

Sommaire de domaine

ARCHITECTURE DE L'ORGANISATION DU DON D'ORGANES

CONTENU : JUIN 2023



PRÉPARÉ PAR



The Canadian **Donation and Transplantation** Research Program
Programme de recherche en
don et transplantation du Canada



TRANSPLANT
QUÉBEC

*Ensemble pour
le don d'organes,
pour la vie
depuis **50**ans*

TABLE DES MATIÈRES

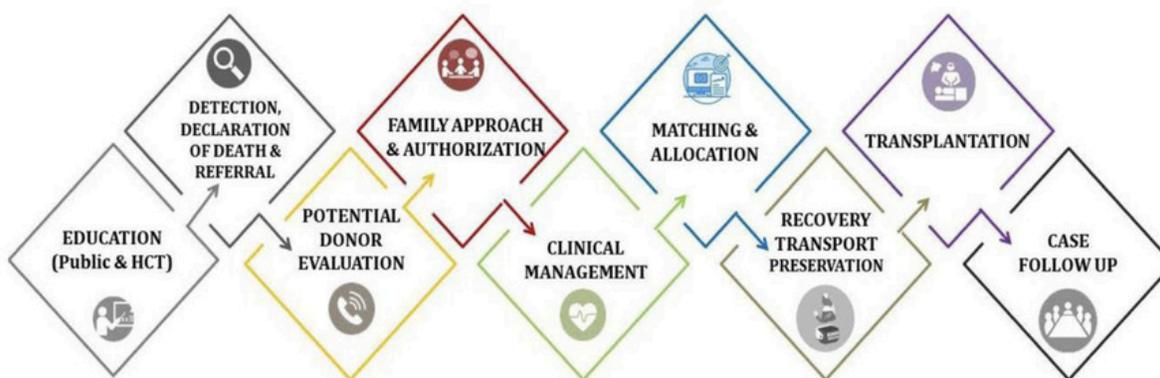
- 02** Introduction
- 03** Infrastructure de soutien
- 05** Éducation et sensibilisation du public
- 06** Identification d'un donneur potentiel, référence et détermination du décès
- 07** Évaluation du donneur potentiel
- 08** Discussion avec la famille et autorisation
- 09** Prise en charge clinique du donneur
- 10** Appariement et attribution des organes
- 11** Prélèvement, préservation et transport des organes
- 12** Alternatives au don après le décès et assurance de la qualité en transplantation
- 13** Suivi post-don et soutien à la famille
- 14** Conclusion
- 14** Remerciements
- 14** Références

INTRODUCTION

Transplant Québec et le Programme de recherche en don et transplantation du Canada (PRDTC) ont organisé conjointement le Forum législatif et politique international sur le don et la transplantation (le Forum). Dans le but de dégager des recommandations sur la structure d'un système idéal de don et de transplantation d'organes et de tissus (DTOT), le Forum a réuni 61 experts internationaux du don et de la transplantation, y compris des patients, des familles et des donneurs partenaires.

Architecture de l'organisation du don d'organes, l'un des sept domaines créés lors du Forum, fournit des conseils d'experts sur les composantes essentielles d'un organisme de don d'organes (ODO) efficace, sur ses relations avec les parties prenantes du don et de la transplantation d'organes et de tissus (DTOT), ainsi que sur les meilleures pratiques soutenant le processus de soins et l'amélioration continue.

Les 33 recommandations présentées ici représentent les marqueurs fondamentaux d'un système sécuritaire, équitable et transparent qui maximise le nombre d'organes disponibles pour la transplantation et maintient la confiance du public à toutes les étapes de soin.



(Image: courtesy Gift of Life Donor Program)

FIGURE 1. The donation and transplantation care pathway.

L'ARTICLE COMPLET EST DISPONIBLE ICI.

INFRASTRUCTURE DE SOUTIEN

RECOMMANDATION 1

Définir un parcours de soins fluide qui simplifie les processus de don et de transplantation, clarifier les rôles et les responsabilités pour chacun des gestes posés aux différentes étapes, le tout soutenu par des mécanismes de gouvernance assurant l'adhésion aux meilleures pratiques.

La définition des différents rôles doit tenir compte des conflits d'intérêts potentiels. Quant à la responsabilité, elle passe par l'obligation de rendre des comptes sur la sécurité, l'assurance et l'amélioration de la qualité, de même que sur le respect de la réglementation. La collecte des données et la reddition de comptes sont des piliers d'un système responsable et transparent.

RECOMMANDATION 2

Mettre en place une législation et des orientations explicites, ainsi des mécanismes d'information et de soutien qui facilitent le parcours du don et dictent les actions requises à chaque étape, le tout adapté aux différents publics (le grand public, les patients, les familles, les équipes de soins intensifs, les ODO, etc.). Des systèmes de suivi doivent aussi pouvoir assurer l'intégration des innovations et des meilleures pratiques nationales et internationales.

Étant donné que le don est un événement qui, bien que peu fréquent, a un impact considérable, des lignes directrices cliniques, juridiques et éthiques devraient être accessibles à tous afin de systématiser la prise de décision clinique. De tels cadres d'orientation guident les ODO dans l'ensemble de leurs actions et décisions.

RECOMMANDATION 3

Établir des systèmes de DTOT ouverts et transparents qui renforcent la confiance du personnel clinique et du public.

La transparence passe par la publication ouverte des lignes directrices et l'élaboration de politiques et de processus en collaboration avec les patients, les familles, les donneurs et les familles de donneurs. Ces processus devraient inclure une obligation de rendre de comptes et la publication des rapports publics sur l'alignement des ODO sur les objectifs et politiques établis.

RECOMMANDATION 4

Établir des méthodes et des processus de collecte et de partage de données à jour et standardisées de façon à documenter les améliorations réalisées en matière de résultats cliniques, de sécurité et de performance.

Des ensembles de données standardisées devraient être accessibles à toutes les étapes de soins pour soutenir la prise de décision et l'amélioration continue. La mise en place d'une banque de données nationale contenant des statistiques à jour et précises peut permettre de comparer différents systèmes et d'identifier les centres qui se distinguent pour leur performance et les processus qu'ils ont implantés.

RECOMMANDATION 5

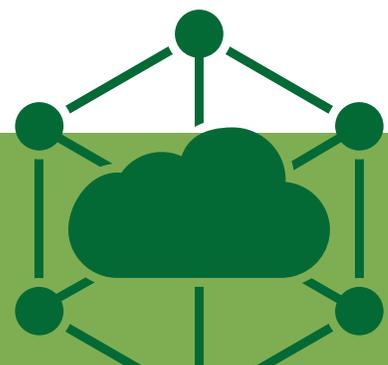
Investir dans la recherche et l'innovation pour toutes les étapes du parcours de soins, y compris pour l'amélioration continue des pratiques et des processus.

Les occasions de faire appel à l'innovation et à la recherche devraient être saisies à toutes les étapes du parcours de soins afin de permettre une amélioration continue, tant dans les soins aux patients que dans le nombre et la qualité des organes disponibles pour la transplantation. Les innovations devraient faire l'objet d'évaluations systématiques pour assurer leur efficacité et leur conformité aux normes éthiques.

RECOMMANDATION 6

Fournir les ressources adéquates pour soutenir toutes les étapes du parcours de soins, pour assurer un fonctionnement efficace en tout temps, peu importe l'heure ou le jour.

L'efficacité d'un système de don d'organes repose sur une infrastructure constituée de mesures et de ressources qui facilitent le fonctionnement optimal. Étant donné qu'il est impossible de prévoir quand se présentent les occasions de don d'organes et de transplantation, il importe de prioriser un accès rapide aux ressources appropriées. Un tel accès continu est incontournable si on veut s'assurer de ne pas manquer d'occasions d'obtenir des organes.



ÉDUCATION ET SENSIBILISATION DU PUBLIC

RECOMMANDATION 7

Mettre en place une gouvernance efficace du processus de soins afin de maintenir la confiance du public dans le système.

Pour assurer leur transparence et par conséquent, la confiance du public, les systèmes doivent disposer des ressources adéquates pour identifier toute violation aux principes de sécurité et d'éthique, en trouver la cause et appliquer les corrections nécessaires.

RECOMMANDATION 8

Un registre des donneurs (consignant le consentement explicite — *opt-in* — ou le consentement présumé — *opt-out*) permet aux personnes d'enregistrer formellement leur décision quant au don d'organes. Il permet aux équipes responsables du don d'organes de connaître les intentions du patient avant même la discussion avec la famille. Toutefois, même si un tel registre contribue à la sensibilisation du public, il n'est pas essentiel.

Les registres encouragent les gens à officialiser leur décision quant au don d'organes et de tissus et à informer leurs proches de leurs volontés. [1] Lorsque les familles savent qu'il est possible que le don d'organes soit évoqué lors de la discussion concernant les soins de fin de vie de leur proche, elles sont moins susceptibles de se sentir surprises ou bouleversées lorsqu'on leur offre le don d'organes. [2]

RECOMMANDATION 9

Des stratégies de communication harmonisées avec les campagnes nationales et conçues pour des publics ciblés (p. ex. en fonction de la religion ou des croyances, de la culture ou de l'âge) permettent de formuler des messages pertinents et significatifs. Les campagnes qui incitent à partager avec ses proches sa décision concernant le don d'organes sont efficaces dans la perspective où il est certain que cette question délicate sera abordée avec les proches. Ces derniers donneront plus facilement leur consentement si la décision de l'être cher est connue.

Dans l'élaboration de campagnes de sensibilisation du public, une attention particulière doit être apportée aux mythes ou aux conceptions erronées qui circulent parfois autour du don d'organes. L'essentiel est d'encourager les gens à enregistrer leur décision et à informer leurs proches de leurs volontés concernant le don d'organes et de tissus. [3,4] Ces campagnes doivent informer le public de la possibilité que le don d'organes soit offert lors de la discussion concernant les soins de fin de vie d'un être cher dont la mort est imminente.

IDENTIFICATION D'UN DONNEUR POTENTIEL, RÉFÉRENCE ET DÉTERMINATION DU DÉCÈS

RECOMMANDATION 10

Mettre en place des mécanismes permettant d'identifier et de référer le plus tôt possible les donneurs potentiels.

La législation en DTOT devrait inclure la référence obligatoire, à savoir l'obligation pour un centre hospitalier de signaler à l'ODO tout donneur d'organes potentiel. La référence doit se faire le plus tôt possible pour faciliter le don des organes et des tissus, processus qui nécessite l'obtention du consentement, l'évaluation du donneur et la coordination logistique de l'évaluation des organes, de leur attribution, de leur prélèvement, etc. [5,6,7,8]

RECOMMANDATION 11

Établir un mécanisme d'audit de tous les décès de donneurs potentiels qui suit de près l'adhésion aux meilleures pratiques et identifie les occasions manquées. Un tel mécanisme d'audit favorise l'amélioration continue en offrant une rétroaction aux cliniciens en milieu hospitalier.

Le respect du principe de référence obligatoire se vérifie par le biais d'un audit rétrospectif et récurrent des dossiers médicaux pour tous les décès. [9] L'apprentissage et l'adhésion aux meilleures pratiques se fondent sur une rétroaction régulière donnée en temps opportun aux cliniciens de l'hôpital, sous la forme d'examen des cas « d'occasions manquées » ou de références tardives, ainsi que de rapports sur les indicateurs clés de performance. [9]

RECOMMANDATION 12

Veiller à ce que la détermination de la mort sur la base de critères neurologiques ou circulatoires soit conforme aux normes professionnelles établies sur le plan régional, national ou juridictionnel, qu'elle respecte les cadres légaux, et soit effectuée de façon fiable, de sorte que les professionnels et le public aient confiance dans le processus.

La méthode de détermination du décès doit être fiable, transparente et respecter les normes les plus strictes. [10] Les tests requis pour le diagnostic de décès devraient être fondés sur des critères établis en fonction du cadre juridique existant. Bien que la définition de la mort varie selon les pays, les professionnels de la santé doivent spécifier quels tests cliniques ou paracliniques doivent être utilisés pour déterminer le décès, dans le respect des lois locales.

RECOMMANDATION 13

Le ou les professionnel(s) de la santé responsable(s) de poser le diagnostic de décès du patient ne doit(vent) pas être impliqué(s) dans les procédures d'attribution, de prélèvement ou de transplantation des organes de ce donneur.

Les rôles et responsabilités doivent être clairement établis afin de maintenir la confiance dans le système de don et empêcher toute perception de conflit d'intérêts.

ÉVALUATION DU DONNEUR POTENTIEL

RECOMMANDATION 14

Les équipes de soins intensifs, de don d'organes et de transplantation doivent collaborer à l'exploration du dossier médical du donneur potentiel pour évaluer le risque de transmission de maladies et déterminer quels organes peuvent être transplantés de façon sécuritaire.

Les systèmes de DTOT doivent fournir des lignes directrices visant à assurer que les organes donnés sont adéquats, viables et sécuritaires. [11,12,13,14] Ainsi, les familles ne se verront pas offrir la possibilité du don d'organes lorsqu'il y a contre-indication absolue. [9]

Lorsqu'il leur est possible de consulter les organismes responsables du don d'organes sur la faisabilité et l'acceptabilité médicale dans certaines circonstances, les cliniciens sont moins enclins à être biaisés et obtiennent l'information adéquate sur des formes spécifiques de don d'organes. Les sondages confirment que les biais ou le manque de connaissances sont la cause principale de non-référence par les médecins. [14,15,16]

RECOMMANDATION 15

Les lois et réglementations sur la vie privée permettent le partage d'information sur le patient entre les équipes de soins intensifs, les équipes responsables du don d'organes et les administrateurs avant l'obtention du consentement au don d'organes, partage incontournable pour l'évaluation du donneur potentiel.

Les équipes responsables du don d'organes doivent avoir la possibilité d'explorer l'historique médical du donneur potentiel pour pouvoir identifier des problèmes susceptibles d'affecter la sécurité et le fonctionnement d'un organe considéré pour une transplantation.

DISCUSSION AVEC LA FAMILLE ET AUTORISATION

Les familles ont un rôle vital à jouer dans le processus de don d'organes. Lorsqu'un patient répond aux critères qui en font un donneur potentiel, la famille doit toujours être impliquée dans la discussion. [17,18,19,20,21] Pour être efficaces, les systèmes doivent préciser les rôles et les responsabilités et établir des processus prévoyant que les familles de donneurs potentiels sont consultées au moment opportun par des professionnels formés et qualifiés. [22] Les professionnels de la santé responsables d'aborder avec la famille la question du don d'organes doivent recevoir régulièrement de la formation qui offre les ressources appropriées (vidéos, coaching et jeux de rôle), et s'inspire des meilleures pratiques. [23] Les recommandations qui suivent énoncent des principes fondamentaux de communication avec les familles et les proches.

RECOMMANDATIONS 16 À 21

- L'annonce à la famille du pronostic grave ou du diagnostic de décès neurologique (mort cérébrale) est faite par le médecin traitant, et ce avant que la question du don d'organes soit abordée.
- L'option du don n'est pas évoquée lors de la discussion sur le pronostic grave et irréversible, et la proposition est idéalement « découplée » de la discussion sur la mort imminente du patient.
- Avant que la question du don d'organes soit abordée, l'équipe vérifie dans le registre des consentements quelles sont les volontés du patient. Si le registre révèle que le patient a opté pour le don d'organes, on en informe la famille plutôt que de lui demander la permission.
- La discussion avec la famille est menée par une personne-ressource qualifiée et formée pour cette approche. Cette personne doit suivre les lignes directrices établies dans sa juridiction et s'inspirer des meilleures pratiques.
- La discussion avec la famille inclut non seulement l'option de don d'organes et de tissus, mais également l'option de participation à la recherche afin de maximiser les bénéfices potentiels pour chaque donneur.
- Les familles reçoivent l'information et le soutien adéquats, et on leur donne le temps nécessaire pour prendre la décision.



PRISE EN CHARGE CLINIQUE DU DONNEUR

RECOMMANDATION 22

Établir des orientations régionales et nationales et des algorithmes clairs pour la prise en charge, aux soins intensifs, d'un donneur potentiel (après la détermination du décès ou la décision de cesser les mesures de maintien des fonctions vitales et après l'obtention du consentement).

Une procédure efficace de prise en charge du donneur permet d'optimiser le nombre et la qualité des organes en vue d'une transplantation. Des procédures doivent être établies pour la prise en charge des donneurs potentiels avec un diagnostic de décès neurologique (DDN), et les donneurs potentiels après décès circulatoire (DDC), à partir du moment où le consentement a été donné jusqu'au transfert du donneur à l'équipe de prélèvement des organes et des tissus. [24]

RECOMMANDATION 23

L'accès à des conseils ou à de l'assistance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pendant la prise en charge du donneur permettra d'optimiser le potentiel de don. Des connaissances et des ressources spécialisées, combinées au soutien du centre hospitalier ou de l'ODO, sont indispensables au maintien de la fonction optimale des organes.

Les lignes directrices locales encadrant la prise en charge d'un donneur doivent être conformes aux normes en vigueur et fondées sur des données probantes. La révision critique et la comparaison (benchmarking) avec les pratiques et politiques nationales et internationales doivent se faire de façon régulière. [25]



APPARIEMENT ET ATTRIBUTION DES ORGANES

RECOMMANDATION 24

Fournir des règles et des orientations claires sur l’attribution sécuritaire et équitable des organes et tissus donnés, et détailler — pour chaque geste posé — les rôles, les responsabilités, la reddition de comptes et les mécanismes de gouvernance.

L’attribution des organes et des tissus doit concilier des priorités qui entrent parfois en concurrence, entre autres l’efficacité médicale, l’équité et le respect des droits de la personne. Un système performant d’appariement et d’attribution des organes entraîne de meilleurs résultats post-transplantation et assure une répartition sécuritaire et équitable des organes. [26] Les rôles, les responsabilités et les mécanismes de reddition de comptes doivent être précisés dans la loi, lorsque cela est possible, tout comme le processus d’appariement et d’attribution.

RECOMMANDATION 25

Assurer un accès rapide aux services diagnostiques pour soutenir l’évaluation du donneur et les processus d’attribution et d’offre des organes à des receveurs potentiels.

Des fonds suffisants doivent être alloués à l’infrastructure et aux ressources des systèmes de DTOT pour que ceux-ci puissent être efficaces et rapides dans l’appariement et l’attribution des organes.

RECOMMANDATION 26

Adopter des lois et des lignes directrices qui encadrent le partage sécuritaire de données entre les équipes de don d’organes, de prélèvement et de transplantation et facilitent la prise de décision rapide.

Avant la transplantation, les receveurs et leur équipe soignante devraient détenir toute l’information relative à la santé de l’organe et du donneur, ce qui permet d’évaluer le risque qu’un patient peut accepter face à l’organe offert. Ces décisions doivent être consignées dans le dossier du patient et partagées de façon sécuritaire et appropriée, pour documenter les processus d’attribution et d’offre d’organes.

PRÉLÈVEMENT, PRÉSERVATION ET TRANSPORT DES ORGANES

RECOMMANDATION 27

Mettre sur pied des équipes de prélèvement, de transport, de transplantation et de soins fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour permettre le prélèvement et la transplantation des organes dans des délais optimaux. Les différentes équipes doivent maintenir entre elles un contact étroit, faisant en sorte que les dons potentiels d'organes soient maximisés et que tout enjeu ou risque soit identifié, partagé et pris en compte.

Le prélèvement d'un organe ne peut être amorcé qu'une fois le décès du donneur confirmé et le consentement obtenu. Une collaboration étroite doit être établie entre l'ODO, le centre de transplantation, les équipes de prélèvement, les équipes de transport et le centre hospitalier où est traité le donneur pour assurer la rapidité et l'efficacité du processus. [28]

RECOMMANDATION 28

Il est possible d'utiliser un dispositif de perfusion pour évaluer la performance d'un organe, améliorer sa qualité et sa viabilité une fois transplanté.

Des directives claires et des protocoles explicites clairs doivent soutenir les processus de prélèvement et de préservation des organes, et la formation des équipes de prélèvement doit être harmonisée avec ces directives et protocoles. [29]



ALTERNATIVES AU DON APRÈS LE DÉCÈS ET ASSURANCE DE LA QUALITÉ EN TRANSPLANTATION

RECOMMANDATION 29

La mise en place de programmes de dons vivant permet de maximiser le potentiel de dons en vue d'une transplantation. Des études ou des recherches peuvent contribuer à identifier, sur le long terme, des solutions de rechange telles que les traitements par cellules souches, la médecine régénérative, la xénotransplantation, etc.

Bien que les recommandations et lignes directrices internationales encouragent les différentes juridictions à atteindre leur objectif d'autosuffisance au moyen de dons après le décès, les systèmes de DTOT ne peuvent atteindre ces objectifs sans avoir recours au don vivant. [30]

Les programmes de recherche et d'innovation indiquent que la xénotransplantation et la création d'organes en laboratoire doit faire partie des solutions envisagées comme alternatives au don après le décès. [31,32] Les systèmes de DTOT devraient anticiper ces changements et créer des cadres réglementaires où l'accès et l'équité seront pris en considération avant l'implantation de telles technologies.

RECOMMANDATION 30

Le suivi à court et à long terme des receveurs est essentiel, non seulement pour le patient lui-même, mais pour suivre de près l'efficacité et les résultats de la transplantation de l'organe et identifier les axes d'amélioration.

Les ODO et les systèmes de santé devraient collaborer à l'établissement d'un programme exhaustif de suivi des données, à court, moyen et long terme sur les résultats de la transplantation en lien avec le donneur. Un tel système permet l'amélioration des soins post-transplantation et permet d'orienter la recherche sur la sélection et la prise en charge des donneurs. Des améliorations sur ce plan ont un impact positif sur le nombre de donneurs potentiels. [33]

SUIVI POST-DON ET SOUTIEN À LA FAMILLE

RECOMMANDATION 31

La communication des résultats de la transplantation aux parties prenantes concernées, incluant la famille du donneur et les équipes de soins au centre hospitalier du donneur, permet l'amélioration continue des soins et renforce la confiance du public et des cliniciens dans le système.

Le suivi des cas est un facteur clé de l'efficacité et de la sécurité des systèmes de don et de transplantation. Ce suivi porte sur l'évolution des organes transplantés (et des receveurs), et inclut le soin et le soutien à la famille du donneur.

RECOMMANDATION 32

Assurer un soutien continu aux familles de donneurs, aux receveurs d'organes ainsi qu'aux proches aidants, en sachant que l'appui des proches aidants après la transplantation a une influence positive sur la réussite de l'intervention et les résultats post-transplantation.

La bonne gestion des organes donnés et transplantés doit être un principe fondateur qui protège et honore les donneurs et le don de vie auquel ils ont consenti. Ceci inclut un soutien continu aux familles des receveurs comme aux familles des donneurs. 34

RECOMMANDATION 33

Adopter des politiques de communication claires entre les familles de donneurs et les receveurs, y compris une clause de confidentialité, selon les exigences légales locales et les valeurs culturelles.

Des pratiques, politiques et orientations uniformes adoptées par les ODO favorisent des communications cohérentes et sécuritaires entre toutes les parties concernées, durant et après le processus du don. On peut ainsi maintenir la confiance la transparence, des facteurs indispensables aux progrès en matière de don d'organes et de tissus.

CONCLUSION

La mise en place d'un système de don et de transplantation d'organes et de tissus est complexe et nécessite une collaboration étroite entre plusieurs équipes, de même que l'allocation de ressources adéquates. De cette façon, la volonté d'une personne de devenir donneur pourra être respectée et les risques « d'occasions manquées » seront minimisés.

REMERCIEMENTS

Ce résumé est basé sur le contenu du chapitre Architecture de l'organisation du don d'organes créé à l'occasion du Forum législatif et politique international sur le don et la transplantation. Il a été rédigé par Manuel Escoto, édité par Matthew Weiss et Patricia Gongal. Stéphanie Larivière en a assuré la conception.

Ce travail a bénéficié du soutien financier de la Société canadienne du sang. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement celles de la Société canadienne du sang.

RÉFÉRENCES

[1] Li AH, Lo M, Crawshaw JE, et al. Interventions for increasing solid organ donor registration. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021;(4). doi:10.1002/14651858.CD010829.pub2

[2] de Groot J, van Hoek M, Hoedemaekers C, et al. Request for organ donation without donor registration: a qualitative study of the perspectives of bereaved relatives. BMC Med Ethics. 2016;17(1):38. doi:10.1186/s12910-016-0120-6

[3] Morgan SE, Harrison TR, Afifi WA, Long SD, Stephenson MT. In their own words: the reasons why people will (not) sign an organ donor card. Health Commun. 2008;23(1):23-33. doi:10.1080/10410230701805158

- [4]** Miller J, Currie S, O'Carroll RE. "If I donate my organs it's a gift, if you take them it's theft": a qualitative study of planned donor decisions under opt-out legislation. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1463. doi:10.1186/s12889-019-7774-1
- [5]** Domínguez-Gil B, Delmonico FL, Shaheen FAM, et al. The critical pathway for deceased donation: reportable uniformity in the approach to deceased donation. *Transpl Int*. 2011;24(4):373-378. doi:10.1111/j.1432-2277.2011.01243.x
- [6]** Krmptotic K, Payne C, Isenor C, Dhanani S. Delayed Referral Results in Missed Opportunities for Organ Donation After Circulatory Death. *Crit Care Med*. 2017;45(6):989-992. doi:10.1097/CCM.0000000000002432
- [7]** Domínguez-Gil B, Coll E, Pont T, et al. Prácticas clínicas al final de la vida en pacientes con daño cerebral catastrófico en España: implicaciones para la donación de órganos. *Medicina Intensiva*. 2017;41(3):162-173. doi:10.1016/j.medin.2016.07.011
- [8]** Ehrle R. Timely Referral of Potential Organ Donors. *Critical Care Nurse*. 2006;26(2):88-93. doi:10.4037/ccn2006.26.2.88
- [9]** Zavalkoff S, Shemie SD, Grimshaw JM, et al. Potential organ donor identification and system accountability: expert guidance from a Canadian consensus conference. *Can J Anaesth*. 2019;66(4):432-447. doi:10.1007/s12630-018-1252-6
- [10]** Dhanani S, Hornby L, van Beinum A, et al. Resumption of Cardiac Activity after Withdrawal of Life-Sustaining Measures. *New England Journal of Medicine*. 2021;384(4):345-352. doi:10.1056/NEJMoa2022713
- [11]** European Directorate for the Quality of Medicines. Guide to the quality and safety of organs for transplantation (7th Edition). Consulté le 26 janvier 2022. <https://www.eom.gr/wp-content/uploads/2018/12/Organ-Guide-7th-Edition.pdf>
- [12]** The Transplantation Society of Australia and New Zealand. *Clinical Guidelines for Organ Transplantation from Deceased Donors*; 2021. https://tsanz.com.au/storage/documents/TSANZ_Clinical_Guidelines_Version-18_Final.pdf
- [13]** Edwards J, Mulvania P, Robertson V, et al. Maximizing Organ Donation Opportunities Through Donation After Cardiac Death. *Critical Care Nurse*. 2006;26(2):101-115. doi:10.4037/ccn2006.26.2.101
- [14]** Weiss MJ, Hornby L, Rochweg B, et al. Canadian Guidelines for Controlled Pediatric Donation After Circulatory Determination of Death—Summary Report*. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2017;18(11):1035-1046. doi:10.1097/PCC.0000000000001320

- [15]** Shemie SD, Baker AJ, Knoll G, et al. Donation after cardiocirculatory death in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;175(8):S1-S1. doi:10.1503/cmaj.060895
- [16]** Weiss MJ, English SW, D'Aragon F, et al. Survey of Canadian intensivists on physician non-referral and family override of deceased organ donation. *Can J Anaesth*. 2020;67(3):313-323. doi:10.1007/s12630-019-01538-x
- [17]** Siminoff LA, Molisani AJ, Traino HM. A Comparison of the Request Process and Outcomes in Adult and Pediatric Organ Donation. *Pediatrics*. 2015;136(1):e108-e114. doi:10.1542/peds.2014-3652
- [18]** Siminoff LA, Agyemang AA, Traino HM. Consent to organ donation: a review. *Prog Transplant*. 2013;23(1):99-104. doi:10.7182/pit2013801
- [19]** Mulvania P, Mehakovic E, Wise C, Cass Y, Daly TA, Nathan HM. Successful international collaboration improves family donation conversations resulting in increased organ donation. *Transplant Proc*. 2014;46(6):2058-2065. doi:10.1016/j.transproceed.2014.06.027
- [20]** Shafer TJ. Improving relatives' consent to organ donation. *BMJ*. 2009;338:b701. doi:10.1136/bmj.b701
- [21]** Siminoff LA, Alolod GP, Gardiner HM, Hasz RD, Mulvania PA, Wilson-Genderson M. A Comparison of the Content and Quality of Organ Donation Discussions with African American Families Who Authorize and Refuse Donation. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2021;8(2):485-493. doi:10.1007/s40615-020-00806-7
- [22]** Noyes J, Mclaughlin L, Morgan K, et al. Process evaluation of specialist nurse implementation of a soft opt-out organ donation system in Wales. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):414. doi:10.1186/s12913-019-4266-z
- [23]** Siminoff LA, Marshall HM, Dumenci L, Bowen G, Swaminathan A, Gordon N. Communicating effectively about donation: an educational intervention to increase consent to donation. *Prog Transplant*. 2009;19(1):35-43. doi:10.7182/prtr.19.1.9q02364408755h18
- [24]** Ball IM, Hornby L, Rochweg B, et al. Management of the neurologically deceased organ donor: A Canadian clinical practice guideline. *CMAJ*. 2020;192(14):E361-E369. doi:10.1503/cmaj.190631
- [25]** Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):395-400. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.09.012
- [26]** World Health Organization. WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. World Health Organization; 2010. Consulté le 26 janvier 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341814>

[27] Group TC increased risk donor working. Guidance on the Use of Increased Infectious Risk Donors for Organ Transplantation. *Transplantation*. 2014;98(4):365-369. doi:10.1097/TP.0000000000000251

[28] Logemann F. [Organ Donation - Management from Donor Identification to Organ Procurement]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2020;55(7-08):467-484. doi:10.1055/a-0987-2110

[29] NHS Blood and Transplant. *National Standards for Organ Retrieval from Deceased Donors*; 2021. Consulté le 14 avril 2022. <https://nhsbt-dbe.blob.core.windows.net/umbraco-assets-corp/23234/mpd1043.pdf>

[30] Tong A, Chapman JR, Wong G, Josephson MA, Craig JC. Public Awareness and Attitudes to Living Organ Donation: Systematic Review and Integrative Synthesis. *Transplantation*. 2013;96(5):429-437. doi:10.1097/TP.0b013e31829282ac

[31] Shah AM, Han JJ. First successful porcine to human heart transplantation performed in the United States. *Artificial Organs*. 2022;46(4):543-545. doi:10.1111/aor.14203

[32] Pig-to-human transplants take a leap toward reality. *Nat Med*. 2022;28(3):423-423. doi:10.1038/s41591-022-01770-x

[33] NHS Blood and Transplant. *Standard Operating Procedure for Transplanting Centre Following a Cumulative Sum (CUSUM) Signal*. Consulté le 14 avril 2022. <https://nhsbt-dbe.blob.core.windows.net/umbraco-assets-corp/22871/sop5963.pdf>

[34] Dicks SG, Northam H, van Haren FM, Boer DP. An exploration of the relationship between families of deceased organ donors and transplant recipients: A systematic review and qualitative synthesis. *Health Psychol Open*. 2018;5(1):2055102918782172. doi:10.1177/2055102918782172

