

Bulletin médical de l'IPPF

Contents

Déclaration de l'IMAP sur la stérilisation chirurgicale volontaire	1
Les responsabilités éthiques de la conscience	
Bernard M. Dickens	3

Déclaration de l'IMAP sur la stérilisation chirurgicale volontaire

Introduction

La stérilisation chirurgicale est une intervention très au point tant pour les hommes que les femmes dans certains pays, et la stérilisation féminine est une méthode de planification familiale des plus courante depuis des décennies. Selon des estimations de l'ONU, en 2005, 262 millions de personnes en âge de se reproduire ont opté pour la stérilisation comme méthode de contraception, dont 225 millions pour la stérilisation féminine et 37 millions la vasectomie, ce qui représentait respectivement 34 % et 5,6 % du taux global d'utilisation de la contraception.¹ La stérilisation est une composante importante dans toute gamme équilibrée de méthodes contraceptives. Elle offre une protection hautement efficace contre la grossesse, implique un risque très faible de complications lorsqu'elle est réalisée selon les normes médicales acceptées, et épargne le besoin d'articles de contraception à long terme. La stérilisation féminine comme masculine se réalise en procédure ambulatoire à l'aide de techniques simples et sans risque. Cette méthode de contraception étant destinée à être permanente, un choix informé s'impose.

Qu'elle soit féminine ou masculine, la stérilisation ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles, VIH inclus. Les préservatifs devraient toujours être utilisés de façon correcte et systématique pour éviter la transmission d'IST/VIH, en combinaison avec n'importe quelle autre méthode.

Counselling

Si la participation des deux partenaires en session de counselling est souhaitable, elle ne doit pas constituer une condition à la réalisation d'une stérilisation. Lorsqu'on envisage cette méthode, il revient aussi au couple de décider qui des deux partenaires devrait être stérilisé. La vasectomie est plus simple, plus sûre et probablement plus efficace que la stérilisation féminine, et le partenaire masculin devrait être informé et encouragé à envisager cette option. Le counselling devant permettre aux femmes et aux hommes de faire des choix informés sur leur fécondité et leur santé sexuelle et reproductive, il est capital qu'ils se voient proposer toutes les solutions de contraception possibles.

Le counselling devrait inclure :

- l'information et la prestation de méthodes réversibles à action prolongée,
- le rappel du caractère résolument irréversible de la procédure,
- la faible probabilité d'échec de la méthode (> 2%)
- l'éventualité du regret
- L'explication détaillée de l'intervention, ainsi que les types d'anesthésie locale disponibles,
- Le rappel que la stérilisation ne protège pas contre les IST/VIH, et que pour éviter d'attraper une IST/VIH, il faut systématiquement et correctement utiliser un préservatif en complément de toute autre contraception choisie.

La décision de se faire stériliser devrait être prise suffisamment à l'avance pour laisser le temps de réfléchir, et non lorsque la femme est en état de stress émotionnel, comme ce peut être le cas juste avant ou après un avortement. Les clientes enceintes peuvent être informées de ce choix parmi d'autres méthodes contraceptives, afin de leur laisser suffisamment de temps pour se décider après l'accouchement.

Aucun être humain, homme ou femme, ne devrait être contraint de subir une stérilisation – ce ne devrait jamais, par exemple, être une condition préalable à une prestation de service d'avortement. Le counselling devrait garantir le caractère informé et volontaire du choix, et un consentement informé devrait être obtenu et documenté avant la procédure. Les prestataires de service devraient avoir connaissance de leur législation nationale en matière de stérilisation et des conditions de consentement légal.

Le client a le droit de revenir sur son consentement à tout moment avant ou pendant la procédure. La possibilité de revoir sa décision et de changer d'avis avant la procédure aide à garantir la nature volontaire du choix du client et de réduire le risque qu'il regrette sa décision après l'intervention. Un délai de réflexion de quelques jours est recommandé dans la mesure du possible, bien que cela ne constitue pas un prérequis. Pendant ce temps, une contraception adaptée devrait être prise.

Stérilisation masculine

Techniques chirurgicales

La vasectomie par incision traditionnelle (procédure classique) se fait depuis un demi-siècle et est une méthode éprouvée, simple, peu coûteuse et efficace. On estime que dans le monde entier, il y a de nos jours 31 millions de couples qui utilisent la vasectomie comme contraception. Cette procédure simple consiste à occlure ou sectionner chaque canal déférent, afin que les spermatozoïdes ne puissent pénétrer l'éjaculat. Elle est généralement réalisée sous anesthésie locale. L'intervention n'étant pas efficace immédiatement, une autre méthode de contraception est nécessaire jusqu'à ce que le sperme ne contienne plus de spermatozoïdes ou, s'il n'est pas possible d'obtenir un spermogramme, au bout de trois mois.

Il existe une alternative très courante à la vasectomie standard appelée **technique sans bistouri**, surnommée ainsi car elle ne requiert ni incision du scrotum ni points de suture. Elle est moins invasive que l'incision car elle évite tout traumatisme des tissus ou endommagement des vaisseaux sanguins causés par une dissection trop profonde ou imprécise. Cela dit, la technique sans bistouri exige une bonne formation par tous les prestataires de service même par les plus expérimentés en vasectomie standard.

Efficacité

La vasectomie est une technique de contraception extrêmement efficace à condition d'être réalisée correctement et d'éviter tout rapport non protégé pendant les trois mois suivant l'intervention.² Les taux de grossesse associées à la vasectomie sont de 0 à 2 pour 100 interventions, et la plupart des études font état de taux d'échec inférieurs à 1%.³ Selon les rapports, l'efficacité de la vasectomie sans bistouri serait de 98 % 24 mois après l'intervention.⁴ La recanalisation spontanée des canaux déférents est la cause la plus fréquente d'échec. Elle survient généralement lorsque des granulomes se forment à l'endroit de la vasectomie, le plus souvent peu de temps après l'intervention, occasionnellement au bout de plusieurs années. La recanalisation rapide se repère lors du décompte des spermatozoïdes après une vasectomie. Le taux de grossesse due à une recanalisation tardive est d'environ 1/2 000. Pour la plupart, les échecs ont lieu tôt et sont dus soit à une technique chirurgicale mal maîtrisée, soit à un rapport sexuel non protégé alors que le liquide séminal contenait encore des spermatozoïdes.

Complications

Les complications post-opératoires liées à la vasectomie sont les saignements, les hématomes (concentration de sang sous la peau) et l'infection. Environ 2 % des hommes ont des hématomes. Les études laissent fortement suggérer que l'incidence de l'hématome dépendrait directement des compétences et de l'expérience chirurgicale en matière de vasectomie. Les complications post-opératoires les plus significatives, quoique rares, sont les hématomes scrotaux et l'infection locale, qui selon les rapports surviennent dans moins de 2 % des procédures.

Il existe aussi quelques complications plus tardives, telles que l'orchite (infection des testicules) et les granulomes, mais elles sont rares. Il n'y a pas de lien avéré entre la vasectomie et le risque de développer un cancer urologique. L'analyse comparative des études suggère que la vasectomie n'est pas un facteur de risque du cancer de la prostate et ne provoque pas de cancer des testicules. Il n'existe pas de lien avéré entre la vasectomie et la baisse des performances sexuelles.

Critères d'éligibilité médicale

L'IPPF et d'autres organisations internationales ont collaboré avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au développement de critères d'éligibilité médicale

Tableau 1. Etats médicaux requérant une attention, un délai ou des précautions particulières lors d'une stérilisation masculine

Attention	Délai	Précautions particulières
Application du protocole de routine avec précautions supplémentaires	Jusqu'à ce que la pathologie soit évaluée et/ou soignée	Le client est informé de la présence de risques accrus. Devrait être réalisée dans une infrastructure bien équipée
*Jeune âge	Infection locale	Hernie inguinale
Troubles dépressifs	IST non traitée	Troubles de la coagulation
Diabète	Filariose, elephantiasis	Maladies liées au sida
Antécédents de chirurgie scrotale	Infection systémique, gastro-entérite	
Large varicocèle et hydrocèle	Masse intrascrotale	
Cryptorchidie		

Source: Critères d'éligibilité médicale de l'OMS⁵

pour l'utilisation des méthodes de contraception (dernière révision en 2008).

Il n'existe pas de pathologie susceptible d'empêcher strictement l'éligibilité d'une personne pour la stérilisation.

Stérilisation féminine

Moment de l'intervention

Toute femme peut choisir de se faire stériliser dans la semaine suivant un accouchement ou lors d'un accouchement par césarienne (post-partum), dans la semaine suivant un avortement (post-abortum), ou à tout autre moment (intervalle). Le succès de la stérilisation post-partum est dû au fait qu'elle se réalise lors d'une hospitalisation pour accouchement par voie basse ou par césarienne, ce qui évite de revenir spécialement, ce qui peut être un inconvénient en raison d'autres obligations, et permet une seule période de convalescence pour l'accouchement et la stérilisation. Autrement, il est sage d'attendre au moins six semaines suivant un accouchement, après involution utérine complète.

Techniques chirurgicales de stérilisation féminine

Les deux techniques chirurgicales les plus couramment utilisées pour accéder aux trompes de Fallope sont la mini-laparotomie et la laparoscopie. Toutes deux consistent à sectionner ou obturer les trompes de Fallope afin que les ovules fabriqués par les ovaires ne puissent plus descendre le long des trompes à la rencontre des spermatozoïdes.

Mini-laparotomie

On accède aux trompes de Fallope par une petite incision dans l'abdomen pour les sectionner ou les obturer par chirurgie, en utilisant un clip, la coagulation par courant électrique ou une bande. Cette technique utilisée pour la stérilisation post-partum convient également entre deux grossesses ou après un avortement et dans la plupart des programmes de planification familiale.

Laparoscopie

Moins invasive que la laparotomie, cette technique requiert cependant un équipement coûteux et une formation spéciale. La laparoscopie est généralement réalisée par un gynécologue obstétricien, en milieu hospitalier et avec un équipement et un personnel spécialisés. L'intervention consiste à faire plusieurs petites incisions dans l'abdomen et à utiliser une petite canule équipée d'une lentille (laparoscope). Le laparoscope permet au médecin de voir et de procéder à l'occlusion ou la section des trompes de Fallope.

Stérilisation par voie vaginale

Il s'agit d'une méthode sûre, efficace mais très coûteuse. Des mini-implants dotés de fibres conçus pour induire une fibrose (technique Essure[®]) sont placés sur les trompes de Fallope à la jonction utéro-tubaire, et ce à l'aide d'un hystéroscope (instrument optique consistant en une fine canule équipée d'une lentille, que l'on insère par le col de l'utérus pour visualiser la cavité utérine). Le placement se fait sous anesthésie locale en environ 20 minutes. Etant donné que l'occlusion tubaire totale se produit au bout d'un délai variable, une autre méthode contraceptive est requise pendant au moins trois mois suivant l'intervention. Il est recommandé de faire un hystérosalpingogramme (HSG) trois mois après l'intervention pour confirmer l'obturation complète des trompes. Des études sont en cours pour déterminer l'utilité de l'HSG.

Autres méthodes

La stérilisation par colpotomie ou culdoscopie présente un taux de complications majeures (par ex., infection pelvienne) supérieur aux techniques par voie abdominale. Aussi ces méthodes ne sont-elles pas recommandées en procédure de routine dans les services de contraception chirurgicale.

Les méthodes non chirurgicales expérimentales telles que l'insertion par voie vaginale de quinacrine ne sont pas recommandées.

Efficacité

Bien que la stérilisation tubaire soit une méthode très efficace, l'échec est plus courant qu'on ne le pensait, et peuvent survenir jusqu'à 10 ans après

l'intervention. Sur 10 ans, le taux est d'environ 2 grossesses pour 100 femmes. Si une grossesse survient après ligature des trompes, il y a un risque accru qu'elle soit ectopique, mais la ligature réduit considérablement le risque global de grossesse, y compris ectopique. Cette possibilité doit être écartée pour toutes les femmes qui tombent enceinte après une stérilisation. L'efficacité des méthodes de stérilisation par obturation tubaire est variable mais les taux de grossesse restent faibles quelle que soit la technique. LA ligature des trompes post-partum s'est révélée plus efficace que la stérilisation entre deux grossesses.⁶ La mini-laparotomie et la technique de Pomeroy (ligature et résection tubaire) sont faciles à réaliser dans les conditions où les ressources sont insuffisantes. Si une infrastructure appropriée et un personnel qualifié sont disponibles, la laparoscopie et la coagulation par courant bipolaire sont possibles.⁷

Complications

La mini laparotomie et la laparoscopie peuvent entraîner des complications assez rapides comme les accidents liés à l'anesthésie, les hématomes, une infection de plaie, une infection pelvienne et une hémorragie intrapéritonéale. Occasionnellement, il peut y avoir lésion des viscères intra-abdominaux ou des vaisseaux sanguins. Avec la laparoscopie, les lésions des gros vaisseaux sanguins et les brûlures des intestins durant la coagulation par courant électrique sont des complications rares mais potentiellement dangereuses.

Si des modifications des schémas de saignement menstruels suite à une stérilisation ont été rapportées, rien ne prouve que la stérilisation en soit la cause. Globalement, la perte de sang menstruel reste inchangée.

Les avantages non contraceptifs

La stérilisation féminine a été associée à un risque réduit de cancer ovarien et de maladie inflammatoire pelvienne.⁸

Critères d'éligibilité médicale

Il n'existe aucune pathologie médicale qui empêche strictement l'éligibilité d'une personne pour la stérilisation.

Situations particulières

Saignements vaginaux anormaux

Les saignements irréguliers sont courants chez les femmes en bonne santé et ne devraient pas être une raison de retarder la stérilisation. En revanche, si les saignements vaginaux font soupçonner une grossesse ou une pathologie, tous les examens nécessaires devront être faits avant l'intervention.

Pathologie maligne de l'appareil génital

Dans la plupart des cas, les femmes présentant un cancer de l'appareil génital n'ont pas besoin d'une stérilisation car le traitement des tumeurs malignes rend en général toute future grossesse impossible. Pendant le traitement, les femmes devraient aborder la question de leur fécondité avec le prestataire de service et opter, si besoin, pour un mode de contraception temporaire. Les femmes traitées avec succès pour une maladie pré-maligne du col de l'utérus restent généralement fécondes et peuvent recourir à la stérilisation une fois leur traitement terminé.

Personnes vivant avec le VIH/sida

Les personnes vivant avec le VIH devraient se voir proposer la gamme complète des modes de contraception localement disponibles. Le counselling en contraception devrait comprendre une information sur le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, lequel varie selon la disponibilité localement de la thérapie antirétrovirale ; cela peut influencer le choix du/de la client-e en matière de stérilisation. Les mesures de précaution universelles doivent s'appliquer pour toute procédure de stérilisation, indépendamment de la sérologie VIH de la personne, et le dépistage du VIH ne devrait pas être un prérequis à la procédure. Les personnes séropositives au VIH et qui optent pour la stérilisation ne doivent pas se voir refuser l'intervention. Quelle que soit la méthode contraceptive choisie, l'utilisation systématique du préservatif doit être recommandée pour réduire à la fois la propagation du VIH et l'exposition au VIH et aux autres IST.

Tableau 2. Etats médicaux requérant une attention, un délai ou des précautions particulières lors d'une stérilisation féminine

Attention	Délai	Précautions particulières
Application du protocole de routine avec précautions supplémentaires	Jusqu'à ce que la pathologie soit évaluée et/ou soignée	Le client est informé de la présence de risques accrus. Devrait être réalisée dans une infrastructure bien équipée
*Jeune âge	Grossesse	Rupture ou perforation utérine
Troubles dépressifs	Infection pelvienne aiguë	Troubles de la coagulation
Diabète	7 à 42 jours post-partum	Maladie liée au sida
Obésité >30 kg/m ² IMC	Infection systémique, gastro-entérite	Endométriose
Hypertension	Anémie sévère	Neuropathie diabétique
Antécédents de pathologie cardiaque ischémique	IST non traitée	Valvulopathie cardiaque décompensée
Fibromes utérins	Pathologie cardiaque ischémique	Lupus érythémateux systémique avec présence avérée ou inconnue d'anticorps antiphospholipides, thrombopénie sévère, ou traitement immunosuppresseur en cours
Attaque d'apoplexie (antécédents d'accident cérébrovasculaire ischémique)	Pathologie de la vésicule biliaire symptomatique	Tuberculose pelvienne
Valvulopathie cardiaque compensée	Infection locale	Hyperthyroïdie
Cancer du sein	Hépatite virale aiguë	Cirrhose décompensée sévère
Schistosomiase avec fibrose du foie	Anémie sévère par carence en fer (Hb < 7g/dl)	Chronic asthma, bronchitis, emphysema or lung infection
Hypothyroïdie	Bronchite aiguë ou pneumonie	Hernie abdominale ou ombilicale
Thalassémie ou drépanocytose		
Adénome hépatocellulaire ou hépatome		
Lupus érythémateux systémique sans complications		
Carences nutritionnelles sévères		
Pathologie rénale		
Antécédents de chirurgie abdominale ou pelvienne		

Source: Critères d'éligibilité médicale de l'OMS⁵

Personnes ayant un handicap

Pour les personnes dont le handicap les empêche de prendre une décision pour elles-mêmes, l'éventualité de la stérilisation doit être envisagée avec pondération par le responsable légal et une équipe de professionnels (psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux) dans le respect de la législation locale et du code de la santé publique en vigueur. Les droits liés à la santé sexuelle et reproductive de ces clients doivent être protégés.

Regret après une stérilisation

Les études indiquent que le sentiment de regret est fréquent chez les femmes stérilisées jeunes, celles qui ont peu d'enfants ou celles faisant partie d'un foyer recomposé. Le counselling pour toute personne (homme ou femme) envisageant une stérilisation doit viser à réduire la probabilité d'un regret plus tard en créant les conditions nécessaires pour que les clients puissent traiter le sujet.

Réversibilité

Dans bien des endroits, la réversibilité de la stérilisation est impossible à obtenir ou alors à un coût prohibitif. Là où la procédure est tentée, les chances de réussite sont faibles. Aussi lors du counselling avec des clients qui envisagent la stérilisation, il est important d'insister sur le fait que la procédure est destinée à être permanente.

Les questions liées à la gestion des services telles que les installations et équipements, les dossiers médicaux, la formation du personnel et la charge de travail sont traitées plus en détail dans les *Lignes directrices médicales et de prestation de services de l'IPPF* (Chapitre 8).

Déclaration élaborée par le Groupe consultatif médical international (IMAP - International Medical Advisory Panel) en octobre 1982 et révisée par l'IMAP en janvier 1993, juin 1999 et mai 2009. Cette déclaration est valable pour les seules méthodes de stérilisation masculine et féminine décrites ci-dessus. L'IMAP se réserve le droit d'amender la présente déclaration à la lumière des futurs développements dans ce domaine, lorsque des informations scientifiques suffisantes seront disponibles.

References

1. United Nations. World contraceptive use 2005. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2005.
2. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: World Health Organization, 2004.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Male and female sterilization: evidence-based guideline No. 4. London: RCOG Press, 2004.
4. Xiaozhang L. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy: RHL commentary (last revised: 27 July 2009). WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization, 2009.
5. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for contraceptive use, fourth edition. Geneva: World Health Organization, 2009.
6. World Health Organization. Global handbook of family planning 2007; Page 167; Baltimore, MD: Johns Hopkins University, WHO, 2007.
7. Mittal S. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilization: RHL commentary (last revised: 21 June 2003). WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization, 2003.
8. *Lancet* 2001; **357**: 1467 - 70.

Les responsabilités éthiques de la conscience

Bernard M. Dickens

La protection de la conscience

Selon la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, tout individu a le droit d'agir ou de ne pas agir selon ce que lui dicte sa conscience personnelle. Le Pacte international de l'ONU relatif aux droits civils et politiques a donné force de loi à ce droit. Ainsi, à l'article 18(1) :

Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté d'avoir ou d'adopter une religion ou une conviction de son choix, ainsi que la liberté de manifester

sa religion ou sa conviction, individuellement ou en commun, tant en public qu'en privé, par le culte et l'accomplissement des rites, les pratiques et l'enseignement.

La liberté dite de « conscience et de religion » confirme que la conscience ne dépend pas des convictions religieuses mais existe en tant que conviction morale pouvant ou non coïncider avec la foi religieuse. La religion n'a pas le monopole de la conscience et ne dispense pas de la responsabilité éthique face à des pratiques comme le fait courant de marginaliser les femmes et celui de les exclure des postes d'autorité.

Le pacte affirme clairement que la protection de la conscience individuelle n'est pas totale et doit passer par le respect de la conscience d'autrui. Ainsi, à l'article 18(3) :

La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut faire l'objet

que des seules restrictions prévues par la loi et qui sont nécessaires à la protection de la sécurité, de l'ordre et de la santé publique, ou de la morale ou des libertés et droits fondamentaux d'autrui.

Cette disposition implique que, tout comme les prestataires de service de santé attendent que l'on respecte leur propre droit de conscience, ils doivent avoir le même respect pour le droit de conscience de leurs patients.

L'éthique professionnelle et la conscience

Les prestataires de soins ont des responsabilités éthiques envers les individus et communautés qu'ils proposent de servir. Cela relève plus souvent d'un pacte que d'un contrat, bien que dans bon nombre de contextes un contrat légal puisse sous-tendre les relations, comme entre prestataires et patients, prestataires et infrastructures sanitaires (hôpitaux et cliniques), prestataires et financiers des services de santé, tant du secteur privé que public. Les prestataires s'engagent par pacte et/ou contrat du fait de leurs formation et qualifications professionnelles et de leur adhésion à l'éthique ou au code de conduite des autorités qui délivrent leurs diplômes et titres, telles les instances gouvernementales et les associations professionnelles. Une pratique éthique implique généralement l'engagement du prestataire à ne pas abandonner les patients amenés à dépendre de ses soins.

Les prestataires sont confrontés à un défi éthique quand ils cherchent un équilibre entre leurs responsabilités professionnelles envers leurs patients et leurs propres convictions personnelles scrupuleuses. Ce défi est apparu au grand jour sur des questions comme la contraception, la stérilisation contraceptive, l'avortement et certains actes de soins de fin de vie. Depuis que certaines autorités religieuses ont condamné la participation des prestataires à ce type de services, le défi au professionnalisme ne se limite pas à l'objection de conscience à la participation, il consiste également à être scrupuleusement engagé à participer. Par exemple, un prestataire peut considérer qu'il est bien dans l'intérêt supérieur de sa patiente qu'il accède à sa demande de contraception, de stérilisation ou d'avortement dès lors qu'il exerce dans un hôpital que l'affiliation religieuse rend hostile à la prestation de ce type de soin.¹

Les normes de soins légales auxquelles les professionnels sont tenus du fait de leur contrat et de la législation sur la faute médicale s'appuient sur les pratiques d'usage parmi le collège des professionnels, sans aménagement pour convictions personnelles. Néanmoins, du fait du droit humain à la conscience, les prestataires ayant une objection de conscience à participer à une procédure légale requise pour un patient, y compris à l'informer des procédures médicales indiquées, sera autorisé à se soustraire à ladite procédure, à condition d'agir avec professionnalisme en adressant leurs patients concerné à des prestataires sans objection à cet égard.

Le conflit d'intérêt

Un prestataire qui sert ses propres intérêts spirituels en objectant de participer à un service médical professionnellement indiqué pour la santé de son patient se trouve en situation de conflit d'intérêt. Il n'y a pas de manquement à l'éthique si ledit prestataire agit de façon appropriée par le retrait (en ne s'engageant pas dans le traitement ou le counselling cliniques), ou l'information explicite (les patients connaissent à l'avance les services dispensés ou non par un prestataire).

Les médecins et autres prestataires de santé sont en général libres de refuser de prendre en charge un nouveau patient, pour des raisons non discriminatoires, sans être tenu éthiquement ou légalement de les réorienter. En revanche, dès lors que la relation entre prestataire et patient prend forme, le prestataire ne peut éthiquement se soustraire à la demande de soins légaux du patient sans l'adresser, en toute bonne foi et en temps opportun, à un autre prestataire en mesure de dispenser les soins indiqués. Le devoir d'orienter de manière appropriée respecte à la fois le droit du prestataire à l'objection de conscience et celui du patient à accéder en temps voulu aux soins légaux requis.

Le devoir éthique de révéler un conflit d'intérêt survenu en raison de l'objection de conscience d'un prestataire à participer à des procédures relevant de la pratique de ses pairs est dû non seulement aux patients et futurs patients mais également aux institutions telles que les hôpitaux et cliniques où le prestataire concerné propose son engagement professionnel. Ces infrastructures médicales ne peuvent rejeter une candidature par ailleurs tout à fait recevable sur le plan professionnel en raison de l'objection de conscience du candidat. Cela constituerait une violation des principes de non-discrimination protégeant la liberté de conscience et de religion. Etant donné que les infrastructures médicales ont le devoir premier de servir les populations, elles doivent se doter d'un effectif suffisant pour remplir leur mission. Pour garantir l'opportunité des décharges de responsabilités, elles peuvent poser l'acceptation de participer à certaines procédures spécifiques comme une condition au recrutement. Par exemple, un centre d'accueil en cas de viol doit disposer de personnel prêt à dispenser des services de contraception d'urgence. La candidature de prestataires susceptibles d'objecter à cette procédure ne pourra être retenue.

Le cadre de la conscience

L'objection de conscience est un droit humain important. De ce point de vue, il contribue à la dignité humaine. Cependant, il ne s'applique pas aux personnes morales, telles les sociétés et autres établissements similaires, infrastructures médicales incluses. Cela a été souligné en 2008 par la Cour constitutionnelle de Colombie qui a statué sur une affaire dans laquelle les hauts responsables d'un hôpital public avaient refusé à une victime de viol enceinte un service d'avortement auquel elle avait légalement droit en raison de l'objection de conscience de membres du personnel, et revendiquaient effectivement le droit à l'objection de conscience de leur établissement. La Cour constitutionnelle a jugé que ni leur hôpital, ni eux-mêmes en qualité de responsables administratifs ne pouvaient légalement revendiquer un tel droit, et a ordonné le paiement d'un dédommagement.²

En accord avec les hautes cours d'autres pays et les tribunaux internationaux de droits humains, la Cour a jugé que la protection de la conscience concernait les prestataires qui, autrement, se trouveraient contraints de participer directement à des procédures auxquelles ils objectaient mais non aux acteurs périphériques. Pour l'avortement, par exemple, le droit à l'objection concerne principalement les gynécologues, anesthésistes et infirmières de bloc opératoire, du fait de leur implication directe dans la procédure, de même que les médecins généralistes habilités à prescrire l'avortement médical. Ne peuvent en revanche exercer ce droit les infirmières chargés des soins pré-opératoires et de convalescence post-opératoire.

La Cour européenne des droits de l'homme a jugé que les pharmaciens ne pouvaient pas invoquer leur conscience et refuser de servir des contraceptifs sur ordonnance car ils étaient les seuls fournisseurs de prescriptions sur ordonnance d'une population isolée en France.³ Ils ne pouvaient pas exploiter leur monopole sur la délivrance de prescriptions sur ordonnance pour refuser des produits légaux aux clients qui dépendent d'eux pour les traitements dont ils ont besoin. De même, les médecins ne peuvent user de leur monopole légal sur la prestation de soins pour empêcher l'accès à des soins disponibles. Comme les pharmaciens et autres prestataires en situation similaire comme les anesthésistes, ils ne peuvent éviter de participer directement à des procédures qui offensent leur conscience qu'en réorientant en toute bonne foi les personnes qui dépendent d'eux vers des prestataires des services appropriés disponibles ou bien vers des agences spécialisées à même de les orienter.⁴

L'objection de conscience abusive

Plusieurs Etats des Etats-Unis ont promulgué des lois accordant à un large éventail de personnels de santé et associés tels les ambulanciers, le personnel administratif et de secrétariat en milieu clinique, les étudiants en médecine et soins infirmiers, le droit de non-participation à tout soin ou traitement dispensé par un prestataire ou une institution sanitaire auxquels ils expriment une objection de conscience, objection qu'ils peuvent invoquer sans risque de représailles, discrimination ou désavantage.⁵ Le dernier jour de son mandat, à savoir le 20 janvier 2009, l'administration Bush a rendu légales de semblables immunités pour les prestataires de santé, que tous les bénéficiaires de fonds du ministère de la Santé et des Services à la personne sont contraints d'accepter. Ces dispositions fédérales concernent la réalisation, la participation, l'orientation, l'apprentissage, l'enseignement ou l'administration des procédures liées à l'avortement, la stérilisation, la contraception et certaines formes de soins de fin de vie.

Sous couvert de protection des prestataires de santé contre les discriminations, ces dispositions ont été apparemment motivées et soutenues afin de rendre ce type de procédures légales inaccessibles aux patients pris en charge. Elles ont notamment pour effet de remettre les patients dont les soins ne sont pas religieusement ou moralement controversés, comme par exemple l'ablation sans risque de fœtus morts ou d'organes reproducteurs cancéreux, uniquement entre les mains de professionnels de santé non formés pour réaliser ou participer aux procédures visées, ces derniers et/ou leurs formateurs objectant à certaines des pratiques que ce type de formation peut impliquer. Les dispositions de ce genre révèlent le paradoxe de l'objection de conscience abusive.

Bernard M. Dickens est Professeur émérite de Droit et politiques en matière de santé de l'université de Toronto.

Notes

1. Dickens BM. The art of medicine: conscientious commitment. *Lancet* 2008; **371**: 1240-41.
2. Cook RJ, Arango Olaya M, Dickens BM. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *Int J Gynecol Obstet* 2009; **104**: 249-52.
3. Pichon and Sajous v. France (2001). European Court of Human Rights.
4. Lynch HF. Conflicts of conscience in health care: an institutional compromise. Cambridge, MA: MIT Press, 2008.
5. Dickens BM. Legal protection and limits of conscientious objection: when conscientious objection is unethical. *Medicine and Law* 2009; **28**: 337-47.