

SUPPLÉMENT À L'AVIS SUR
Le don et la transplantation
d'organes : dilemmes éthiques
en contexte de pénurie

Enjeux éthiques
**LIÉS AU DON
D'ORGANES**
en contexte d'aide
médicale à mourir



COMMISSION DE L'ÉTHIQUE
EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE

Québec 

**SUPPLÉMENT À L'AVIS SUR
Le don et la transplantation
d'organes : dilemmes éthiques
en contexte de pénurie**

Enjeux éthiques
**LIÉS AU DON
D'ORGANES**
en contexte d'aide
médicale à mourir



COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE

888, St-Jean, Bureau 555
Québec (Québec) G1R 5H6
www.ethique.gouv.qc.ca

SOUTIEN À LA RÉDACTION DE L'AVIS

Direction

Nicole Beaudry, secrétaire générale

Secrétaire de réunion, recherche et rédaction

Marie-Noëlle Saint-Pierre, conseillère en éthique

SOUTIEN TECHNIQUE

Révision linguistique

Bla bla rédaction

Communications

Joanie-Kim McGee-Tremblay

Graphisme et mise en page

Direct Info

Impression

Deschamps Impression inc.

Avis adopté à la 77^e séance de la
Commission de l'éthique en science
et en technologie le 30 octobre 2015

© Gouvernement du Québec

Dépôt légal : 4^e trimestre 2015

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN : (version imprimée) 978-2-550-74183-1

ISBN : (version PDF) 978-2-550-74184-8

*Pour faciliter la lecture du texte, le genre masculin
est utilisé sans aucune intention discriminatoire.*

La Commission de l'éthique en science et en technologie

PRÉSIDENTE

Me Édith Deleury
Professeure émérite
Faculté de droit
Université Laval

MEMBRES

M. Denis Beaumont
Directeur général
TransBIOTech

Mme Valérie Borde
Journaliste scientifique

Mme Françoise Guénette
Journaliste indépendante

Dr Pavel Hamet
Professeur
Université de Montréal

Dre Annie Janvier
Pédiatre
Centre de recherche du CHU Sainte-Justine

Mme Marie-Hélène Parizeau
Professeure
Université Laval

Mme Dany Rondeau
Professeure
Université du Québec à Rimouski

M. Bernard Sinclair-Desgagné
Professeur
HEC Montréal

Quatre postes vacants

OBSERVATEUR

Luc Castonguay
Sous-ministre adjoint à la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
Ministère de la Santé et des Services sociaux

SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

Me Nicole Beaudry



Table des matières

INTRODUCTION	1
SECTION 1 – QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	3
SECTION 2 – LE CADRE LÉGAL.....	7
2.1 Refus ou arrêt de soins essentiels au maintien de la vie	7
2.1.1 Le cas des patients aptes	8
2.1.2 Le cas des patients inaptes.....	8
2.2 Aide médicale à mourir	9
2.3 Conditions au prélèvement d'organes.....	11
2.3.1 Un consentement explicite	11
2.3.2 La qualité des organes.....	12
2.3.3 La procédure.....	13
SECTION 3 – VALEURS EN JEU	15
3.1 Dignité.....	15
3.2 Autonomie	15
3.3 Bien-être.....	16
3.4 Justice et équité	16
SECTION 4 – ANALYSE DES ENJEUX ÉTHIQUES.....	19
4.1 Pour le donneur.....	19
4.2 Pour la famille et les proches	19
4.3 Pour les soignants.....	20
4.4 Pour la société	20
4.5 Pour les institutions et les établissements de santé.....	21
SECTION 5 – RECOMMANDATIONS.....	23
Recommandation n° 1 :	23
Recommandation n° 2 :	23
Recommandation n° 3 :	24
Recommandation n° 4 :	24
Recommandation n° 5 :	24
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	26
Documentation Web.....	27
ANNEXE 1 – ALGORITHME DÉCISIONNEL DE TRANSPLANT QUÉBEC	28
LES MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL	29





Introduction

La rencontre de l'éthique, du don et de la transplantation d'organes interpelle la Commission de l'éthique en science et en technologie depuis plus de 10 ans. Déjà en 2004, elle publiait un avis intitulé *Le don et la transplantation d'organes : dilemmes éthiques en contexte de pénurie*. Elle y rappelait que les avancées de la science et de la technologie avaient permis de faire de la médecine des greffes une pratique répandue dans les pays développés; malgré cela, elle soulignait que le nombre d'organes disponibles pour la transplantation ne permettait pas de répondre aux besoins de tous les patients en attente de greffe. Dans cet avis, la Commission s'était penchée sur les enjeux éthiques liés aux stratégies envisagées pour pallier la pénurie d'organes.

En 2006, elle abordait à nouveau la question du don et de la transplantation sous un angle précis, et publiait un supplément intitulé *Le don et la transplantation d'organes par échanges : considérations éthiques sur une nouvelle option*. La Commission y soulignait que, malgré des efforts considérables, l'écart entre le nombre d'organes disponibles et le nombre de patients en attente de greffe ne cessait de croître. Conséquemment, elle se penchait sur les nouvelles stratégies envisagées pour réduire cette pénurie et sur les enjeux éthiques que celles-ci pouvaient soulever.

La Commission aborde aujourd'hui une tout autre dimension du don d'organes en prenant en compte les nouvelles pratiques au regard des droits des personnes malades en fin de vie, qui doivent entrer en vigueur sous peu, ainsi que l'évolution des lois.

La Commission précise que, même si ce supplément s'inscrit dans la continuité de ses avis sur le don d'organes, l'objectif poursuivi cette fois diffère considérablement. En effet, alors qu'elle cherchait, dans ses avis précédents, à faire une évaluation éthique des stratégies permettant d'augmenter le nombre d'organes disponibles dans un contexte de pénurie, ce supplément met en évidence les enjeux éthiques liés à une demande d'aide médicale à mourir accompagnée d'une demande de faire don de ses organes. Cela même s'il appert qu'une proportion importante de personnes qui feront une demande d'aide médicale à mourir ne pourront faire un don d'organes, puisque ceux-ci seront trop affectés par la maladie pour être transplantés.

À l'aube de la mise en œuvre de la Loi concernant les soins de fin de vie, la Commission désire se pencher sur les enjeux éthiques que soulève cette double demande afin d'éclairer les décideurs politiques sur la réponse qu'il convient de donner, et sur la manière d'accéder à cette demande le cas échéant.

Le présent supplément fait état à la fois de la réflexion à laquelle ont participé des experts venant de divers milieux et de celle des membres de la Commission.

Nous présenterons d'abord quelques éléments de contexte, puis nous exposerons le cadre légal en distinguant le refus ou l'arrêt de soins essentiels au maintien de la vie et la demande d'aide médicale à mourir. Enfin, nous terminerons cette analyse en présentant les conditions au prélèvement dans le cas du don d'organes. Nous serons alors en mesure de percevoir ce qui est en jeu pour les différents acteurs en cas de double demande d'aide médicale à mourir et de don d'organes. Ce que l'analyse éthique mettra en lumière permettra à la Commission de formuler ses recommandations.





SECTION 1

Quelques éléments de contexte

Lorsque, en 2009, le débat sur la légalisation de l'euthanasie prend de l'ampleur, le gouvernement du Québec crée une commission spéciale pour travailler sur un enjeu précis : mourir dans la dignité. La Commission de l'éthique en science et en technologie est invitée à participer aux travaux de la commission spéciale de l'Assemblée nationale dès 2010. Afin d'éclairer le débat qui a cours, la Commission de l'éthique en science et en technologie publie la même année deux documents de réflexion : *Mourir dans la dignité : des précisions sur les termes et quelques enjeux éthiques* et *Mourir dans la dignité : sept questions sur la fin de vie, l'euthanasie et l'aide au suicide*.

En mars 2011, la commission spéciale de l'Assemblée nationale publiait son rapport *Mourir dans la dignité*. Les recommandations portaient notamment sur la question de l'accès aux soins palliatifs et la mise en place des directives médicales anticipées. Elles montraient également une ouverture à l'endroit de l'aide médicale à mourir en la situant sur un continuum de soins de fin de vie. Ces recommandations ont constitué le point de départ de la Loi concernant les soins de fin de vie, sanctionnée le 10 juin 2014 et dont les dispositions devraient entrer en vigueur le 10 décembre 2015.

Les établissements de soins de santé du Québec seront alors tenus d'offrir les soins associés à l'aide médicale à mourir aux patients qui en feront la demande et qui répondront à des conditions strictes. Un médecin pourrait toutefois refuser d'administrer ces soins pour des motifs personnels, mais il aurait alors l'obligation de diriger son patient vers un autre médecin.

S'ajoute à cela le fait que, en février 2015, la Cour suprême du Canada, dans l'arrêt Carter, a invalidé les articles 14¹ et 241b)² du Code criminel, au motif qu'ils portaient atteinte à l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés³.

1 Interdiction pour toute personne de consentir à ce que la mort lui soit infligée, *Code criminel*, L.R.C. (1985), chap. L-2.

2 *Ibid.*, Infraction relative à l'aide au suicide.

3 « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. » *Charte canadienne des droits et libertés, partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982, annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.)*, chap. 11.



La Cour est en effet d'avis que ces dispositions privent de leurs « droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne » les adultes répondant aux critères suivants :

- la personne touchée consent clairement à mettre fin à ses jours;
- la personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables.

Cette déclaration d'invalidité des articles de loi doit prendre effet 12 mois après son dépôt, soit le 6 février 2016.

Dans de telles circonstances, l'aide médicale à mourir serait désormais considérée comme un droit constitutionnel. Afin de guider le législateur dans la réforme du Code criminel qui doit suivre, la Cour suprême propose certains critères permettant d'encadrer l'aide médicale visant à précipiter la mort d'un patient. Comme le législateur fédéral ne s'est pas prononcé, on ignore pour l'instant si la proposition de la Cour suprême sera retenue.

C'est en raison de l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie en décembre 2015 et à la suite du jugement de la Cour suprême que la Commission a voulu apporter un éclairage éthique sur une situation particulièrement complexe : celle où une personne répondant à tous les critères pour obtenir une aide médicale à mourir pourrait aussi demander à ce qu'on prélève ses organes pour en faire don.

La formulation de cette double demande, qui pourrait sembler aller de soi et qui, pour certaines personnes, pourrait être une façon de donner un sens à leur mort, soulève de nombreuses questions éthiques. La Commission a constaté que les pays où l'aide médicale à mourir est accessible ont reçu de telles demandes et que la manière d'y répondre a parfois posé des problèmes. C'est notamment le cas des Pays-Bas qui, pour se doter de directives claires et uniformes, travaillent à la mise en place d'un protocole.







SECTION 2

Le Cadre Légal

Le don d'organes et l'aide médicale à mourir sont encadrés par des dispositions du Code civil du Québec⁴, par la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec⁵, la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁶, la Loi sur le notariat⁷ et la Loi concernant les soins de fin de vie⁸.

Trois situations ont été prises en compte dans notre réflexion, soit le refus ou la cessation de traitements nécessaires au maintien de la vie ou susceptibles de la prolonger, la demande d'aide médicale à mourir et la sédation palliative continue. Cette dernière situation n'a pas été retenue puisque les experts consultés ont confirmé que les circonstances particulières du décès ne permettraient que le prélèvement de tissus et non le prélèvement d'organes.

2.1 REFUS OU ARRÊT DE SOINS ESSENTIELS AU MAINTIEN DE LA VIE

L'article 11 du Code civil à son alinéa 1 édicte ceci :

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Le refus de traitement signifie qu'un patient peut décider de cesser de recevoir un traitement ou refuser de commencer un traitement qui permettrait de le maintenir en vie ou de lui sauver la vie. Par exemple, un patient pourrait demander que l'on arrête le respirateur (ventilation mécanique) ou refuser d'être réanimé. Ces décisions ont pour effet d'entraîner à plus ou moins court terme le décès de la personne.

L'alinéa 1 de l'article 5 de la Loi concernant les soins de fin de vie codifie ce que les tribunaux avaient décidé en édictant que :

Sauf disposition contraire de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin.

La nouvelle disposition précise également ceci : « Le refus de soin ou le retrait de consentement peut être communiqué par tout moyen. »

Une personne jugée apte peut donc faire cesser un traitement ou refuser un traitement qui la maintient en vie et ainsi faire le choix conscient d'aller vers la mort.

4 *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, chap. 64.

5 *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, RLRQ, chap. R-5.

6 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chap. S-4.2.

7 *Loi sur le notariat*, RLRQ, chap. N-3.

8 *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, chap. S-32.0001.



2.1.1 LE CAS DES PATIENTS APTES

La demande de cessation ou de refus de traitement de maintien des fonctions vitales peut être faite par la personne elle-même lorsque celle-ci est apte à consentir.

Rappelons le cas de Nancy B., atteinte du syndrome de Guillain-Barré et maintenue en vie pendant deux ans grâce à un respirateur auquel elle était branchée. En 1992, elle s'adressait à la Cour supérieure pour faire cesser le traitement qui la maintenait en vie. Le jugement a reconnu le droit de la jeune femme d'exiger l'interruption du traitement tout en enjoignant à l'établissement l'obligation de lui assurer des soins de confort⁹.

2.1.2 LE CAS DES PATIENTS INAPTES

L'article 15 du Code civil édicte ceci :

Lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou de fait ou à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour la personne majeure un intérêt particulier.

Cela signifie que la décision d'arrêter les traitements de maintien des fonctions vitales peut parfois revenir au représentant légal, à la famille ou aux proches du patient, lorsque celui-ci est inapte. Par exemple, le patient peut avoir fait un mandat en cas d'incapacité dans lequel il précise ses volontés quant au traitement qu'il désire recevoir en fin de vie¹⁰.

Qui plus est, la nouvelle Loi concernant les soins de fin de vie prévoit à l'article 51 que :

toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, au moyen de directives médicales anticipées, indiquer si elle consent ou non aux soins médicaux qui pourraient être requis par son état de santé au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir¹¹.

Ces directives, qui doivent être établies par acte notarié ou devant témoin, peuvent être versées au dossier du patient et seront consignées dans un registre à cet effet¹². Si des directives anticipées ont été formulées par le patient, ou si un mandat en cas d'incapacité a été homologué par la cour, la famille devrait s'en remettre à ces dispositions et ainsi respecter les volontés exprimées.

9 Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec, (1992) R.J.Q. 361 (C.S).

10 Curateur public du Québec, *Mandat en cas d'incapacité*, [en ligne], page consultée le 20 octobre 2015, www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/outils/publications/mon_mandat.html.

11 *Loi concernant les soins de fin de vie*, précitée.

12 *Ibid.*, art. 51.



S'il n'y a ni mandat ni directives anticipées, ce sont les dispositions de l'article 12 du Code civil qui s'appliquent :

Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

2.2 AIDE MÉDICALE À MOURIR

La Loi concernant les soins de fin de vie, qui devrait entrer en vigueur sous peu, définit l'aide médicale à mourir comme :

un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès¹³.

Ainsi, il sera possible pour une personne répondant à des conditions strictes de faire une demande pour qu'un médecin lui administre, au moment qu'elle aura choisi, un médicament qui causera rapidement sa mort.

Rappelons ici que l'aide médicale à mourir diffère du suicide assisté, qui impliquerait qu'un médecin fournisse les substances létales que la personne s'administrerait elle-même. L'aide médicale à mourir se distingue en ce que l'acte doit être posé par un médecin et dans des conditions particulières.

Plusieurs dispositions de la loi visent à encadrer le processus et à protéger les personnes.

L'article 26 précise les conditions requises pour qu'une personne puisse demander l'aide médicale à mourir :

- 1 elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);
- 2 elle est majeure et apte à consentir aux soins;
- 3 elle est en fin de vie;
- 4 elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;
- 5 sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- 6 elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

¹³ *Ibid.*, art. 3.



La demande d'aide médicale à mourir doit être faite par le patient à l'aide d'un formulaire prescrit à cet effet. Ce document doit être rempli, daté et signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne. Si celui-ci n'est pas le médecin traitant de la personne, le formulaire doit être remis à ce dernier¹⁴.

L'article 27 ajoute :

Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut dater et signer le formulaire visé à l'article 26 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.

Enfin, la loi prévoit que la personne peut en tout temps et par tout moyen retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou reporter l'administration de cette aide¹⁵.

L'article 29 précise les obligations du médecin traitant qui reçoit une demande d'aide médicale à mourir :

Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit :

- 1 être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment :
 - a en s'assurant auprès d'elle du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures,
 - b en s'assurant auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences,
 - c en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état,
 - d en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant,
 - e en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite;
- 2 s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;
- 3 obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit¹⁶.

¹⁴ *Ibid.*, art. 26.

¹⁵ *Ibid.*, art. 28.

¹⁶ *Ibid.*, art. 29.



La Commission de l'éthique en science et en technologie estime que certaines conditions prévues à l'article 26 demeurent toutefois floues. Notamment, ce qui est entendu par « fin de vie » et « souffrances physiques ou psychiques insupportables », dont la portée devra être définie. Néanmoins, ces nouvelles dispositions de la loi permettront à une personne remplissant les conditions citées plus haut de choisir le moment et potentiellement le lieu de sa mort.

2.3 CONDITIONS AU PRÉLÈVEMENT D'ORGANES

2.3.1 UN CONSENTEMENT EXPLICITE

Le Code civil établit les dispositions relatives aux dons d'organes après le décès aux articles 43, 44 et 45 :

Le majeur ou le mineur âgé de 14 ans et plus peut, dans un but médical ou scientifique, donner son corps ou autoriser sur celui-ci le prélèvement d'organes ou de tissus. Le mineur de moins de 14 ans le peut également, avec le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou de son tuteur.

Cette volonté est exprimée soit verbalement devant deux témoins, soit par écrit, et elle peut être révoquée de la même manière. Il doit être donné effet à la volonté exprimée, sauf motif impérieux¹⁷.

À défaut de volontés connues ou présumées du défunt, le prélèvement peut être effectué avec le consentement de la personne qui pouvait ou aurait pu consentir aux soins.

Ce consentement n'est pas nécessaire lorsque deux médecins attestent par écrit l'impossibilité de l'obtenir en temps utile, l'urgence de l'intervention et l'espoir sérieux de sauver une vie humaine ou d'en améliorer sensiblement la qualité¹⁸.

L'article 2.0.8 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie prévoit que :

toute personne peut, en tout temps à compter de sa demande d'inscription à la Régie suivant l'article 9 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), exprimer par écrit, sur un formulaire fourni à cette fin par la Régie, sa volonté d'autoriser le prélèvement sur son corps d'organes ou de tissus après son décès à des fins de greffe, tel que le permet l'article 43 du Code civil.

Ce consentement peut être révoqué en tout temps, par écrit, à l'aide d'un formulaire fourni à cette fin par la Régie¹⁹.

¹⁷ Code civil du Québec, art. 43.

¹⁸ *Ibid.*, art. 44.

¹⁹ Loi sur la Régie de l'assurance maladie, précitée, art. 2.0.8.



L'article 2.0.9 décrit les dispositions particulières concernant ce formulaire :

Le formulaire de consentement au prélèvement d'organes ou de tissus, ou un avis qui l'accompagne, doit informer la personne concernée de ce qui suit :

- 1 son consentement au prélèvement est recueilli à des fins de greffe;
- 2 les renseignements figurant sur son formulaire de consentement pourront être communiqués, sur demande, à un organisme qui assure la coordination des dons d'organes ou de tissus désigné à la liste dressée par le ministre et publiée sur le site Internet de la Régie;
- 3 la possibilité de révoquer ce consentement en tout temps, par écrit, à l'aide d'un formulaire fourni à cette fin par la Régie;
- 4 la Régie ne sollicitera pas de nouveau son consentement si la personne le lui a déjà donné²⁰.

Une fois le formulaire rempli, la Régie verse les renseignements qu'il contient dans le registre des dons d'organes et de tissus constitué par la loi²¹.

En plus de pouvoir le faire par l'entremise de ce formulaire, une personne peut exprimer son consentement en signant le dos de sa carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec; son consentement peut aussi être consigné au registre des directives anticipées de la Chambre des notaires²².

En principe, donc, et contrairement à la situation qui a cours dans d'autres pays, le consentement au don d'organes doit être explicite au Québec.

Toutefois, dans les faits, même si la personne a exprimé sa volonté de faire don de ses organes, le consentement de la famille est sollicité. Si elle refuse, le prélèvement n'aura pas lieu.

2.3.2 LA QUALITÉ DES ORGANES

Les experts consultés considèrent que les conditions de prélèvement des organes diffèrent selon les circonstances du décès. Elles sont par exemple plus difficiles à la suite d'un arrêt des soins qui maintiennent les fonctions vitales, car le moment de la mort est parfois imprévisible et peut survenir plus ou moins lentement. Même si les équipes de prélèvement sont prêtes à intervenir, le temps est compté puisque les organes se dégradent rapidement. Il est donc possible qu'une demande de don ne puisse être réalisée si la mort survient dans un délai qui dépasse la limite requise pour la préservation des organes. En situation d'aide médicale à mourir, le décès étant planifié, les organes pourraient être de meilleure qualité.

²⁰ *Ibid.*, art. 2.0.9.

²¹ *Loi facilitant les dons d'organes et de tissus*, L.Q., 2006, chap.11.

²² *Loi sur le notariat*, L.R.Q., chap. N-3, art. 93 et s.; *Règlement sur les registres de la Chambre des notaires du Québec*, R.Q., chap. N-3, r. 4.



2.3.3 LA PROCÉDURE

Enfin, dans le contexte actuel où le consentement au don d'organes est donné ou refusé par les proches, une procédure existe et un algorithme de décision²³ a été mis en place pour permettre au personnel soignant d'évaluer la pertinence du don et de choisir le moment adéquat pour en discuter avec les proches.

Dans les cas où le patient apte demande pour lui-même l'arrêt des soins qui maintiennent ses fonctions vitales et exprime la volonté de faire don de ses organes, chaque situation est évaluée au cas par cas. Aucune procédure n'a été adoptée.

C'est aussi le cas en ce qui concerne la demande de don d'organes dans le contexte d'aide médicale à mourir. Il n'y a en effet aucun protocole ou procédure en place, ni pour discuter avec le patient de sa demande, ni pour permettre d'aborder le sujet lorsque sa décision est définitive et qu'elle répond aux critères spécifiés dans la loi. C'est cette absence de procédure qui interpelle la Commission.

²³ Voir annexe 1 : Algorithme décisionnel de Transplant Québec.





SECTION 3

Valeurs en jeu

Comme dans chacun de ses avis, la Commission aborde ici les enjeux éthiques en faisant une évaluation en fonction des valeurs en jeu. Comme elle le rappelait dans un de ses avis²⁴ publié en 2003 :

La valeur est la finalité d'une action. C'est elle qui donne sens à l'action : de ce fait, elle reflète la motivation d'agir. C'est elle qui permet de justifier l'action. But à atteindre, finalité d'une action, la valeur renvoie à ce qu'une personne ou une population donnée désire atteindre et promouvoir, ou encore protéger.

La possibilité de prélèvement à la suite d'un arrêt des soins essentiels au maintien de la vie ou d'une aide médicale à mourir soulève des enjeux éthiques qui touchent autant le patient, sa famille et ses proches, que les professionnels participants aux soins. Elle peut également avoir des conséquences sur la société de même que dans les établissements de santé où ces pratiques auront cours. Certaines valeurs sont reconnues dès lors qu'il s'agit de soins de santé. Ce sont également ces valeurs consensuelles qui guident ici notre réflexion.

3.1 DIGNITÉ

Pour la Commission, la valeur de dignité humaine exige que la personne soit considérée comme une fin en soi et non pas comme un moyen pour arriver à une fin. Elle exclut toute forme d'instrumentalisation, de réification et de commercialisation du corps humain, de ses tissus, de ses organes et de ses produits.

À la source des droits fondamentaux de la personne, la dignité humaine est un concept englobant et complexe qui se décline en plusieurs autres. Les valeurs d'autonomie, de bien-être, de justice et d'équité, capitales dans la question qui nous occupe, trouvent leur fondement dans ce concept matriciel de dignité auquel la Commission adhère.

²⁴ Commission de l'éthique en science et en technologie, *Pour une gestion éthique des OGM*, Québec, 2003, p. 54.



3.2 AUTONOMIE

On entend par autonomie la liberté de décider et d'agir pour soi-même, ce qui suppose, pour le patient apte, la possibilité de prendre une décision libre et éclairée, conforme à ses valeurs, et donne sens à son geste.

Ainsi comprise, l'autonomie implique d'abord que la personne ne subisse aucune pression pour faire un choix ou, le cas échéant, qu'elle soit en mesure d'en faire abstraction.

Le respect de l'autonomie entraîne également l'obligation pour le corps médical de fournir au patient toute l'information nécessaire sur son état, de lui présenter les options qui s'offrent à lui compte tenu de sa situation, et de s'assurer de sa compréhension de l'information de manière à ce qu'il soit en mesure de prendre une décision éclairée.

Enfin, suivant le principe d'autonomie, le patient apte est en droit de s'attendre à ce que sa décision soit respectée, dans la mesure où elle ne va pas à l'encontre des règles légales et déontologiques.

3.3 BIEN-ÊTRE

Inhérente à la nature fiduciaire de la relation entre les professionnels de la santé et les patients, cette valeur renvoie aux principes de bienfaisance et de non-malfaisance. Elle exige des professionnels de la santé qu'ils s'assurent que les services rendus aux patients le soient toujours dans le respect des personnes et en fonction de leur autonomie et de leur bien-être. Cela exige aussi que soient rigoureusement prises en compte les situations de vulnérabilité. Au-delà des soignants, la valeur de bien-être s'étend également à toutes les autres personnes concernées – dans ce cas précis le donneur, sa famille et ses proches –, qui doivent être bien avec la décision prise.

3.4 JUSTICE ET ÉQUITÉ

La justice renvoie ici à la possibilité pour tous d'avoir accès aux mêmes services dans le respect de l'égalité des droits et des lois. L'équité implique quant à elle l'évaluation d'une situation en fonction des critères médicaux et non des critères sociaux propres aux patients. L'accès aux services de santé doit être accordé selon les besoins de chacun.







SECTION 4

Analyse des enjeux éthiques

Pour la Commission, l'ensemble des valeurs en jeu lorsqu'il est question de don d'organes en contexte d'aide médicale à mourir s'incarne de différentes manières pour les parties concernées.

4.1 POUR LE DONNEUR

Le don d'organes doit reposer sur la volonté du donneur et le respect de son autonomie. Le donneur doit être bien informé des conditions du don d'organes pour être en mesure de prendre une décision libre et éclairée. Or, le don d'organes exige que des tests préalables soient effectués pour vérifier la qualité des organes. Il modifie également les conditions dans lesquelles aura lieu le décès.

À titre d'exemple, une personne qui demande l'aide médicale à mourir et désire faire don de ses organes devra être informée que son décès aura lieu en salle d'opération et dans un établissement où le prélèvement d'organes est possible. Pour une personne habitant en région éloignée, cela peut entraîner un déplacement sur une grande distance pour elle et ses proches. La prise en compte de ces éléments pourrait raffermir sa volonté de faire don de ses organes, ou au contraire l'ébranler, voire modifier sa décision.

En outre, la valeur de bien-être du donneur doit être considérée dans sa globalité. Le sens qu'accorde le donneur à sa mort peut influencer sur son bien-être psychologique et spirituel et ainsi valoriser sa perception du don. Pour certaines personnes, faire don de leurs organes donne un sens à leur mort.

4.2 POUR LA FAMILLE ET LES PROCHES

La décision de demander l'aide médicale à mourir et celle de faire don de ses organes relèvent de l'autonomie du donneur. Il importe cependant de bien comprendre les conséquences de ces décisions sur les proches afin de répondre à leurs questions, de soulager leurs appréhensions et de les diriger vers des ressources d'aide au besoin, dans l'esprit du principe de bienfaisance qui doit s'étendre à la famille et aux proches.

Le bien-être de la famille et celui des proches passent par la connaissance et l'acceptation des intentions du donneur. La famille devrait idéalement en être informée. Cependant, rien dans la Loi concernant les soins de fin de vie n'oblige le patient qui demande l'aide médicale à mourir à informer ses proches de sa décision, et encore moins à obtenir leur consentement. Il pourrait vouloir garder confidentielle sa volonté de faire don de ses organes, ce qui pourrait bouleverser sa famille et ses proches. Pour leur bien-être, il serait important que le donneur en discute préalablement avec eux.



En outre, compte tenu du contexte dans lequel survient le décès, les modalités qui l'entourent doivent être clairement expliquées à la famille et aux proches, avec empathie et dans un souci d'accompagnement et de confiance mutuelle.

Pour toute famille qui accepte le choix d'un donneur et partage sa volonté, le don d'organes peut donner un sens à la mort. Quand les circonstances rendent le don impossible, certaines familles vivent de la déception, perdent le sentiment d'apaisement et de bien-être lié à l'acte de générosité de leur proche.

4.3 POUR LES SOIGNANTS

L'objectif des soignants est clair : offrir les meilleurs soins possible au patient. Leur crainte de voir cet objectif remis en question, d'être perçus comme ayant pu influencer sur la demande d'aide à mourir en vue de pouvoir prélever les organes du patient est très vive. Déjà, l'option même d'offrir l'aide médicale à mourir va à l'encontre des valeurs personnelles et des convictions morales de certains soignants.

Dans cet ordre d'idées, recevoir une demande d'aide médicale à mourir pourrait poser problème au médecin traitant, car elle oppose son devoir de soignant à son devoir de respecter l'autonomie de son patient. Ces derniers auront la possibilité de refuser de se plier à cette demande. Le patient demandeur sera alors dirigé vers un autre soignant.

Ajouter la possibilité du don d'organes au contexte d'aide médicale à mourir accentue le caractère exceptionnel de la demande, et décuple les difficultés émotionnelles chez certains soignants.

Il faut ainsi tenir compte des conséquences de ces pratiques sur le bien-être des soignants. Ils pourraient ressentir une détresse morale à la suite de la modification de leur rôle. Ils auront désormais à traiter des demandes qu'ils n'ont pas « appris » à recevoir, ce qui pourrait ébranler leurs valeurs personnelles et professionnelles. Cette difficulté ne se pose pas encore dans le contexte actuel, où deux équipes différentes participent au processus de don d'organes : une équipe se charge de l'arrêt des traitements maintenant la vie et une équipe s'occupe de discuter avec la famille de la possibilité du don d'organes. Dans un cas d'aide médicale à mourir où le patient a exprimé sa volonté de donner simultanément ses organes, il faudra porter attention à la manière dont la demande sera reçue, par qui, et à quel moment.

On devra analyser les pratiques pour s'assurer que l'information nécessaire à la prise de décision est donnée au patient et que les demandes de don d'organes sont faites sans pression de la part des soignants et acheminées adéquatement, afin que leurs intentions ne puissent pas être mal interprétées et que les soupçons de conflit d'intérêts soient totalement écartés.



4.4 POUR LA SOCIÉTÉ

La population connaît mal les mécanismes et protocoles liés au don d'organes. Certaines croyances persistent, notamment l'idée que tous les efforts ne seront pas faits pour sauver une personne qui accepte de faire don de ses organes. Ces croyances pourraient être amplifiées par les doubles demandes. Certaines personnes pourraient penser que les soignants ont précipité ou encouragé le décès d'un patient pour recueillir ses organes et associer la demande d'aide médicale à mourir avec le prélèvement d'organes.

L'information, la sensibilisation de la population et la séparation des rôles sont donc cruciales. Elles assureraient que le don d'organes, qui repose sur la solidarité sociale, ne soit pas pénalisé.

4.5 POUR LES INSTITUTIONS ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

En prévision de l'application et du respect des critères de la loi, les institutions concernées devront se doter de protocoles, de politiques et de procédures sur l'aide médicale à mourir²⁵. Afin de répondre adéquatement à la double demande d'un patient de faire don de ses organes et de recevoir l'aide médicale à mourir, ils auront la responsabilité d'adopter des directives claires et transparentes.

La double demande doit faire l'objet d'une procédure spécifique, notamment dans les cas où un patient doit être dirigé vers un autre établissement pour que ses demandes soient exécutées. Comme le changement d'établissement peut influencer sur sa décision (aller dans un établissement de santé éloigné pourrait rendre l'accompagnement par les proches plus difficile), il doit être informé le plus tôt possible de toutes les modalités d'accès à sa demande afin de pouvoir prendre une décision éclairée.

²⁵ Loi concernant les soins de fin de vie, précitée, art. 7, 8, 9 et 33.





SECTION 5

Recommandations

La Commission constate que le nombre de patients en attente de greffe est toujours largement supérieur au nombre d'organes disponibles pour la transplantation. Elle réaffirme que le don d'organes est socialement acceptable. Bien qu'il ne s'agisse pas de l'angle d'analyse adopté dans ce supplément, elle considère qu'accepter le don d'organes d'une personne qui en fait la demande après une mort souhaitée, augmenterait le bassin de donneurs potentiels, tout en respectant l'autonomie de la personne. C'est pourquoi :

RECOMMANDATION N° 1 :

Considérant que la demande d'aide médicale à mourir est un droit, que le don d'organes est socialement acceptable et qu'il répond à la volonté exprimée par le patient;

Considérant que la Commission a toujours valorisé le don d'organes dans ses avis précédents;

La Commission recommande que l'ensemble des institutions responsables mettent en place les conditions nécessaires à la conciliation de ces deux demandes.

RECOMMANDATION N° 2 :

Considérant que le don d'organes ne devrait pas être une justification à l'acceptation d'une demande d'aide médicale à mourir;

La Commission recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux et aux établissements de santé de maintenir une étanchéité entre les deux démarches. Pour ce faire, elle estime que :

- *la demande d'aide médicale à mourir doit être traitée en premier lieu;*
- *le processus lié à chacune des deux demandes doit relever d'équipes distinctes.*



RECOMMANDATION N° 3 :

Considérant que les circonstances de la double demande auront des conséquences sur les familles et les soignants;

La Commission recommande que les établissements de santé offrent un soutien particulier aux familles et aux soignants. À cet effet :

- *les familles devraient être accompagnées tout au long du processus;*
- *le personnel soignant devrait recevoir une formation appropriée.*

RECOMMANDATION N° 4 :

Considérant que tous les citoyens doivent avoir un accès équitable à l'information disponible pour donner un consentement libre et éclairé;

Considérant que les établissements de santé doivent protéger les personnes de toute sollicitation indue :

La Commission recommande aux établissements de santé :

- *de s'assurer que les personnes qui répondent aux conditions pour recevoir de l'aide médicale à mourir seront informées sur les possibilités de faire don de leurs organes et des implications que ce don pourrait avoir sur les circonstances de leur décès;*
- *de sensibiliser tout le personnel soignant ainsi que les proches des patients à l'importance de ne pas faire pression – ou sembler faire pression – sur la décision des individus.*

RECOMMANDATION N° 5 :

Considérant que la loi permet au patient de demander et d'obtenir, le cas échéant, une aide médicale à mourir sans en informer sa famille;

Considérant que le patient pourrait aussi vouloir faire don de ses organes dans les mêmes circonstances;

La Commission recommande aux établissements de santé de s'assurer que les équipes médicales respectent l'autonomie du patient et sa volonté de faire don de ses organes.



Conclusion

Déjà en 2004, dans son avis sur le don d'organes, la Commission soulignait le caractère délicat et émotif du don et de la transplantation. Il en va de même pour l'aide médicale à mourir qui, comme le don d'organes, suscite des émotions parfois contradictoires, parce qu'elle implique la mort d'un proche, mais également la fin de ses souffrances. Par ailleurs, la demande d'aide médicale à mourir, lorsqu'elle est jointe à la volonté exprimée du patient de donner ses organes, peut également offrir une chance de survie à d'autres personnes. La Commission reconnaît qu'il s'agit là d'un sujet complexe qui soulève plusieurs enjeux éthiques pour les acteurs concernés.

Ce sont ces enjeux que la Commission a fait ressortir pour bien étayer ses recommandations. Celles-ci sont fondées sur le respect de la dignité humaine et de l'autonomie du patient. La Commission rappelle l'importance de fournir une information qui permet au patient de prendre une décision éclairée, concernant autant l'aide médicale à mourir (diagnostic, options de traitement) que le don d'organes (spécificités, implications pour le donneur et pour ses proches).

Enfin, la Commission est consciente que l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie entraînera certains bouleversements et demandera des adaptations. Elle comprend que l'on puisse vouloir procéder par étapes avant de répondre à la double demande de recevoir l'aide médicale à mourir et de faire don de ses organes. Elle estime néanmoins que ses recommandations pourront aider les décideurs qui feront face à ces doubles demandes.



Bibliographie

Charte canadienne des droits et libertés, Partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.) 1982, chap.11

Code civil du Québec, L.Q. 1991, chap. 64.

Code criminel, L.R.C. 1985, chap. L-2

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir*, avis no 121, Paris, 2013.

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Questions d'éthique relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation*, avis no 115, Paris, 2011.

Commission de l'éthique en science et en technologie, *Le don et la transplantation d'organes : dilemmes éthiques en contexte de pénurie*, Québec, 2004.

Commission de l'éthique en science et en technologie, *Mourir dans la dignité : des précisions sur les termes et quelques enjeux éthiques*, Québec, 2010.

Commission de l'éthique en science et en technologie, *Mourir dans la dignité : sept questions sur la fin de vie, l'euthanasie et l'aide au suicide*, Québec, 2010.

Commission de l'éthique en science et en technologie, *Pour une gestion éthique des OGM*, Québec, 2003.

Commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité, *Mourir dans la dignité : rapport*, Québec, 2012.

Curateur public du Québec, *Mandat en cas d'inaptitude*, [en ligne], page consultée le 20 octobre 2015 : http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/outils/publications/mon_mandat.html.

Eurotransplant International Foundation, *Annual Report 2008*, Leiden, 2008.

GUBET LAFAYE, Caroline, et Louis PUYBASSET, « Décider la mort et prélever les organes : la question de l'extension des conditions du prélèvement d'organes », dans *Éthique publique*, vol. 13, no 1, 2011, p. 235-259.

Hôpitaux universitaires de Genève, *Don d'organes à cœur arrêté*, Genève, Conseil d'éthique clinique, 2013.

KINNAERT, P., « Éthique du prélèvement d'organes après arrêt cardiaque planifié », dans *Revue médicale de Bruxelles*, vol. 32, 2011, p. 523-532.

Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, chap. S-32.0001.

Loi facilitant les dons d'organes et de tissus, L.Q., 2006, chap.11

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, RLRQ, chap. R-5.



Loi sur le notariat, RLRQ, chap. N-3.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, chap. S-4.2.

Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec, 1992, R.J.Q. 361 (C.S)

PUYBASSET, L., et collab., *Enjeux éthiques en réanimation*, Paris, 2010.

Québec-Transplant, *Projet-pilote don après décès cardiocirculatoire (DDC) de type contrôlé : protocole*, document synthèse, Montréal, 2007.

Règlement sur les registres de la Chambre des notaires du Québec, R.Q., chap.N-3

SHERNIE, Sam D., Andrew J. BAKER, Greg KNOLL et collab., « National Recommendations for Donation After Cardiocirculatory Death in Canada », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 175, no 8, 2006, p. S1-S24.

Transplant Québec, *Cadre d'organisation des services en don d'organes et de tissus*, Montréal, 2015.

Transplant Québec, *Avis sur l'arrêt des traitements vitaux à la demande d'un patient apte et le don d'organes*, avis du comité d'éthique de Transplant Québec, Montréal, 2013.

VAN RAEMDONCK, D., G. M. VERLEDEN, L. DUPONT, et collab., « Initial Experience with Transplantation of Lungs Recovered from Donors After Euthanasia », dans *Applied Cardiopulmonary Pathophysiology*, vol. 15, 2011, p. 38-48.

YSEBAERT, D., G. VAN BEEUMEN, K. DE GREEF, et collab., « Organ Procurement After Euthanasia: Belgian Experience », dans *Transplantation Proceedings*, vol. 41, 2009, p. 585-586.

DOCUMENTATION WEB

Association pour le droit de mourir dans la dignité, *La législation belge concernant l'euthanasie, les soins palliatifs et les droits du patient*, [en ligne], document consulté le 6 novembre 2015, www.admd.be/Legislation.html.

Belgium.Be, *Euthanasie : un droit strictement réglementé*, [en ligne], document consulté le 6 novembre 2015, www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/fin_de_vie/euthanasie.

Belgium.Be, *Sauver une vie en faisant un don d'organes*, [en ligne], document consulté le 6 novembre 2015, www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/don_d_organes_et_de_sang/don_d_organes.

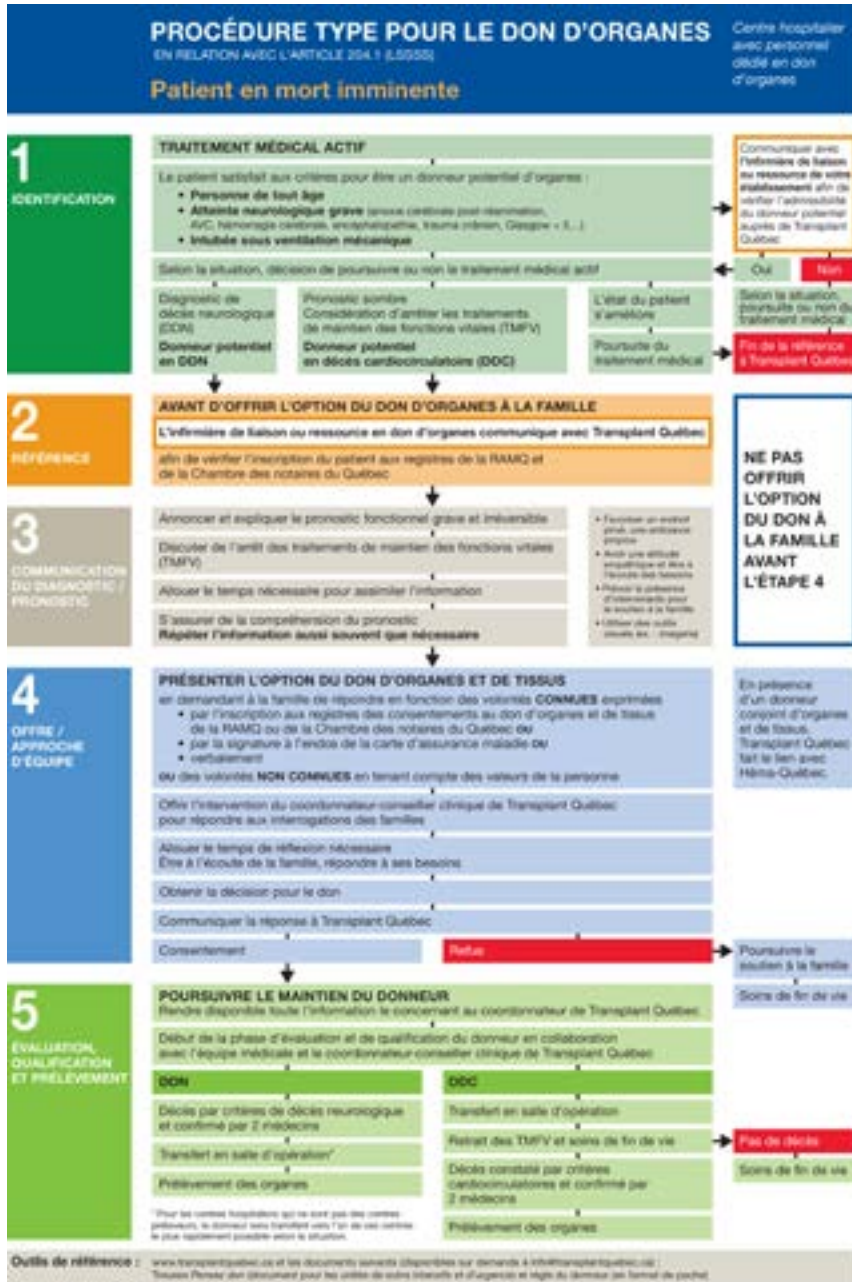
Centre hospitalier universitaire de Liège, *Aspects éthiques du prélèvement d'organes*, [en ligne], document consulté le 6 novembre 2015, www.transplantation.be/infos-generales/aspects-ethiques-du-prelevement-dorganes.

Correspondance européenne, *Europe : don d'organes et euthanasie, une combinaison de plus en plus actuelle*, [en ligne], document consulté le 6 novembre 2015, www.correspondanceeuropeenne.eu/2014/12/30/europe-don-dorganes-et-euthanasie-une-combinaison-de-plus-en-plus-actuelle.



Annexe 1

ALGORITHME DÉCISIONNEL DE TRANSPLANT QUÉBEC²⁶



26 Transplant Québec, *Cadre d'organisation des services en don d'organes et de tissus*, p. 43.



Les membres du comité de travail

Me Édith Deleury, présidente du comité de travail

Professeure émérite
Faculté de droit de l'Université Laval
Présidente de la Commission de l'éthique en science et
en technologie

Mme Marie Achille

Professeure agrégée
Département de psychologie
Université de Montréal

Dre Marie-José Clermont

Néphrologue
Département de pédiatrie
Faculté de médecine du Centre hospitalier
universitaire Sainte-Justine

M. Jacques T. Godbout

Professeur émérite
Département de sociologie
Institut national de la recherche scientifique

Mme Marie-France Ouimette (jusqu'au 22 juin 2015)

Infirmière spécialisée, conseillère-cadre
Institut de cardiologie de Montréal

Mme Marie-Claude Prémont

Professeure titulaire
École nationale d'administration publique
Membre du Barreau du Québec
Membre de l'Ordre des ingénieurs du Québec

Mme Jocelyne Saint-Arnaud

Professeure associée
Départements de philosophie et de médecine sociale
et préventive
Université de Montréal

DU SECRÉTARIAT DE LA COMMISSION

Me Nicole Beaudry

Notaire
Secrétaire générale de la Commission de l'éthique
en science et en technologie

Mme Marie-Noëlle Saint-Pierre

Conseillère en éthique et secrétaire de réunion
Commission de l'éthique en science et en technologie



Le document *Enjeux éthiques liés au don d'organes en contexte d'aide médicale à mourir* est un supplément à l'avis de la Commission de l'éthique en science et en technologie *Le don et la transplantation d'organes : dilemmes éthiques en contexte de pénurie*, paru en 2004. Dans ce supplément, la Commission porte un regard éthique sur une situation particulièrement complexe : celle où une personne répondant à tous les critères pour obtenir une aide médicale à mourir pourrait aussi demander à faire don de ses organes. La Commission considère que la formulation de cette double demande soulève de nombreuses questions éthiques pour les différents acteurs concernés. Après avoir situé le contexte dans lequel s'inscrit la problématique, la Commission expose le cadre légal en distinguant le refus et l'arrêt des soins qui maintiennent les fonctions vitales, l'aide médicale à mourir ainsi que les conditions au prélèvement des organes. Une fois campés, ces éléments lui permettent de dégager les différents enjeux éthiques pour les patients, la famille et les proches, les soignants, la société de même que pour les institutions et les établissements de santé. À la lumière de cette analyse, la Commission formule cinq recommandations à l'intention des institutions, des établissements de santé ainsi que des décideurs politiques.



Ce supplément et les autres publications de la Commission sont disponibles à l'adresse suivante :

www.ethique.gouv.qc.ca

La mission de la Commission de l'éthique en science et en technologie consiste, d'une part, à informer, sensibiliser, recevoir des opinions, susciter la réflexion et organiser des débats sur les enjeux éthiques du développement de la science et de la technologie. Elle consiste, d'autre part, à proposer des orientations susceptibles de guider les acteurs concernés dans leur prise de décision.

**Commission
de l'éthique
en science
et en technologie**

Québec 