
DONS, TRANSPLANTATIONS D'ORGANES ET GREFFES DE TISSUS (DТОGT)

CONTEXTE

Les listes d'attente pour les dons d'organes au Canada continuent de s'allonger de façon exponentielle à cause du vieillissement de la population, de la montée des taux d'obésité, de la viabilité croissante des transplantations d'organes et de l'amélioration de l'efficacité des médicaments immunosuppresseurs^{1,2}. On prévoit que la demande de transplantations d'organes augmentera de 150 % au cours des deux prochaines décennies³. Les listes d'attente pour une transplantation d'organes contiennent actuellement les noms de presque 4 500 Canadiens, dont certains mourront avant de recevoir un don; 260 patients sont morts pendant en attente d'un nouvel organe en 2016⁴. Les Canadiens appuient en majorité (91 %) les dons d'organes et de tissus, mais seulement 51 % ont enregistré leur consentement⁴.

En 2016, on a effectué au Canada 2 903 transplantations d'organes provenant de 758 donneurs décédés (548 donneurs après DDN^a et 174 donneurs ont effectué un DDC^b) et de 544 donneurs vivants. En 2016, le taux de dons d'organes de personnes décédées (20,9 donneurs par million de personnes [DPMP]) représentait une augmentation de 42 % par rapport à 2007 (14,7 DPMP). Cette valeur demeure toutefois loin de l'objectif fixé pour 2017 dans le plan stratégique du Canada pour améliorer les dons, transplantations d'organes et greffes de tissus (22 DPMP)³ et elle n'atteint pas le rendement de pays semblables (p. ex., les États-Unis, 30,98 DPMP).

Comparativement aux dons provenant de personnes décédées, ceux provenant de personnes vivantes offrent aux receveurs de meilleurs résultats pour la santé à court terme et à long terme⁴. Les donneurs vivants peuvent faire un don dirigé (c.-à-d. que l'organe est destiné à un patient en particulier désigné par le donneur) ou non dirigé d'un rein, d'un lobe de poumon ou de foie, de moelle osseuse, de sang de cordon ombilical et de cellules souches. En raison des avancées de la technologie des médicaments immunosuppresseurs, les donneurs peuvent avoir ou non des liens de parenté avec le receveur⁵ et ils sont jumelés à la suite de tests de compatibilité appropriés. Le taux des dons provenant de personnes vivantes (15,03 DPMP en 2017) a chuté de 11 % depuis 2006. Certains services, comme le Programme de dons croisés de rein établi en 2009, vont à contre-courant de cette tendance, car ce programme a connu sa deuxième année la plus productive en 2016 et affiche au total avoir facilité 474 transplantations jusqu'à maintenant.

^a Diagnostic de décès neurologique (DDN) : détermination du décès en fonction de critères neurologiques ou cérébraux.

^b Don après décès cardiocirculatoire (DDC) : des organes sont prélevés après que l'on a prouvé l'arrêt irréversible des fonctions circulatoire et respiratoire (décès cardiocirculatoire).

Surveillance

En 2007, le Conseil canadien pour le don et la transplantation a fusionné ses activités avec celles de la Société canadienne du sang⁶ afin de faciliter la coordination nationale intégrée du système de dons, de transplantations d'organes et de greffes de tissus (DTOGT) – (sauf au Québec). La SCS est maintenant chargée d'élaborer des normes et des guides de pratique clinique, d'améliorer les services de transplantation, d'accroître le partage d'information et de comparer le rendement du Canada à celui d'autres pays industrialisés⁷. Les organismes d'approvisionnement en organes (OAO) continuent de surveiller la planification, la promotion, la coordination et le soutien des DTOGT à l'échelon provincial dans le contexte d'une stratégie nationale convenue dirigée par la SCS. Depuis 2007, des initiatives nationales comme le Programme de dons croisés de rein, le Registre de donneurs vivants jumelés par échange de bénéficiaires et le Registre des patients hyperimmunisés ont vu le jour pour centraliser la coordination et la pratique des DTOGT. La coordination nationale s'est améliorée, mais le recours au Registre canadien des transplantations et à la Liste d'attente nationale pour un organe varie entre les OAO⁴. C'est pourquoi le rendement du système est difficile à évaluer et à améliorer.

FONDEMENTS JURIDIQUES DES TRANSPLANTATIONS D'ORGANES ET GREFFES DE TISSUS

Des règlements fédéraux et des lois provinciales régissent la pratique des DTOGT au Canada. Santé Canada a normalisé le dépistage, l'examen et la manipulation des organes donnés, ainsi que des cellules et des tissus soumis à une manipulation minimale en vertu du *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation*⁸, afin de réduire au minimum les risques possibles pour la santé des Canadiens recevant une transplantation. Les lois provinciales et territoriales tracent un cadre pour les établissements et le personnel qui se livrent à des activités liées aux dons, transplantations d'organes et greffes de tissus, et définissent les procédures à suivre pour la détermination du décès par un médecin indépendant⁹.

Définition et détermination du décès selon la loi

Les lois des provinces et des territoires (sauf au Nunavut)¹⁰ prescrivent le processus à suivre pour déterminer le décès aux fins de la transplantation d'organes après décès^{11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23}. Ces dispositions précisent peut-être les qualifications requises et le nombre de médecins qui doivent déterminer le décès, mais pour le diagnostic technique de celui-ci, on s'en remet à la pratique médicale reconnue au lieu de proposer une définition dans la loi. Pour le moment, le Manitoba²⁴, l'Île-du-Prince-Édouard²⁵ et les Territoires du Nord-Ouest²⁶ sont les seules provinces à avoir défini le décès dans une loi. Le projet de loi plus récent de la Nouvelle-Écosse au sujet des dons d'organes et des greffes de tissus, qui a été adopté en 2010, contient aussi une définition législative du décès, même si la loi n'a toujours pas reçu la sanction royale huit ans plus tard²⁷. Des définitions plus claires du décès appuieraient mieux les décisions cliniques à prendre au sujet de la détermination médicale de celui-ci.

DÉFIS ÉTHIQUES MODERNES

1. Détermination médicale du décès

Les organes donnés proviennent en majorité de donneurs décédés. La norme d'éthique qui régit le don d'organes est appelée *règle du donneur mort* (RDM). Elle précise que les organes peuvent être prélevés pour un don uniquement après la déclaration du décès (c.-à-d. que le prélèvement d'organe ne peut causer le décès²⁸). Conjuguée à des définitions rigoureuses du décès, la règle du donneur mort a toujours constitué l'assise des dons d'organes respectueux de l'éthique depuis le début de la pratique. Les avancées des traitements de maintien de la vie, l'évolution de la compréhension de l'autonomie des patients et des compréhensions différentes de ce qui constitue la mort (p. ex., décès neurologique et décès cardiocirculatoire²⁹) ont toutefois brouillé la ligne de démarcation entre la vie et la mort et créé de nouveaux dilemmes d'ordre éthique pour les professionnels de la médecine qui procèdent à des transplantations d'organes et à des greffes de tissus.

La discussion portant sur le diagnostic de décès constitue un phénomène récent découlant de l'avènement de technologies médicales de maintien de la vie qui permettent d'assister artificiellement la fonction cardiorespiratoire³⁰. Le diagnostic de décès neurologique (DDN) décrit l'arrêt irréversible du fonctionnement du cerveau, du cortex et du tronc cérébral (« mort cérébrale complète »).

La détermination médicale du décès doit être prise en l'absence de facteurs parasites³¹.

Don après décès cardiocirculatoire (DDC) : donneurs dont le cœur a cessé de battre

Le don après décès cardiocirculatoire (DDC) provient de patients victimes de lésions cérébrales graves ou d'une maladie en phase terminale, qui ne répondaient pas aux critères de décès neurologique, qui ne présentaient aucune chance de rétablissement et dont le traitement de maintien de la vie a été interrompu³².

Le DDC peut être *non contrôlé* ou *contrôlé*. Le DDC non contrôlé s'entend des circonstances dans lesquelles le don est initialement envisagé après le décès, mais dans lesquelles le décès cardiocirculatoire n'a pas été anticipé. Le DDC contrôlé, par ailleurs, s'entend des circonstances où le don peut être initialement envisagé lorsque le décès est anticipé, mais ne s'est pas encore produit, ce qui peut poser un dilemme sur le plan de l'éthique. Certains soutiennent que si le décès est défini par l'arrêt irréversible de certaines fonctions vitales, il se peut que le DDC contrevienne à la règle du donneur mort puisque le maintien des fonctions cardiaques et neurologiques dépend de la décision consensuelle de ne pas réanimer ou de mettre fin aux interventions de maintien de la vie. Il s'ensuit que l'on utilise le mot « irréversible » de façon équivoque dans les définitions du décès neurologique et du décès cardiocirculatoire.

Face aux pénuries d'organes et aux avancées médicales réalisées au niveau de la préservation des organes, le DDC est devenu une pratique acceptée dans beaucoup de pays. Au Canada, les provinces augmentent de plus en plus la capacité de permettre le DDC^c. De récentes tendances à la hausse des dons d'organes et de tissus au Canada sont attribuables en grande partie à ce virage vers

^c En 2016, le DDC était pratiqué dans 5 des 11 organisations provinciales de dons d'organes et deux autres commençaient à le mettre en œuvre (référence : https://profedu.blood.ca/sites/msi/files/odt_report-2017-fr.pdf)

le DDC (DDC; 4.8 DPMP en 2016⁴). Par exemple, les dons d'organes ont augmenté de 57 % en Ontario en 2016, les DDC représentant 23 % du total des dons provenant de donneurs décédés⁴.

Le Canada a adopté en 2005 des lignes directrices sur l'éthique et la pratique clinique qui clarifiaient la pratique du DDC³³, mais des questions d'ordre éthique, comme celles qui portent sur le « préjudice potentiel », persistent. L'administration d'anticoagulants (p. ex., agents inotropes, vasopresseurs) avant le décès peut améliorer la probabilité de succès d'une transplantation³⁴, mais elle n'offre aucun bienfait pour le donneur d'organes potentiel mourant et peut causer une hémorragie en cas de réactions indésirables chez le patient³⁵. De même, l'administration d'héparine (un anticoagulant) avant le décès réduit le risque de thrombose après l'arrêt de la circulation. Pour le moment, les lois ne traitent pas de la question du consentement aux interventions avant le décès qui améliorent considérablement le taux de viabilité des organes, mais n'offrent aucun bienfait médical au donneur potentiel mourant. Les lignes directrices nationales susmentionnées approuvées par le milieu des dons et des transplantations du Canada appuient toutefois la pratique.

Compréhensions religieuses et culturelles du décès et des dons d'organes

À mesure que la composition de la société canadienne continuera d'évoluer, la sensibilisation culturelle deviendra une compétence clé pour les professionnels de la santé et en particulier pour ceux qui œuvrent dans le domaine des DTOGT. Les traditions religieuses et culturelles ont souvent une importance nouvelle ou plus grande en périodes de maladie, de mort et d'agonie³⁶ et ont des répercussions sur l'interruption des traitements de maintien de la vie, ainsi que sur les dons d'organes et de tissus. En général, les religions les plus répandues au Canada^d appuient les dons d'organes et de tissus³⁷, même s'il importe de signaler que les opinions religieuses et les habitudes culturelles de la personne et de la famille peuvent varier énormément.

2. Consentement

Consentement éclairé aux dons d'organes provenant de personnes vivantes

Certains soutiennent que les dons d'organes provenant de donneurs vivants minent le principe fondamental de l'éthique médicale, soit la *non-malfaisance*, en exposant des personnes en santé à d'éventuels préjudices physiques, psychologiques et autres. D'autres appuient l'opinion selon laquelle les dons provenant de personnes vivantes sont acceptables sur le plan de l'éthique lorsqu'un adulte compétent et apte sur les plans médical et psychologique donne son consentement libre et éclairé. Les lois des provinces et des territoires obligent aussi à obtenir le consentement avant le don provenant d'une personne vivante^{38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49}, même si au Québec, le Code civil prévoit simplement qu'« il doit être donné effet à la volonté exprimée, sauf motif impérieux »⁵⁰. Comme ils ne peuvent se guider sur une norme fédérale, les centres de transplantation doivent établir leurs propres normes sur le consentement éclairé et c'est pourquoi la pratique varie entre les provinces et les territoires.

^d Les religions les plus pratiquées au Canada sont le christianisme (67,3 %), l'islamisme (3,2 %), l'hindouisme (1,5 %), le sikhisme (1,4 %), le bouddhisme (1,1 %) et le judaïsme (1 %) – 23,9 % des habitants ne déclarent aucune appartenance religieuse en particulier (Statistique Canada, 2011)

Le consentement éclairé constitue un mécanisme éthique et juridique^e important qui respecte l'autonomie des patients et contribue à leur sécurité dans le contexte des dons d'organes provenant de personnes vivantes. Il y a consentement éclairé lorsque (1) le patient ou son mandataire est jugé apte, (2) le patient reçoit de l'information adéquate sur laquelle fonder sa décision (p. ex., les risques associés à l'intervention à la fois pour le donneur et pour le receveur; issues possibles et autres traitements disponibles pour le receveur; risque de rejet), (3) le patient comprend l'information qu'il a reçue et (4) la décision est prise sans coercition ni pression (c.-à-d. qu'elle est volontaire)⁵¹.

Consentement éclairé aux dons provenant de personnes décédées : « Opposition de la famille »

Le respect de la dignité et de l'autonomie du patient constitue un pilier de la médecine moderne et le consentement du patient aux DTOGT est juridiquement contraignant dans presque toutes les provinces et tous les territoires^f. En pratique, toutefois, les organismes provinciaux et territoriaux chargés des dons permettent régulièrement aux familles de s'opposer à un consentement valide selon la loi de faire don d'organes ou de tissus d'un être cher décédé⁵². En Ontario, par exemple, en 2015, 21 % des familles de donneurs d'organes enregistrés se sont opposés au don. L'hésitation des organismes à respecter ce qui constitue un consentement juridiquement contraignant en l'absence d'autre consentement donné par les proches ou par un mandataire découle de la méconnaissance des dispositions de la loi, du souci du bien-être des familles et des préoccupations soulevées par la perception de la population envers les programmes de prélèvement d'organes⁵³. Il y a également de bonnes raisons de croire que des membres des organismes de prélèvement d'organes sont mal informés au sujet des règles régissant le consentement qui encadrent juridiquement la pratique des DTOGT au Canada⁵⁴.

3. Disponibilité d'organes et attribution équitable

En raison d'une divergence entre le besoin d'organes et leur disponibilité, les DTOGT constituent un domaine qui pose des défis aux idéaux d'universalité et d'accessibilité établis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les politiques sur l'attribution des DTOGT essaient d'établir un équilibre entre les principes de la justice, de l'égalité des chances et de l'utilité, même si ces principes entrent souvent en conflit dans ce contexte.

^e La plupart des provinces et des territoires ont une loi sur les soins de santé qui définit les éléments du consentement dans le contexte médical, même s'il faut les lire de concert avec les lois provinciales et territoriales régissant les dons d'organes et de tissus. Voir, par exemple, la *Loi sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario*, L. O. 1996, ch. 2, ann. A. Les tribunaux ont aussi publié des décisions sur le consentement au traitement. Selon la Cour suprême du Canada, il faut envisager la divulgation dans l'optique du patient et la communication doit inclure des « renseignements suffisants » – c.-à-d. les renseignements qu'une personne raisonnable dans la situation du patient voudrait connaître (voir *Reibl c. Hughes* [1980] 2 RSC 880). Caulfield résume aussi la loi sur le consentement au don d'organes des personnes vivantes [ici](#).

^f Toews et Caulfield (2016) offrent un tableau détaillé décrivant les dispositions qui indiquent la nature juridiquement contraignante du consentement au don d'organes et de tissus après la mort et quand la loi permet aux familles de s'opposer au consentement. La situation est plus floue dans trois territoires de compétence : dans les Territoires du Nord-Ouest, où la loi pertinente contient des dispositions stipulant qu'un membre de la famille qui est apte à consentir à un don d'organes et de tissus peut aussi s'opposer au consentement (*Loi sur les tissus humains*, S.R.T.N.O. 2014, ch. 30, al. 5(4)d)). Au Québec, le Code civil prévoit qu'« il doit être donné effet à la volonté exprimée, sauf motif impérieux » (*Code civil du Québec*, L.Q., 1991, ch. 64, art. 43). Au Manitoba, le consentement de la personne constitue l'autorité complète, mais le consentement n'est pas juridiquement contraignant (*Loi sur les dons de tissus humains*, C.P.L.M., ch. H180, art. 2(3)).

La variation au niveau de l'activité de transplantation et des temps d'attente qui existe actuellement entre les provinces soulève des préoccupations au sujet de l'importante iniquité sur le plan de l'accès aux transplantations d'organes au Canada. Les critères régissant les inscriptions sur les listes d'attente et l'attribution d'organes ne sont pour la plupart ni publics ni normalisés. Les critères d'attribution d'organes varient entre les provinces, ce qui empêche le partage interprovincial systématique pour ce qui doit être un système national d'attribution d'organes et de tissus qui trie les cas en fonction de l'urgence et de la période d'attente la plus longue⁴. En raison de cette iniquité géographique, les patients de certaines provinces ont plus que deux fois plus de chances de recevoir un organe que ceux qui vivent ailleurs³. De même, les Autochtones, bien qu'ils sont deux fois plus susceptibles que le reste de la population canadienne d'être atteints de néphropathie en phase terminale, attendent beaucoup plus longtemps et sont moins susceptibles de bénéficier d'une transplantation⁵⁵.

Appels publics aux donneurs vivants

Des membres du milieu des DTOGT du Canada (p. ex., Fondation canadienne du rein, Société canadienne de transplantation) appuient clairement la sollicitation publique de donneurs vivants volontaires et anonymes⁵⁶. Tant que le donneur ou une tierce partie n'en tire pas un avantage pécuniaire (c.-à-d. commerce de transplantation), les principes directeurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains⁵⁷ et la Société canadienne de transplantation⁵⁸ permettent aussi les appels publics afin d'encourager les dons altruistes. En dépit de cet appui de certaines parties prenantes, des préoccupations persistent au sujet de l'équité de tels appels. Par exemple, les personnes qui ont des réseaux sociaux plus étendus, sont d'éminents professionnels ou sont célèbres peuvent avoir plus de chance de réussir à trouver un donneur compatible en lançant des appels publics. De plus, les appels publics contournent l'infrastructure systémique où d'autres personnes doivent s'y retrouver, ce qui aboutit au décès de certaines personnes dont l'état se détériore avant qu'elles reçoivent un organe.

4. Augmentation de la disponibilité d'organes et des taux de dons

Consentement présumé

Les provinces et territoires du Canada utilisent un système de consentement explicite pour les dons d'organes et les greffes de tissus qui prévoit implicitement que les patients ne veulent pas faire don de leurs organes à moins d'y consentir expressément, conformément aux lois pertinentes de la province et du territoire. D'autres pays utilisent un modèle de consentement « présumé », dans le cadre duquel on présume qu'une personne consent au don d'organes ou de tissus, sauf si elle a précisé clairement à un moment ou à un autre de sa vie qu'elle ne voulait pas donner d'organes après son décès. Les éléments de preuve indiquent qu'il se peut qu'un tel modèle ne suffise pas à lui seul pour faire grimper radicalement les taux de dons. Dans les pays qui ont mis en œuvre un système de consentement présumé conjugué à d'autres mesures, le taux des dons après décès a augmenté considérablement (p. ex., Espagne, 4340 DPMP⁵⁹). Ces mesures comprennent l'amélioration des infrastructures, des lois complémentaires, une augmentation du financement et du personnel chargé de trouver des donneurs potentiels et d'établir des liens avec eux. Les données récentes tirées de sondages montrent que les opinions sont partagées quant à savoir s'il faudrait adopter des lois sur le consentement présumé au Canada⁴.

Ventilation non thérapeutique (aussi appelée ventilation élective)

La ventilation non thérapeutique (VNT) constitue une autre intervention possible avant le décès qui peut améliorer la qualité des organes destinés au don chez les patients qui ont subi une lésion cérébrale grave et qui sont sur le point d'en mourir. La VNT est une ventilation administrée à la seule fin d'obtenir des organes à transplanter⁶⁰. Les Canadiens hésitent à adopter la VNT tandis que d'autres moyens moins controversés d'accroître les taux de dons n'ont pas été utilisés à fond⁶¹. La population du Canada et le milieu des dons et des transplantations ne sont pas prêts à envisager la ventilation non thérapeutique, mais cette intervention est pratiquée ailleurs dans le monde (p. ex., aux États-Unis, en Europe), est appuyée par des études d'éthique⁶² et acceptée par les professionnels de la santé⁶³. À mesure que la coordination nationale du système de dons et de transplantations du Canada continuera de s'améliorer, on pourrait envisager la VNT afin d'accroître le nombre d'organes de qualité disponibles pour les milliers de personnes inscrites sur les listes d'attente.

Xénotransplantation

La xénotransplantation, soit le transfert à des humains de cellules vivantes, de tissus ou d'organes d'espèces animales non humaines, a fait son apparition en réponse à la pénurie mondiale de tissus et d'organes à transplanter⁶⁴. Même si la xénotransplantation présente des avantages importants possibles, cette pratique médicale n'est ni acceptée ni licite actuellement en raison du risque connexe d'infection interspécifique possible (c.-à-d. xénozoönose) et parce que le rejet par le receveur est beaucoup plus probable. À mesure que la science et la technologie évoluent, il se peut que la xénotransplantation devienne une solution de rechange viable et acceptée ou complémentaire à la transplantation d'organes humains⁶⁵.

5. Trafic d'organes et tourisme de transplantation

Le Canada a pris fermement position contre le trafic d'organes et le tourisme de transplantation. Il a participé à la rédaction de la Déclaration d'Istanbul⁶⁶ et l'a approuvée. Le *Code criminel*⁶⁷ interdit spécifiquement le trafic d'organes. C'est pourquoi il est illégal d'acheter ou de vendre des organes humains au Canada. Des milliers de personnes, dont des Canadiens^{68,69}, qui attendent désespérément une transplantation participent toutefois au tourisme⁹ de transplantation à l'étranger chaque année. De telles pratiques exploitent des groupes vulnérables, réifient le corps humain et mettent en danger la vie des donneurs et des receveurs.

CONCLUSION

Les avancées rapides de la technologie médicale, l'évolution de la maladie, le changement des attentes de la société et d'autres changements systémiques de la coordination des DTOGT ont transformé rapidement le contexte canadien, et c'est pourquoi il peut être difficile autant pour les médecins que pour les patients de s'y retrouver. On encourage les lecteurs qui souhaitent en apprendre davantage à consulter les publications fournies par des membres du milieu des DTOGT comme la Société canadienne du sang, les entités provinciales chargées de coordonner les transplantations (p. ex., Réseau Trillium du don de vie) et la Société canadienne de transplantation.

⁹ Voyage à des fins de transplantation mettant en cause le trafic d'organes ou le commerce de transplantation.

GLOSSAIRE

Règle du donneur mort

Les dons d'organes sont faits en majorité par des donneurs décédés (81 % en 2015⁷⁰). La norme d'éthique pour les dons et les transplantations d'organes est celle de la mort cérébrale complète, mais les dons suivant un décès cardiocirculatoire sont aussi pratiqués au Canada en fonction des lignes directrices sur l'éthique et les pratiques exemplaires.

Don après décès cardiocirculatoire (DDC)

La possibilité de faire don d'organes ou de tissus après qu'il a été décidé d'interrompre les traitements de maintien de la vie (p. ex., ventilateur mécanique), même si un patient ne satisfait pas au critère du décès neurologique. Les organes sont prélevés après le prononcé de l'arrêt irréversible des fonctions circulatoire et respiratoire (c.-à-d. décès cardiorespiratoire).

Donneur vivant

Une personne en bonne santé qui fait un don à un receveur avec lequel elle a ou non des liens de parenté⁷¹. Les donneurs vivants peuvent avoir des liens réels ou affectifs avec le receveur. Dans d'autres cas, les donneurs sont des étrangers et par conséquent anonymisés, comme dans le cas des programmes de donneurs vivants jumelés par échange de bénéficiaires.

Diagnostic de décès neurologique (DDN)

La procédure et le processus normalisés à suivre pour déterminer le décès en fonction de critères neurologiques ou cérébraux. Il y a mort cérébrale lorsque le cerveau a cessé de fonctionner complètement et de façon irréversible. Au Canada, il faut prouver qu'il y a mort cérébrale complète (c.-à-d. l'arrêt total des fonctions cérébrales, du cortex et du tronc cérébral) pour qu'il y ait DDN³¹.

Organe

Totalité ou partie d'un organe humain perfusable destiné à une transplantation qui vise à redonner audit organe son fonctionnement précis initial après revascularisation et reperfusion. Cette définition inclut les vaisseaux voisins prélevés avec l'organe devant servir à la transplantation⁷. Les organes nécessaires à un traitement vital peuvent être prélevés dans un nombre limité de situations et doivent être transplantés sur-le-champ.

Trafic d'organes

Recrutement, transport, transfert, hébergement ou réception de personnes vivantes ou décédées ou de leurs organes par la menace, le recours à la force ou à d'autres formes de coercition, l'enlèvement, la fraude, la tromperie, l'abus de pouvoir ou par la mise à profit d'une position de vulnérabilité, le fait de donner à une tierce partie ou de recevoir d'elle des paiements ou des avantages pour effectuer le transfert du contrôle sur le donneur potentiel à des fins d'exploitation par un prélèvement d'organes pour la transplantation⁶⁶.

Tissus

Groupe fonctionnel de cellules humaines servant à la transplantation. Les produits tissulaires appuient en général des interventions améliorant la qualité de vie, peuvent être prélevés d'un plus vaste éventail de donneurs et stockés pendant des périodes prolongées.

Commerce de transplantation

Politique ou pratique qui consiste à traiter un organe comme une marchandise, en l'utilisant, le vendant ou s'en servant pour en tirer un avantage pécuniaire⁶⁶.

Tourisme de transplantation

Voyage à des fins de transplantation mettant en cause le trafic d'organes ou le commerce de transplantation, ou lorsque les ressources (p. ex., organes, professionnels, centres de transplantation) consacrées à la fourniture de transplantations à des patients de l'étranger minent la capacité du pays de fournir des services de transplantation à sa propre population⁶⁶.

Références

- ¹ Caplan AL. Finding a solution to the organ shortage. *JAMC*. Le 1^{er} novembre 2016; vol. 188, n° 16 : p. 1182-1183. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088084/pdf/1881182.pdf> (consulté le 14 déc. 2018).
- ² Institute of Medicine. 2006. *Organ Donation: Opportunities for Action*. Washington, DC: The National Academies Press.
- ³ Société canadienne du sang (SCS). Passons à l'action : Un plan stratégique pour faciliter le don et la greffe d'organe et de tissu au Canada. Ottawa : SCS; 2011. [En ligne]. Accessible ici : <https://professionaleducation.blood.ca/sites/msi/files/otdt-indx-final-c2a-fr.pdf>.
- ⁴ Société canadienne du sang (SCS). Don et greffe d'organes au Canada : Rapport d'étape sur le système 2016. Ottawa : SCS; 2017. [En ligne]. Accessible ici : https://profedu.blood.ca/sites/msi/files/odt_report-2017-fr.pdf.
- ⁵ Surman OS, Fukunishi I, Allen T, Hertl M. 2005. Live organ donation: Social context, clinical encounter, and the psychology of communication. *Psychosomatics*. Janvier-février 2005; vol. 46, n° 1 : p. 1–6.
- ⁶ Société canadienne du sang (SCS). Don et greffe d'organes au Canada : Rapport d'étape sur le système 2006-2015 Ottawa : SCS; 2016. [En ligne]. Accessible ici : https://blood.ca/sites/default/files/ODT_Report_FR.pdf (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁷ Unger D. Organ Donation dans *The Canadian Bioethics Companion* (Ch. 7). Vancouver, Canada : David Unger; 2011. [En ligne]. Accessible ici : <http://canadianbioethicscompanion.ca/the-canadian-bioethics-companion/chapter-7-organ-donation/#A-ALLOCATIONTHE-WAITING-LIST> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁸ Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation DORS/2007-118, art. 2; la loi habilitante du règlement est la *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C. 1985, ch. F-27.
- ⁹ Burke K. Legal foundations for the neurological determination of death. Edmonton : Conseil canadien pour le don et la transplantation; 2003.
- ¹⁰ *Lois sur les tissus humains*, S.R.T.N.O. (Nu) 1998, ch. H-6. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/692z7> (consulté le 14 déc. 2018).
- ¹¹ *Human Tissue Gift Act*, RSNS 1989, ch. 215, art. 8. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/jpq7> (consulté le 14 déc. 2018).
- ¹² *Human Tissue and Organ Donation Act*, SA, 2006, ch.H-14.5, art. 6. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/524m6> (consulté le 14 déc. 2018).
- ¹³ *Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie*, L.R.O., 1990 ch. H.20, art. 7. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h20> (consulté le 14 déc. 2018).
- ¹⁴ *Loi sur les dons de tissus humains*, C.P.L.M., ch. H180, art. 8. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/p18g> (consulté le 20 déc. 2018).
- ¹⁵ *The Human Tissue Gift Act, 2015*, SS 2015, ch. H-15.1, art. 13. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/x3v> (consulté le 20 déc. 2018).
- ¹⁶ *Human Tissue Donation Act*, SPEI 1988, ch. H-12.1, art. 11. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/8dh5> (consulté le 20 déc. 2018).
- ¹⁷ *Loi sur les dons de tissus humains*, L.N.B. 2014, ch. 113, art. 7. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/6bc0k> (consulté le 20 déc. 2018).
- ¹⁸ *Human Tissue Act*, RSNL 1990, ch. H-15, art. 9. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/8b58> (consulté le 20 déc. 2018).
- ¹⁹ *Loi sur les dons de tissus humains*, L.R.Y. 2002, ch. 117, art. 7. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/696n5> (consulté le 20 déc. 2018).
- ²⁰ *Loi sur les tissus humains*, S.R.T.N.O., ch. 30, art. 14. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/69h7f> (consulté le 20 déc. 2018).
- ²¹ *Code civil du Québec*, L.Q., 1991, ch. 64, art. 45. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/6bhzs> (consulté le 20 déc. 2018).
- ²² *The Human Tissue Gift Act*, RSBC 1996, ch. 211, art. 7. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/843r> (consulté le 20 déc. 2018).

-
- ²³ *Loi sur les tissus humains*, S.R.T.N.O. (Nu) 1988, ch. H-6. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/p3z8> (consulté le 20 déc. 2018).
- ²⁴ *Loi sur les dons de tissus humains*, C.P.L.M., ch. H180, art. 8(1). [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/p18g> (consulté le 14 déc. 2018).
- ²⁵ *Human Tissue Donation Act*, SPEI 1988, ch. H-12.1, art. 1. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/l2kq> (consulté le 14 déc. 2018).
- ²⁶ *Loi sur les tissus humains*, S.R.T.N.O. 2014, ch. 30, art. 1. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/69h7fz7> (consulté le 14 déc. 2018).
- ²⁷ *Human Organ and Tissue Donation Act*, SNS 2010, ch. 36, al. 2). [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/kzj1> (consulté le 14 déc. 2018).
- ²⁸ Chatten FC. The dead donor rule: Effect on the virtuous practice of medicine. *J Med Ethics*. Juillet 2014; vol. 40, n° 7 : p. 496-500. [En ligne]. Accessible ici : <https://jme.bmj.com/content/medethics/40/7/496.full.pdf> (consulté le 14 déc. 2018).
- ²⁹ McKitty v. Hayani, 2018; CSJO 4015. – *Constitutional challenge regarding legal definition of death*. [En ligne]. Accessible ici en anglais : <http://canliiconnects.org/en/cases/2018onsc4015> (consulté le 14 déc. 2018).
- ³⁰ Betcher JG. Diagnosing Death. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015. [En ligne]. Accessible ici : http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/bioethics/section5/case_5_4_e.html (consulté le 14 déc. 2018).
- ³¹ Shemie SD, Doig C, Dickens B, et coll. Brain arrest: The neurological determination of death and organ donor management in Canada. *JAMC*. 2006; vol. 174, n° 6 : p. S1-S30. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/174/6/S1.full.pdf> (consulté le 14 déc. 2018).
- ³² Institut canadien d'information sur la santé. Donneurs décédés donneurs potentiels au Canada. Ottawa : ICIS; 2014. [En ligne]. Accessible ici : https://www.cihi.ca/web/ressource/fr/organdonorpotential_2014_fr.pdf (consulté le 14 déc. 2018).
- ³³ Shemie SD, Baker AJ, Knoll G, et coll. National recommendations for donation after cardiocirculatory death in Canada. *JAMC*. Le 10 oct. 2006; vol. 175, n° 8 : p. S1-S24. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1635157/pdf/20061010.1s00001pS1.pdf> (consulté le 14 déc. 2018).
- ³⁴ Phua J, Lim TK, Zygun DA, Doig CJ. Pro/con debate: In patients who are potential candidates for organ donation after cardiac death, starting medications and/or interventions for the sole purpose of making the organs more viable is an acceptable practice. *J Crit Care*. 2007; vol. 11, n° 2 : p. 211. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2206444/pdf/cc5711.pdf> (consulté le 14 déc. 2018).
- ³⁵ Motta, E. The ethics of heparin administration to the potential non-heart-beating organ donor. *J Prof Nurs*. Mars-avril 2005; vol. 21, n° 2 : p. 97-102.
- ³⁶ Warren BJ. The Cultural Expression of Death and Dying. *Case Manager*. Janvier-février 2005; vol. 16, n° 1 : p. 44-47.
- ³⁷ Sherry W. La religion le don d'organes et de tissus. Montréal : Centre universitaire de santé McGill. 2009. [En ligne]. Accessible ici : http://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/La%20religion%20et%20le%20don%20d%27organes%20et%20de%20tissus_0.pdf (consulté le 14 déc. 2018).
- ³⁸ *Human Tissue Gift Act*, RSNS 1989, ch. 215, art. 4. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/jpq7> (consulté le 14 déc. 2018).
- ³⁹ *Human Tissue and Organ Donation Act*, SA, 2006, ch.H-14.5, art. 5. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/524m6> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁴⁰ *Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie*, L.R.O., 1990 ch. H.20, art. 3. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h20> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁴¹ *Loi sur les dons de tissus humains*, C.P.L.M., ch. H180, art. 9, 10. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/p18g> (consulté le 20 déc. 2018).
- ⁴² *The Human Tissue Gift Act*, 2015, SS 2015, ch. H-15.1, art. 4. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/x3v> (consulté le 20 déc. 2018).

- ⁴³ *Human Tissue Donation Act*, SPEI 1988, ch. H-12.1, art. 6. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/8dh5> (consulté le 20 déc. 2018).
- ⁴⁴ Loi sur les dons de tissus humains, L.N.B. 2004, ch. 113, art. 3. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/6bc0k> (consulté le 20 déc. 2018).
- ⁴⁵ *Human Tissue Act*, RSNL 1990, ch. H-15, art. 4. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/8b58> (consulté le 20 déc. 2018).
- ⁴⁶ *Loi sur les dons de tissus humains*, L.R.Y. 2002, ch. 117, art. 3. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/696n5> (consulté le 20 déc. 2018).
- ⁴⁷ *Loi sur les tissus humains*, S.R.T.N.O., ch. 30, art. 4. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/dk41> (consulté le 20 déc. 2018).
- ⁴⁸ *The Human Tissue Gift Act*, RSBC 1996, ch. 211, art. 4. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/843r> (consulté le 20 déc. 2018).
- ⁴⁹ *Loi sur les tissus humains*, S.R.T.N.O. (Nu) 1988, ch. H-6, art. 1. [En ligne]. Accessible ici : <http://canlii.ca/t/d743> (consulté le 20 déc. 2018).
- ⁵⁰ *Code civil du Québec*, LQ, 1991, ch. 64, art. 43. [En ligne]. Accessible ici : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁵¹ Gordon, E. J. Informed consent for living donation: A review of key empirical studies, ethical challenges and future research. *Am J Transplant*. Sept. 2012; vol. 12, n° 9 : p. 2273-2280. [En ligne]. Accessible ici : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-6143.2012.04102.x> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁵² Toews M, Caufield T. Evaluating the “family veto” of consent for organ donation. *JAMC*. Le 6 déc. 2016; vol. 188, n°s 17-18 : p. E436–E437. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5135519/pdf/188e436.pdf> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁵³ Downie J, Shea A, Rajotte C. (2008) Family override of valid donor consent to postmortem donation: Issues in law and practice. *Transplant Proc*. Juin 2008; vol. 40, n° 5 : p. 1255-1263.
- ⁵⁴ Nelson E. Alberta’s new organ and tissue donation law: The human tissue and organ donation act. *Health Law Review*. Printemps 2010; vol. 18, n° 2 : p. 5-14.
- ⁵⁵ Yeates KE, Cass A, Sequist TD et coll. Indigenous people in Australia, Canada, New Zealand and the United States are less likely to receive renal transplantation. *Kidney Int*. Sept. 2009; vol. 76, n° 6: p. 659-664. [En ligne]. Accessible ici : https://ac.els-cdn.com/S0085253815540295/1-s2.0-S0085253815540295-main.pdf?_tid=4592f411-9707-44a9-883a-f9aaa08b801d&acdnat=1545058316_b4f6e4ed407ba124574d16f842c3aaa7 (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁵⁶ Fondation canadienne du rein. Notre prise de position sur le don d’organes. Montréal : La Fondation; 2018. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.kidney.ca/page.aspx?pid=985> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁵⁷ Organisation mondiale de la santé (OMS). Principes directeurs de l’OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d’organes humains. *Cell Tissue Bank*. Novembre 2010; vol. 11, n° 4 : p. 413-419
- ⁵⁸ Fortin M, Buchman D, Wright L, Chandler J, et coll. Public solicitation of anonymous organ donors: A position paper by the Canadian Society of Transplantation. Ottawa: Société canadienne de transplantation. 2016. [En ligne]. Accessible ici : https://www.cst-transplant.ca/_Library/_documents/CST-Public-Solicitation-Guidelines-2016-Oct-08.pdf (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁵⁹ International Registry in Organ Donation and Transplantation (IRODaT). IRODaT Final Numbers 2016. Espagne : IRODaT; 2017. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.irodat.org/img/database/pdf/IRODaT%20newsletter%20Final%202016.pdf> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁶⁰ Frati P, Fineschi V, Gulino M, et coll. Ethical and legal implications of elective ventilation and organ transplantation: “Medicalization” of dying versus medical mission. *Biomed Res Int*. 2014 : 973758. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/973758/> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁶¹ Monette M. The ever-muddled Canadian waters and elective ventilation. *JAMC*. Le 6 novembre 2012; vol. 184, n° 16 : p. E839-E840. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/184/16/E839.full.pdf> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁶² Baumann A, Audibert CG, Lafaye L, et coll. Elective non-therapeutic intensive care and the four principles of medical ethics. *J Med Ethics*. Mars 2013; vol. 39, n° 3 : p. 139-142. [En ligne]. Accessible ici : <https://jme.bmj.com/content/39/3/139> (consulté le 14 déc. 2018).

-
- ⁶³ Camut S, Baumann A, Dubois V, et coll. Non-therapeutic intensive care for organ donation: A healthcare professionals' opinion survey. *Nurs Ethics*. Mars 2016; vol. 23, n° 2 : p. 191-202.
- ⁶⁴ Santé Canada. Feuillet d'information révisé sur la xénotransplantation. Ottawa : Santé Canada; Date de modification : 3 février 2010. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/produits-biologiques-radiopharmaceutiques-therapies-genetiques/activites/feuillets-information/feuillett-information-revise-xenotransplantation.html> (consulté le 14 déc. 2018).
- ⁶⁵ Pierson RN, Dorling A, Ayares D, et coll. Current status of xenotransplantation and prospects for clinical application. *Xenotransplantation*. Sept.-oct. 2009; vol. 16, n° 5 : p. 263-280.
- ⁶⁶ La déclaration d'Istanbul contre le trafic d'organes et le tourisme de transplantation. *Indian J Nephrol*. Juillet 2008; vol. 18, n° 3 : p. 135-140.
- ⁶⁷ Code criminel, LRC 1985, c 46, par 279.04(3). [En ligne]. Accessible ici : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/> (consulté le 14 décembre 2018).
- ⁶⁸ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC). Assessment toolkit: Trafficking in persons for the purpose of organ removal. Vienne : UNODC; 2015. [En ligne]. Accessible ici : https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2015/UNODC_Assessment_Toolkit_TIP_for_the_Purpose_of_Organ_Removal.pdf (consulté le 14 décembre 2018).
- ⁶⁹ Wright L, Zatzman JS, Gill J, et coll. Kidney transplant tourism: Cases from Canada. *Med Health Care Philos*. Novembre 2013; vol. 16, n° 4 : p. 921-924.
- ⁷⁰ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Tableau 1A Nombre de transplantations (simples ou multiples) selon la province ou la région de traitement, le type d'organe et de donneur, et le groupe d'âge, Canada, 2017 dans le Rapport cumulatif de 2017. Ottawa : ICIS; 2017. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cihi.ca/fr/rapport-electronique-sur-les-statistiques-relatives-aux-transplantations-aux-listes-dattente-et-au-0> (consulté le 14 décembre 2018).
- ⁷¹ Norris S. Dons et transplantations d'organes au Canada (publication n° 2011-113-F). Bibliothèque du Parlement, Ottawa: Gouvernement du Canada; 2014. [En ligne]. Accessible ici : http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/bdp-lop/bp/2011-113-1-fra.pdf (consulté le 14 décembre 2018).