

---

## DONS, TRANSPLANTATIONS D'ORGANES ET GREFFES DE TISSUS

---

Voir aussi la [Politique de l'AMC sur les dons, transplantations d'organes et greffes de tissus](#)

### Contexte

Les listes d'attente pour les dons d'organes au Canada continuent de s'allonger de façon exponentielle en raison du vieillissement de la population, de la montée du taux d'obésité, de la viabilité croissante des transplantations d'organes et de l'amélioration de l'efficacité des traitements immunosuppresseurs<sup>1,2</sup>. On prévoit que la demande de transplantations d'organes augmentera de 150 % au cours des deux prochaines décennies<sup>3</sup>. Les listes d'attente pour une transplantation d'organes contiennent actuellement les noms de près de 4 500 Canadiennes et Canadiens, dont certains mourront avant de recevoir un don; 260 patients sont décédés en attente d'un nouvel organe en 2016<sup>4</sup>. Les dons d'organes proviennent en majorité de donneurs décédés (81 % en 2015)<sup>5</sup>. La population canadienne appuie en majorité (91 %) les dons d'organes et de tissus, mais seulement 51 % ont enregistré leur consentement<sup>4</sup>.

En 2016, on a effectué au Canada 2 903 transplantations d'organes provenant de 758 donneurs décédés (548 après DDN<sup>a</sup> et 174 après DDC<sup>b</sup>) 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 pour faciliter le don et la greffe d'organes et de tissus au Canada (22 DPMP) et elle n'atteint pas le rendement de pays semblables (p. ex., les États-Unis, 30,98 DPMP)<sup>3</sup>.

Comparativement aux dons provenant de personnes décédées, ceux provenant de personnes vivantes offrent aux receveurs de meilleurs résultats pour la santé à court et à long terme<sup>4</sup>. Les donneurs vivants peuvent faire un don dirigé (l'organe est destiné à un patient 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

---

<sup>a</sup> Diagnostic de décès neurologique (DDN) : détermination du décès en fonction de critères neurologiques ou cérébraux.

<sup>b</sup> Don d'organes après le décès cardiocirculatoire (DDC) : détermination du décès en fonction d'une défaillance permanente du système cardiovasculaire.

des avancées dans le domaine de l'immunosuppression, le donneur peut avoir ou non des liens de parenté avec le receveur<sup>6</sup>, et ceux-ci sont jumelés à la suite de tests de compatibilité appropriés. Le taux de 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, échappent à cette tendance. En effet, ce programme a connu sa deuxième meilleure année en 2016 et affiche au total avoir rendu possibles 474 transplantations jusqu'à maintenant.

## **Surveillance**

En 2007, le Conseil canadien pour le don et la transplantation a fusionné ses activités avec celles de la Société canadienne du sang<sup>7</sup> 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 Société canadienne du sang est maintenant chargée d'élaborer des normes et des guides de pratique clinique, d'améliorer les services de dons et de transplantation, d'accroître le partage d'information et de comparer les résultats du Canada à ceux d'autres pays industrialisés<sup>8</sup>. Les organismes de don d'organes (ODO) 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 Société canadienne du sang. 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 Programme 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 de transplantation et à la Liste d'attente nationale pour un organe n'est pas égal d'un ODO à l'autre<sup>4</sup>. C'est pourquoi l'efficacité du système reste difficile à évaluer et à améliorer.

## **Fondements juridiques des transplantations d'organes et des 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 par le *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation*<sup>9</sup>, afin de réduire autant que possible les risques pour la santé des Canadiennes et Canadiens recevant une transplantation. Les lois provinciales et territoriales tracent un cadre pour les établissements de santé 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 indépendant<sup>10</sup>.

### **Définition et détermination du décès selon la loi**

Les lois des provinces et des territoires (sauf le Nunavut<sup>11</sup>) dictent le processus à suivre pour déterminer le décès aux fins de la transplantation d'organes après décès<sup>12-23</sup>. Ces dispositions précisent peut-être les qualifications requises et le nombre de médecins

nécessaires pour déterminer le décès, mais pour le diagnostic technique, elles s'en remettent à la pratique médicale reconnue sans proposer de définition juridique du décès. Pour le moment, le Manitoba<sup>15</sup>, l'Île-du-Prince-Édouard<sup>17</sup> et les Territoires du Nord-Ouest<sup>23</sup> sont les seules provinces à avoir défini le décès dans une loi. Plus récemment, un projet de loi de la Nouvelle-Écosse sur le don d'organes et de tissus humains, qui a été adopté en 2019, présente une définition juridique du décès<sup>24</sup>. Des définitions plus claires du décès appuieraient mieux les décisions cliniques encadrant sa détermination médicale.

## **Défis modernes d'ordre éthique**

### **1. Détermination médicale du décès**

Les organes donnés proviennent en majorité de donneurs décédés<sup>5</sup>. 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 (le prélèvement d'organe ne peut causer le décès)<sup>25</sup>. Conjugée à des définitions rigoureuses du décès, la règle du donneur mort constitue depuis les débuts de la pratique l'assise des dons d'organes effectués selon des normes éthiques. Les avancées des traitements de maintien de la vie<sup>26</sup>, l'évolution de la compréhension de l'autonomie des patients et les différentes interprétations de ce qui constitue la mort (p. ex., décès neurologique et décès cardiocirculatoire)<sup>27</sup> 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.

#### *Don après diagnostic de décès neurologique (DDN)*

Le diagnostic de décès neurologique (DDN) décrit l'arrêt permanent du fonctionnement du cerveau, du cortex et du tronc cérébral (« mort cérébrale complète »). Il s'agit d'un diagnostic clinique qui doit être posé en l'absence de facteurs confusionnels par un médecin détenant un permis d'exercice et ayant les connaissances et compétences nécessaires pour interpréter les résultats des tests<sup>28</sup>. Le don après DDN est parfois controversé, particulièrement pour les personnes qui considèrent que le décès cardiocirculatoire est le seul diagnostic de mort acceptable (certains groupes religieux), et dans l'optique où il existe des technologies de maintien de la vie qui font battre le cœur, alors qu'il serait autrement inactif.

#### *Don après décès cardiocirculatoire (DDC)*

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, quant à lui, 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 d'ordre éthique. Le DDC contrôlé provient de patients victimes de lésions cérébrales graves ou d'une maladie en phase terminale, qui ne présentaient aucune chance de rétablissement et dont le traitement de maintien de la vie (p. ex., ventilateur mécanique) a été interrompu<sup>29</sup>.

Certains soutiennent que si le décès est défini par l'arrêt irréversible de certaines fonctions vitales, il se peut que le DDC contrôlé contrevienne à la règle du donneur mort

puisque le maintien des fonctions cardiaques et neurologiques dépend d'une décision consensuelle de ne pas réanimer ou de mettre fin aux interventions de maintien de la vie. Il s'ensuit que le mot « irréversible » est utilisé de façon équivoque dans les définitions du décès neurologique et du décès cardiocirculatoire. Les associations professionnelles acceptent largement le critère de permanence dans le diagnostic de décès lié au DDC, ce qui implique que des interventions visant à rétablir la circulation ne seront pas pratiquées et que le rétablissement spontané de la circulation n'est plus possible.

Le DDC est devenu une pratique acceptée dans beaucoup de pays. Au Canada, les provinces modifient de plus en plus leurs exigences pour permettre le DDC<sup>c</sup>. De récentes tendances à la hausse des dons d'organes et de tissus au Canada sont attribuables en grande partie à ce virage vers le DDC (DDC; 4,8 DPMP en 2016)<sup>4</sup>. Par exemple, les dons d'organes ont connu une hausse de 57 % en Ontario en 2016, les DDC représentant 23 % du total des dons provenant de donneurs décédés<sup>4</sup>.

Le Canada a adopté en 2005 des lignes directrices sur l'éthique et la pratique clinique qui clarifient la pratique du DDC<sup>30</sup>, mais des questions d'ordre éthique, comme celles qui portent sur le « préjudice potentiel », persistent. Par exemple, l'administration d'anticoagulants avant le décès peut améliorer la probabilité de succès d'une transplantation<sup>31</sup>, mais n'offre aucun bienfait pour le donneur d'organes potentiel<sup>32</sup>. 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 qui 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.

#### *Repérage des donneurs potentiels et orientation vers les services appropriés*

Le repérage des donneurs potentiels et leur orientation vers les services appropriés, bien qu'ils soient régis par la loi dans nombre de provinces et territoires, sont un domaine en pleine évolution, puisque le non-repérage des donneurs potentiels prive les familles de la possibilité de faire un don et les patients, de potentielles transplantations. Pour que toute Canadienne ou tout Canadien qui souhaite donner ses tissus ou ses organes puisse saisir toutes les occasions raisonnables de le faire, l'accès aux ODO et aux médecins qui se spécialisent dans les greffes est essentiel. Bien que ce ne soit pas souhaitable, il arrive que les discussions sur la désignation d'un patient comme donneur interfèrent avec les discussions sur les soins de fin de vie. C'est pourquoi la normalisation de ce processus dans le cadre des discussions sur les soins de fin de vie fait actuellement l'objet de recherches et de débats.

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

Avec l'évolution de la composition de la société canadienne, la sensibilité culturelle deviendra une compétence incontournable pour les professionnels de la santé et en particulier pour ceux qui œuvrent dans le domaine des DTOGT. Les traditions religieuses et culturelles prennent souvent beaucoup d'importance en périodes de maladie, de mort et d'agonie<sup>33</sup>, 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

---

<sup>c</sup>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/ansi/files/odt\\_report-2017-fr.pdf](https://profedu.blood.ca/sites/ansi/files/odt_report-2017-fr.pdf))

répandues au Canada<sup>d</sup> appuient les dons d'organes et de tissus<sup>34</sup>, même s'il importe de signaler que les opinions religieuses et les habitudes culturelles des personnes et des familles 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 éthique lorsqu'un adulte apte et capable 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<sup>11-20, 22, 23</sup>. Comme ils ne peuvent s'inspirer d'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.

Le consentement éclairé constitue un mécanisme éthique et juridique<sup>e</sup> 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; les issues possibles et autres traitements disponibles pour le receveur; le risque de rejet), 3) le patient comprend l'information qu'il a reçue et 4) la décision est prise sans coercition ni pression (elle est donc volontaire)<sup>35</sup>.

### *Consentement éclairé aux dons provenant de personnes décédées*

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<sup>f</sup>. En pratique, toutefois, les organismes provinciaux et territoriaux chargés des dons permettent régulièrement aux familles de s'opposer à un consentement juridiquement valide de faire don d'organes ou de tissus d'un être cher décédé<sup>36</sup>. En 2015 en Ontario par

---

<sup>d</sup>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).

<sup>e</sup>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](#) [en anglais].

<sup>f</sup>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. Les critères sont plus flous dans trois provinces et territoires, soit les Territoires du Nord-Ouest, le Québec et le Manitoba.

exemple, 21 % des familles de donneurs d'organes enregistrés se sont opposées au don<sup>36</sup>. 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 don d'organes<sup>37</sup>. Il y a également de bonnes raisons de croire que des membres des organismes de don d'organes sont mal informés au sujet des règles régissant le consentement qui encadrent juridiquement la pratique des DTOGT au Canada<sup>38</sup>.

Les patients qui bénéficient de l'aide médicale à mourir pourraient aussi être admissibles au don d'organes et de tissus, à condition qu'ils aient donné leur consentement et en fonction d'autres facteurs applicables – voir les politiques et lignes directrices pertinentes<sup>5</sup>.

### 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 rend difficile le respect des 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.

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 d'une province à l'autre, ce qui empêche le partage interprovincial systématique pour ce qui devrait être un système national d'attribution d'organes et de tissus qui trie les cas en fonction du degré d'urgence et de la durée de la période d'attente<sup>4</sup>. En raison de cette iniquité géographique, les patients de certaines provinces sont deux fois plus susceptibles de recevoir un organe que ceux qui vivent ailleurs<sup>3</sup>. De même, les Autochtones, bien qu'ils soient deux fois plus sujets que le reste de la population canadienne d'être atteints de maladie hépatique en phase terminale, attendent beaucoup plus longtemps et sont moins susceptibles de bénéficier d'une transplantation<sup>39</sup>.

#### *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 anonymes<sup>40</sup>. 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 humains<sup>41</sup> et la Société canadienne de transplantation<sup>42</sup> permettent les appels publics afin d'encourager les dons altruistes. Malgré cela, des préoccupations persistent au sujet de l'équité de tels appels. Par exemple, les personnes qui ont des réseaux sociaux plus étendus, qui sont d'éminents professionnels ou qui sont célèbres peuvent avoir plus de chance de trouver un donneur compatible en lançant des

appels publics. De plus, les appels publics contournent l'infrastructure systémique où les autres personnes en attente d'un don se retrouvent, 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*

Actuellement, la plupart des provinces et territoires canadiens utilisent un système de consentement explicite pour les DTOGT, où la présomption de base est que le patient ne souhaite pas faire don de ses organes après son décès, à moins qu'il n'ait donné son consentement explicite. La Nouvelle-Écosse est un exemple de province ayant récemment adopté un système de consentement présumé, dans lequel le consentement au don d'organes ou de tissus est présumé en l'absence d'une directive explicite affirmant le contraire. Bien que la majorité des Canadiennes et Canadiens se disent favorables au don d'organes, seule une fraction de ces personnes sont des donneurs d'organes enregistrés<sup>43</sup>, ce qui appuie la raison d'être de ce débat. Des 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 Canada<sup>4</sup>. Voici les facteurs de base à considérer pour chaque système.

##### Système de consentement explicite

- Les intentions d'un donneur potentiel, une question centrale, ne sont pas toujours claires si la personne ne les a pas enregistrées. Les médecins doivent souvent avoir une discussion sur le don avec les proches et les membres de la famille sans connaître l'intention du donneur potentiel.
- L'absence d'intention claire et la nécessité d'entamer une discussion difficile avec les proches et la famille en période de crise ajoutent à la complexité de prélever un organe sain et de l'acheminer à temps à un patient compatible, qui a souvent un besoin urgent d'une transplantation.
- L'enregistrement des intentions permet d'éviter la possibilité qu'un don non désiré se produise.

##### Système de consentement présumé

- La discussion entre les médecins et les proches et la famille est normalisée. Il est tout de même important de considérer l'opinion des proches lorsqu'aucune intention claire n'a été exprimée par la personne décédée.
- Les tests liés aux dons peuvent être mieux intégrés aux services hospitaliers – il faudrait augmenter les capacités dans plusieurs domaines, notamment le repérage de donneurs, la logistique à l'échelle nationale et les services de counseling.
- La capacité pour une personne de retirer son consentement, en tout ou en partie, doit être claire, tant dans les mesures de sensibilisation que dans l'accès à des mesures de protection contre un don d'organe non désiré. Des changements touchant les infrastructures et l'éducation du public sont à prévoir.

Par ailleurs, la question des enjeux qui entourent la sensibilisation, l'éducation et l'accès des systèmes de santé provinciaux et territoriaux aux renseignements enregistrés dans le cas d'une incapacité subite ou d'un décès n'est pas encore réglée. Par exemple, il faudra mettre en place une structure permettant de faire connaître les intentions du patient dans les différentes régions, provinces ou territoires (comme un dossier médical électronique accessible dans tous les hôpitaux du pays), afin d'éviter la présomption de consentement à l'extérieur du territoire de résidence. Pour ce qui est de l'éducation, il ne faudra pas

sous-estimer l'importance de fournir au public des faits pertinents sur un nouveau système et sur les options qui s'offriraient à eux.

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 de dons après décès a augmenté considérablement (p. ex., 43,30 DPMP en Espagne)<sup>44</sup>. Ces mesures comprennent l'amélioration des infrastructures, des lois complémentaires et une augmentation du financement et du personnel chargé de trouver des donneurs potentiels et d'établir des liens avec eux.

#### *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 dont le décès est imminent. La VNT est une ventilation administrée à la seule fin d'obtenir des organes à transplanter<sup>45</sup>. La population canadienne hésite à adopter la VNT tant que d'autres moyens moins controversés d'accroître le taux de dons n'ont pas été utilisés à fond<sup>46</sup>. 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'éthique<sup>47</sup> et est acceptée par les professionnels de la santé<sup>48</sup>. À mesure que la coordination nationale du système de dons et de transplantations du Canada continue 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 transplanter<sup>49</sup>. Même si la xénotransplantation présente des avantages potentiels importants, cette pratique médicale n'est actuellement ni acceptée ni licite en raison du risque d'infection interspécifique et en raison du risque accru de rejet par le receveur. À mesure que la science et la technologie évoluent, il se peut que la xénotransplantation devienne une solution de rechange viable ou complémentaire à la transplantation d'organes humains<sup>50</sup>.

#### *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'Istanbul* et l'a approuvée<sup>51</sup>. L'AMC appuie inconditionnellement cette déclaration. Le *Code criminel* interdit explicitement le trafic d'organes<sup>52</sup>. C'est pourquoi il est illégal d'acheter ou de vendre des organes humains au Canada. Des milliers de personnes, dont des Canadiennes et Canadiens, qui attendent désespérément une transplantation participent toutefois au tourisme de transplantation à l'étranger chaque année<sup>53, 54</sup>. Il existe des preuves du prélèvement forcé et du trafic d'organe financé par l'État dans certains pays. Ces faits sont bien documentés en Chine<sup>56</sup>. 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 des maladies, le changement des attentes de la société et d'autres changements systémiques de la coordination des DTOGT ont transformé rapidement le contexte canadien; 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.

## Glossaire

### *Règle du donneur mort*

Les organes vitaux peuvent uniquement être prélevés d'une personne décédée, et ce prélèvement ne peut pas être la cause du décès. Au Canada, la mort est déterminée par l'arrêt permanent du système circulatoire ou par la mort neurologique selon des lignes directrices cliniques et éthiques<sup>30</sup>.

### *Diagnostic de décès cardiocirculatoire (DDC)*

Procédure et processus normalisés à suivre pour déterminer le décès en fonction de critères cardiocirculatoires. Le décès cardiocirculatoire est défini par l'absence continue de pouls palpable, de pression artérielle et de respiration, comme l'indiquent les principales lignes directrices cliniques<sup>30</sup>.

### *Diagnostic de décès neurologique (DDN)*

Procédure et processus normalisés à suivre pour déterminer le décès en fonction de critères neurologiques. Le décès neurologique se définit par un arrêt permanent de l'activité cérébrale, avec une perte de conscience et l'absence d'activité du tronc cérébral (comme le réflexe respiratoire), en présence d'une étiologie claire et en l'absence d'autres affections réversibles ou de facteurs confusionnels<sup>28</sup>.

### *Donneur vivant*

Personne en bonne santé qui fait un don à un receveur avec lequel elle a ou non des liens de parenté<sup>55</sup>. Les donneurs vivants peuvent avoir des liens génétiques 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.

### *Organe*

Totalité ou partie d'un organe humain. La transplantation vise à redonner à l'organe son fonctionnement précis initial après revascularisation et reperfusion. Tout vaisseau prélevé avec l'organe pour la transplantation est inclus dans cette définition<sup>8</sup>. Les organes sont nécessaires à un traitement vital, ne peuvent être prélevés que dans un nombre limité de circonstances et doivent être transplantés immédiatement.

### *Tissus*

Groupe fonctionnel de cellules humaines. Généralement, les produits tissulaires sont employés dans des interventions améliorant la qualité de vie, peuvent être prélevés d'un plus vaste éventail de donneurs et stockés pendant des périodes prolongées.

### *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 (enlèvement, fraude, tromperie, abus de pouvoir ou mise à profit d'une position de vulnérabilité, fait de donner à une tierce partie ou de recevoir d'elle des paiements ou des avantages) pour contrôler le donneur potentiel à des fins d'exploitation par un prélèvement d'organes pour la transplantation<sup>51</sup>.

### *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 pécuniaire<sup>51</sup>.

### *Tourisme de transplantation*

Voyage à des fins de transplantation mettant en cause le trafic d'organes ou le commerce de transplantation. Cette forme de tourisme est parfois favorisée par des ressources dédiées à offrir des transplantations à des patients étrangers, ce qui diminue la capacité d'un pays à offrir des services de transplantation à sa propre population<sup>51</sup>.

- 
- <sup>1</sup> Caplan AL. Finding a solution to the organ shortage. *JAMC*. Le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>2</sup> Institute of Medicine. *Organ Donation: Opportunities for Action*. Washington, DC: The National Academies Press; 2006.
- <sup>3</sup> Collectivité concernée par le don et la greffe d'organe au Canada, Collectivité concernée par le don et la greffe de tissu au Canada, 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-index-final-c2a-fr.pdf> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>4</sup> 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](https://profedu.blood.ca/sites/msi/files/odt_report-2017-fr.pdf) (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>5</sup> Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Tableau 1A Nombre de transplantations (simples ou multiples) selon la province de traitement, le type d'organe et de donneur, et le groupe d'âge, Canada, 2017 dans le Rapport cumulatif 2017*. Ottawa : ICIS; 2017.
- <sup>6</sup> Surman OS, Fukunishi I, Allen T, Hertl M. Live organ donation: Social context, clinical encounter, and the psychology of communication. *Psychosomatics*. Janvier-février 2005; vol. 46, n° 1 : p. 1-6.
- <sup>7</sup> Société canadienne du sang (SCS). *Don et greffe d'organes au Canada : Rapport d'étape sur le système 2006-2015*. Ottawa : SCS; 2016.
- <sup>8</sup> 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-ALLOCATIONONTHE-WAITING-LIST> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>9</sup> Gouvernement du Canada. *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation*. DORS/2007-118. *Gazette du Canada*. Partie II. Le 27 juin 2007; vol. 141, n° 13 : p. 1216-1274.
- <sup>10</sup> Burke K. *Legal foundations for the neurological determination of death*. Edmonton : Conseil canadien pour le don et la transplantation; 2003. [En ligne]. Accessible ici : <https://professionaleducation.blood.ca/sites/msi/files/Legal-Neurological-Death.pdf> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>11</sup> Gouvernement du Nunavut. *Lois sur les tissus humains, S.R.T.N.O. (Nu) 1998; ch. H-6, art. 1*.
- <sup>12</sup> Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *Human Tissue Gift Act, RSNS 1989; ch. 215, art. 4,8*.
- <sup>13</sup> Gouvernement de l'Alberta. *Human Tissue and Organ Donation Act, SA, 2006; ch.H-14.5, art. 5,6*.
- <sup>14</sup> Gouvernement de l'Ontario. *Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie, L.R.O., 1990; ch. H.20, art. 3,7*.
- <sup>15</sup> Gouvernement du Manitoba. *Loi sur les dons de tissus humains, C.P.L.M. 2015; ch. H180, art. 8-10*.
- <sup>16</sup> Gouvernement de la Saskatchewan. *The Human Tissue Gift Act, 2015; SS 2015, ch. H-15.1, art. 4,13*.
- <sup>17</sup> Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. *Human Tissue Donation Act, SPEI 1988; ch. H-12.1, art. 1,6, 11*.
- <sup>18</sup> Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Loi sur les dons de tissus humains, L.N.B. 2004; ch. 113, art. 3,7*.
-

- <sup>19</sup> Gouvernement de Terre-Neuve–Labrador. Human Tissue Act, RSNL 1990; ch. H-15, art. 4,9.
- <sup>20</sup> Gouvernement du Yukon. Loi sur les dons de tissus humains, L.R.Y. 2002; ch. 117, art. 3,7
- <sup>21</sup> Gouvernement du Québec. Code civil du Québec, RLRQ c CCQ-1991; ch. 64, art. 43, 45.
- <sup>22</sup> Gouvernement de la Colombie-Britannique. The Human Tissue Gift Act, RSBC 1996; ch. 211, art. 4,7.
- <sup>23</sup> Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Loi sur les tissus humains, S.R.T.N.O. 2014; ch. 30, art. 1,4, 14.
- <sup>24</sup> Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Human Organ and Tissue Donation Act, SNS 2010; ch. 36, al. 2j).
- <sup>25</sup> 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.
- <sup>26</sup> Betcher JG. Diagnosing Death. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015.
- <sup>27</sup> McKitty v. Hayani, 2018; CSJO 4015.
- <sup>28</sup> Shemie SD, Doig C, Dickens B, et coll. L'arrêt cérébral : diagnostic du décès neurologique et prise en charge des donneurs d'organes au Canada. *JAMC*. 2006; vol. 174, n° 6 : p. S1-S32. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/174/6/SF1.full.pdf> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>29</sup> 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/resource/fr/organdonorpotential\\_2014\\_fr.pdf](https://www.cihi.ca/web/resource/fr/organdonorpotential_2014_fr.pdf) (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>30</sup> 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 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>31</sup> 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 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>32</sup> 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.
- <sup>33</sup> Warren BJ. The Cultural Expression of Death and Dying. *Case Manager*. Janvier-février 2005; vol. 16, n° 1 : p. 44-47.
- <sup>34</sup> 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](http://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/La%20religion%20et%20le%20don%20d%27organes%20et%20de%20tissus_0.pdf) (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>35</sup> Gordon, EJ. 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 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>36</sup> Toews M, Caufield T. Evaluating the “family veto” of consent for organ donation. *JAMC*. Le 6 déc. 2016; vol. 188, nos 17-18 : p. E436–E437. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5135519/pdf/188e436.pdf> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).

- <sup>37</sup> 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.
- <sup>38</sup> 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.
- <sup>39</sup> 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://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)54029-5/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)54029-5/fulltext) (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>40</sup> 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 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>41</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS). 63<sup>e</sup> assemblée mondiale sur la santé. 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
- <sup>42</sup> 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. 2017; vol. 101, n° 1 : p. 17-20.
- <sup>43</sup> Downar J, Shemie SD, Gillrie C, et coll. Deceased organ and tissue donation after medical assistance in dying and other conscious and competent donors: guidance for policy. *JAMC.* 2019; vol. 191, n° 22 : p. E604-E13. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/191/22/E604.full.pdf> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>44</sup> 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 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>45</sup> 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.*; vol. 2014, article 973758. [
- <sup>46</sup> 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 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>47</sup> 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.
- <sup>48</sup> 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.
- <sup>49</sup> Santé Canada. Feuillelet 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/feuillelets-information/feuillelet-information-revisé-xenotransplantation.html> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>50</sup> 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. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866107/pdf/nihms-149123.pdf> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>51</sup> 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. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813140/?report=reader> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>52</sup> Gouvernement du Canada. Code criminel, LRC 1985, ch. C- 46.

- <sup>53</sup> 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](https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2015/UNODC_Assessment_Toolkit_TIP_for_the_Purpose_of_Organ_Removal.pdf) (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>54</sup> 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.
- <sup>55</sup> Norris S. Dons et transplantations d'organes au Canada. Bibliothèque du Parlement, Ottawa : Gouvernement du Canada; 2018. [En ligne]. Accessible ici : <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/BackgroundPapers/PDF/2018-13-f.pdf> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).
- <sup>56</sup> The China Tribunal. Un tribunal indépendant sur les prélèvements forcés d'organes sur des prisonniers de conscience en Chine – Jugement sommaire. Chine : The China Tribunal; 2019. [En ligne]. Accessible ici : <https://chinatribunal.com/wp-content/uploads/2019/10/CT-Summary-Final-FR.pdf> (consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2019).