

A close-up photograph of a leaf's vascular system, showing a complex network of veins in shades of green and brown. The veins are arranged in a branching pattern, with a prominent main vein running diagonally across the frame. The background is a soft, out-of-focus green.

# **Don d'organes après un décès cardiocirculatoire :**

**humaniser les soins selon une  
approche interdisciplinaire**

## Deux infirmières et un médecin font le point sur l'évolution des pratiques de don d'organes, les aspects éthiques et légaux qui s'y rapportent et le rôle de l'infirmière au sein de l'équipe interdisciplinaire.

Le don d'organes et de tissus constitue un choix de fin de vie. Il donne l'occasion à une personne mourante d'aider l'un de ses semblables qui souffre d'une insuffisance d'un ou de plusieurs organes. La transplantation d'organes et de tissus est désormais une intervention reconnue qui peut sauver des vies. Pourtant, la plupart des articles publiés sur le sujet n'abordent bien souvent que l'écart grandissant entre le nombre d'organes disponibles pour la transplantation et le nombre de patients en attente. Il est vrai que le vieillissement de la population, l'incidence accrue de différents problèmes de santé tels que le diabète, l'hypertension et certaines maladies rénales contribuent à allonger la liste des personnes en attente d'une greffe; et que, par ailleurs, le nombre de donneurs demeure plutôt stagnant (Knoll et Mahoney, 2003).

### Le contexte actuel

Au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), l'incidence de décès neurologique a diminué de 64% au cours des sept dernières années (CUSM, 2007). Parallèlement, on note qu'un plus grand nombre de familles proposent un don d'organes aux membres de l'équipe de l'unité des soins intensifs (USI) même si l'être cher ne répond pas aux critères d'admissibilité. Ces nouvelles réalités obligent les professionnels de la santé à réfléchir aux pratiques entourant les soins de fin de vie offerts à l'USI et aux méthodes de prélèvement d'organes.

En 2005, un forum pancanadien organisé par le Conseil canadien pour le don et la transplantation (CCDT) a donné l'occasion à des infirmières, des éthiciens, des intensivistes, des neurologues, des chirurgiens en transplantation, des avocats et d'autres professionnels québécois et canadiens de débattre des aspects éthiques et légaux de la pratique du prélèvement d'organes à la suite d'un **don après le décès cardiocirculatoire (DDC)**. Les lignes directrices du CCDT (2005) diffusées par la suite ont défini le cadre de mise en œuvre d'un programme de DDC ainsi que les critères de sélection des patients et de constatation du décès

(Shemie *et al.*, 2006a). En juin 2006, la première transplantation canadienne d'un organe prélevé à la suite d'un DDC selon les nouvelles lignes directrices a été réalisée à Ottawa.

À l'heure actuelle, le DDC, antérieurement nommé don «à cœur non battant», constitue une stratégie qui permet de respecter le choix d'un plus grand nombre de patients et de familles et de remédier au manque d'organes. Aussi, une analyse approfondie de l'implantation d'un protocole de DDC est en cours au Québec depuis plus de trois ans. Sous l'égide de Québec-Transplant, le CUSM collabore à l'élaboration d'un protocole de DDC et au projet pilote provincial avec d'autres centres hospitaliers: le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, le Centre hospitalier universitaire de Québec, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, ainsi que le Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

### Quelques données historiques

C'est au milieu des années 1950 que les progrès du savoir médical sur le don d'organes ont mené à la réussite de la première greffe effectuée sur un donneur vivant, jumeau identique du receveur. En procédant ainsi, on est parvenu à éliminer le phénomène de rejet, l'une des principales complications des premières transplantations. À cette époque, les premiers donneurs décédés étaient pour la plupart des patients dont l'atteinte cérébrale était sévère et qui n'avaient aucune chance de survie. Les organes étaient prélevés une fois le patient décédé après l'arrêt du **traitement de maintien des fonctions vitales (TMFV)**. En 1963, le Dr Guy Alexandre, un chirurgien belge, a publié les résultats de ses travaux sur la transplantation d'organes prélevés sur des patients dont le pronostic était considéré comme «sans espoir» (Machado, 2005). Comateux, gravement atteints neurologiquement, ces donneurs possédaient certaines caractéristiques cliniques indicatives d'un pronostic sombre, et dont certaines ont servi par la suite à définir la mort



cérébrale. À cette époque, la plupart des tenants de la greffe étaient en désaccord avec une telle pratique.

Ce n'est qu'en 1968 que le comité *ad hoc* de la Harvard Medical School a défini le concept de mort cérébrale. Au cours de cette période, les progrès des techniques de réanimation cardiorespiratoire soulevaient la controverse au sein de la communauté scientifique, en même temps que la demande d'organes ne cessait d'augmenter. Révisé par différents organismes médicaux nord-américains, et plus récemment par le CCDT, le concept de mort cérébrale a été remplacé par celui du **diagnostic de décès neurologique (DDN)**, qui se définit comme suit: cessation irréversible de l'activité cérébrale comprenant l'absence de réflexes du tronc cérébral. Ainsi, le décès est déclaré lorsque cesse l'activité cérébrale, et le don est autorisé même s'il n'y a pas d'arrêt cardiocirculatoire. Cette pratique est courante dans de nombreux pays; les donneurs ayant eu un DDN y sont donc devenus la source première d'organes destinés à la transplantation. Et, bien que la définition du décès neurologique varie d'un pays à un autre, les médecins s'entendent

le taux de survie d'un grand nombre de receveurs éventuels, ce qui n'est pas à négliger quand on sait que l'an dernier, 283 Canadiens, en attente d'une greffe d'organes, sont décédés (RCITO, 2006).

### Le prélèvement en cas de DDC

Le prélèvement d'organes après un décès cardiocirculatoire est très différent du prélèvement après un diagnostic de décès neurologique. C'est pourquoi tous les intervenants concernés par le don d'organes doivent mettre leurs connaissances à jour et se faire un devoir de bien comprendre le processus de DDC.

Dans le cas de DDC, le donneur potentiel doit réunir les quatre critères suivants: présence d'une blessure ou d'une maladie excluant toute possibilité de guérison; dépendance du TMFV; intention d'interrompre le TMFV; et mort prévue peu après l'interruption du TMFV (Shemie *et al.*, 2006b). Enfin, le patient et/ou la famille doit déjà avoir décidé de cesser le TMFV. La décision par consentement mutuel de la famille et de l'équipe soignante d'interrompre le TMFV du patient ne doit aucunement être influencée par le besoin d'organes. En outre, cette décision doit avoir été prise par la famille avant que la question du don d'organes ne soit abordée.

Dès que la décision de cesser le TMFV est prise, l'équipe de l'USI peut amorcer le processus d'évaluation de l'admissibilité du patient comme donneur potentiel. S'il est admissible, la famille doit recevoir des explications claires et détaillées sur le concept et le processus de DDC par les intervenants du centre hospitalier et de Québec-Transplant. L'équipe de l'USI procède alors à la planification des soins palliatifs avant d'interrompre le TMFV, y compris à la sédation et à l'analgésie au besoin, et s'assure que la famille bénéficie d'un soutien compatissant. Si la famille consent au don d'organes, les équipes de l'USI et de Québec-Transplant planifient le processus de DDC et prévoient l'heure et le lieu de cessation du TMFV.

À partir du début de l'arrêt cardiocirculatoire, au moins un médecin doit constater l'absence de pouls palpable, de tension artérielle et de respiration pendant une durée continue de cinq minutes. Après cette courte période, le diagnostic de décès doit être établi par deux médecins indépendants et l'absence des signes vitaux doit être consignée au dossier du patient. Le patient dont le décès est alors officiel doit immédiatement être amené en salle d'opération pour permettre à l'équipe chirurgicale de procéder au prélèvement des organes ayant fait l'objet du consentement. La



Medio Images

sur la distinction à faire entre le décès neurologique et le décès cardiocirculatoire.

Par ailleurs, dans différents pays européens, notamment en Espagne et en Hollande, et dans certains États américains, la pratique de DDC n'a jamais cessé. D'ailleurs, plusieurs études (Cho *et al.*, 1998; Weber *et al.*, 2002) ont démontré que l'amélioration des techniques chirurgicales et des médicaments antirejet ont mené à la réussite des greffes rénales provenant de DDC avec des résultats aussi satisfaisants que celles provenant de donneurs ayant eu un DDN<sup>1</sup>. Aux États-Unis, la pratique de DDC a augmenté au cours des dix dernières années, ce qui a entraîné une hausse du nombre de donneurs de 12,3% (Howard *et al.*, 2005). Il semble donc que le DDC soit une pratique qui contribue à augmenter le nombre d'organes disponibles et qui améliore

1. À noter que dans les cas de greffes hépatiques, on note une baisse du taux de survie légère mais significative (D'Alessandro *et al.*, 2000).

famille peut être présente jusqu'au moment du décès. Selon les recommandations du CCDT, si le patient ne meurt pas dans un délai d'une à deux heures après l'arrêt du TMFV, délai au-delà duquel les organes ne doivent pas être prélevés, celui-ci, accompagné de sa famille, est retourné à l'USI par l'infirmière et l'infirmière ressource<sup>2</sup> où des soins palliatifs continueront à lui être prodigués (Shemie *et al.*, 2006b).

### Les aspects éthiques et légaux

En vue de jouer pleinement leur rôle au sein de l'équipe de soins et de défendre les droits des patients et des familles, les infirmières de l'USI doivent clairement comprendre les aspects éthiques et légaux du processus de don d'organes.

Sur le plan éthique, le don d'organes soulève trois points cruciaux: 1) le conflit possible entre l'intérêt supérieur du patient et celui des personnes en attente d'un organe; 2) le respect absolu de la règle selon laquelle le donneur doit être déclaré mort avant que le prélèvement d'organes n'ait lieu (*dead donor rule*); et 3) le consentement libre et éclairé.

Le processus de DDC a été conçu de telle sorte que toute décision liée à la fin de la vie du patient soit envisagée séparément de toute décision relative à un éventuel don d'organes, et ce, afin de respecter l'intérêt supérieur du patient et de sa famille ainsi que leur autonomie. Les membres de l'équipe de l'USI doivent continuer à traiter le patient en tenant compte des désirs qu'il a exprimés et, le cas échéant, continuer de lui donner des soins de confort et offrir un soutien à la famille. Sur le plan clinique, cela signifie que la vie du patient ne doit pas être abrégée prématurément, pas plus que sa valeur ne doit être sous-estimée dans le seul et unique but de répondre à la demande accrue d'organes à des fins de transplantation. Les équipes chirurgicale et de transplantation ne doivent entrer en scène que lorsque le décès est constaté; ce n'est qu'à ce moment que les procédures de prélèvement d'organes peuvent débuter.

Quant à la règle selon laquelle le donneur doit être déclaré mort avant que les organes soient prélevés, elle est liée à la norme établissant que «le prélèvement d'organe ne doit pas causer le décès du patient» (Robertson, 1999). La règle stipule en effet que le décès du patient ne doit pas être le résultat recherché. Autrement dit, l'organe destiné à la transplantation ne peut être prélevé sur un patient qu'une fois son décès déclaré. Dans le cas de DDC, la règle du *dead donor rule* doit toutefois être considérée de façon particulière (DeVita, 2001). En vertu de la loi, la confirmation du décès incombe à deux médecins indépendants du processus de prélèvement d'organes, conformément «aux pratiques médicales acceptables». Dans la plupart des juridictions concernées, à partir de la confirmation de l'absence de pouls et de respiration, une période d'attente est imposée pendant laquelle aucun traitement ni aucune intervention ne sont pratiqués. Selon les recommandations du CCDT, l'heure

du décès correspond à la fin de la période d'observation continue de cinq minutes qui confirme l'irréversibilité de l'arrêt cardiocirculatoire avant le prélèvement d'organes.

En ce qui concerne le consentement, il doit être donné avant que le décès du patient ne soit constaté. Il faut donc prévenir tout conflit d'intérêts possible en s'assurant de protéger l'intérêt supérieur du patient tout au long du processus de l'éventuel don d'organes. Ce processus est soigneusement défini par l'équipe de l'USI et l'équipe de Québec-Transplant. Le consentement doit être libre et éclairé comme le prévoit le *Code civil* (1991), c'est-à-dire que «le consentement doit être libre de toute contrainte extérieure, coercition ou manipulation de l'information» (CEST, 2004). Les professionnels de la santé doivent donc transmettre, dans un langage clair et adapté, toute l'information au patient ou à sa famille et s'assurer qu'ils l'ont bien comprise.

Pour le DDC, le processus de consentement comprend deux parties. La première partie touche l'information relative à l'évaluation du donneur potentiel, les examens médicaux requis, ainsi que les interventions qui permettent de faciliter le don et d'améliorer les chances de réussite, telle l'administration d'agents thrombolytiques (héparine). La seconde concerne l'information relative à l'étape de cessation du TMFV, ainsi que l'heure et l'endroit où elle aura lieu. Le principe du consentement libre et éclairé sous-entend, outre le droit de consentir, celui de refuser ou de changer d'idée à tout moment durant le déroulement du processus, sans que la qualité des soins donnés au patient n'en souffre.

Il est fortement suggéré dans l'énoncé des recommandations nationales (Shemie *et al.*, 2006a) que chaque établissement désireux de mettre en œuvre un programme de DDC se dote de lignes directrices sur l'interruption du TMFV. Ces lignes directrices à l'intention de l'équipe interdisciplinaire doivent décrire l'approche et les gestes à utiliser pour faire en sorte que le patient reçoive des soins appropriés, compatissants et bienfaisants, et pour prévenir tout abus de confiance et tout conflit d'intérêts éventuel. Le comité de soins de fin de vie du CUSM (2006) a établi ses lignes directrices sur la cessation du TMFV. Le guide auquel elles ont donné lieu (tableau I) aide l'équipe de l'USI à bien distinguer chaque étape du processus menant à la décision d'interrompre le TMFV, à évaluer le patient à titre de donneur d'organes potentiel et à discuter avec les membres de la famille de la délicate question du don d'organes. À chacune de ces étapes, il est impératif de faire preuve d'une transparence et d'une sensibilité sans faille.

2. Le mandat de l'infirmière ressource consiste à coordonner toutes les activités entourant le don d'organes et de tissus dans le centre hospitalier. Son implication auprès des intervenants concernés permet de faciliter les différentes phases du don d'organes et de tissus. Son rôle principal, après l'identification des donneurs potentiels, est celui d'aborder la famille et de la soutenir tout au long du processus ainsi que d'assurer le suivi nécessaire (Québec-Transplant, 2002).

Tableau I – Guide de cessation du traitement de maintien des fonctions vitales

Identification des représentants légaux		
1. Le patient est-il apte à prendre des décisions?	Oui Non Inapte	Date
2. Le patient a-t-il désigné un représentant légal? Le représentant légal a-t-il été identifié selon les dispositions du <i>Code civil</i> ?	Oui Non	Date
Processus décisionnel		
Le patient a-t-il un mandat en cas d'incapacité?	Oui Non	Date
Y en a-t-il une copie dans le dossier du patient?	Oui Non	
Discussion avec l'équipe traitante : a) 2 <sup>e</sup> avis médical pour la cessation du TMFV b) Le médecin traitant a-t-il été avisé ou participe-t-il aux discussions? Service _____	Oui Oui S. O.	Date
Le plan de traitement a-t-il été discuté avec la famille? La famille a-t-elle été soutenue dans son processus décisionnel?	Oui	Date
L'ordonnance « pas de RCR » a-t-elle été inscrite au dossier? Le formulaire de « niveau de soins » a-t-il été rempli?	Oui	Date
Patient / Soutien à la famille		
Le service de soins spirituels a-t-il été offert au patient et à la famille?	Oui Non Refusé	Date
Y a-t-il des rituels et/ou des particularités religieuses à respecter au moment du décès?	Oui Non	Date
Les autres services de soutien ont-ils été avisés? Service _____	Oui Non requis	Date
Soins de confort et cessation du TMFV		
Les soins de confort ont-ils été amorcés?	Oui	Date
Les traitements actifs ont-ils été cessés?	Oui	Date
Le don d'organes et de tissus a-t-il été proposé?	Oui	Date

Source: CUSM, MUHC DCD Protocol, 2006.

### L'infirmière au centre de l'équipe interdisciplinaire

Le DDC est le résultat de trois étapes complexes: la cessation du TMFV chez un patient souffrant d'une blessure ou d'une maladie excluant toute possibilité de guérison, l'obtention du consentement libre et éclairé du patient et/ou de sa famille et, finalement, le décès du patient dans un environnement hautement technologique. L'infirmière de l'USI joue un rôle prépondérant autant dans les soins donnés au patient mourant que dans l'accompagnement de la famille à chacune de ces étapes, y compris durant le processus décisionnel d'interrompre le TMFV.

Selon certains auteurs, environ 20 % des patients admis à l'USI décèdent (Curtis et Rubenfeld, 2005) et 90 % de ces décès surviennent après la cessation du TMFV (Heyland *et al.*, 2003). Offrir des soins de fin de vie de qualité et assurer aux patients une « mort digne » font partie des préoccupations essentielles de l'infirmière qui soigne les malades en phase critique (Beckstrand *et al.*, 2006). La mort étant l'ultime conséquence de la maladie, l'infirmière est à même de donner des soins qui préservent la dignité des mourants. Ce rôle implique la capacité de reconnaître le moment à partir duquel tout effort médical devient futile. Il faut alors tenir compte des volontés du patient et les respecter.

De nombreuses études ont été réalisées à propos de la prise de décision d'interrompre le TMFV (SUPPORT, 1995; Clarke *et al.*, 2003; Truog *et al.*, 2001). Les résultats indiquent

que les questions sur le pronostic et la pertinence de mettre fin au traitement sont rarement abordées avec les membres des familles de patients en phase terminale, que la décision médicale de « ne pas réanimer » est prise lorsque la maladie est déjà avancée ou quelques jours seulement avant le décès, et qu'il est courant que la famille en vienne à demander la cessation du TMFV (SUPPORT, 1995). Aussi, il est primordial que l'infirmière, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire impliquée dans les processus de fin de vie et de DDC, s'assure d'une communication efficace entre tous les intervenants afin de faciliter l'adhésion de la famille. Les membres de la famille vivant la perte d'un être cher et un deuil imminent sont souvent en état de crise et la peine qu'ils éprouvent peut entraver leur compréhension de l'information. Dans ces circonstances, l'infirmière doit faire preuve de leadership en leur donnant du temps et en communiquant de manière compatissante avec le patient et sa famille qu'elle incitera à participer activement au processus de prise de décision dans le meilleur intérêt du patient.

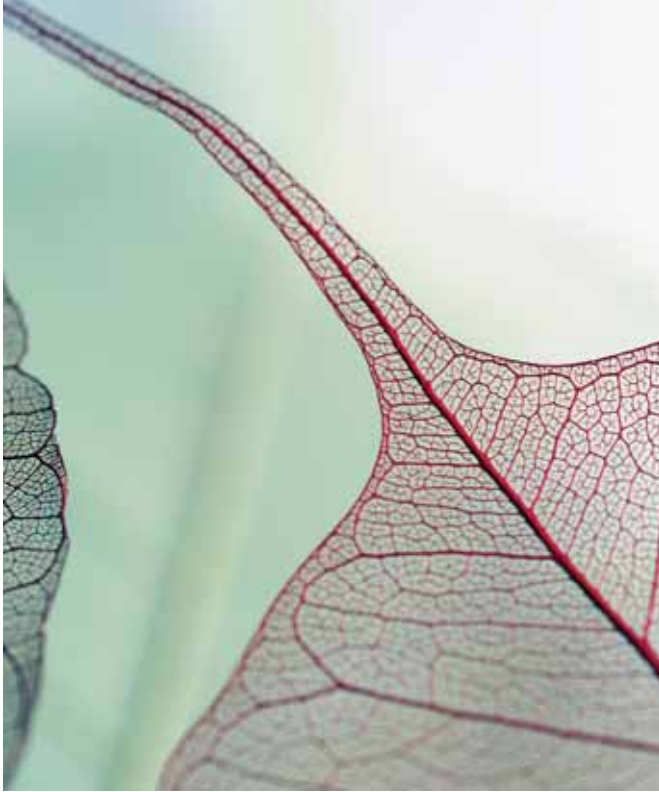
À partir des données publiées sur les indicateurs de qualité des soins de fin de vie optimaux, sur les besoins des familles d'un patient mourant à l'USI (Clarke *et al.*, 2003; Truog *et al.*, 2001), et selon les expériences cliniques de ces auteurs, un ensemble d'interventions sont recommandées afin d'humaniser les soins de fin de vie dans les cas de DDC (tableau II). Comme l'infirmière est au chevet du patient

Tableau II – Interventions en vue d'humaniser les soins de fin de vie dans les cas de DDC

1. Autoriser les visites 24/24, afin de permettre aux membres de la famille d'accompagner et de participer aux soins prodigués au patient mourant.
2. Communiquer fréquemment et clairement en fournissant de l'information précise et aviser la famille de tout changement dans l'état du patient. Répéter l'information au besoin.
3. Prévoir la présence d'une infirmière durant les discussions sur la cessation du TMFV avec le médecin, y compris pendant les échanges sur le DDC; consigner le résumé de l'entretien dans le dossier afin de faciliter la continuité des soins.
4. Évaluer et valider la compréhension de la famille sur la nature et le but des interventions pratiquées sur le patient et prévoir des délais supplémentaires au besoin.
5. Au moment de l'approche pour le don d'organes, s'assurer que les membres de la famille ont bien compris l'information donnée et l'imminence de la mort de l'être cher. Aborder la question avec empathie et compassion tout en étant à l'écoute de leurs besoins et les assurer que leur décision sera respectée, peu importe la décision qu'ils prendront.
6. Évaluer la douleur du patient et offrir des soins de confort. Rassurer la famille quant aux mesures de confort.
7. Proposer un endroit privé et confortable aux membres de la famille afin de leur permettre de poser des questions, de donner libre cours à leurs émotions et de prendre le temps nécessaire pour réfléchir à la décision à prendre.
8. Offrir des services de soutien spirituel et/ou religieux, au besoin, et respecter la culture et les croyances de la famille, en lui donnant la possibilité de procéder à des rituels au chevet du patient.
9. Inciter les membres de la famille à prendre soin de leur être cher.
10. Si la famille donne son consentement au DDC, aviser l'infirmière ressource et Québec-Transplant. Offrir à la famille de demeurer auprès du patient au moment de la cessation du TMFV.
11. Tenir compagnie à la famille pendant la période d'observation requise de cinq minutes avant la déclaration officielle du décès.
12. Si le patient ne décède pas dans le délai prescrit pour le prélèvement d'organes, raccompagner le patient à l'USI et poursuivre les soins de confort. Continuer d'offrir un soutien compatissant à la famille.

Source: CUSM, MUHC DCD Protocol, 2006.





Medio Images

24 heures sur 24, elle doit s'assurer que ces soins sont offerts de façon optimale et continue tout en répondant aux besoins du patient et de sa famille.

En bref, le Québec se joint à d'autres provinces canadiennes ainsi qu'à d'autres pays pour offrir le DDC comme une option de fin de vie. Les infirmières jouent un rôle important en participant à l'élaboration des protocoles de leur établissement et aux discussions qui auront lieu tout au long de l'implantation du projet pilote québécois de DDC. Que le don soit fait après un décès neurologique ou après un décès cardiocirculatoire, les infirmières doivent s'assurer de bien comprendre ces processus et les aspects éthiques qui s'y rattachent pour éviter autant que possible les situations potentielles de conflits d'intérêts tout en continuant d'accompagner les patients et les familles.

La collaboration interdisciplinaire entre tous les intervenants impliqués dans le DDC est capitale afin de s'assurer que les processus visant la cessation du TMFV, la communication de l'information aux familles, le soutien compassionnel, le consentement et le prélèvement d'organes soient faits de manière optimale. L'infirmière est au centre de l'équipe interdisciplinaire. Son objectif: humaniser les soins de fin de vie et le DDC sans compromettre l'intérêt supérieur du patient et de sa famille. C'est ainsi qu'elle pourra contribuer à augmenter le nombre d'organes disponibles. ●

## Références

- Beckstrand, R.L., L.C. Callister et K.T. Kirchoff. «Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care», *American Journal of Critical Care*, vol. 15, n° 1, janv. 2006, p. 38-45.
- Centre universitaire de santé McGill (CUSM). «Base de données de donneurs potentiels—Statistiques 2006», in *Rapport annuel 2006-2007*, Montréal, CUSM, avril 2007.
- Centre universitaire de santé McGill (CUSM). *MUHC DCD Protocol*, Montréal, CUSM—Organ and Tissue Donation Committee, juin 2006.
- Cho, Y.W., P.I. Terasaki, J.M. Cecka et D.W. Gjerston. «Transplantation of kidneys from donors whose hearts have stopped beating», *New England Journal of Medicine*, vol. 338, n° 4, 22 janv. 1998, p. 221-225.
- Clarke, E.B., J.R. Curtis, J.M. Luce, M. Levy, M. Danis, J. Nelson *et al.* «Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit», *Critical Care Medicine*, vol. 31, n° 9, sept. 2003, p. 2255-2262.
- Code Civil du Québec*, 1991, c. 64, art. 10.
- Commission de l'éthique de la science et de la technologie (CEST). *Avis – Le don et la transplantation d'organes: dilemmes éthiques en contexte de pénurie*, Québec, CEST, 2004. [En ligne: [www.ethique.gouv.qc.ca](http://www.ethique.gouv.qc.ca)]
- Conseil canadien pour le don et la transplantation (CCDT). *Don après un décès d'origine cardiocirculatoire: un forum canadien*, Ottawa, Santé Canada—CCDT, février 2005.
- Curtis, J.R. et G.D. Rubenfeld. «Improving palliative care for patients in the intensive care unit», *Journal of Palliative Medicine*, vol. 8, n° 4, août 2005, p. 840-854.
- D'Alessandro, A.M., R.M. Hoffmann, S.J. Knechtle, J.S. Odorico, Y.T. Becker, A. Musat *et al.* «Liver transplantation from controlled non-heart-beating donors», *Surgery*, vol. 128, n° 4, oct. 2000, p. 579-588.
- DeVita, M.A. «The death watch: certifying death using cardiac criteria», *Progress in Transplantation*, vol. 11, n° 1, mars 2001, p. 58-66.
- Heyland, D.K., G.M. Rocker, C.J. O'Callaghan, P.M. Dodek et D.J. Cook. «Dying in the ICU: perspectives of family members», *Chest*, vol. 124, n° 1, juil. 2003, p. 392-397.
- Howard, R.J., J.D. Schold et D.L. Cornell. «A 10-year analysis of organ donation after cardiac death in the United States», *Transplantation*, vol. 80, n° 5, 15 sept. 2005, p. 564-568.
- Knoll, G.A. et J.E. Mahoney. «Non-heart-beating organ donation in Canada: Time to proceed?», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 169, n° 4, 19 août 2003, p. 302-303.
- Machado, C.M. «The first organ transplant from a brain-dead donor», *Neurology*, vol. 64, juin 2005, p. 1938-1942.
- Québec-Transplant. *Rapport annuel 2001-2002*, Montréal, Québec-Transplant, 2002.
- Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes – RCITO, 2006. [En ligne: [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=services\\_corr\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=services_corr_f)]
- Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. «A definition of irreversible coma», *Journal of the American Medical Association*, vol. 205, n° 6, 5 août 1968, p. 337-340.
- Robertson, J.A. «The dead donor rule», *Hastings Center Report*, vol. 29, n° 6, nov./déc. 1999, p. 6-14.
- Shemie, S.D., C. Doig, B. Dickens, P. Byrne, B. Wheelock, G. Rocker *et al.* au nom du Groupe de référence en pédiatrie et du Groupe de référence en néonatalogie. «De l'atteinte cérébrale grave au diagnostic de décès neurologique: recommandations issues du Forum canadien», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174, n° 6(Suppl.), 14 mars 2006a, p. SF1-SF13.
- Shemie, S.D., A.J. Baker, G. Knoll, W. Wall, G. Rocker, D. Howes *et al.* «Recommandations pour le don après un décès d'origine cardiocirculatoire – Le don après un décès d'origine cardiocirculatoire au Canada», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 175, n°8(Suppl.), 10 oct. 2006b, p. SF1-SF10.
- SUPPORT Principal Investigators. «A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)», *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 20, 22-29 nov. 1995, p. 1591-1598.
- Truog, R.D., A.F. Cist, S.E. Brackett, J.P. Burns, M.A. Curley, M. Danis *et al.* «Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine», *Critical Care Medicine*, vol. 29, n° 12, déc. 2001, p. 2332-2348.
- Weber, M., D. Dindo, N. Demartines, P.M. Ambuhl et P.A. Clavien. «Kidney transplantation from donors without a heartbeat», *New England Journal of Medicine*, vol. 347, n° 4, 25 juil. 2002, p. 248-255.

LISA GOULET est infirmière clinicienne spécialisée—USI et coprésidente du comité DDC-CUSM à l'Hôpital neurologique de Montréal.

JANE CHAMBERS-EVANS est consultante en soins infirmiers au CUSM, consultante en bioéthique et présidente du Comité d'éthique des sites adultes du CUSM.

MARCELO LANNES est anesthésiologiste, intensiviste, professeur associé à la Faculté de médecine de l'Université McGill et coprésident du comité DDC-CUSM.

Nous remercions tous les membres du comité de soins de fin de vie et du comité de don d'organes et de tissus des cinq sites du CUSM pour leur engagement et leur précieuse collaboration au projet DDC.

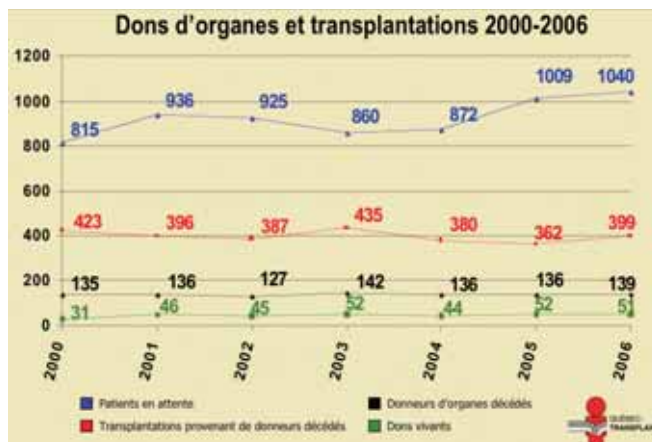
# Connaissez-vous Québec-Transplant ?

Québec-Transplant est l'organisme mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour coordonner le don d'organes au Québec.

Sa mission consiste à coordonner et faciliter les activités reliées à l'identification des donneurs potentiels, aux prélèvements et à l'attribution des organes, afin de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des services offerts aux personnes nécessitant une greffe d'organes. Québec-Transplant s'occupe également de promouvoir le don d'organes et de sensibiliser le grand public à cette question.

## Les responsabilités de Québec-Transplant :

- Gérer la liste des personnes en attente de transplantation d'organes.
- Coordonner le processus de prélèvement des organes, notamment l'identification et l'évaluation des donneurs, et faciliter le prélèvement des tissus.
- Attribuer et distribuer les organes selon des protocoles et des normes reconnus sur les plans médical et éthique.



- Coordonner le transport des organes et le transfert des donneurs vers les centres de prélèvement.
- Assurer un suivi auprès des familles de donneurs.
- Faire la promotion du don d'organes.
- Sensibiliser le grand public au don d'organes.

Source : Québec-Transplant

## La reliure de *Perspective infirmière* indispensable



---

**BON DE COMMANDE**

Je désire recevoir \_\_\_\_\_ reliure(s) au prix de \_\_\_\_\_ chacune. Total = \_\_\_\_\_ \$

<input type="checkbox"/> Québec (TPS et TVQ comprises)	<b>PRIX</b> 14 \$
<input type="checkbox"/> Canada* (TPS comprise)	16 \$
<input type="checkbox"/> Hors Québec* (TVH comprise)	17 \$
<input type="checkbox"/> États-Unis**	18 \$
<input type="checkbox"/> Autres pays**	22 \$

Ci-joint  mon chèque  mon mandat-poste payable à : **Ordre des infirmières et infirmiers du Québec**

Veuillez me facturer

Remplissez et retournez à :  
**OIIQ • Centre de documentation • 4200, boul. Dorchester Ouest, Westmount (Québec) H3Z 1V4.**

N° de permis \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

N° de TPS 107643140  
 N° de TVQ 10-0616-3404  
 Les frais de poste et de manutention sont compris.

\* Les prix qui comprennent la TVH s'appliquent aux provinces suivantes : Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve.

Les prix qui comprennent la TPS s'appliquent aux autres provinces.

\*\* En dollars (\$) canadiens, par chèque ou traite bancaire tirés sur une banque canadienne. Inscrivez l'adresse complète de la banque et le numéro de compte sur le paiement.

