

Le don d'organes et de tissus
dans le contexte de l'aide
médicale à mourir : trousse
d'outils pour l'élaboration du
programme

Table des matières

Introduction	1
Énoncés de principes : Don provenant d'un donneur décédé après la prestation de l'AMM.....	1
Don d'organes et de tissus en Ontario	3
Réseau Trillium pour le don de vie	3
Législation et hôpitaux de l'Ontario.....	3
Normes d'Agrément Canada et don d'organes et de tissus.....	4
Cadre des services de don d'organes et de tissus.....	4
Politique sur le don d'organes et de tissus.....	4
Procédure relative aux organes et aux tissus	4
Comité responsable des dons d'organes et de tissus	5
Information destinée au personnel hospitalier	5
Lignes directrices concernant l'élaboration de la politique et de la procédure relatives à l'AMM	5
La protection de la vie privée et le Réseau Trillium pour le don de vie	7
Section un	8
Don d'organes et de tissus	8
Détails concernant le processus de don d'organes et de tissus après l'aide médicale à mourir.....	10
Don d'organes et de tissus dans le contexte de l'aide médicale à mourir : étude de cas d'une patiente hospitalisée*	16
Section deux	18
Don de tissus seulement	18
Détails concernant le processus de don de tissus après l'aide médicale à mourir	20
Don de tissus dans le contexte de l'aide médicale à mourir : étude de cas d'une patiente hospitalisée*	24
Glossaire	25
Références	29
Annexes	29
Annexe 1 – Le don dans le contexte de l'aide médicale à mourir : foire aux questions pour les patients.....	31
Annexe 2 – Le don dans le contexte de l'aide médicale à mourir : foire aux questions pour les hôpitaux désignés, les établissements de santé et les professionnels de la santé	33

Annexe 3 – Le don dans le contexte de l’aide médicale à mourir : foire aux questions pour les hôpitaux désignés, les établissements de santé et les professionnels de la santé après le consentement au don.....	36
Annexe 4 – Centre for Effective Practice : Ressource sur l’aide médicale à mourir.....	39
Annexe 5 – Organes et tissus qui peuvent faire l’objet d’un don.....	40
Annexe 6 – Formulaire d’admission préalable à la prestation de l’AMM aux fins du signalement courant.....	41
Annexe 7 – Formulaire « Permission du coroner/pathologiste judiciaire »	43
Annexe 8 – Communication avec le médecin concernant la détermination de l’admissibilité.....	44
Annexe 9 – Besoins en ressources liés au don d’organe	45
Annexe 10 – Formulaire de remise du corps	47
Annexe 11 – Besoins en ressources liés au don de tissus	48
Annexe 12 – Décisions de consentement des donneurs inscrits : Devenir donneur d’organes et de tissus en Ontario.....	49

Introduction

Le Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) a pour mission de *sauver plus de vies et d'améliorer la qualité de vie d'un plus grand nombre de personnes grâce au don et à la transplantation d'organes et de tissus en Ontario*. Nous nous engageons à créer une culture dans laquelle tous les Ontariennes et les Ontariens médicalement admissibles auront la possibilité de donner leur consentement explicite et d'effectuer un don d'organes et de tissus en fin de vie. Nous sommes déterminés à faire équipe avec les professionnels des soins de la santé et les hôpitaux pour honorer la décision des patients de sauver et de changer des vies en faisant un don d'organes et de tissus.

Depuis 2006, les hôpitaux désignés sont tenus de se conformer à la Partie II.1, Avis et consentement de la *Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie* (Loi sur le RTDV) dans le cadre d'un processus appelé « signalement courant ». Dès ce moment, le RTDV a commencé à concentrer ses efforts sur la mise en œuvre de la législation relative au signalement courant.

Conformément aux recommandations contenues dans le rapport du vérificateur général de l'Ontario de 2010, le RTDV collabore avec les sociétés hospitalières de la province pour améliorer l'accès aux organes et aux tissus, et pour augmenter les taux globaux de dons.

En 2016, le projet de loi C-14 a reçu la sanction royale. Cette loi dépénalise l'aide médicale à mourir (AMM), option qui peut maintenant être envisagée dans le cadre des soins de qualité offerts en fin de vie au Canada.

À la suite d'amples consultations juridiques et éthiques, le RTDV a élaboré un ensemble de principes directeurs visant à orienter les politiques et à éclairer les établissements partenaires. Le RTDV croit que tous les Ontariens admissibles méritent d'avoir la possibilité de devenir des donateurs d'organes et de tissus. De tels principes respectent l'autonomie et la dignité de tous les patients qui sont aptes à planifier eux-mêmes leur programme de soins en fin de vie.

Énoncés de principes : Don provenant d'un donneur décédé après la prestation de l'AMM

1. Tout doit être mis en œuvre pour offrir à l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens médicalement admissibles la possibilité de donner des organes et des tissus dans le cadre d'un programme de soins de qualité en fin de vie.
2. L'autonomie et la dignité doivent être respectées de manière à ce que chaque patient puisse donner son consentement explicite et énoncer ses préférences concernant le don d'organes et de tissus. La possibilité de parler avec un expert du RTDV en matière de dons doit être offerte à tous les patients médicalement admissibles.
3. La possibilité de faire un don d'organes et de tissus devrait être offerte aux patients qu'un médecin juge admissibles à recevoir l'AMM en prévoyant suffisamment de temps pour inclure le don dans le programme de soins en fin de vie.
4. Le patient doit prendre la décision de demander l'AMM avant d'aborder le sujet du don d'organes et de tissus. Les équipes affectées au don, au prélèvement et à la transplantation

d'organes ne doivent influencer ni la décision du patient, ni l'approbation de la demande d'AMM.

5. La confirmation par un médecin que le patient répond aux critères d'admissibilité à l'AMM constitue l'avis de « décès imminent » et signifie que l'établissement désigné doit aviser le RTDV, conformément à la Loi sur le RTDV. En dehors du contexte d'un établissement désigné, les patients devraient avoir la possibilité de parler avec un expert en matière de don pour pouvoir comprendre le processus du don d'organes et de tissus.

Le présent guide de mise en œuvre élaboré par le RTDV vise à fournir une ressource aux hôpitaux désignés, aux établissements de soins de santé et à d'autres parties intéressées au sujet de la possibilité de faire un don dans un contexte d'AMM lors de la prestation des soins en fin de vie. Ce guide permet également aux hôpitaux de partout en Ontario de fournir des services de don conformes à la Loi sur le RTDV.

Le guide contribuera à faire connaître les avantages du don et de la transplantation d'organes et de tissus conjugués à l'AMM, ainsi que les ressources et les procédés nécessaires à l'obtention de résultats optimaux pour les patients.

Bien que la mise en œuvre du programme incombe à chaque hôpital, le RTDV jouera un rôle de partenaire et fournira des outils de mise en œuvre et de sensibilisation relativement à l'AMM conjuguée au don d'organes et de tissus. En se fondant sur l'expérience acquise en travaillant avec les hôpitaux, le RTDV agira de façon proactive pour déceler les difficultés courantes et proposer des stratégies efficacement employées dans d'autres centres.

Ensemble, nous pouvons changer la vie des personnes qui attendent une transplantation d'organes ou de tissus, tout en honorant les décisions des patients au sujet du don d'organes et de tissus.

Nous avons employé tous les moyens dont nous disposons pour que l'information et les références contenues dans le présent guide soient aussi à jour que possible. Cependant, la nature changeante des lois, des lignes directrices et de la recherche peut influencer directement sur le contenu de ce guide. Le RTDV fera de son mieux pour communiquer toute modification pouvant avoir un effet sur le processus du don d'organes et de tissus après la prestation de l'AMM dans votre organisation.

Don d'organes et de tissus en Ontario

Réseau Trillium pour le don de vie

Le RTDV a été créé en décembre 2000 par le gouvernement de l'Ontario. Ayant assumé le rôle d'organisme central des dons d'organes et de tissus en Ontario, le RTDV a accepté le défi d'augmenter considérablement les dons d'organes et de tissus dans la province et d'améliorer les processus et les fonctions connexes.

Comme il est énoncé dans la Loi sur le RTDV, le mandat du RTDV est le suivant :

- Planifier, promouvoir, coordonner et appuyer les activités relatives au don d'organes et de tissus à des fins de transplantation et les activités relatives à l'enseignement ou à la recherche concernant le don d'organes et de tissus.
- Coordonner et appuyer le travail des établissements désignés qui se rapporte au don et à la transplantation d'organes et de tissus.
- Gérer l'obtention, l'attribution et la livraison des organes et des tissus.
- Dresser et gérer des listes d'attente pour la transplantation d'organes et de tissus et mettre sur pied et gérer un système permettant d'attribuer équitablement les organes et les tissus disponibles.
- Faire des efforts raisonnables pour veiller à ce que les patients et leurs remplaçants aient les renseignements et les occasions appropriés pour envisager de consentir ou non au don d'organes et de tissus, et faciliter l'accès à ces renseignements.
- Informer le public et la communauté des soins de santé sur les questions relatives au don et à l'utilisation d'organes et de tissus, et faciliter la diffusion de cette information par d'autres parties.

Législation et hôpitaux de l'Ontario

La Loi sur le RTDV régit toutes les facettes des dons provenant de donneurs décédés en Ontario. En vertu de la Loi sur le RTDV, le RTDV a les pouvoirs suivants :

- Accéder aux renseignements personnels sur la santé aux fins des dons dans tous les établissements de santé.
- Désigner des établissements aux fins du signalement des décès survenus et des décès imminents.
- Mettre en œuvre une méthode obligatoire relative au don et déterminer qui peut aborder le sujet du don avec les familles.

La Loi sur le RTDV stipule également :

- que le don d'organes et de tissus aux fins de la recherche ou de la transplantation est légal;
- quelle est la hiérarchie des pouvoirs concernant le consentement du remplaçant (elle diffère de celle qui est énoncée dans la *Loi sur le consentement aux soins de santé*);
- que l'anonymat du donneur et du receveur doit être préservé;

- que deux médecins doivent confirmer le décès aux fins du don d'organes et que ni l'un ni l'autre ne peut avoir de lien avec le receveur prévu de la transplantation;
- que si le patient est considéré comme un cas relevant du coroner, il est nécessaire d'obtenir la permission du coroner avant de procéder au don.

Normes d'Agrément Canada et don d'organes et de tissus

En 2011, Agrément Canada a publié de nouvelles normes d'agrément concernant le don et la transplantation d'organes et de tissus.

Tous les hôpitaux de l'Ontario qui sont dotés d'un service de soins en phase critique et/ou d'un service des urgences doivent respecter les normes sur le don qui font partie des normes d'agrément relatives aux services de soins en phase critique et aux services des urgences. Les hôpitaux qui fournissent des soins en phase critique de niveau II et qui sont désignés par le RTDV sont seulement tenus d'observer les normes d'agrément relatives aux services de soins en phase critique et aux services des urgences.

Les hôpitaux désignés en Ontario doivent respecter les dispositions sur l'avis qui sont énoncées à la Partie II.1, Avis et consentement de la Loi sur le RTDV. De plus, ces établissements doivent se conformer aux normes d'Agrément Canada intitulées *Don d'organes et de tissus – Donneurs décédés*.

Cadre des services de don d'organes et de tissus

Les éléments d'un programme réussi de don d'organes et de tissus sont énoncés ci-dessous. Ces éléments aideront à promouvoir le respect des exigences de la Loi sur le RTDV et des normes d'Agrément Canada.

Politique sur le don d'organes et de tissus

Une politique permet de créer la structure opérationnelle nécessaire aux activités et aux ressources qui sont associées aux services de don d'organes et de tissus. On constate souvent que les politiques les plus judicieuses établissent un lien entre le don et la mission ou les valeurs de l'hôpital, la Loi sur le RTDV et Agrément Canada. Pour obtenir le plus récent modèle de politique sur le don d'organes et de tissus, veuillez communiquer avec le coordonnateur du RTDV de l'hôpital.

Procédure relative aux organes et aux tissus

La procédure ou le protocole de don explique le déroulement du processus de don et ce que doit faire le personnel hospitalier pour assurer le respect des exigences de la Loi sur le RTDV. La politique et la procédure de l'hôpital devraient faire en sorte que tout patient admissible qui opte

pour l'AMM ait la possibilité de faire un don d'organes et de tissus, et devraient également promouvoir la prise en charge médicale afin d'optimiser les résultats liés aux dons.

Comité responsable des dons d'organes et de tissus

Un comité désigné examine les activités de don d'organes et de tissus, ainsi que les paramètres de rendement. En vertu de son mandat, ce comité peut à la fois recommander et mettre en œuvre des initiatives d'amélioration du rendement dans l'ensemble du réseau afin d'optimiser les résultats liés aux dons. Il est aussi chargé de mener des activités de sensibilisation et de promotion relatives aux dons dans l'hôpital. Le comité relève de la haute direction par l'entremise du directeur général.

Information destinée au personnel hospitalier

Les hôpitaux doivent assurer que le personnel et les médecins concernés possèdent l'information et les connaissances nécessaires pour exercer leur profession conformément à la Loi sur le RTDV et pour respecter les normes d'Agrément Canada. Pour assurer la réussite du programme de don, on communique les coordonnées du RTDV aux membres du personnel hospitalier concernés au moment de leur orientation.

Lignes directrices concernant l'élaboration de la politique et de la procédure relatives à l'AMM

Nous conseillons aux hôpitaux qui créent ou remanient une politique ou une procédure relative à l'AMM et au don d'organes et de tissus de suivre les étapes ci-dessous :

1. Examiner toute politique ou procédure existante de l'hôpital relativement à l'AMM et au don d'organes et de tissus pour déterminer si les documents mentionnent l'obligation d'aviser le RTDV et la possibilité de promouvoir le don d'organes et de tissus lors de la prestation de l'AMM.
2. Examiner les annexes jointes au présent document et repérer les éléments qui manquent dans la politique et la procédure existantes de l'hôpital.
3. Rédiger une ébauche de la procédure de don et des étapes de l'AMM en respectant les démarches établies par le RTDV quant au processus de don; incorporer les pratiques de don propres à l'hôpital.
4. Demander au RTDV toute clarification et toute aide nécessaires pendant l'élaboration de la politique et de la procédure, et en vue de l'examen final précédant le processus d'approbation de l'hôpital.

Les outils suivants sont approuvés par le RTDV et se trouvent aux annexes ci-jointes :

- Le don dans le contexte de l'aide médicale à mourir : foire aux questions pour les patients
Consultez l'annexe 1.
- Le don dans le contexte de l'aide médicale à mourir : foire aux questions pour les hôpitaux désignés, les établissements de santé et les professionnels de la santé. Consultez l'annexe 2.

- Le don dans le contexte de l'aide médicale à mourir : foire aux questions pour les hôpitaux désignés, les établissements de santé et les professionnels de la santé après le consentement au don. Consultez l'annexe 3.

Les hôpitaux peuvent aussi consulter le site TheWell™, une ressource conçue par le Centre for Effective Practice (CEP) pour offrir du soutien et des outils cliniques aux fournisseurs de soins de santé. Vous trouverez de plus amples détails à l'annexe 4.

La protection de la vie privée et le Réseau Trillium pour le don de vie

Le RTDV réunit des renseignements personnels sur la santé relativement aux possibilités de dons d'organes et de tissus provenant de patients qui sont décédés ou dont le décès est imminent dans les hôpitaux de tout l'Ontario.

En vertu de la Loi sur le RTDV, les hôpitaux sont tenus d'aviser le RTDV du décès ou du décès imminent d'un patient afin que le personnel du RTDV puisse offrir à tous les patients admissibles la possibilité de faire un don d'organes et de tissus.

Les hôpitaux ont l'obligation de fournir les renseignements personnels sur la santé ou sur le patient qui sont demandés par le RTDV. En vertu du paragraphe 5(2) du *Règlement de l'Ontario 329/04* pris en application de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS) de l'Ontario, les établissements de santé sont autorisés à divulguer des renseignements personnels sur les patients aux fins du don d'organes et de tissus.

Le RTDV doit avoir accès aux renseignements personnels sur le patient :

- pour déterminer si le patient répond aux critères médicaux associés au potentiel de don d'organes et de tissus;
- pour réunir et analyser des données permettant d'évaluer le potentiel et le rendement d'un hôpital en matière de don d'organes en vue d'améliorer les taux de don d'organes (examen des dossiers de santé);
- pour fournir au ministère de la Santé et des Soins de longue durée des données et des renseignements logistiques liés au don d'organes et de tissus.

Législation relative à l'accès aux renseignements

La Loi sur le RTDV autorise le RTDV à réunir et à utiliser des renseignements personnels aux fins du don de tissus, dans la mesure où le terme « tissu » employé dans la Loi s'entend également d'un organe.

Les établissements désignés (hôpitaux) sont tenus de divulguer des renseignements personnels au RTDV aux fins du don d'organes et de tissus (article 8.19, Renseignements personnels, de la Loi sur le RTDV).

<https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h20>

Pour en savoir plus, veuillez communiquer avec l'agent de protection de la vie privée du RTDV au 416 363-4001.

Section un

Don d'organes et de tissus

Don d'organes et de tissus dans le contexte de la prestation de l'aide médicale à mourir

Le prélèvement et la transplantation d'organes et de tissus ont généralement lieu après la prestation de l'AMM et la détermination subséquente du décès cardiocirculatoire (DDC). Ce processus se déroule exactement comme celui du don effectué à la suite de l'arrêt du traitement de maintien des fonctions vitales (TMFV) après la DDC. Les patients qui reçoivent l'AMM peuvent être admissibles aux dons de poumons, de foie, de reins, d'yeux, de valvules cardiaques, de peau, d'os et de tendons. Consultez l'annexe 5.

Le don d'organe provenant d'un donneur décédé après l'AMM n'est possible que si la prestation de l'AMM et le décès subséquent surviennent à l'hôpital.

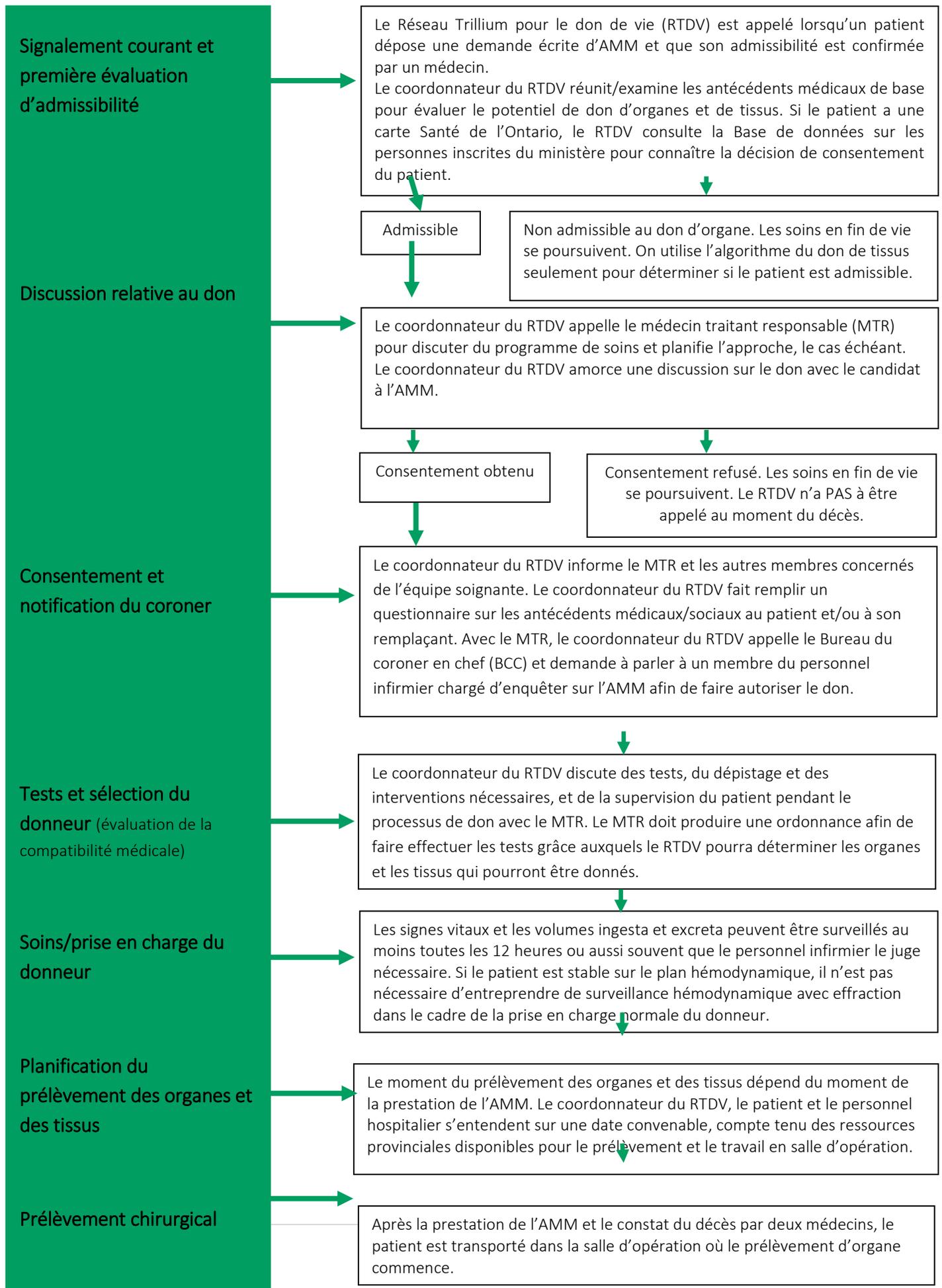
Dans la plupart des régions où le prélèvement de tissus est possible, un don de tissus après l'AMM peut être fait même si la prestation de l'AMM et le décès subséquent surviennent hors de l'hôpital, au domicile du patient.

Marche à suivre pour les donneurs d'organes et de tissus

Pour expliquer les activités associées au don suite à la prestation de l'AMM, nous avons divisé le processus en six étapes :

1. Signalement courant
2. Discussion relative au don
3. Consentement et notification du coroner
4. Tests et évaluation du donneur
5. Planification du prélèvement des organes et des tissus
6. Intervention chirurgicale de prélèvement

Pour favoriser la compréhension du processus, un algorithme suivi d'un tableau détaillé des activités associées à chaque étape, ainsi qu'une étude de cas comportant une ligne de temps approximative sont reproduits aux pages suivantes.



<p>d) Planification de l'approche</p>	<p>sur place par un coordonnateur du RTDV, le RTDV demande à connaître les antécédents médicaux du patient et les renseignements pertinents concernant l'état de santé actuel et l'évolution de la maladie du patient.</p> <p>S'il existe une possibilité de don d'organes et de tissus, outre les données démographiques requises et l'information sur la sélection préliminaire, le RTDV demande les renseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • État de la demande d'AMM; • Nom du médecin traitant responsable au moment de la notification; • Lieu où se trouvait le patient au moment de la notification; • Lieu de la prestation prévue de l'AMM, s'il est connu; • Date et heure de la prestation prévue de l'AMM, si elles sont connues. <p>Si le patient est admissible au don d'organes et de tissus, le coordonnateur du RTDV organise un appel auquel participent le MTR et les autres membres de l'équipe soignante que le MTR juge opportun d'inclure, afin de discuter du programme de soins. Le cas échéant, l'approche est planifiée de manière à réduire tout inconvénient au minimum et à respecter les désirs du patient. Si le patient n'est pas hospitalisé lors de la notification du RTDV, on détermine le meilleur moyen d'amorcer la discussion concernant le don. Par la même occasion, on discute des détails logistiques concernant l'hospitalisation du patient en attendant le consentement.</p> <p>L'équipe médicale de soutien au don du RTDV est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour toute consultation à la demande du MTR.</p>
<p>2. Discussion relative au don</p>	<p>Dans la mesure du possible, le coordonnateur du RTDV discute des possibilités de don en personne avec le patient. Si le patient n'est pas hospitalisé mais se rend à l'hôpital pour ses rendez-vous avant la prestation prévue de l'AMM, la discussion relative au don peut se dérouler pendant une visite à l'hôpital. Dans toute circonstance où une rencontre en personne serait peu pratique, ne serait pas possible ou causerait trop de dérangement au patient, le coordonnateur du RTDV peut mener la discussion au téléphone.</p> <p>Si possible, on aborde le patient directement afin d'obtenir un consentement explicite. Cependant, le patient peut confier à son remplaçant le soin d'avoir cette conversation, le cas échéant.</p> <p>Le coordonnateur du RTDV discute du processus de don et veille à aborder les sujets suivants avec le patient et avec le remplaçant si le patient le désire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient peut retirer son consentement au processus de don en tout temps. • Pour que le don d'organe ait lieu, le décès doit survenir à l'hôpital, non loin de la salle d'opération. • Une évaluation de l'admissibilité doit être faite avant la prestation de l'AMM et exige que le patient soit hospitalisé

	<p>suffisamment tôt pour permettre de mener tous les tests d'admissibilité nécessaires, p. ex., analyses sanguines, radiographie pulmonaire, échographie abdominale, etc. Il est suggéré d'hospitaliser le patient un ou deux jours avant la prestation de l'AMM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La décision finale quant à l'adaptation de tout organe destiné à la transplantation est prise par les responsables de chaque programme de transplantation. • Le patient n'est pas admissible au don d'organe s'il est prévu d'administrer le médicament associé à la prestation de l'AMM par voie orale. • De l'héparine devra être administrée immédiatement avant l'administration des médicaments utilisés pendant la prestation de l'AMM. • Un cathéter artériel doit être introduit avant la prestation de l'AMM. Si le patient ne désire pas de cathéter artériel ou si le cathéter artériel ne peut pas être introduit, l'équipe médicale de soutien au don du RTDV doit être consultée pour faire approuver une autre méthode de constater le décès. • Le prélèvement des organes et des tissus ne peut avoir et n'aura pas lieu tant que le décès du patient ne sera pas constaté, conformément aux pratiques courantes de la médecine lors du processus conventionnel de don après détermination du décès cardiocirculatoire (c.-à-d. par deux médecins pendant une période d'observation de cinq minutes sans intervention).
<p>3. Consentement et notification du coroner</p>	<p>Une fois le consentement obtenu, le coordonnateur du RTDV informe le MTR et les autres membres concernés de l'équipe soignante que le MTR juge utile de mettre au courant. Conjointement avec le MTR, le coordonnateur du RTDV appelle le Bureau du coroner en chef (BCC) et confirme l'obtention du consentement au don potentiel d'organes et de tissus après la prestation de l'AMM. Le personnel infirmier chargé d'enquêter sur l'AMM examine le dossier et est autorisé à accorder la permission d'effectuer le don. Le coordonnateur du RTDV remplit le formulaire <i>Permission du coroner/pathologiste judiciaire</i> (annexe 7), lequel est ensuite inclus dans le dossier du patient.</p>
<p>4. Tests et sélection du donneur (évaluation de la compatibilité médicale)</p>	<p>Le coordonnateur du RTDV discute des tests, du dépistage et des interventions nécessaires et de la supervision du patient pendant le processus de don avec le MTR. Le MTR doit produire une ordonnance pour demander les tests nécessaires (annexe 8).</p> <p>Le RTDV se charge de faire effectuer le dépistage des maladies infectieuses et de l'antigène leucocytaire humain (HLA) dans un laboratoire provincial désigné.</p> <p>Une fois obtenu le consentement au don, le coordonnateur du RTDV fait remplir un questionnaire au patient et/ou à son remplaçant au sujet des antécédents médicaux/sociaux du patient. Cette information est prise en considération dans l'évaluation de la compatibilité médicale aux fins du don.</p>

<p>a) Soins/prise en charge du donneur</p>	<p>Grâce aux différents tests, le RTDV est en mesure de déterminer les organes et les tissus qui peuvent être donnés.</p> <p>La décision finale quant à l'adaptation de tout organe destiné à la transplantation est prise par les responsables de chaque programme de transplantation.</p> <p>Si le patient est stable sur le plan hémodynamique, il n'est pas nécessaire d'entreprendre de monitoring hémodynamique avec effraction dans le cadre de la prise en charge normale du donneur. Les signes vitaux (fréquence cardiaque, pression artérielle, température, saturation du sang en oxygène) et les volumes ingesta et excréta peuvent être surveillés au moins toutes les 12 heures ou aussi souvent que le personnel infirmier le juge nécessaire.</p> <p>Lors de l'hospitalisation (si le patient n'est pas déjà hospitalisé au moment de la notification du RTDV), un coordonnateur du RTDV est envoyé sur place afin d'appuyer le processus de don.</p>
<p>5. Planification du prélèvement d'organe</p>	<p>Une fois que le patient a consenti au don après l'AMM, le moment du prélèvement des organes et des tissus dépend du moment de la prestation de l'AMM. Le prélèvement d'organes et de tissus survient après la prestation de l'AMM et la détermination subséquente du décès cardiocirculatoire (DDC).</p> <p>Pour que le don d'organe ait lieu, le décès doit survenir à l'hôpital, non loin de la salle d'opération, où il est possible d'effectuer la surveillance nécessaire. Il est recommandé de fournir l'AMM au même endroit que l'arrêt du traitement de maintien des fonctions vitales au cours du processus conventionnel de don après DDC, tel qu'il est énoncé dans la politique de l'hôpital concernant le DDC. Si l'hôpital dispose d'un local réservé à l'AMM, que ce local se trouve près de la salle d'opération et qu'il est doté des appareils de surveillance requis, il convient d'utiliser cet endroit pour la prestation de l'AMM.</p> <p>La famille peut assister à la prestation de l'AMM si le patient le désire.</p> <p>Ni le personnel du RTDV, ni les médecins participant au prélèvement chirurgical ou fournissant des soins au receveur prévu ne peuvent prendre une part directe à la prestation de l'AMM.</p> <p>Le constat du décès cardiocirculatoire est nécessaire à la réalisation du don d'organe après la prestation de l'AMM. La méthode privilégiée consiste à noter l'absence de pression différentielle à l'aide d'un cathéter artériel et l'absence de respiration par observation directe. Si le patient ne désire pas de cathéter artériel ou si le cathéter artériel ne peut pas être introduit, l'équipe médicale de soutien au don du RTDV doit être consulté pour faire approuver une autre méthode de constater le décès cardiocirculatoire.</p>

	<p>L'enregistrement de l'asystole décelée à l'électrocardiogramme au moyen de deux électrodes est une méthode de rechange acceptable. Il n'est pas forcément nécessaire de poursuivre une surveillance continue à l'électrocardiogramme pendant la prestation de l'AMM, mais elle peut avoir lieu immédiatement après l'arrêt respiratoire. Dans un cas comme dans l'autre, le cathéter artériel ou la surveillance à l'électrocardiogramme doit être en place pendant toute la durée de la période d'observation de cinq minutes.</p> <p>Conformément à la Loi sur le RTDV, un second médecin doit confirmer le décès pour que le don puisse avoir lieu; aucun des deux médecins ne peut avoir de lien avec le receveur prévu de la transplantation et au moins un des médecins constatant le décès doit travailler indépendamment de l'approbation et du processus de l'AMM. Chaque médecin confirme l'absence de pression différentielle surveillée à l'aide d'un cathéter artériel, l'absence de respiration et l'absence de pouls palpable au début et à la fin d'une période d'observation de cinq minutes sans intervention. Une fois le décès confirmé par le second médecin, le patient est transporté dans la salle d'opération aux fins du prélèvement d'organe.</p>
<p>6. Intervention chirurgicale de prélèvement</p>	<p>Le prélèvement de plusieurs organes s'effectue au cours d'une intervention aseptique. Comme d'autres opérations importantes, le prélèvement d'organes peut durer jusqu'à six heures et nécessiter jusqu'à quatre équipes chirurgicales, chacune prélevant un organe différent. Tous les membres de l'équipe doivent veiller à ce que le corps soit traité avec respect en tout temps pendant l'intervention.</p> <p>Aux fins du don d'organe après l'AMM, la salle d'opération est préparée avant le début de la prestation de l'AMM. Le prélèvement d'organes s'effectue alors très rapidement afin de réduire les effets du manque d'irrigation sanguine et d'oxygène sur les organes durant le processus de la mort. Selon le personnel infirmier qui travaille en salle d'opération, comme pour le processus conventionnel de don après DDC, le prélèvement initial est aussi rapide qu'une intervention chirurgicale visant à réparer un anévrisme de l'aorte abdominale.</p> <p>Les préparatifs préopératoires et le drapage se succèdent rapidement et visent les régions de l'abdomen et du thorax. Une incision médiane est pratiquée depuis la base du cou jusqu'à l'aîne afin d'exposer les organes de la cavité abdominale et thoracique. Une fois les organes exposés, la perfusion de solutions froides commence afin de les préserver. De la glace concassée est placée autour du foie et des reins pour les refroidir rapidement et prévenir leur détérioration.</p> <p>Si l'on prévoit prélever les poumons, une réintubation et une bronchoscopie ont généralement lieu au moment des préparatifs préopératoires et du drapage. Une fois que la bronchoscopie est terminée et que les poumons sont jugés aptes à la transplantation, la ventilation commence et les poumons sont refroidis. Le cœur est retiré de son enveloppe protectrice et les poumons sont prélevés, puis placés</p>

	<p>dans une solution froide à l'intérieur de récipients de transport stériles. Le foie est le premier organe abdominal à être prélevé, suivi du pancréas. Les reins sont retirés avec les vaisseaux sanguins rénaux et soumis à un examen visuel.</p> <p>Pour ce qui est des tissus, les considérations sont semblables à celles qui s'appliquent au prélèvement de tissus après DDC. Pour lire une description de la procédure de prélèvement des tissus, veuillez consulter la section 2 qui commence à la page 15.</p>
--	---

Les ressources nécessaires à la réalisation du don d'organes après la prestation de l'AMM sont énoncées à l'annexe 9.

Don d'organes et de tissus dans le contexte de l'aide médicale à mourir : étude de cas d'une patiente hospitalisée*

Remarque : Chaque donneur potentiel représente un cas unique. La présente étude de cas établit une ligne de temps approximative.

Date et heure	Événement
Mardi, 13 h 30	Une femme de 50 ans atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA) à un stade avancé est hospitalisée à l'unité de médecine interne pour une pneumonie. La demande d'AMM est déposée et l'admissibilité est confirmée par un médecin. Aucune date/heure n'est fixée pour la prestation de l'AMM. Le coordonnateur de l'AMM avise le RTDV de l'arrivée d'une candidate potentielle à l'AMM.
Mardi, 15 h	Le coordonnateur de l'AMM avise le RTDV qu'un second médecin a confirmé l'admissibilité.
Mardi, 16 h	Le coordonnateur de l'AMM communique avec le MTR pour discuter du programme de soins. L'approche est planifiée.
Mardi, 16 h 30	Le MTR informe la patiente qu'un coordonnateur du RTDV aimerait discuter avec elle de la possibilité d'un don. Il est mutuellement convenu que cette conversation aura lieu mercredi à 9 h.
Mercredi, 8 h	Le coordonnateur du RTDV arrive sur les lieux pour effectuer un examen minutieux du dossier dans le but de vérifier qu'il n'existe aucun facteur de confusion associé au don.
Mercredi, 9 h	Le MTR présente le coordonnateur du RTDV à la patiente et demeure présent pendant la discussion sur le don qui est menée par le coordonnateur du RTDV. Le consentement écrit est obtenu concernant le don et l'introduction d'un cathéter artériel. Le coordonnateur du RTDV remplit avec la patiente un questionnaire sur les antécédents médicaux et sociaux de celle-ci. Le MTR informe le coordonnateur du RTDV que la prestation de l'AMM est prévue pour vendredi à 10 h.
Mercredi, 10 h	Le coordonnateur du RTDV passe en revue les tests qui doivent être faits pour déterminer l'adaptation des organes et leur attribution. Le coordonnateur du RTDV discute avec le MTR de la nécessité d'introduire un cathéter artériel.
Mercredi, 10 h 30	Conjointement avec le coordonnateur du RTDV, le MTR appelle le Bureau du coroner en chef et parle avec un membre du personnel infirmier chargé d'enquêter sur l'AMM. Le membre du personnel infirmier enquêteur examine le dossier et autorise le don. Le coordonnateur du RTDV remplit le formulaire <i>Permission du coroner/pathologiste judiciaire</i> , lequel est ensuite inclus dans le dossier du patient. Consultez l'annexe 7.
Mercredi, de 12 h à 18 h	Le RTDV demande que des échantillons de sang soient pris aux fins de la sérologie et du typage HLA (typage tissulaire). Des tests propres aux organes particuliers sont effectués, p. ex., radiographie pulmonaire, analyses sanguines, uroculture, hémoculture.
De mercredi, 18 h, à jeudi, 8 h	L'attribution des organes est effectuée à l'aide des algorithmes de l'Ontario afin de sélectionner les receveurs. Les appels téléphoniques sont faits et les organes sont offerts aux programmes de transplantation.
Jeudi, de 9 h à 16 h	D'autres tests propres aux organes particuliers sont effectués, p. ex., une échographie abdominale. Le foie et les poumons sont acceptés par les programmes de transplantation respectifs. Les tissus sont offerts aux banques de tissus. Les yeux sont acceptés en vue d'une transplantation. Le coordonnateur du RTDV confirme l'information suivante : <ul style="list-style-type: none"> • L'endroit et l'heure de la prestation de l'AMM. La salle d'opération est réservée; • Les deux médecins qui constateront le décès après la prestation de l'AMM; • La disponibilité d'un anesthésiologiste (ou délégué) qui intubera la patiente après le décès, étant donné que les poumons seront prélevés aux fins d'une transplantation; • L'heure de l'introduction du cathéter artériel; • Le dosage de l'héparine et l'ordonnance du MTR.
Vendredi, 9 h	Les équipes de prélèvement chirurgical arrivent à l'hôpital et effectuent les préparatifs conjointement avec l'équipe affectée à la salle d'opération.
Vendredi, 9 h 30	La patiente est transportée dans la salle où se déroulera la prestation de l'AMM et le cathéter artériel est introduit.

Vendredi, 10 h	Le fournisseur de l'AMM administre l'héparine, puis les médicaments associés à la prestation de l'AMM. Le décès cardiocirculatoire est constaté et la patiente est transportée dans la salle d'opération aux fins du prélèvement des organes.
Vendredi, 10 h 15	Le prélèvement des organes commence. On planifie le prélèvement des yeux à la morgue, après le prélèvement des organes.
Samedi, 9 h	Le coordonnateur du RTDV appelle la famille si elle en a fait la demande, et lui fournit de l'information générale sur le résultat du don.

***L'hospitalisation est nécessaire pour effectuer le prélèvement des organes. Si le candidat à l'AMM n'est pas hospitalisé au moment de la notification du RTDV, le coordonnateur du RTDV et le MTR du patient doivent discuter de l'hospitalisation éventuelle du patient une fois qu'il a consenti au don d'organes et de tissus. L'équipe médicale de soutien au don d'organes et de tissus du RTDV est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour toute consultation à la demande du MTR.**

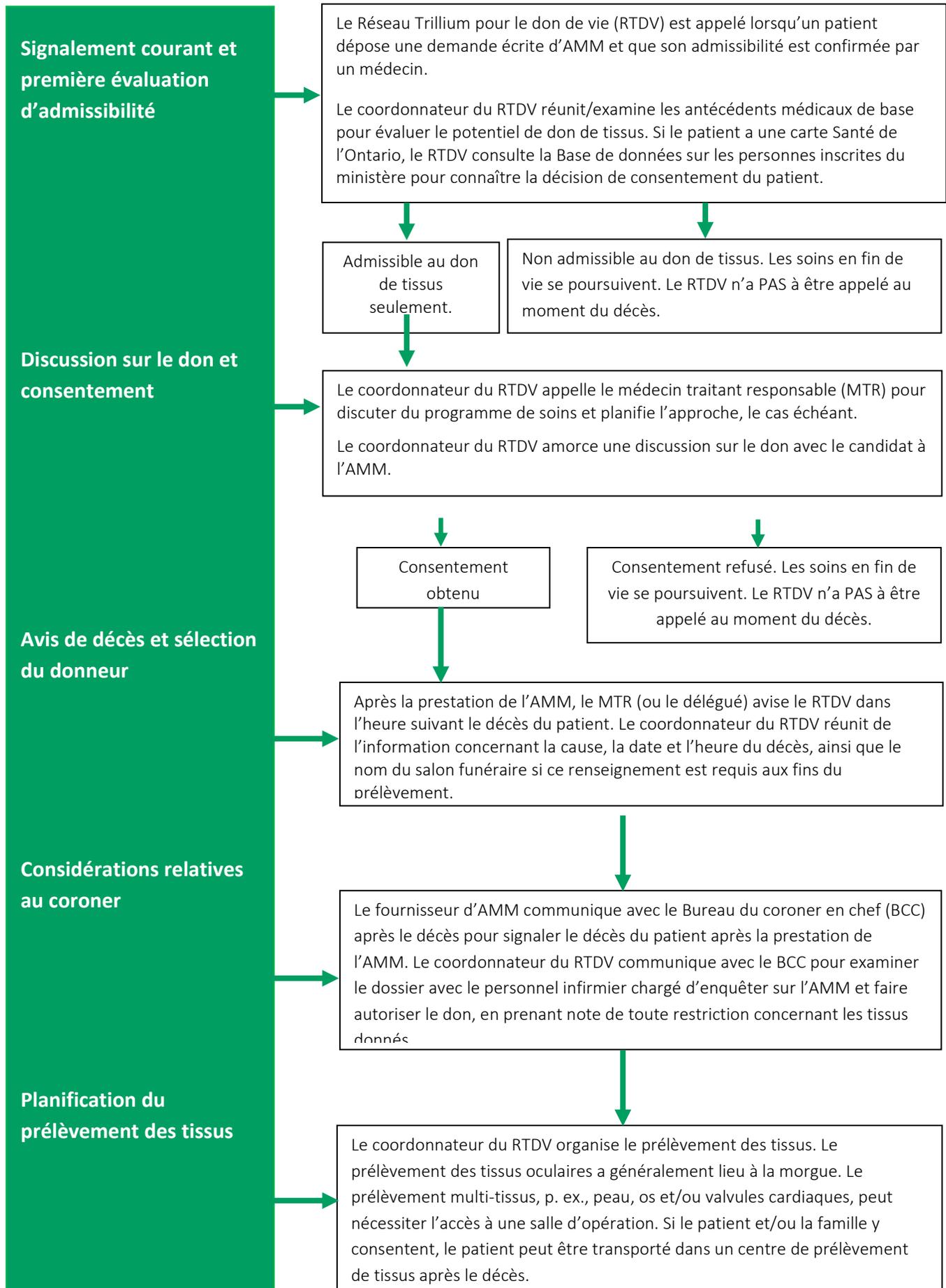
Section deux

Don de tissus seulement

Pour expliquer les activités associées à la prestation de l'AMM et au don de tissus seulement, nous avons divisé le processus en cinq étapes :

1. Processus de signalement courant
2. Discussion sur le don et consentement
3. Avis de décès et sélection du donneur
4. Considérations relatives au coroner
5. Planification du prélèvement des tissus

Pour favoriser la compréhension du processus, un algorithme suivi d'un tableau détaillé des activités associées à chaque étape, ainsi qu'une étude de cas comportant une ligne de temps approximative sont reproduits aux pages suivantes.



<p>d) Planification de l'approche</p>	<p>demande à connaître les antécédents médicaux du patient et les renseignements pertinents concernant l'état de santé actuel et l'évolution de la maladie du patient.</p> <p>S'il existe une possibilité de don de tissus, outre les données démographiques requises et l'information sur la sélection préliminaire, le RTDV demande les renseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • État de la demande d'AMM; • Nom du médecin traitant responsable au moment de la notification; • Lieu où se trouvait le patient au moment de la notification; • Lieu de la prestation prévue de l'AMM, s'il est connu; • Date et heure de la prestation prévue de l'AMM, si elles sont connues. <p>Si le patient est admissible au don de tissus, le coordonnateur du RTDV organise un appel auquel participent le MTR et les autres membres de l'équipe soignante que le MTR juge opportun d'inclure, afin de discuter du programme de soins. Le cas échéant, l'approche est planifiée de manière à réduire tout inconfort au minimum et à respecter les désirs du patient. Si le patient n'est pas hospitalisé lors de la notification du RTDV, on détermine le meilleur moyen d'amorcer la discussion concernant le don. L'équipe médicale de soutien au don est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour toute consultation à la demande du MTR.</p>
<p>2. Discussion sur le don et consentement</p>	<p>Dans la mesure du possible, le coordonnateur du RTDV discute du don directement avec le patient au téléphone. Cependant, le patient peut confier à son remplaçant le soin d'avoir cette conversation, le cas échéant. Si les circonstances semblent le justifier, un coordonnateur du RTDV peut être envoyé sur place afin de discuter du don en personne à l'hôpital.</p> <p>Si le patient préfère que son remplaçant s'occupe du processus de consentement après son décès, le coordonnateur du RTDV désigne la personne la plus apte à recueillir le consentement et les antécédents médicaux et sociaux du patient après le décès.</p>
<p>3. Avis de décès et sélection du donneur</p>	<p>Pour que le don de tissus puisse avoir lieu, le fournisseur d'AMM ou son délégué doit aviser le RTDV dans l'heure qui suit le décès du patient. De plus amples renseignements peuvent être demandés afin de déterminer l'adaptation au don et d'offrir les tissus aux banques de tissus.</p> <p>Le coordonnateur du RTDV obtient et consigne également l'information suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cause du décès; • Date et heure du décès; • Nom du salon funéraire, si ce renseignement est nécessaire en vue du prélèvement.

	<p>Le coordonnateur du RTDV télécopie le formulaire intitulé <i>Formulaire de remise du corps</i> (annexe 10) à l'hôpital; ce formulaire est placé sur le linceul du patient avant que ce dernier soit transporté à la morgue.</p> <p>Mesures visant à maintenir l'intégrité des tissus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verser des gouttes dans les yeux; • Vérifier que les paupières sont fermées; • Soulever la tête à 30 degrés; • Transporter dès que possible le corps dans un lieu réfrigéré, p. ex., la morgue; Déterminer ou préciser l'endroit où sera conservé le dossier du patient, p. ex., à l'unité de soins, au service des admissions, avec les dossiers de santé.
<p>4. Considérations relatives au coroner</p>	<p>Le fournisseur d'AMM doit signaler tous les décès survenus dans le contexte de l'AMM en communiquant avec le Bureau du coroner en chef (BCC) après la prestation de l'AMM. L'équipe de l'AMM reçoit le signalement des décès survenus après l'AMM et examine chaque cas pour déterminer s'il y a lieu d'enquêter.</p> <p>En ce qui concerne les décès survenus après l'AMM et précédant un don de tissus, le coordonnateur du RTDV communique avec le BCC et demande à parler à un membre du personnel infirmier enquêteur qui a examiné le cas signalé par le fournisseur d'AMM. Le personnel infirmier qui enquête sur les circonstances de l'AMM est autorisé à accorder la permission d'effectuer le don. Le coordonnateur du RTDV remplit le formulaire <i>Permission du coroner/pathologiste judiciaire</i> (annexe 7) en indiquant toute restriction quant aux tissus à donner, et télécopie ce formulaire à l'hôpital, qui inclut cette copie dans le dossier du patient.</p>
<p>5. Planification du prélèvement des tissus</p>	<p>Prélèvement de tissus oculaires</p> <p>Le coordonnateur du RTDV se charge d'organiser le prélèvement des yeux. Ce prélèvement peut être fait à la morgue, au salon funéraire ou dans la salle d'opération si le patient donne plusieurs types de tissus. Un examen du dossier et un examen physique sont effectués avant l'opération. Après les préparatifs et le drapage de la zone oculaire, le prélèvement a lieu.</p> <p>Prélèvement multi-tissus</p> <p>Au cours d'une intervention multi-tissus, on prélève par exemple les yeux, les os, la peau et les valvules cardiaques. Si le patient donne aussi des organes, le prélèvement des tissus s'effectue après celui des organes. Le lieu privilégié pour le prélèvement multi-tissus est la salle de prélèvement de tissus du Complexe des sciences judiciaires et du coroner, situé à Toronto. Lorsqu'il est impossible de transporter le patient jusqu'à cette salle ou dans une autre installation, le coordonnateur du RTDV communique avec l'hôpital afin de réserver une salle d'opération expressément aux fins du prélèvement multi-tissus.</p>

	<p>Le prélèvement multi-tissus est une intervention aseptique qui doit se dérouler dans une salle d'opération. Il peut durer de quatre à huit heures, selon le type et la quantité de tissus prélevés. Le prélèvement n'exige pas de personnel supplémentaire, mais une personne-ressource doit se trouver dans la salle d'opération pour orienter l'équipe de prélèvement et indiquer l'emplacement de la machine à glace. Tous les membres de l'équipe doivent veiller à ce que le corps soit traité avec respect en tout temps pendant l'intervention.</p>
--	---

Les ressources nécessaires à la réalisation du don de tissus après la prestation de l'AMM sont énoncées à l'annexe 11.

Don de tissus dans le contexte de l'aide médicale à mourir : étude de cas d'une patiente hospitalisée*

Date et heure	Événement
Jeudi, 10 h 30	Une femme de 70 ans atteinte de cancer de l'intestin en phase terminale est hospitalisée au service d'oncologie et a déposé une demande d'AMM. Sa demande est approuvée après que deux médecins confirment qu'elle répond aux critères d'admissibilité. L'infirmière de chevet avise le RTDV et informe le coordonnateur du RTDV que la prestation de l'AMM est prévue pour le mardi suivant. Le coordonnateur du RTDV effectue le premier test d'admissibilité médicale et détermine que la patiente est admissible au don de tissus.
Jeudi, 11 h 15	Le coordonnateur du RTDV communique avec le MTR de la patiente afin de connaître le programme de soins et planifier l'approche.
Jeudi, 13 h 15	Le coordonnateur du RTDV appelle la patiente et discute avec elle de la possibilité de faire un don de tissus après la prestation de l'AMM*. Le consentement est obtenu et le questionnaire sur les antécédents médicaux et sociaux est rempli au cours de l'appel téléphonique. La famille est au courant de la décision de la patiente et reçoit des réponses à toutes ses questions. Des directives sont envoyées au MTR pour qu'il prévienne le RTDV dans l'heure suivant le décès, après la prestation de l'AMM.
Mardi, 16 h 30	L'AMM est fournie à la patiente; le décès est constaté à 16 h 30. Le fournisseur d'AMM avise le personnel infirmier enquêteur du Bureau du coroner en chef (BCC) que la patiente est décédée suite à la prestation de l'AMM.
Mardi, 17 h	Le coordonnateur de l'AMM appelle le RTDV et communique l'heure du décès de la patiente au coordonnateur du RTDV. Le coordonnateur du RTDV télécopie le formulaire intitulé <i>Formulaire de remise du corps</i> (annexe 10) à l'hôpital; ce formulaire est placé sur le linceul de la patiente avant que cette dernière soit transportée à la morgue.
Mardi, 17 h 30	Le coordonnateur du RTDV communique avec le BCC, confirme que le consentement au don de tissus a été reçu et demande à parler à un membre du personnel infirmier chargé d'enquêter sur l'AMM. Le personnel infirmier enquêteur accorde la permission d'effectuer le don de tissus sans restriction quant aux tissus à prélever. Le coordonnateur du RTDV remplit le formulaire <i>Permission du coroner/pathologiste judiciaire</i> (annexe 7) et télécopie ce formulaire à l'hôpital, qui inclut cette copie dans le dossier de la patiente.
Mardi, 18 h 30	Tous les tissus admissibles visés par le consentement sont examinés et offerts aux banques de tissus concernées. La Eye Bank of Canada accepte les tissus des deux yeux aux fins d'une transplantation.
Mardi, 18 h 45	Le coordonnateur du RTDV prend des dispositions pour qu'un coordonnateur du prélèvement de tissus du RTDV effectue le prélèvement des tissus oculaires de la patiente à la morgue de l'hôpital**.
Mardi, 23 h	Le prélèvement des tissus est fait selon le protocole de l'hôpital.

***La patiente peut confier à son remplaçant le soin d'avoir cette conversation, le cas échéant. Si les circonstances semblent le justifier, un coordonnateur du RTDV peut être envoyé sur place afin d'approcher la patiente en personne à l'hôpital.**

****Si des dons d'os, de peau et/ou de valvules cardiaques sont acceptés, le lieu privilégié pour le prélèvement est la salle de prélèvement de tissus du Complexe des sciences judiciaires et du coroner, situé à Toronto. S'il est impossible de transporter la patiente jusqu'à cette salle ou dans une autre installation, le coordonnateur du RTDV communique avec l'hôpital afin de réserver une salle d'opération expressément aux fins du prélèvement multi-tissus.**

Glossaire

Aide médicale à mourir (AMM)

Le terme « aide médicale à mourir » désigne le fait pour un médecin ou un infirmier praticien

- a) D'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort, ou
- b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort.

Arrêt du traitement de maintien des fonctions vitales (TMFV)

Cessation des interventions visant à maintenir les fonctions vitales, lorsque ces interventions ne sont plus bénéfiques au patient, ou lorsque le patient ou son remplaçant retire son consentement au traitement. Après l'arrêt du TMFV, les interventions ne sont pas rétablies, même si l'état du patient se détériore. Cette mesure se distingue de la réduction du niveau de soutien apporté au patient à mesure que l'état de celui-ci s'améliore (sevrage) et de la continuation du soutien médical visant à préserver la possibilité d'un don d'organe.

Coordonnateur du RTDV

Spécialiste des dons qui est à l'emploi du RTDV et qui s'occupe d'évaluer l'admissibilité au don d'organes et de tissus, d'appuyer les patients, les familles et les professionnels de la santé, et d'organiser le prélèvement des organes et des tissus.

Décision de consentement des donneurs inscrits

La décision de consentement au don d'organes et de tissus est inscrite dans la base de données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP). Lorsqu'il reçoit un avis d'un hôpital, le RTDV accède à la base de données de l'OHIP pour y trouver l'information associée à la carte Santé du patient. Veuillez consulter l'annexe 12 pour en savoir davantage sur les décisions de consentement des donneurs inscrits.

Directeur des opérations

Dans un hôpital désigné, le directeur des opérations est appelé à fournir un leadership opérationnel et à devenir le champion du programme de dons d'organes et de tissus. Le directeur des opérations exerce des fonctions de directeur/gestionnaire et est responsable du service des soins intensifs.

Directeur général

Dans un hôpital désigné, un directeur général est nommé pour parrainer le programme de dons d'organes et de tissus. Le directeur général exerce les fonctions de vice-président des programmes et services aux patients ou occupe un poste similaire, et fait partie de l'équipe du leadership exécutif.

Don après détermination du décès cardiocirculatoire (DDC)

Prélèvement et don d'organes et de tissus suite à la détermination du décès cardiocirculatoire, après l'arrêt du traitement de maintien des fonctions vitales (TMFV). La DDC a lieu seulement lorsque l'arrêt du TMFV est mutuellement convenu, que le consentement au don est obtenu et que le don est planifié avant l'arrêt du TMFV.

Don après la prestation de l'aide médicale à mourir

Prélèvement et don d'organes et de tissus suite à la détermination du décès cardiocirculatoire, après la prestation de l'AMM. Ce processus se déroule exactement comme celui du don effectué suite à l'arrêt du TMFV, après détermination du décès cardiocirculatoire.

Donneur potentiel

Organes et tissus

Patient atteint de lésions ou d'une maladie incurables, ou de dommages neurologiques irrémédiables, qui se trouve sous ventilation artificielle (effractive ou non effractive), ou

Patient se trouvant sous ventilation artificielle (effractive ou non effractive) et au sujet duquel une discussion est envisagée ou a eu lieu concernant l'arrêt du traitement de maintien des fonctions vitales ou la réduction du traitement, y compris tout patient en fin de vie et dépendant du ventilateur (p. ex., SLA), ou

Patient dont l'admissibilité à l'AMM est confirmée.

Tissus seulement

Patient décédé dans l'un des services d'un hôpital.

Remarque : Seul le RTDV, conjointement avec les banques de tissus et de transplantation respectives, est apte à déterminer l'admissibilité d'un patient au don. Le personnel hospitalier et les médecins ne doivent pas considérer un patient comme inadmissible au point de vue médical s'il n'y a eu aucune communication avec le RTDV.

Équipe de don

Selon la définition d'Agrément Canada, l'équipe de don comprend le coordonnateur des services de dons (qui peut être employé par une organisation d'acheminement des organes [OAO]) et des membres de l'équipe soignante de l'hôpital.

Médecin de soutien au don

Sous les ordres directs du médecin en chef du RTDV, le médecin de soutien au don fait la promotion d'une culture de don en Ontario. Il oriente, dirige, conseille et appuie le personnel du RTDV et le personnel infirmier de chevet dans les hôpitaux en faisant partie d'une équipe d'assistance téléphonique qui est de garde 24 h sur 24, 7 jours sur 7. Le médecin de soutien au don sert de

personne-ressource en matière de soins cliniques afin d'améliorer toutes les facettes du don et de maximiser les possibilités de don et de transplantation.

Médecin spécialiste des dons en milieu hospitalier (appelé médecin champion dans les plus petits centres)

Dans un hôpital désigné, un médecin spécialiste des dons en milieu hospitalier est nommé pour fournir un leadership médical et être le champion du programme de dons d'organes et de tissus. Il occupe habituellement le poste d'intensiviste/interniste au service des soins intensifs. Le médecin spécialiste des dons en milieu hospitalier veille à ce que les médecins de l'hôpital soient au courant des exigences concernant l'avis et le consentement en vertu de la Loi sur le RTDV. De concert avec le directeur général et le directeur des opérations, il assure l'harmonisation des politiques et des pratiques de don dans toute l'organisation. Il préconise des pratiques optimales et s'assure qu'un programme de don efficace est établi et intégré dans des soins de qualité en fin de vie. Ces mesures ont pour but de permettre d'offrir aux patients et aux familles la possibilité de faire un don.

Notification

Le fait d'aviser le RTDV de la présence d'un donneur potentiel. Pour les hôpitaux désignés, la notification s'appelle aussi « signalement courant ».

Remplaçant/autre décideur

Personne ayant l'autorisation légale de consentir au don, selon la définition énoncée dans la Loi sur le RTDV. Ce consentement peut aussi être appelé consentement substitué.

Consentement relatif à la transplantation

3. (1) La personne qui a atteint l'âge de seize ans, qui jouit de toutes ses facultés mentales en ce qui concerne le consentement et qui peut décider librement et en connaissance de cause peut consentir, dans un écrit signé de sa main, à ce que le tissu désigné dans le consentement soit prélevé sans délai de son corps pour être implanté dans celui d'une autre personne vivante. L.R.O. 1990, chap. H.20, par. 3 (1).

Dans l'ordre de priorité décroissant, le décideur substitut du patient est :

- a) le conjoint du patient ou son partenaire de même sexe*; ou
- b) en l'absence de conjoint ou de partenaire de même sexe, l'un des enfants du patient; ou
- c) en l'absence du conjoint ou des enfants, ou si ceux-ci ne sont pas immédiatement disponibles, le père ou la mère du patient; ou
- d) en l'absence du père ou de la mère ou si ceux-ci ne sont pas immédiatement disponibles, un frère ou une sœur; ou
- e) en l'absence de frères ou de sœurs ou si ceux-ci ne sont pas immédiatement disponibles, l'un de ses plus proches parents; ou
- f) en l'absence de proches parents ou si ceux-ci ne sont pas immédiatement disponibles, la personne légalement en possession du corps (p. ex. l'exécuteur testamentaire ou

l'administrateur de la succession), autre que l'administrateur en chef de l'hôpital si la personne est décédée à l'hôpital.

*« Conjoint » ou « partenaire de même sexe » s'entend d'une personne : a) soit à laquelle la personne est mariée; b) soit avec laquelle la personne vit, ou vivait immédiatement avant son décès, dans une union conjugale hors du mariage, si les deux personnes, selon le cas : (i) ont cohabité pendant au moins un an, (ii) sont les parents du même enfant, (iii) ont conclu un accord de cohabitation en vertu de l'article 53 de la *Loi sur le droit de la famille*.

Responsable médical régional (RMR)

Sous les ordres directs du médecin en chef du RTDV, le RMR fait la promotion d'une culture de don en Ontario et favorise une approche étendue à l'ensemble du système en ce qui concerne la planification et la mise en œuvre des activités liées au don. Les RMR se partagent la responsabilité du rendement des hôpitaux en matière de don et travaillent à l'échelle régionale pour comprendre les besoins du personnel médical et d'autres parties en veillant à cerner les problèmes de politique ou de procédure, et pour informer les médecins et d'autres personnes au sujet des pratiques optimales de don.

Signalement courant

Les hôpitaux qui sont désignés par le RTDV sont tenus de respecter les dispositions sur l'avis qui sont énoncées à la Partie II.1, Avis et consentement de la Loi sur le RTDV, et doivent signaler au RTDV :

- a) Les patients qui montrent des indicateurs de risque élevé de décès imminent, ou
- b) Un décès ou l'heure d'un décès dans un délai d'une heure.

Taux de signalement courant

Taux global de conformité aux exigences prévues par la loi concernant l'obligation de signaler au RTDV le décès ou le décès imminent d'un patient. Il s'agit du pourcentage de tous les cas signalés au RTDV par rapport au nombre total de cas qui auraient dû être signalés au RTDV. Pour en savoir davantage, veuillez vous reporter à la page des rapports publics du site Web du RTDV à l'adresse <https://www.giftoflife.on.ca/fr/publicreporting.htm#donors-cal>.

Références

Conseil canadien pour le don et la transplantation. *La prise en charge des donneurs d'organes au Canada : recommandations du forum « Optimiser le maintien du donneur afin d'accroître le nombre d'organes admissibles pour la transplantation »*. Du 23 au 25 février 2004, Mont-Tremblant (Québec), 2004.

Loi sur les coroners, L.R.O. 1990, chapitre 37.

Loi sur le droit de la famille, L.R.O. 1990, chapitre F.3.

Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé, L.O. 1996, chapitre 2.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2016). *L'aide médicale à mourir*, site consulté le 1^{er} mars 2018 à l'adresse <http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/maid/default.aspx>.

Shemie, S.D., A.J. Baker, G. Knoll, W. Wall, G. Rocker, D. Howes *et al.* (2006). *Recommandations nationales pour le don après un décès d'origine cardiocirculatoire*. Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 175, n° 8 (suppl.), S1-S24.

Réseau Trillium pour le don de vie. *Organ and Tissue Donation Program Development Toolkit: A tool to assist hospitals with the process of organ and tissue donation*. Auteur : Ontario, 2014.

Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie, L.R.O. 1990, chapitre H.20.

Annexes

Annexe 1 – Le don dans le contexte de l'aide médicale à mourir : foire aux questions pour les patients

Qui est le Réseau Trillium pour le don de vie?

Le Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) est un organisme ontarien qui est chargé de coordonner les dons et les transplantations d'organes et de tissus.

Est-il quand même possible de faire un don d'organes ou de tissus si je choisis de recevoir l'aide médicale à mourir?

Les personnes qui optent pour l'aide médicale à mourir peuvent quand même sauver des vies en faisant un don d'organes ou de tissus. Votre admissibilité au don sera déterminée d'après votre état de santé, votre diagnostic et vos antécédents.

À qui dois-je faire savoir que je m'intéresse au don d'organes et/ou de tissus? Il importe de mettre votre famille et le professionnel de la santé au courant de votre décision de faire un don dans le cadre du processus de l'aide médicale à mourir afin que le RTDV soit contacté en votre nom. Lorsque vous aurez communiqué votre désir de faire un don, le RTDV collaborera avec vous et votre professionnel de la santé pour déterminer comment faire respecter votre décision.

Si j'ai consenti au don d'organes et/ou de tissus, puis-je encore changer d'idée concernant l'aide médicale à mourir? Quelles que soient les circonstances, vous pouvez retirer en tout temps votre demande d'aide médicale à mourir, votre consentement au don, ou les deux. La décision de faire un don est entièrement indépendante de la décision de recevoir l'aide médicale à mourir, et rien ne vous oblige à faire l'un ou l'autre.

Quel sera l'effet du don d'organes et/ou de tissus sur ma décision de demander l'aide médicale à mourir? Selon votre admissibilité sur le plan médical, vous devrez peut-être modifier ce que vous avez déjà prévu concernant l'aide médicale à mourir afin de pouvoir faire un don. Votre décision de donner des organes et/ou des tissus après votre décès n'aura aucun effet sur votre traitement médical, mais vous devrez prendre certains points en considération lorsque vous discuterez de vos projets avec le professionnel de la santé.

L'endroit prévu pour l'aide médicale à mourir ne sera pas modifié en raison de votre désir de faire un don de tissus. Cependant, si vous avez consenti au don de tissus et que vous y êtes admissible, vous serez transporté dans un endroit désigné afin de faciliter l'intervention après votre décès. En ce qui concerne le don d'organe, l'aide médicale à mourir doit être fournie dans un hôpital, où votre famille et vos amis pourront quand même être présents. Aux fins du don d'organes, les médicaments associés à l'aide médicale à mourir doivent être administrés par intraveineuse (IV). Vous ne serez donc pas admissible au don d'organe si vous choisissez de vous administrer vous-même les médicaments par voie orale.

Afin de déterminer l'admissibilité médicale au don, certains tests additionnels seront nécessaires, par exemple l'introduction d'une ligne intraveineuse (IV), des analyses sanguines de routine ou des tests diagnostiques tels que des radiographies. Les premiers tests d'adaptation pourront se

dérouler à l'hôpital ou dans une unité de soins ambulatoires. Pour faciliter le prélèvement des organes, l'hospitalisation doit avoir lieu avant la prestation de l'aide médicale à mourir. Il est suggéré d'hospitaliser le patient un ou deux jours avant la prestation de l'aide médicale à mourir.

Ma décision de faire un don et de demander l'aide médicale à mourir sera-t-elle tenue confidentielle?

Le don est confidentiel et le RTDV ne divulguera pas votre décision sans votre consentement. Votre principal professionnel de la santé, le personnel du RTDV et les responsables des programmes de transplantation seront au courant du don et des circonstances de votre maladie et de votre décès. Le Bureau du coroner en chef est également avisé lorsqu'un don est effectué dans le contexte de l'aide médicale à mourir.

À quel moment le don aura-t-il lieu?

Le don d'organes et de tissus aura lieu seulement après votre décès suite à l'aide médicale à mourir.

Est-ce que je ressentirai plus de douleur?

Non. Votre consentement au don d'organes et/ou de tissus ne changera ni les soins médicaux qui vous seront fournis avant le décès, ni les médicaments administrés pendant la prestation de l'aide médicale à mourir.

Ma famille peut-elle participer à la discussion sur le don?

Vos parents et amis pourront être présents lorsque vous discuterez du don avec un expert en la matière du RTDV.

Puis-je décider de faire un don même si je ne souhaite pas être hospitalisé?

Selon votre admissibilité médicale, vous pouvez donner des tissus tels que les yeux, les os, la peau et les valvules cardiaques sans changer le lieu prévu pour la prestation de l'aide médicale à mourir.

Annexe 2 – Le don dans le contexte de l'aide médicale à mourir : foire aux questions pour les hôpitaux désignés, les établissements de santé et les professionnels de la santé

Un patient qui reçoit l'aide médicale à mourir doit-il être signalé au RTDV en vertu de la *Loi sur le Réseau Trillium pour le don de vie*?

Oui. En vertu de la Loi sur le RTDV, les hôpitaux désignés sont tenus de signaler tous les décès, y compris les décès planifiés et les décès imminents.

REMARQUE : LE SIGNALEMENT NE SIGNIFIE PAS QUE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AURA LIEU NI QU'UNE APPROCHE SERA FAITE; LE RTDV TRAVAILLE EN ÉTROITE COLLABORATION AVEC LE CLINICIEN PRINCIPAL POUR DÉTERMINER LA MEILLEURE LIGNE DE CONDUITE DANS CHAQUE CIRCONSTANCE.

Les patients recevant l'aide médicale à mourir sont-ils admissibles au don d'organes et de tissus?

Oui. Chaque fois que le RTDV reçoit un signalement, le patient est évalué pour déterminer son admissibilité au don d'organes et de tissus au cas par cas.

À quel moment le RTDV est-il avisé qu'un patient a amorcé le processus d'aide médicale à mourir?

Une fois que la demande écrite est reçue et qu'un médecin a confirmé que le patient répond aux critères d'admissibilité, le clinicien principal doit communiquer avec le RTDV pour évaluer l'admissibilité au don.

Pourquoi le RTDV doit-il être avisé après que la demande d'aide médicale à mourir est reçue par écrit, et non plus tard au cours du processus?

Certains patients ont indiqué qu'ils désiraient se renseigner tôt au sujet de la possibilité de don, et ceux qui veulent faire un don ont besoin d'information concernant les types de don, étant donné que leur choix peut influencer sur la planification des soins qu'ils recevront en fin de vie. Si la notification a lieu plus tard au cours du processus d'aide médicale à mourir, il peut être plus difficile de respecter les volontés d'un patient qui souhaite aider les autres en faisant un don d'organes et de tissus. Les patients doivent posséder tous les renseignements pertinents pour pouvoir prendre la décision qui leur convient le mieux.

Si le patient est admissible au don, en quoi cela peut-il changer le lieu de la prestation de l'aide médicale à mourir?

Les patients qui reçoivent l'aide médicale à mourir ont plus de chances d'être admissibles au don de tissus qu'au don d'organes. Le lieu prévu pour la prestation de l'aide médicale à mourir n'a pas à changer dans le cas d'un don de tissus. Afin de faciliter le prélèvement, les patients admissibles qui ont consenti au don de tissus seront transportés dans un endroit propice au prélèvement des tissus après leur décès.

Pour certains patients recevant l'aide médicale à mourir, le don d'organe est quand même possible. La prestation de l'aide médicale à mourir doit avoir lieu à l'hôpital. Le signalement fait après le dépôt de la demande par écrit permet de déterminer l'admissibilité du patient au don d'organe, et l'aptitude des hôpitaux situés près du domicile du patient à réaliser le processus du don d'organe.

Si le patient est admissible au don d'organe, en quoi cela peut-il modifier la prestation de l'aide médicale à mourir?

Aux fins du don d'organe, le décès doit se produire à l'hôpital, non loin d'une salle d'opération où une surveillance peut être faite, p. ex., l'unité de soins en phase critique ou la salle de prélèvement. Le don d'organe peut avoir lieu seulement si un protocole d'administration de médicaments par intraveineuse est entrepris par un clinicien lors de la prestation de l'aide médicale à mourir. Le patient n'est pas admissible au don d'organe s'il choisit de s'auto-administrer les médicaments par voie orale.

REMARQUE : LE PATIENT PEUT RETIRER SON CONSENTEMENT AU DON EN TOUT TEMPS.

Si le patient est admissible au don d'organe, en quoi consistent la sélection et les tests requis?

La sélection relative au don d'organe exige un certain nombre de tests visant à évaluer l'adaptation des organes. Ces tests peuvent être faits pendant l'hospitalisation du patient ou dans une unité de soins ambulatoires, et seront coordonnés de manière à causer le moins de dérangement possible au patient. Les tests requis peuvent notamment inclure :

- des analyses sanguines de routine;
- une radiographie pulmonaire;
- une échographie du foie et des reins.

La décision finale quant à l'adaptation de l'organe destiné à la transplantation est prise par les responsables de chaque programme de transplantation.

Comment le RTDV planifie-t-il la discussion relative au don/l'approche du patient avec le clinicien principal?

Un coordonnateur spécialisé du RTDV collabore avec le clinicien principal dès que le premier signalement est fait et par la suite pour :

- connaître le déroulement et le moment choisi pour le processus d'aide médicale à mourir;
- évaluer les antécédents médicaux du patient avant de l'approcher afin de déterminer son admissibilité au don;
- planifier une discussion relative au don avec le patient, en veillant à entraver le moins possible les désirs du patient et à respecter ses volontés.

Qui communique avec le Bureau du coroner en chef pour faire approuver le processus de don?

Une fois le consentement obtenu et conjointement avec le MTR, le coordonnateur du RTDV appelle le Bureau du coroner en chef (BCC) et confirme l'obtention du consentement au don potentiel d'organes et de tissus après la prestation de l'AMM. Le personnel infirmier chargé des enquêtes relatives à l'aide médicale à mourir examine le dossier et possède le pouvoir délégué d'autoriser le don. Dans toute circonstance où le patient est admissible au don de tissus seulement, le RTDV communique avec le BCC une fois que le médecin traitant responsable l'a informé du décès du patient. Le personnel infirmier chargé des enquêtes relatives à l'aide médicale à mourir autorise le don et détermine s'il est opportun d'apporter toute restriction.

Annexe 3 – Le don dans le contexte de l'aide médicale à mourir : foire aux questions pour les hôpitaux désignés, les établissements de santé et les professionnels de la santé après le consentement au don

Le RTDV a pour mission de sauver et d'améliorer plus de vies grâce au don d'organes et de tissus en Ontario, et aide notamment les gens à réaliser leur désir de donner des organes et des tissus dans le contexte de l'aide médicale à mourir. Compte tenu de quelques modifications, le don effectué dans le contexte de l'aide médicale à mourir se déroule presque de la même manière que le don après détermination du décès cardiocirculatoire (DDC). Le présent document vise à fournir une orientation et à réduire au minimum toute divergence par rapport au processus standard de la mort médicalement assistée, afin que le don ait lieu de la façon la plus efficace et la moins perturbante possible pour le patient et l'équipe soignante.

Si le patient quitte son foyer pour être hospitalisé, dans quel service est-il admis?

Dans la mesure du possible, chaque hôpital doit respecter sa politique individuelle concernant le lieu d'hospitalisation. Au besoin, le RTDV collabore avec l'hôpital pour déterminer quel est le meilleur lieu d'hospitalisation. Idéalement, on choisit ce lieu à la fois en fonction des préférences du patient et de la proximité de la salle d'opération afin de faciliter la prestation de l'aide médicale à mourir et le don d'organe, plutôt que d'accepter simplement les indications d'un service ou d'un médecin.

À quel endroit l'aide médicale à mourir se déroule-t-elle?

Pour que le don d'organe ait lieu, le décès doit survenir à l'hôpital, non loin de la salle d'opération où il est possible d'effectuer la surveillance nécessaire. Il est recommandé de fournir l'AMM au même endroit que l'arrêt du traitement de maintien des fonctions vitales au cours du processus conventionnel de don après DDC, tel qu'il est énoncé dans la politique de l'hôpital concernant le DDC. Si l'hôpital dispose d'un lieu réservé à la prestation de l'aide médicale à mourir, situé près d'une salle d'opération et doté d'équipement de surveillance, il convient d'utiliser ce lieu dans le contexte du don d'organe effectué après la prestation de l'aide médicale à mourir.

Doit-on faire appel à l'équipe des soins en phase critique?

L'équipe des soins en phase critique est formée d'experts régionaux en matière de don. Le RTDV aide à organiser une consultation avec le médecin spécialiste des dons en milieu hospitalier afin que toutes les questions éventuelles reçoivent une réponse. Si le patient n'est pas hospitalisé au service des soins en phase critique, un médecin spécialiste des soins en phase critique pourra être appelé à introduire le cathéter artériel, au besoin.

Quel est le minimum d'analyses sanguines nécessaires pour évaluer l'adaptation d'un organe?

Un minimum d'analyses sanguines préliminaires (p. ex., groupe et dépistage, FSC, électrolytes, profil hépatique, etc.) est effectué une fois le consentement au don obtenu afin d'évaluer l'adaptation des organes et des tissus. Des échantillons sanguins sont également pris aux fins de la

sérologie et du groupage ALH. Le coordonnateur du RTDV veille à ce que les tests causent le moins de dérangement possible au patient.

Quels sont les autres tests qui peuvent se révéler nécessaires pour évaluer l'adaptation d'un organe?

Le coordonnateur du RTDV indique les tests additionnels qui sont requis pour évaluer l'adaptation d'un organe. Ces tests peuvent notamment inclure ceux-ci :

- Analyse d'urine
- Rapport albumine/créatinine dans l'urine
- Uroculture
- Radiographie pulmonaire
- Échographie abdominale

Aucune bronchoscopie avant le décès n'est nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'adaptation si les poumons sont pris en considération pour une transplantation. Cependant, une bronchoscopie peropératoire aura lieu après le décès pour confirmer que les poumons sont aptes à la transplantation.

La décision finale quant à l'adaptation des organes destinés à la transplantation est prise par les responsables de chaque programme de transplantation.

Quelles sont les autres analyses sanguines requises après que l'acceptation d'un organe est confirmée?

Une fois qu'un organe est accepté par une équipe de transplantation, et sous la direction du coordonnateur du RTDV, les tests additionnels suivants sont requis :

- Hémoculture (un ensemble)
- Nouvelles analyses sanguines préliminaires seulement à la demande de l'équipe de transplantation acceptant l'organe

Faut-il entreprendre la surveillance hémodynamique du patient?

Non. Si le patient est stable sur le plan hémodynamique, il n'est pas nécessaire d'entreprendre de surveillance hémodynamique avec effraction dans le cadre de la prise en charge normale du donneur. Les signes vitaux (FC, PA, T, SaO₂) et les volumes ingesta et excréta peuvent être surveillés au moins toutes les 12 heures ou aussi souvent que le personnel infirmier le juge nécessaire.

Pourquoi demande-t-on au fournisseur de l'aide médicale à mourir d'administrer une forte dose d'héparine avant le don d'organe?

L'administration d'héparine est courante pour tous les donneurs d'organe et accroît le nombre et la qualité des organes qui peuvent être donnés. Le coordonnateur du RTDV obtient le consentement éclairé du patient à l'administration d'héparine. La dose d'héparine est calculée par l'équipe de la transplantation et communiquée par l'intermédiaire du coordonnateur du RTDV. L'héparine est

administrée peu de temps (environ 5 minutes) avant les médicaments de l'AMM afin d'assurer sa circulation dans l'organisme.

Quel est le moyen le plus acceptable de constater le décès après la prestation de l'aide médicale à mourir?

Le constat du décès cardiocirculatoire est nécessaire à la réalisation du don d'organe après la prestation de l'aide médicale à mourir. La méthode privilégiée consiste à noter l'absence de pression différentielle à l'aide d'un cathéter artériel et l'absence de respiration par l'observation directe. Lorsque cesse la circulation spontanée, une période d'observation de cinq minutes sans intervention est respectée afin de confirmer l'absence durable de pression différentielle surveillée à l'aide du cathéter artériel, l'absence de respiration et l'absence de pouls palpable au début et à la fin de la période de cinq minutes. Si le patient ne désire pas de cathéter artériel ou si le cathéter artériel ne peut pas être introduit, l'équipe médicale de soutien au don du RTDV doit être consultée pour faire approuver une autre méthode acceptable de constat du décès.

En Ontario, la Loi sur le RTDV régit la procédure du don d'organes et de tissus, et stipule qu'aux fins de la transplantation post mortem, le décès doit être déterminé par deux médecins. L'un des médecins prenant part au constat du décès ne doit participer en aucune façon à l'approbation ou à la prestation de l'aide médicale à mourir.

S'il est aussi anesthésiologiste, le fournisseur de l'aide médicale à mourir peut-il procéder à l'intubation lorsque les poumons sont acceptés pour une transplantation?

Oui. Comme lorsque les poumons sont acceptés pour une transplantation après le processus conventionnel de détermination du décès cardiocirculatoire, si le fournisseur de l'aide médicale à mourir est anesthésiologiste, il peut intuber le patient aux fins du don des poumons après la mort médicalement assistée et le constat du décès par deux médecins.

L'anesthésiologiste devra également aider à la bronchoscopie peropératoire et à l'utilisation du respirateur pendant la période de prélèvement, jusqu'à ce que la trachée soit clampée. Des manœuvres de recrutement pulmonaire devront aussi être exécutées pendant toute la durée de l'intervention. La participation de l'anesthésiologiste dure moins d'une heure à partir du début du prélèvement d'organe.

Annexe 4 – Centre for Effective Practice : Ressource sur l'aide médicale à mourir

Dans le cadre de sa mission visant à réduire l'écart qui existe entre la théorie et la pratique pour les fournisseurs de soins de santé, le Centre for Effective Practice (CEP) offre une ressource appelée TheWell™. Le CEP est une organisation nationale sans but lucratif qui sert de catalyseur afin d'améliorer les résultats en matière de soins de la santé pour les Canadiens. TheWell™ est une ressource qui permet aux fournisseurs de soins d'accéder à des conseils et à des outils cliniques.

La ressource du CEP concernant l'AMM résume les exigences énoncées dans les lois fédérales et les directives émanant de divers ordres provinciaux, afin de les présenter en ordre logique pour aider les cliniciens lorsqu'un patient dépose une demande d'AMM. Cette ressource souligne aussi des points clés et recommande aux médecins et aux infirmiers praticiens des méthodes fondées sur de vastes consultations avec des organismes intervenants, des organismes de réglementation et des utilisateurs finaux.

L'outil complet sur l'AMM est accessible en ligne grâce au lien suivant : <https://thewellhealth.ca/maid/>.



Medical Assistance in Dying (MAID): Ontario

Table of Contents



INTRODUCTION: Full Pathway for MAID



SECTION 1: Patient Inquiry

- Explores the patient's motivations for the request
- Details Clinician requirements with respect to conscientious objections and patient referral



SECTION 2: Assessment of Patient Eligibility for MAID

- Defines eligibility criteria and provides resources to support eligibility assessments
- Outlines key considerations for the development of the MAID care plan

Introduction

Recent amendments made to Canada's *Criminal Code* establish a federal framework for the lawful provision of Medical Assistance in Dying (MAID).¹

MAID, as denoted by federal legislation,¹ refers to:

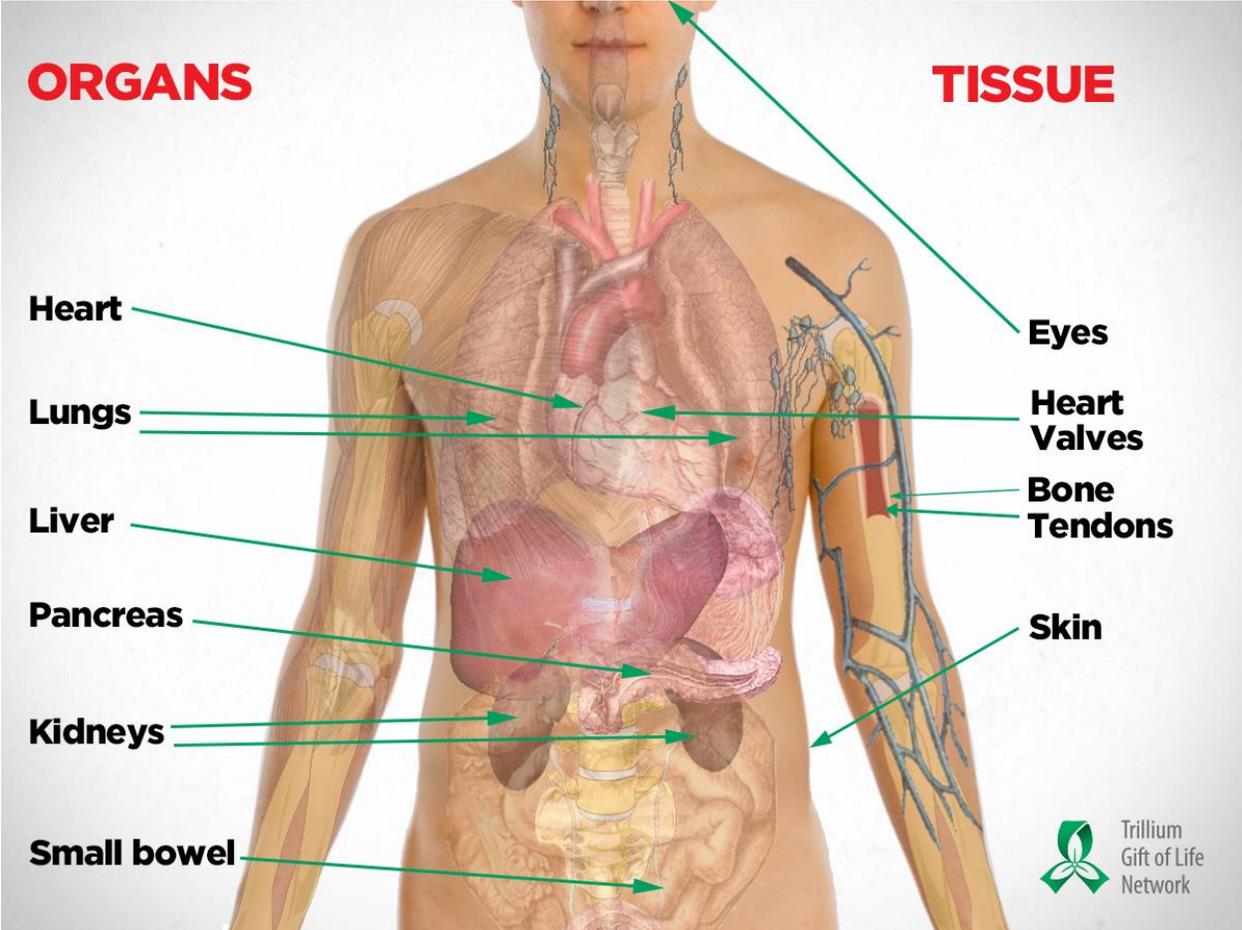
- The administering by a medical practitioner or nurse practitioner (NP) of a substance to a person, at their request, that causes their death; or
- The prescribing or providing by a medical practitioner or nurse practitioner of a substance to a person, at their request, so that they may self-administer the substance, and in doing so, cause their own death.

The Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) engaged the Centre for Effective Practice (CEP) to develop a resource to support Clinicians (medical and nurse practitioners) in the provision of MAID and to facilitate a consistent approach for the implementation of MAID within Ontario.

This resource highlights key considerations and recommends processes for the provision of MAID by Clinicians based on extensive consultations with key stakeholder organizations and regulatory bodies. It is intended to supplement, not circumvent, existing legal requirements, regulatory body requirements, or institutional processes that have been established.

While this resource is based on the best available information, there may be gaps in the process that cannot be addressed at this time. Every effort will be made to incorporate updates as new information becomes available.

Annexe 5 – Organes et tissus qui peuvent faire l’objet d’un don



Annexe 6 – Formulaire d’admission préalable à la prestation de l’AMM aux fins du signalement courant

Page 1

	<p>Medical Assistance in Dying (MAID): Pre-provision Intake Form for Routine Notification</p> <p>Call TGLN at 1-877-363-8456 or 416-363-4438</p> <p>Complete prior to calling & have the patient chart available, if applicable</p>
<p>1. Inform the TGLN coordinator immediately that this is a planned MAID provision</p> <p>2. Name of patient: _____ Contact #: _____</p> <p>3. Date of birth: DD __ MM __ YY __</p> <p>4. Gender: Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/></p> <p>5. Medical record number (if applicable): _____</p> <p>6. OHIP number: _____ Version code: ____</p> <p style="margin-left: 40px;">TGLN number: (Document as per policy)</p> <p>7. Date MAID application approved: #1 DD __ MM __ YY __ #2 DD __ MM __ YY __</p> <p>8. Most responsible physician: _____ Contact #: _____</p> <p>9. Current location of patient: Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> If admitted, which unit _____ Contact # _____</p> <p>10. Location of planned MAID provision: _____</p> <p>11. Date/Time of planned MAID provision: DD __ MM __ YY __ HH __</p> <p>12. Planned date of admission to hospital (if applicable): DD __ MM __ YY __ HH __</p> <p>13. Diagnosis: _____ If a neurological condition (e.g. ALS or Parkinson's), is there a family history? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/></p> <p>14. Clinical history: Use the sidebar on the right to indicate a positive history of any of the conditions listed or <input type="checkbox"/> No known history</p> <p>15. NOK Information: Name: _____ Relationship: _____ Cell #: _____ Home #: _____</p>	<p style="text-align: center;">Eligibility assessed by TGLN on a case-by-case basis</p> <p>Note any of the following:</p> <p><input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA (current)</p> <p><input type="checkbox"/> VRE (current)</p> <p><input type="checkbox"/> C. Diff (current)</p> <p><input type="checkbox"/> ESBL</p> <p><input type="checkbox"/> CJD (Mad cow)</p> <p><input type="checkbox"/> Rabies</p> <p><input type="checkbox"/> TB</p> <p><input type="checkbox"/> Alzheimer's</p> <p><input type="checkbox"/> Parkinson's</p> <p><input type="checkbox"/> ALS</p> <p><input type="checkbox"/> MS</p> <p><input type="checkbox"/> Leukemia</p> <p><input type="checkbox"/> Lymphoma</p> <p><input type="checkbox"/> Documented Sepsis</p> <p><input type="checkbox"/> Isolation precautions</p>
<p>After conversation with TGLN the patient is:</p> <p><input type="checkbox"/> Eligible for Organ Donation – TGLN will arrange to contact patient/NOK</p> <p><input type="checkbox"/> Eligible for Tissue Donation – TGLN will arrange to contact patient/NOK</p> <p><input type="checkbox"/> Not Eligible for Organ or Tissue Donation – No further call required</p>	
<p>Call Initiated by: _____ MAID Provider, MD, RN, RPN, RN (EC), RT <small style="margin-left: 100px;">Print Name/Signature</small></p>	
<p>Please retain as per policy</p>	
<p>March 2018</p>	

Language to Connect families with TGLN (for reference only)

Introducing and normalizing donation at end-of-life.

“One of the things we let all our patients know is that you may be eligible for organ and tissue donation. We will be notifying Trillium Gift of Life Network and if you are eligible we will help facilitate a conversation with a coordinator about the opportunity to help others through donation.”

Follow up with patient following the call to TGLN for routine notification and eligibility.

If patient may be eligible to donate:

“We have talked with TGLN and they would like to arrange a call with you.”

If patient is not eligible to donate:

“We have spoken to TGLN and learned you are not a candidate for donation.”

Responding to Questions

How do I respond if the patient states “I don’t want to speak to TGLN” or “I don’t want to donate”

TGLN suggested response:

“We encourage all our patients to speak with TGLN as sometimes people aren’t aware of new information on who can be helped or may have misunderstandings about the process.”

Follow up response if the person still does not wish to speak to TGLN after this recommendation:

“If you feel strongly that this is not something you would like to have happen, we can advise TGLN you do not wish to speak to them.”

How do I respond if the patient has questions about who can donate and eligibility criteria?

“TGLN staff are the specialists in this field. Criteria is updated frequently, so we rely on their expertise regarding this.”

Thank you for your notification.

Annexe 8 – Communication avec le médecin concernant la détermination de l'admissibilité

	<p>483 Bay Street, South Tower, 4th Floor Toronto, ON M5G 2C9 Tel: 416-363-4001 (in Toronto) or 1-800-263-2833 Fax: 416-363-4002</p>
<p>Dear Dr. _____,</p> <p>Your patient _____ has consented to organ donation following their MAID procedure. Please arrange to have the following tests completed prior to their hospital admission.</p> <p>Do not hesitate to contact _____ at _____ if you have any questions.</p>	
Monitoring	
<input type="checkbox"/> Weight: _____ kg <input type="checkbox"/> Height: _____ cm	
<input type="checkbox"/> Most recent documented vital signs (blood pressure and heart rate)	
Laboratory Investigations	
<input type="checkbox"/> Date and time of last resulted blood work _____	
<input type="checkbox"/> Blood for Serology and Human Leukocyte Antigen (only to be collected after consult with Trillium Gift of Life Network)	
Hematology, Coagulation, Blood Bank	
<input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> Group + Screen (including subtype)	
Chemistry	
<input type="checkbox"/> Electrolytes <input type="checkbox"/> Protein Total <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> Bilirubin (total and direct)	
<input type="checkbox"/> Creatinine <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> Lactate	
<input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> Lipase	
<input type="checkbox"/> BUN <input type="checkbox"/> Phosphate <input type="checkbox"/> ALP <input type="checkbox"/> Amylase	
<input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> GGT	
<input type="checkbox"/> Urinalysis <input type="checkbox"/> Urine albumin to creatinine ratio	
Microbiology, Virology	
<input type="checkbox"/> Blood C+S <input type="checkbox"/> Urine C+S	
Additional Lab Orders	
<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> _____	
Diagnostic Tests	
<input type="checkbox"/> Chest x-ray	
<input type="checkbox"/> Abdominal ultrasound	
<input type="checkbox"/> Assess kidney size, cortical thickness, presence of cysts, doppler flow	
<input type="checkbox"/> Assess liver size, presence of cirrhosis and/or steatosis	
<p>Sincerely,</p> <p>Dr. Andrew Healey MD FRCPC Chief Medical Officer Trillium Gift of Life Network</p>	
<p>August 23, 2017</p>	

Annexe 9 – Besoins en ressources liés au don d’organe

Le processus du don d’organe exige la convergence de diverses ressources en temps opportun afin d’optimiser les résultats pour les donneurs, les familles et les receveurs. Les points suivants constituent les exigences de base auxquelles il faut satisfaire pour prendre en charge et évaluer un donneur d’organe. Outre ces exigences de base, d’autres tests ou ressources aident à mener une évaluation plus poussée au moyen de la technologie d’imagerie.

Ressources liées aux soins en phase critique pour la prestation de services de don d’organe

L’équipe de soins en phase critique est formée d’experts régionaux en matière de don. Le RTDV aidera à organiser une consultation avec le médecin spécialiste des dons en milieu hospitalier afin de répondre à toutes les questions éventuelles. Si le patient n’est pas hospitalisé au service des soins en phase critique, un médecin spécialiste pourra être appelé à introduire un cathéter artériel, au besoin. Ce médecin pourra aussi prendre part au constat du décès cardiocirculatoire (DDC) après la prestation de l’AMM.

Voici une liste de services et de ressources qui sont couramment nécessaires dans le cadre des services de don d’une organisation.

Ressources facilitant la communication de l’information et le consentement

- Une pièce tranquille pour discuter du don

Services diagnostiques

Des tests sur la fonction des organes et sur les niveaux électrolytiques et des tests diagnostiques tels que des radiographies pulmonaires ou des échographies sont souvent nécessaires pour évaluer l’adaptation d’un organe destiné à la transplantation.

Services requis

- Détermination du groupe sanguin
- FSC, APTT, RIN
- Électrolytes, calcium, magnésium, phosphate
- Protéine brute, albumine, bilirubine (totale et directe)
- GPT, SGOT, PA, GGT
- Amylase, lipase
- LDH, lactate
- Analyse d’urine
- Rapport albumine/créatinine dans l’urine
- Hémoculture
- Uroculture
- Sérologie et typage HLA (effectués en laboratoire externe et recueillis seulement après consultation avec le RTDV)

Autres tests ou ressources contribuant à l'évaluation approfondie de la fonction des organes

- Capacité d'envoyer par courriel des résultats d'imagerie diagnostique (p. ex., radiographie pulmonaire ou tomodensitogramme) aux médecins externes à consulter
- Ensembles préimprimés à commander, p. ex., Communication avec le médecin concernant la détermination de l'admissibilité (annexe 8)

Services pharmaceutiques/médicaments

Des médicaments sont régulièrement prescrits et fournis aux patients afin de maximiser la fonction des organes. La liste des médicaments qui doivent être accessibles 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 comprend ceux-ci :

- Méthylprednisolone
- Antibiotiques
- Héparine
- Médicaments associés à la prestation de l'AMM par voie intraveineuse

Services peropératoires

- Personnel de salle d'opération pour interventions chirurgicales d'urgence
- Services d'anesthésie
- Scie chirurgicale oscillante ou sternale (au besoin, le RTDV peut en fournir une sur demande)
- Plateau de bronchoscopie
- Plateau principal de chirurgie abdominale
- Plateau principal d'instruments orthopédiques

L'accès prioritaire à la salle d'opération est souvent nécessaire. Pour réduire au minimum tout risque de lésion aux organes entre le moment du prélèvement et celui de la transplantation chez le receveur, il est d'une importance cruciale de bien établir la chronologie du prélèvement des organes abdominaux et thoraciques. La salle d'opération devrait être réservée en fonction de l'urgence.

Dans le cas des tissus non perfusés (don de valvules cardiaques, de peau ou d'os), il peut se révéler nécessaire de disposer d'une salle d'opération pour le prélèvement des tissus. Sinon, le patient peut être transporté jusqu'à la salle de prélèvement de tissus du Complexe des sciences judiciaires et du coroner de Toronto ou dans une autre installation de prélèvement de tissus. Les yeux peuvent être prélevés à la morgue ou dans un lieu désigné, selon la politique de l'hôpital.

Annexe 10 – Formulaire de remise du corps

CSF-9-3



**Trillium
Gift of Life
Network**

Hospital Fax #: _____

Patient's Surname: _____

Patient's Given Name: _____

Hospital: _____

Hospital Card /
Patient Addressograph

TGLN#: _____

HOLD BODY FORM

Consented Tissue Donor

Please Call
Trillium Gift of Life Network
PRIOR to release of body for Autopsy/Funeral Home

(416) 363-4438 or 1-877-363-8456

Available 24 hours

Please hold the body until TGLN confirms tissue recovery is complete. For any questions or concerns, please call the above number.

<p>CORONER'S CASE</p> <p><input type="checkbox"/> YES Coroner's Name: _____</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Unknown</p>	<p>AUTOPSY</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Unknown</p>
---	--

TGLN SPECIAL REQUESTS: Please complete the following before the patient is transferred to the morgue

<p><input type="checkbox"/> Original consent accompanies body; copy on chart</p> <p><input type="checkbox"/> Slightly elevate patient's head</p> <p><input type="checkbox"/> Instill saline drops in each eye</p> <p><input type="checkbox"/> Ensure eyelids are closed</p> <p><input type="checkbox"/> Place put in cold storage or apply small ice packs to eyes</p>	<p>Draw:</p> <p><input type="checkbox"/> _____ Purple Top Tubes (EDTA-6 mls)</p> <p><input type="checkbox"/> _____ Red Top Tubes (No Additive 7 mls)</p>
--	--

Note: all blood specimens must be labeled with a patient identifier, date and time of collection

June 19, 2017

Annexe 11 – Besoins en ressources liés au don de tissus

Le processus du don de tissus exige la convergence de diverses ressources en temps opportun afin d'optimiser les résultats pour les donneurs, les familles et les receveurs. Les points suivants constituent les exigences de base auxquelles il faut satisfaire dans le cas d'un donneur de tissus seulement.

Voici une liste de services et de ressources qui sont couramment nécessaires dans le cadre des services de don d'une organisation.

Ressources 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 facilitant la communication de l'information et le consentement

- Télécopieur
- Pièce tranquille pour discuter du don

Résultats des services de laboratoire et de diagnostic (accès 24 h sur 24 et 7 jours sur 7)

- Accès au dossier d'hôpital au moment du prélèvement
- Accès à des échantillons sanguins de réanimation prétransfusion/préfluides pour effectuer des tests sérologiques précis (le cas échéant)

Accès à la morgue (24 h sur 24 et 7 jours sur 7)

Dans le cas des dons d'yeux exclusivement, le personnel du RTDV aura besoin d'assistance pour déplacer ou retourner le corps afin d'en faire l'examen complet.

Appel au RTDV avant la remise du corps au salon funéraire

Selon l'hôpital, cette tâche peut revenir à différents membres du personnel, y compris ceux des services de dossiers médicaux, d'admission ou de communications.

Services de porteur ou de préposé (accès 24 h sur 24 et 7 jours sur 7)

Lorsqu'il est prévu de faire un prélèvement multi-tissus à l'hôpital, un porteur ou un préposé doit transporter le donneur décédé de la morgue jusqu'à la salle d'opération. Le porteur ou la personne désignée devra également ramener le donneur à la morgue après le prélèvement. Le personnel du RTDV aura aussi besoin d'assistance pour déplacer ou retourner le corps afin d'en faire l'examen complet.

Services peropératoires

Une personne-ressource doit se trouver dans la salle d'opération pour s'occuper de la réservation de la salle et pour orienter l'équipe de prélèvement.

Annexe 12 – Décisions de consentement des donneurs inscrits : Devenir donneur d'organes et de tissus en Ontario

Comment inscrit-on son consentement à devenir donneur d'organes et de tissus en Ontario?

Toute personne âgée de 16 ans ou plus et titulaire d'une carte Santé à photo ou d'une carte rouge et blanche peut s'inscrire en ligne à **soyezundonneur.ca** ou dans un centre ServiceOntario. Si vous avez déjà inscrit votre consentement au don d'organes et de tissus dans le cadre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP), il n'est pas nécessaire de vous réinscrire.

Au décès ou peu de temps avant, comment la décision de consentement d'un donneur inscrit est-elle communiquée aux membres de l'équipe soignante?

Si cette information est accessible pendant votre conversation avec le coordonnateur du RTDV, vous serez informé de la décision de consentement du donneur inscrit.

Qu'arrive-t-il si une personne souhaite devenir donneur mais n'a pas encore inscrit son consentement au centre ServiceOntario ou n'a pas encore pris de décision?

La décision de devenir donneur peut également être communiquée par un professionnel de la santé ou au cours d'un entretien avec les membres de la famille. Lorsque la décision d'une personne n'est pas connue, des coordonnateurs du RTDV spécialement formés travaillent auprès des familles et de l'équipe soignante afin de savoir ce qu'aurait désiré la personne si elle avait été en mesure de prendre une décision.

Pourquoi l'inscription du consentement sur soyezundonneur.ca ou dans un centre ServiceOntario est-elle le meilleur moyen de communiquer la décision de donner?

Les décisions de consentement contenues dans la Base de données sur les personnes inscrites du ministère sont accessibles en tout temps, jour et nuit. De cette façon, il est possible de déterminer au moment opportun si une personne a consenti à faire un don.