude spéciale au Professeur Amnon Carmi, titulaire de la Chaire de l'UNESCO en bioéthique, Centre international de santé, droit et éthique, Faculté de droit de l'Université de Haïfa, Israël, pour avoir inspiré et facilité le projet qui a donné naissance à cette publication, et pour avoir entrepris tout ce qui était nécessaire pour qu'elle soit imprimée et distribuée.

Bernard M. Dickens, Rebecca J. Cook, Eszter Kismodi  
Mars 2006



## Table des matières

	<b>Introduction</b>	1
<b>1</b>	<b>Conseil à des adolescents en matière de contraception</b> (conseil contraceptif; adolescents; confidentialité; consentement parental)	5
<b>2</b>	<b>Demande de stérilisation sans information du conjoint</b> (accès à la stérilisation; confidentialité; autorisation du mari)	8
<b>3</b>	<b>Refus maternel d'un soin justifié</b> (soins obstétriques en urgence; conflit materno-fœtal)	10
<b>4</b>	<b>Jeune épouse demandant un moyen de contraception à l'insu de son mari</b> (accès à la contraception; confidentialité; autorisation du mari)	12
<b>5</b>	<b>Education sexuelle des adolescents</b> (éducation sexuelle; adolescents)	14
<b>6</b>	<b>Contraception d'urgence chez une victime de viol et objection de conscience</b> (accès à la contraception d'urgence; objection de conscience)	16
<b>7</b>	<b>Stérilisation dans un but de contraception: conseil et consentement</b> (stérilisation contraceptive; conseil; consentement)	19
<b>8</b>	<b>Infection sexuellement transmise et confidentialité</b> (maladie sexuellement transmissible - MST; confidentialité)	21
<b>9</b>	<b>Violence conjugale et confidentialité</b> (violence conjugale; confidentialité)	23
<b>10</b>	<b>Refus par la mère, pour des motifs religieux, du traitement médicalement indiqué d'un fœtus</b> (césarienne; conflit materno-fœtal)	25

<b>11</b>	<b>Contraception et conseil en matière de maladies sexuellement transmissibles (MST) chez une adolescente victime d'abus sexuel</b> (contraception, conseil; abus sexuel; confidentialité; MST, conseil)	27
<b>12</b>	<b>Demande d'interruption de grossesse par une femme mariée à l'insu de son mari</b> (avortement; confidentialité; autorisation du mari)	29
<b>13</b>	<b>Conflit materno-foetal et accouchement par césarienne</b> (soins obstétricaux en urgence; césarienne; conflit materno-foetal)	32
<b>14</b>	<b>Refus maternel, pour des raisons personnelles de santé, du traitement médicalement indiqué d'un fœtus</b> (séropositivité; transmission de la mère à l'enfant; conflit materno-foetal)	35
<b>15</b>	<b>Etat septique et avortement incomplet chez une adolescente, dans un contexte où le consentement parental est requis pour une interruption de grossesse</b> (soins obstétricaux en urgence; soins post-avortement; adolescents; autorisation parentale)	37
<b>16</b>	<b>Interruption de grossesse en cas de viol allégué</b> (abus sexuel; violence; viol; avortement)	40
<b>17</b>	<b>Traitement en urgence d'une femme ayant apparemment eu un avortement illégal</b> (soins obstétricaux en urgence; soins post-avortement)	42
<b>18</b>	<b>Demande de mutilation génitale féminine</b> (mutilation génitale féminine; médicalisation)	44
<b>19</b>	<b>Soins en santé de la reproduction dans des quartiers aisés et défavorisés: subvention croisée</b> (avortement; fistule obstétricale; césarienne)	46
<b>20</b>	<b>Sélection du sexe et diagnostic prénatal</b> (sélection du sexe; diagnostic prénatal)	49

<b>21</b>	<b>Fécondation in vitro (FIV) dans un contexte culturel polygame</b> (FIV; contexte culturel polygame)	51
<b>22</b>	<b>Fécondation in vitro (FIV) et risque de maladie génétique</b> (FIV; refus de test diagnostique)	54
<b>23</b>	<b>Transfert, dans un cadre de fécondation in vitro (FIV), d'embryons qui ne sont pas les bons</b> (FIV; accès aux soins; transfert d'embryons)	56
<b>24</b>	<b>Fécondation in vitro (FIV) et risques liés à la grossesse</b> (FIV; refus de traitement)	58
<b>25</b>	<b>Conseil en matière de maternité de substitution</b> (maternité de substitution)	60
<b>26</b>	<b>Demande d'implantation de multiples embryons</b> (transfert d'embryons)	62
<b>27</b>	<b>Objection de conscience d'un pharmacien et accès à la contraception d'urgence</b> (accès à la contraception d'urgence; objection de conscience de pharmacien)	64
<b>28</b>	<b>Séropositivité, confidentialité et devoir d'avertir</b> (Séropositivité; confidentialité)	67
<b>29</b>	<b>Sélection du sexe en cas de FIV</b> (FIV; sélection du sexe; diagnostic prénatal)	70
<b>30</b>	<b>Adolescentes intellectuellement diminuées - Recherche et services contraceptifs</b> (recherche en santé de la reproduction; contraception à l'intention d'adolescentes intellectuellement diminuées)	72
<b>31</b>	<b>Embryons surnuméraires</b> (recherche sur l'embryon)	75
	<b>Index</b>	78



# **Ethique médicale en santé de la reproduction**

## **Etudes de cas**

### **Introduction**

Le concept de santé de la reproduction s'est vu accorder une visibilité et une importance internationales à l'issue de deux conférences des Nations Unies au milieu des années 1990, à savoir la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire, en Egypte, en 1994, et la Conférence internationale sur les femmes, tenue à Beijing, en Chine, en 1995. Sa définition est la suivante:

La santé de la reproduction est un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans tout ce qui concerne le système reproducteur et ses fonctions. La santé de la reproduction implique par conséquent que les personnes sont capables d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans risque, qu'elles ont la capacité de procréer et la liberté de décider si, quand et à quelle fréquence elles souhaitent le faire. Cette dernière condition suppose, d'une part, le droit des hommes et des femmes d'obtenir de l'information sur les méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables de leur choix ainsi que sur d'autres méthodes légales de régulation de la fécondité de leur choix et, d'autre part, d'avoir accès à ces méthodes. Cela suppose aussi le droit d'avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes de vivre des grossesses et des accouchements sans risque et donnant aux couples les meilleures chances d'avoir un enfant en bonne santé.

De nombreux pays se sont engagés, à la fois par leurs démarches au niveau international et leurs lois nationales, à mettre en

œuvre le concept de santé de la reproduction en tant que devoir éthique renforcé par le droit.

Afin de donner aux professionnels et aux étudiants du domaine de la santé et à d'autres les moyens de prendre en compte le respect des besoins de santé de la reproduction du point de vue éthique et de faire reconnaître les devoirs dont dépend la jouissance des droits individuels en matière de reproduction, Rebecca J. Cook et Bernard M. Dickens, deux des auteurs de la présente publication, ont préparé, avec l'aide de leur collègue Mahmoud F. Fathalla, un ouvrage sur les façons d'intégrer les éléments médicaux, éthiques et légaux de la santé de la reproduction. Cet ouvrage est publié en plusieurs langues:

Anglais: *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*, Oxford, Oxford University Press, 2003.

<http://www.oup.co.uk/isbn/0-19-924133-3>

Mises à jour disponibles à:

<http://www.law.utoronto.ca/faculty/cook/ReproductiveHealth.html>

Français: *Santé de la Reproduction et Droits Humains: Intégrer la Médecine, l'Éthique et le Droit*. Paris: Masson, 2005. <<http://www.masson.fr>>

Mises à jour disponibles à: <http://www.usherbrooke.ca/sifdf/livre/miseajourdulivre.html>

Espagnol: *Salud Reproductiva y Derechos Humanos: Integración de la Medicina, la Ética y el Derecho*, Bogotá, Colombie, Profamilia, 2004. Contact: [juridico@profamilia.org.co](mailto:juridico@profamilia.org.co)

Portugais: *Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: Integrando Medicina, Ética e Direito*, Rio de Janeiro, Brésil, CEPIA, 2005. Contact: [sandra@cepia.org.br](mailto:sandra@cepia.org.br)

Chinois : [*Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*], Beijing, China Population Publishing House, 2005. Contact: [chinapphouse@163.net](mailto:chinapphouse@163.net)

Une traduction en arabe est prévue par les soins de la Egyptian Fertility Care Foundation ([efcf@link.net](mailto:efcf@link.net)).

Les lecteurs de ce livre seront sans doute intéressés par la création, en août 2005, du Site international francophone sur le droit des femmes (SIFDF), à l'adresse <http://www.usherbrooke.ca/sifdf>, lequel est né d'une collaboration entre le International Reproductive and Sexual Health Law Programme de l'Université de Toronto (Canada) et la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke (Canada). Ce site propose des ressources utiles et accessibles aux francophones intéressés à comprendre, promouvoir et défendre le droit des femmes. Le site touche particulièrement aux problématiques liées à la santé de la reproduction, ce qui inclut les droits associés à la santé sexuelle et de la reproduction ainsi que l'accès à des soins de santé adéquats pour les femmes dans le monde. Le site se veut également un outil convivial permettant d'avoir accès à des mises à jour régulières de l'ouvrage des professeurs Cook, Dickens et Fathalla intitulé *Santé de la reproduction et droits humains : Intégrer la médecine, l'éthique et le droit*.

Le but de la publication susmentionnée comme du présent ouvrage n'est pas de conduire les lecteurs à des conclusions particulières mais plutôt de les aider à identifier des considérations éthiques clés dont il faut tenir compte pour procéder à une évaluation éthique adéquate susceptible de résoudre les conflits de valeurs auxquels on est confronté en santé de la reproduction. Les jugements éthiques ne sont pas en noir et blanc ; il n'existe pas de classification simple entre ce qui est éthique et non éthique. Il peut y avoir plus d'une façon de se comporter éthiquement, selon que la priorité est donnée à tel ou tel principe. Pour prendre une décision éthique, il faut cerner les éléments principaux sous-jacents et préciser les motifs éthiques permettant de préférer une approche à une autre.

Les 31 cas décrits ci-après, tirés d'expériences réelles, sont basés sur des situations factuelles simples, présentées de manière à faciliter leur traitement éthique par les lecteurs – sans que ces derniers soient tentés d'éviter un engagement éthique par des

artifices techniques ou l'ajout d'autres données. Les lecteurs sont invités à développer leurs propres explications et argumentations éthiques à l'appui des solutions de ces différents cas qu'ils estimeront préférables.

## ETUDES DE CAS

### **Cas 1: Conseil à des adolescents en matière de contraception**

*(conseil contraceptif; adolescents; confidentialité; consentement parental)*

B.T., âgée de 15 ans, consulte le D<sup>r</sup> H.K. qui travaille dans le cadre d'un régime de soins médicaux auquel souscrivent ses parents. Elle lui présente V.G., son ami de 19 ans, en expliquant qu'ils ont l'intention de se marier quand elle atteindra 18 ans et n'aura plus besoin pour cela de consentement parental. Elle explique que, comme le fait de rester abstinentes sexuellement entraîne des tensions dans leur couple, son ami et elle entendent avoir prochainement des relations sexuelles mais ne veulent pas prendre le risque d'une grossesse avant le mariage. Elle demande donc au D<sup>r</sup> H.K. de les conseiller quant aux choix contraceptifs préférables. Elle lui demande aussi de ne pas informer ses parents car ces derniers n'approuvent pas sa relation avec V.G. La loi de l'Etat punit le fait pour un homme d'avoir des rapports sexuels avec une femme de moins de 17 ans, à moins que leur différence d'âge soit inférieure à trois ans.

#### **Questions:**

- Quels conseils le D<sup>r</sup> H.K. devrait-il donner à B.T.?
- Le médecin peut-il conseiller le garçon en ce qui concerne des rapports protégés avec son amie?
- Quelle est la responsabilité éthique du médecin, vis-à-vis de la jeune fille, de garder la consultation confidentielle?
- Comment le médecin devrait-il gérer le conflit d'intérêts entre la préservation de l'autonomie de la jeune fille et la communication de renseignements à ses parents?

#### **Analyse et réponses**

Parce qu'elle est âgée de 15 ans et n'est pas mariée avec son ami, B.T. ne peut donner un consentement légalement valable

à des rapports sexuels avec lui, dans la mesure où V.G. est âgé de trois ans de plus qu'elle. La loi a pour but de protéger la jeune fille ; si elle consentait à des rapports, elle ne serait pas elle-même punissable, mais son ami le serait.

Conséquemment, le D<sup>r</sup> H. K. peut informer B.T. en matière de contraception mais ne saurait conseiller V.G. à l'égard de rapports protégés à ce stade, car il pourrait ainsi se rendre complice d'un délit. Cependant, hors de la présence de B.T., le médecin pourrait dire au garçon, en termes généraux, comment obtenir une information fiable à cet égard. Il est généralement accepté dans les pays industrialisés que, à 19 ans, on devrait être renseigné sur ces sujets.

Préserver la confidentialité que demande la jeune fille pose des difficultés d'ordre pratique et éthique. Dans la pratique, le médecin a le droit de facturer ses prestations au régime de soins médicaux des parents, qui peuvent vérifier ou être tenus de vérifier que les prestations facturées ont bien été fournies. S'il n'y a pas de moyen de « masquer » les conseils contraceptifs dont a bénéficié la jeune fille, la confidentialité est menacée – à moins que le médecin ne soit pas payé ou soit payé d'une autre manière. Toutefois, un paiement par V.G. doit être exclu.

La question éthique concerne le droit de la jeune fille d'être traitée comme une adulte autonome. Il se peut que la loi de l'Etat reconnaisse le concept de mineur mature, soit qui est capable de discernement. Dans ce cas,, si le D<sup>r</sup> H. K. considère que B.T. a la capacité de comprendre l'information qu'elle reçoit et d'agir en conséquence, elle peut être considérée comme ayant une certaine autonomie en ce qui a trait à ses soins médicaux et à la communication de ses renseignements médicaux. Cependant, comme elle est mineure, ses parents ont une certaine responsabilité à l'égard de sa santé et peuvent exiger des renseignements sur les produits médicaux qui lui sont prescrits de manière à s'acquitter de cette responsabilité. Un argument en faveur du maintien de la confidentialité est qu'à moins que les adolescents puissent compter entièrement sur la discrétion des professionnels de la santé, ils pourraient être

réticents – et même renoncer – à solliciter des conseils ou des soins.

Au moment de conseiller la jeune fille seul à seul, le médecin peut discuter avec elle de la possibilité que ses parents apprennent l'existence d'une prescription contraceptive, des autres modes de paiement possibles des soins, de l'éventualité de s'en remettre à l'usage du préservatif ou d'un autre moyen contraceptif par son partenaire et de la possibilité d'en rester à l'abstinence. A supposer qu'elle choisisse la contraception, le médecin peut éthiquement la prescrire – mais sans garantie de confidentialité totale si la prescription est remboursée par le régime de soins des parents.

Enfin, le médecin pourrait porter une lourde responsabilité éthique dans le cas où, s'appuyant sur une condamnation morale de l'activité sexuelle à l'adolescence ou avant le mariage pour refuser l'accès à la contraception à B.T., cette dernière deviendrait sexuellement active sans protection.

**Cas 2: Demande de stérilisation sans information du conjoint**  
(accès à la stérilisation; confidentialité; autorisation du mari)

M<sup>me</sup> T.W., 37 ans, est la mère de quatre filles, la dernière âgée de trois ans. Elle est anémique, dit être souvent fatiguée et vit avec son mari dans une maison rurale modeste, subvenant aux besoins de sa famille par des cultures, quelques animaux domestiques, le ramassage de bois de feu, et en vendant quelques produits au marché local, pendant que son mari cherche du travail à la ville voisine.

Elle vient à la clinique de planning familial et demande au D<sup>r</sup> J.B. de la stériliser parce qu'elle estime, compte tenu de sa santé et des moyens modestes de la famille, qu'elle ne pourrait faire face à une nouvelle grossesse et au devoir d'élever un autre enfant. Elle peut payer l'intervention avec ses économies et demande au médecin de lui promettre que le personnel de la clinique ne dira rien à son mari qui peut être violent et qui a toujours désiré avoir un fils. Dans la culture locale, les hommes considèrent qu'ils doivent être consultés en ce qui concerne les soins médicaux de leurs femmes, mais ce n'est pas une exigence légale.

**Questions**

- Quelles sont les implications éthiques de ce cas?
- Le médecin a-t-il une obligation éthique de faire part de la demande de M<sup>me</sup> T.W. à son mari?
- Le médecin a-t-il l'obligation de demander l'autorisation de Monsieur T.W. pour acquiescer à la demande de sa femme?
- Le médecin devrait-il effectuer la stérilisation de M<sup>me</sup> T.W.?

**Analyse et réponses**

Il se peut qu'en raison de l'état médical de M<sup>me</sup> T.W., une nouvelle grossesse soit contre-indiquée pour elle. Mais les défis

éthiques sont ici liés à la culture locale habilitant les hommes à influencer et même à contrôler les traitements médicaux de leurs épouses – ainsi qu’à la propension du mari à la violence. Le D<sup>r</sup> J.B. peut se sentir tenu de respecter la culture locale et refuser de traiter M<sup>me</sup> T.W. si son mari n’est pas au courant parce que, d’un point de vue éthique, il ne veut pas être partie à une tromperie ni aggraver la frustration de Monsieur T.W. de ne pas avoir de fils.

Quant aux dimensions éthiques entourant le traitement de l’épouse sans en informer le mari, elles sont liées à la pertinence médicale de la stérilisation et au fait que M<sup>me</sup> T.W. risque de subir de mauvais traitements si son mari apprend qu’elle n’a pas ou n’entend pas donner suite à son désir d’engendrer un fils. L’importance d’avoir un fils du point de vue des perspectives économiques de la famille peut peser dans la considération éthique. Toutefois, de l’autre côté, il faut tenir compte des répercussions d’une nouvelle grossesse sur la santé de la mère et sur sa capacité à subvenir aux besoins de sa famille et à en prendre soin, compte tenu de son importante contribution à ce titre. De plus, lors d’une grossesse future, elle pourrait bien sûr avoir encore une fille.

Les problèmes pratiques qui ont des implications éthiques sont de savoir, d’une part, si une stérilisation chirurgicale va laisser une trace physique, comme une cicatrice, que le mari pourra remarquer et, d’autre part, si on peut compter sur le fait que tout le personnel de la clinique maintiendra la confidentialité de l’intervention.

Le fait que le mari ignore que sa femme a été stérilisée a un certain poids éthique ; toutefois la question qu’il puisse être trompé doit être considérée à la lumière du fait que sa femme est libre de demander ces soins, en fonction de son droit à l’autodétermination en matière de reproduction et de son droit au secret médical. La clinique de planning familial n’a pas le devoir éthique de suivre une quelconque obligation morale de divulgation qu’aurait M<sup>me</sup> T.W. envers son mari, et elle ne devrait pas faire dépendre l’accès de la patiente à une prestation médicale justifiée à l’abandon de son droit à la confidentialité.

**Cas 3: Refus maternel d'un soin justifié***(soins obstétricaux en urgence; conflit materno-fœtal)*

Une patiente de 24 ans, qui a trois enfants après quatre grossesses, est vue en salle d'urgence avec une hémorragie vaginale grave qui n'est que partiellement ralentie par un tamponnement vaginal. On découvre qu'elle a un cancer du col utérin de stade IIB et qu'elle est enceinte de huit semaines. La démarche médicale recommandée dans un tel cas est d'emboliser l'artère utérine ou d'appliquer une radiation à haute dose pour stopper le saignement, deux méthodes qui ont pour effet d'interrompre la grossesse.

La patiente parle une langue étrangère, mais le mari et l'interprète confirment qu'elle refuse le traitement parce qu'il interromperait la grossesse. Elle continue à saigner et perd connaissance. Le mari demande à l'équipe médicale d'aller de l'avant en prenant toute mesure nécessaire pour sauver la vie de sa femme.

**Questions**

- Quels sont les dilemmes éthiques auxquels l'équipe médicale est confrontée?
- Quelles questions l'équipe pourrait-elle approfondir pour déterminer si le refus de la patiente est raisonnable?
- Que doivent faire les professionnels de la santé?

**Analyse et réponses**

Il n'est habituellement pas considéré non éthique pour les professionnels de santé d'agir de manière à sauvegarder la vie de leurs patients. Cependant, quand une femme enceinte veut risquer sa vie pour sauver un fœtus viable qui ne peut être sauvé d'une autre manière, il peut être éthiquement justifié de se conformer à son choix d'autosacrifice et de respecter ainsi son droit à l'autonomie. Dans ce cas toutefois, la poursuite de la grossesse de huit semaines n'est pas certaine, en

particulier dans la mesure où la femme présente une hémorragie grave non maîtrisée, en plus d'un cancer du col utérin.

Le fait qu'elle ne puisse s'exprimer dans la langue locale n'a pas de conséquence éthique puisque l'interprète et le mari confirment son refus du traitement. L'attestation du mari est particulièrement crédible dans la mesure où les préférences de son épouse diffèrent des siennes. La décision concernant le traitement devra être prise alors que la patiente est inconsciente mais, du point de vue éthique, on n'a pas plus de latitude d'aller à l'encontre de la volonté connue et validée d'un patient lorsqu'il est inconscient que lorsqu'il est conscient.

Le défi éthique dans ce cas est que, bien qu'exprimée en toute lucidité et de manière fiable, l'intention de cette femme de sauver la vie de son enfant non-né est probablement irréaliste. Son choix apparaît insuffisamment éclairé, ou naïf, dans la mesure où elle surestime la viabilité du fœtus et ses propres chances de survie si l'hémorragie n'est pas traitée vigoureusement, et où elle ne semble pas accorder l'importance voulue au bien-être des trois jeunes enfants qu'elle a déjà.

La demande du mari, faite spécialement en faveur des enfants, mérite d'être respectée du point de vue éthique et peut représenter une limite à l'autonomie décisionnelle de sa femme qui pourrait être reconnue par un tribunal. La préférence de la femme de favoriser l'embryon ou fœtus peut être de moindre poids éthique que l'intérêt de ses enfants à charge. Il s'ensuit que, si le professionnel de la santé est éthiquement tenu de se conformer au refus d'un patient de se faire traiter – comme dans le cas du refus d'une transfusion chez un témoin de Jéhovah, même si cette transfusion peut lui sauver la vie –, des motifs éthiques tout aussi défendables justifient de donner dans ce cas la priorité à la survie de la femme, conformément à des considérations utilitaristes des avantages et des risques.

L'équipe médicale tiendra compte aussi du fait que, même si l'intervention médicale mettra un terme à la grossesse, la femme pourra, une fois rétablie, redevenir enceinte.

**Cas 4: Jeune épouse demandant un moyen de contraception à l'insu de son mari**

*(accès à la contraception; confidentialité; autorisation du mari)*

E.F., âgée de 16 ans, est mariée depuis six mois, après arrangement entre les deux familles, à un homme de 27 ans qu'elle ne connaissait que très peu. Son mari l'amène chez le D<sup>r</sup> G.H., médecin de famille, pour un examen de routine. Le médecin constate que cette femme est petite, présente un état de malnutrition et un bassin insuffisamment développé. Souhaitant éviter une grossesse jusqu'à ce qu'elle ait 20 ans, bien que son mari et sa belle-famille souhaitent qu'elle ait un enfant dès que possible, elle demande au médecin une méthode contraceptive.

**Questions**

- Quelle est la première responsabilité éthique du D<sup>r</sup> G.H. dans ce cas?
- De quels aspects sociaux et médicaux le médecin devrait-il discuter avec E.F.?
- Le médecin doit-il informer le mari de la requête de sa femme sans l'accord de cette dernière?

**Analyse et réponses**

Le D<sup>r</sup> G.H. devrait proposer à E.F. qu'en tant que médecin, il pourrait s'entretenir avec son mari et lui expliquer qu'il n'est pas dans l'intérêt d'un futur enfant que sa femme soit enceinte avant que son développement ne permette une grossesse et un accouchement dans de bonnes conditions et qu'attendre quelques années favoriserait la santé de la famille dont il est responsable. Le médecin devrait aussi évoquer avec elle sa position probable dans sa belle-famille si elle semblait infertile et lui suggérer qu'il serait préférable que son mari sache qu'elle prend un moyen contraceptif. S'il apparaît vraisemblable que le mari interdira à sa femme d'utiliser un moyen de contraception et qu'on peut appliquer une méthode contraceptive à l'insu du mari, la question est de savoir s'il est

éthique de ne pas l'en informer.

La première responsabilité éthique du médecin vis-à-vis de la femme est la protection de sa santé. Si elle est enceinte, elle risque d'accoucher prématurément avec des complications comme un travail bloqué ou prolongé et des risques de fistule dans la région génito-anale. Le D<sup>r</sup> G.H. doit prendre en compte toutes les circonstances d'E.F. pour apprécier comment un travail bloqué ou prolongé serait géré en cas de grossesse précoce. Dans la mesure où une telle grossesse serait au détriment de la santé d'E.F., il peut être éthiquement approprié de lui fournir un moyen de contraception. Le médecin ne doit pas chercher à tromper le mari mais il est tenu à l'observation standard du secret professionnel – cela inclut de ne pas donner d'indications spécifiques en présentant une facture au mari pour les soins donnés à sa femme. Il reste qu'une divulgation pourrait survenir si E.F. produit dans une pharmacie une ordonnance pour un contraceptif.

Si le D<sup>r</sup> G.H. parle avec le mari de l'état général de santé de E.F., il pourra faire observer que les arrangements liés au mariage ne considéraient pas adéquatement l'état de son développement physique dans l'optique d'une maternité. Et que, sans qu'il y ait faute ou incapacité de sa femme, une grossesse est contre-indiquée pour les trois ans à venir environ. Cependant, le médecin doit consulter la femme et avoir son accord avant de parler dans ces termes à son mari.

**Cas 5: Education sexuelle des adolescents***(éducation sexuelle; adolescents)*

Le D<sup>r</sup> J.K. est employé par une commission scolaire gouvernementale pour fournir des soins de santé à des élèves âgés de 11 à 16 ans dans une école secondaire mixte non confessionnelle. Ce médecin a constaté au long de cinq ans d'expérience une augmentation des grossesses et des maladies sexuellement transmissibles (MST) parmi les élèves de plus de 14 ans et propose de leur apporter une éducation générale sur la santé sexuelle, les avantages de l'abstinence sexuelle, les options contraceptives et l'importance de se protéger des MST. Certains parents sont opposés à l'idée que leurs enfants reçoivent une éducation sur la contraception parce que cela va à l'encontre de leurs convictions religieuses, et d'autres objectent que cela pourrait promouvoir l'expérimentation sexuelle.

**Questions**

- Le D<sup>r</sup> J.K. doit-il offrir une éducation sexuelle aux élèves?
- Quel est le devoir éthique du médecin dans cette situation, à l'égard des élèves et des parents?

**Analyse et réponses**

Comme le D<sup>r</sup> J.K. est responsable de la santé – ce qui inclut des soins directs et l'information et l'éducation pertinentes – des élèves de niveau secondaire que la Commission scolaire a la charge d'instruire, la santé de la reproduction et l'éducation sexuelle sont, éthiquement, dans le cadre de son mandat. La réalisation de ce mandat doit tenir compte de l'état de santé et des circonstances de vie de ces élèves, y compris des taux croissants de grossesse et de MST observés chez les plus âgés. Conséquemment, le médecin doit mettre à la disposition des élèves la protection la plus efficace à cet égard. Le défi éthique n'est pas ici de répondre aux besoins des étudiants mais vient plutôt de l'opposition de certains parents. Une partie du devoir de la commission scolaire est de

communiquer avec les parents, par l'entremise de ses dirigeants et employés, et de les conseiller. Le D<sup>r</sup> J.K. devrait par conséquent informer les parents, d'une part, de ce que l'école peut entreprendre et, d'autre part, des responsabilités qui relèvent des parents sur le plan de l'éducation et de la socialisation de leurs enfants. Comme l'école n'est pas confessionnelle, elle n'a pas à instruire les étudiants conformément aux valeurs inspirées par une religion particulière, bien qu'elle puisse donner un enseignement sur les valeurs liées à différentes fois religieuses. Les parents ne peuvent par conséquent pas attendre de l'école qu'elle se préoccupe des dimensions morales de leurs propres convictions.

Dans l'information donnée par l'école, on conseille l'abstinence, mais on parle aussi de protection et de prévention quand il y a activité sexuelle. On devrait aussi inclure des conseils afin de minimiser la vulnérabilité des jeunes gens à l'égard des rapports sexuels non consensuels ou involontaires. Le médecin devrait souligner dans les discussions avec les parents que l'information peut prévenir des conséquences sérieuses liées à des relations non protégées, comme une grossesse non désirée, un avortement clandestin à risque et les MST, y compris le VIH/sida.

Le D<sup>r</sup> J.K. réfléchira à la façon dont il répondra aux parents qui désirent que leurs enfants soient dispensés de l'enseignement traitant de santé de la reproduction et de contraception. Il se peut que le médecin, mis sous pression, cède à de telles requêtes. Toutefois, la non-participation de certains élèves peut les stigmatiser auprès de leurs camarades et les priver de l'information et des conseils nécessaires à leur protection, à leur santé sexuelle et à leur bien-être général. Ainsi, le médecin informera les parents des dangers de l'ignorance en matière de sexualité sur le bien-être immédiat et à plus long terme des élèves ; il doit souligner aussi que le refus d'une éducation appropriée est contraire aux buts pédagogiques de l'école et qu'un tel enseignement n'exclut bien sûr pas, ni ne contredit, les valeurs religieuses et sociales que les parents enseignent à leurs enfants à la maison.

**Cas 6: Contraception d'urgence chez une victime de viol et objection de conscience**

*(accès à la contraception d'urgence; objection de conscience)*

Le D<sup>r</sup> R.M. est le seul médecin desservant un village éloigné. Tard un samedi, l'agent de police du village amène à son cabinet une jeune fille de 13 ans qui a été victime le jour précédent d'une agression violente et traumatisante, après quoi elle a été laissée dans un fossé. Elle est maintenant consciente et, au vu de ses vêtements déchirés ou manquants et de contusions et lacérations, apparaît avoir été violée. Le policier demande au médecin de la soigner et de recueillir sur elle tous les échantillons de tissus humains provenant de l'assaillant, du sperme par exemple, à des fins d'examen médico-légal.

Toutefois, alors que le D<sup>r</sup> R.M. s'emploie à recueillir ces échantillons, la jeune fille résiste et pleure, disant qu'elle refuse qu'on introduise en elle des instruments quelconques. Elle dit aussi qu'elle ne veut pas tomber enceinte. Le médecin a à sa disposition des moyens de contraception d'urgence (post-coïtale) mais refuse de les lui proposer pour des raisons de conscience. La jeune fille ne peut être référée à un autre praticien avant le lundi vers midi mais pourrait être transportée le lendemain pour atteindre dimanche soir le service d'urgence d'un hôpital urbain. Ceci toutefois représenterait un coût considérable pour le modeste budget du service de santé local.

**Questions**

- A quels dilemmes éthiques le D<sup>r</sup> R.M. est-il confronté? Comment peut-il prendre soin de manière appropriée de la jeune victime?
- Quelle est la responsabilité éthique et légale du D<sup>r</sup> R.M. en ce qui concerne la prescription d'une contraception d'urgence à cette jeune fille?
- A quelles limites le médecin est-il confronté quand il refuse un traitement pour des motifs d'objection de conscience?

- Que devrait faire le médecin afin d'obtenir de la victime les prélèvements nécessaires dans un but médico-légal ?

### Analyse et réponses

La contraception post-coïtale d'urgence est le traitement médicalement indiqué pour cette jeune fille qui, selon toute vraisemblance, apparaît avoir été violée. Le D<sup>r</sup> R.M. dispose de cette méthode, mais il est confronté à un problème éthique dans la mesure où il est moralement opposé à la prescrire, soit parce qu'il a la conviction que la contraception d'urgence est une forme d'avortement, soit parce qu'il croit que la contraception artificielle est, en tant que telle, répréhensible. Dans la première éventualité, ce médecin devrait fournir une raison éthique de rejeter le fort consensus parmi les gynécologues selon lequel cette contraception, mise en œuvre dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé, fait effet avant qu'une grossesse ait pu être initiée. La seconde position, qui comme la première repose souvent sur une conviction religieuse, ne permet pas de réfutation biologique.

Les convictions religieuses méritent le respect, mais la responsabilité éthique et légale des objecteurs de conscience est alors de diriger les patients vers des collègues qui ne sont pas opposés à fournir le traitement concerné. Le D<sup>r</sup> R.M. a par conséquent le devoir de résoudre le défi éthique lié au coût élevé du transport de la jeune fille jusqu'à un hôpital en ville, en l'exposant de plus aux effets psychologiques d'un déplacement et d'une séparation prolongée d'avec sa famille. A supposer qu'il considère injustifiable cette dépense de transport, il a alors une obligation éthique de subordonner ses motifs de conscience personnels au besoin médical de la jeune fille et de la traiter immédiatement par le moyen dont il dispose.

Le devoir éthique du D<sup>r</sup> R.M. de ne pas nuire (*primum non nocere*) et le droit de la jeune fille à l'autonomie demandent que le médecin agisse rapidement de manière à prévenir une grossesse, spécialement dans le cas d'un viol et compte tenu de l'âge de la patiente. Son objection de conscience entraîne un conflit d'intérêts dans la mesure où cela l'oblige soit à exposer

la patiente à un risque de grossesse, soit à dépenser les ressources très limitées de la clinique pour emmener la patiente jusqu'à un hôpital de la ville pour recevoir un traitement disponible localement.

On peut répondre à la demande d'échantillons de la police par des prélèvements externes, par exemple de peau et de cheveux. On ne peut généralement pas procéder à une intrusion corporelle sans le consentement de la victime ou l'ordre d'un tribunal compétent. Si sa capacité (légale) à consentir à un traitement médical reste incertaine dans ce cas-ci, la jeune fille apparaît capable de refuser des intrusions corporelles non désirées, en particulier dans son vagin. Le D<sup>r</sup> R.M. peut donc ne pas pouvoir répondre à la requête de la police. Il apparaît éthiquement inapproprié et légalement inefficace de menacer la patiente d'un délit pénal, d'obstruction à la justice par exemple, si elle ne donne pas son consentement. Par ailleurs, si une intrusion corporelle est nécessaire pour le traitement médical *stricto sensu* de la patiente, alors on peut préserver les prélèvements en vue d'examen médico-légal.

**Cas 7: Stérilisation dans un but de contraception : conseil et consentement**

*(stérilisation contraceptive; conseil; consentement)*

J.S., 23 ans, jouit d'une santé physique normale, mais présente une sévère aphasie expressive. Elle ne peut communiquer verbalement ses souhaits bien qu'elle puisse entretenir des relations affectives. Elle vit avec sa mère veuve de 58 ans qui craint que, sa fille étant attrayante et attirée par les hommes, elle puisse tomber enceinte si elle a une vie sociale qui lui permet de passer du temps seule avec des hommes. La mère demande au D<sup>r</sup> R.E. de pratiquer une stérilisation chirurgicale chez sa fille de manière à lui permettre d'avoir une vie moins chaperonnée, plus normale ; de plus, elle suggère une hystérectomie pour lui éviter les inconvénients des règles menstruelles. La loi de l'Etat permet la stérilisation à des fins de contraception « quand elle est indiquée par des motifs de santé ».

**Questions**

- Comment le D<sup>r</sup> R.E. doit-il répondre à la demande de la mère?
- La demande de stérilisation excède-t-elle l'autorité parentale dans un tel cas?
- Le médecin doit-il chercher une assistance légale de manière à prendre une décision éthiquement et légalement acceptable? Devrait-il consulter d'autres sources?

**Analyse et réponses**

Dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est décrite comme un « état de complet bien-être, physique, mental et social ». Une stérilisation ne semble pas physiquement indiquée pour J. S., bien que si elle devenait enceinte, elle pourrait trouver cela inconfortable et temporairement contraignant. Une grossesse pourrait par

ailleurs être préjudiciable à sa santé mentale, ses effets physiques pouvant être ressentis comme incompréhensibles et stressants. La stérilisation pourrait servir son bien-être social dans la mesure où elle serait plus libre de passer du temps en privé avec un homme de son choix. Sur ces bases, le médecin peut estimer éthique d'être ouvert à la stérilisation de la jeune femme.

Le D<sup>r</sup> R.E. doit rester prudent toutefois parce que la mère de J.S., qui a sollicité l'opération et donnerait probablement le consentement nécessaire du point de vue légal, n'est pas forcément désintéressée et seulement préoccupée du bien-être de sa fille. En effet, si J.S. avait un enfant, la responsabilité de ses soins et de son éducation pourrait revenir à la mère. La demande d'hystérectomie suggère que cette dernière est disposée à soumettre sa fille à une intervention beaucoup plus efficace qu'il n'est nécessaire dans un but contraceptif – intervention que des femmes capables de discernement sont peu susceptibles de demander ou d'accepter dans un simple but de convenance personnelle.

Dans certains pays où les femmes capables d'exprimer leurs propres souhaits ont légalement accès à la stérilisation, les tribunaux ont déterminé que la stérilisation contraceptive chez des personnes intellectuellement limitées n'était pas licite sur la base de l'autorisation de leurs parents ou d'autres tierces parties. En tant qu'intervention non thérapeutique, généralement irréversible et demandant parfois une chirurgie majeure, la stérilisation peut être considérée comme une mesure qui outrepassse l'autorité du parent ou tuteur. Pour cette raison, le D<sup>r</sup> R.E. peut décliner la requête de la mère. A supposer au contraire qu'il soit prêt à l'envisager, il peut poser la condition que la mère obtienne l'accord d'une instance judiciaire et que la méthode la moins invasive soit employée. La demande d'hystérectomie de la mère semble excéder ce qu'il est éthiquement possible d'admettre, dans un tel cas, dans un but de stérilisation.

**Cas 8: Infection sexuellement transmise et confidentialité**  
(*maladie sexuellement transmissible – MST; confidentialité*)

Le D<sup>r</sup> D.L. est le seul médecin desservant une petite banlieue. Il traite J.T., le fils de 22 ans de la famille T., pour une infection vénérienne active probablement contractée, aux dires du patient, lors d'une relation avec une danseuse exotique travaillant dans une boîte de nuit d'une ville voisine. À la suite des tests, rien n'indique que J.T. a été contaminé par le virus VIH.

Lorsque Monsieur M.A., un autre patient du D<sup>r</sup> D.L., consulte le médecin, il signale que sa fille, âgée de 17 ans, va épouser J.T. dans deux mois, et il demande s'il y a des renseignements médicaux concernant le jeune homme (dont M.A. sait qu'il est un patient du D<sup>r</sup> D.L.) dont sa fille devrait avoir connaissance.

**Questions**

- Quel est le dilemme éthique dans ce cas?
- Que peut répondre le D<sup>r</sup> D.L.?
- Qui le médecin pourrait-il consulter dans un tel cas?

**Analyse et réponses**

Il est éthiquement difficile pour le D<sup>r</sup> D.L. de faire autre chose que de rappeler à M.A. qu'un médecin est tenu de garder confidentiels les renseignements sur ses patients – de la même manière qu'il ne peut discuter l'état de santé de M.A. avec ses voisins. Le simple fait pour le médecin de dire que J.T. n'est pas porteur du virus VIH serait problématique dans la mesure où cela pourrait être compris comme l'affirmation que J.T. ne présente aucune infection transmissible. De plus, M.A. sait probablement que, bien qu'il existe d'autres voies possibles, le VIH est transmissible sexuellement. Il pourrait réaliser que, si le médecin a procédé à des tests pour vérifier la présence de maladies sexuellement transmissibles (MST) chez J.T. et affirme que son patient ne souffre pas d'une MST donnée, c'est qu'il en présente probablement une autre. Ce que peut faire le

médecin, c'est de rappeler à M.A. que sa fille, comme toute personne qui va se marier, peut demander à son futur conjoint qu'ils échangent mutuellement des informations sur leur santé.

Dans des circonstances exceptionnelles toutefois, il pourrait être justifié ou au moins excusable pour le D<sup>r</sup> D.L. de rompre la confidentialité en ce qui concerne J.T., mais pas nécessairement au bénéfice du père de sa fiancée. Si cette dernière devait demander au médecin une prescription contraceptive en expliquant que J.T. et elle sont sexuellement actifs, ou sont sur le point de le devenir, il pourrait être défendable pour le médecin de lui demander si son ami lui a parlé de sa situation de santé. Qu'un tel degré de divulgation par le médecin satisfasse ou non les normes éthiques, des tribunaux ont jugé que le fait pour un médecin de protéger une personne vulnérable en violant la confidentialité des renseignements d'un autre patient peut être légalement excusable et ne pas entraîner de responsabilité légale.

Même si le D<sup>r</sup> D.L. doit en principe préserver le caractère confidentiel des renseignements médicaux de J.T. – en particulier pour éviter que des malades renoncent à demander des soins médicaux par peur d'un bris de confidentialité –, il peut y avoir des circonstances exceptionnelles posant un danger important à une personne vulnérable où il peut être éthiquement justifié ou excusable de divulguer des renseignements, pourvu que cela soit le seul moyen de prévenir ce danger et que cela soit fait de la manière la moins préjudiciable possible .

Le médecin peut aussi prendre contact avec J.T. pour lui rappeler ses responsabilités envers ses partenaires sexuels et lui demander s'il a informé la fille de M.A. de son traitement actuel.

**Cas 9: Violence conjugale et confidentialité**

*(violence conjugale; confidentialité)*

En examinant M<sup>me</sup> M.V., 27 ans, mère de trois jeunes enfants, qui consulte pour des soins gynécologiques, le D<sup>r</sup> C.I. constate des signes clairs de contusion sévère et de lacération dans la région génitale, ainsi que des contusions sur d'autres parties du corps. Lorsqu'il demande à la patiente si elle a subi de mauvais traitements, cette dernière lui répond que son mari est souvent brutal, sexuellement et autrement, et qu'il la punit parfois pour des erreurs dans son travail ménager, bien qu'il ne batte pas les enfants. Cependant, M<sup>me</sup> M.V. demande au médecin de ne pas informer la police ou d'autres autorités parce que cela mettrait son mari en colère. Elle explique que leur subsistance, à elle et aux enfants, dépend de son mari et qu'ils ne peuvent se permettre de le voir emprisonné ou renvoyé de son travail d'instituteur.

**Questions**

- A quels dilemmes éthiques le D<sup>r</sup> C.I. est-il confronté?
- Que peut-il faire?
- Quelle information et quels conseils peut-il donner à M<sup>me</sup> M.V.?

**Analyse et réponses**

Le médecin doit respecter M<sup>me</sup> M.V., qui est une personne mûre veillant aux intérêts de ses enfants, et qui est mieux placée que lui pour évaluer ses priorités et celles de sa famille ; par conséquent il doit se conformer aux souhaits de cette dernière aussi complètement que possible. Peu de pays ont des lois requérant le signalement obligatoire de la violence conjugale, comme c'est le cas en ce qui concerne les mauvais traitements infligés aux enfants. Néanmoins, le D<sup>r</sup> C.I. doit demander à sa patiente si elle a accès à des services de conseil en matière de violence conjugale, et la renseigner si nécessaire. Si le médecin constate une augmentation des mauvais traitements

ou croit que la vie de sa patiente pourrait être en danger, il peut juger nécessaire de signaler la situation à la police en vue d'une intervention préventive. Cependant, il doit aussi se demander si ce signalement est susceptible de susciter une violence accrue de la part du mari dans le futur.

Le médecin peut aussi suggérer à sa patiente qu'elle et son mari viennent ensemble à sa consultation, ou que le mari vienne seul – qu'il soit ou non lui-même patient du D<sup>r</sup> C.I. –, de manière à discuter des moyens de contrôler la colère et la brutalité conjugale dans leur famille ; le couple peut aussi consulter un spécialiste pour réduire la violence au foyer. L'approche du médecin ne sera pas réprobatrice ni accusatoire mais orientée sur la façon dont le comportement du mari met en danger la santé de son épouse et celle de sa famille.

Le médecin s'adressera au mari comme à une personne qui a besoin de soins ainsi que de formation sur les solutions de rechange à l'usage de la force dans ses interactions sexuelles et personnelles avec son épouse. Il basera la discussion sur ses observations quant à l'état de l'épouse et soulignera que, en vérité, M<sup>me</sup> M.V. ne s'est pas plainte de mauvais traitements et n'a pas soulevé la question du mode de correction et de communication dans le couple. Si le D<sup>r</sup> C.I. n'est pas le médecin du mari, il pourra discuter avec M<sup>me</sup> M.V. de la possibilité de parler au médecin de son mari de ses comportements violents envers sa femme.

Au cas où le mari répondrait négativement à ces approches, en réagissant brutalement et en montrant de la colère, le D<sup>r</sup> C.I. devrait lui faire connaître l'éventualité d'un appel à la police, à l'initiative du médecin ou d'une autre façon, et relever combien cela pourrait être au détriment de sa carrière et de sa famille. Il soulignera alors que, bien qu'il respecte le souhait de M<sup>me</sup> M.V. de ne pas faire de signalement, un médecin ne saurait rester inactif devant la soumission continue d'une patiente à des actes de violence.

**Cas 10: Refus par la mère, pour des motifs religieux, du traitement médicalement indiqué d'un fœtus**

*(césarienne; conflit materno-fœtal)*

Suivant M<sup>me</sup> T.P. pour des complications tardives liées à sa grossesse, le D<sup>r</sup> R.R. diagnostique un placenta praevia et tire la conclusion que, si on suivait l'intention de M<sup>me</sup> T.P. d'accoucher naturellement, l'enfant ne naîtrait pas vivant et la vie de la mère serait en grave danger. La patiente rejette néanmoins la césarienne recommandée par son médecin, car elle a la conviction que, même si le diagnostic est correct, la situation se résoudra grâce à une intervention divine et qu'elle accouchera d'un bébé en bonne santé.

**Questions**

- Le D<sup>r</sup> R.R. peut-il imposer une césarienne à M<sup>me</sup> T.P. malgré son objection?
- Peut-il demander à un tribunal d'autoriser une césarienne d'office?

**Analyse et réponses**

Les médecins n'ont pas l'autorité éthique ou légale d'imposer unilatéralement à leurs patients ce qu'ils estiment être dans leur meilleur intérêt. En conséquence, le D<sup>r</sup> R.R. est tenu en principe d'agir conformément à la volonté de M<sup>me</sup> T.P. d'accoucher naturellement. Mais la patiente et son mari doivent être informés, comme apparemment ils l'ont été, du pronostic médical désastreux ainsi que des risques pour le fœtus et pour la mère elle-même. Si après avoir été adéquatement renseignée, M<sup>me</sup> T.P. refuse cet avis, le D<sup>r</sup> R.R. n'est alors pas tenu, éthiquement et légalement, de prévoir une césarienne mais il doit faire le nécessaire pour se préparer à une naissance naturelle risquée.

Même si la patiente est confiante de l'issue positive de l'accouchement, le D<sup>r</sup> R.R. recherchera l'avis du couple en ce qui concerne la résolution du dilemme qui pourrait se présenter

durant l'accouchement à supposer qu'il faille choisir entre la vie du fœtus ou celle de la mère. Si le couple persiste dans son déni et refuse de prendre une décision, le médecin indiquera ce que sera alors la priorité et leur demandera leur réaction. Il peut aussi les informer que, en fonction des principes éthiques et légaux applicables en cas d'urgence, si l'accouchement par voie basse s'avère impossible, si le fœtus est condamné à être mort-né et si la vie de M<sup>me</sup> T.P. est gravement menacée, une césarienne non programmée sera entreprise si cela apparaît être la seule manière de sauver la mère.

Le médecin sera prudent dans la formulation du pronostic dans la mesure où les prévisions d'issue désastreuse peuvent parfois s'avérer incorrectes et il existe des cas où des tribunaux avaient nommé des représentants légaux d'enfants non encore nés et où les mères ont donné naturellement naissance à des enfants en bonne santé. Le D<sup>r</sup> R.R. pourra toutefois, si cela est pertinent, considérer l'option de présenter la situation à un tribunal et de lui demander l'autorisation de pratiquer une césarienne élective. Il faut savoir toutefois que l'expérience internationale en matière de césariennes ordonnées par des instances judiciaires est pour le moins mitigée, comme en fait foi un célèbre cas d'issue funeste pour l'enfant comme pour la femme, où l'autorisation judiciaire avait été nommée dans le certificat de décès de la mère comme la cause de la mort. Cela donne matière à réflexion quant au recours aux tribunaux. Si le D<sup>r</sup> R.R. devait poursuivre cette voie néanmoins, il agira suffisamment tôt pour permettre aux deux parties de rassembler les informations pertinentes, y compris des avis d'experts.

**Cas 11: Contraception et conseil en matière de maladies sexuellement transmissibles (MST) chez une adolescente victime d'abus sexuel**

*(contraception, conseil; abus sexuel; confidentialité; MST, conseil)*

Y.L., 18 ans, consulte le D<sup>r</sup> N.G. en vue d'obtenir un moyen de contraception et de subir des tests pour vérifier la présence de MST. Elle explique qu'un ami de son père a abusé d'elle, notamment en ayant avec elle des rapports sexuels complets non consensuels ; de plus elle indique que, quand elle en a parlé à ses parents, ces derniers ont vivement nié une telle possibilité et l'ont accusée d'avoir flirté et d'être sexuellement provocante. Cette famille vit dans une petite collectivité et a peu de moyens financiers, de manière que Y.L. ne peut quitter la maison et être autonome. La communauté est aussi dévote au plan religieux et tout scandale de nature sexuelle impliquant la police ou d'autres autorités serait très stigmatisant. La jeune fille demande que ses parents ne soient pas informés du fait qu'elle prend un moyen de contraception parce que cela confirmerait leurs soupçons d'immoralité à son égard.

**Questions**

- Que devrait faire le D<sup>r</sup> N.G. ? Comment peut-il aider la jeune fille?
- Qui le médecin pourrait-il aussi consulter pour dans ce cas?

**Analyse et réponses**

La confidentialité qu'exige Y.L. ne concerne pas l'abus dont elle a été la victime par un ami de son père et qu'elle a déjà révélé à ses parents, mais bien la prescription de contraceptifs. Le médecin peut lui demander si ses parents croiraient plus facilement aux sévices qu'elle a subis s'il leur disait qu'elle en souffre et que cela affecte sa santé physique et psychologique. Il n'y a pas lieu de mentionner la contraception puisque la jeune

file a droit au secret médical mais, au cas où les parents poseraient la question, le D<sup>r</sup> N.G. répondra, sans donner de détails, qu'elle reçoit une médication appropriée.

Il se peut aussi que, dans cette petite collectivité, le médecin puisse parler à l'ami du père si Y.L. y consent. Sans parler de la prescription contraceptive, le D<sup>r</sup> N.G. pourrait approcher l'abuseur comme s'il était son patient et en l'assurant de la confidentialité de l'entretien. Le médecin pourrait rapporter la plainte de la jeune fille en alléguant qu'il doit vérifier la validité de cette information pour procéder à un traitement adéquat. Même si l'ami en question nie l'accusation, le fait de savoir qu'Y.L. a demandé de l'aide peut le dissuader de l'agresser à nouveau.

Une autre option dans cette collectivité dévote serait de parler, toujours avec l'accord de Y.L., au pasteur de la communauté religieuse à laquelle appartient l'ami du père. Le pasteur tout comme le médecin est conscient de son devoir de confidentialité. Le médecin pourra attribuer la plainte à une de ses patientes sans la nommer. Lors de sa discussion avec le pasteur, l'ami peut nier l'accusation mais il saura que ses sévices ont été portés à la connaissance de plusieurs. Si le D<sup>r</sup> N.G. ou le pasteur laisse aussi entendre à cet homme que la jeune fille pourrait devenir enceinte et qu'alors il serait identifié suite à un test de paternité inévitable parce qu'initié par les services de police, cela peut le motiver à cesser son comportement abusif envers Y.L.

Le médecin pourra aussi considérer la possibilité d'une sensibilisation dans un registre plus large, en collaboration avec d'autres médecins, ministres du culte et autres leaders, en ce qui concerne la survenue de tels sévices dans la communauté – sans toutefois révéler l'identité d'une victime particulière.

**Cas 12: Demande d'interruption de grossesse par une femme mariée à l'insu de son mari**

*(avortement; confidentialité; autorisation du mari)*

M<sup>me</sup> F.T., 33 ans, mariée, mère de quatre enfants en bonne santé dont le dernier a dix mois, est à nouveau enceinte, involontairement. Elle pensait être protégée d'une nouvelle grossesse parce qu'elle allaite. L'âge gestationnel est de 12 semaines. Elle consulte un centre spécialisé et demande une interruption de grossesse (IG), bien que son mari y soit opposé pour des motifs religieux. Lorsqu'elle demande si l'accord du mari est nécessaire, on lui répond, correctement, que cet accord n'est pas requis par la loi de l'Etat. Elle s'inquiète aussi vivement du fait d'être éloignée de son domicile sans que son mari soit informé. A cause d'un épisode récent de violence au foyer, elle craint qu'il n'envisage de la retirer de force de la clinique et empêche ainsi l'intervention. De plus, elle est aussi mal à l'aise avec l'idée de l'interruption, craignant que son mari ne divorce s'il devait l'apprendre. Elle est sans emploi et hésite à mettre en cause l'avenir de ses quatre enfants

**Questions**

- Comment le centre d'IG devrait-il répondre à la demande de F.T.?
- Quels problèmes éthiques cette situation soulève-t-elle?

**Analyse et réponses**

Les questions éthiques dans ce cas concernent l'autonomie de la patiente, le secret médical, les droits et devoirs du mari et la protection des enfants à charge. Dans le cadre défini par la loi de l'Etat, le centre spécialisé en IG est habilité à recevoir cette femme comme cliente en vue d'un avortement sur la base de son consentement éclairé et du bien-être de ses enfants à charge. Le défi éthique porte sur son droit à la confidentialité ainsi que sur l'attente du mari d'être consulté à

ce propos et de ne pas être trompé. On ne sait pas dans ce cas particulier s'il est au courant de la grossesse de son épouse ou pas.

Si le centre d'IG soutient la position du mari, sur la base de sa paternité, quant à son droit d'être consulté, il informera M<sup>me</sup> F.T. que, le cas échéant, il obtempérera à un veto du mari. Elle aura la liberté alors de renoncer aux soins de la clinique et, éthiquement, pourra requérir que son mari ne soit pas renseigné sur sa requête, compte tenu de la situation antérieure de violence et de la menace d'un divorce.

Si le centre décide d'accepter la demande de F.T. de mettre un terme à la grossesse, cela soulève le problème de la révélation au mari. Le centre n'a pas l'obligation éthique de veiller au respect des devoirs éthiques que ses patients ont envers leur partenaire. Toutefois, M<sup>me</sup> F.T. ne sera probablement pas en mesure de bénéficier de l'intervention sans que son mari apprenne qu'elle a consulté la clinique. Une option ici est de lui dire que sa femme nécessite un traitement gynécologique sans révéler qu'il s'agit d'un avortement. A supposer qu'il ne soit pas au courant de la grossesse, il n'est pas nécessaire de l'en informer. Une information incomplète peut satisfaire le devoir éthique de dire la vérité et ne viole pas forcément les principes éthiques s'opposant à la tromperie.

Si le mari est au courant de la grossesse toutefois, le personnel du centre doit se demander si le fait de ne pas révéler l'intention délibérée d'interrompre la grossesse et de laisser le mari supposer qu'il s'agit d'une fausse-couche spontanée est éthiquement justifiable. Le principe de bienfaisance justifierait la non-révélation si celle-ci lui évite une véritable détresse pour des raisons religieuses ou familiales. Le principe de non-malfaisance pourrait aussi légitimer le fait de ne pas informer le mari si on estime que, s'il est mis au courant, il interviendrait agressivement auprès du centre pour empêcher l'intervention, serait violent envers sa femme ou agirait au détriment des enfants en demandant le divorce.

Ainsi, le mari peut être renseigné de manière appropriée quant

---

à la fausse couche mais sans dire que cette dernière était provoquée. S'il devait s'enquérir de l'intention ou de la réalisation délibérée de l'interruption de grossesse, l'appréciation éthique des avantages et des risques, en ayant à l'esprit particulièrement la propension du mari à réagir violemment, peut justifier une réponse non explicite.

L'analyse ici postule donc que la patiente serait vraisemblablement incapable d'avoir une interruption de grossesse sans que son mari l'apprenne.

**Cas 13: Conflit materno-fœtal et accouchement par césarienne**  
*(soins obstétricaux en urgence ; césarienne ; conflit materno-fœtal)*

M<sup>me</sup> K.B. est en travail en salle d'accouchement, avec une dilatation du col utérin de 3 cm. Les membranes fœtales sont rompues et le liquide amniotique est teinté d'un épais méconium. Le monitoring des battements du cœur fœtal montre des décélérations importantes et récurrentes, suggérant une compression du cordon ombilical et une asphyxie fœtale. On décide de procéder à une césarienne. Cependant, M<sup>me</sup> K.B. et son mari, présent dans la salle, refusent cette intervention. Ils affirment que, dans leur culture, une femme doit accoucher par voie naturelle, et que toute cicatrice de césarienne sur l'abdomen de la femme mettrait en danger sa santé si elle retourne dans son pays d'origine, où l'accès à la chirurgie est difficile et rare. Un avocat a été appelé par téléphone. La législation de l'Etat ne permet pas habituellement pas de contraindre une personne à une intervention chirurgicale. Mais l'avocat confirme qu'une décision médicale nécessaire, qu'il s'agisse de césarienne ou pas, serait légalement approuvée parce que la loi ne s'applique pas aux situations d'urgence. Techniquement, il est possible d'injecter un produit anesthésique à la patiente et de procéder ensuite à l'intervention.

**Questions**

- Que devrait faire le médecin responsable des soins de K.B.?
- Quels problèmes éthiques sont-ils soulevés par ce cas?

**Analyse et réponses**

En matière d'éthique comme de droit, et dans un cas comme celui-ci, on doit d'abord se souvenir que c'est la femme qui est la patiente et non son mari. Le rôle du mari, le cas échéant, est seulement de renseigner le personnel sur ce que son épouse souhaite ou pas et, à supposer que sa volonté ne soit pas

connue, d'apporter son assistance – mais pas nécessairement de décider – en vue de déterminer ce qui est dans le meilleur intérêt de sa femme. Il convient aussi de rappeler que le fœtus, quoique son bien-être soit une préoccupation majeure, ne bénéficie pas, même s'il est viable, d'un statut moral qui prévaut sur le droit de la mère à être traitée selon ses désirs et intérêts. Le fœtus n'est pas un vrai patient, au sens éthique et généralement en termes juridiques, mais seulement un patient « par analogie ». Dans ce cas particulier, il apparaît que les circonstances et le délai ne permettent pas de s'adresser à un tribunal pour ordonner qu'une césarienne soit effectuée.

M<sup>me</sup> K.B. est en travail mais elle est capable d'établir et d'exprimer ce qu'elle veut, à savoir de ne pas accoucher par césarienne. Il se peut que cette décision soit prise sans une information exhaustive quant à son impact sur la viabilité et la santé du fœtus mais, éthiquement, ce serait une raison insuffisante pour s'en écarter. Si le temps le permet, il conviendrait de lui expliquer à nouveau que son fœtus est en péril et que la césarienne peut être le seul moyen de le sauver de la mort ou d'une atteinte grave. Cela étant, si elle continue à refuser l'intervention, on devrait admettre la persistance du grave risque pour le fœtus. Le fait d'anesthésier la patiente et de l'opérer sans son accord serait une atteinte grave à son intégrité. Accepter son refus est donc éthiquement justifiable et cohérent avec la législation en vigueur.

L'avocat consulté indique qu'une césarienne sous anesthésique serait toutefois approuvée, étant donné que le tribunal estimerait probablement qu'il s'agissait d'une intervention urgente et donc excusable. La défense juridique quand une intervention chirurgicale donne lieu à une plainte pour atteinte à l'intégrité physique est d'alléguer l'état de nécessité. En général, il s'agit de la nécessité de sauver la vie d'un patient, mais l'argument selon lequel l'intervention visait à éviter la perte d'une vie fœtale viable peut être admis judiciairement – en fonction de l'éthique de la pratique professionnelle obstétricale. De plus, bien que l'éthique demande en principe l'observation

de la loi, la responsabilité encourue dans un tel cas pour une infraction légale pourrait être minimale, à moins que le tribunal ne décide d'être strict et de condamner une intervention médicale qui lui paraît paternaliste, puisque que les parents n'obtiennent généralement pas de compensation notable pour les atteintes à l'intégrité destinées à sauver la vie de fœtus viables.

La probabilité que le couple concerné retourne dans son pays d'origine et que la femme soit mise en danger par l'existence d'une cicatrice de césarienne aura un certain poids dans l'appréciation, mais en tant que considération *ex post facto* dans un choix dicté par l'éthique.

**Cas 14: Refus maternel, pour des raisons personnelles de santé, du traitement médicalement indiqué d'un fœtus** (*séropositivité ; transmission de la mère à l'enfant ; conflit materno-fœtal*)

S.M. est séropositive et est enceinte de quatre mois. Son statut immunitaire est satisfaisant, avec une charge virale des 2000 copies/ml. Elle ne nécessite pas de traitement antirétroviral pour elle-même. On l'informe que, pour éviter une transmission du virus de la mère à l'enfant, un traitement antirétroviral est recommandé durant le troisième trimestre de la grossesse. Elle refuse tout traitement, alléguant qu'elle n'aime pas prendre de médicaments et qu'elle pourrait développer une résistance à des produits d'importance potentiellement vitale dans l'avenir.

#### Questions

- Qu'est-ce que son médecin devrait lui dire ?
- L'intérêt propre de cette patiente est-il un facteur plus important que les risques pour son enfant ?
- Le médecin peut-il contraindre cette femme à suivre le traitement proposé, et si oui comment ?

#### Analyse et réponses

Généralement, les droits éthiques des patients à l'autodétermination à l'égard de leur propre corps, y compris chez la femme enceinte, prévalent sur leur devoir éthique de protéger la vie d'autrui, y compris des enfants non encore nés. C'est ainsi que les professionnels qui traitent S.M. ne peuvent pas éthiquement l'obliger à prendre des médicaments qu'elle ne souhaite pas prendre. Ils peuvent indiquer qu'ils ne continueront à la suivre que si elle prend la médication antirétrovirale, mais ils ne peuvent renoncer à la traiter sans lui accorder un délai approprié et sans trouver des arrangements pour que le traitement soit poursuivi par d'autres professionnels compétents que la patiente pourra voir raisonnablement facilement. S.M. a été informée des implications de son refus sur la santé et la survie à long terme de son enfant, mais sa

crainte de développer une résistance à des médicaments qui peuvent devenir essentiels pour son propre traitement est éthiquement pertinente. Le principe éthique du respect des personnes demande aussi qu'elle ne soit pas traitée comme une personne égoïste ou indifférente au bien-être de son fœtus et de son futur enfant.

La seule manière de contraindre S.M. à se faire traiter est d'obtenir un ordre judiciaire. Les tribunaux ont le pouvoir légal d'obliger des personnes à agir contre leur volonté et même contre leurs propres intérêts en matière de santé, y compris par des mesures punitives telles que la détention involontaire. Mais il n'est pas toujours éthique de demander à un tribunal de le faire ou qu'un tribunal fasse usage de tout le pouvoir légal dont il dispose. Si un établissement de santé ou un professionnel entend imposer sa volonté par le truchement d'un ordre judiciaire, le principe éthique du respect requiert que la personne concernée soit informée à l'avance, de manière qu'elle ait la possibilité de chercher d'autres institutions ou professionnels pour son traitement.

Le fait que des patients prennent des décisions que les soignants désapprouvent est un défi éthique dans la pratique clinique. Des tribunaux ont indiqué que les prestataires de soins qui ne peuvent l'admettre devraient diriger leurs patients vers des collègues ou ne pas poursuivre une activité clinique.

**Cas 15: Etat septique et avortement incomplet chez une adolescente, dans un contexte où le consentement parental est requis pour une interruption de grossesse**

*(soins obstétricaux en urgence; soins post-avortement; adolescents ; autorisation parentale)*

Une jeune femme de 17 ans présentant un avortement septique est amenée en salle d'urgence. Elle vit séparée de ses parents, qui vivent dans une ville éloignée et avec qui elle est brouillée. La loi de l'Etat requiert le consentement parental en cas d'avortement d'une mineure. La patiente est en choc septique, la pression sanguine est stable et on entreprend une cure d'antibiotiques. La jeune fille ne veut pas que ses parents soient informés, mais le médecin est préoccupé d'éventuelles conséquences légales si elle est traitée sans consentement parental.

**Questions**

- Que devrait faire le médecin?
- Comment le principe du double effet s'applique-t-il dans ce cas?
- Comment trouver l'équilibre entre les droits des parents et la capacité de discernement évolutive de l'adolescente?

**Analyse et réponses**

Le souci du praticien au regard de sa responsabilité légale est compréhensible mais, éthiquement, sa priorité est le traitement approprié des malades. Dans la mesure où assurer une évacuation utérine complète est le traitement médical correct d'un avortement septique vu en urgence, il est approprié de dire que la situation de cette patiente mineure est caractérisée par l'urgence plutôt que par le fait qu'il s'agit d'une interruption de grossesse (IG). Dans l'optique du principe philosophique du double effet, elle est traitée pour son état septique plutôt que

pour un avortement. Même si la loi locale requiert le consentement parental pour une IG chez une mineure, elle ne régit que les traitements électifs. C'est afin de leur permettre de remplir leurs devoirs que les parents ont une autorité légale sur leurs enfants mineurs. Ils n'ont pas de pouvoir légal ou de prérogative éthique qui leur permette de refuser des soins d'urgence dont ont besoin leurs enfants ou d'y faire obstacle. Ils ont plutôt le devoir éthique et légal de permettre aux enfants d'avoir accès aux traitements nécessaires et d'y consentir, en particulier s'ils savent qu'il y a urgence.

Dans ce cas, ils ne sont pas au courant et n'ont pas à être informés de la prestation de soins en urgence, puisque la loi ne demande pas que le mineur renonce à un traitement médical nécessaire jusqu'à ce que ses parents y consentent.

Les lois locales sont aussi subordonnées aux instruments juridiques internationaux en matière de droits humains auxquels le pays a souscrit. La Convention internationale sur les droits de l'enfant, aujourd'hui acceptée par tous les pays du monde à l'exception des Etats-Unis et de la Somalie, régit les soins prodigués à tous les êtres humains de moins de 18 ans. Cette convention respecte les droits des parents tout en tenant compte des capacités en évolution croissante de l'enfant.

Dans ce cas particulier, la jeune fille de 17 ans vit de manière indépendante dans une ville différente de ses parents et semble prendre elle-même les décisions concernant ses soins et, comme la capacité de consentir à un traitement médical urgent pertinent est accordée à un âge inférieur, il est donc éthiquement justifié pour le praticien de traiter la jeune fille comme une personne capable d'exercer son autonomie personnelle, à la fois en ce qui concerne ses soins et la confidentialité de ses renseignements médicaux.

En fait, le plus sérieux défi éthique pour le médecin serait de présenter, le cas échéant, des raisons de refuser de la traiter ou de violer le secret médical, puisque le fait d'exposer cette jeune fille à ce qui serait une négligence professionnelle, ou l'intrusion dans la situation de ses parents brouillés avec elle,

ne serviraient à l'évidence pas ses intérêts. De plus, s'il y a des indications que la jeune fille a été victime d'abus sexuel, il serait justifié éthiquement d'avertir la police locale ou une agence de protection de la jeunesse et d'assistance sociale, plutôt que d'informer ses parents vivant à distance.

**Cas 16: Interruption de grossesse en cas de viol allégué***(abus sexuel; violence; viol; avortement)*

Le D<sup>r</sup> A.B., de garde au département de gynécologie de l'hôpital, est appelé pour examiner M<sup>me</sup> S., qui se plaint d'avoir été victime de viol il y a quatre jours. Elle indique que c'est son ami qui l'a violée et qu'elle veut éviter une grossesse parce qu'elle n'est pas prête à en supporter les conséquences. La loi locale autorise l'interruption de grossesse (IG) en cas de viol quand une plainte a été déposée auprès de la police et que l'enquête sur les circonstances connexes est concluante. M<sup>me</sup> S. dit que son ami a nié avoir eu avec elle des rapports sexuels et le D<sup>r</sup> A.B. sait que, dans ces cas, les enquêtes policières au plan médico-légal sont souvent de longue haleine.

**Questions**

- Quelles sont les obligations éthiques du médecin à l'égard de M<sup>me</sup> S., sachant qu'il vaut mieux entreprendre une IG précocement que plus tard dans la gestation et que des moyens de prévention de la grossesse par la contraception d'urgence ne sont pas disponibles?
- Que devrait faire le médecin?

**Analyse et réponses**

Le médecin est confronté à un conflit de devoirs et de diligence, lié qu'il est par des obligations éthiques envers la patiente et la loi de l'Etat. Les premiers devoirs du praticien, toutefois, sont à l'égard de la protection maximum de la santé des patients. Les lois ne visent pas à faire obstacle à des traitements urgents et, éthiquement, ne devraient pas être appliquées dans ce but. La contraception post-coïtale d'urgence n'est pas disponible dans ce cas mais, si le rapport sexuel est récent, le D<sup>r</sup> A.B. peut effectuer une dilatation et un curetage pour vider l'utérus, réduire le risque d'une infection vénérienne et prévenir l'initiation d'une grossesse.

Il se peut que la loi locale considère les soins d'urgence dans

le cas de cette patiente comme un avortement et, en conséquence, n'autorise la prestation des soins pertinents qu'à condition qu'il y ait plainte auprès de la police et que celle-ci admette qu'il y a eu viol. Toutefois, le médecin peut éthiquement administrer le traitement approprié à la patiente et avertir la police ultérieurement.

La loi n'autorise donc l'IG que si la police conclut à sa satisfaction qu'il y a eu viol, pour éviter de donner un accès à l'IG qui serait basé sur de fausses accusations. Mais cette procédure est dysfonctionnelle dans la mesure où elle entraîne des délais, voire peut empêcher le recours effectif à l'IG, et est humiliante pour les femmes en les traitant comme si elles étaient portées à la tromperie. Au reste, si des femmes dans cette situation devaient porter de fausses accusations, elles sont susceptibles d'autres sanctions légales, telles que celles prévues pour déclarations inexactes à la police et parjure.

Avec l'accord de la patiente, le médecin peut effectuer une démarche efficace à but médico-légal afin d'obtenir et conserver des échantillons biologiques susceptibles de démontrer l'implication sexuelle de son ami. Ceci en soi ne prouve pas le viol mais peut fragiliser et compromettre son déni de relations sexuelles, plaçant ainsi sur lui le fardeau de la preuve et appuyant la notion que la patiente est habilitée légalement à avoir accès à l'IG. Un refus du D<sup>r</sup> A.B. de fournir promptement le traitement nécessaire à M<sup>me</sup> S. ne serait éthiquement défendable que si une instance judiciaire compétente avait jugé que les dispositions de la loi locale n'exposent pas les patientes à ce qu'on peut considérer comme un traitement cruel et inhumain.

**Cas 17: Traitement en urgence d'une femme ayant apparemment eu un avortement illégal**

*(soins obstétricaux en urgence; soins post-avortement)*

M<sup>me</sup> A., 25 ans, mère de deux enfants, est amenée en salle d'urgence avec une importante hémorragie vaginale. L'examen montre un avortement incomplet. En réponse aux questions, M<sup>me</sup> A. indique que sa grossesse n'était pas désirée, mais sans admettre que l'avortement a été provoqué. Dans le pays, l'interruption de grossesse (IG) n'est légal que dans les situations où la vie de la mère est en danger. Le D<sup>r</sup> X.Y. est appelé à prendre soin de la patiente. A noter que, deux mois auparavant, un autre médecin a vu son autorisation de pratiquer dans l'hôpital suspendue et a été menacé de poursuites pénales pour avoir pratiqué des avortements électifs.

**Questions**

- Comment le D<sup>r</sup> X.Y. fournira-t-il éthiquement des soins à cette patiente?
- Le médecin peut-il refuser de donner des soins dans une telle situation?
- Pourquoi le cas de M<sup>me</sup> A. peut-il être vu différemment des avortements électifs pour lesquels un autre médecin a été suspendu?

**Analyse et réponses**

La responsabilité éthique centrale du D<sup>r</sup> X.Y. envers cette patiente est de lui donner le traitement médicalement approprié pour l'affection dont elle souffre à l'entrée, ceci d'une façon professionnelle et sans porter de jugement. Les signes et symptômes de M<sup>me</sup> A. devraient être enregistrés sans spéculation quant à leur cause (avortement spontané ou provoqué) ; si la prise en charge adéquate est de s'assurer de l'évacuation complète de l'utérus, c'est ce qui doit être fait. Dans la mesure où le dossier médical démontrera que cette

patiente était déjà en train d'avorter au moment de l'entrée, le médecin n'a pas de raison de craindre de porter une responsabilité légale pour violation de la loi locale restrictive en matière d'IG. Toutefois si l'atmosphère dans l'hôpital est très « sensible » voire oppressante en ce qui concerne l'IG, le D<sup>r</sup> X.Y. pourra demander à un ou une collègue – tenu au secret médical – de confirmer le diagnostic d'avortement incomplet à l'entrée.

Comme la patiente a indiqué que sa grossesse n'était pas désirée, le médecin s'enquerra de ses pratiques contraceptives et la conseillera en la matière de façon à éviter une autre grossesse. Si M<sup>me</sup> A. n'est pas dans une relation de couple stable et a plusieurs partenaires, il évoquera aussi le besoin de réduire les risques de contracter une maladie sexuellement transmissible (MST) et les moyens pour ce faire.

Quand la loi locale requiert de signaler à la police – ou à une autre autorité – les avortements illégaux ou soupçonnés de l'être, cela soulève un souci éthique sérieux. Certains médecins considèrent qu'une telle législation supplante leur responsabilité éthique et modifie leur devoir de confidentialité, et qu'ils doivent agir en conformité avec elle. D'autres estiment que soupçonner l'illégalité est quelque chose qui sort du cadre de leurs responsabilités en tant que soignants et qu'ils ne sauraient se prononcer à cet égard – en notant qu'il se peut par ailleurs qu'un avortement sauve la vie de la femme, par exemple en évitant un risque de suicide. D'autres enfin jugent éthiquement justifié d'invoquer leur droit à l'objection de conscience à l'égard d'une loi qui contraint les médecins à violer leur obligation de confidentialité.

Quelle que soit la réponse du D<sup>r</sup> X.Y. au regard d'une loi demandant le signalement des cas, le premier devoir éthique du médecin est de donner à la patiente le traitement adéquat, en fonction du tableau pathologique qu'elle présente.

**Cas 18: Demande de mutilation génitale féminine***(mutilation génitale féminine; médicalisation)*

M<sup>me</sup> B.E. consulte le D<sup>r</sup> G.H. avec sa fille de six ans, en demandant qu'elle soit « circoncise » de manière sûre et sans danger. Elle explique vouloir cette intervention par crainte que, si cela n'est pas fait, sa fille ne soit pas mariable ultérieurement dans la communauté relativement isolée où elle vit. Elle craint aussi que sa fille ne souffre d'attitudes négatives des membres de la famille élargie et des camarades de son âge. La maman indique encore qu'elle souhaite que cette intervention soit faite par le D<sup>r</sup> G.H. parce que ses deux filles aînées, qui ont subi cette intervention de la manière traditionnelle, ont souffert d'hémorragie sévère et d'infections. Elle ajoute que, si le médecin devait refuser, sa belle-mère, qui vit avec la famille, insisterait pour le faire elle-même par les moyens coutumiers ou en emmenant la fillette chez une sage-femme traditionnelle. Il n'y a pas de prohibition légale de cette pratique dans le pays.

**Questions**

- Que devrait faire le D<sup>r</sup> G.H.?
- Quels sont les problèmes éthiques à considérer?
- Quelles responsabilités éthiques additionnelles le médecin a-t-il envers la communauté qui a de telles pratiques?

**Analyse et réponses**

Le médecin a le choix de décliner de pratiquer une mutilation génitale féminine (MGF) puisqu'il ne s'agit pas d'une intervention médicalement indiquée et que cela ne soulage ni ne prévient un problème pathologique. Il peut aussi accepter de le faire dans une mesure minimale (incision mineure « symbolique »). Il devrait en tous les cas refuser l'ablation large des lèvres vaginales (infibulation) et refuser tout ce qui irait au-delà d'une incision minime en invoquant le principe du *primum non nocere*. Il doit aussi faire part à la mère que ces pratiques sont condamnées par les associations professionnelles médicales et

par l'Organisation Mondiale de la Santé, et qu'il s'agit d'une pratique culturelle en train de décliner et qui pourrait ne plus être exigée au moment du mariage de sa fille – encore que, selon la situation dans telle ou telle région, cela puisse prendre plus de dix ans.

Au-delà de sa réponse à cette demande particulière, le médecin a des responsabilités et une autorité plus larges. Il s'agit par exemple d'éduquer les communautés locales sur les dangers liés à ces pratiques et de souligner que, même si elle est fortement enracinée dans quelques cultures, la MGF ne répond à aucun mandat religieux ou texte sacré (à cet égard comme au point de vue médical, la « circoncision » féminine diffère de la masculine). Le médecin peut aussi prendre contact avec les sages-femmes traditionnelles et discuter avec elles des risques de la MGF, ainsi que leurs devoirs plus généraux de travailler de façon stérile dans tout ce qu'elles entreprennent et des moyens dont elles disposent pour le faire.

A la fois dans les pays où les MGF sont une tradition et dans d'autres qui ont aujourd'hui d'importantes communautés d'immigrés issus des premiers, les associations médicales et les autorités supervisant la pratique médicale ont condamné la MGF et la considèrent comme une conduite professionnelle inappropriée et une faute professionnelle. Si le D<sup>r</sup> G.H. est soumis à ces règles, il serait non éthique de sa part de réaliser une telle intervention, même dans le cas où il n'y a pas de prohibition légale. Les instances professionnelles définissent la MGF comme une atteinte physiquement dommageable, socialement dégradante pour les femmes, et visant à contrôler ou contenir leur sexualité. De plus, plusieurs associations médicales ont jugé qu'il ne fallait pas médicaliser cette intervention parce que cela associerait la profession avec des gestes nuisibles, cruels et opprimants.

Le D<sup>r</sup> G.H. cependant, s'il n'est pas tenu par une prohibition professionnelle, pourra examiner si le fait de réaliser de manière médicalement adéquate une intervention minimale ne pourrait être éthiquement un moindre mal, tout en sachant qu'il s'agit d'un geste non thérapeutique largement condamné comme une atteinte aux droits humains.

**Cas 19: Soins en santé de la reproduction dans des quartiers aisés et défavorisés : subvention croisée**

*(avortement; fistule obstétricale; césarienne)*

Le D<sup>r</sup> L.M. exploite des cliniques de gynécologie et obstétrique dans une grande ville comprenant des quartiers riches comme très pauvres, dans un pays où le gouvernement n'apporte pas de soutien financier aux services de santé privés mais entretient un hôpital général public surchargé. Dans la communauté pauvre, les femmes se marient en général jeunes et manquent de suivi obstétrical. On trouve chez elles un taux élevé de fistules obstétricales qui ont un effet dévastateur sur leur vie si elles ne sont pas traitées rapidement. Le D<sup>r</sup> L.M. offre gratuitement, ou pour un montant modique, un traitement chirurgical prompt de ces fistules dans un centre de santé d'un secteur défavorisé.

Il subventionne ce service grâce aux services payants rendus dans une clinique dans la partie aisée de la ville ; il s'agit là pour beaucoup de césariennes tout à fait de convenance et d'examens gynécologiques qui entraînent des fausses-couches (souhaitées), bien que la loi de l'Etat interdise l'interruption de grossesse qui n'est pas nécessaire pour sauvegarder la vie ou la santé de la femme. Des leaders d'opinion, y compris des médecins, ont récemment protesté contre ces pratiques, indiquant que les césariennes à la demande sont une mauvaise médecine, parce que non naturelles, et que des avortements provoqués déguisés sont une offense aux valeurs religieuses et professionnelles médicales.

**Questions**

- Le D<sup>r</sup> L.M. devrait-il continuer à subventionner des cures chirurgicales de fistules obstétricales au moyen du revenu d'interventions de convenance?
- Quels principes éthiques sont-ils pertinents dans ce cas?

### **Analyse et réponses**

Ce qu'on peut dire éthiquement en faveur de la poursuite des deux pratiques du D<sup>r</sup> L.M. est qu'elles ne se contentent pas de fournir des prestations à des personnes aisées pour soutenir financièrement des services rendus aux pauvres, mais qu'elles offrent des soins essentiels à des patientes dont les vies familiales et sociales seraient autrement dévastées, ceci tout en fournissant des prestations que des patientes aisées pourraient se procurer ailleurs. C'est un argument pragmatique et utilitaire : la fermeture des deux cliniques représenterait, d'un côté, au pire un léger inconvénient en ce qui concerne l'accès des femmes aisées à des césariennes à dimension cosmétique ou de convenance et à des interruptions de grossesse, tandis que de l'autre, cela aurait pour conséquence d'exposer des femmes pauvres au rejet de leur mari, de leur famille et de leur communauté, les condamnant ainsi à l'isolement, à l'infection et au désespoir.

Des taux élevés de fistules obstétricales sont surtout constatés chez des femmes à la fois jeunes, pauvres, souvent malnutries, qui deviennent enceintes alors qu'elles sont encore trop immatures pour enfanter et qui risquent d'avoir un travail bloqué ou prolongé parce qu'elles ne bénéficient pas d'assistance médicale. Le médecin peut prétendre que pour offrir de tels services autrement inaccessibles à ces femmes, il est éthiquement défendable d'opérer un subventionnement croisé entre deux cliniques.

La demande de fermeture de la clinique du quartier aisé ne nie pas le mérite de traiter les pauvres mais est basée sur la conviction de principe que le bien ne peut pas découler d'un acte répréhensible et que les prestations offertes à cette clinique sont condamnables en soi et sur le plan fonctionnel. Les césariennes de convenance sont considérées comme une pratique abusive de la médecine, et la provocation artificielle des interruptions de grossesse qui ne visent pas à sauvegarder la vie ou la santé de la femme est vue comme une violation de la dignité humaine et une atteinte à la vie d'enfants non encore nés.

Le D<sup>r</sup> L.M. devrait selon cette opinion trouver des moyens vertueux d'offrir ses prestations de réparation chirurgicale des fistules, par exemple en faisant campagne pour un financement public et en recherchant le soutien d'agences bénévoles et charitables. Il pourrait aussi faire appel à l'altruisme de médecins souhaitant maintenir la bonne réputation et les valeurs de la profession et les mobiliser pour offrir des soins aux pauvres, en démontrant le sens d'auto-sacrifice qui, dans la culture classique, distinguait les professions libérales des activités de commerce ou d'enrichissement personnel.

**Cas 20: Sélection du sexe et diagnostic prénatal**

*(sélection du sexe; diagnostic prénatal)*

M<sup>me</sup> S.A., 36 ans, est la mère de trois garçons en bonne santé. Elle consulte le D<sup>r</sup> C.L. en expliquant qu'à cause d'un préservatif déchiré, elle pense aujourd'hui être enceinte de dix semaines. La loi de l'Etat permet l'interruption de grossesse (IG) sur demande jusqu'à 12 semaines de gestation, et jusqu'à 20 semaines s'il y a une indication médicale ; les antécédents médicaux de M<sup>me</sup> S.A. montre qu'elle satisferait à cette dernière condition. La loi interdit la détermination prénatale du sexe de l'enfant, sauf s'il y a un risque de maladie génétique liée au sexe. La patiente dit qu'elle veut une interruption de grossesse sauf si l'embryon est de sexe féminin.

**Questions**

- Que devrait conseiller le D<sup>r</sup> C.L.?
- Quelles sont les questions éthiques à considérer?

**Analyse et réponses**

Des lois ont été promulguées pour interdire la détermination prénatale du sexe, à cause du caractère choquant de l'IG pratiquée sur la base de ce critère et aussi de la conviction que cette sélection serait utilisée principalement contre des fœtus de sexe féminin. Une telle situation perpétuerait la discrimination contre les filles et la dévalorisation culturelle des femmes. Cette crainte apparaît vérifiée dans certains pays et cultures. Le défi éthique pour le D<sup>r</sup> C.L. est le paradoxe que, dans plusieurs systèmes légaux, l'IG précoce sur demande est licite sans avoir à fournir de raisons, mais qu'elle est interdite si le motif en est le sexe du fœtus. Ainsi, le médecin peut informer la patiente qu'elle peut mettre un terme à sa grossesse jusqu'à 12 semaines de gestation – jusqu'à 20 semaines s'il y a des raisons médicales –, mais qu'il n'est pas possible de déterminer le sexe de l'enfant en vue de lui donner l'option de poursuivre la grossesse.

Il se peut que le médecin n'ait pas de raison valable, par exemple basée sur l'anamnèse familiale, de prétendre craindre une maladie génétique liée au sexe. De plus, même s'il avait **une raison apparemment valable**, le D<sup>r</sup> C.L. ne serait pas nécessairement en mesure de divulguer le sexe du fœtus à la mère: il rapporterait si le test effectué a détecté ou non la maladie génétique recherchée. Si l'affection en question est liée au sexe et qu'on la détecte, cela divulguerait le sexe. Par contre, si on n'a pas mis en évidence la maladie, soit parce que le fœtus n'est pas du sexe menacé, soit parce qu'il est de ce sexe mais n'est pas touché ou seulement porteur sain du gène, dans ces cas, on ne fournirait que le résultat négatif du test, sans précision.

Alternativement, dans le but d'informer sa patiente, le médecin pourrait effectuer une détermination prénatale du sexe en prétendant que la loi a pour but de prévenir les IG destinées à écarter un sexe donné, mais qu'elle ne s'applique pas s'il s'agit de continuer une grossesse (parce que le fœtus est du sexe voulu) qui, par ailleurs, pourrait être interrompue légalement sans donner de motifs. Dans cette éventualité le D<sup>r</sup> C.L. sera bien avisé, avant de faire une détermination justifiée de cette manière, de demander l'appréciation des autorités légales et policières, ou pour le moins une association médicale ou une autorité sanitaire.

**Cas 21: Fécondation in vitro (FIV) dans un contexte culturel polygame**

*(FIV; contexte culturel polygame)*

On diagnostique une insuffisance spermatique sévère (oligozoospermie) chez un couple vu dans un service d'infertilité. On lui recommande un traitement par injection de sperme intracytoplasmique. Le personnel reconnaît l'homme, qui a consulté récemment avec une autre femme pour une prise en charge qui a été couronné de succès. On discute de la situation avec lui seul puis avec la femme en compagnie de laquelle il demande maintenant un traitement.

L'homme concède sans difficultés qu'il a deux épouses ; la polygamie est permise par la loi locale et par sa culture et sa religion. La femme précédemment traitée est la personne avec laquelle il a une relation « d'amour », celle avec laquelle il consulte en ce moment est son épouse dans le cadre d'un mariage arrangé antérieurement. Il passe la plupart de son temps avec la seconde épouse, celle qu'il « aime », mais prend soin de la première et la soutient financièrement. Au vu de l'importance pour cette première épouse d'avoir des enfants, il souhaite en avoir avec elle ; elle bénéficie localement de la présence d'une famille élargie et de soutien. La seconde vit dans une autre ville et n'a pas de famille dans le pays. La première épouse est au courant de la relation « d'amour » de son mari dans son second mariage. La loi de l'Etat permet le traitement par fécondation in vitro (FIV) des couples mariés ou qui cohabitent.

**Questions**

- Le service devrait-il entreprendre le traitement de ce couple?
- Le service d'infertilité devrait-il réunir toutes les parties pour connaître la position et les sentiments de chacune des personnes concernées?
- Le service a-t-il le droit d'imposer à d'autres les vues de sa propre culture?

### **Analyse et réponses**

Le principe éthique du respect des personnes demande que la préférence de cet homme, que la clinique a accepté comme patient une première fois, soit considérée respectueusement. Sa première femme, qui est au courant de son autre relation (« d'amour »), doit être considérée de la même manière. Dans la mesure où la seconde épouse y a déjà été traitée, il serait compréhensible que le service se préoccupe de savoir si elle connaît l'existence de la première épouse et est au courant de l'intention de son partenaire amoureux d'avoir un enfant avec elle.

Le devoir éthique de protéger les personnes vulnérables et, en général, de ne pas nuire s'applique aux enfants existants et futurs. Le service n'a pas à interférer avec le droit de la première femme – protégé par le droit international sur les droits humains –, de se marier et de fonder une famille (bien que le mari ne dispose pas d'un tel droit garanti de fonder deux familles en même temps). Un enfant de la première femme trouverait sa place dans le cadre d'une famille élargie ; le service toutefois pourrait craindre que le second enfant soit préféré au premier, spécialement si la culture locale et la loi de succession favorisent les garçons par rapport aux filles et que l'enfant de la deuxième femme est une fille. Ainsi, le fait de prêter assistance à la conception d'un second enfant pourrait ne pas être dans le meilleur intérêt du premier enfant dont le service a soutenu antérieurement la conception.

Le service n'est pas forcément habilité à adopter une démarche paternaliste en insistant pour que toutes les parties se réunissent, dans la mesure où, si le mari et sa première femme concevaient un enfant naturellement, il n'aurait pas de pouvoir d'intervention ; et il ne saurait ainsi imposer sa préférence à cause de la difficulté du couple à concevoir naturellement, difficulté qui le rend dépendant du service. Toutefois, si le service accepte maintenant la première épouse en traitement et qu'elle donne naissance à un enfant d'un autre sexe que l'enfant de la deuxième épouse, le service pourra demander que les enfants soient informés, à un âge approprié, de leur

parenté – pour le cas où ils se rencontreraient ultérieurement et envisageraient de se marier. Au reste, comme les deux mères vivent dans des villes différentes, le service pourra aussi juger qu'une telle information n'est pas nécessaire.

Si le service bénéficie d'un financement public et comme il a déjà aidé cet homme à avoir un enfant, le principe de justice demanderait que d'autres couples sans enfants soient pris en charge en priorité. Toutefois, le droit de la première épouse à une assistance médicale ne devrait pas souffrir du traitement déjà accordé à la seconde ; la première en effet a le même droit que la seconde de bénéficier des ressources publiques là où la culture locale autorise la polygamie. En conclusion, le service peut éthiquement prendre en charge l'homme et sa première femme. Il pourrait aussi être habilité à demander que la seconde épouse et les enfants à naître bénéficient de counseling approprié si les enfants sont de sexe opposé.

**Cas 22: Fécondation in vitro (FIV) et risque de maladie génétique (FIV; refus de test diagnostique)**

Un couple consultant un service de fertilité dans le but de concevoir nécessite un traitement par FIV. Dans son anamnèse, la femme signale que son père a souffert de chorée de Huntington, maladie autosomale dominante qui survient dans la quatrième décennie de la vie et mène précocement à la démence et à la mort. Cette femme est au début de la trentaine. Elle présente un risque de 50 % d'être porteuse du gène de la chorée mais choisit de ne pas être testée pour clarifier cette question, parce qu'apprendre qu'elle est porteuse serait pour elle trop lourd à porter psychologiquement et que cela aurait des conséquences du point de vue des assurances.

**Questions**

- Le service devrait-il traiter ce couple?
- Comment le principe de l'autonomie parentale doit-il être perçu d'un point de vue de bienfaisance et de non-malfaisance?

**Analyse et réponses**

Ici, les questions éthiques qui se posent touchent à l'autonomie du couple et à l'équilibre entre les devoirs de faire du bien (bienfaisance) et de ne pas nuire (non-malfaisance). On soutient l'autonomie du couple en le conseillant sur les implications – auxquelles il doit réfléchir – du risque funeste mais réel (50 %) de la femme de développer un handicap menant à un décès prématuré, ce qui laisserait le mari seul pour élever l'enfant, ainsi que sur le risque que l'enfant hérite du gène morbide de sa mère – à supposer qu'elle en soit porteuse.

S'il existe localement des moyens de diagnostic génétique, on peut imaginer que la femme produise plusieurs ovules en vue de FIV et que les embryons en résultant soient examinés à un stade précoce par diagnostic préimplantatoire (DPI). Dans ce

cas, seuls des embryons non atteints seraient transférés pour la gestation in utero. Cette méthode pourra toutefois avoir pour conséquence, contrairement au souhait de la femme, de révéler si oui ou non elle a hérité du gène de la chorée de Huntington.

Le service peut éthiquement prendre ce couple en traitement et agirait de manière non éthique s'il le rejetait en invoquant la possible maladie – dans l'avenir – de la mère, et il agirait de façon paternaliste en concluant qu'il est préférable que ce couple n'ait pas d'enfant. Cependant, en acceptant de traiter le couple, ce dernier devra bénéficier d'une consultation génétique adéquate encourageant un DPI des embryons, auquel cas le statut de la mère par rapport à la chorée deviendrait connu. Au reste, le risque qu'un embryon non examiné par DPI donne lieu à la naissance d'un enfant porteur du gène morbide n'est pas en soi un obstacle éthique au traitement du couple parce qu'en général, on ne propose pas de tester de jeunes enfants pour des affections d'émergence tardive.

**Cas 23: Transfert, dans un cadre de fécondation in vitro (FIV), d'embryons qui ne sont pas les bons**

*(FIV; accès aux soins; transfert d'embryons)*

Un couple suivi par un service de fertilité bénéficie d'un traitement par FIV. Peu après le transfert d'embryons, l'embryologiste réalise que lesdits embryons sont ceux d'un autre couple. Il informe le directeur clinique du service qui s'entretient immédiatement avec les deux couples concernés. Les parents génétiques des embryons transférés aimeraient qu'on donne à ces embryons la chance de s'implanter et, si la grossesse subséquente va à terme, que le ou les enfants leur soient remis. La femme chez qui les embryons ont été introduits est toutefois catégorique : elle veut que le cycle de traitement entrepris soit interrompu.

**Questions**

- Quels souhaits l'emportent dans un tel cas?
- Comment s'équilibrent ici les principes d'autonomie, de non-malfaisance et de bienfaisance?
- La loi locale qui permet l'avortement thérapeutique est-elle pertinente dans un tel cas?
- Que devrait entreprendre le service pour remédier à la situation?

**Analyse et réponses**

Bien que les principes éthiques de ne pas nuire et de faire du bien soient soulevés ici, le point éthique central est la collision de l'autonomie du couple dont les embryons ont été incorrectement transférés et celle de la femme chez qui ils ont été introduits. Ces embryons peuvent être retirés par une technique appelée lavage utérin mais cela entraînera leur perte, dans la mesure où ils ne pourront alors être transférés chez la femme à laquelle ils étaient destinés à cause d'un risque

de transmission virale. Même si cette femme était d'accord de courir le risque, le service devrait refuser, en fonction du principe de non-malfaisance.

Il est évidemment compréhensible que les parents génétiques ne souhaitent pas que leurs embryons soient perdus, mais ils ne peuvent éthiquement exiger que la femme qui les a reçus à tort serve leurs intérêts en poursuivant la grossesse comme mère de substitution. Cette dernière pourra toutefois être informée et conseillée sur les avantages que peut avoir, pour l'autre couple comme pour elle, la poursuite de cette grossesse, et sur les implications de la remise du ou des enfants à la naissance – ou de leur non-remise ; dans ce dernier cas, les parents génétiques entreprendraient vraisemblablement des démarches légales pour obtenir la garde de leur(s) enfant(s) génétique(s).

Une préoccupation pour le service est de savoir si la loi de l'Etat admettrait le retrait des embryons par lavage utérin avant implantation. Médicalement, la grossesse commence lorsque l'implantation est réalisée, ce qui signifie que le retrait avant implantation n'est pas un avortement ; mais la loi locale pourrait néanmoins le considérer comme tel.

Si le retrait par lavage est considéré légalement comme non thérapeutique parce que la femme qui a reçu les embryons n'est pas sujette à des risques particuliers et si la grossesse se maintient et aboutit à une naissance, le couple « porteur » aura l'option légale de remettre le ou les enfants aux parents génétiques ou de les garder, ceci toutefois sous réserve de l'issue de la procédure légale entreprise par les parents génétiques pour avoir la garde. Une loi conservatrice limitant sérieusement les possibilités d'interrompre la grossesse pourrait considérer la femme qui a porté l'enfant comme la mère de sorte que, si cette dernière refusait de remettre l'enfant ou les enfants pour adoption par les parents biologiques, elle pourrait avoir gain de cause et conserver la garde. Le service médical doit décider si ces considérations font partie de sa responsabilité éthique ou font, à tout le moins, partie de ses préoccupations.

**Cas 24: Fécondation in vitro (FIV) et risques liés à la grossesse**  
(FIV; refus de traitement)

Une femme qui a subi une transplantation rénale et présente une hypertension essaie d'avoir un enfant. Il lui a été dit qu'une grossesse serait dangereuse pour sa santé (avec entre autres un risque de l'ordre de 25 % pour le rein transplanté) et que de sérieuses complications seraient à craindre, telles qu'une prééclampsie tôt dans la grossesse, avant même que le fœtus soit viable (risque de 40 %). Néanmoins, le couple souhaite vivement un enfant et a essayé durant trois ans d'en concevoir un par les moyens naturels.

La femme s'adresse maintenant au service de fertilité, qui lui indique qu'elle aurait besoin d'une FIV. Cependant la clinique est réticente à l'idée d'aller dans ce sens à cause des risques importants pour la santé de la patiente. Une maternité de substitution est discutée mais n'est pas acceptable pour le couple. De plus, il y a des raisons de penser qu'il serait très difficile de trouver une mère porteuse.

Au reste, bien sûr, si le couple était parvenu à concevoir spontanément, alors le service d'obstétrique aurait fait de son mieux pour suivre cette grossesse.

**Questions**

- A ce stade où le couple nécessite une assistance médicale à la procréation et compte tenu du fait qu'il est pleinement conscient des risques correspondants, doit-on lui refuser cette possibilité?
- Comment l'autonomie de la patiente doit-elle être vue dans l'optique du principe de ne pas nuire?

**Analyse et réponses**

Le fait qu'une patiente soit disposée à courir des risques pour sa santé est une condition nécessaire pour prendre ces risques,

le cas échéant, mais ce n'est pas, éthiquement, une condition suffisante. Le service peut ainsi invoquer le principe de ne pas nuire pour justifier une décision de ne pas participer plus avant, par la FIV, aux efforts du couple pour concevoir. Une grossesse à haut risque est susceptible d'imposer des charges à d'autres services ou institutions, y compris des institutions ayant de multiples responsabilités publiques mais peu de moyens. Imposer un tel fardeau pourrait violer le principe éthique de justice puisque ceux qui supporteront les effets de ces charges n'ont pas été parties à la décision dont ces charges découlent. De plus, le service de fertilité peut être soumis à une demande de prestations si forte que le fait de consacrer ses ressources limitées à initier une grossesse à haut risque apparaîtra disproportionné.

La direction du service doit être ouverte et transparente dans sa prise de décision, de manière à montrer qu'il n'y a pas de discrimination à l'endroit du couple sur la base des problèmes de santé de la femme. Par ailleurs, le service pourrait aussi être rendu responsable du fait d'avoir encaissé les honoraires d'un couple désespéré et vulnérable, pour des prestations qui posent des risques sérieux pour la santé de la femme, peuvent entraîner la perte ou la mise en danger d'embryons et éventuellement la naissance d'un enfant dont la santé serait d'emblée compromise. Cependant, dans une optique de justice sociale, un service médical ne devrait pas être condamné pour avoir tenté de venir en aide à des patients dont le traitement est particulièrement difficile.

Les services médicaux peuvent, légalement et éthiquement, décliner de mettre en œuvre des démarches qui, selon eux, mettraient indûment en danger la santé des patients, même si ces derniers sont consentants. Les services de procréation médicalement assistée sont aussi habilités, même s'ils n'y sont pas obligés, à prendre en compte les risques prévisibles pour la santé d'enfants à venir. En conclusion, le service a le droit, mais n'est pas tenu, de considérer que les risques d'une grossesse dans ce cas sont disproportionnés.

**Cas 25: Conseil en matière de maternité de substitution***(maternité de substitution, conseil)*

M<sup>me</sup> N.P., 39 ans, Monsieur O.P, son mari depuis deux ans, et R.S., 21 ans, sa fille célibataire d'un premier mariage consultent la clinique Citycentre, qui offre des services de FIV. M<sup>me</sup> N.P. explique qu'elle et son mari aimeraient fournir ovules et sperme en vue d'une FIV et que, parce que N.P. ne peut elle-même porter la grossesse pour des raisons médicales, R.S. serait mère porteuse. La loi de l'Etat autorise la maternité de substitution à condition que les mères porteuses aient plus de 20 ans, agissent volontairement et ne soient pas payées pour le faire, sous réserve du remboursement de leurs dépenses effectives relatives à la grossesse. Dans un entretien privé, R.S. explique qu'elle souhaite que sa mère et son beau-père aient un enfant pour qu'ils restent ensemble et que, d'autre part, sa maternité de substitution ne va pas coûter cher puisqu'elle vit avec eux pendant qu'elle accomplit sa dernière année d'études dans un collège universitaire.

**Questions**

- La clinique Citycentre devrait-elle accepter cette proposition?
- La décision de la fille peut-elle être considérée comme libre et fondée sur une information adéquate? De quoi la clinique devrait-elle s'assurer à cet égard?

**Analyse et réponses**

Les questionnements éthiques sont de savoir si R.S donne un consentement libre et éclairé et si le fait qu'elle soit hébergée par sa mère et le mari de celle-ci est conforme à l'interdiction de récompense financière pour une maternité de substitution. La jeune femme apparaît raisonnablement motivée à aider sa mère et son beau-père mais n'a probablement pas l'expérience de la grossesse et des aléas naturels liés à cette situation, particulièrement si elle vit dans une région où les taux de mortalité et morbidité maternelles sont bas. De plus, son

consentement pourrait être motivé moins par un engagement altruiste envers le bonheur du couple que par sa crainte vive et celle de sa mère que le mariage de cette dernière soit instable. Un enfant pourrait être vu à cet égard comme un objet de marchandage, voire de chantage, pour que le nouveau mari renonce à partir.

Bien que R.S. puisse dans le dispositif prévu ne pas recevoir plus que le soutien usuel pour ses dépenses d'études et qu'elle puisse s'assurer un certain revenu par des emplois de vacances, de weekend ou en soirée, le toit et le couvert dont elle bénéficie à la maison peuvent être vus comme un paiement en nature. Comme elle ne recevrait pas plus que ce qu'elle a de toute manière, sous réserve de ce dont elle pourrait avoir besoin en termes de vêtements de grossesse et de suppléments nutritionnels, le risque que ces arrangements violent les dispositions légales interdisant les rétributions financières semble minime.

Ethiquement, la clinique devra s'intéresser de près à la question de savoir si la jeune femme est l'objet de pressions ou conditionnée d'une autre façon à la maison afin qu'elle accepte la proposition faite, et le cas échéant, si elle l'est à un degré mettant en doute son consentement véritable. De plus, les trois parties concernées doivent bénéficier de conseil sur la manière dont la dynamique familiale pourrait être altérée dans le processus et sur les implications pour l'enfant à venir. R.S. peut bien être d'accord de porter sa demi-sœur ou son demi-frère mais l'enfant, plus tard, pourrait être confus et se demander si elle est sa demi-sœur ou sa mère et si M<sup>me</sup> N.P. est sa mère ou sa grand-mère. Si les entretiens de conseil montrent que ces préoccupations relationnelles peuvent être gérées de façon que R.S. ne devienne pas possessive envers l'enfant et n'interfère pas indûment dans la manière dont sa mère et son beau-père l'élèveront, alors la clinique est habilitée à aller de l'avant. De plus en plus de données suggèrent que de tels arrangements peuvent être satisfaisants et que les enfants qui en résultent s'avèrent être dans la norme.

**Cas 26: Demande d'implantation de multiples embryons**  
(*transfert d'embryons*)

Un traitement de FIV à la clinique de procréation médicalement assistée qui suit M<sup>me</sup> et M. W. a produit neuf embryons susceptibles d'être transférés. Deux d'entre eux ont été implantés à chaque fois lors de deux cycles de traitement, sans succès. Le couple dit maintenant qu'il ne peut assumer financièrement qu'un autre cycle et propose que les cinq embryons restants soient tous introduits en une fois. Ils indiquent que si une grossesse multiple en résulte, ils voudront alors une réduction fœtale pour concevoir un seul enfant. La loi de l'Etat autorise le médecin à « procurer un avortement » uniquement pour des motifs thérapeutiques.

**Questions**

- La clinique devrait-elle accepter cette proposition?
- La clinique peut-elle faire état d'un motif éthique incontestable qui justifie de suivre la demande du couple?

**Analyse et réponses**

De plus en plus, les grossesses multiples résultant de traitements de procréation médicalement assistée (PMA) sont vues comme des échecs ou des dysfonctions de la méthode plutôt que comme des succès. Transférer plus de deux embryons, ou exceptionnellement trois, au cours du même cycle est considéré comme médicalement inapproprié. Ainsi, la clinique doit disposer de raisons éthiquement catégoriques pour justifier le fait de suivre la demande de M. et M<sup>me</sup> W. et elle peut refuser leur proposition en relevant que le transfert de plus de deux ou trois embryons est jugé être de la mauvaise médecine et peut-être une faute professionnelle. S'en remettre pour la suite à la réduction fœtale pour qu'il y ait grossesse unique ou au plus grossesse gémellaire peut régler le problème quantitativement, mais le sacrifice d'une vie embryonnaire ou fœtale vue comme un « surplus » peut souvent être qualifiée de manque de respect

pour la vie humaine et comme éthiquement choquant, même si une telle méthode est licite selon certaines doctrines.

Accepter la requête du couple peut être éthiquement proposé sur la base de leur autonomie et de la maximisation de leur dernière chance d'avoir un enfant. Le fait que neuf embryons aient été produits montre que le couple et la clinique admettent l'idée d'un gaspillage d'embryons puisque, si M<sup>me</sup> W. avait conçu au cours du premier ou du second cycle, les embryons surnuméraires auraient été laissés à leur sort. Des taux non négligeables de pertes d'embryons et de fœtus surviennent naturellement, et la proposition du couple correspond à faire délibérément et sous contrôle ce que la nature fait par hasard.

Il est difficile, légalement et éthiquement, de déterminer si la réduction foetale est en accord avec la loi locale sur l'interruption de grossesse (IG). Cette loi a probablement été établie avant qu'on ait pu procéder délibérément à une réduction foetale sans pour autant mettre un terme à la grossesse. Aujourd'hui, on peut faire avorter un fœtus seulement, isolément. Il se peut qu'une telle démarche – même si elle est vue comme une IG – entre dans le cadre de l'exception « pour raisons thérapeutiques » de la prohibition générale de l'avortement, ceci parce qu'une grossesse multiple peut être au détriment de la santé de la femme enceinte et de l'enfant qui ira à terme. Cela étant, si la clinique envisage d'accepter la demande du couple, elle devrait demander un avis de droit sur le caractère permisible de la réduction foetale.

**Cas 27: Objection de conscience d'un pharmacien et accès à la contraception d'urgence**

*(accès à la contraception d'urgence; objection de conscience de pharmacien)*

Le D<sup>r</sup> G.V. est le directeur médical d'un petit hôpital dont l'unité de prise en charge en urgence du viol est souvent sollicitée. La loi de l'Etat interdit l'avortement à moins que la poursuite de la grossesse ne mette en danger la vie de la femme. Toutefois, l'Agence du médicament du Ministère national de la santé vient d'autoriser l'utilisation de produits destinés à la contraception d'urgence. Le D<sup>r</sup> G.V. et le personnel de l'unité se sentent professionnellement tenus d'offrir ces médicaments pour éviter que des victimes de viol ne tombent enceintes. Le directeur administratif de l'hôpital a accepté que la pharmacie de l'hôpital tienne ces produits en stock. Toutefois, les trois pharmaciens qui, en rotation, sont responsables, 24 heures sur 24, de la pharmacie affirment leur droit à l'objection de conscience lorsqu'il s'agit de délivrer ces produits parce qu'ils sont abortifs.

**Questions**

- Peut-on dans un hôpital public priver l'accès à la contraception d'urgence à cause de l'objection de conscience des pharmaciens alors que le produit en question devrait être légalement disponible?
- Que peut faire le directeur médical?

**Analyse et réponses**

D'abord, le D<sup>r</sup> G.V. a le choix de ne pas gérer la situation par des raisonnements et appréciations éthiques, mais plutôt de la transmettre aux juristes de l'hôpital, pour traitement conformément à la législation sur le travail et aux contrats d'engagement des pharmaciens avec l'hôpital. Cela étant, si le D<sup>r</sup> G.V. veut chercher une solution selon une approche éthique au lieu ou avant de passer par la voie juridique, il

dispose de plusieurs options.

Les pharmaciens n'occupent pas leur position à l'hôpital simplement en tant qu'individus qui connaissent les produits pharmaceutiques mais comme membres qualifiés et autorisés de leur profession. Ils seraient habilités à invoquer leur code professionnel d'éthique pour refuser de suivre une instruction quelconque de l'hôpital qui les amènerait à violer ce code. Ainsi, le code en question, ou une procédure connexe, pourra être étudié en ce qui concerne le comportement professionnel correct dans la dispensation de contraception d'urgence. La contraception devra être remise si cette étude montre que ces produits ne sont pas abortifs ou que les patientes auxquelles ils sont destinés ne pourraient sinon y avoir accès en temps utile. Des pharmaciens qui alors refuseraient de les remettre pourront se voir suspendus sans salaire pour manquement à leur devoir professionnel et pourront être remplacés.

Le principe éthique et légal de la clause de conscience implique que les professionnels de la santé réfèrent les patients à des confrères ou consœurs qui ne sont pas objecteurs, et l'on pourrait donc rechercher des pharmaciens qui soient d'accord de dispenser le produit. Cependant si aucun autre pharmacien ne peut être raisonnablement joint, on peut confier cette tâche à un non-pharmacien légalement adéquat. Les médecins peuvent fournir licitement les médicaments pour lesquels une ordonnance est nécessaire. Bien que les médicaments servant à la contraception d'urgence soient tous au même dosage, ils sont maintenus sur ordonnance pour assurer qu'un conseil approprié soit donné avant emploi. Dans plusieurs pays, ce conseil est donné par les pharmaciens, mais il peut aussi l'être par les médecins.

Sur cette base, le directeur médical peut aussi respecter l'objection de conscience de ses pharmaciens en plaçant la réserve de produits pour contraception d'urgence non pas à la pharmacie de l'hôpital mais dans l'unité de prise en charge du viol, sous la responsabilité d'un médecin qui les dispenserait en fonction de son jugement clinique de la situation de

chacune des patientes admises dans l'unité. A noter que des patientes qui ne sont pas dans une situation d'urgence pourront aussi alors être adressées à l'unité de prise en charge du viol pour y recevoir ambulatoirement le médicament contraceptif.

**Cas 28: Séropositivité, confidentialité et devoir d'avertir**  
(*Séropositivité; confidentialité*)

Une séropositivité a été démontrée chez B.G., âgée de 16 ans, à la clinique du D<sup>r</sup> K.D., qui est soutenue par des dons caritatifs. La jeune femme indique qu'elle est la troisième épouse de son mari, dans une culture où il est possible d'avoir plusieurs femmes, et qu'elle a des rapports sexuels exclusivement avec lui. Le D<sup>r</sup> K.D. est au courant des autres mariages du mari et a soigné ses deux autres épouses, sans qu'il sache si elles étaient ou on séropositives. B.G. souligne que son mari ne sait pas qu'elle est venue consulter et que, s'il l'apprenait, il serait irrité qu'elle n'ait pas demandé son consentement préalable. Elle demande en conséquence au médecin de ne pas informer son mari.

**Questions**

- Le médecin a-t-il un devoir éthique quelconque de faire connaître au mari ou aux autres épouses qu'il y a dans leur ménage une séropositivité?
- Ethiquement, quelles hypothèses le médecin peut-il faire quant à l'origine de la contamination de B.G.?
- A quels dilemmes éthiques le D<sup>r</sup> K.D. est-il confronté dans cette situation?

**Analyse et réponses**

L'infection à VIH est transmissible sexuellement, mais elle peut aussi être disséminée par d'autres voies, y compris de manière accidentelle ou incidente. Le médecin par conséquent n'est pas en droit de juger que c'est son mari qui a contaminé B.G. Toutefois, vu la séropositivité de cette dernière, elle pourrait lui transmettre le virus si elle n'a pas été infectée par lui et cela pourrait entraîner une transmission à d'autres membres de leur ménage. Si le D<sup>r</sup> K.D. n'a pas de moyen d'avertir le mari et les autres personnes concernées qu'ils sont exposés à une

contamination sans divulguer directement ou indirectement la séropositivité de B.G. et le fait qu'elle a consulté à la clinique, il peut se sentir contraint par son devoir de confidentialité de ne pas les informer. Il devrait dans tous les cas informer B.G. des implications de son état pour d'autres et des risques connexes, et la conseiller sur les moyens d'alerter la famille qui portent le moins atteinte à sa vie privée.

Dans des pays ayant une infrastructure de santé publique développée, il se peut que les agents de santé publique reçoivent des rapports, obligatoires ou volontaires, concernant les diagnostics de séropositivité. Ces agents peuvent alors informer de la situation les personnes qui ont été exposées à l'infection, sans toutefois révéler l'identité des personnes qui les ont mises à risque. Si la clinique du D<sup>r</sup> K.D. est dans une circonscription où des agents publics doivent ou peuvent s'acquitter de cette responsabilité, le fait d'avertir ceux-ci est susceptible de décharger le médecin de devoirs éthiques envers les personnes que la patiente met en danger.

L'éthique demande en général l'observation de la loi. Des tribunaux de haut niveau ont arrêté, par exemple en Amérique du Nord, que des personnes conscientes de leur séropositivité ont le devoir d'informer en conséquence leurs partenaires sexuels. Ils ont aussi arrêté que les médecins doivent informer les personnes qui pourraient raisonnablement être exposées aux dangers que présentent leurs patients, en invoquant que le secret professionnel ne tient plus lorsque qu'il y a danger pour le public. Sur cette base, le D<sup>r</sup> K.D. peut se sentir éthiquement sinon légalement obligé d'avertir le mari et les autres membres du ménage qu'ils sont exposés au risque du VIH.

Cependant, si le médecin est disposé à rompre la confidentialité de cette manière, il doit d'abord avertir B.G., de manière qu'elle puisse envisager de mettre un terme à sa relation thérapeutique avec lui. D'un autre côté, le médecin peut préférer que B.G. ne risque pas de devenir la victime de la colère et de la violence de son mari. Le devoir du médecin sera plus compliqué encore si ceux qui ont droit à une notification sont aussi ses patients. S'il se trouve que B.G. est une nouvelle

patiente du D<sup>r</sup> K.D. et qu'elle a un autre médecin traitant, le D<sup>r</sup> K.D. est tenu d'informer celui-ci de son diagnostic et pourrait satisfaire de cette manière à ses responsabilités à l'égard des autres membres du ménage.

**Cas 29: Sélection du sexe en cas de FIV***(FIV; sélection du sexe; diagnostic prénatal)*

Une clinique traitant l'infertilité se demande si elle va inclure la sélection du sexe dans ses offres de prestations. Un long débat a eu lieu au sein de son corps médical sur l'éventualité de choisir des embryons sur la base de caractéristiques génétiques qui sont sans influence sur la santé de l'enfant. Certains soutiennent qu'une telle sélection est discriminatoire, et généralement au détriment du sexe féminin. D'autres affirment qu'il ne saurait y avoir discrimination si la sélection est ouverte seulement pour un second enfant, ou un enfant suivant, à des couples qui cherchent à avoir un enfant d'un sexe différent de celui ou ceux qu'ils ont déjà. L'autre centre de la ville traitant l'infertilité offre déjà ce service indépendamment du fait qu'il s'agit du premier enfant ou de la recherche d'un équilibre des sexes au sein de la famille.

**Questions**

- Que devrait faire cette clinique à propos de la sélection du sexe des embryons?
- Y a-t-il d'autres aspects éthiques que la clinique devrait prendre en compte en décidant de sa position, par exemple sa viabilité commerciale?

**Analyse et réponses**

Selon une importante partie de la documentation sur l'éthique, et passablement d'opinions, le choix du sexe est considéré invariablement comme étant non éthique. Les oppositions sont dirigées non seulement contre l'avortement d'embryons sains qui se trouvent être du sexe non désiré, mais aussi contre le diagnostic préimplantatoire pour connaître le sexe, le gaspillage des embryons non désirés, ainsi que le lavage ou triage du sperme afin d'identifier les spermatozoïdes porteurs du gène X ou Y dans l'optique d'obtenir des enfants de sexe prédéterminé. La détermination du sexe afin de détecter des

affections génétiques liées au sexe est beaucoup moins controversée éthiquement. Ces dernières affections touchent plus les embryons et fœtus mâles, mais on postule habituellement que la sélection du sexe est faite plus souvent en défaveur du sexe féminin, illustrant et perpétuant une discrimination non éthique à l'endroit des filles et des femmes.

Là où il y a préférence pour les fils, comme en Chine et en Inde, il se peut que la législation interdise toutes les méthodes de sélection du sexe ou certaines d'entre elles. S'il n'y a pas de loi, l'appréciation éthique d'un service médical peut l'amener à refuser – sauf en cas de maladie génétique liée au sexe – une telle sélection parce qu'elle ne correspond pas au traitement d'un problème médical. Une position moins absolue est d'exclure la sélection du sexe pour les premiers enfants, mais de la permettre pour les seconds ou suivants, ceci afin d'équilibrer les sexes dans la famille. Il s'agira alors de définir une politique en ce qui concerne l'éventuelle sélection du sexe chez des couples qui ont leur premier enfant, mais dont les membres ont eu d'autres enfants lors d'unions précédentes.

Le fait de refuser de procéder à une interruption de grossesse (IG) autrement licite parce qu'elle est fondée sur le sexe de l'embryon et que cela dévalorise les filles et les femmes apparaît paradoxal dans la mesure où cette attitude contraint des femmes à poursuivre leur grossesse contre leur volonté. Le refus d'IG peut être vu comme une dévalorisation des femmes en tant que décideuses dans leur propre famille. Peut-être est-il exact de dire que les femmes peuvent difficilement décider librement quand elles sont soumises à la pression familiale de ne pas donner naissance à des filles, mais le refus d'IG ne fait rien pour diminuer cette oppression. De plus, là où les femmes peuvent recourir à l'IG indépendamment du sexe du fœtus, que ce soit de manière sûre et médicalisée ou de manière dangereuse, leur volonté de poursuivre la grossesse si le fœtus est du sexe désiré montre que la sélection du sexe est vu comme un moyen de préserver une vie fœtale plutôt que d'y mettre un terme. Ces différents facteurs devront être éthiquement pris en compte dans la détermination de la politique des services médicaux concernés.

**Cas 30: Adolescentes intellectuellement diminuées – Recherche et services contraceptifs**

*(recherche en santé de la reproduction; contraception à l'intention d'adolescentes intellectuellement diminuées)*

Le Dr A.F. est le directeur médical d'une institution résidentielle pour adolescentes et jeunes femmes intellectuellement diminuées, âgées de 15 à 25 ans, qui est associée à un petit hôpital communautaire. Les résidentes font fréquemment des visites au domicile de leurs familles et le Dr A.F. est préoccupé par le taux élevé de grossesses chez ses résidentes et par les complications médicales et sociales qui en résultent. L'institution n'a pas de budget pour des soins contraceptifs et, le plus souvent, les résidentes n'ont pas l'entendement nécessaire pour prendre correctement les pilules contraceptives que les familles parfois fournissent. Le directeur médical est approché par un producteur pharmaceutique qui souhaite tester un nouvel implant contraceptif à longue durée d'action par rapport à un implant déjà dans le commerce. Il serait prêt à fournir gratuitement durant trois ans à la fois le médicament expérimental et celui qui est déjà disponible.

**Questions**

- Le directeur médical doit-il accepter de faire cette étude dans son institution?
- Comment peut-on, éthiquement, définir de manière équilibrée le meilleur intérêt des résidentes?
- Qui devrait prendre part à la décision?

**Analyse et réponses**

Un principe éthique clé en matière de recherche sur des sujets humains est qu'on ne doit pas mener auprès de personnes intellectuellement diminuées des études qui peuvent l'être de manière scientifiquement valable auprès de personnes capables de donner un consentement libre, éclairé et

compétent. A supposer que des personnes capables de discernement et informées refusent de participer à une étude, à cause peut-être des risques, des inconvénients ou du manque de pertinence du projet, on ne doit pas demander la même participation à des personnes qui ne sont pas en mesure de décider pour elles-mêmes de manière compétente. Comme l'étude proposée au D<sup>r</sup> A.F. peut être réalisée avec des personnes capables de discernement, il devrait éthiquement refuser d'y prendre part.

Il y a toutefois dans l'offre faite des aspects qui présentent des dimensions éthiques particulières et importantes. Les résidentes ont une activité sexuelle quand elles sont à l'extérieur de l'institution et ne disposent pas d'une contraception efficace. Si le produit pharmaceutique à tester a passé la phase I (toxicité) et la phase II (essais à petite échelle), ce qui rend possible des essais à plus grande échelle (phase III – marketing prospectif) auprès de jeunes femmes sexuellement actives, il n'est pas éthiquement exclu de mener cette étude dans l'institution. Des contraceptifs implantés sont acceptés par les femmes intellectuellement compétentes – même si certaines sont parfois privées d'accès à des moyens adéquats de les retirer.

Si l'étude se fait, les résidentes recrutées recevront soit l'implant déjà approuvé et mis sur le marché, soit le produit testé. Celles qui recevront le produit testé ne seront pas privées d'une protection dont elles auraient disposé par ailleurs et celles qui recevront le médicament déjà approuvé bénéficieront d'un traitement dont elles ont besoin et que les moyens de l'institution ne lui permettent pas de leur offrir. On peut dire que certaines participantes à l'étude en bénéficieront, alors que d'autres ne subiront pas de préjudice et pourront aussi en bénéficier si le produit testé a une efficacité supérieure, égale ou proche de celle du médicament déjà sur le marché.

Le D<sup>r</sup> A.F. pourra poser comme condition, pertinente ici étant donné qu'il s'agit d'une population ayant peu de ressources, que si le médicament testé était approuvé en vue de commercialisation suite à l'étude menée dans l'institution, son promoteur pourrait fournir à cette dernière, gratuitement ou à

bas prix, le médicament en question durant une période donnée. Les résidentes pourraient ainsi disposer pendant cette période d'une couverture contraceptive adéquate.

**Cas 31: Embryons surnuméraires***(recherche sur l'embryon)*

M. et M<sup>me</sup> B.A. ont un enfant en bonne santé à l'issue du premier cycle d'un traitement de FIV. Ils retournent maintenant auprès du service de FIV du D<sup>r</sup> C.D., dans un hôpital affilié à une université, en espérant concevoir un second enfant. Durant le premier traitement, le couple a refusé qu'on congèle des embryons supplémentaires mais, après une discussion quelque peu tendue et dans des circonstances où une décision devait être prise rapidement, il a permis que deux embryons surnuméraires frais résultant de son traitement soient mis à disposition de la recherche.

Le D<sup>r</sup> C.D. sait que les chercheurs de l'université demandent des embryons frais sains pour leurs travaux sur les cellules-souches et le développement de lignées cellulaires. Il sait que le temps laissé aux couples pour décider s'ils acceptent de donner des embryons supplémentaires est bref et que cette décision suscite beaucoup d'émotion. C'est pourquoi il souhaite demander à M. et M<sup>me</sup> B.A., avant de commencer le nouveau traitement, s'ils accepteraient que, au cas où des embryons surnuméraires seraient produits, ces derniers soient remis aux chercheurs. A noter que l'université interdit la création d'embryons dans le seul but de recherche.

**Questions**

- Que devrait faire le D<sup>r</sup> C.D.?
- Comment apprécier le meilleur intérêt de M. et M<sup>me</sup> B.A. dans le contexte des besoins de l'institution?

**Analyse et réponses**

Le D<sup>r</sup> C.D. peut sembler être en conflit d'intérêts, ou en tout cas en conflit d'engagements moraux : d'une part son service est lié envers ses patients comme le couple B.A., mais il

est aussi lié à l'université et à ses scientifiques qui ont besoin de cellules et de tissus pour mener leurs recherches. On peut chercher à résoudre le conflit en l'évitant ou en étant tout à fait transparent sur les enjeux. Eviter totalement l'apparence de conflit est impossible puisque les soins donnés par la clinique peuvent produire, comme ce fut le cas lors du premier traitement du couple A.B, des embryons surnuméraires sains pouvant servir à la recherche.

Le D<sup>r</sup> C.D. ne souhaite pas imposer au couple une nouvelle fois une situation où il doit faire soudainement un choix quant au don d'embryons. Mais il ne veut pas non plus que des embryons frais opportunément surnuméraires soient gaspillés en étant laissés à leur sort alors qu'ils seraient une source précieuse de matériel pour la recherche - et potentiellement, ultérieurement, pour la thérapie. La priorité première du médecin est le bien-être du couple B.A., dont les chances d'avoir un enfant en bonne santé cependant peuvent être augmentées par la création d'un plus grand nombre d'embryons que ce qui, vraisemblablement, est nécessaire. Si la décision concernant l'emploi d'embryons en recherche est trop stressante pour eux, on devrait renoncer à leur poser la question et renoncer à obtenir ces embryons pour la recherche. Si les embryons surnuméraires sont impropres à un don, ou si le couple B.A. décline d'envisager un tel don à un autre couple, les embryons seront alors laissés à leur sort et se décomposeront naturellement.

Le D<sup>r</sup> C.D. peut toutefois évaluer la dimension éthique d'informer M. et M<sup>me</sup> B.A., ou de leur rappeler, que leur nouveau traitement de FIV pourrait laisser des embryons en trop et que, si on ne leur posera pas à nouveau la difficile question du don d'embryons, ils pourraient discuter ensemble si, à supposer qu'il y ait de tels surnuméraires, ils envisageraient volontairement de les offrir pour les besoins de la recherche.

Le D<sup>r</sup> C.D. pourra de plus approcher l'administration universitaire pour lui présenter le mode de fonctionnement de son service de FIV, y compris les traitements susceptibles de laisser des embryons en trop. Il pourrait obtenir l'accord de

l'université à l'effet que ces surnuméraires étant le produit incident d'un traitement mené de bonne foi, leur existence ne découle pas de la création délibérée d'embryons pour la recherche et ainsi ne viole pas la politique de l'université en la matière.

A l'appui d'une telle décision, le D<sup>r</sup> C.D. pourra assujettir son service de FIV à un audit indépendant pour démontrer que son travail antérieur et les données relatives à des ovules surnuméraires sont comparables à ceux de services de FIV non associés à des unités de recherche, et que ses pratiques cliniques ne dévient pas des standards reconnus et ne résultent pas en un nombre inhabituel ni excessif d'embryons surnuméraires.

## **Index**

(les chiffres correspondent aux numéros des cas présentés ci-dessus)

abus sexuels **6, 11, 16**  
accès à la contraception **4**  
accès à la contraception d'urgence **6, 27**  
accès aux soins **23**  
accès à la stérilisation **2**  
adolescents **1, 15**  
aisés (milieux) **19**  
autorisation du mari **2, 4, 12**  
autorisation parentale **15**  
avortement **12, 15, 16, 19**  
avortement illégal **17**  
avortement, soins post- **15, 17**  
  
césarienne **10, 13, 19**  
confidentialité **1, 2, 4, 8, 9, 11, 12, 28**  
conflit materno-foetal **3, 10, 13, 14**  
contraception, conseil de **1, 11**  
consentement **7**  
consentement du mari **2, 4, 12**  
consentement parental **1, 15**  
contraception chez des personnes intellectuellement diminuées **30**  
  
diagnostic prénatal **20, 29**  
diminués (intellectuellement) **30**

---

éducation sexuelle **5**  
embryons, recherche **31**  
embryons surnuméraires **31**  
embryons, transfert **23, 26**  
  
fistule obstétricale **19**  
FIV, fécondation in vitro **21, 22, 23, 24, 29**  
  
génétique, risque de maladie **22**  
grossesse, risque liés à la **24**  
  
interruption de grossesse (IG) **12, 15, 16, 19**  
  
mari, autorisation du **2, 4, 12**  
maternité de substitution (mère porteuse) **25**  
MST, maladies sexuellement transmissibles **11**  
mutilation génitale féminine **18**  
  
objection de conscience **6, 27**  
  
parents, autorisation des **1, 15**  
pauvreté, pauvres (milieux) **19**  
pharmacien **27**  
polygamie **21**  
  
refus maternel d'un soin justifié **3**  
refus religieux de traitement **10**  
refus de test diagnostique **22**  
refus de traitement **24**  
reproduction, recherche en santé de la **30**

risque de maladie génétique **22**  
secret professionnel **1, 2, 4, 8, 9, 11, 12, 28**  
sélection du sexe **20, 29**  
sepsis/état septique **15**  
stérilisation **2, 7**  
stérilisation contraceptive **7**  
stérilisation contraceptive, conseil de **7**  
subventionnement croisé **19**  
  
test diagnostique **22**  
transmission mère-enfant **14**  
  
urgence, contraception **6, 27**  
urgence, soins **17**  
urgence, soins obstétricaux **3, 13, 15, 17**  
  
VIH, séropositivité **14, 28**  
viol **6**  
violence **9, 11, 16**  
violence conjugale **9**  
violence sexuelle **6, 11, 16**