



7.1.4.2 Tourisme, transplantation et éthique

Marie-Chantal Fortin, MD, PhD, FRCPC, Néphrologue

Objectifs

1. Sensibiliser à la pénurie d'organes et à ses conséquences.
2. Amorcer une réflexion sur la vente d'organes et le tourisme de la transplantation.
3. Amorcer une réflexion à savoir si la transplantation est un droit ou un privilège.

Cas clinique :

Monsieur J.A. est un patient hémodialysé. Il consulte à la clinique de transplantation alors qu'il vient d'atterrir à Montréal après avoir passé le dernier mois au Pakistan où il a été greffé d'un rein. Actuellement, il ne se sent pas très bien. Il est pyrétique et sa formule sanguine démontre une importante leucocytose.

Monsieur J.A. est bien connu de l'équipe de transplantation du centre hospitalier. Il est atteint d'insuffisance rénale terminale depuis plusieurs années. Il a été greffé à partir d'un greffon cadavérique il y a huit ans. Malheureusement, suite à de nombreux rejets et à une dysfonction chronique du greffon, il est retourné en dialyse il y a trois ans. Ces derniers temps, n'étant jamais appelé pour une transplantation et très las de la dialyse, il a évalué toutes les possibilités. Lors de sa recherche sur le web, il a trouvé des hôpitaux étrangers offrant des transplantations à partir de donneurs vivants payés. Bien conscients des risques d'une telle entreprise, Monsieur J.A. a décidé de jouer le tout pour le tout. Pour lui, rester en dialyse et attendre ici pour une transplantation équivalent à une mort à petit feu alors que la transplantation à partir de donneurs vivants dans un pays du tiers-monde, malgré les risques médicaux inhérents, représente un retour à une vie normale et en santé. De plus, cette transplantation lui apparaît comme une situation gagnante pour tous les partis : le donneur vivant a reçu une somme d'argent lui permettant d'améliorer son sort alors que lui a obtenu un organe.

Discussion :

Tout au long de la discussion, nous nous attarderons sur le cas de la transplantation rénale. Nous privilégierons ce type de transplantation vu l'absence du caractère tragique de cette transplantation compte tenu l'existence de modalités de remplacement de la fonction rénale. De plus, à l'heure actuelle, le problème du tourisme de la transplantation touche principalement les transplantations rénales. Certes, certaines transplantations hépatiques sont le fruit de ce tourisme, mais ceci demeure tout de même un phénomène marginal.

Il est vrai que le tourisme de la transplantation est un phénomène peu courant à l'heure actuelle. Cependant, il risque de prendre de l'ampleur dans les prochaines années en raison de la demande sans cesse grandissante pour des organes, d'un allongement des temps d'attente pour une transplantation et des populations de plus en plus multiculturelles entretenant des liens avec leurs pays d'origine où a lieu ce tourisme de la transplantation. Il apparaît donc important pour les futurs médecins en formation en néphrologie et en chirurgie de se pencher sur cette question.

Par ailleurs, certains rapprochements entre le tourisme de la transplantation et le tourisme médical général peuvent être faits. En effet, dans les deux cas, il s'agit de patients insatisfaits face au temps d'attente nécessaire pour une procédure et qui décident de contourner le système en allant à l'étranger. Il est vrai que la personne qui va subir une chirurgie orthopédique ou ophtalmique à l'étranger ne compromet pas la santé d'un tiers comme dans le cas du tourisme de la transplantation. Cependant, ces deux situations soulèvent des questions de justice sociale et remettent en question les obligations du système de santé face à la santé et aux demandes des citoyens.

Les faits :

Les avantages des transplantations effectuées en Occident

La transplantation est le traitement de choix pour les patients en insuffisance rénale terminale. Elle améliore tant la survie que la qualité de vie des patients.¹ De plus, le temps passé en dialyse a des conséquences délétères sur

la survie éventuelle du greffon rénal et du patient transplanté.²

Par ailleurs, les résultats de transplantations rénales effectuées à partir de donneurs vivants sont supérieurs à celles effectuées à partir de donneurs en mort encéphalique.³

Finalement, en plus d'offrir des avantages aux patients urémiques, la transplantation rénale offre aussi des avantages au niveau sociétal. En effet, il est beaucoup moins onéreux pour la société de traiter un patient transplanté qu'un patient dialysé. En 2001, on estimait le coût d'une transplantation rénale à 20 000\$ la première année suivi de 6000\$ les années subséquentes. En comparaison, un patient en dialyse coûtait environ 50 000\$ annuellement.⁴ Une autre étude, réalisée en 1996 par des chercheurs canadiens, avait montré que les coûts associés à la première année de transplantation (66 290\$) étaient similaires à ceux reliés à la dialyse (66 782\$). À partir de la deuxième année post-transplantation, cette modalité de remplacement de la fonction rénale apparaissait beaucoup moins onéreuse que la dialyse (27 785\$).⁵

La pénurie d'organes

Tant au Canada que dans le reste du monde occidental, le principal problème relié à la transplantation d'organes est celui de la pénurie d'organes. D'un côté le nombre de patients en attente de transplantation ne cesse de croître en raison d'un vieillissement de la population, de l'élargissement des critères d'éligibilité à la transplantation, la prévalence importante de maladies telles que l'hypertension ou le diabète et la nécessité de procéder à une deuxième, troisième voire même quatrième transplantation en raison de la perte du greffon. De l'autre côté, le nombre de donneurs potentiels demeurent sensiblement le même au fil des ans. Parallèlement à cet écart grandissant entre l'offre et la demande d'organes, le temps d'attente pour l'obtention d'un organe est aussi en constante augmentation. Au Québec, en 2005, le temps moyen d'attente pour une transplantation rénale était de 21 mois.⁶ Dans certaines régions du Canada, comme à Toronto, le temps d'attente pour une transplantation rénale peut atteindre jusqu'à sept ans.⁷

Certains moyens sont mis en branle pour tenter de pallier cette pénurie d'organes : prélèvement sur donneurs en arrêt circulatoire et acceptation de nouveaux donneurs vivants tels que les donneurs vivants non apparentés génétiquement ou affectivement. Des moyens tels que le consentement présumé ou la conscription d'organes sont aussi discutés.

Le contexte légal canadien

Au Québec, l'article 25 du code civil interdit la vente d'organes ou de tissus.⁸ Cette loi n'a cependant pas une portée extraterritoriale. Elle ne s'applique que si la transaction a lieu au Québec.

En novembre 2005, le parlement canadien a adopté la loi C-49 modifiant le Code Criminel. Cette loi criminalise la traite des personnes. Sous cette appellation, on inclut toute situation où une personne est déplacée et contrainte à fournir du travail, des services, un organe ou un tissu. L'interprétation et l'application de cette loi relativement au trafic d'organes seront à suivre dans les prochaines années.⁹

La vente d'organes dans le monde

Les cadres législatifs. Les lois encadrant la vente d'organes varie selon les pays. La plupart des pays occidentaux, tels que les États-Unis, la France, etc. ont des lois interdisant le commerce d'organes ou de tissus.

Bien que certains pays aient des lois interdisant la vente ou l'achat d'organes, un marché illicite perdure. C'est, entre autre, la situation de l'Inde et de la Chine. L'Iran est le seul pays à autoriser la vente d'organes. Il s'agit d'un marché étatisé, centralisé et il n'est offert qu'aux Iraniens. Aucun tourisme de la transplantation n'est donc possible.^{10, 11}

Impacts sur les vendeurs. Peu de données existent dans la littérature sur le devenir des vendeurs de rein. Contrairement aux donneurs vivants non rémunérés, il n'existe point d'étude de cohorte évaluant la mortalité et la morbidité du geste à court et à long terme. Les seules données disponibles portent sur l'impact de la vente chez des vendeurs indiens, iraniens et pakistanais. La première étude menée auprès d'anciens vendeurs de rein indiens, a montré que la présence d'intermédiaires à la vente était très répandue, que le principal motif pour vendre son rein était de payer des dettes, que les vendeurs recevaient moins d'argent que promis, que le statut économique de ces derniers ne s'était aucunement amélioré et que, finalement, 79% de ces vendeurs ne recommanderaient jamais à un proche de vendre un rein.¹² La deuxième étude, réalisée en Iran auprès d'anciens vendeurs, a, encore une fois, démontré que le principal motif pour vendre un rein était de payer des dettes, que la somme remise n'améliorait pas la condition de ces personnes et que 76% des vendeurs étaient d'accord avec une interdiction de vente d'organes¹³. Finalement, Naqvi et son équipe ont mené une enquête auprès d'anciens vendeurs de rein au Pakistan. Les vendeurs de rein étaient des jeunes hommes avec un faible niveau d'éducation. La raison principale évoquée pour vendre un rein était payer des dettes. Après la transaction, la

majorité des vendeurs n'avaient pas réussi à rembourser leurs dettes. Ils rapportaient aussi que leur état de santé ne leur permettait pas de travailler autant.¹⁴ Dans une deuxième étude, ces mêmes auteurs ont comparé l'état médical des vendeurs de rein avec celui de donneurs vivants non rémunérés. Il ressortait de cette étude que les vendeurs de rein étaient plus susceptibles d'être infectés par l'hépatite C, de souffrir d'hypertension et d'avoir un taux de filtration glomérulaire inférieure à 60 mL/min après le prélèvement que les donneurs de rein non rémunérés.¹⁵

Impact sur les receveurs. En 2006, une équipe de Toronto a publié une étude comparant les résultats des greffes effectuées à partir de donneurs vivants réalisées outre-mer avec celles réalisées dans leur centre. Leur cohorte était composée de 20 patients ayant subi un total de 22 transplantations. La majorité des transplantations ont été effectuées en Asie. 52% de ces patients ont eu une complication infectieuse sérieuse : CMV, tuberculose, infection fongique invasive. De plus, tant la survie des greffons que celle des patients étaient largement inférieures aux patients greffés au Canada à partir de donneurs vivants.¹⁶ Une équipe du Minnesota a aussi publié, en 2006, les résultats médicaux de leur cohorte de 10 patients ayant reçu une transplantation outre-mer. Dans leur cohorte, la survie des patients et celle des greffons étaient identiques à celles observées chez les patients greffés aux Etats-Unis. Cependant, ils observaient aussi un taux anormalement élevé de complications infectieuses chez ces patients.¹⁷

Considérations éthiques

Cas du médecin

Le médecin appelé à voir le patient décrit dans le cas ci-dessus peut ressentir un malaise. En effet, le médecin peut être troublé par le sort possible du vendeur de rein outre-mer. Il ne veut peut-être pas encourager ce type de marché. D'un autre côté, il se sent tiraillé par son devoir de traiter le patient qui se présente devant lui et qui souffre des conséquences de son geste. Ce malaise peut aussi prendre origine du fait que le médecin transplantateur est bien au fait que la transplantation n'est pas la panacée et qu'il se demande jusqu'où on doit aller pour transplanter des gens. En contrepartie, le médecin comprend bien les souffrances des patients urémiques en attente de transplantation. Il peut même se demander s'il n'évaluerait pas toutes les possibilités, comme acheter un rein outre-mer, si lui ou un de ses proches nécessitaient une greffe.

Cadre déontologique

Au Québec, les actions et gestes du corps médical sont encadrés par le code de déontologie du Collège des Médecins qui a force de loi. Il stipule que le médecin ne peut refuser de traiter un patient sur une base discriminatoire. Cependant, si pour des convictions personnelles, le médecin ne peut assurer un traitement et un suivi adéquat de son patient, il doit aviser son patient de ses convictions et l'aider à trouver un autre médecin qui pourra prendre la relève. En situation d'urgence, le médecin doit traiter son patient.¹⁸

Ceci étant dit, le médecin décrit dans le cas pourrait, si ses convictions personnelles s'opposent à l'idée d'aller acheter des organes outre-mer, avertir son patient de ses convictions et l'aider à trouver un autre médecin pour assurer son suivi post-transplantation. Cependant, le nombre de professionnels spécialisés en transplantation est petit, on peut s'interroger à savoir ce qu'il adviendrait si tous les médecins transplantateurs refusaient de suivre de tels patients. Par ailleurs, dans la situation décrite, le patient présente un tableau infectieux quelconque qui pourrait être qualifié de situation d'urgence (fièvre, importante leucocytose) obligeant donc le médecin à traiter ce patient. Quand la situation cessera-t-elle d'être urgente ? Que regroupe-t-on sous le vocable de situations d'urgence : un ACV ? Un rejet aigu ? Une septicémie ?

Face à cette problématique, certains pourraient être tentés de faire une analogie entre le traitement du meurtrier et le traitement de ce patient. Un médecin ne pourrait refuser de traiter un meurtrier, ceci pourrait être considéré comme une discrimination. En est-il de même pour le patient ayant acheté un rein outre-mer ? Il n'est pas évident que les deux situations soient identiques. Dans le cas du meurtrier, le médecin n'a aucune implication dans le geste commis. Or, dans le cas du patient qui a acheté un rein outre-mer, le médecin peut avoir l'impression de participer à quelque chose de moralement répréhensible étant donné qu'il ne peut prendre en charge et s'assurer du bien-être du vendeur d'organe.

Comme on peut le constater, bien que la déontologie offre certaines balises et pistes de réponse, elle peut aussi soulever plusieurs autres interrogations qui sont actuellement sans réponse.

Ceci étant dit, malgré tous ces questionnements, le médecin est tenu d'offrir des soins à son patient qui est allé se faire transplanter ailleurs. Toutefois, il pourrait être acceptable que, dans un service de transplantation où les membres ont différentes positions sur cette problématique, les médecins les plus inconfortables avec le tourisme de la transplantation puissent refuser de voir les patients ayant acheté un rein outre-mer dans un contexte électif en autant que des collègues acceptent de les voir. Cependant, lors des gardes, de soir ou de fin de semaine, ainsi

que lors des situations d'urgence, un médecin ne pourrait pas refuser de voir et traiter ces patients.¹⁹ Enfin, on peut s'interroger à savoir si le médecin transplantateur n'a pas un devoir moral d'informer tous ses patients sur la liste d'attente des conséquences médicales, légales et sociales d'acheter un rein outre-mer. À l'heure actuelle, aucune donnée ne nous permet de savoir si les patients qui vont acheter un rein sont au courant des dispositions légales canadiennes ainsi que des risques qu'ils encourent pour leur santé.

Principes éthiques

Le cas clinique décrit ci-dessus fait intervenir plusieurs principes éthiques. Tout d'abord, l'autonomie du patient qui décide sciemment d'aller acheter un rein. Deuxièmement, le désir du médecin d'agir dans le meilleur intérêt de son patient et du vendeur de rein. Troisièmement, ce cas clinique fait aussi appel au principe de justice. En effet, le tourisme de la transplantation implique des acheteurs occidentaux bien nantis et des vendeurs pauvres du tiers-monde. Certains affirment qu'autoriser la vente d'organes, c'est permettre aux personnes dans le besoin d'obtenir l'argent nécessaire leur permettant de ne plus être aliéner par la pauvreté.²⁰ Or, les études actuelles sur le sujet ne le démontrent pas cette affirmation.^{12, 13} Finalement, ce cas clinique met aussi en scène le principe de dignité du corps humain qui fait que ce dernier ne peut être objet de commerce, ne peut être réifié. Ce principe est présent dans toute l'entreprise québécoise et canadienne de la transplantation qui place l'altruisme et la gratuité comme valeurs primordiales.

Conclusion

Il n'y a pas de réponse simple à ce cas complexe. La situation décrite dans le scénario fictif n'interpelle pas seulement le médecin transplantateur confronté à de telles situations mais tous les citoyens. En effet, ce cas soulève les questions de savoir si la transplantation est un droit ou un privilège et jusqu'où on peut aller pour trouver des organes. Ces questions ne peuvent point être répondues seulement par les médecins, elles doivent être débattues à une échelle plus large et impliquées tous les acteurs concernés (politiciens, patients, administrateurs d'hôpitaux...). Les réponses apportées orienteront les choix en matière de transplantation et de santé.

Comment réagissez-vous face à ce patient ?

Ressentez-vous un malaise face à la situation décrite ?

Quelles sont vos obligations face à ce patient ?

Que dit la loi québécoise et la loi canadienne sur la vente d'organes et le tourisme médical ?

Est-ce un droit ou un privilège que d'être transplanté ?

Références

1. Wolfe RA, Asby VB, Milford EL, Ojo AO, Ettenger RE, Agodoa LYC, et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *New England Journal of Medicine*. 1999 December 2, 1999;341(23):1725-30.
2. Okechukwu CN, Lopes AA, Stack AG, Feng S, Wolfe RA, Port FK. Impact of years of dialysis therapy on mortality risks and the characteristics of longer term dialysis survivors. *American Journal of Kidney Disease*. 2002;39(3):533-8.
3. Terasaki PI, Cecka JM, Gjertson DW, Takemoto S. High survival rates of kidney transplants from spousal and living unrelated donors. *New England Journal of Medicine*. [Original articles]. 1995 August 10, 1995;333(6):333-6.
4. Santé Canada. Le don d'organes au Canada. 2001 [updated 2001; cited]; Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2001/2001_36fbk1.htm.
5. Laupacis A, Keown P, Pus N, Krueger H, Ferguson B, Wong C, et al. A study of the quality of life and cost-utility of renal transplantation. *Kidney International*. 1996;50(1):235-42.
6. Québec-Transplant. Missions de Québec-Transplant. 2006 [updated 2006 2006, August 14th; cited 2006 September 12th]; Available from.
7. Trillium Gift of Life. Kidney waiting list and transplantation. 2006.
8. Code civil du Québec. (1991).
9. An Act to amend the Criminal Code (trafficking of persons), Parliament of Canada. (2005).
10. Ghods AJ. Renal transplantation in Iran. *Nephrology, Dialysis and Transplantation*. 2002;17(2):222-8.
11. Ghods AJ. Without legalized living unrelated donor renal transplantation many patients die or suffer - Is it ethical? In: Gutmann T, Daar A, Sells R, Land W, editors. *Ethical, legal, and social issues in organ transplantation*. Lengerich: Pabst; 2004. p. 337-41.
12. Goyal M, Metha RL, Schneiderman LJ, Sehgal AR. Economic and health consequences of selling a kidney in India. *Journal of the American Medical Association*. 2002 October 2, 2002;288(13):1589-93.
13. Zargooshi J. Iranian kidney donors: motivations and relations with recipient. *Journal of Urology*. 2001

February 2001;165(2):386-92.

14. Naqvi SAA, Ali B, Mazhar F, Zafar MN, Rizvi SAH. A Socioeconomic Survey of Kidney Vendors in Pakistan. *Transplant International*. 2007;20:934-9.
15. Naqvi SAA, Rizvi SAH, Zafar MN, Ahmed E, Mehmood K, Awan MJ, et al. Health Status and Renal Function Evaluation of Kidney Vendors: A Report from Pakistan. *American Journal of Transplantation*. 2008;8.
16. Prasad RGV, Shukla A, Huang M, D'A Honey J, Zaltzman JS. Outcomes of Commercial Renal Transplantation: A Canadian Experience. *Transplantation*. 2006;82(9):1130-5.
17. Canales MT, Kasiske BL, Rosenberg ME. Transplant Tourism: Outcomes of United States Residents Who Undergo Kidney Transplantation Overseas. *Transplantation*. 2006;82(12):1658-61.
18. Code de déontologie des médecins. (2001).
19. Fortin M-C, Roigt D, Doucet H. What Should We Do with Patients Who Buy a Kidney Overseas? *The Journal of Clinical Ethics*. 2007;18(1):23-34.
20. Radcliffe-Richards J, Daar AS, Guttman RD, Hoffenberg R, Kennedy I, Lock M, et al. The case for allowing kidney sales. *Lancet*. 1998 June 27, 1998;351:1950-2.