

GUIDES ET
NORMES

Administration de l'aide médicale à
mourir (AMM) chez l'adulte
Annexes complémentaires

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport en soutien au protocole médical national sur l'administration de l'aide médicale à mourir chez l'adulte.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne sur le site du [Collège des médecins du Québec](http://www.college-medecins.qc.ca).

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du protocole médicale national sur l'administration de l'aide médicale à mourir chez l'adulte aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A.....	1
Stratégie de repérage d'information scientifique.....	1
ANNEXE B.....	5
Sélection des documents (Diagramme de flux).....	5
ANNEXE C.....	6
Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion	6
ANNEXE D.....	11
Liste et caractéristiques des documents inclus.....	11
ANNEXE E.....	21
Appréciation de la fiabilité et crédibilité des documents retenus	21
ANNEXE F.....	32
Information et recommandations issues des guides de pratique clinique provenant des différents pays où l'AMM (euthanasie volontaire et/ou suicide médicalement assisté) a été légalisé.....	32
ANNEXE G.....	102
Information extraite des monographies de médicaments	102
ANNEXE H.....	117
Information extraite concernant les protocoles d'exécution par injection létale.....	117
ANNEXE I	119
Commentaires Lecteurs externes	119
ANNEXE J.....	134
Sondage futurs utilisateurs.....	134
Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs	137
RÉFÉRENCES	142

LISTE DES TABLEAUX

Tableau C-1	Liste des documents et raison de l'exclusion	6
Tableau D-1	Liste des documents inclus et caractéristiques générales	11
Tableau E-1	Liste de vérification AACODS des documents retenus [Tyndall, 2010].....	21
Tableau F-1	Information générale concernant la situation clinique, les critères d'admissibilité, le contexte législatif et les contre-indications de l'AMM administrée par voie IV par un clinicien (euthanasie) ou administrée par voie orale (suicide assisté)	32
Tableau F-2	Information et recommandations concernant l'appréciation de la condition de santé de la personne	35
Tableau F-3	Information et recommandations concernant les préalables : précautions particulières à prendre en considération, examens physiques et autres investigations à faire avant l'administration de l'AMM	37
Tableau F-4	Recommandations concernant la conduite à respecter pour minimiser les risques de pertes d'accès veineux en cours de procédure et informations en lien avec les plans de rattrapage.....	44
Tableau F-5	Recommandations concernant l'administration des médicaments par voie IV (euthanasie)	47
Tableau F-6	Informations à transmettre à la personne et aux personnes présentes	74
Tableau F-7	Recommandations concernant l'administration des médicaments par voie orale (suicide assisté)	76
Tableau F-8	Informations concernant la conduite thérapeutique ainsi que les conditions ou modalités à respecter pour préserver au maximum la qualité des organes lors d'un don dans un contexte d'AMM	93
Tableau F-9	Recommandations concernant le suivi à la suite de l'administration de l'AMM	97
Tableau F-10	Recommandations concernant les autres éléments à prendre en considération.....	98
Tableau G-1	Information extraite des monographies de médicaments sur les contre-indications, les précautions, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables et le suivi requis pour l'usage des différents médicaments utilisés dans le contexte de l'AMM.....	102
Tableau H-1	Information extraite concernant les protocoles actuels d'exécution par injection létale selon chacun des états Américains.....	117
Tableau I-1	Traitement des commentaires des lecteurs externes	119
Tableau J-1	Traitement des réponses au sondage des futurs utilisateurs	137
Tableau J-2	Traitement des commentaires des futurs utilisateurs	138

LISTE DES FIGURES

Figure B-1	Diagramme de flux	5
------------	-------------------------	---

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données bibliographiques

MEDLINE (Ovid)	
Date du repérage : janvier 2021	
Limites : 1997- ; anglais, français	
1	Euthanasia, Active/ OR Euthanasia, Active Voluntary/ OR Suicide, Assisted/
2	(euthanas* OR mercy killing*).ti,ab
3	((aid OR assist*) ADJ2 (death* OR dying OR suicide*)).ti,ab
4	((medical* ADJ (aid OR assist*)) ADJ2 (death* OR dying)).ti,ab OR (maid AND (death* OR dying)).ti,ab
5	((hasten* OR desir* OR wish* OR request*) ADJ2 (death OR die OR dying OR "termination of life")).ti,ab
6	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5
7	(alternative agent* OR drug OR drugs OR medication* OR pharmaceutic* OR pharmacolog* OR protocol* OR shortage*).ti,ab
8	exp Adrenal Cortex Hormones/ OR exp Analgesics/ OR exp Anesthetics/ OR Anti-Anxiety Agents/ OR exp Barbiturates/ OR exp Benzodiazepines/ OR Deep Sedation/ OR exp Neuromuscular Blocking Agents/
9	(adrenal cortex hormone* OR adrenal cortex steroid* OR adrenal cortical hormone* OR adrenal cortical steroid* OR adrenal steroid* OR adrenocortical hormone* OR adrenocortical steroid* OR adrenocorticosteroid* OR anaesthetic* OR analgesic* OR analgetic OR anesthetic* OR antianxiety agent* OR anti-anxiety agent* OR antianxiety drug* OR anti-anxiety drug* OR anxiolytic* OR ataractic agent* OR ataractic drug* OR barbitol derivative OR barbiturate* OR barbituric* OR benzodiazepin* OR cortical steroid* OR cortico steroid* OR corticoid* OR corticosteroid* OR curare OR curaremimetic drug* OR curariform agent* OR curarizing agent* OR deep sedation* OR neuromuscular blocker* OR neuromuscular blocking agent* OR neuromuscular blocking drug* OR neuromuscular nondepolarizing agent* OR neuromuscular synapse blocking agent* OR opioid* OR relaxant* OR sedative* OR tranquilizer* OR tranquilizing).ti,ab
10	(lorazepam OR midazolam OR pentobarbital OR phenobarbital OR secobarbital).ti,ab
11	Atracurium/ OR Bupivacaine/ OR Cisatracurium/ OR Etomidate/ OR exp Heparin/ OR Fentanyl/ OR Ketamine/ OR Lidocaine/ OR Pancuronium/ OR Potassium Chloride/ OR Propofol/ OR Remifentanyl/ OR Rocuronium/ OR Succinylcholine/
12	(atracurium OR bupivacain* OR cisatracurium OR etomidate OR fentanyl OR heparin* OR ketamine OR lidocaine OR pancuronium OR potassium chloride OR propofol OR remifentanyl OR rocuronium OR succinylcholine OR suxamethonium).ti,ab
13	7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12
14	6 AND 13
15	(exp Animals/ NOT (exp Animals/ AND exp Humans/)) OR (animal* OR boar* OR calf OR calves OR canine* OR cat OR cats OR cattle OR cow OR cows OR dog OR dogs OR feline* OR goat* OR hamster* OR horse* OR lamb OR lambs OR macaque* OR mice OR monkey* OR mouse OR murine* OR pig OR piglet* OR pigs OR porcin* OR rabbit* OR rat OR rats OR rodent* OR sheep* OR swine* OR veterinar*).ti,ab,kf
16	14 NOT 15
17	Directed Tissue Donation/ OR exp Tissue Donors/
18	((heart OR kidney* OR liver OR lung* OR organ* OR pancreas OR tissue* OR transplant*) ADJ3 (donation* OR donor* OR transplant*)).ti,ab
19	17 OR 18
20	6 AND 19
21	20 NOT 15
22	Capital Punishment/
23	(capital punishment* OR death penalt* OR lethal injection*).ti,ab
24	22 OR 23
25	13 AND 24
26	exp Asia/ OR Substance-Related Disorders/
27	25 NOT 26
28	16 OR 21 OR 27

Embase (Ovid)	
Date du repérage : janvier 2021	
Limites : 1997- ; anglais, français	
1	Active Euthanasia/ OR Assisted Suicide/ OR Voluntary Euthanasia/
2	(euthanas* OR mercy killing*).ti,ab
3	((aid OR assist*) ADJ2 (death* OR dying OR suicide*)).ti,ab
4	((medical* ADJ (aid OR assist*)) ADJ2 (death* OR dying)).ti,ab OR (maid AND (death* OR dying)).ti,ab
5	((hasten* OR desir* OR wish* OR request*) ADJ2 (death OR die OR dying OR "termination of life")).ti,ab
6	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5
7	(alternative agent* OR drug OR drugs OR medication* OR pharmaceutic* OR pharmacolog* OR protocol* OR shortage*).ti,ab
8	exp Analgesic Agent/ OR exp Anesthetic Agent/ OR exp Anxiolytic Agent/ OR exp Barbituric Acid Derivative/ OR exp Benzodiazepine Derivative/ OR exp Corticosteroid/ OR Deep Sedation/ OR exp Neuromuscular Blocking Agent/
9	(adrenal cortex hormone* OR adrenal cortex steroid* OR adrenal cortical hormone* OR adrenal cortical steroid* OR adrenal steroid* OR adrenocortical hormone* OR adrenocortical steroid* OR adrenocorticosteroid* OR anaesthetic* OR analgesic* OR analgetic OR anesthetic* OR antianxiety agent* OR anti-anxiety agent* OR antianxiety drug* OR anti-anxiety drug* OR anxiolytic* OR ataractic agent* OR ataractic drug* OR barbitol derivative OR barbiturate* OR barbituric* OR benzodiazepin* OR cortical steroid* OR cortico steroid* OR corticoid* OR corticosteroid* OR curare OR curaremimetic drug* OR curariform agent* OR curarizing agent* OR deep sedation* OR neuromuscular blocker* OR neuromuscular blocking agent* OR neuromuscular blocking drug* OR neuromuscular nondepolarizing agent* OR neuromuscular synapse blocking agent* OR opioid* OR relaxant* OR sedative* OR tranquilizer* OR tranquilizing).ti,ab
10	(lorazepam OR midazolam OR pentobarbital OR phenobarbital OR secobarbital).ti,ab
11	Bupivacaine/ OR Bupivacaine Plus Lidocaine/ OR Fentanyl/ OR Heparin/ OR Lidocaine/ OR Potassium Chloride/ OR Remifentanyl/
12	(atracurium OR bupivacain* OR cisatracurium OR etomidate OR fentanyl OR heparin* OR ketamine OR lidocaine OR pancuronium OR potassium chloride OR propofol OR remifentanyl OR rocuronium OR succinylcholine OR suxamethonium).ti,ab
13	7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12
14	6 AND 13
15	((exp Animal/ OR Nonhuman/) NOT exp Human/) OR (animal* OR boar* OR calf OR calves OR canine* OR cat OR cats OR cattle OR cow OR cows OR dog OR dogs OR feline* OR goat* OR hamster* OR horse* OR lamb OR lambs OR macaque* OR mice OR monkey* OR mouse OR murine* OR pig OR piglet* OR pigs OR porcin* OR rabbit* OR rat OR rats OR rodent* OR sheep* OR swine* OR veterinar*).ti,ab,kw,hw
16	14 NOT 15
17	exp Tissue Transplantation/ OR exp Organ Donor/
18	((heart OR kidney* OR liver OR lung* OR organ* OR pancreas OR tissue* OR transplant*) ADJ3 (donation* OR donor* OR transplant*)).ti,ab
19	17 OR 18
20	6 AND 19
21	20 NOT 15
22	(capital punishment* OR death penalt* OR lethal injection*).ti,ab
23	13 AND 22
24	16 OR 21 OR 23

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database Date du repérage : janvier 2021 Limites : 1997- ; anglais, français	
1	(euthanas* OR mercy killing*).ti,ab
2	((aid OR assist*) ADJ2 (death* OR dying OR suicide*)).ti,ab
3	((medical* ADJ (aid OR assist*)) ADJ2 (death* OR dying)).ti,ab OR (maid AND (death* OR dying)).ti,ab
4	((hasten* OR desir* OR wish* OR request*) ADJ2 (death OR die OR dying OR "termination of life")).ti,ab
5	1 OR 2 OR 3 OR 4
6	(alternative agent* OR drug OR drugs OR medication* OR pharmaceutic* OR pharmacolog* OR protocol* OR shortage*).ti,ab
7	(adrenal cortex hormone* OR adrenal cortex steroid* OR adrenal cortical hormone* OR adrenal cortical steroid* OR adrenal steroid* OR adrenocortical hormone* OR adrenocortical steroid* OR adrenocorticosteroid* OR anaesthetic* OR analgesic* OR analgetic OR anesthetic* OR antianxiety agent* OR anti-anxiety agent* OR antianxiety drug* OR anti-anxiety drug* OR anxiolytic* OR ataractic agent* OR ataractic drug* OR barbitol derivative OR barbiturate* OR barbituric* OR benzodiazepin* OR cortical steroid* OR cortico steroid* OR corticoid* OR corticosteroid* OR curare OR curaremimetic drug* OR curariform agent* OR curarizing agent* OR deep sedation* OR neuromuscular blocker* OR neuromuscular blocking agent* OR neuromuscular blocking drug* OR neuromuscular nondepolarizing agent* OR neuromuscular synapse blocking agent* OR opioid* OR relaxant* OR sedative* OR tranquilizer* OR tranquilizing).ti,ab
8	(lorazepam OR midazolam OR pentobarbital OR phenobarbital OR secobarbital).ti,ab
9	(atracurium OR bupivacain* OR cisatracurium OR etomidate OR fentanyl OR heparin* OR ketamine OR lidocaine OR pancuronium OR potassium chloride OR propofol OR remifentanyl OR rocuronium OR succinylcholine OR suxamethonium).ti,ab
10	6 OR 7 OR 8 OR 9
11	5 AND 10
12	((heart OR kidney* OR liver OR lung* OR organ* OR pancreas OR tissue* OR transplant*) ADJ3 (donation* OR donor* OR transplant*)).ti,ab
13	5 AND 12
14	(capital punishment* OR death penalt* OR lethal injection*).ti,ab
15	10 AND 14
16	11 OR 13 OR 15

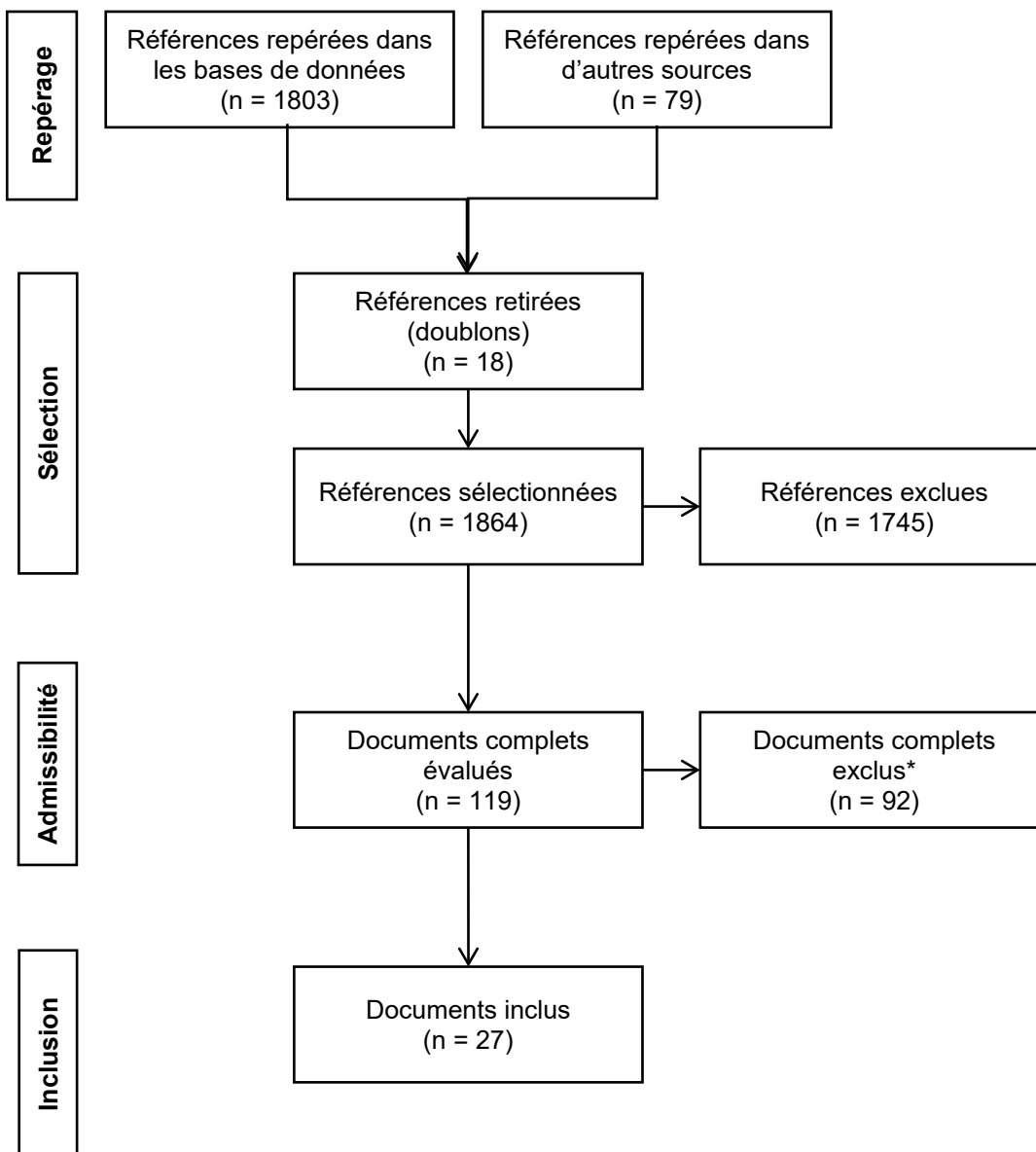
Sites Web, registres d'essais cliniques, moteurs de recherche et autres sources d'information

Date de la consultation : janvier 2021 Limites : 1997- ; anglais, français	
Accelerating Change Transformation Team (ACTT)	actt.albertadoctors.org
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	www.ahrq.gov
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS/CADTH)	www.cadth.ca
Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD)	www.aqdmd.org
Association québécoise des soins palliatifs (AQSP)	www.aqsp.org
Australian Clinical Practice Guidelines (NHMRC)	www.clinicalguidelines.gov.au
BC Guidelines	www2.gov.bc.ca
Campbell Collaboration	campbellcollaboration.org
Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)	kce.fgov.be
Collège des médecins du Québec (CMQ)	www.cmq.org
Death Penalty Information Center	https://deathpenaltyinfo.org/executions/lethal-injection
ECRI Guidelines Trust	guidelines.ecri.org
Gouvernement de l'Oregon	https://www.oregon.gov
Guidelines International Network (G-I-N)	www.g-i-n.net
Haute Autorité de Santé (HAS)	www.has-sante.fr
Health Quality Ontario (HQO)	www.hqontario.ca
Héma-Québec	www.hema-quebec.qc.ca
Infobanque des guides de pratique clinique de l'Association médicale canadienne (AMC/CMA)	jouleamc.ca
International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)	www.inahta.org
Légis Québec	www.legisquebec.gouv.qc.ca
Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)	www.msss.gouv.qc.ca
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	www.nice.org.uk
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	www.health.govt.nz
Organisation mondiale de la Santé (OMS/WHO)	www.who.int/fr
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	www.oiiq.org
Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)	www.opq.org
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	www.ramq.gouv.qc.ca
Société canadienne du sang	www.blood.ca
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	www.sign.ac.uk
Société québécoise des médecins en soins palliatifs (SQMDSP)	www.sqmdsp.com
Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC)	www.spiic.ca
Transplant Québec	www.transplantquebec.ca

ANNEXE B

Sélection des documents (Diagramme de flux)

Figure B-1 Diagramme de flux



* Liste complète des documents exclus avec les raisons d'exclusion disponible à l'annexe C.

ANNEXE C

Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion

Tableau C-1 Liste des documents et raison de l'exclusion

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
1	Al Rabadi, L., M. LeBlanc, et al. (2019). "Trends in Medical Aid in Dying in Oregon and Washington." JAMA Network Open 2(8): e198648.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
2	Anonymous. Euthanasia: A "kit" sold in Belgian pharmacies. Prescrire Int 2005;14(79):197.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
3	Anonymous (2007). "Bad execution. Lethal injection can cause undue suffering to the condemned. What's to be done?" Scientific American 297(1): 36-37.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
4	Anonymous (2019). "Correction: Deceased organ and tissue donation after medical assistance in dying and other conscious and competent donors: Guidance for policy (CMAJ(2019)191(E604-E613)DOI: 10.1503/cmaj.181648)." Cmaj 191(26): E745.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
5	Ashcroft, J. (2002). "Physician-assisted suicide and the prescription of narcotics." Headache 42(3): 234.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
6	Ball, I. M., A. Healey, et al. (2020). "Organ Donation after Medical Assistance in Dying - Canada's First Cases." New England Journal of Medicine 382(6): 576-577.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
7	Ball, I. M., C. Martin, et al. (2020). "Potassium chloride for medical assistance in dying followed by organ donation." Canadian Journal of Anaesthesia 67(7): 905-906.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
8	Ball, I. M., R. Sibbald, et al. (2018). "Voluntary Euthanasia - Implications for Organ Donation." New England Journal of Medicine 379(10): 909-911.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
9	Bernstein, J. N. and R. S. Weisman (2005). "Inadequate anaesthesia in lethal injection for execution." Lancet 366(9491): 1074; author reply 1074-1076.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
10	Boivin, A., I. Marcoux, et al. (2015). "Comparing end-of-life practices in different policy contexts: a scoping review." Journal of Health Services & Research Policy 20(2): 115-123.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
11	Boivin, A., Y. S. Chao, et al. (2015). "What medications are used for medical aid in dying? Scoping review." Canadian Family Physician 61 (2 Supplement 1): S26.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
12	Bollen, J., W. de Jongh, et al. (2016). "Organ Donation After Euthanasia: A Dutch Practical Manual." American Journal of Transplantation.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
13	Brown, J. D. (2018). "Is midazolam a constitutional or pharmacological alternative in lethal injections?" Research In Social & Administrative Pharmacy 14(1): 118-119.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
14	Burette, P., C. Bouuaert, et al. (2008). "Four years of application of the law that decriminalizes euthanasia in Belgium. [French]." Presse Medicale 37(9): 1281-1288.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
15	Chan, J. D., P. D. Treece, et al. (2004). "Narcotic and benzodiazepine use after withdrawal of life support: association with time to death?" Chest 126(1): 286-293.	Données non applicables dans un contexte d'euthanasie
16	Chao, Y. S., A. Boivin, et al. (2016). "International changes in end-of-life practices over time: a systematic review." BMC Health Services Research 16(1): 539.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
17	Chin, A. E., K. Hedberg, et al. (1999). "Legalized physician-assisted suicide in Oregon--the first year's experience." <i>New England Journal of Medicine</i> 340(7): 577-583.	Document plus récent disponible
18	Cypel, M., B. Levvey, et al. (2015). "International Society for Heart and Lung Transplantation Donation After Circulatory Death Registry Report." <i>Journal of Heart & Lung Transplantation</i> 34(10): 1278-1282.	Hors contexte
19	Dara, C., R. Edralin, et al. (2018). "Medical assistance in dying: Guideline development and 20 month experience at the princess margaret cancer centre." <i>Journal of Oncology Pharmacy Practice</i> 24 (5 Supplement 1): 2.	Basé sur les lignes directrices ontariennes
20	Deliens, L., L. Ganzini, et al. (2004). "The use of drugs to hasten death." <i>Pharmacoepidemiology & Drug Safety</i> 13(2): 113-115.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
21	Denno, D. W. (2007). "The lethal injection quandary: how medicine has dismantled the death penalty." <i>Fordham Law Review</i> 76(1): 49-128.	Documents plus récents repérés sur le sujet
22	Detry, O., P. Massion, et al. (2020). "Deceased organ donation in 2020. [French]." <i>Revue Medicale de Liege</i> 75(5-6): 276-279.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
23	Dierickx, S., J. Cohen, et al. (2018). "Drugs Used for Euthanasia: A Repeated Population-Based Mortality Follow-Back Study in Flanders, Belgium, 1998-2013." <i>Journal of Pain & Symptom Management</i> 56(4): 551-559.	Basé sur les lignes directrices néerlandaises (KNMG/KNMP 2012)
24	Dixon, K. M. and K. L. Kier (1998). "Longing for mercy, requesting death: pharmaceutical care and pharmaceutically assisted death." <i>American Journal of Health-System Pharmacy</i> 55(6): 578-585.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
25	Downar, J., S. D. Shemie, et al. (2019). "Deceased organ and tissue donation after medical assistance in dying and other conscious and competent donors: guidance for policy." <i>CMAJ Canadian Medical Association Journal</i> 191(22): E604-E613.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
26	Dresser, R. (2014). "Drugs and the death penalty." <i>Hastings Center Report</i> 44(1): 9-10.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
27	Drickamer, M. A., M. A. Lee, et al. (1997). "Practical issues in physician-assisted suicide." <i>Annals of Internal Medicine</i> 126(2): 146-151.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
28	Dyer, C. (2014). "New drug combination for execution in US leaves hospitals in short supply." <i>BMJ</i> 348: g384.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
29	Dyer, O. (2017). "Florida executes prisoner with etomidate despite drug maker's concerns." <i>BMJ</i> 358: j4057.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
30	Englert, M., A. Ronson, et al. (2001). "[Terminal medical interventions: psychosocial, medical, ethical and legal aspects]." <i>Revue Medicale de Bruxelles</i> 22(2): 93-99.	Article non accessible (auteur décédé)
31	Gawande, A., D. W. Denno, et al. (2008). "Physicians and execution--highlights from a discussion of lethal injection." <i>New England Journal of Medicine</i> 358(5): 448-451.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
32	Gillon, S., M. Johnson, et al. (2010). "Review of phenobarbitone use for deep terminal sedation in a UK hospice." <i>Palliative Medicine</i> 24(1): 100-101.	Hors contexte
33	Groenewoud, J. H., A. van der Heide, et al. (2000). "Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands." <i>New England Journal of Medicine</i> 342(8): 551-556.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
34	Haghighi, H. and E. Coomes (2019). "Optimal Pharmacological Strategies for the Provision of Medical Assistance in Dying: A Systematic Review." <i>Chest</i> 155 (4 Supplement): 230A.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
35	Harty, C., A. J. Chaput, et al. (2019). "Oral medical assistance in dying (MAiD): informing practice to enhance utilization in Canada." <i>Canadian Journal of Anaesthesia</i> 66(9): 1106-1112.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
36	Healey, A., M. Cypel, et al. (2021). "Lung donation after medical assistance in dying at home." <i>American Journal of Transplantation</i> 21(1): 415-418.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
37	Koniaris, L. G., T. A. Zimmers, et al. (2005). "Inadequate anaesthesia in lethal injection for execution." <i>Lancet</i> 365(9468): 1412-1414.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
38	KNMG/KNMP. Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. 2012	Mise à jour plus récente disponible
39	Liang, B. A. (2006). "Special doctor's docket. Lethal injection: policy considerations for medicine." <i>Journal of Clinical Anesthesia</i> 18(6): 466-470.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
40	Lilienthal, D. (1997). "Physician-assisted suicide--the Dutch situation." <i>Ccar Journal</i> 44(2): 58-64.	Article non disponible en français
41	Lossignol, D. (2002). "Euthanasia: Practical aspects. [French]." <i>Revue Medicale de Bruxelles</i> 23(4): A267-A272.	Basé sur les lignes directrices néerlandaises (KNMG/KNMP 2012)
42	Lossignol, D. (2008). "[Euthanasia: medications and medical procedures]." <i>Revue Medicale de Bruxelles</i> 29(4): 435-440.	Basé sur les lignes directrices néerlandaises (KNMG/KNMP 2012)
43	Malcom, D. R. and F. Romanelli (2017). "The Emergence of Second-Generation Lethal Injection Protocols: A Brief History and Review." <i>Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology & Drug Therapy</i> 37(10): 1249-1257.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
44	Martindale, D. (2005). "A culture of death." <i>Scientific American</i> 292(6): 44, 46.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
45	McCarthy, M. (2014). "Executions should use a single drug and be overseen by medical personnel, expert panel says." <i>BMJ</i> 348: g3225.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
46	McCarthy, M. (2015). "US court upholds use of sedative in executions." <i>BMJ</i> 351: h3599.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
47	Motta, E. D. (2005). "The ethics of heparin administration to the potential non-heart-beating organ donor." <i>Journal of Professional Nursing</i> 21(2): 97-102.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
48	Mulder, J. and J. P. C. Sonneveld (2017). "Organ donation following euthanasia starting at home." <i>Transplant International</i> 30(10): 1075-1076.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
49	O'Brien, C. N. and G. A. Madek (1998). "Physician-assisted suicide: new protocol for a rightful death." <i>Nebraska Law Review</i> 77(2): 229-280.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
50	Oczkowski, S. J. W., D. Crawshaw, et al. (2020). "How We Can Improve the Quality of Care for Patients Requesting Medical Assistance in Dying: A Qualitative Study of Health Care Providers." <i>Journal of Pain & Symptom Management</i> 21: 21.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
51	Oczkowski, S. J. W., I. Ball, et al. (2017). "The provision of medical assistance in dying: protocol for a scoping review." <i>BMJ Open</i> 7(8): e017888.	Type de publication inadéquat (protocole pour une étude)
52	Oransky, I. (2003). "Who--and how--to kill are focus of US death penalty cases. Questions about prisoners' mental competence and use of pancuronium bromide ignite recent controversy." <i>Lancet</i> 362(9392): 1287.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
53	Orentlicher, D., T. M. Pope, et al. (2016). "Clinical Criteria for Physician Aid in Dying." <i>Journal of Palliative Medicine</i> 19(3): 259-262.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
54	Philpott, S. (2014). "Execution by lethal injection: illegal research?" Hastings Center Report 44(2): 11-12.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
55	Philpot, S. J. (2018). "Organ donation after circulatory death following voluntary assisted dying: practical and ethical considerations for Victoria." Critical Care & Resuscitation 20(4): 254-257.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
56	Romanelli, F., T. Whisman, et al. (2008). "Issues surrounding lethal injection as a means of capital punishment." Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology & Drug Therapy 28(12): 1429-1436.	Documents plus récents disponibles sur le sujet
57	Schwarz, J. K. (1999). "The 'delegated providers' of assisted dying." American Journal of Nursing 99(6): 9.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
58	Shoesmith, C., S. Shemie, et al. (2017). "Considerations of organ donation from patients with ALS." Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration 18 (Supplement 2): 323-324.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
59	Smets, T., J. Bilsen, et al. (2010). "Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases." Medical Care 48(2): 187-192.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
60	Vander Stichele, R. H., J. J. Bilsen, et al. (2004). "Drugs used for euthanasia in Flanders, Belgium." Pharmacoepidemiology & Drug Safety 13(2): 89-95.	Hors contexte
61	Vivian, J. C. (2013). "Lethal injections, drug shortages, and pharmacy ethics." U.S Pharmacist. 38(10): 38-40.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
62	Wiebe, E., S. Green, et al. (2020). "Medical assistance in dying (MAiD) in Canada: practical aspects for healthcare teams." Annals of Palliative Medicine 08: 06.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
63	Vivian, J. C., I. J. L. Fink, et al. (2008). "Use of legally marketed drugs for lethal injection." U.S Pharmacist. 33(11): 40-42.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
64	Widgery, A. (2015). "Lethal injection under fire: drug shortages and court challenges are causing lawmakers to review their states' method of execution." State Legislatures 41(5): 30-31.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
65	Wilkinson, D. and J. Savulescu (2012). "Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation." Bioethics 26(1): 32-48.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
66	Willems, D. L., J. H. Groenewoud, et al. (1999). "Drugs used in physician-assisted death." Drugs & Aging 15(5): 335-340.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
67	Zimmers, T. A., J. Sheldon, et al. (2007). "Lethal injection for execution: chemical asphyxiation?" PLoS Medicine / Public Library of Science 4(4): e156.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
68	Zworth, M., C. Saleh, et al. (2020). "Provision of medical assistance in dying: a scoping review." BMJ Open 10(7): e036054.	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
69	Execution procedures - Alabama (2019)	Absence de recommandation ou de données pertinentes sur le sujet traité
70	Execution procedures - Arizona (2017)	
71	Lethal injection procedure - Arkansas (2015)	
72	Colorado State Penitentiary execution protocol (2013)	
73	Execution by lethal injection procedures - Florida (2017)	
74	Lethal injection procedures - Georgia (2012)	
75	Execution procedures - Idaho (2014)	
76	Execution of death sentence - Indiana (2014)	
77	Execution procedures - Kentucky (2018)	
78	Execution protocol - Louisiana (2014)	

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
79	Capital punishment procedures - Mississippi (2017)	
80	Preparation and administration of chemicals for lethal injection - Missouri (2013)	
81	Execution technical manual - Montana (2013)	
82	Substance to be employed in an execution by lethal injection - Nebraska (2017)	
83	Execution manual - Nevada (2018)	
84	Execution procedure manual for single drug protocol - North Carolina (2013)	
85	Execution - Ohio (2016)	
86	Execution for inmates sentenced to death - Oklahoma (2020)	
87	Capital by punishment (Death by lethal injection) - Oregon (2017)	
88	Execution procedures - Pennsylvania (2012)	
89	Execution of an inmate - South Dakota (2018)	
90	Lethal injection execution manual - Tennessee (2018)	
91	Execution procedure - Texas (2019)	
92	Execution protocol - Utah (2010)	
93	Execution Manual - Virginia (2017)	

ANNEXE D

Liste et caractéristiques des documents inclus

Tableau D-1 Liste des documents inclus et caractéristiques générales

a) Documents contenant des recommandations

1. INTRAVENOUS MAID MEDICATION PROTOCOLS IN CANADA: REVIEW AND RECOMMENDATIONS [CAMAP, 2020]	
Organismes	Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP)
Année	2020
Pays	Canada
Approche	Euthanasie (protocole IV)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne Adultes ≥ 18 ans
Objectif	- Explorer les pratiques actuelles au niveau national et mondial concernant les différentes options d'administration des médicaments utilisés dans le cadre de l'euthanasie - Élaborer des recommandations et établir un protocole canadien normalisé qui peut être utilisé de manière fiable par les cliniciens dans le contexte de l'AMM.
Disponibilité du document	https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/IV-protocol-final.pdf
2. THE ORAL MAID OPTION IN CANADA. PART 1: MEDICATION PROTOCOLS – REVIEW AND RECOMMENDATIONS [HARTY ET AL., 2018A]	
Organismes	Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP)
Année	2018
Pays	Canada
Approche	Suicide assisté (protocole oral)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne Adultes ≥ 18 ans
Objectif s	Exploration les différents options médicamenteuses et protocoles oraux disponibles pour l'AMM, afin de formuler des recommandations et proposer une approche pancanadienne dans la mise en œuvre de cette alternative pour les patients
Disponibilité du document	https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/OralMAiD-Med.pdf
3. THE ORAL MAID OPTION IN CANADA. PART 2: PROCESSES FOR PROVIDING – REVIEW AND RECOMMENDATIONS [HARTY ET AL., 2018B]	
Organismes	Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP)
Année	2018
Pays	Canada
Approche	Suicide assisté (protocole oral)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne Adultes ≥ 18 ans
Objectifs	Décrire les meilleures pratiques pour les cliniciens et les pharmaciens l'administration sécuritaire des différents médicaments dans le contexte de l'AMM par voie orale
Disponibilité du document	https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/OralMAiD-Process.pdf

4. COMPLICATIONS WITH MEDICAL ASSISTANCE IN DYING (MAID) IN THE COMMUNITY IN CANADA [BAKEWELL ET NAIK, 2019]	
Organismes	Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP)
Année	2019
Pays	Canada
Approche	Euthanasie (protocole IV) Suicide assisté (protocole oral)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne Adultes ≥ 18 ans
Objectifs	Identifier et décrire certaines des complications potentielles qui peuvent être associée à l'administration de l'AMM, à la fois sous forme intraveineuse (IV) ou orale, et fournir des recommandations afin de prévenir et traiter les complications qui peuvent survenir dans ce contexte.
Disponibilité du document	https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2019/05/Failed-MAID-in-Community-FINAL-CAMAP-Revised.pdf

5. L'AIDE MÉDICALE À MOURIR : GUIDE D'EXERCICE ET LIGNES DIRECTRICES PHARMACOLOGIQUES [CMQ, 2019]	
Organismes	Collège des médecins du Québec (CMQ) en collaboration avec l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
Année	2019
Pays	Canada (Québec)
Approche	Euthanasie (AMM selon la LCSFV) (protocole IV)
Population visée	Personnes admissibles à l'AMM au Québec selon les critères établis par la LCSFV: ➡ Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie du Québec; ➡ Être majeure (âgées ≥ 18 ans) et apte à consentir aux soins; ➡ Être atteinte d'une maladie grave et incurable; ➡ Être en fin de vie¹; ➡ Avoir une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités; ➡ Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.
Objectif	Préciser les normes de pratique à suivre pour effectuer une AMM et guider les médecins et les autres professionnels de la santé ou des services sociaux dans l'exercice de leur pratique, tout en respectant les critères établis par la loi dans le but de mettre un terme aux souffrances d'une personne en fin de vie en lui administrant intentionnellement des médicaments qui entraîneront son décès.
Disponibilité du document	Disponible sur demande via : http://www.cmq.org/

¹ Le critère de fin de vie initialement prévu dans la LCSFV a été déclaré inconstitutionnel par la Cour supérieure du Québec dans un jugement rendu le 11 septembre 2019 par la juge Christine Beaulieu et ne s'applique plus depuis le 12 mars 2020.

6. ONTARIO MAID PROVIDER HANDBOOK [OCFP, 2018]	
Organismes	Ontario College of Family Physicians and Ontario Ministry of Health
Année	2018
Pays	Canada (Ontario)
Approche	Euthanasie (protocole IV) et suicide assisté (protocole oral)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne Adultes ≥ 18 ans
Objectif	Ce manuel est une compilation de ressources liées à l'administration de L'AMM en Ontario et vise à aider les professionnels à trouver plus d'informations en lien avec les processus et procédures médicamenteuses.
Disponibilité du document	https://www.ontariofamilyphysicians.ca/files/maid-handbook-0-2-2018-august-2.pdf

7. MEDICAL ASSISTANCE IN DYING: MEDICATION PROTOCOL [ALBERTA MAID GROUP, 2018]	
Organismes	Provincial Medical Assistance in Dying Medication Protocol Working Group including College of Pharmacy, the College of Physicians and Surgeons of Alberta, the College and Association of Registered Nurses of Alberta, and Alberta Health
Année	2018
Pays	Canada (Alberta)
Approche	➡ Euthanasie (protocole IV) et suicide assisté (protocole oral) ➡ Adapté des protocoles du Québec, de l'Oregon, de Washington et des Pays-Bas
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne Adultes ≥ 18 ans
Objectif	Aider le (s) praticien (s) prescripteur (s) et / ou fournisseur (s) ainsi que le (s) pharmaciens à comprendre et à appliquer les protocoles de médication pour administrer l'aide médicale à mourir.
Disponibilité du document	https://abpharmacy.ca/sites/default/files/MedicationProtocol_July9-2018.pdf

8. MEDICAL ASSISTANCE IN DYING (MAID) PROTOCOLS AND PROCEDURES HANDBOOK [REGGLER ET DAWS, 2017]	
Organismes	Comox Valley MAID Working Group (Divisions of family practice)
Année	2017
Pays	Canada (Colombie-Britannique)
Approche	➡ Euthanasie (protocole IV) et suicide médicalement assisté par un médecin (protocole oral) à domicile ➡ Basé sur les lignes directrices néerlandaises
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne et qui désire mourir à domicile Adultes ≥ 18 ans
Objectif	➡ Création d'un ensemble de lignes directrices pour soutenir les médecins et infirmières dans la pratique efficace et sûre de l'euthanasie ou du suicide assisté à domicile ➡ Cette édition 2017 est une mise à jour du manuel 2016 reflétant l'expérience en Colombie-Britannique et partout au Canada au cours des 11 premiers mois de l'AMM
Disponibilité du document	https://divisionsbc.ca/sites/default/files/51936/Medical%20Assistance%20in%20Dying%20(MAID)%20Protocols%20and%20Procedures%20Handbook%20Comox%20Valley%202017%20-%202nd%20edition_0.pdf

9. BRITISH COLUMBIA PHARMACY PROTOCOLS FOR MEDICAL ASSISTANCE IN DYING [BC MAID WORKING GROUP, 2018]	
Organismes	BC Medical Assistance in Dying Working Group Health Authorities of BC, College of Pharmacists of BC, College of Physicians and Surgeons of BC, BC College of Nursing Professionals, BC Pharmacy Association, Canadian Society of Hospital Pharmacists (BC Branch), BC Ministry of Health
Année	2018
Pays	Canada (Colombie-Britannique)
Approche	Euthanasie (protocole IV) Suicide assisté (protocole oral) Basé sur les protocoles de l'Alberta, de la Nouvelle-Ecosse, du Québec, de l'Oregon et des Pays-Bas
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne et qui désire mourir à domicile Adultes ≥ 18 ans
Objectif	➡ Pour aider le médecin ou l'infirmière praticienne et le pharmacien dans sa compréhension des protocoles médicamenteux OV et orale de la Colombie-Britannique et de fournir l'aide nécessaire pour remplir l'ordonnance préimprimée pour l'AMM
Disponibilité du document	Disponible sur demande via BC Ministry of Health : https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/organizational-structure/ministries-organizations/ministries/health

10. PHYSICIAN ASSISTED DYING IN WASHINGTON STATE: A PRIMER FOR PARTICIPATING PHYSICIANS AND PHARMACISTS [PARROT ET WOOD, 2020]	
Organismes	End of Life Washington
Année	2020
Pays	États-Unis (Washington)
Approche	Suicide assisté (protocole oral)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi en vigueur (résident de l'état âgé de 18 ans et plus qui ont reçu un pronostic de 6 mois ou moins à vivre)
Objectif	Présenter des données sur les différents schémas thérapeutiques utilisés dans le suicide assisté et des recommandations cliniques pour les médecins et les pharmaciens.
Disponibilité du document	https://web.archive.org/web/20210128130108/https://endoflifewa.org/wp-content/uploads/2020/12/Physicians-Primer-update-12.15.20.pdf

11. KNMG/KNMP GUIDELINES FOR THE PRACTICE OF EUTHANASIA AND PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE [KNMG/KNMP, 2021; KNMG/KNMP, 2012]	
Organismes	Royal Dutch Medical Association (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, KNMG) et Royal Dutch Pharmacists Association (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, KNMP)
Année	2021 (mise à jour de 2012)
Pays	Pays-Bas
Approche	Euthanasie (protocole IV) et suicide assisté (protocole oral)
Population visée	➡ Personnes qui éprouvent des souffrances physiques ou psychologiques « intolérables » ou « insupportables » qui résultent d'une pathologie sérieuse et incurable, sans perspective d'amélioration ➡ Les personnes peuvent être admissibles même si elles ne sont pas mourantes ➡ Adultes et mineurs matures âgés ≥ 12 ans
Objectif	Création d'un ensemble de lignes directrices pour soutenir les médecins et les pharmaciens dans la pratique efficace et sûre de l'euthanasie ou du suicide assisté.
Disponibilité du document	2021 : Document en néerlandais https://www.knmg.nl/download/knmg-knmp-richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding.htm

12. RICHTLIJN UITVOERING EUTHANASIE [DE LAAT ET AL., 2018]	
Organismes	Fédération des soins palliatifs Flandre (Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen)
Année	2018
Pays	Belgique
Approche	Euthanasie (protocole IV) Basé sur les lignes directrices des Pays-Bas (KNMG/KNMP, 2012)
Population	➡ Personnes qui éprouvent des souffrances physiques ou psychologiques « intolérables » ou « insupportables » qui résultent d'une pathologie sérieuse et incurable, sans perspective d'amélioration ➡ Les personnes peuvent être admissibles même si elles ne sont pas mourantes ➡ Adultes
Objectif	Ce guide vise à soutenir les prestataires de soins en Flandre dans la pratique efficace et sécuritaire de l'euthanasie chez les adultes
Disponibilité du document	https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/08/richtlijn-euthanasie_actualisatie-2021-1.pdf * Document en néerlandais

13. PROTOCOLO PARA LA APLICACION DEL PROCEDIMIENTO DE EUTANASIA EN COLOMBIA [MINISTRO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015]	
Organismes	Ministro de Salud y Proteccion Social (Ministre de la santé et de la protection sociale)
Année	2015
Pays	Colombie
Approche	Euthanasie (protocole IV)
Population	Adultes qui répondent à la définition de « patient en phase terminale » : personne souffrant d'une condition médicale ou d'une pathologie grave, progressive et irréversible, avec un pronostic de mort prochaine ou à relativement brève échéance
Objectif	Présenter les meilleures recommandations pour la pratique clinique en lien avec l'euthanasie basées sur une analyse critique de la littérature existante et des données probantes.
Disponibilité du document	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf * Document en espagnol

b) Protocoles d'administration de l'AMM (IV ou oral)

14. PROVINCIAL MEDICAL ASSISTANCE IN DYING (MAID) PROGRAM - INTRAVENOUS PRESCRIPTION PROTOCOL [SASKATCHEWAN HEALTH AUTHORITY, 2020]	
Organismes	Saskatchewan Health Authority
Année	2020
Pays	Canada (Saskatchewan)
Approche	Euthanasie (protocole IV)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne Adultes ≥ 18 ans
Objectif	Fournir un protocole médicamenteux pour l'administration IV de l'AMM
Disponibilité du document	Disponible sur demande via : https://www.saskhealthauthority.ca/

15. STANDARDIZED PRESCRIPTION OF MAID IV AND ORAL IN MANITOBA [SHARED HEALTH MANITOBA, 2019]	
Organismes	Shared Health Manitoba (Soins communs Manitoba)
Année	2019
Pays	Canada (Manitoba)
Approche	Euthanasie (protocole IV) Suicide assisté (protocole oral)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne Adultes ≥ 18 ans
Objectif	Fournir un protocole médicamenteux pour l'administration IV et orale de l'AMM
Disponibilité du document	Disponible sur demande via : https://sharedhealthmb.ca/

16. PRESCRIPTION (IV AND ORAL) FOR MEDICAL ASSISTANCE IN DYING (MAID) [HORIZON HEALTH NETWORK, 2020]	
Organismes	Horizon Health Network
Année	2020
Pays	Canada (Nouveau-Brunswick)
Approche	Euthanasie (protocole IV) Suicide assisté (protocole oral)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne Adultes ≥ 18 ans
Objectif	Fournir un protocole médicamenteux pour l'administration IV et orale de l'AMM
Disponibilité du document	Disponible sur demande via : https://gnb.ca/

17. PRE-PRINTED ORDER - MEDICAL ASSISTED DYING - PHYSICIAN ADMINISTERED IV PROTOCOL [NHS, 2016]	
Organismes	Nova Scotia Health Authority (NSHA)
Année	2016
Pays	Canada (Nouvelle-Écosse)
Approche	Euthanasie (protocole IV)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi canadienne Adultes ≥ 18 ans
Objectif	Fournir un protocole médicamenteux pour l'administration IV
Disponibilité du document	Disponible sur demande via : https://www.nshealth.ca/

c) Rapport annuel

18. PREMIER RAPPORT ANNUEL SUR L'AMM AU CANADA, 2019 [SANTÉ CANADA, 2020]	
Organismes	Santé Canada
Année	2020
Pays	Canada
Approche	Euthanasie et suicide assisté
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi en vigueur au Canada et au Québec Adultes ≥ 18 ans
Objectif	Fournir des renseignements recueillis par le biais du nouveau système fédéral de surveillance auprès de praticiens et de pharmaciens pour l'année civile 2019 sur les demandes écrites et les cas d'AMM au Canada
Disponibilité du document	https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/medical-assistance-dying-annual-report-2019/maid-annual-report-fra.pdf

19. NEUVIÈME RAPPORT AUX CHAMBRES LÉGISLATIVES 2018-2019 [CFCEE, 2020]	
Organismes	Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)
Année	2020
Pays	Belgique
Approche	Euthanasie et suicide assisté
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi en vigueur
Objectif	Fournir des informations concernant les documents d'enregistrement des euthanasies pratiquées entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2020 examinés par la Commission
Disponibilité du document	https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf

20. COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE - RAPPORT ANNUEL 2019 [RTE, 2019]	
Organismes	Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE)
Année	2019
Pays	Pays-Bas
Approche	Euthanasie, suicide assisté
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (loi WTL)
Objectif	Rend compte des activités des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) au cours de l'année 2019 et permet aux médecins et aux personnes intéressées de comprendre la façon dont les commissions régionales examinent et jugent les signalements.
Disponibilité du document	https://www.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie/documenten/jaarverslagen/2019/april/17/index/Rapport+Annuel+2019.pdf

21. CINQUIÈME RAPPORT À L'ATTENTION DE LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS (ANNÉES 2017 ET 2018) [CNCE, 2019]	
Organismes	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide
Année	2019
Pays	Luxembourg
Approche	Euthanasie et suicide assisté
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide
Objectif	Dresse un bilan statistique concernant les déclarations d'euthanasie reçues pendant les années 2017 et 2018
Disponibilité du document	https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/rapport-loi-euthanasie-2017-2018.pdf

22. 2018 DEATH WITH DIGNITY ACT REPORT [WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF HEALTH, 2019]	
Organismes	Washington State Department of Health
Année	2019
Pays	États-Unis (Washington)
Approche	Suicide assisté (protocole oral)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi en vigueur (résident de l'état âgé de 18 ans et plus qui ont reçu un pronostic de 6 mois ou moins à vivre)
Objectif	Fournir des informations sur les personnes qui ont participé au programme « Death with Dignity Act » dans l'État de Washington entre le 1 ^e janvier 2018 et le 31 décembre 2018.
Disponibilité du document	https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2020/02/2018-Report-WA-Death-with-Dignity-Act.pdf

23. OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT: 2020 DATA SUMMARY [OREGON HEALTH AUTHORITY, 2021]	
Organismes	Oregon Health Authority
Année	2021
Pays	États-Unis (Oregon)
Approche	Suicide assisté (protocole oral)
Population	Personnes admissibles à l'AMM selon la Loi en vigueur (résident de l'état âgé de 18 ans et plus qui ont reçu un pronostic de 6 mois ou moins à vivre)
Objectif	Fournir des informations sur les personnes qui ont participé au programme « Death with Dignity Act » dans l'État de l'Oregon entre le 1 ^e janvier 2020 et le 31 décembre 2020.
Disponibilité du document	https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year23.pdf

d) Don d'organe

24. DON D'ORGANES ET DE TISSUS APRÈS DÉCÈS DANS LE CAS DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET DES PATIENTS CONSCIENTS ET APTES – DOCUMENT D'ORIENTATION [SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG, 2019]	
Organismes	Société canadienne du sang en collaboration avec la Fédération des sciences neurologiques du Canada, la Société canadienne de soins intensifs, la Société canadienne de transplantation et l'Association canadienne des infirmiers/infirmières en soins intensifs
Année	2019
Pays	Canada
Approche	Pour que le don soit possible après une intervention d'AMM, la substance doit être administrée par un médecin ou une infirmière praticienne (IV ou oral)
Population	Personnes conscientes et aptes qui demandent l'AMM et qui souhaite faire un don d'organe après le décès
Objectifs	Fournir une orientation sur les aspects éthiques, juridiques et cliniques destinée aux cliniciens, aux gestionnaires des programmes de don et des organismes de don d'organes (ODO), aux spécialistes des soins de fin de vie, aux professionnels amenés à administrer l'aide médicale à mourir (AMM) et aux responsables de l'élaboration des politiques à propos du don d'organes et de tissus par les patients conscients et aptes
Disponibilité du document	https://canadiancriticalcare.org/resources/Documents/organ_and_tissue_donation_by_conscious_competent_patients_20190603_fr.pdf
25. PROCÉDURE TYPE POUR LE DON D'ORGANES DANS UN CONTEXTE D'AMM [TRANSPLANT QUÉBEC, 2019]	
Organismes	Transplant Québec
Année	2019
Pays	Canada
Population	Personne qui souhaite faire un don d'organe après que la demande formelle d'AMM ait été acceptée
Objectifs	Vise à préciser, et même définir, à partir des connaissances actuellement disponibles, les considérations et les pratiques exemplaires dans le domaine du don d'organes dans un contexte d'AMM.
Disponibilité du document	https://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/livret_amm_final.pdf
26. LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS DANS LE CONTEXTE DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR : TROUSSE D'OUTILS POUR L'ÉLABORATION DU PROGRAMME [RTDV, 2018]	
Organismes	Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV)
Année	2018
Pays	Canada
Population	Don provenant d'un donneur décédé après la prestation de l'AMM
Objectifs	➡ 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 ➡ Permet également aux hôpitaux de partout en Ontario de fournir des services de don conformes à la Loi sur le RTDV
Disponibilité du document	https://www.giftoflife.on.ca/resources/pdf/healthcare/MAID_Program_Development_Toolkit_for_Hospitals_(Sept_10_2018)_FR.pdf

27. RICHTLIJN ORGAANDONATIE NA EUTHANASIE: INSTRUCTIES VOOR DE PRAKTIJK [NEDERLANDSE TRANSPLANTIE STICHTING, 2019]	
Organismes	Nederlandse Transplantatie Stichting
Année	2019
Pays	Pays-Bas
Population	Don d'organe après euthanasie (personne âgée de ≥ 75 ans)
Objectifs	Élaboration de lignes directrices nationales pour le don d'organe après l'euthanasie
Disponibilité du document	https://web.archive.org/web/20210121175030/https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/10/07/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie-instructies-voor-de-praktijk/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie-instructies-voor-de-praktijk.pdf (Document disponible en néerlandais uniquement)

ANNEXE E

Appréciation de la fiabilité et crédibilité des documents retenus

Tableau E-1 Liste de vérification AACODS des documents retenus [Tyndall, 2010]

a) Documents contenant des recommandations visant l’administration des différents médicaments utilisés pour l’AMM (euthanasie ou suicide assisté)

Domaines	Questions	CAMAP, 2020		Harty <i>et al.</i> , 2018a		Harty <i>et al.</i> , 2018b		Bakewell et Naik, 2019		CMQ, 2019		OCFP, 2018		Alberta MAiD Group, 2018		Reggler et Daws, 2017		BC MAiD Working Group, 2018		Parrot et Wood, 2020		KNMG/KNMP, 2012		De Laat <i>et al.</i> , 2018		Ministro de Salud y Proteccion Social, 2015		
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel. Un seul auteur ?																											
	Associé à une organisation réputée ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide) ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts » ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	

Domaines	Questions	CAMAP, 2020		Harty <i>et al.</i> , 2018a		Harty <i>et al.</i> , 2018b		Bakewell et Naik, 2019		CMQ, 2019		OCFP, 2018		Alberta MAiD Group, 2018		Reggler et Daws, 2017		BC MAiD Working Group, 2018		Parrot et Wood, 2020		KNMG/KNMP, 2012		De Laat <i>et al.</i> , 2018		Ministro de Salud y Proteccion Social, 2015		
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
Exactitude	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel. Une organisation ou un groupe ?																											
	L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé) ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O	O
	L'organisation est-elle une autorité dans le domaine ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O	O	O
	Dans tous les cas, le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O	O
	Le cas échéant, le document répond-il à l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	?	?	?	O	?	O	?	O	O	O	O	O	O	O	O
	La méthodologie est-elle précisée ?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	?	N	N	N	?	N	N	N	N	N	O	O	O	O
	Le cas échéant, est-elle respectée ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	?	S	S	S	S	S	?	O	O	O
	Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs ?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Domaines	Questions	CAMAP, 2020		Harty <i>et al.</i> , 2018a		Harty <i>et al.</i> , 2018b		Bakewell et Naik, 2019		CMQ, 2019		OCFP, 2018		Alberta MAiD Group, 2018		Reggler et Daws, 2017		BC MAiD Working Group, 2018		Parrot et Wood, 2020		KNMG/KNMP, 2012		De Laat <i>et al.</i> , 2018		Ministro de Salud y Proteccion Social, 2015	
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	A-t-il été édité par une autorité réputée ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O
	A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	?	?	?	O	?	?	?	O	O	O	?	?	O	O
	Est-il représentatif des travaux dans le domaine ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche ?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O
	L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	O	O	?	?	O
Étendue	Les limites sont-elles clairement énoncées ?	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	?	?	O	O
Objectivité	La perspective de l'auteur est-elle claire ?	O	O	O	O	N	N	N	N	O	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	?	?	O	O
	La présentation du travail semble-t-elle équilibrée ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	?	O	O

Domaines	Questions	CAMAP, 2020		Harty <i>et al.</i> , 2018a		Harty <i>et al.</i> , 2018b		Bakewell et Naik, 2019		CMQ, 2019		OCFP, 2018		Alberta MAiD Group, 2018		Reggler et Daws, 2017		BC MAiD Working Group, 2018		Parrot et Wood, 2020		KNMG/KNMP, 2012		De Laat <i>et al.</i> , 2018		Ministro de Salud y Proteccion Social, 2015	
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Date	Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Si le document n'est pas daté, mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-t-il une raison valide qui justifie l'absence de date ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Des références contemporaines clés ont-elles été incluses ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	?	?	?	?	?	?	?	?	?	O	O	O	?	N	O	O
Portée	Le document est-il significatif (faisabilité, utilité, pertinence) ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Met-il la recherche en contexte ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	?	O	O	O
	Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O	O
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O

Domaines	Questions	CAMAP, 2020		Harty <i>et al.</i> , 2018a		Harty <i>et al.</i> , 2018b		Bakewell et Naik, 2019		CMQ, 2019		OCFP, 2018		Alberta MAiD Group, 2018		Reggler et Daws, 2017		BC MAiD Working Group, 2018		Parrot et Wood, 2020		KNMG/KNMP, 2012		De Laat <i>et al.</i> , 2018		Ministro de Salud y Proteccion Social, 2015	
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	A-t-il une incidence ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O	?	?	O	O
Score	Nombre de réponses positives/total de question sans les réponses sans objet	20/24	20/24	20/24	20/24	19/24	19/24	19/24	19/24	21/24	21/24	12/24	12/24	14/24	14/25	13/24	15/24	13/24	14/25	7/24	11/24	21/24	21/24	14/24	15/25	24/26	24/26
	Résultat (%)	83 %	83 %	83%	83 %	79 %	79 %	79 %	79 %	88 %	88 %	50 %	50 %	58 %	56 %	54 %	62 %	54 %	56 %	29 %	46 %	88 %	88 %	58 %	60 %	92 %	92%

Légende : O : oui, N : non, S : sans objet, ? : inconnu

b) Protocoles, rapport annuels et documents en lien avec le don d'organe ou de tissus dans le contexte de l'AMM

Domaines	Questions	PROTOCOLES								RAPPORTS ANNUELS												DON D'ORGANES/TESSUS							
		Saskatchewan Health Authority [2020]		Shared Health Manitoba [2019]		Horizon Health Network [2020]		Nova Scotia Health Authority (NSHA) [2016]		Santé Canada [2020]		Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE) [2020]		Commission s régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) [2019]		Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (CNCE) [2019]		Washington State Department of Health [2019]		Oregon Health Authority [2021]		Société canadienne du sang [2019]		Transplant Québec [2019]		Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) [2018]		Nederlandse Transplantie Stichting [2019]	
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Compé- tence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel. Un seul auteur ?																												
	Associé à une organisation réputée ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Détenant des compétences professionnel les ou une expérience considérable ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide) ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Domaines	Questions	PROTOCOLES								RAPPORTS ANNUELS												DON D'ORGANES/TESSUS							
		Saskatchewan Health Authority [2020]		Shared Health Manitoba [2019]		Horizon Health Network [2020]		Nova Scotia Health Authority (NSHA) [2016]		Santé Canada [2020]		Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE) [2020]		Commission s régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) [2019]		Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (CNCE) [2019]		Washington State Department of Health [2019]		Oregon Health Authority [2021]		Société canadienne du sang [2019]		Transplant Québec [2019]		Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) [2018]		Nederlandse Transplantie Stichting [2019]	
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d' « experts » ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel. Une organisation ou un groupe ?																												
	L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé) ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	L'organisation est-elle une autorité dans le domaine ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Dans tous les cas, le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie ?	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	O	N	O	N	O	N	N
Exactitude	L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé ?	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Domaines	Questions	PROTOCOLES								RAPPORTS ANNUELS												DON D'ORGANES/TESSUS							
		Saskatchewan Health Authority [2020]		Shared Health Manitoba [2019]		Horizon Health Network [2020]		Nova Scotia Health Authority (NSHA) [2016]		Santé Canada [2020]		Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE) [2020]		Commission s régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) [2019]		Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (CNCE) [2019]		Washington State Department of Health [2019]		Oregon Health Authority [2021]		Société canadienne du sang [2019]		Transplant Québec [2019]		Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) [2018]		Nederlandse Transplantie Stichting [2019]	
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	Le cas échéant, le document répond-il à l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document ?	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	La méthodologie est-elle précisée ?	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	S	S	S	S	S	S	S	S
	Le cas échéant, est-elle respectée ?	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	S	S	S	S	S	S	S	S
	Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs ?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A-t-il été édité par une autorité réputée ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables ?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	?	N	?	N	?	N	?	N	?	N	?	N	O	N	?	N	?	N	N

Domaines	Questions	PROTOCOLES								RAPPORTS ANNUELS												DON D'ORGANES/TESSUS							
		Saskatchewan Health Authority [2020]		Shared Health Manitoba [2019]		Horizon Health Network [2020]		Nova Scotia Health Authority (NSHA) [2016]		Santé Canada [2020]		Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE) [2020]		Commission s régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) [2019]		Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (CNCE) [2019]		Washington State Department of Health [2019]		Oregon Health Authority [2021]		Société canadienne du sang [2019]		Transplant Québec [2019]		Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) [2018]		Nederlandse Transplantie Stichting [2019]	
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	Est-il représentatif des travaux dans le domaine ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche ?	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	S	S	S	S	S	S	S	S
	L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective ?	N	?	N	?	N	?	N	?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	S	S	S	S	S	S	S	S
Étendue	Les limites sont-elles clairement énoncées ?	N	N	N	N	N	N	N	N	?	N	?	N	?	N	?	N	?	N	?	N	S	O	S	S	S	S	S	S
Objectivité	La perspective de l'auteur est-elle claire ?	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	?	?	?	?	?	?	?	?

Domaines	Questions	PROTOCOLES								RAPPORTS ANNUELS												DON D'ORGANES/TESSUS							
		Saskatchewan Health Authority [2020]		Shared Health Manitoba [2019]		Horizon Health Network [2020]		Nova Scotia Health Authority (NSHA) [2016]		Santé Canada [2020]		Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE) [2020]		Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) [2019]		Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (CNCE) [2019]		Washington State Department of Health [2019]		Oregon Health Authority [2021]		Société canadienne du sang [2019]		Transplant Québec [2019]		Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) [2018]		Nederlandse Transplantatie Stichting [2019]	
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	La présentation du travail semble-t-elle équilibrée ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Date	Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Si le document n'est pas daté, mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-t-il une raison valide qui justifie l'absence de date ?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Des références contemporaines clés ont-elles été incluses ?	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	O	N	O	N	O	N	N
Portée	Le document est-il significatif (faisabilité, utilité, pertinence) ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Domaines	Questions	PROTOCOLES								RAPPORTS ANNUELS												DON D'ORGANES/TESSUS							
		Saskatchewan Health Authority [2020]		Shared Health Manitoba [2019]		Horizon Health Network [2020]		Nova Scotia Health Authority (NSHA) [2016]		Santé Canada [2020]		Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE) [2020]		Commission s régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) [2019]		Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (CNCE) [2019]		Washington State Department of Health [2019]		Oregon Health Authority [2021]		Société canadienne du sang [2019]		Transplant Québec [2019]		Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) [2018]		Nederlandse Transplantie Stichting [2019]	
	Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	Met-il la recherche en contexte ?	N	N	N	N	N	N	N	N	S	O	S	S	S	S	S	S	S	O	S	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique ?	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document ?	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
	A-t-il une incidence ?	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Score	Nombre de réponses positives/total de question sans les réponses sans objet (/25)	10/23	10/23	10/23	10/23	10/23	10/23	10/23	10/23	19/22	20/23	19/22	19/22	19/22	19/22	19/22	19/22	19/22	20/23	19/22	20/23	15/20	19/21	15/20	17/20	15/20	17/20	15/20	15/20
	Résultat (%)	43 %	43 %	43 %	43 %	43 %	43 %	43 %	43 %	86 %	87 %	86 %	86 %	86 %	86 %	86 %	86 %	86 %	87 %	86 %	87 %	75 %	90 %	75 %	85 %	75 %	85 %	75 %	75 %

Légende : O : oui, N : non, S : sans objet, ? : inconnu

ANNEXE F

Information et recommandations issues des guides de pratique clinique provenant des différents pays où l’AMM (euthanasie volontaire et/ou suicide médicalement assisté) a été légalisé

Tableau F-1 Information générale concernant la situation clinique, les critères d’admissibilité, le contexte législatif et les contre-indications de l’AMM administrée par voir IV par un clinicien (euthanasie)² ou administrée par voie orale (suicide assisté)³

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, CONTRE-INDICATION & AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES						
CANADA		ÉTATS-UNIS	PAYS DU BENELUX	SUISSE	COLOMBIE	AUSTRALIE
QUÉBEC	AUTRES PROVINCES					
AMM ADMINISTRÉE PAR VOIE IV PAR UN CLINICIEN (EUTHANASIE VOLONTAIRE)						
➡ Doit être administré par un médecin	➡ Doit être administré par un médecin ou une infirmière praticienne	➡ Non autorisé	∅	➡ Non autorisé	∅	∅
AMM ADMINISTRÉE PAR VOIE ORALE (SUICIDE ASSISTÉ)						
➡ Non autorisé	➡ Le médecin doit être présent lors de la prise des médicaments ➡ Un protocole de secours IV doit être disponible ➡ Moins de 7 cas en 2019	➡ Le médecin doit prescrire les médicaments, mais il n'est pas tenu d'assister à la prise de médicament. ➡ Si le médecin est présent, il ne doit pas être impliqué dans l'administration des médicaments	➡ Le médecin doit être présent lors de la prise des médicaments ➡ Un protocole de secours IV doit être disponible ➡ Pays-Bas : 3,9% des décès par AMM (n=245/6 361) en 2019 ➡ Belgique : 0.7% (n= 16/2444) en 2019 ➡ Luxembourg : 2/71 depuis 2009	➡ Le médecin doit prescrire les médicaments, mais il n'est pas tenu d'assister à la prise de médicament ➡ La Suisse est le seul pays à autoriser les non-cliniciens à aider au suicide	➡ Non autorisé	∅
ANNÉE DE LÉGALISATION						
➡ 2015	➡ 2016	➡ Oregon (Octobre 1997) ➡ Montana (2009) ➡ Washington (2009) ➡ Vermont (2013) ➡ Californie (2016) ➡ Colorado (2016)	➡ Pays-Bas et Belgique : 2002 ➡ Luxembourg : 2009	➡ Selon l'article 115 du code pénal Suisse, l'aide au suicide est toléré depuis 1937 si le mobile égoïste de l'assistance n'est pas établi	➡ Adultes 1997 ➡ Enfants âgés ≥ 7 ans 2018	➡ Victoria 2019

² Euthanasie : administrer directement à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui provoque la mort.
³ Suicide assisté : prescrire ou fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu’elle se l’administre elle-même causant ainsi sa propre mort.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, CONTRE-INDICATION & AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES						
CANADA		ÉTATS-UNIS	PAYS DU BENELUX	SUISSE	COLOMBIE	AUSTRALIE
QUÉBEC	AUTRES PROVINCES					
		- Washington, D.C. (2017) - Hawaï (2019) - New Jersey (2019) - Maine (2019)				
SITUATION CLINIQUE ET CRITERES D'ADMISSIBILITE PERMETTANT L'EUTHANASIE OU LE SUICIDE ASSISTE						
La personne doit avoir TOUS les critères: - être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie; - être majeure (≥ 18 ans) et apte à consentir aux soins; - être atteinte d'une maladie grave et incurable; - présenter une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités; - éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.	La personne doit avoir TOUS les critères: - être admissible à recevoir des services de santé financés par le gouvernement fédéral, une province ou un territoire - être âgé d'au moins 18 ans et avoir la capacité de prendre des décisions en matière de soins de santé - avoir un problème de santé grave et irrémédiable et être à un point où votre mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible - faire une demande délibérée d'AMM qui ne soit pas le résultat de pressions ou d'influences externes - donner un consentement éclairé pour recevoir l'AMM	- La loi permet à une personne adulte capable (d'au moins 18 ans) d'obtenir une AMM si elle présente une demande de manière volontaire et souffre d'une maladie terminale ainsi définie « une maladie incurable et irréversible qui a été médicalement confirmée et qui, selon le jugement raisonnable du médecin, entraînera la mort dans les six mois - Il n'est pas nécessaire que l'individu éprouve des souffrances intolérables.	- Individus qui éprouvent des souffrances physiques ou psychologiques « intolérables » ou « insupportables » qui résultent d'une pathologie sérieuse et incurable, sans perspective d'amélioration. - Ils peuvent être admissibles même s'ils ne sont pas mourants ou même s'ils ne sont pas affectés d'un problème de santé qui met leur vie en danger. - De ce fait, dans les pays du Benelux, des individus ont obtenu une AMM lorsqu'ils souffrent seulement de maladie mentale, d'un handicap physique ou d'un autre problème de santé qui n'abrège pas la durée de vie.	Le suicide assisté n'est pas limité aux malades en phase terminale ni aux résidents suisses.	- Personnes qui répondent à la définition de « patient en phase terminale », qui s'entend d'une personne souffrant d'une condition médicale ou d'une pathologie grave, progressive et irréversible, - La résolution n'exige pas que la personne ait moins de six mois à vivre, mais vise les personnes avec un pronostic de mort prochaine ou à relativement brève échéance.	Patients souffrant d'une "pathologie incurable, à un stade avancé et souffrant de douleurs intolérables" et qui ont 12 mois ou moins à vivre
AGES DE LA CLIENTÈLE VISÉE PAR LA LOI						
Adultes âgés ≥ 18 ans	Adultes âgés ≥ 18 ans	Adultes	- Pays-Bas : adultes et mineurs matures ≥ 12 ans - Belgique : adultes et mineurs émancipés ou doués de discernement depuis 2014 - Luxembourg : adultes seulement	Les personnes mineures pourraient théoriquement bénéficier de l'aide au suicide en Suisse puisque le Code pénal ne l'interdit pas explicitement, mais la majorité des associations en Suisse qui offre ce type de service (p.ex., Exit), précise n'offrir leur assistance qu'aux personnes majeures.	Adultes et enfants ≥ 7 ans	Adultes âgés ≥ 18 ans

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ, CONTRE-INDICATION & AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES						
CANADA		ÉTATS-UNIS	PAYS DU BENELUX	SUISSE	COLOMBIE	AUSTRALIE
QUÉBEC	AUTRES PROVINCES					
CONTRE-INDICATIONS						
➡ La personne ne remplit pas tous les critères d'accessibilité pour l'AMM tel que défini par la <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> ➡ Puisque la voie IV est la seule voie acceptable pour administrer une AMM au Québec, un accès veineux fonctionnel et de qualité est donc une condition <i>sine qua non</i>. ➡ Une voie veineuse précaire est donc une contre-indication absolue à l'administration de l'AMM.	➡ La personne ne remplit pas tous les critères d'accessibilité pour l'AMM tel que défini par la <i>Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) – Code criminel</i>	➡ La personne ne remplit pas tous les critères d'accessibilité pour l'AMM tel que défini par la Loi ➡ La personne est incapable d'avaler des volumes suffisants de liquides ➡ La personne présente une pathologie du tractus gastro-intestinal susceptible d'interférer avec l'absorption des médicaments	➡ La personne ne remplit pas tous les critères d'accessibilité pour l'AMM tel que défini par la Loi	➡ La personne est incapable d'avaler des volumes suffisants de liquides ➡ La personne présente une pathologie du tractus gastro-intestinal susceptible d'interférer avec l'absorption des médicaments	➡ La personne ne remplit pas tous les critères d'accessibilité pour l'AMM tel que défini par la Loi ➡ Impossibilité d'établir un accès veineux	➡ La personne ne remplit pas tous les critères d'accessibilité pour l'AMM tel que défini par la Loi
CONSTATS		➡ L'admissibilité à l'AMM, qu'elle soit administrée par voie orale (suicide assisté) ou intraveineuse par un clinicien (euthanasie), varie en fonction de la législation en vigueur dans chacun des pays où ce type d'acte a été décriminalisé ➡ En Suisse et aux États-Unis, l'euthanasie est illégale et punissable par la Loi, seul le suicide assisté est autorisé. Au Québec et en Colombie, seul l'AMM administrée par voie IV est autorisée. Dans les autres juridictions, les deux types d'AMM sont autorisés. ➡ Au Canada, aux États-Unis et en Australie, l'AMM est réservée aux adultes. En Belgique, en Suisse, au Pays-Bas et plus récemment en Colombie, l'AMM a également été légalisé pour les enfants (mineurs matures ou doués de discernement).				

Références : Ministère de la Justice. Partie 2 – Examen des régimes internationaux d'aide médicale à mourir [site Web]. Disponible à : <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/am-ad/p3.html>.

Tableau F-2 Information et recommandations concernant l’appréciation de la condition de santé de la personne

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE				
Canada				PAYS-BAS
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	MANITOBA	
OXYGÉNOTHÉRAPIE				
➡ Oxygen should be discontinued immediately after the person loses consciousness.	➡ Il est recommandé de cesser l'oxygénothérapie dès le début de l'administration de l'AMM, pour ne pas prolonger la période d'apnée et retarder l'arrêt cardiaque par hypoxie	Oxygen therapy should be discontinued at the beginning of the procedure to avoid prolonging apnea and delaying cardiac arrest.	Ø	Ø
DÉFIBRILLATEUR ET STIMULATEUR CARDIAQUE IMPLANTABLES				
➡ To prevent any prolonging of time to death, pacemakers and defibrillators should be deactivated if possible.	➡ Il pourrait être pertinent, si cela n'a pas été fait auparavant, de désactiver un défibrillateur cardiaque implantable, avant d'administrer une AMM	➡ Defibrillators must have been de-activated prior to MAID. ➡ There is no need for a pacemaker to be deactivated.	Ø	Ø
POIDS CORPOREL				
Ø	Ø	Ø	➡ If over 250 kg, consult with Provincial MAiD Clinical Team	➡ The dosages stated in these guidelines are safe to use for patients with a body weight of up to 150 kg. ➡ For patients with a body weight in excess of 150 kg, consultation with an anaesthesiologist is required. Reasons for using standard dosages : ➡ Calculation errors are regularly made with regard to dosages of medication. ➡ Furthermore, using individual dosages can result in only part of the whole standard container being used rather than the whole container. This can also result in mistakes being made. Furthermore, the dosage required in order to induce a coma is only dependent on body weight to a limited degree. The peak concentration of euthanatic agents in the bloodstream, and therefore also the peak concentration in the brain, is the decisive factor. In addition to the quantity of medication, this concentration is also dependent on the blood volume. The blood volume correlates to the normal body weight. The normal body weight is the ideal body weight of an individual patient with a normal state of health. The patient's actual body weight often differs from this weight.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE				
Canada				PAYS-BAS
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	MANITOBA	
ANALGÉSIQUE				
	Puisqu'aucun des médicaments utilisés pour l'AMM n'a d'effet analgésique appréciable, il est nécessaire de poursuivre une analgésie en cours jusqu'au moment de l'AMM. Cependant, la médication analgésique ne devrait pas être administrée en même temps que l'AMM	Routine analgesic therapies should be continued right up to the time of the procedure.	Ø	Ø
MÉDICATION DE ROUTINE & PRN				
While the continuation of some cardiac medications may not seem to be necessary, clinicians do not want the patient experiencing chest pain or shortness of breath prior to the provision as this will only contribute to their suffering. Usual medications should be continued right up to the time of the provision, especially pain and anti-emetic/pro-motility medications.	Ø	To prevent IV incompatibilities, stop all other infusions and flush the IV line with 10 mL Normal Saline (sodium chloride 0.9%) before proceeding Some patients fear loss of capacity on the day because of their routine and PRN medications, especially narcotics. Some deliberately reduce or omit these. The need for this should be discussed on an individual basis either by the family physician or the MAID provider. Doses that have not previously led to capacity issues should be continued.	Ø	Ø
CONSTATS	De manière générale, avant l'AMM, l'oxygénothérapie devrait être cessée et les défibrillateurs cardiaques implantables ou encore les stimulateurs cardiaques devraient être désactivés. La nécessité de diminuer ou de cesser un médicament de routine ou encore ceux prescrits au besoin (PRN) avant la procédure d'AMM, devrait être discuter sur une base individuelle avec le médecin de famille ou celui qui pratiquera l'AMM.			

AMM : aide médicale à mourir, IV : intraveineux, MAID : *Medical Aid in Dying*, PRN : *Pro re nata* (au besoin)

Tableau F-3 Information et recommandations concernant les préalables : précautions particulières à prendre en considération, examens physiques et autres investigations à faire avant l’administration de l’AMM

PRÉALABLES								
CANADA							PAYS-BAS	COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	ONTARIO	COLOMBIE-BRITANNIQUE	SASKATCHEWAN	MANITOBA	NOUVELLE-ÉCOSSE		
ÉVALUATION DU POTENTIEL VEINEUX								
Good IV access is essential in the MAiD context. Vascular access should be evaluated at the time of the assessment, and within a close interval of administration if several weeks or months have elapsed since the MAID assessment	Il est recommandé que l'infirmière ou le médecin évalue le potentiel veineux dans les 24 heures précédant l'administration de l'AMM	Ø	Vascular access should be considered in all patients, regardless of whether the IV or the oral regimen is selected If there are issues with venous access, a central line may be required IV acces at home Check the patient's veins during the MAID assessment in order to determine if the IV cannulae can be inserted at the bedside or whether ultrasound guided insertion or a PICC line will be necessary.	Ø		With some patients, it can be difficult to find an easily accessible vein. For this reason, one day before the administration, it is advisable to examine how easy it is to find a vein and insert an infusion needle.	Ø	
INSTALLATION PRÉVENTIVE DE DEUX ACCÈS VEINEUX								
Clinicians should consider establishing a minimum of 2 peripheral IV's for provisions.	L'installation « préventive » de deux accès veineux périphériques systématiquement, à chaque patient, n'est pas indiquée. Elle peut cependant s'avérer nécessaire	Ø	To reduce the risk of failure we strongly recommend the siting of two cannulae, preferably one in each arm regardless of protocol choice. (IV or oral)	Ø		Ø	Ø	

PRÉALABLES								
CANADA							PAYS-BAS	COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	ONTARIO	COLOMBIE-BRITANNIQUE	SASKATCHEWAN	MANITOBA	NOUVELLE-ÉCOSSE		
	pour certaines personnes. ➡ Il est cependant essentiel d'identifier à l'avance un deuxième site potentiel, périphérique ou central, selon le capital veineux du patient, et de prévoir, le cas échéant, le matériel et l'aide d'une infirmière ou d'un anesthésiologiste en conséquence. ➡ L'insertion d'un cathéter de perfusion et la connexion (si nécessaire) à un dispositif d'administration (sac de perfusion) à l'avance peuvent être effectuées par un professionnel de la santé habilité à le faire							
MOMENT DE L'INSTALLATION								
Ø	➡ Dans les 4 heures précédant l'AMM, l'infirmière ou le médecin doit installer un accès veineux (dispositif d'accès veineux intermittent [saline lock] ou perfusion de soluté TVO).	Ø	Ø		Ø		➡ If possible, insert an infusion needle one day beforehand ➡ Do not insert the infusion needle more than one day in advance. <i>Note : The coma induction medication and the neuromuscular blocker should</i>	Ø

PRÉALABLES								
CANADA							PAYS-BAS	COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	ONTARIO	COLOMBIE-BRITANNIQUE	SASKATCHEWAN	MANITOBA	NOUVELLE-ÉCOSSE		
							<i>preferably be administered via a blood vessel that is not too small</i>	
INSTALLATION D'UNE VOIE CENTRALE								
➡ Central venous access (ie. PICC) should be considered if peripheral access is not possible. ➡ The need for a functional PICC should be considered based on physical examination prior to the provision. ○ Port-a-cath devices can be considered for access by experienced clinicians. ○ Midline catheters are less secure than PICC's, and their function should be confirmed before use	➡ L'installation « préventive » d'une voie centrale (y compris de type PICC line) systématiquement, à chaque patient, n'est pas indiquée. ➡ Elle peut cependant s'avérer nécessaire pour certaines personnes. ➡ En cas d'impossibilité totale d'installer un accès veineux périphérique, la pose d'une voie centrale est à planifier ➡ Si une voie périphérique est ardue à installer, la voie centrale fémorale est suggérée par les médecins qui la pratiquent ➡ Si la pose d'une voie centrale ne pouvait pas être réalisée à domicile (voie centrale sous-clavière, jugulaire, fémorale ou PICC line), une hospitalisation	Ø	➡ If there are issues with venous access, a central line may be required ➡ A PICC line or Portacath should be flushed to confirm patency ➡ If the patient has a PICC line or Portacath a back-up cannula is not needed. ➡		For central lines only ➡ MAiD kit should contain Alteplase 2 mg vial (reconstitute with 10 ml sterile water without preservative)	Ø	Ø	Ø

PRÉALABLES								
CANADA							PAYS-BAS	COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	ONTARIO	COLOMBIE-BRITANNIQUE	SASKATCHEWAN	MANITOBA	NOUVELLE-ÉCOSSE		
	deviendrait nécessaire. Note : Il faut savoir cependant qu'une hypotension artérielle consécutive à l'induction du coma peut rendre difficile la palpation de l'artère fémorale, qui sert de point de repère pour l'installation de la voie veineuse. Chez certains patients, en particulier ceux qui présentent une obésité, la technique peut aussi être difficile à effectuer.							
CALIBRE DU CATHÉTER								
➡ Good IV access is essential in the MAiD context. ➡ Unless a patient has central venous access (ie. PICC line), two larger bore intravenous catheter sites are strongly recommended (i.e. avoid 24 gauge IVs and butterfly needle sets).	➡ Le calibre du cathéter doit être de 20 G de préférence, afin de permettre au mieux l'injection des médicaments dans les temps impartis en évitant une perte de l'accès veineux. ➡ Il pourrait être de 18 à 22 G selon le capital veineux du patient, mais il faudrait alors impérativement veiller à contrôler la vitesse d'administration des médicaments : celle-ci doit être d'autant plus lente	➡ Use 18g needles, any length	➡ Use large needles to draw up drugs and saline e.g. 18G. Note : The volume of Propofol in particular is very large (100ml) and the solution is viscous. The volume of Rocuronium is also large (20ml). ➡ The insertion of a venting needle into the vial to allow equalization of pressure will be necessary.	Ø		➡ Use a 20G infusion needle or even 18G Note : Thinner needles have the disadvantage that the section of the needle that is inserted into the blood vessel is shorter. As a result, there is a real risk that any movement could result in the needle being dislodged from the vein, causing the euthanatic agents to be unintentionally administered subcutaneously. Injection via thinner needles is more difficult due to the higher resistance	➡ Il est recommandé d'utiliser une aiguille de calibre 22G (pas plus petite) ➡	

PRÉALABLES								
CANADA							PAYS-BAS	COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	ONTARIO	COLOMBIE-BRITANNIQUE	SASKATCHEWAN	MANITOBA	NOUVELLE-ÉCOSSE		
	que le calibre du cathéter est plus fn.							
SOLIDITÉ, ÉTANCHÉITÉ ET PERMÉABILITÉ DU CATHÉTER								
➡ Both IV catheters should be checked for proper position inside the lumen of the vein prior to providing MAiD. ➡ The clinician should check that the IVs are patent, and in the vein ➡ This can be done by drawing back on the line for blood. If this is ineffective, saline can be injected to assess for ease of administration and the absence of swelling proximal to the IV insertion site. ➡ Patency can also be confirmed by the free flow of intravenous fluids to gravity, again with the absence of significant swelling proximal to the insertion site.	➡ Le cathéter, une fois installé, doit être solidement fixé. ➡ Pour éviter une douleur induite et ne pas compromettre l'efficacité des médicaments injectés, il est nécessaire de s'assurer systématiquement que le cathéter est bien inséré et perméable, en vérifiant par une injection de salin l'absence de signe d'obstruction de la veine ou d'infiltration (gonflement).	➡ Line flushed with 10ml NS ➡	➡ 10 ml of saline solution should be used upon insertion of new cannula or to ensure patency of existing	➡ Normal saline 10 mL IV flush to assess venous patency.	Ø	➡ Normal saline 10 mL IV flush to assess catheter patency.	➡ Before use, check that the infusion needle is not blocked ➡ Following insertion of the infusion needle, it must be rinsed once a day with 5 ml of sodium chloride solution 0.9% or a waking-state infusion must be attached. <i>Note : If the infusion needle is incorrectly inserted and the wall of a blood vessel is damaged or pierced, then injection of the coma induction medication can be very painful for the patient. Furthermore, the euthanatic agents will not work properly. If the infusion needle has been inserted properly, blood will come out of the needle if the veins are congested by applying a band around the arm</i>	➡ Vérifier l'étanchéité du cathéter avec une solution saline ou du Lactate Ringer
AUTRES CONSIDÉRATIONS								
➡ To minimize the risk of vein compromise, and the need for	➡ Une tubulure antireflux est toujours indiquée, a fortiori en présence	Ø	Ø		Ø		Ø	Ø

PRÉALABLES								
CANADA							PAYS-BAS	COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	ONTARIO	COLOMBIE-BRITANNIQUE	SASKATCHEWAN	MANITOBA	NOUVELLE-ÉCOSSE		
lidocaine to mitigate discomfort with medications, venous access should be established in as large a vein as possible	de petites veines, afin de minimiser le risque de perfusion rétrograde. ➡ Une injection dans une veine antébrachiale, du pli du coude, ou une veine de bon calibre (y compris celles des membres inférieurs, si aucun autre site n'est disponible) est moins douloureuse.							
Food and drink								
➡ It is also important to note that patients are not required to be NPO prior to MAiD. ➡ The proposed protocol is associated with minimal risk for nausea/vomiting. If there is a concern about nausea/vomiting due to the patient's underlying medical condition, positioning a patient upright can be considered.	Ø	Ø	➡ Patients choosing the IV route may eat and drink normally, including alcohol		Ø		Ø	Ø

PRÉALABLES								
CANADA							PAYS-BAS	COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	ONTARIO	COLOMBIE-BRITANNIQUE	SASKATCHEWAN	MANITOBA	NOUVELLE-ÉCOSSE		
Tissue and organ donation; biopsies and autopsies								
Ø	Ø	Ø	In cases where MAID has occurred at home : ➡ Occasionally patients wish to donate organs or tissue such as their corneas. This will need to be planned well in advance with the appropriate team ➡ A pathologist and possibly the coroner will need to be consulted in good time	Ø		Ø	Ø	
CONSTATS	➡ Le potentiel veineux du patient doit être évalué avant l'administration de l'AMM ➡ L'installation préventive de deux cathéter IV est fortement recommandée, de préférence un dans chaque bras, et ce peu importe le type de protocole choisi (IV ou oral). ➡ Le calibre du ou des cathéters devrait idéalement être de 18 ou 20G ➡ Une fois installé, l'étanchéité et la perméabilité du ou des cathéters doit être vérifiée à l'aide d'une injection de solution saline ➡ En cas d'impossibilité totale d'installer un accès veineux périphérique, la pose d'une voie centrale est à planifier (de type PICC line, Midline, port-a-cath ou fémorale)							

AMM : aide médicale à mourir, IV : intraveineux, MAID : *Medical Aid in Dying*, NPO : nothing by mouth, NS : normal saline, PICC : Peripherally inserted central catheter, PRN : Pro re nata (au besoin), TVO : débit minimal pour tenir une veine ouverte.

Tableau F-4 Recommandations concernant la conduite à respecter pour minimiser les risques de pertes d'accès veineux en cours de procédure et informations en lien avec les plans de rattrapage

CONDITIONS PARTICULIÈRES À RESPECTER POUR MINIMISER LE RISQUE DE PERTE D'ACCÈS VEINEUX			
CANADA			PAYS-BAS
CAMAP	CMQ	COLOMBIE-BRITANNIQUE	
FORMATION & EXPÉRIENCE DES CLINIENS			
For MAID provisions in the community : ➡ physicians and nurse practitioners who do not insert IVs as part of their regular practice should be accompanied by another clinician experienced in inserting IVs, in the absence of a periphelly inserted central catheter (PICC).	➡ Il est du devoir du médecin d’acquérir les habiletés requises avant d’agir.	Ø	Ø
PLAN DE RATTRAPAGE À DOMICILE			
For MAID provisions in the community : ➡ clinicians should know their contingency plan for failed vascular access or administration of medications prior to starting any provision. ➡ This plan will vary depending on local context. ➡ This may consist of another clinician on call who is able to come and assist, an agreement with local EMS to provide IV access without transporting to hospital, or an agreement with a local hospital for direct admission to a under a clinician with admitting privileges for such a circumstance ➡ If clinicians are unable to establish IV access prior to the administration of medication, provision should be deferred until such time when nonemergent help can be obtained	➡ La perte de l'accès veineux au cours de l'induction du coma est une complication possible, à envisager sérieusement.	Ø	Ø
PRÉVENTION POUR MINIMISER LES RISQUES DE PERTE D'ACCÈS VEINEUX			
➡ Discuss with the patient the potential difficulties with the IV, potential side effects from the medications, and the possibility of losing vascular access during medication administration. ➡ Patients should be consented for the insertion	➡ Évaluer le potentiel veineux 24 heures précédant l'AMM ➡ Prévoir à l'avance un 2° site potentiel (sur une autre veine), périphérique ou central, le matériel nécessaire et l'aide d'une infirmière ou d'un anesthésiologiqste.	➡ IV cannulae can fail and the patient should be aware of this possibility. ➡ To reduce the risk of failure we strongly recommend the siting of two cannulae, preferably one in each arm	Ø

CONDITIONS PARTICULIÈRES À RESPECTER POUR MINIMISER LE RISQUE DE PERTE D'ACCÈS VEINEUX			
CANADA			PAYS-BAS
CAMAP	CMQ	COLOMBIE-BRITANNIQUE	
of (minimum) two peripheral IVs prior to the IV provision in case one of them fails ➡ Vascular access should be evaluated at the time of the assessment, and within a close interval of administration if several weeks or months have elapsed since the MAID assessment ➡ Appropriate equipment should be present for troubleshooting IV access. At a minimum this should include multiple cannula sizes, but may potentially include kits for obtaining central access or adjunct equipment such as vein finding devices ➡ The clinician should check that the IVs are patent, and in the vein. This can be done by : ○ drawing back on the line for blood. ○ if this is ineffective, saline can be injected ○ can also be confirmed by the free flow of IV fluids to gravity	➡ Utiliser des cathéters de gros calibre 18 ou 20 G.		
EN CAS DE PERTE D'ACCÈS VEINEUX			
➡ If IV access is lost during the administration of medication and a second peripheral IV has been established, medication administration should be switched to the second IV. ➡ If a second IV has not been established, immediate attempts to obtain subsequent access should be made. ➡ During this process, subcutaneous or IM administration of sedative medications for patient comfort may be administered according to clinician's judgement. For MAID provisions in the community ➡ If subsequent access cannot be obtained, clinicians should decide whether IV access is needed without delay, or if the patient can wait for another clinician skilled in IV insertion to be called as backup to come to the scene and obtain definitive access.	➡ Conserver son calme Si l'inducteur de coma a commencé à faire effet : ➡ le patient sera inconscient. ➡ Il sera possible, selon le cas, de prolonger son état d'inconscience voire d'induire une sédation en injectant une autre dose de benzodiazépine en sous-cutané (midazolam, 10 mg SC), le temps de poser une nouvelle voie IV, et de reprendre la procédure d'administration des médicaments. Pour l'AMM à domicile ➡ Un transfert du domicile à l'hôpital peut parfois s'avérer pertinent pour installer une voie veineuse centrale ou même une voie intraosseuse. ➡ Ultimentement, le report de l'AMM à un autre moment, voire à un autre jour, devra être envisagé	Ø	➡ Keep calm and take your time ➡ Patience is the most important tool for achieving the desired result ➡ If applying a tourniquet, rubbing or tapping does not result in a vein being found, then leave the tourniquet in place and let the extremity hang. ➡ Wait patiently, rubbing the extremity a little or carefully tapping it. ➡ If this does not work, then look for alternative parts of the body, such as the other arm or the ankles or feet ➡ If unsuccessful, induce vasodilation by warming up the extremity. ➡ You can do this by wrapping a warm, moist towel around the extremity or by putting it in a bucket of warm water. ➡ Vasodilation can also be achieved using nitro spray or a nitro plaster. ➡ If the above measures are unsuccessful, request the assistance of a fellow GP, a nurse (e.g. a home-care medical action team), the ambulance service, a member of a palliative team or an anaesthesiologist.

CONDITIONS PARTICULIÈRES À RESPECTER POUR MINIMISER LE RISQUE DE PERTE D'ACCÈS VEINEUX			
CANADA			PAYS-BAS
CAMAP	CMQ	COLOMBIE-BRITANNIQUE	
➡ If a patient's condition does not allow for another clinician to come to the scene and it is decided that the patient requires immediate IV access, the clinician may have to call EMS (i.e. 911). ➡ If EMS are unable to insert an IV or to release the patient on scene (or refuse to do so), the clinician providing MAID should accompany the patient to hospital to help direct further care.			
OPTION DE TRAITEMENT			
Depending on the complication, there are several treatment options available to MAID clinicians in the setting of IV MAID in the community ➡ clinicians should be ready to augment doses of medications through an IV as needed for patient comfort and provision completion ➡ be prepared to accelerate or omit parts of the protocol. For example, midazolam can occasionally cause paradoxical agitation, in which case clinicians should be prepared to quickly administer propofol without the preceding dose of lidocaine.	➡ Dose supplémentaire de benzodiazépine en sous-cutané (midazolam, 10 mg SC) afin d'induire une sédation le temps de poser une nouvelle voie IV, et de reprendre la procédure d'administration des médicaments. ➡ Dans certains cas particuliers, une sédation palliative continue peut représenter une option	Ø	Ø
RESTAURATION DE L'ACCÈS VEINEUX			
Ø	➡ Une fois un accès veineux restauré, il est toujours nécessaire d'induire un coma profond, éventuellement par une nouvelle administration de l'inducteur de coma, et de vérifier consciencieusement qu'il est installé avant d'injecter le bloqueur neuromusculaire	Ø	Ø
CONSTATS	➡ Un plan de rattrapage en cas de perte d'accès veineux devrait être discuté avec le patient et ses proches avant le jour de l'administration de l'AMM. ➡ Ce plan de secours dépendra du contexte local et de l'état de sédation du patient. ➡ Prévoir à l'avance un 2^e site potentiel (sur une autre veine), périphérique ou central ainsi que le matériel nécessaire et l'aide d'une infirmière ou d'un anesthésiologiste peut diminuer les risques d'échec associés à la perte de l'accès veineux. ➡ Des soins de confort pourront être apportés au patient selon le jugement du clinicien (p.ex., benzodiazépine s/c ou IM) ➡ Une fois un accès veineux restauré, il est toujours nécessaire d'induire un coma profond par une nouvelle administration de l'inducteur de coma ➡ Dans l'incapacité de retrouver un accès veineux à domicile, il est conseillé d'appeler les services d'urgence. Une hospitalisation ou le report de l'AMM pourrait être nécessaire.		

AMM : aide médicale à mourir, EMS : *emergency medical services*, GP : general practitioner, IV : intraveineux, IM : intramusculaire, MAID : *Medical Aid in Dying*, PICC : Peripherally inserted central catheter;

Tableau F-5 Recommandations concernant l’administration des médicaments par voie IV (euthanasie)

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'EUTHANASIE											
Voie d'administration											
For simplification and ease of protocol use, we recommend all drugs to be administered as IV push.	➡ Seule l'administration intraveineuse des médicaments est considérée. ➡ Le protocole d'administration de l'AMM prévoit une posologie unique pour chacun des médicaments à utiliser	➡ IV	➡ IV	➡ IV		➡ IV	➡ IV	➡ IV	➡ For the practice of euthanasia, the euthanatic agents are administered intravenously	➡	➡ Administration intraveineuse Aucune autre voie d'administration n'est recommandée en raison des caractères pharmacocinétiques et pharmacodynamiques imprévisibles des médicaments utilisés pour les autres voies
Étapes											
Essential aspects of MAiD include coma, then respiratory arrest followed by cardiac arrest	L'AMM se fait en 3 temps . ➡ Anxiolyse, ➡ Induction d'un coma artificiel profond, ➡ Administration d'un bloqueur neuromusculaire provoquant l'arrêt respiratoire,	The intravenous route requires 4 drugs which are given in sequence as IV push doses. ➡ Anxiolytic ➡ Local Anaesthetic ➡ Coma inducing	The intravenous route requires 5 drugs ➡ Anxiolytic ➡ Opioids (Optional) ➡ Local Anaesthetic ➡ Coma inducing agents ➡ Neuromuscular Blocker	The intravenous route requires 4 drugs ➡ Anxiolytic ➡ Local Anaesthetic ➡ Coma inducing agents ➡ Neuromuscular Blocker	Essential aspects of MAiD include coma, then respiratory arrest followed by cardiac arrest	➡ Anxiolysis ➡ Local Anaesthetic ➡ Coma induction ➡ Neuromuscular Blockade	➡ Anxiolytic ➡ Local Anaesthetic ➡ Coma-inducing agent ➡ Neuromuscular Blocking agent	➡ Premedication with midazolam is optional ➡ A coma is then induced. ➡ A neuromuscular blocker is administered. This paralyzes all striated muscles, with the exception of the heart. This will cause the patient to die	➡ Benzodiazépine ➡ Opioïde ➡ Barbiturique ou équivalent ➡ Bloqueur neuromusculaire		

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
	l'arrêt cardiaque et le décès	agents Neuromuscular Blocker Death usually results in less than 10 minutes.									
ANXIOLYTIQUES											
Principes généraux											
➡ Benzodiazepines can be used as anxiolytics and as a premedication in intravenous MAiD ➡ Midazolam is the most common used benzodiazepine for this purpose	➡ Une anxiolyse par midazolam en intraveineux direct (IVD) lent est indiquée, avant l'induction du coma. ➡ Agit normalement entre 3 à 5 minutes	➡ Midazolam (fast acting benzodiazepine) works as a sedative with virtually no side effects. ➡ Used for reducing anxiety around the procedure ➡ Onset of effect: 1 to 5 minutes. ➡ Peak effect: 5 to 7 minutes ¹	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ Optional IV premedication with midazolam can be administered if the patient does not wish to be aware of the moment of coma induction ➡ The aim is to induce the patient into a light sleep before inducing a coma.	Ø	➡ L'administration sublinguale de benzodiazépine (premier médicament) est recommandée afin de fournir une sédation qui convient aux procédures ultérieures.
Médicaments recommandés en 1 ^{re} intention											
➡ Midazolam 10 mg ➡ IV push	➡ Midazolam 1mg/ml ➡ Injecter 5 mg (5 ml) de	➡ Midazolam 2.5 mg to 10 mg IV direct over 2 minutes.	➡ Midazolam 2.5 – 10 mg IV over 2 min from 1 mg/mL or 5 mg/mL	➡ Midazolam 10 mg (10 ml) ➡ IV over	➡ Midazolam 10 mg (10 ml) IV May	➡ Midazolam 2.5 à 20 mg IV push or over 1 min	➡ Midazolam 20 mg slow IV over 4 min	➡ Midazolam 10 mg undiluted IV over 2 minutes	➡ Facultatif Midazolam 2.5 mg IV	➡ Facultatif Midazolam 5 à 15 mg IV	➡ Midazolam 1 mg/kg en 30 secondes ➡ SL si possible

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
Note : ED95 : 0.033 mg/kg	midazolam en 2 minutes, pour obtenir une anxiolyse; ➡ Titrer éventuellement jusqu'à 10 mg (10 ml) en fonction de la réaction du patient	➡ May repeat additional dose x 1 PRN (reassess need for additional dose 10 minutes after delivery of initial dose). ➡ Midazolam 1 mg/mL is preferred formulation	(depending on availability) ➡ a repeat dose may be necessary ➡ Beyond use date : 24 hours at room temperature in syringe	2 minutes	repeat x 1	Note : according to CAMAP.	➡ Administer a 2 nd dose if required				ou IV
Médicaments alternatifs											
➡ Aucun	➡ Aucun	➡ Aucun	➡ Aucun	➡ Aucun		➡ Aucun	➡ Aucun	➡ Aucun	➡ Aucun	➡ Aucun	➡ Aucun
									Note : premedication with lorazepam has been removed		
Mises en garde											
Ø	Ø	➡ Adjust dose according to patient-specific factors ➡ Patients exposed to prior benzodiazepines may require a higher dose. ➡ Frail, elderly,	➡ Patient may remain awake or may lose consciousness depending on sensitivity to benzodiazepines.	Ø		Ø	Ø	➡ Depending on sensitivity to benzodiazepines, patient may remain awake or lose consciousness.	Ø	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
		and/or benzodiazepine-naïve patients may require lower doses ➡ If the patient does not fall asleep within a few minutes of receiving 20mg of Midazolam then the likeliest cause is that IV access has failed; it should be checked carefully									
Effets indésirables											
Ø	➡ Une agitation paradoxale peut survenir chez certains patients	➡ Paradoxical agitation may occur in some patients (restlessness) ➡ Respirations are usually normal with Midazolam but there can be brief snoring (consider warning the family of this)	Ø	Ø		Ø	Ø	Ø	➡ Some patients can become restless following the injection of midazolam.	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
Précautions particulières											
➡ If not utilizing a straight line, a saline flush may be considered following the administration of all medications when IV tubing of significant length and volume is employed.	➡ Si agitation paradoxale : Il est indiqué d'induire le coma sans attendre et sans donner de dose supplémentaire de midazolam.	➡ Flush IV line with 10 ml of sodium chloride 0.9% solution after medication to ensure entire dose is given AND to avoid incompatibilities ➡ If restlessness occurs coma should then be induced. Give Propofol immediately and no further midazolam given ➡ Do not allow patient to eat or drink after Midazolam has been given as choking may occur ➡ Advise the family that the patient may or may not lose consciousness	Ø	Normal saline 10 ml IV flush rapidly	➡ Line flushed with 10ml NS after midazolam injection <i>Note : according to CAMAP</i>	➡ Line flushed with 10ml NS after midazolam injection	Ø	Ø	➡ In such cases (restlessness), do not administer an extra dose of midazolam: immediately administer the coma induction medication.	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
OPIOIDES											
Généralité											
➡ Non recommandé ➡ Opioids should further be avoided due to risk of diversion and need for secure storage, especially considering the already existing opioid crisis, as well as regulatory and administrative challenges.	➡ Non recommandé ➡ Leur effet est imprévisible et leur utilisation est déconseillée pour une AMM	Ø	➡ Optional ➡ Opioids may be dispensed in syringe or vial/ampoule format ➡ Choose only one option depending on provider preference and/or availability	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ Non recommandé ➡ The use of opioids is therefore unpredictable and thus should not be considered	Ø	Ø
Médicaments recommandés en 1 ^{er} intention											
Ø	Ø	Ø	➡ Fentanyl : 25-500 mcg IV over 1-2 minutes (0.5 to 10 ml of 50 mcg/mL preparation) ➡ Beyond use date : 24 hours at RT in syringe	Ø	Ø	➡ Morphine 5-10 mg IV toutes les 10 minutes PRN pour l'analgésie ou la détresse respiratoire Note : according to CAMAP	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ Fentanyl 25 mcg/kg en 30 à 45 secondes

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
Médicaments alternatifs											
Ø	Ø	Ø	➡ Sufentanyl : 10-50 mcg IV over 1-2 minutes (0.2 to 1ml of 50 mcg/mL) (Alberta only) ➡ Remifentanyl : 10-1000 mcg IV over 1-2 minutes ➡ Beyond use date : 24 hours at RT in syringe	Ø	Ø	➡ Fentanyl 100-500 mcg en 5-10 sec ➡ Hydromorpho ne 4-10 mg IV en bolus ou toutes les 10 minutes PRN Note : according to CAMAP	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ Aucun
ANALGÉSIQUE LOCALE											
Généralités											
➡ Both propofol and barbiturates may cause pain when injected. Rocuronium can also lead to significant pain on injection ➡ The most common local anesthetic used for	➡ L'injection du propofol ou d'un barbiturique est souvent douloureuse et doivent être précédées d'une injection d'un analgésique ➡ Cette injection doit être systématique, que l'inducteur de coma soit injecté par voie	➡ Once the patient is asleep after the Midazolam, Lidocaine is given to reduce possible burning in a peripheral vein due to Propofol. ➡ This medication helps numb the veins and	Ø	Ø	➡ Lidocaine 2,5% / prilocaine 2,5 % cream may be applied topically before IV insertion as needed. Cover with Tegaderm dressing.	Ø	Ø	➡ To decrease pain associated with injection of coma-inducing agent	➡ Medications used to induce coma can cause pain when injected intravenously.	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
ameliorating pain on injection is lidocaine.	veineuse périphérique ou centrale.	the area around the IV site, so administration of the next medication is more comfortable									
Médicaments recommandés en 1 ^e intention											
- Optional - Lidocaine 40 mg - IV push <i>Note : Lidocaine dosing is based on 0.2mg/kg for a 70kg individual and convenient dosing</i>	- Lidocaïne sans épinéphrine 40 mg (2ml d'une solution 2 % parentérale) - IVD en 30 sec	- Lidocaine 40mg - IV over 30 sec - Lidocaine 20 mg/mL is preferred formulation. - Pause to allow effect - Do NOT administer lidocaine WITH epinephrine IV. - Onset of effect: 45 to 90 seconds. Peak effect: unknown, but duration of action is 10-20 minutes.	- Lidocaine 40mg over 30 seconds of 1% (10 mg/mL) or 2% solution (20 mg/mL) (depending on availability) - A repeat dose may be necessary - Wait 2 minutes before administering propofol - Beyond use date : 24 hours at room temperature in syringe - DO NOT administer lidocaine WITH epiNEPHrine IV.	- Lidocaine 40mg (without epinephrine), = 2ml of 2% - IV over 30 seconds	- Lidocaine 100 mg (5 ml of 20 mg/ml) via IV push - May repeat X 1	- Lidocaine 40mg = 2ml of 2% - IV push over 30 seconds	- Lidocaine without epinephrine 40mg - IV over 30 seconds	- Lidocaine without epinephrine 40mg undiluted - IV over 30 seconds	- Lidocaine 20 mg (2ml of 1% preparation) within 30 sec - IV	Ø	- Lidocaïne sans épinéphrine à 2 mg/kg - IV en 10 secondes

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
Contre-indications											
Ø	Ø	➡ Do NOT use if history of true allergy to lidocaine or other amide-type local anaesthetics (e.g. bupivacaine, prilocaine, mepivacaine).	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Effets indésirables											
Ø	Ø	➡ High levels of lidocaine can cause ringing in the ears, numbness of the lips, metallic taste, nausea, and dizziness ➡ Adverse effects should subside rapidly once drug levels fall (advise patients) ➡ Check for level of comfort at IV site	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
Médicaments alternatifs											
➡ Aucun	➡ Sulfate de magnésium : 1000 mg (2ml) compléter ad 10 ml avec NaCl 0.9% ➡ IVD lente en 5 minutes maximum <i>Note : Utilisé en cas d'allergie à la lidocaïne</i>	➡ Aucun	➡ Sulfate de magnésium : 1000 mg over 5 minutes (5 ml of 200 mg/mL preparation) into a 20 ml syringe and further dilute with normal saline to a final volume of 10 ml. ➡ To use if allergic to lidocaine ➡ Beyond use date : 24 hours at room temperature in syringe	➡ Aucun	➡ Sulfate de Mg 1000 mg diluted to 10 ml with normal saline ➡ slow IV over 5 min	➡ Sulfate de Mg 1000 mg IV over 5 min <i>Note : according to CAMAP.</i>	➡ Sulfate de Mg 1000 mg complete to 10 ml with NaCl 0,9% ➡ IV over 5 min <i>Note : if severe allergy to lidocaine</i>	➡ Magnesium sulfate 1000 mg (5 ml of 200 mg/ml, further dilute with 0,9% NaCl to 10 ml)l ➡ V over 5 min Note : if allergic to lidocaine	➡ Aucun	Ø	➡ Aucun
Précautions particulières											
➡ Furthermore , use of a larger-diameter vein will further reduce propofol-induced pain	Ø	➡ Flush IV line with NS (10 ml of sodium chloride 0.9%) solution after medication to ensure entire dose is given AND to avoid incompatibiliti es	➡ 10 mL of normal saline must be injected prior to the coma-inducing agent to prevent any incompatibility.	Ø	Ø	➡ Line flushed with 10ml NS	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
INDUCTEUR DE COMA ARTIFICIEL											
Généralité											
➡ To achieve a medically induced coma, it is of utmost important to select an agent (and a dosage) that will significantly reduce consciousness ➡ The coma inducing effects of propofol are dose dependent, and at the recommended doses for MAiD, coma should persist through respiratory and circulatory arrest	➡ Un coma artificiel suffisamment profond pour éviter que le patient ne ressente les effets du bloqueur neuromusculaire DOIT être instauré ➡ Avec les médicaments et les posologies recommandées, le risque d'une perte de conscience insuffisante ou trop courte est très faible.	➡ Propofol is used to induce a coma state that is deep enough to prevent the patient from feeling the effects of the neuromuscular blocker ➡ Breathing slows down; any snoring ceases; some patients stop breathing during Propofol ➡ Onset of effect: 30 seconds ➡ Peak effect: duration of action is 3 to 5 minutes at usual doses; duration of effect at this higher dose is unknown	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ Loss of consciousness/coma should occur within 1-2 minutes of propofol, potentially longer with phenobarbital	➡ The patient's consciousness must be diminished to an adequately low level before administering neuromuscular blockers. ➡ The expert group uses the term 'medically induced coma' which means that there is sufficient reduction of consciousness that can be determined without performing any major procedures on the patient. ➡ The medication and dosages included in these guidelines ensure that the risk of an	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
									insufficiently deep and insufficiently long-term reduction of consciousness is extremely low ➡ With thiopental, a lethal effect cannot be guaranteed, although it is suitable for inducing a deep coma ➡ Propofol, as well as respiratory depression and vasodilation, also causes cardiac depression.		
Médicaments recommandés en 1 ^{re} intention											
➡ Propofol 1000 mg ➡ IV push Note : ED95 : 2,56 mg/kg (propofol ED95 is based on lean	➡ Propofol : 1000 mg (2 x 50 ml, 10mg/ml) ➡ IVD lente, en 2 à 5 minutes (soit en 1 à 2.5 minutes par seringue) Note : Au moindre doute, poursuivre	➡ Propofol : 1000mg (100ml) ➡ IV over 5 min ➡ Give slowly especially if veins small or patient. ➡ May repeat additional 1g	➡ Propofol : 1000mg (100ml of 10mg/ml preparation) ➡ Prepare 2 syringes of 50 mL each and infuse each syringe over 2.5	➡ Propofol 1000mg = 100ml ➡ Use 2 x 60 ml seringues containing 500 mg/50ml each	➡ Propofol : 1st dose of 500 mg IV, 2 nd dose of 500 mg IV over 10 minutes ➡ May repeat above	➡ Propofol 1000mg = 100ml of 10mg/ml ➡ IV push or over 2 to 5 min	➡ Propofol 1000mg (4 x 250 mg) ➡ Each syringe (250 mg) slow IV over 1,5 minutes. ➡ Administer a 2 nd dose if required	➡ Propofol 1000mg (2 x 500 mg) ➡ Each syringe (500 mg) slow IV over 2,5 minutes. ➡ Total dose should be administered	➡ Thiopental : 2000 mg ➡ Injection, elastomeric pump or by intravenous infusion, no more than 5 minutes Note : All of the	➡ Thiobarbital : 2000 mg dilué dans 20 mL de solution saline ➡ IV sous forme de bolus. Le médicament est	➡ Propofol 20 mg/kg ➡ IV en 30 à 45 secondes

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
body mass, which for a 70kg individual would mean a lean body mass of 50kg for females and 54kg for males)	<i>l'induction du coma en augmentant la dose du médicament</i>	(100 mL) IV over 5 minutes x 1 if medically-induced deep coma is not achieved with one dose, although the likelihood of inadequate loss of consciousness is low with the recommended doses	minutes ➡ May give additional dose of 500 mg if required ➡ Beyond use date : 24 hours at room temperature in syringe	➡ IV slowly	doses x 1		OU ➡ Phénobarbital 3000 mg (each 1500 mg syringe to be further diluted to 25 ml with NaCl 0,9%) ➡ Slow IV over 5 minutes ➡ Administer a 2 nd dose if required	d within 5 minutes. OU ➡ Phénobarbital 3000 mg (25 ml of 120 mg/ml, further dilute to 50 ml with NaCl 0,9%) ➡ Administer IV over 5 minutes	<i>aforementioned methods are equally effective.</i>	administré en moins de 5 minutes. Note : le dosage suffit jusqu'à un poids de 150 kg.	
Contre-indications											
➡ True propofol allergy is incredibly rare with 1:60 000 incident cases and ➡ In the rare cases an allergy were to occur, the patient would arguably already be either	➡ En cas d'allergie grave au propofol, et s'il n'y a pas de contre-indication, il vaut mieux utiliser un autre médicament, tel que le phénobarbital, pour induire le coma.	➡ Propofol may contain egg and soy proteins, and may be contraindicated in patients with severe allergies to those components (various brands of the product may contain different components.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
heavily sedated and/or amnestic post-midazolam administration											
Médicaments alternatifs											
➡ Aucun Note : Propofol should be the first-line drug of choice and the only option for inducing coma in an intravenous protocol for MAiD administration	➡ Phénobarbital : 3000 mg (25 ml de 120mg/ml) ➡ Compléter ad 50 ml avec NaCl 0,9 % ➡ IVD lente, en 2 à 5 minutes Note : Au moindre doute, poursuivre l'induction du coma en augmentant la dose du médicament	➡ Phenobarbital 3000 mg (If propofol allergy or contraindicated) ➡ Dilute to 50 mL with sodium chloride 0.9%) ➡ IV over 5 minutes ➡ Phenobarbital 120 mg/mL is preferred formulation ➡ May repeat additional dose x 1 PRN Note : Onset of effect: 5 minutes and peak effect: >15 minutes for CNS depression	➡ Phenobarbital 3000 mg (25 ml of 120 mg/ml) into a 60 ml syringe. Further dilute with normal saline to total volume of 50 ml. ➡ IV over 5 minutes ➡ Beyond use date : 24 hours at room temperature in syringe ➡ May give additional dose of 3000 mg if required	➡ Aucun	➡ Phénobarbital 3000 mg IV diluted to 50 ml with normal saline ➡ slow IV push over 5 minutes	➡ Phénobarbital 3000 mg IV pendant 5 minutes ➡ Note : according to CAMAP.	➡ Aucun	➡ Aucun	➡ Propofol 1000 mg ➡ Injection or by intravenous infusion, no more than 5 minutes Note : The elastomeric pump CANNOT be used for propofol, as the large volume means that the elastomeric pump takes too long to drain	➡ Propofol 1000 mg IV	➡ Thiopental 30 mg/kg ➡ IV en 30 à 45 secondes

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
Contre-indications											
Ø	➡ En cas d'allergie grave, et s'il n'y a pas de contre-indication, il vaut mieux utiliser un autre médicament, tel que le propofol pour induire le coma.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ Since propofol is formulated in a soybean-oil emulsion, propofol normally cannot be administered as an anaesthetic to people who are allergic to soy. ➡ However, for use as a coma induction medication during the practice of euthanasia, this allergy is not relevant.	Ø	Ø
Mise en garde											
Ø	➡ Aux posologies préconisées, un arrêt cardiorespiratoire rapide est possible pendant le coma (moins observé lors d'une administration graduelle du médicament).	➡ In the case of very frail patients it may be clear that death has occurred during Propofol administration, despite this all the Propofol or phenobarbita	➡ Loss of consciousness should occur rapidly during the first minute of propofol administration. ➡ Cardiovascular and respiratory depression can occur with this dose of propofol.	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ Cardiovascular and respiratory depression and death may result after administration of the coma-inducing agent.	Ø	➡ Plus les hypnotiques sont délivrés lentement, plus le risque d'arrêt respiratoire est faible	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
	➡ Si un arrêt cardiorespiratoire survient pendant le coma, il reste tout de même nécessaire d'administrer la totalité de l'inducteur de coma. ➡ Même en cas d'arrêt cardiorespiratoire durant l'induction du coma, il faut systématiquement injecter le bloqueur neuromusculaire pour éviter tout doute quant au décès du patient	I must be given ➡ Cardiopulmonary arrest may occur rapidly during administration of the coma-inducing agent (advise patient and family)	➡ Even if this occurs, proceed with neuromuscular blocker					➡ The neuromuscular blocking agent must still be administered even if this occurs.			
Précautions particulières											
Ø	➡ Le propofol ou le phénobarbital doit être injecté lentement (2 à 5 minutes) ○ injection trop rapide (en bolus)	➡ Rapid bolus administration may result in loss of venous access; while injecting too slowly may reduce the effectiveness of the	➡ Observe for pain during injection. ➡ Flush with normal saline to ensure all the dose is delivered.	Ø	Ø	➡ Line flushed with 10ml NS	Ø	➡ Flush line with 10ml NS to ensure full dose is injected and to prevent precipitation of neuromuscular blocking agent	➡ Upon administration of the coma induction medication, 10 ml of Sodium chloride solution 0.9% is administered	➡ Après l'administration de l'hypnotique, 10 ml de NaCl 0,9% sont administrés ➡ Cela garantit que la dose	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
	risque d'entraîner la perte de l'accès veineux ○ injection trop lente : peut diminuer l'efficacité des médicaments et compromettre la survenue d'un coma suffisamment profond. ➡ Il est nécessaire de rincer le cathéter de perfusion avec 10 ml de NaCl 0,9 % après l'injection de phénobarbital pour éviter qu'il précipite avec le rocuronium (3e étape)	medication and compromise development of coma. ➡ Observe for pain during injection. ➡ Upon administration of the coma induction medication, 10 ml saline solution 0.9% is mandatory to prevent crystallization of propofol with rocuronium							in order to ensure that the entire dose has been administered. ➡ This will also prevent the formation of precipitation with the neuromuscular blocker. ➡ If the infusion is administered too slowly, then the coma induction medication can redistribute itself within the body – like into the fatty tissues – presenting a risk that the desired coma depth or coma duration will not be achieved.	complète a été administrée et évite la précipitation du thiobarbital sodique avec le bloqueur neuro-musculaire.	

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
Effets indésirables											
➡ May cause pain when injected	➡ L'injection IV de propofol et de phénobarbital est souvent douloureuse	➡ Observe for pain during injection ➡ Possible burning in a peripheral vein due to coma inducing agent.	➡ Propofol may be painful to inject which is the reason for administration of lidocaine prior to the propofol.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ Medications used to induce coma can cause pain when injected intravenously.	➡ Selon la vitesse de l'injection, le patient peut commencer à tousser ou à ronfler. Plus l'administration est rapide, moins cela se produira.	Ø
CRITÈRES ET CONFIRMATION D'UN COMA ARTIFICIEL PROFOND OU MÉDICALEMENT INDUIT											
Ø	➡ Il est nécessaire de bien vérifier l'installation du coma avant d'administrer le bloqueur neuromusculaire	➡ Prior to giving the Rocuronium it must be confirmed that the patient is in a medically induced coma (or has died) from the Propofol	➡ Coma must be confirmed prior to administration of a neuromuscular blocker. ➡ If a deep coma (see Artificial Coma Criteria and Richmond Agitation-Sedation Scale below) cannot be confirmed, then the dose must be increased by adding an additional 500 mg of propofol	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ Coma must be confirmed prior to administration of a neuromuscular blocking agent ➡ If coma cannot be confirmed, an additional dose of the coma-inducing agent selected above should be administered; propofol	Ø	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
			as required.					500 mg (50 mL) or PHENobarbital 3000 mg.			
As previously described by KNMP & KNMG (2012) ➔ No response to verbal stimuli ➔ Circulatory depression (slow, weak pulse) ➔ Ventilatory depression (slow, shallow breaths) ➔ Lack of protective reflexes (i.e. eyelash reflex)	➔ Niveau de conscience : ○ Réveil impossible, pas de réponse aux commandes verbales, absence de réflexes de protection (perte du réflexe ciliaire, notamment) ➔ Fonction cardiovasculaire: ○ Compromise ➔ Fonction respiratoire : ○ ventilation spontanée inadéquate	➔ No response to verbal stimuli; unable to rouse ➔ Severe circulation depression, evidenced by weak puls ➔ Severe respiratory depression, evidenced by slow, shallow breathing ➔ No protective reflexes, such as the eyelash reflex Note : The Richmond Agitation and Sedation (RASS) Scale can be used as a monitoring tool. The target for medically-induced deep coma is “-5” on	➔ Level of consciousness : ○ Unable to arouse ○ No response to verbal commands, ○ No protective reflexes (loss of corneal reflex in particular) Note : adapted from Quebec Protocol	Ø	Ø	➔ No response to verbal stimulus ➔ slow and weak pulse ➔ slow and shallow breathing, ➔ no eyelash reflex	Ø	➔ No response to verbal stimuli ➔ serious depression of circulation,e videnced by a slow and weak pulse ➔ serious depression of ventilation,e videnced by a slow, shallow breathing ➔ no protective reflexes, e.g. no eyelash reflex, loss of corneal reflex	➔ The patient does not respond to verbal stimuli. ➔ Serious depression of circulation, evidenced by a slow and weak pulse. ➔ Serious depression of ventilation, evidenced by slow, shallow breathing ➔ No protective reflexes, such as the eyelash reflex.	➔ Le patient ne répond pas à l'appel ➔ Dépression sévère de la ventilation avec respiration lente et superficielle ou absence de respiration ➔ Réflexe des cils absent	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
		<i>the scale, which corresponds to lack of response to voice or physical stimulation.</i>									
BLOQUEUR NEUROMUSCULAIRE											
Généralités											
➡ Even if the addition of a neuromuscular blocking agent could be debated, it cannot ethically be studied to justify the deletion of this well-established drug in most protocols	➡ L'injection IV d'une dose suffisante de bloqueur neuromusculaire provoque en quelques minutes une paralysie des muscles striés (sauf le myocarde). ➡ L'arrêt respiratoire qui en résulte entraîne la mort par anoxie ➡ Le décès peut survenir très rapidement après l'injection du bloqueur neuromusculaire ○ Le délai entre l'arrêt respiratoire et l'arrêt cardiaque est	➡ Neuromuscular blocker is used to cause skeletal muscle relaxation, resulting in respiratory arrest. ➡ Neuromuscular blockade causes paralysis of skeletal muscles (including the diaphragm) within minutes. ➡ Even when cardiopulmonary arrest does occur during coma induction, the neuromuscular blocker	➡ Intravenous injection of a sufficient dose of neuromuscular blocker causes paralysis of the striate muscles (except the myocardium) within minutes. ➡ The resulting respiratory arrest leads to death by anoxia ➡ Death can come very quickly once the neuromuscular blocker has been injected, if it did not already occur during coma induction.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ The neuromuscular blocker is always administered, even if the patient appears to have died following administration of the coma induction medication ➡ When administered IV a sufficiently high dose of neuromuscular blocker will cause complete paralysis of all striated muscles with the exception of the heart. ➡ This will result	➡ Le relaxant musculaire est administré immédiatement après l'induction du coma provoquant ainsi un arrêt respiratoire définitif, un arrêt cardiaque et la mort. ➡ Même si le patient ne respire plus - ou semble déjà décédé après l'administration de l'inducteur de coma, le relaxant	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
	le plus souvent de 5 minutes, mais il peut parfois durer jusqu'à 20 minutes.	must ALWAYS be administered to prevent any doubt as to the patient's death. ➡ Once the patient is in a medically induced coma, Rocuronium (non-depolarizing neuromuscular blocker or muscle relaxant) is given. ➡ Breathing stops with no air hunger, gasping or distress. ➡ Death (cardiac arrest) after Rocuronium injection usually occurs within 5 minutes of respiratory arrest but may take as long as 20 minutes.							in respiratory arrest and death by anoxaemia. ➡ Following administration of the neuromuscular blocker, there can no longer be any doubt that the patient has died	musculaire doit toujours être administré. ➡ La mort survient généralement rapidement après l'administration du relaxant musculaire (en moins de 5 minutes), mais l'arrêt cardiaque peut exceptionnellement, survenir après plus de 15 minutes. Il est important d'en aviser les proches	

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
Précautions particulières à prendre AVANT l'administration											
➡ A neuromuscular blocking agent can only be administered once a patient is already in a medically induced coma.	➡ Le bloqueur neuromusculaire ne peut être injecté qu'une fois le coma artificiel constaté ➡ Au moindre doute, il faut poursuivre l'induction du coma, en augmentant la posologie du médicament. ➡ Il est nécessaire d'injecter 10 ml de NaCl 0,9 % entre l'inducteur du coma et le bloqueur neuromusculaire afin de s'assurer que toute la dose de l'inducteur du coma a été administrée et pour éviter que le barbiturique et le bloqueur neuromusculaire ne précipitent dans la seringue ou la tubulure.	➡ Confirm deep medically-induced coma before administration ➡ Flush IV line with 10 ml of sodium chloride 0.9% solution after medication to ensure entire dose is given AND to avoid incompatibilities	Ø	➡ Normal saline 10 ml ➡ IV flush rapidly	➡ Line flushed with 10ml NS Note : according to CAMAP	➡ Coma confirmed ➡ Line flushed with 10ml NS	Ø	➡ Coma confirmed ➡ Line flushed with 10ml NS	➡ The neuromuscular blocker must only be administered to the patient if he/she is in a coma. ➡ Thiopental forms precipitation in combination with rocuronium. You must therefore rinse the infusion system with 10 ml of sodium chloride solution 0.9% after administering thiopental	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
Médicaments recommandés en 1° intention											
➡ Rocuronium 200 mg ➡ IV push Note : ED95 : 0.305 mg/kg	➡ Rocuronium 200 mg (20 ml d'une solution à 10 mg/ml) ➡ IVD rapide OU ➡ Bésylate de cisatracurium 30 mg (15 ml d'une solution de 2 mg/ml) ➡ IVD rapide Note : l'un ou l'autre au choix	➡ Rocuronium 200mg (20 ml) ➡ IV direct by rapid injection Note : Onset of action: 1 to 2 minutes. Peak effect: unknown; duration is 30 minutes (with standard doses, increases with higher doses)	➡ Rocuronium 200mg (20ml of 10mg/ml preparation) ➡ IV rapid ➡ Beyond use date : 24 hours at room temperature in syringe	➡ Rocuronium 200mg (20ml of 10mg/ml) ➡ IV rapidly	➡ Rocuronium 300 mg IV ➡ May repeat x 1	➡ Rocuronium 200mg = 20ml of 10mg/ml, push	➡ Rocuronium 200mg ➡ rapid IV OU ➡ Cisatracurium 30 mg IV ➡ rapid IV	➡ Rocuronium 200mg ➡ rapid IV (typically over 5-15 seconds) OU ➡ Cisatracurium 30 mg IV ➡ rapid IV (typically over 5-10 seconds)	➡ Rocuronium 150 mg ➡ IV Note : The elastomeric pump also cannot be used for the administration of the neuromuscular blocker.	➡ Atracurium 100 mg ➡ IV bolus	➡ Vécuronium 1 mg/kg ➡ IV en 90 secondes
Médicaments alternatifs											
➡ Cisatracurium 40mg ➡ IV Push Note : ED95 : 0.04 mg/kg	➡	➡ Aucun	➡ Cisatracurium 30 mg (15 ml of 2 mg/mL) ➡ Rapid IV injection ➡ Beyond use date: 24 hours at room temperature in syringe	➡ Aucun	➡ Pancuronium 16 mg ➡ rapid IV	➡ Cisatracurium 30-40 mg IV pendant 10-30 secondes Note : according to CAMAP	➡ Aucun	➡ Aucun	➡ Atracurium 100 mg ➡ Cisatracurium 30 mg ➡ IV	➡ Cisatracurium 20 mg ➡ Mivacurium 20mg ➡ Rocuronium 100 mg ➡ IV bolus	➡ Aucun
Effets indésirables											
Ø	Ø	➡ Cardiac arrest is anticipated in 5 minutes but may take	➡ Respiratory arrest occurs before cardiac arrest. There may	Ø	Ø	Ø	Ø	➡ Respiratory arrest occurs first and usually within a few	Ø	➡ Les patients en bon état général présentent moins de	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
		as long as 20 minutes. → Cyanosis (colour changes) may start quickly. → Muscle fasciculation due to Rocuronium is sometimes seen. It is very rare and need only be mentioned if it occurs	sometimes be a delay of up to 20 minutes between respiratory arrest and cardiac arrest, causing cyanosis.					minutes. → It may take up to 20 minutes for cardiac arrest. → This can cause some patients to become cyanotic.		dépression cardiovasculaire et peuvent devenir cyanotiques en raison d'une circulation sanguine qui est désaturée. → Il est recommandé d'en aviser les proches	
Précautions particulières à prendre APRÈS l'administration											
Ø	→ Il est essentiel d'injecter 10 ml de NaCl 0,9 % après le bloqueur neuromusculaire afin de s'assurer que toute la dose a été administrée et pour éviter qu'une quantité résiduelle puisse contaminer une tierce personne.	→ Flush IV line with 10 ml of sodium chloride 0.9% solution after medication to ensure entire dose is given	→ Ten (10) mL of normal saline must be injected after the neuromuscular blocker to ensure that the full dose has been injected into the vein.	→ Normal saline 10 ml → IV flush rapidly	→ Line flushed with 10ml NS <i>Note : according to CAMAP</i>	Ø	Ø	→ Flush IV line with 10 ml of sodium chloride 0.9% to ensure full dose has been injected	Ø	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
CARDIAC ARREST-INDUCING AGENTS											
Généralité											
→ The time between respiratory arrest and cardiac arrest may extend to up to 20 min. → To avoid this lag time, medications for the IV administration of MAiD should address both include a coma-inducing agent as well as potentially an agent to induce cardiac arrest. → Bupivacaine at a dose of 1.6mg/kg resulted in cardiac arrest when intended as intravenous regional anesthesia	∅	→ Bupivacaine is not part of the standard protocol but can be used as an optional add-on medication, for select patients, at the discretion of the MAiD provider. → The patients for whom it would likely be used are either younger or those with expected robust cardiac status. → It is used when the provider is concerned about possible delayed cardiac arrest with the standard protocol Note : Basé sur	∅	→ Bupivacaine would be used for a younger patient who is receiving MAiD and has a good heart. In the event of that situation, use would need to be discussed with the province's physician lead but to date that hasn't been necessary. Note : Basé sur une communication personnelle	∅	∅	∅	∅	∅	∅	∅

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
or Bier block, if bupivacaine entered the central circulation		<i>une communication personnelle</i>									
Médicaments recommandés											
- Optional - Bupivacaine 500 mg - IV push	Ø	Bupivacaine was added as an optional add-on medication for the British Columbia protocols at a dose of 400mg over 30-60 seconds <i>Note : according to CAMAP</i>	Ø	400mg IV Bupivacaine is given on a PRN basis for risk of delayed cardiac arrest <i>Note : according to CAMAP</i>	Ø	- Optional - Bupivacaine 0.5% 100 mL (500 mg) IVpush or 400 mg over 1 min - To induce asystole - Use of bupivacaine, or other agents that cause cardiac arrest, may be considered in cases where a prolonged time to cardiac death is anticipated (e.g. younger patients, those who are on continuous oxygen, etc.)	- Optional - For cardiac arrest - Bupivacaine 400 mg each syringe (100 mg) IV over 30 to 60 seconds	Ø	Ø	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES & POSOLOGIE											
CANADA									BENELUX		COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	NOUVEAU-BRUNSWICK	NOUVELLE-ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG	BELGIQUE	
CONSTATS	 La plupart des juridictions proposent un protocole IV en trois ou quatre étapes										
	 Les médicaments fréquemment utilisés pour l'AMM par injection comprennent généralement un anxiolytique (midazolam), un anesthésique local (lidocaïne), un agent induisant le coma (propofol ou barbiturique) et un bloqueur neuromusculaire (rocuronium, cisatracurium, atracurium, vécuronium).										
	 Quelques protocoles recommandent également d'ajouter au besoin, des opioïdes (morphine, fentanyl, hydromorphone) avant l'induction du coma pour leurs effets sédatifs ainsi que leurs effets sur la fonction respiratoire ou de la bupivacaïne à la toute fin du protocole pour l'induction d'une asystole										
	 De manière générale, les doses de médicaments recommandées dans les protocoles d'AMM pour induire la mort sont de 4 à 10 fois supérieures à la dose efficace 95 (DE95) de manière à pouvoir assurer l'effet désiré et une durée d'action prolongée										
	 Des doses uniques sont généralement recommandées, à l'exception du protocole de la Colombie, qui recommande un dosage ajusté en fonction du poids du patient.										

ED95 : Dose requise pour obtenir l'effet désiré chez 95% de la population; IVD : intraveineuse directe

Tableau F-6 Informations à transmettre à la personne et aux personnes présentes

INFORMATION À TRANSMETTRE À LA PERSONNE ET AUX PERSONNES PRÉSENTES						
CANADA					BENELUX	COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	COLOMBIE- BRITANNIQUE	NOUVELLE- ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	
➡ Discussion of potential complications should be a routine part of the consent process when discussing the MAID provision with patients	➡ Avertir le patient et les personnes présentes que l'injection peut être douloureuse, ainsi que du risque de perte de l'accès veineux; ➡ Un arrêt cardio respiratoire rapide est possible pendant le coma. Il convient d'en aviser les personnes présentes. ➡ Il convient d'expliquer aux personnes présentes, avant de commencer les injections, les possibilités suivantes : ○ que le décès survienne plus ou moins rapidement ○ que l'arrêt respiratoire puisse être précédé d'un court ronflement et ○ que le cœur puisse continuer à battre longtemps (environ 20 min) après un arrêt de la respiration et peut se traduire par une cyanose ➡ Les différentes options de rattrapage devraient être discutées avec le patient, et possiblement avec ses proches, avant le jour de l'administration de l'AMM.	➡ It is advisable to explain to those present, before starting the injections, that death might come relatively quickly and that the heart may keep beating for a long time after breathing has stopped.	➡ Patients who are anticipating a MAID death commonly have particular fears. (p.ex., incontinence during the procedure, failure of the drugs to work) ➡ Give information about the medication and possible problems ➡ IV cannulae can fail and the patient should be aware of this possibility. If IV access is lost and cannot be regained at home then admission to hospital will be necessary. ➡ Lidocaine : Advise the patient that they may experience ringing in the ears, numbness around the lips, metallic taste, nausea or dizziness, but these effects (if any) would pass quickly ➡ Cardiopulmonary arrest may occur rapidly during administration of the coma-inducing agent ➡ Rocuronium : This medication will slow down and stop the patient's breathing ➡ Advise those present, before starting the injections, that death may occur relatively quickly and the heart may continue to beat for a short period after breathing has stopped	➡ After neuromuscular blocking agent : It may take up to 20 minutes for cardiac arrest. ➡ This can cause some patients to become cyanotic. ➡ This should be explained to those present prior to administration of the neuromuscular blocking agent.	➡ The (high) standard dosage can result in an abrupt completion of the dying process, with the patient dying during the administration of the coma induction medication. In such cases, it is vital that you inform the persons present of the accelerated dying process. ➡ Prior to the practice of euthanasia, it must be clearly explained to those present that death may occur quickly, but that the heart can also continue to beat for a long time. ➡ The heart can sometimes continue to beat for some time, extending the period between respiratory arrest and cardiac arrest by as much as 20 minutes. This can cause some patients to become cyanotic. ➡ It is therefore important that the patient and the other people present are informed that the patient may feel pain event with the administration of lidocaine beforehand ➡ Any distraction during the preparation or practice of euthanasia or physician-assisted suicide is especially unpleasant for the patient and others present, and is inconvenient to the doctor. For this reason, it is advisable to turn off any telephones, ask others present to do the same and to inform fellow doctors that you will be unavailable for	Ø

INFORMATION À TRANSMETTRE À LA PERSONNE ET AUX PERSONNES PRÉSENTES						
CANADA					BENELUX	COLOMBIE
CAMAP	QUÉBEC	ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST	COLOMBIE- BRITANNIQUE	NOUVELLE- ÉCOSSE	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	
					a particular period of time.	
Funeral home and body disposition						
➡ As in all MAID cases, the events for after the procedure, such as body disposition should also be clarified and confirmed with the family prior to start	Ø	Ø	In cases where MAID has occurred at home : ➡ It is advisable to check on the funeral arrangements ➡ if no family or friends are present, or there is untoward distress on the part of family, or communication difficulties, the physician may have to place the call to the funeral home for collection of the body ➡ In rare cases the physician will have to remain on site until collection, in which case we recommend a pre-arranged collection time.	Ø	Ø	Ø
CONSTATS	➡ Avertir la personne et les proches qu'un risque de perte d'accès veineux est possible tout au long de la procédure ➡ Dans le cas d'une AMM à domicile, aviser la personne et les proches que si l'accès veineux est perdu en cours de processus et que, malgré les différentes mesures mises en place, il ne peut être retrouvé, un transfert vers l'hôpital est nécessaire. ➡ Donner toute l'information nécessaire relative aux différents médicaments qui seront utilisés ainsi que les problèmes ou effets indésirables éventuels qui pourraient survenir en cours de procédure. ➡ Vérifier avec la famille ou les proches si des arrangements funéraires ont été planifiés afin qu'une entreprise de services funéraires puisse prendre en charge la dépouille une fois la procédure terminée					

AMM : aide médicale à mourir, IV : intraveineuse; IVD : intraveineuse directe; MAID : *Medical Aid in Dying*;

Tableau F-7 Recommandations concernant l’administration des médicaments par voie orale (suicide assisté)

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
STATISTIQUES							
➡ En 2019 moins de sept cas d’autoadministration de l’AMM ont été signalés dans le pays [Santé Canada, 2020]					Belgique [CFCEE, 2020] ➡ 2014-2017 : barbiturique par voie orale 52/8287 (moins de 1% de tous les cas AMM). ➡ 2020 : barbituriques par voie orale : 16/2444 (0,7%) Pays-Bas [RTE, 2019] ➡ 245/6361 (3,9 %) suicide assisté ➡ 24/6361 (0,4 %) une combinaison Oral-IV <i>Note : Dans ces derniers cas, il arrive en effet qu’après avoir absorbé la substance létale donnée par le médecin dans le cadre de l’aide au suicide le patient ne décède pas dans le laps de temps convenu.</i> Luxembourg 2009-2018 [CNCE, 2019] ➡ Suicide assisté : 2/71	In 2020, according to the DWDA [Oregon Health Authority, 2021] ➡ 245 people had died from ingesting the prescribed medications ➡ Most ingestions involved DDMA (87%). Only 10% of ingestions used DDMP. ➡ Some physicians began to prescribe a new drug combination – DDMA-Ph – consisting of DDMA with the addition of phenobarbital ➡ Data on time from ingestion to death are available for 138 DWDA deaths (56%) ➡ Among those patients, time from ingestion until death ranged from six minutes to eight hours, with a median time of 50 minutes Duration from ingestion to death 2001-2020 (median time, range) ➡ DDMA (53 min; 1 min-19h) ➡ DDMP1 (67 min, 10 min - 21h) ➡ DDMP2 (85 min, 5 min- 47 h) ➡ Secobarbital (25 min, 2min – 83h) ➡ Pentobarbital (20 min, 1min-104h)	In 2018, according to the DWDA [Washington State Department of Health, 2019] ➡ 203 people died after ingesting the medication

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
						DDMA-Ph (not yet sufficient to estimate its effectiveness)	
GÉNÉRALITÉS							
- Most of the evidence for different oral regimens is based on experience through case reports and case series. - Further recommendations can be based on the pharmacokinetic and pharmacodynamic properties of different medications - Coma inducing medication should be preceded by an antiemetic to reduce nausea, vomiting, and regurgitation to promote maximal delivery of medication	- There are two Oral Drug Protocols available (Option A and Option B). - Only one Oral Drug Protocol should be selected, based on patient and provider's preference - The oral route takes longer to take effect. - Most patients go into a deep sleep within 1-10 minutes after taking the medications. - Most die in 30 minutes, but some can take 24 hours or longer. They remain in a deep sleep and do not suffer. - There is a 3-10% failure rate with the oral route (though "failure" in some studies means death not occurring within 2 hours). - Oral protocols require anti-emetic pre-treatment - IV access should also be considered when the oral route is utilized, so that the IV	Over-sedation can prevent the ability to swallow the oral coma-inducing compound.	- Manitoba has developed an oral MAiD protocol - Oral administration of MAiD medications is not currently offered to patients in Manitoba. <i>Note : Basé sur une communication personnelle</i>	Ø	- With physician-assisted suicide, the patient takes the of euthanatic agents him/herself (orally). - A sufficiently high dose of an orally administered barbiturate results in depression of the respiratory system, causing respiratory acidosis. This, coupled with vascular and or cardiogenic shock, results in death. - Once the patient drinks the drink, the barbiturate is resorbed by the gastrointestinal tract. - If the resorption rate is too slow, then a redistribution of the barbiturate will take place, resulting in an insufficient peak level. As a result, the patient fails to lapse into a coma or can come out of a deep coma - Due to the aforementioned unpredictability, this method is not the preferred method. - Some cases have been reported in which administration of the drink via a tube worked well. It is essential to thoroughly rinse out the tube to prevent it from becoming blocked before the barbiturate reaches the stomach or	The DWDA outlines specific patient requirements to participate 18 years of age or older - a resident of the state - capable of making and communicating health care decisions to health care practitioners, and - diagnosed with a terminal illness that will lead to death within six months	Patient requirements to qualify : - Resident of the state 18 years of age or older - Mentally competent to make an informed decision at the time of your request - Terminal illness with life expectancy of 6 months or less - Able to self-ingest the medications - The prescription methods now available require the terminally ill person to swallow (or administer through a tube) about 2-4 ounces of bitter-tasting medicine dissolved in liquid. - The attending physician will generally prescribe two medicines to prepare the intestines and prevent nausea and vomiting - For life-ending medication, there are currently two options that your physician can prescribe, referred to as DDMA or DDMP2, both regimens cause a person to fall asleep quickly. Sleep is followed by coma and then a peaceful death. - Coma (generally within 5-10 minutes of taking the life-ending medication)

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
	regimen can be administered as a standby option in the event the oral regimen is ineffective → Administration of anti-emetics beforehand is recommended to minimize the likelihood of the patient vomiting, as the mixture's taste is bitter and may be unpleasant				intestines.		
CONTRE-INDICATIONS							
→ Incapable of swallowing sufficient volumes of liquids (i.e. 120 mL) → Pre-existing severe nausea, esophagitis, or gastritis → Severe dehydration → Pathology of the gastrointestinal tract to likely interfere with absorption	→ Do not use the oral protocol if the patient has vomiting or is unable to swallow, except in case of a functional feeding tube or nasogastric tube. → Relative contraindications to the oral procedure include severe nausea, dehydration, esophagitis or gastritis, and/or any significant gastrointestinal transit disorders that would interfere with absorption	→ The oral coma-inducing compound should not be taken if the patient is vomiting or unable to swallow the suspension → Administration via enteral tube is not recommended due to lack of data and potential for clogging due to the large volume of powder used as euthanatic agent.	∅		→ If this method is used, the patient must be capable of swallowing the sufficient volume, and he/she must not be nauseous or dehydrated and/or have any gastrointestinal transit disorders.	∅	→ If patient has swallowing problems, this could interfere with his ability to successfully use the Death with Dignity law.

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
MISES EN GARDE							
Drinking and eating							
➡ Oral medication absorption is probably most efficacious on an empty stomach. ➡ To optimize absorption, patients should refrain from eating 6 hours prior to taking the coma-inducing medications. Clear, non-carbonated fluids can be continued. ➡ The patient should consume all of the medication within 4 minutes. ➡ Use of a straw should be avoided as its use can slow the rate of consumption ➡ Clear fluids between swallows are allowed as long as it does not prolong duration of consumption. ➡ After consuming all the medication, the aftertaste can be mitigated by consumption of a strong liquor (1/4 cup of vodka or whiskey), or a room	➡ The patient needs to be able to take all the medication (120 ml) in less than 4 minutes as they may otherwise fall asleep and not take the full effective dose. ➡ Do not allow the patient to consume the drink through a straw, as this will generally take longer, and may increase the risk of the medications taking effect before the whole dose is consumed ➡ Because this mixture is bitter and can cause a burning sensation, a room temperature non-fat liquid such as non-carbonated soda, fruit juice, liquor of patient's preference, or water should be taken after ingestion ➡ Patients opting for the oral route should not consume lactulose or other stool softeners or laxatives within 24 hours of the protocol. ➡ Where possible, the	➡ The entire quantity of the coma-inducing compound (100-125 ml) should be consumed as quickly as possible (in 1-2 minutes) to prevent loss of consciousness before complete ingestion. ➡ The patient should not consume lactulose or other laxatives within 24 hours prior to taking the oral coma-inducing compound ➡ The patient should not eat for 4-5 hours prior to ingestion of the oral coma-inducing compound. Drink only water during this period; no carbonated beverages.	➡ Drink entire contents of bottle within 4 minutes. ➡ May follow with ¼ cup strong liquor (vodka or whiskey) or ½ cup of room temperature non-carbonated clear liquid.	➡ Do not eat or drink anything except water, clear liquids and necessary medications such as pain medications for 4 to 5 hours prior to ingestion ➡ Do not consume lactulose or other laxatives within 24 hours of ingestion ➡ Take medication to prevent nausea and vomiting 1 hour prior to ingesting this prescription ➡ Ingest the entire prescription in less than 4 minutes	➡ The entire drink must be consumed ➡ Don't allow the patient to consume the drink through a straw. With a straw, there is a risk that the medication will start to take effect before the patient has imbibed the whole dose.	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
temperature non-carbonated beverage (1/2 cup). Creamy and milky liquors or beverages should be avoided	patient should not eat or drink 4 to 5 hours prior to the procedure to improve the rate of absorption and decrease the risk of regurgitation or vomiting.						
Patient's position							
→ The patient should assume a standard Fowler's position (60 degrees) when consuming the medication and remaining sitting for at least 20 minutes, even if unconscious, to optimize absorption and prevent regurgitation.	→ The patient must be sitting upright and in bed when they take the suspension - this would prevent the situation in which they are unable to make it back to bed in time. → Alternatively, the oral suspension may be administered via a feeding tube. The tube must be flushed post-administration with 60 to 90 mL of water.	→ Position is deemed to be very important for rapid absorption in the small intestine. → To reduce the risk of regurgitation, keep the patient in an upright position for at least 20 minutes (even if the person loses consciousness) before lowering him/her to a semi-upright position (with the back at 30 – 45 degrees relative to horizontal) and turning him/her onto his/her right side. → If you are unable to reposition, leave him/her in a seated position.	Ø		→ The patient must be sitting up and in bed when he/she takes the barbiturate – this prevents a situation in which he/she is unable to make it back to the bed in time	Ø	Ø
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE							
→ Voir contre-indications → Pre-existing severe nausea, esophagitis, or gastritis → Pathology of the	→ The patient must be capable of swallowing sufficient volumes of liquids (≤120 mL). → Many patients receive opioids at the end of their lives, which can	→ Discontinue routine medications 12 hours prior to taking the oral coma-inducing compound except for those used for pain or comfort	Ø		→ Patients that have been using opioids for a period of time have slower gastrointestinal transit, which lengthens the period of time required before the patient lapses into a coma and dies.	Ø	→ Patients must be able to swallow 2-4 oz. of bitter liquid within 2-3 minutes or self-administer the lethal medication through a feeding tube within the same time frame → Any patient who has

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
gastrointestinal tract to likely interfere with absorption	slow gastrointestinal transit time and result in longer absorption and distribution time that can delay the effect of the oral regimen ➡ If patients are already on medications to control nausea and/or vomiting, these should be continued right to the start of the procedure						gastroparesis (from pancreatic or other upper GI cancers, diabetes, etc.) or significant obstruction of the upper GI tract will be at risk for a longer time to death. DDMAPh may be advantageous to this patient population, as there will be some phenobarbital absorption if the meds do not move through the stomach quickly. ➡ The intestinal villi must be functioning well, with good blood supply, for the medications to be absorbed; patients who are status-post small bowel resection or who have malabsorptive syndromes will have a longer time-to-death. Patients with gastroparesis, bowel obstruction or malabsorption might be good candidates for rectal self-administration of life-ending medication (unless the rectum has epithelialized from disuse or surgical isolation.) ➡ Patients who are very tolerant or addicted to opiates/sedative drugs/alcohol should be considered to have a cross-tolerance to the morphine-diazepam components of the DDMA and DDMP drug regimens. Additional characteristics that predispose to longer times to death : young and healthy patients (especially athletes), large patients (over 300 lb.), patients with intractable pain or who require IV pain pumps, or IV drug addicts (yes, some request MAID).

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
PRÉCAUTIONS À PRENDRE AVANT LE DÉBUT DE LA PROCÉDURE							
Back up IV protocol							
➡ For oral self-administered MAID, clinician presence at the provision is recommended to intervene with IV medications to complete the MAID provision in case of delay or complications with the oral preparation.	➡ If one of the Oral Drug Protocols is selected, intravenous access should also be considered in the patient so that the intravenous regimen can be administered in the event the oral regimen is ineffective. ➡ It is a requirement of the CPSBC that a back-up IV protocol is available if the oral route has been selected by the patient as their initial choice. ➡ The prescriber and patient should agree on a pre-determined maximum period of time to allow for the oral regimen to take effect, before deeming it unsuccessful and moving forward with the administration of the back-up intravenous drug protocol ➡ IV cannulae should be sited prior to taking oral medications ➡ We strongly advise that two IV cannulae are placed in all cases regardless of protocol choice, preferably one	➡ Conversion to IV protocol should be considered if experiencing difficulty managing emesis ➡ Arrangements must be made with pharmacy in advance to ensure the IV protocol is available to the providing practitioner under these circumstances.	Ø	Ø	➡ Beforehand, it is not possible to predict which patients will or will not die within 2 hours. An infusion needle should be inserted in advance as standard for every patient.	Ø	➡ If patient has swallowing problems or any doubts, it is highly recommended to practice swallowing 4 oz. of water within 2 minutes before attempting to use the life-ending medication

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
	in each arm. ➡ If the patient has a PICC line or Portacath a back-up cannula is not needed. Note : Prescribers should be aware that the oral medical assistance in dying medications will result in some loss of blood pressure and may make IV insertion more difficult						
MÉDICAMENTS UTILISÉS							
Analgésique							
Ø	➡ Oral protocol is bitter tasting and can burn. ➡ Consider offering the patient Lidocaine or benzocaine spray before administration of the oral protocol		Ø		Ø	Ø	Ø
Antémétique 1 ^e intention							
➡ Metoclopramide 20mg PLUS ➡ Ondansetron 8-24mg OR Dexamethasone 8mg ➡ Taken orally 1 hour prior to the coma inducing medication.	➡ Metoclopramide 20mg PO + Ondansetron 8mg PO ➡ One hour prior to administering the oral protocol ➡ For patients with history of nausea, may consider 10 to 20 mg PO TID starting 24 hours prior to procedure	➡ Haloperidol 2 mg PO/SC/IV one hour prior to ingestion of coma-inducing compound PLUS ➡ Metoclopramide 20 mg PO/SC/IV one hour prior to ingestion of coma-inducing compound	➡ Metoclopramide 20 mg 1 hour prior to coma inducing medication PLUS ➡ Ondansetron 8 – 24 mg 1 hour prior to ingestion of coma-inducing compound	➡ Metoclopramide 20 mg 1 hour prior to coma inducing medication	➡ Metoclopramide ○ Rectal : 3 x 20 mg ○ Oral : 3 x 10 mg ➡ Preferably, it should be administered according to the following schedule: 12 hours, 6 hours and 1 hour before the procedure to minimise the likelihood of the patient vomiting up the of euthanatic agents Note : Metoclopramide is the anti-emetic of choice as in addition to	Ø	➡ Métoclopramide 20 mg PLUS ➡ Halopéridol 2 mg PO (one hour before)

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
					its anti-emetic effect, it also speeds up gastrointestinal transit.		
Antiémétique alternatif							
Ø	➡ Haloperidol ➡ Administer 5 mg (1 mL) subcutaneously, or IV over 1 minute, as needed for nausea and vomiting; ➡ May give additional 5 mg subcutaneously or IV dose x 1, if required. ➡ Use haloperidol 5 mg/mL intravenous formulation ➡ If IV : Flush with normal saline to ensure full dose is delivered into vein	<i>If intolerant to metoclopramide</i> ➡ Ondansetron 8 mg PO/SC/IV one hour prior to ingestion of coma-inducing compound ➡ SC or IV dose may be givent every 8 hours PRN to manage emesis ➡ The SC route is preferred unless conversion to the IV protocol is warranted. Conversion should be considered if experiencing difficulty managing emesis	<i>If emesis is encountered :</i> ➡ Haloperidol 5 mg SC or IV <i>Note : according to CAMAP</i>	➡ Ondansetron 8 1 hour prior to ingestion of coma-inducing compound	Ø	Ø	➡ Ondansetron 8 mg (one hour before) can be used as an alternative to the haloperidol, especially in a very weak or somnolent patient.
Effets secondaires (antiémétiques)							
Ø	➡ While the risk of adverse effects with a single dose of antiemetic is low, the effects may be additive if patients are frail, elderly, or on other medications that have similar effects	Ø			Ø	Ø	Ø
Anxiolytique							
Ø	➡ Lorazepam 0.5 mg to 2 mg ➡ SL or PO 5 to 10	➡ Lorazepam 0.25 – 0.5 mg SL PRN if the patient has significant	➡ Lorazepam 0,5-4 mg SL PRN 5-10	➡ Lorazepam 0,5-1 mg SL PRN 5-10 minutes prior to taking coma-inducing	Ø	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
	minutes prior to procedure, if needed for anxiety. ➡ May give additional dose, if required Note : Avoid over-sedating patient, as this can impair their ability to swallow the oral coma-inducing compound. For benzodiazepine-naïve or debilitated patients, 0.25 mg is recommended	anxiety Note: if patient is benzodiazepine-naïve, a reduced dose of 0.25 mg is recommended (1/2 of a 0.5 mg SL tablet). If the patient has a known sensitivity to benzodiazepines then LORazepam should be omitted.	minutes prior to taking coma-inducing compound, for anxiety. Note : according to CAMAP	compound, for anxiety.			
Agent euthanasique/induisant le coma 1 ^o intention							
➡ Secobarbital 15g by mouth as a single agent in 100 ml of a stable and palatable mixture. “Mixtura Nontherapeutica Pentobarbital” (KNMG/KNMP 2012) ➡ Formula : ○ Pentobarbital sodium (or secobarbital) 15 g ○ alcohol 96% V/V 16.2 g (20 ml) ○ purified water 15 g ○ propylene glycol 10.4 g (10 ml) ○ saccharin sodium 250 mg ○ syrup simplex 65 g ○ star anise oil 1 drop	➡ Secobarbital 15g by mouth as a single agent in 100 ml of a stable and palatable mixture. “Mixtura Nontherapeutica Pentobarbital” (KNMG/KNMP 2012) ➡ Formula : ○ Secobarbital sodium 15 g ○ alcohol 100% V/V 16.2 g (20 ml) ○ purified water 15 g (15 ml) ○ propylene glycol 10.4 g (10 ml) ○ saccharin sodium 250 mg ○ syrup simplex 65 g ○ flavor of choice/as required 1 drop ➡ Store the resultant mixture at room	➡ DDMP2 : Diazepam 1g + digoxin 50 mg + morphine 15 g +propranolol 2 g ➡ Mix powder into 100-125 mls of water, clear juice, or alcoholic beverage. ➡ Shake or stir well until smoothly mixed and milk-like ➡ If powder unavailable, may use tablets ➡ Beyond use date for the powder mixture is 14 days at room temperature from the time of preparation. Note : The morphine may be omitted if patient has had a recent opioid rotation from morphine	➡ Secobarbital 150 mg/ml solution ➡ Do not shake.	If able to take by mouth : ➡ Formula : ○ Secobarbital 15 g ○ Sterile water 15 ml ○ ethyl alcohol 100% V/V 20 ml ○ propylene glycol 10 ml ○ saccharin sodium 240 mg ○ Anise oil 1 drop ○ Simple syrup : add to make total volume of 100 ml Shake contents well	➡ 15 g of Lipophilic barbiturate is used such as pentobarbital or secobarbital in 100 ml of formula ➡ Formula : ○ pentobarbital sodium or secobarbital 15 g ○ alcohol 96% V/V 16.2 g (20 ml) ○ purified water 15 g ○ propylene glycol 10.4 g (10 ml) ○ saccharin sodium 250 mg ○ syrup simplex 65 g ○ star anise oil 1 drop ➡ The resultant mixture is stable for 1 month (unopened bottle): store under 25°C, but not in the refrigerator or freezer. Note : pentobarbital and secobarbital pass through the blood-brain barrier relatively	➡ DDMA : is a combination of diazepam, digoxin, morphine sulfate, and amitriptyline ➡ DDMP is a combination of diazepam, digoxin, morphine sulfate, and propranolol – ○ DDMP-1 contains 10g of morphine sulfate; ○ DDMP-2 contains 15g. ➡ Phenobarbital is dispensed as a combination of phenobarbital, hydrate de chloral + morphine	➡ DDMA : diazepam 1g + digoxine 100 mg + morphine 15g + amitriptyline 8g ➡ DDMPH : Same as DDMA but with added phenobarbital 5g. (The use of a phenobarbital-containing drug regimen is also recommended for known challenging patients likely to exhibit longer times to sleep and death, in order to potentially shorten the time-to-death) ➡ DDMP2 : diazepam 1g + digoxine 50 mg + morphine 15g + propranolol 2g Note : Immediately before ingesting, the powdered mixture can easily be mixed with 2-3 oz. water or clear juice, or a favorite clear drinking alcohol (though this may increase the incidence of a burning sensation on ingestion). Shelf-life of the undiluted powdered life-ending medication is

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
	temperature under 25°C Do NOT store in fridge or freezer. Unopened bottle is stable for 1 month <i>Note : Onset of effect: 10-15 minutes and peak effect: within 2 hours.</i>	<i>due to neurotoxicity.</i>			<i>quickly and therefore have a quick effect.</i>		<i>considered to be 6 months; once the powders have been mixed with a liquid of choice, the medications must be used within 2 weeks</i> <i>Note : The DDMA and DDMP2 cost around \$700-\$850. A compounding pharmacist must prepare the mixtures, which are best dispensed in powdered form, in an amber colored glass bottle.</i>
Agent euthanasique/induisant le coma alternatif							
➡ DDMP2 (Digoxin 50 mg, diazepam 1g, morphine 15g, propranolol 2g) that is compounded properly (ie. ideally professionally) just prior to ingestion to ensure efficacy. Requires consumption over 1-2 minutes for maximal efficacy. ➡ Phenobarbital, chloral hydrate and morphine.	➡ Phenobarbital 20g, chloral hydrate 20g, morphine sulphate 3g ➡ The powders are mixed into 120ml of either ORA- Plus or ORA-Sweet (or water if PEG or NG tube to be used. Flush feeding-tube with 60 to 90 mL of water after medication.) ➡ The resultant mixture is stable for 72 hours. <i>Note : The morphine may be omitted if the patient has a significant morphine allergy (anaphylaxis), has experienced a severe adverse reaction to morphine (neurotoxicity), or is already taking significant doses of opioid medications</i>	Ø		For patient with NG or PEG tube : ➡ Formula : ○ Secobarbital 15 g ○ Sterile water 15 ml ○ ethyl alcohol 100% V/V 20 ml ○ propylene glycol 10 ml ➡ Shake contents well ➡ Administer the entire prescription via tube in less than 4 minutes ➡ Flush tube with 30-60 mL of water before and after administration	Ø	➡ Sécobarbitol	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
EFFETS INDÉSIRABLES ET PROBLÈMES RENCONTRÉS							
Nausées et vomissements							
Ø	➡ The oral formulation specified on the MAID prescription in BC is very bitter and can cause burning and nausea. ➡ Rare cases of vomiting have occurred after taking the treatment, but deep sleep and death usually follow as planned. ➡ Haloperidol may be given subcutaneously or intravenously in case of significant nausea	➡ Because this mixture is bitter, a room temperature non-fat liquid such as non-carbonated soda, fruit juice, liqueur, or water can be taken after ingestion.	Ø	➡ Even when anti-emetics are administered, the foul taste of the drink can sometimes cause vomiting. As a result, the whole dose is not taken. ➡ If the patient vomits up the drink, then the likelihood is high that any second dose will also be vomited up. In such cases, it is advisable to apply the intravenous method.	➡ Difficulty ingesting/regurgitating has been reported in 2 cases in 2019 (2/188, 1%) Note : Information about complications is reported only when a physician or another health care provider is present at the time of death	Ø	
Délai entre la prise du médicament et le décès							
Ø	➡ Most patients go into a deep sleep within 1-10 minutes after taking the medications. Most die in 30 minutes, but some can take 24 hours or longer	Ø			➡ The period of time between administration and the time of death varies from person to person, but in the vast majority of cases, it takes less than 30 minutes. ➡ However, sometimes it can take longer (2-3 hours). Long periods such as these can result in uncomfortable situations. ➡ If the patient has not died within 2 hours, then euthanasia should be administered (intravenously)	Time between ingestion and death (in 2019) ➡ Median 51 minutes ➡ Range : 1 min to 47 hours	Time between ingestion and death (as of 12/1/2020) DDMP2 ➡ Median 60 minutes ➡ Range : 5 min to 3710 min D50DMA ➡ Median 51 minutes ➡ Range : 10 min to 956 min D100DMA ➡ Median 50 minutes ➡ Range : 6 min to 745 min DDMAPh ➡ Median 48 minutes ➡ Range : 10 min to 259 min

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
Réveil							
Ø	Ø	Less than one percent of persons have awakened after taking this coma-inducing compound. There should be a back-up plan with a practitioner ready to administer medication to keep the patient comfortable in the unlikely event of awakening.	Ø		Ø	Ø	So far, no End of Life Washington client has ever regained consciousness after normal administration of life-ending medication
Autres							
Ø	They may have loud snoring, gurgling, hiccups, irregular breathing and pale cool skin.	Occurrence of pain after ingesting the oral protocol is unlikely, but could signify incomplete absorption or opioid neurotoxicity resulting from the oral coma-inducing compound. Alternative or additional opioids can be considered (p.ex., fentanyl, morphine, hydromorphone) if opioid toxicity is suspected or withdrawal symptoms appear due to prolonged dying times greater than the normal half-life of the morphine	Ø		Another possible problem is that many patients use opioids at the end of their lives. Opioids result in slower gastrointestinal transit, which can mean it takes the patient longer to lapse into a coma.	Ø	Regurgitation/seizures/awakening has been reported in 4% of cases in 2018 Rarely, a patient may exhibit seizures after being asleep for several hours. Terminal seizures are more likely in patients with a history of brain insult (tumor, trauma or stroke) or history of seizure disorder.

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
INFORMATIONS À TRANSMETTRE AUX PATIENTS ET AUX PERSONNES PRÉSENTES							
Time of death							
Ø	Most patients go into a deep sleep within 1-10 minutes after taking the medications. Most die in 30 minutes, but some can take 24 hours or longer. They remain in a deep sleep and do not suffer. They may have loud snoring, gurgling, hiccups, irregular breathing and pale cool skin.	Ø			For the oral method (physician-assisted suicide), this can take several hours.	Ø	Ø
Progression to IV back up							
Ø	The patient should be told that the IV protocol will be used if : incomplete administration of oral protocol secondary to patient weakness or other factors e.g. falling asleep prematurely or uncontrolled vomiting death has not resulted within the agreed time (p.ex., within 2 hours),	Ø			Beforehand, discuss with the patient and possibly also his/her next of kin that if the patient has not died within 2 hours, the IV method will be applied.	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
	IV cannulae can fail and the patient should be aware of this possibility. If IV access is lost and cannot be regained at home then admission to hospital will be necessary.						
Bitter taste and vomitting							
Ø	The mixture is bitter and vomitting can still occurs even with the use of anti-emetic agent		Ø		- The possibility that the drink tastes bad cannot be ruled out (bitter after-taste). - Prepare the patient for a foul taste Vomitting can still occurs even with the use of anti-emetic agent.	Ø	Ø
ENJEUX RELIÉS À LA PRÉPARATION DES MÉDICAMENTS (SAFE DISPENSING)							
There are some general practices of safe dispensing that will be applicable to all oral preparations - Ideally, formulations should be dispensed in a ready-to-use format that can be easily consumed by a person in less than 4 minutes. - The preferred format is a suspension or solution of less than 120 mL. This ensures a tight security chain and minimizes time that is required to store the medication at	- Beyond use date : 72 hour expiry date to ensure the stability and potency of the preparation - Discourage the dispensing of the preparation too far ahead of the schedule date of the assisted death		Ø		Ø	Ø	Ø

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
home. ➡ The disadvantage of this format is that the stability of the medication cannot be guaranteed beyond a certain period of time. ➡ If oral MAiD prescriptions are dispensed in powder format, there is a need for the person to mix the powder with water and juice prior to consumption, increasing the risk of complications such as decreased palatability, failure to consume total dose and failure of completion. ➡ In those situations, it is recommended the compounding of the product should not happen until immediately prior to the scheduled assisted death. ➡ The phenobarbital, chloral hydrate and morphine combination must be compounded into a suspension as the phenobarbital has some solubility in water and alcohol, but the aqueous solution is not stable							

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉES, POSOLOGIE							
CANADA					BENELUX	ÉTATS-UNIS	
CAMAP	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA/ TERRITOIRES DU NORD-OUEST	MANITOBA	NOUVEAU-BRUNSWICK	PAYS-BAS / LUXEMBOURG / BELGIQUE	OREGON	WASHINGTON
🔄 The chloral hydrate is quite soluble in water, but easily volatilizes when exposed to air, and decomposes when exposed to light. Therefore, it is recommended to dispense this formulation in an amber glass bottle with minimal air space at the top. Since this formulation is a suspension, it must be shaken well prior to administration							
CONSTATS	🔄 AMM administrée par voie orale : début d'action plus lent et risque d'échec plus élevé que l'AMM administrée par voie IV. 🔄 La plupart des protocoles oraux utilisés pour l'AMM contiennent un barbiturique (pentobarbital ou sécobarbital) ou encore un mélange de plusieurs composés (DDMA ou DDMP). 🔄 Les médicaments induisant le coma doivent cependant être précédés d'un antiémétique pour réduire les nausées, les vomissements et régurgitation afin de favoriser l'administration maximale du médicament. 🔄 Les doses recommandées dans les documents consultés sont basées sur la posologie thérapeutique courante, et non basée sur une posologie supérieure à la DE95 telle qu'utilisée dans le contexte de l'AMM administrée par voie IV						

DWDA : *Death with Dignity Act*, GI : gastrointestinal, IV : intraveineux, MAID : *Medical Aid in Dying*, NG : nasogastric, PEG : Percutaneous endoscopic gastrostomy

Tableau F-8 Informations concernant la conduite thérapeutique ainsi que les conditions ou modalités à respecter pour préserver au maximum la qualité des organes lors d'un don dans un contexte d'AMM

DON D'ORGANE APRÈS L'AMM				
Canada				BENELUX (BELGIQUE/PAYS-BAS)
CAMAP	SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG	ONTARIO (Réseau Trillium pour le don de vie)	QUÉBEC (Transplant Québec)	
GÉNÉRALITÉ AMM ET DON D'ORGANE				
Statistique				
Ø	Ø	➡ En date du mois d'avril 2018, l'Ontario comptait huit dons d'organes	➡ 8 patients ont fait un don d'organes lié à l'AMM au Québec en 2019 <i>Note : basé sur une communication personnelle</i>	➡ Les Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie au Pays-Bas (RTE) ont reçu en 2019 douze signalements dans lesquels il est question de don d'organes après l'euthanasie [RTE, 2019] ➡ Pays-Bas : 23 fois depuis 2016 ➡ En Belgique, un don d'organes a été mentionné chez 8 personnes après l'AMM pour les années 2016 – 2017 [CFCEE, 2020]
Lieu de l'AMM dans un contexte de don d'organe ou de tissus				
Ø	➡ Pour permettre le don après le décès, l'aide médicale à mourir doit être administrée à l'hôpital.	➡ 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	➡ Pour permettre le don après le décès, l'aide médicale à mourir doit être administrée à l'hôpital.	➡ Aux Pays-Bas et en Belgique, l'euthanasie doit avoir lieu dans un hôpital afin que le don et les procédures qui s'y rattachent puissent être effectués dans une salle d'opération, ou près de celle-ci, afin de réduire au minimum le temps d'ischémie
Type d'AMM possible dans un contexte de don d'organe				
Ø	➡ Après avoir reconfirmé le consentement du patient, le médecin ou l'infirmière praticienne peut : ○ administrer à un patient, à sa demande, une substance qui causera son décès; ○ prescrire ou fournir à un patient, à sa demande, une substance qu'il pourra s'administrer lui-même et qui causera sa mort.	➡ 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	➡ Le suicide assisté n'étant pas légal au Québec, le patient n'est admissible au don d'organe uniquement s'il est prévu d'administrer le médicament associé à la prestation de l'AMM par voie IV	Ø

DON D'ORGANE APRÈS L'AMM				
Canada				BENELUX (BELGIQUE/PAYS-BAS)
CAMAP	SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG	ONTARIO (Réseau Trillium pour le don de vie)	QUÉBEC (Transplant Québec)	
	Note : Pour que le don soit possible après une intervention d'AMM, la substance doit être administrée par un médecin ou une infirmière praticienne			
INTERVENTION AVANT LE DÉCÈS				
Héparine				
Ø	À la demande de l'équipe de transplantation, l'équipe responsable des soins de fin de vie pourrait administrer, par exemple, de l'héparine, des stéroïdes, au patient avec son consentement obtenu au préalable, pour préserver ou améliorer la qualité des organes pendant le processus de don	- De l'héparine devra être administrée par le fournisseur de l'AMM immédiatement avant l'administration des médicaments utilisés pendant la prestation de l'AMM - La dose d'héparine est calculée par l'équipe de la transplantation et communiquée au fournisseur de l'AMM - L'héparine est administrée peu de temps (environ 5 minutes) avant les médicaments de l'AMM afin d'assurer sa circulation dans l'organisme.	- Administration d'héparine I.V. à l'exclusion des risques de saignements actifs ou potentiels. - Il ne faut pas administrer d'héparine avant le décès en cas d'hémorragie établie ou évolutive. - Les doses d'héparine varient en fonction du poids du patients, de son état de santé ainsi que du type d'organes à prélever.	En Belgique, lorsqu'il s'agit d'un processus de don après euthanasie, de l'héparine doit être administré tout de suite après les médicaments euthanasiques. <i>Note : selon la Société canadienne du sang</i>
Chlorure de potassium				
Given the strict rules and limitations with organ donation surrounding viability of organs and the dead-donor rule in the context of MAiD (Downar et al., 2019), the use of potassium chloride can be considered to shorten the time to circulatory arrest.	Ø	Ø	Ø	Ø
Bupivacaine				
Bupivacaine could alternatively be used for its cardiac arrest inducing effects but comes with significant challenges due to the volume required to achieve an adequate dose.	Ø	Ø	Ø	Ø
ARRÊT CIRCULATOIRE ET CONSTATATION DU DÉCÈS				
Ø	Le patient est considéré comme mort en vertu de critères circulatoires fondés sur la cessation permanente de la circulation sanguine antérograde	- 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	- Suivre le protocole actuel de DDC sans jamais enfreindre la règle du donneur décédé. - Le décès doit être constaté par 2 médecins indépendants de l'équipe de prélèvement et	Pays-Bas L'arrêt circulatoire est de préférence déterminé sur la base d'une surveillance intra-artérielle, en vue de minimiser le temps

DON D'ORGANE APRÈS L'AMM				
Canada				BENELUX (BELGIQUE/PAYS-BAS)
CAMAP	SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG	ONTARIO (Réseau Trillium pour le don de vie)	QUÉBEC (Transplant Québec)	
	pendant une période d'observation de cinq minutes. ➡ L'absence de pouls palpable ne constitue pas à elle seule un moyen suffisant pour déterminer le décès. ➡ Le moyen le plus sûr de confirmer la cessation de la circulation antérograde est le recours au cathéter artériel combiné à l'absence de pouls. ○ Bien que le monitoring à l'aide d'un cathéter artériel soit recommandé, le patient n'est pas obligé de consentir à son installation. ▪ En l'absence de consentement, les solutions de rechange pour confirmer l'absence de circulation peuvent englober l'absence de pouls palpable et au moins un des moyens suivants : Doppler carotidien; ▪ échographie de la valve aortique; ▪ asystole constatée par un ECG ➡ Le décès circulatoire doit être confirmé par un deuxième médecin. ➡ Période de non-intervention et d'observation continue de cinq minutes pour exclure toute possibilité d'autoréanimation	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 décès doit être constaté par deux médecins ➡ 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 période de non-intervention de cinq minutes est observée avant le prélèvement des organes	de transplantation d'après les critères de décès circulatoire ➡ Le prélèvement débute après une période d'observation de 5 minutes après l'arrêt circulatoire	d'ischémie à chaud. ➡ Après le décès, les proches n'ont que 5 minutes au maximum pour dire au revoir puisque la procédure de prélèvement doit commencer le plus tôt possible pour que les organes restent aptes à la transplantation. Belgique ➡ Le décès est constaté par trois cliniciens. ➡ La constatation du décès est faite cliniquement sans dispositif de surveillance invasif; il n'est donc pas nécessaire de mettre en place un cathéter artériel. ➡ Une période de non-intervention de cinq minutes est observée avant le prélèvement des organes. Note : selon la Société canadienne du sang
AUTRES CONSIDÉRATIONS				
Ø	Ø	➡ 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.	Ø	➡ Étant donné que la combinaison de médicaments utilisée pour réaliser l'euthanasie est considérée par certains comme étant potentiellement cardiotoxique, les transplantations cardiaques ne sont pas possibles à l'heure actuelle en Belgique.

DON D'ORGANE APRÈS L'AMM				
Canada				BENELUX (BELGIQUE/PAYS-BAS)
CAMAP	SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG	ONTARIO (Réseau Trillium pour le don de vie)	QUÉBEC (Transplant Québec)	
				 Aux Pays-Bas, pour faire un don d'organe après l'euthanasie, la personne doit être âgée de 75 ou moins. Si la personne remplit toutes les conditions, elle peut en principe faire don de ses reins, poumons, cœur, foie et pancréas.
CONSTATS	 De manière générale, pour permettre le don après le décès, l'aide médicale à mourir doit être administrée à l'hôpital.  Le don d'organes dans un contexte d'AMM peut être réalisé selon des considérations similaires à celles d'un don après décès circulatoire (DDC).  Dans le cas d'un don d'organe, la constatation du décès doit se faire idéalement par la confirmation de l'arrêt circulatoire sur la base d'une surveillance intra-artérielle  Le prélèvement débute généralement après une période d'observation de 5 minutes après l'arrêt circulatoire.			

Le don d'organes dans un contexte d'AMM est permis uniquement dans trois pays à travers le monde, soit la Belgique, les Pays-Bas et le Canada
 DDC : Don après décès circulatoire.

Tableau F-9 Recommandations concernant le suivi à la suite de l’administration de l’AMM

	SUIVI		
	Canada		PAYS-BAS
CAMAP	QUÉBEC	COLOMBIE-BRITANNIQUE	
CONFIRMATION DU DÉCÈS			
Ø	➡ Sur le lieu, le médecin doit dresser le constat de décès et remplir le bulletin de décès. ➡ Le médecin qui administre l'AMM à une personne doit aviser toutes les instances concernées tels que la Commission sur les soins de fin de vie, Santé Canada, le CMDP ou encore le CMQ.	➡ Confirm death ➡ The death certificate may be completed either at the time or later	Ø
MÉDICATIONS			
Ø	➡ Les médicaments et le matériel qui ne sont pas utilisés, les emballages et les seringues vides, ainsi que la deuxième trousse doivent être rendus au pharmacien.	➡ Ensure that the back-up IV drugs are secure. ➡ Return unused medications to the dispensing pharmacy within the pre-arranged time frame (maximum 48 hours).	Ø
AMM À DOMICILE			
Ø	Ø	➡ The family can contact the funeral home for collection of the body when they are ready	Ø
CONSTATS	➡ Une fois la procédure terminée, le médecin qui a administré l'AMM doit dresser le constat de décès et aviser toutes les instances concernées ➡ Le certificat de décès doit également être rempli ➡ Les médicaments et matériels non utilisés, les emballages et les seringues vides, ainsi que la deuxième trousse doivent être disposés de manière sécuritaire et rendus au pharmacien		

AMM : Aide médicale à mourir, CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, CMQ : Collège des médecins du Québec

Tableau F-10 Recommandations concernant les autres éléments à prendre en considération

MÉDICAMENTS, VOIES D'ADMINISTRATION PROHIBÉS ET RAISONS DES CONTRE-INDICATIONS				
CANADA		PAYS-BAS	COLOMBIE	
QUÉBEC	CAMAP			
MÉDICAMENTS				
Benzodiazépines				
➡ L'induction d'un coma par l'administration IV d'une benzodiazépine est trop aléatoire, même à fortes doses. ➡ Le midazolam peut cependant être utilisé en prémédication, à visée anxiolytique.	Ø	➡ It is extremely difficult to induce an adequate reduction of consciousness via oral administration of a benzodiazepine. ➡ Intravenous administration also offers no guarantees. Cases have been documented in which even a high dose of intravenous benzodiazepines proved insufficient. ➡ Benzodiazepines must therefore not be used as a coma induction medication. ➡ Midazolam can be used as premedication. ➡ For the intravenous method, premedication with lorazepam has been removed in 2017 version. ○ Experience tells that GPs have little to no experience with lorazepam. ○ In addition, lorazepam is difficult to obtain and often forms precipitation.	Ø	
Opioïdes				
➡ Si le patient a préalablement reçu des opioïdes, leur administration, même à fortes doses, peut ne pas provoquer la mort. ➡ Chez un patient n'en ayant pas reçu préalablement, une dose élevée d'opioïdes peut entraîner une dépression respiratoire, et causer le décès. ➡ Leur effet est donc imprévisible et leur utilisation est déconseillée pour une AMM.	➡ Opioids are not required in MAiD for their analgesic properties. ➡ Opioids should further be avoided due to risk of diversion and need for secure storage, especially considering the already existing opioid crisis,	➡ Terminal patients who have used opioids for a prolonged period are more tolerant of the respiratory depressant effect. Sometimes it is not possible to induce death in these patients using opioids, even if high doses are used. ➡ If a patient has not been treated with opioids beforehand, then intravenous administration of a high dose will cause a major depression of the respiratory centre and a period of Cheyne-Stokes respiration, which quickly result in death. ➡ In addition, certain opiates such as buprenorphine and pentazocine can have antagonistic effects in addition to agonistic effects. Their use can induce acute abstinence symptoms. ➡ The use of opioids is therefore unpredictable.	Ø	
Insuline				
➡ L'insuline est à proscrire ➡ L'induction d'un coma hypoglycémique par administration IV d'insuline est très aléatoire et de	➡ Sufficiently high doses of insulin can result in death through induction of a hypoglycemic coma. ➡ However, the depth of coma as well as time to death is	➡ Parenteral administration of sufficiently high doses of insulin causes a hypoglycaemic coma, resulting in death. The speed at which this occurs depends on	➡ Il n'est en aucun cas recommandé d'administrer de l'insuline	

MÉDICAMENTS, VOIES D'ADMINISTRATION PROHIBÉS ET RAISONS DES CONTRE-INDICATIONS			
CANADA		PAYS-BAS	COLOMBIE
QUÉBEC	CAMAP		
longue durée. ➡ Le coma est agité et il s'accompagne de crampes musculaires.	highly variable and depends on the patient's health status ➡ During shallow periods of coma, the patient may become agitated and suffer cramps. ➡ We recommend against the use of insulin during MAiD.	the patient's state of health. ➡ Whatever happens, death occurs within hours at the earliest and can sometimes take days. ➡ The depth of the coma varies and can even reduce over time, in which case it is necessary to administer an extra dose. ➡ During a shallow coma, the patient can become restless and suffer from cramp	
Chlorure de potassium			
➡ Un arrêt cardiaque peut être provoqué par de fortes doses de chlorure de potassium (KCl) IV, mais l'injection est très douloureuse, et le KCl provoque des contractions musculaires, même après l'administration d'un bloqueur neuromusculaire. L'administration de KCl est à proscrire.	➡ Although potassium chloride can induce cardiac arrest in high doses, the administration of potassium chloride through a peripheral vein is very painful if used as a sole agent. ➡ In addition, potassium chloride can result in muscle spasms that are not relieved by neuromuscular blocking agents ➡ We recommend against the use of potassium chloride during MAiD in our protocol. Organ donation after MAiD ➡ the use of potassium chloride can be considered to shorten the time to circulatory arrest	➡ Cardiac arrest can be induced by administering a high dose of potassium chloride (KCl). ➡ Injection of KCl is very painful ➡ KCl also causes muscle spasms, even if a neuromuscular blocker has been administered.	➡ Il n'est en aucun cas recommandé d'administrer du chlorure de potassium
Bloqueurs neuromusculaires			
∅	∅	Due to its short duration of effect, we advise against using the neuromuscular blocker mivacurium.	∅
Voies d'administration			
Orale			
Phénobarbital : ➡ Efficacité aléatoire ➡ Risque d'action lente et durée imprévisible ➡ Effets secondaires parfois pénibles des médicaments (p.ex., vomissements) Bloqueur neuromusculaire : inefficace	∅	➡ Oral neuromuscular blocker is not a suitable method (ionised molecules and are therefore scarcely absorbed when administered using this methods).	∅

MÉDICAMENTS, VOIES D'ADMINISTRATION PROHIBÉS ET RAISONS DES CONTRE-INDICATIONS			
CANADA		PAYS-BAS	COLOMBIE
QUÉBEC	CAMAP		
Intrarectale			
➡ Efficacité aléatoire ➡ Inconfortable (irritation rectale, diarrhée) ➡ Inacceptable dans le contexte ➡ Inefficace pour les bloqueurs neuromusculaires	Ø	➡ The coma induction medication must not be administered rectally ➡ Rectal neuromuscular blocker is also not a suitable method (ionised molecules and are therefore scarcely absorbed when administered using this methods). ➡ Suppositories can have a laxative effect and there is also the risk that the active ingredient will only be released slowly ➡ Furthermore, the lethal dose of barbiturates cannot be contained in a single suppository, so multiple suppositories are required. ➡ Furthermore, the patient's body temperature can drop, preventing the suppositories from melting ➡ The absorption rate is unpredictable and the ➡ Large dose of medication causes extreme irritation	Ø
Intramusculaire			
➡ Efficacité aléatoire et douloureuse pour le phénobarbital ➡ Manque de données pour le propofol ➡ Contre-indiquée pour les bloqueurs neuromusculaires	Ø	➡ Very painful and unreliable methods of administering thiopental. ➡ Intramuscular and subcutaneous administration of thiopental or neuromuscular blocker must not be applied ➡ No data is known to exist on the intramuscular or subcutaneous administration of propofol. These methods must therefore not be applied	Ø
Sous-Cutanée			
➡ Efficacité aléatoire et douloureuse pour le phénobarbital ➡ Manque de données pour le propofol ➡ Contre-indiquée pour les bloqueurs neuromusculaires	Ø	➡ Same as IM	Ø
Intraosseuse			
➡ Utilisation bien documentée en urgence et aux soins intensifs ➡ La voie intraosseuse n'est pas privilégiée dans un contexte d'AMM ➡ Pourrait être considéré à l'hôpital en prévention, mais	➡ Intraosseous infusion (IO) requires technical expertise and regular experience, and is not recommended electively for MAID ➡ Technical proficiency from regular practice and routine use is mandatory before considering intraosseous infusion emergently for a MAID complication	Ø	Ø

MÉDICAMENTS, VOIES D'ADMINISTRATION PROHIBÉS ET RAISONS DES CONTRE-INDICATIONS			
CANADA		PAYS-BAS	COLOMBIE
QUÉBEC	CAMAP		
non recommandé en urgence à domicile ➡ Par contre, un médecin qui désire l'utiliser à l'hôpital, en l'absence de contre-indication, devra se montrer prêt à assumer l'incertitude concernant l'effet des médicaments ainsi administrés et à composer avec une réponse éventuellement différente de celle obtenue par voie IV. ➡ Manque de données dans le contexte de l'AMM <i>Note : Principales contre-indications à la voie intraosseuse dans le contexte d'une AMM : fracture du membre perfusé, prothèse ou matériel d'ostéosynthèse présent sur l'os d'abord intraosseux, maladie osseuse congénitale (contre-indication relative), obésité morbide (possibilité d'utiliser une aiguille adaptée).</i>			
Fémorale			
➡ La mise en place d'une voie veineuse fémorale ne représente pas une option à domicile. ➡ Elle est suggérée en prévention, pour éviter un déplacement à l'hôpital, mais pas en urgence.	Ø	Ø	Ø
Jugulaire			
Ø	Ø	Ø	Ø

IO : intraosseux; MAID : *Medical Aid in Dying*.

ANNEXE G

Information extraite des monographies de médicaments

Tableau G-1 Information extraite des monographies de médicaments sur les contre-indications, les précautions, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables et le suivi requis pour l'usage des différents médicaments utilisés dans le contexte de l'AMM

Midazolam [Pfizer Canada, 2017a] Présentations disponibles : 5 mg/ml, 5 mg/5ml, 50 mg/10ml, 15 mg/3 ml (ampoules)
INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES
• prémédication intramusculaire avant une chirurgie ou des examens diagnostiques. • agent intraveineux chez les patients qui ont besoin de sédation, d'un effet anxiolytique et d'amnésie avant et pendant de courtes interventions endoscopiques ou diagnostiques et une cardioversion électrique. • agent intraveineux de substitution pour l'induction de l'anesthésie. • peut aussi être administré en perfusion intraveineuse continue chez des patients intubés et ventilés mécaniquement qui ont besoin de sédation à l'unité de soins intensifs (USI).
CONTRE-INDICATIONS
• hypersensibilité connue aux benzodiazépines ou à tout ingrédient du produit et une insuffisance pulmonaire aiguë • grave maladie pulmonaire obstructive chronique. • glaucome aigu à angle fermé.
POSOLOGIES
• doit être uniquement administré par voie intramusculaire ou intraveineuse. • Afin de faciliter une injection plus lente, il est recommandé d'utiliser la présentation à 1 mg/mL ou de diluer la présentation à 1 mg/mL ou à 5 mg/mL. Sédation par voie intraveineuse • Pour de courtes interventions endoscopiques ou diagnostiques et la cardioversion électrique : la présentation à 1 mg/mL est recommandée pour la sédation par voie i.v. afin de faciliter une injection lente. Patients de moins de 55 ans • <u>n'ayant pas reçu de prémédication</u> : dose initiale : Pas plus de 2 à 2,5 mg. Dose totale : Certains patients peuvent répondre à une dose totale aussi faible que 1 mg. Une dose totale supérieure à 5 mg n'est habituellement pas nécessaire. Ne pas dépasser 0,1 mg/kg. • <u>ayant reçu une prémédication</u> (opioïdes ou dépresseurs du SNC) : Réduire la dose d'environ 30 % Patients de 55 ans ou plus, patients affaiblis, patients atteints d'une maladie chronique, patients dont la réserve pulmonaire est limitée : • <u>n'ayant pas reçu de prémédication</u> : Dose initiale Pas plus de 1 à 1,5 mg, dose totale : Les patients peuvent répondre à une dose totale aussi faible que 1 mg. Une dose totale supérieure à 3,5 mg n'est habituellement pas nécessaire. Ne pas dépasser 0,07 mg/kg. • <u>ayant reçu une prémédication</u> (opioïdes ou dépresseurs du SNC) : Réduire la dose d'environ 30 % (c.-à-d. 60 % inférieure à celle de patients plus jeunes, en santé et qui n'ont pas reçu de prémédication). • doit être administré immédiatement avant l'intervention, en petites doses, et la dose doit être réglée lentement jusqu'à ce que l'effet sédatif désiré soit atteint. On suggère un réglage initial avec une petite dose, de 2 à 2,5 mg, administrée en 2 à 3 minutes pour un adulte moyen en santé. Après environ 2 minutes, la dose peut être réglée davantage, dans une faible proportion de la dose initiale, au besoin, jusqu'à ce que l'effet de sédation désiré soit atteint. Attendre environ 2 minutes après chaque administration pour évaluer entièrement l'effet sédatif. Des doses d'entretien additionnelles peuvent être administrées dans une proportion de 25 % de la dose initiale pour maintenir le degré de sédation désiré, uniquement par réglage lent. Le résultat désiré peut habituellement être atteint en 3 à 6 minutes, selon la dose totale administrée et si une prémédication opioïde a été administrée ou non. Lorsqu'elle est indiquée, la prémédication opioïde réduit la variabilité de la réponse du patient. • S'il est utilisé pour une sédation par voie intraveineuse, le midazolam ne doit pas être administré rapidement ni en bolus unique. • Des doses plus faibles sont nécessaires chez les patients âgés (plus de 60 ans) ou affaiblis et chez ceux qui reçoivent de façon concomitante des opioïdes ou d'autres dépresseurs du système nerveux central.

EFFETS INDÉSIRABLES
Les fluctuations des signes vitaux le plus souvent observées comprennent une baisse du volume et/ou de la fréquence respiratoires et l'apnée, ainsi que des variations de la tension artérielle et du pouls. S'il est utilisé en tant que sédatif intraveineux, le midazolam produit davantage de chutes de la tension artérielle moyenne que le diazépam.
SURDOSAGE
Les manifestations d'une surdose de midazolam sont les suivantes : sédation, somnolence, confusion, troubles de la coordination, réflexes diminués, effets indésirables au chapitre des signes vitaux, coma et risque possible d'arrêt cardiorespiratoire.
PHARMACOCINÉTIQUE
• L'induction de l'anesthésie par le midazolam se produit dans un délai d'environ 1,5 minute après l'administration d'une prémédication opioïde et en 2 minutes ou plus avec ou sans prémédication non opioïde. • La durée de l'effet d'induction de l'anesthésie dépend en général de la dose. Dans les cas où le midazolam est utilisé par voie intraveineuse en tant que sédatif, anxiolytique et inducteur d'amnésie pour de courtes interventions endoscopiques ou diagnostiques, la psychosédation désirée peut normalement être atteinte en 3 à 6 minutes, selon la dose administrée et le recours ou non à une prémédication opioïde concomitante. Métabolisme : • Après une injection intraveineuse, le midazolam est rapidement métabolisé en 1-hydroxyméthyl midazolam, le métabolite principal, et en 4-hydroxy et 1,4-dihydroxy midazolam, les métabolites secondaires. Les concentrations plasmatiques maximales moyennes du midazolam sont plusieurs fois supérieures à celles du 1-hydroxyméthyl midazolam. La demi-vie d'élimination de ce métabolite est comparable à celle de la molécule mère.
CONSERVATION ET STABILITÉS
• Conserver à une température se situant entre 5 °C et 25 °C à l'abri de la lumière. • Protéger l'emballage contre tout dommage matériel. • Les ampoules non ouvertes peuvent être utilisées jusqu'à 8 mois après que le sachet d'aluminium a été ouvert pourvu qu'elles aient été gardées dans la boîte à l'abri de la lumière.
Lorazépam injectable [Pfizer Canada, 2019d] Présentation disponible : 4 mg/ml, (ampoules multidoses de 1 ml)
INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES
• Lorazépam injectable USP est utilisé pour le soulagement à court terme des manifestations d'anxiété excessive chez les patients atteints de névrose d'angoisse. • Il est aussi utile comme traitement d'appoint pour le soulagement de l'anxiété excessive pouvant survenir avant les interventions chirurgicales. • L'anxiété et le stress associés aux tensions de la vie quotidienne ne nécessitent habituellement pas de traitement par anxiolytiques. • Lorazépam injectable USP est utile comme anticonvulsivant initial pour maîtriser l'état de mal épileptique.
CONTRE-INDICATIONS
• Lorazépam injectable USP (lorazépam) est contre-indiqué chez les patients atteints de myasthénie grave ou de glaucome aigu à angle fermé et chez ceux ayant une hypersensibilité confirmée aux benzodiazépines. • Lorazépam injectable USP est également contre-indiqué chez les patients ayant une hypersensibilité confirmée aux benzodiazépines ou au véhicule (polyéthylène glycol, propylène glycol et alcool benzylique). • Lorazépam injectable USP ne doit pas être injecté par voie intra-artérielle, et des précautions sont nécessaires pour empêcher son épanchement dans les tissus adjacents à une artère, ce qui risquerait de produire un artériospasme et une gangrène consécutive pouvant nécessiter une amputation.
POSOLOGIES
• La posologie de Lorazépam injectable USP et la durée du traitement doivent être individualisées et graduellement adaptées avec soin, afin d'éviter une sédation excessive ou des perturbations mentales ou motrices. • Anxiété excessive avant les interventions chirurgicales : Adultes – La dose habituelle est de 0,05 mg/kg jusqu'au maximum de 4 mg au total, administrée par voie intramusculaire (2 à 3 heures avant l'intervention). Comme pour toute prémédication, la dose doit être individualisée. En général, il faut réduire les doses d'autres dépresseurs du SNC. • Lorsqu'un court délai d'action est nécessaire, Lorazépam injectable USP peut être administré par voie intraveineuse 15 à 20 minutes avant l'intervention chirurgicale. La dose intraveineuse habituelle est de 0,044 mg/kg ou 2,0 mg au total, en prenant la plus faible des deux. Des doses intraveineuses de plus de 2 mg ne doivent être administrées qu'aux patients de poids inhabituel. Ordinairement, on ne doit pas dépasser la dose de 2 mg chez des personnes de 50 ans ou plus. Il faut généralement réduire les doses d'autres dépresseurs du SNC. AVANT D'ADMINISTRER LORAZÉPAM INJECTABLE USP PAR VOIE INTRAVEINEUSE, IL FAUT AVOIR À PORTÉE DE MAIN LES APPAREILS NÉCESSAIRES POUR MAINTENIR LA PERMÉABILITÉ DES VOIES RESPIRATOIRES. • État de mal épileptique : Adultes – La dose initiale habituellement recommandée est de 0,05 mg/kg de Lorazépam injectable USP, jusqu'au maximum de 4 mg, à administrer par injection intraveineuse lente. Si l'état de mal cesse, aucune autre dose de Lorazépam injectable USP n'est nécessaire. Après une période d'observation de 10 à 15 minutes, si les crises persistent ou se répètent, on peut administrer une dose intraveineuse supplémentaire de 0,05 mg/kg. Si la deuxième dose n'a pas permis d'arrêter les crises après une autre période d'observation de 10 à 15 minutes, il faut avoir recours à d'autres mesures pour

enrayer l'état de mal épileptique. Ne pas administrer plus de 8 mg de Lorazépam injectable USP au total par période de 12 heures

- **Administration** : L'injection intramusculaire de Lorazépam injectable USP non dilué doit se faire en profondeur dans le tissu musculaire.
- **Personnes âgées** : Les personnes âgées ou affaiblies et celles qui présentent un syndrome cérébral organique sont sujettes à la dépression du SNC même lorsque les benzodiazépines sont prescrites à de faibles doses. Par conséquent, il faut commencer par administrer de très faibles doses et les adapter d'après la réaction du patient, afin d'éviter les risques de sédation excessive ou de troubles neurologiques.
- **Insuffisance rénale et hépatique** : Puisque le foie est le lieu le plus probable de conjugaison du lorazépam et que l'élimination du lorazépam conjugué (glucuronide) est une fonction rénale, les précautions habituelles s'imposent quand Lorazépam injectable USP est prescrit à des patients atteints d'insuffisance rénale ou hépatique légère ou modérée; il faut alors prendre soin d'adapter graduellement la posologie. Les patients devant suivre un traitement prolongé par Lorazépam injectable USP doivent faire périodiquement l'objet d'hémodiagrammes et d'épreuves de la fonction hépatique. Lorsque Lorazépam injectable USP est utilisé chez des patients présentant une maladie hépatique ou rénale légère ou modérée, il faut envisager la dose efficace la plus faible, car l'effet médicamenteux peut être prolongé. En présence d'insuffisance hépatique sévère, il faut ajuster soigneusement la posologie d'après la réaction du patient. Des doses plus faibles peuvent suffire chez ces sujets.

EFFETS INDÉSIRABLES

La somnolence est l'effet indésirable signalé le plus souvent.

- **Organisme entier** : OEdème de Quincke, asthénie, faiblesse musculaire, réactions anaphylactiques, changement de poids, réactions d'hypersensibilité, hyponatrémie, hypothermie, syndrome d'antidiurèse inappropriée.
- **Appareil cardiovasculaire** : Hypotension, abaissement de la tension artérielle.
- **Appareil digestif** : Nausées, constipation, modification de l'appétit, augmentation de la bilirubine, ictère, hausse des transaminases hépatiques, hausse de la phosphatase alcaline.
- **Système hématologique ou lymphatique** : Agranulocytose, pancytopenie, thrombocytopénie.
- **Système nerveux et organes des sens** (les effets des benzodiazépines sur le SNC dépendent de la dose, et la dépression du SNC est d'autant plus sévère que les doses sont élevées) : Amnésie antérograde, somnolence, fatigue, sédation, ataxie, confusion, dépression, émergence de la dépression, étourdissements, modification de la libido, impuissance, réduction de l'orgasme, symptômes extrapyramidaux, tremblements, vertige, troubles visuels (dont diplopie et vision trouble), dysarthrie ou troubles de l'élocution, céphalées, convulsions, amnésie, désinhibition, euphorie, coma, idées suicidaires ou tentative de suicide, problèmes d'attention ou difficultés de concentration, troubles de l'équilibre, réactions paradoxales (y compris anxiété, agitation, excitation, hostilité, agression, rage, troubles du sommeil ou insomnie, stimulation sexuelle, hallucinations), agitation psychomotrice.
- **Appareil respiratoire** : Dépression respiratoire, apnée, aggravation de l'apnée du sommeil (l'intensité de la dépression respiratoire attribuable aux benzodiazépines dépend de la dose, la dépression étant d'autant plus sévère que les doses sont élevées), aggravation de la maladie pulmonaire obstructive, et troubles des oreilles, du nez et de la gorge.
- **Peau** : Réactions cutanées allergiques, alopecie.

Il existe des preuves d'un développement de la tolérance aux effets sédatifs des benzodiazépines.

- On sait que l'administration de benzodiazépines peut s'accompagner d'une manifestation d'hostilité et d'autres effets paradoxaux comme l'irritabilité et l'excitabilité. Les enfants et les personnes âgées peuvent être plus sujets aux réactions paradoxales. En présence de ce type de réactions, il faut interrompre l'administration du médicament. Les troubles suivants ont aussi été associés à l'emploi de benzodiazépines : hypotension, confusion mentale, difficultés d'élocution, excès de sédation et anomalies dans les épreuves fonctionnelles rénales et hépatiques ainsi que dans l'hématocrite. Avec le lorazépam injectable, les effets indésirables les plus fréquemment constatés sont une prolongation des effets déprimeurs sur le SNC. La somnolence excessive est le principal effet secondaire; les fréquences rapportées dépendaient de la posologie, de la voie d'administration, de l'emploi concomitant d'autres déprimeurs du SNC et des attentes des chercheurs concernant le degré et la durée de sédation.
- Des cas de dépression respiratoire et d'obstruction partielle des voies respiratoires sont survenus après l'administration de lorazépam injectable. Éruption cutanée, nausées et vomissements ont quelquefois été observés chez des patients ayant reçu du lorazépam injectable avec d'autres médicaments, pendant une anesthésie ou une intervention chirurgicale.
- **Effets locaux** : Une douleur au point d'injection, une sensation de brûlure et une rougeur dans la même région ont été rapportées après l'administration intramusculaire de lorazépam injectable. Une douleur immédiate après l'injection, ainsi qu'une rougeur après 24 heures d'observation, ont également été signalées après l'administration intraveineuse de lorazépam injectable.

SURDOSAGE

D'après l'expérience acquise après la commercialisation, le surdosage est survenu principalement lors de l'usage du lorazépam en association avec de l'alcool ou d'autres médicaments.

Symptômes : Les symptômes de surdosage léger par des benzodiazépines, y compris le lorazépam, sont notamment la somnolence, la confusion mentale et la léthargie. Les cas de surdosage plus grave peuvent se manifester par les symptômes suivants : ataxie, hypotonie, hypotension, hypnose, coma de stade I à III et, très rarement, décès. La sévérité des symptômes peut varier et, à ceux mentionnés plus haut, s'ajoutent dysarthrie, réactions paradoxales, dépression du SNC, dépression respiratoire et dépression cardiovasculaire.

PHARMACOCINÉTIQUE
- Les concentrations plasmatiques maximales sont atteintes en quelques minutes après l'administration intraveineuse, alors qu'il faut attendre de 60 à 90 minutes après l'administration intramusculaire et 60 minutes après l'administration sublinguale. Par voie intramusculaire, la demi-vie d'absorption du lorazépam varie de 12 à 19 minutes, alors que, par voie orale, il faut attendre de 15 à 17 minutes de plus. La biodisponibilité s'est révélée identique par toutes les voies d'administration. - Le lorazépam se transforme rapidement en un glucuronide n'ayant pas d'activité psychopharmacologique démontrable et il est excrété principalement dans les urines. De très faibles quantités d'autres métabolites et de leurs conjugués ont été isolées des urines et du plasma. - La demi-vie plasmatique du lorazépam est de 12 à 15 heures, celle du glucuronide étant de 16 à 20 heures. Le médicament est excrété en majeure partie (88 %) dans les urines, dont 75 % sous forme de glucuronide. Aux concentrations pertinentes en clinique, environ 85 % du lorazépam se lie aux protéines plasmatiques.
CONSERVATION ET STABILITÉS
- Lorazépam injectable USP peut être utilisé avec du sulfate d'atropine, des analgésiques narcotiques et d'autres analgésiques pour la voie parentérale, des anesthésiques et des myorelaxants d'usage courant. L'emploi de scopolamine avec Lorazépam injectable USP n'est pas recommandé, cette association étant liée à une fréquence accrue de réactions indésirables. Immédiatement avant l'administration intraveineuse, il faut diluer Lorazépam injectable USP avec une quantité égale de solution compatible. Lorsqu'il est bien dilué, on peut l'injecter directement dans une veine ou dans la tubulure de perfusion. La vitesse d'injection ne doit pas dépasser 2 mg/min. Avant leur administration, les préparations pour la voie parentérale doivent faire l'objet d'un examen visuel en vue de déceler la présence de particules ou un changement de couleur. Ne pas utiliser toute solution contenant un précipité ou ayant changé de couleur - Lorazépam injectable USP peut être dilué avec les solutions suivantes : Chlorure de sodium pour injection à 0,9 %, USP, Dextrose pour injection à 5 %, USP - Conserver au réfrigérateur entre 2 et 8 °C, à l'abri de la lumière. Craint le gel. Ne pas utiliser toute solution contenant un précipité ou ayant changé de couleur. Jeter 28 jours après la première utilisation. - Comme pour tous les médicaments administrés par voie parentérale, il faut, si la nature de la solution et du contenant le permet, examiner les solutions intraveineuses avant l'administration afin de s'assurer de leur transparence et de déceler tout changement de couleur ou la présence de particules, de fuites ou d'un précipité. Jeter toute portion inutilisée.
Lidocaïne injectable [Aspen Pharmacare Canada, 2021; Pfizer Canada, 2019a] Présentations disponibles : 20 mg/ml (ampoules de 2ml et 5 ml, flacons multidoses de 20 et 50ml); 10 mg/ml (ampoules unidoses de 2 ml, flacons multidoses de 20 ml)
INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES
<u>Par voie intraveineuse :</u> - indiqué pour le traitement de la tachycardie ventriculaire qui survient lors d'une manipulation cardiaque, par exemple pendant une intervention chirurgicale ou un cathétérisme intracardiaque, ou qui peut se produire pendant un infarctus aigu du myocarde, une intoxication digitalique ou en présence d'autres cardiopathies. <u>Anesthésie locale ou régionale :</u> - technique d'infiltration comme l'injection percutanée - technique de blocages nerveux périphériques comme le bloc du plexus brachial et le bloc des nerfs intercostaux - technique d'anesthésie nerveuse centrale comme les blocs péridural et caudal, quand ces techniques sont exécutées conformément aux descriptions dans les manuels standards.
CONTRE-INDICATIONS
- hypersensibilité à ce médicament ou à l'un des ingrédients de la formulation de ce dernier, incluant les ingrédients non-médicinaux, ou à un composant du contenant. : - hypersensibilité connue aux anesthésiques locaux de type amide, comme la prilocaïne, la mépivacaïne ou la bupivacaïne; - hypersensibilité au méthylparaben et/ou au propylparaben (agents de conservation ajoutés dans les solutions multidoses), ou encore à leur métabolite, l'acide para-aminobenzoïque (PABA). On doit aussi éviter d'administrer les solutions de lidocaïne contenant des parabens aux patients ayant des antécédents de réactions allergiques aux anesthésiques estérifiés locaux, qui sont métabolisés en PABA. - syndrome d'Adams-Stokes ou blocs sino-auriculaire, auriculo-ventriculaire ou intraventriculaire de degré avancé.
POSOLOGIES
- Destiné uniquement à l'administration intraveineuse (injection, perfusion) (Xylocard^{MD} ou lidocaïne intraveineuse) (<i>pour lidocaïne en anesthésie locale ou régionale, des posologies sont spécifiées mais pour différents types de bloc</i>) Injection intraveineuse unique - La dose habituelle de 50 à 100 mg de chlorhydrate de lidocaïne doit être administrée sous surveillance de l'ECG et de la tension artérielle. Cette dose peut être administrée à un débit d'environ 25 à 50 mg/min. Il faut allouer suffisamment de temps pour permettre à une circulation ralentie d'amener le médicament au site d'action. Si une injection initiale de 50 à 100 mg ne donne pas la réponse désirée, on peut administrer une deuxième dose 10 minutes plus tard. - Il ne faut pas administrer plus de 200 à 300 mg de lidocaïne sur une période d'une heure - Les personnes âgées doivent recevoir des doses plus faibles en fonction de leur âge et de leur état physique, particulièrement en cas de dysfonction cardiovasculaire et/ou hépatique, et/ou d'une perfusion prolongée.

EFFETS INDÉSIRABLES
• Ils surviennent chez 5 à 10 % des patients et sont, pour la plupart, liés à la dose. • Les manifestations du système nerveux central sont excitatives et/ou dépressives. Les effets indésirables courants sont la paresthésie péri-buccale, les étourdissements et la somnolence. Les manifestations excitatives peuvent être passagères, voire inexistantes; dans ce dernier cas, le premier signe de toxicité sera la somnolence progressant vers la perte de conscience et l'arrêt respiratoire. La somnolence après l'administration de lidocaïne est habituellement un signe précurseur de concentrations plasmatiques élevées de lidocaïne et elle pourrait survenir en conséquence d'une absorption rapide. • Les manifestations cardiovasculaires rares sont habituellement dépressives et caractérisées par la bradycardie, l'hypotension, l'asystole et le collapsus cardiovasculaire pouvant mener à un arrêt cardiaque. On a aussi signalé des arythmies dont la tachycardie et la fibrillation ventriculaires. • Les réactions allergiques sont caractérisées par des lésions cutanées, de l'urticaire, de l'œdème ou, dans les situations les plus graves qui sont très rares, une hypersensibilité comprenant un choc anaphylactique. Les réactions allergiques causées par une sensibilité aux agents de type amide sont rares et elles peuvent provenir d'une sensibilité au médicament lui-même ou à d'autres composants de cette préparation. On a rapporté des réactions idiosyncrasiques chez certains patients ayant reçu de faibles doses.
SURDOSAGE
• À des concentrations sériques supérieures à 8 mg/L, la lidocaïne peut avoir des effets toxiques. • Les plus graves effets d'une intoxication à la lidocaïne touchent les systèmes nerveux central et cardiovasculaire : étourdissements, delirium, hypotension grave, anomalies de la conduction, bradycardie, asystole, arythmie (y compris tachycardie/fibrillation ventriculaire), collapsus cardiovasculaire pouvant mener à l'arrêt cardiaque, apnée, convulsions, coma, arrêt respiratoire et décès. • Les réactions toxiques touchant le système nerveux central se manifestent progressivement par des symptômes et des signes de gravité croissante. Les premiers symptômes sont la paresthésie péri-buccale, l'engourdissement de la langue, la sensation de tête légère, l'hyperacousie et l'acouphène. • Les troubles de la vision et les tremblements musculaires sont des symptômes plus sérieux et précèdent le début des convulsions généralisées. Une perte de conscience et des convulsions tonico-cloniques peuvent s'ensuivre et durer de quelques secondes à plusieurs minutes. • L'hypoxie et l'hypercapnie surviennent rapidement à la suite des convulsions, en raison d'une activité musculaire accrue combinée à l'interférence avec la respiration normale. Une apnée peut se produire dans les cas graves. L'acidose accroît les effets toxiques. Le rétablissement est obtenu par la redistribution et le métabolisme du médicament; il peut être rapide, à moins que de grandes quantités de médicament (>5 µg/mL) aient été injectées. • On observe parfois des effets sur le système cardiovasculaire lorsque les concentrations générales sont élevées; ces effets comprennent l'hypotension grave, la bradycardie, des arythmies et le collapsus cardiovasculaire. Les effets toxiques cardiovasculaires sont généralement précédés de signes de toxicité au niveau du système nerveux central, à moins que le patient ne reçoive un anesthésique général ou soit en sédation profonde après l'administration d'une benzodiazépine ou d'un barbiturique.
PHARMACOCINÉTIQUE
• À la suite d'une injection intraveineuse unique, le début d'action varie entre 45 et 90 secondes. Cette action dure 10 à 20 minutes. • La lidocaïne est complètement absorbée après une administration parentérale. Sa vitesse d'absorption dépend de la dose, de la voie d'administration et de la vascularité du point d'injection. • Distribution : La lidocaïne a une clairance plasmatique totale de 0,95 L/min et un volume de distribution à l'état d'équilibre de 91 L. La liaison plasmatique de la lidocaïne dépend de la concentration du médicament et la fraction liée diminue en fonction de l'augmentation de la concentration. À des concentrations de 1 à 4 mcg de base libre par mL, de 60 à 80 % de la lidocaïne se fixe aux protéines. La liaison est aussi fonction de la concentration plasmatique de la glycoprotéine alpha-1-acide. • On a rapporté que la concentration plasmatique minimale du chlorhydrate de lidocaïne pouvant exercer un effet antiarythmique se situe entre 1,0 et 1,2 µg/mL; les concentrations supérieures à 5 ou 6 µg/mL sont associées à un risque accru de toxicité.
CONSERVATION ET STABILITÉS
Les solutions de XYLOCARD ^{MD} ne contiennent aucun agent de conservation et sont destinées à un usage unique. Jeter toute portion inutilisée après un maximum de 12 heures.
Magnésium (sulfate de) [Fresenius Kabi Canada, 2016] Présentations disponibles : 200 mg/ml. 500 mg/ml (flacons de 10 et 50 ml)
INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES
• dépresseur du SNC, surtout en cas de prééclampsie et d'éclampsie durant la grossesse; • appoint électrolytique dans l'hypomagnésémie et la carence en magnésium pour maintenir une irritabilité neuromusculaire normale.
CONTRE-INDICATIONS
Le sulfate de magnésium injectable, USP à 50 % ne doit pas être administré par voie parentérale chez les patients présentant un bloc cardiaque ou une atteinte myocardique.

POSOLOGIES
- Voie intramusculaire : Chez les adultes et les enfants plus âgés en cas d'hypomagnésémie sévère, de 1 à 5 g (2 à 10 mL d'une solution à 50 %) par jour en doses fractionnées; répéter quotidiennement l'administration jusqu'à ce que le taux sérique soit revenu à la normale. Si l'anomalie n'est pas sévère, on peut alors administrer 1 g (2 mL d'une solution à 50 %) une ou deux fois par jour. Le taux sérique de magnésium servira de ligne directrice quant à l'ajustement de la posologie. - Voie intraveineuse : De 1 à 4 g de sulfate de magnésium injectable, USP à 50 % peuvent être administrés par voie intraveineuse en une solution à 10 ou à 20 %, mais uniquement avec grande prudence; la vitesse d'administration d'une solution à 10 %, ou d'une solution équivalente, ne doit pas dépasser 1,5 mL par minute jusqu'à ce qu'une relaxation soit obtenue. Gamme posologique habituelle : De 1 à 40 g par jour. - Perfusion intraveineuse : Quatre grammes (4 g) dans 250 mL d'une solution à 5 % de dextrose injectable, USP à une vitesse ne dépassant pas 3 mL par minute. - Appointment électrolytique : Par voie intramusculaire, de 1 à 2 g dans une solution à 50 % quatre fois par jour jusqu'à ce que le magnésium sérique soit revenu dans les limites normales.
EFFETS INDÉSIRABLES
Les principales réactions indésirables qui ont été observées en lien avec de hauts taux plasmatiques de magnésium, comprennent les suivantes : bouffées vasomotrices, sudation, hypotension, collapsus circulatoire, ainsi que dépression cardiaque et dépression du système nerveux central. L'effet le plus gravissime est la dépression respiratoire.
SURDOSAGE
- L'hypermagnésémie se manifeste par de la faiblesse musculaire, de l'hypotension, des modifications de l'ECG, de la sudation et de la confusion. - Lorsque la concentration plasmatique du magnésium commence à dépasser 4 mEq/L, il y a diminution du réflexe tendineux et absence de celui-ci quand la concentration se rapproche de 10 mEq/L. Entre 12 et 15 mEq/L, la paralysie respiratoire devient un danger possible; l'administration de sels de calcium par voie intraveineuse peut inhiber jusqu'à un certain point les effets sur l'appareil respiratoire. - Dans les cas d'insuffisance rénale grave, une hypermagnésémie symptomatique peut constituer une indication que la dialyse s'impose. Bien que l'humain tolère habituellement de hautes concentrations plasmatiques de magnésium, on peut parfois observer des conséquences cardiaques défavorables sous forme de bloc cardiaque complet, et ce, à des concentrations nettement inférieures à 10 mEq/L.
PHARMACOCINÉTIQUE
Ø
CONSERVATION ET STABILITÉS
- Conserver les fioles entre 15 °C et 30 °C. - Sans addition d'agents de conservation. Jeter toute portion inutilisée du contenant. N'utiliser que si la solution est claire et le sceau intact.
Propofol [Baxter Corporation, 2020] Présentations disponibles : Ampoules à usage unique 10 mg/ml (20 ml, 50 ml, 100 ml)
INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES
- induction et maintien de l'anesthésie générale; - sédation consciente pour les interventions chirurgicales et diagnostiques; - sédation aux soins intensifs.
CONTRE-INDICATIONS
- lorsque la sédation ou l'anesthésie générale sont contre-indiquées; - allergie et/ou hypersensibilité connue à PROPOFOL ou aux émulsions lipidiques (En plus de l'ingrédient actif propofol, le produit contient les éléments suivants : huile de soja (100 mg/mL), glycérol (22,5 mg/mL), lécithine d'oeuf (12 mg/mL), oléate de sodium et de l'eau pour injection avec de l'hydroxyde de sodium pour ajuster le pH).
POSOLOGIES
- La plupart des adultes de moins de 55 ans et dans les classes ASA I et II auront probablement besoin de 2,0 à 2,5 mg/kg de propofol en induction sans prémédication ou avec des benzodiazépines orales ou des narcotiques intramusculaires en prémédication. - Lors de l'induction, on recommande d'ajuster PROPOFOL (environ 40 mg toutes les 10 secondes par bolus ou perfusion) en tenant compte de la réponse du patient jusqu'à l'apparition des signes cliniques d'anesthésie générale. Maintien de l'anesthésie générale : <u>Adultes de < 55 ans :</u> En général, de 0,10 à 0,20 mg/kg/min (6 à 12 mg/kg/h). <u>Personnes âgées, affaiblies et/ou de classe ASA III ou IV :</u> En général, de 0,05 à 0,10 mg/kg/min (3 à 6 mg/kg/h). Anesthésie cardiaque : - La plupart des patients ont besoin de : - propofol comme produit principal avec un opioïde comme deuxième produit - de 0,10 à 0,15 mg/kg/min (6 à 9 mg/kg/h). - Une faible dose de propofol avec un opioïde comme produit principal - de 0,05 à 0,10 mg/kg/min (3 à 6 mg/kg/h).

Neurochirurgie : En général, de 0,10 à 0,20 mg/kg/min (6 à 12 mg/kg/h). - Comme avec la plupart des anesthésiques, les effets du propofol peuvent être potentialisés chez les patients à qui l'on a donné des sédatifs intraveineux ou des narcotiques en prémédication peu avant l'induction. Personnes âgées, affaiblies et de classe ASA III ou IV : Ces patients risquent d'être plus sensibles aux effets de PROPOFOL; il faut en conséquence réduire la posologie de PROPOFOL d'environ 50 % (20 mg aux 10 secondes) selon leur état et leur réponse clinique. Ne pas utiliser de bolus rapide car cela accroît les risques de dépression cardio-respiratoire indésirable, notamment l'hypotension, l'apnée, l'obstruction des voies aériennes et/ou la désaturation du sang en oxygène.
EFFETS INDÉSIRABLES Au cours de l'induction de l'anesthésie lors des études cliniques, la majorité des patients ont présenté de l'hypotension et de l'apnée. Des manifestations d'excitation sont survenues chez jusqu'à 14 % des patients adultes; elles consistaient surtout en mouvements locomoteurs involontaires et en spasmes et soubresauts des mains, bras, pieds ou jambes.
SURDOSAGE On ne rapporte à ce jour aucun cas de surdosage aigu. Le surdosage provoquera probablement une dépression cardio-respiratoire.
PHARMACOCINÉTIQUE - L'injection intraveineuse d'une dose thérapeutique de propofol hypnotise rapidement et en douceur, habituellement en moins de 40 secondes après le début de l'injection (temps de circulation bras-cerveau), mais on a rapporté des périodes d'induction de plus de 60 secondes. - Chez des patients de classe ASA I ou II qui n'avaient pas reçu de prémédication, le propofol a induit l'anesthésie chez 87 et 95 % des patients à des doses respectives de 2,0 et 2,5 mg/kg. - Les patients âgés ont eu besoin de doses plus faibles; pour les patients de plus de 55 ans qui n'avaient pas reçu de prémédication, il a fallu en moyenne 1,66 mg/kg. La prémédication modifie beaucoup la dose requise; à 1,75 mg/kg, le propofol a induit l'anesthésie chez 65 % des patients sans prémédication et respectivement chez 85 et 100 % de ceux qui avaient reçu du diazépam ou une association de papavérétum/scopolamine en prémédication. - Après un bolus unique, on assiste à une distribution rapide du sang aux tissus ($t_{1/2\alpha}$: 1,8 à 8,3 min), une clairance métabolique élevée ($t_{1/2\beta}$: 34 à 66 min) et une élimination finale lente des tissus mal irrigués ($t_{1/2\gamma}$: 184 à 480 min).
CONSERVATION ET STABILITÉS - PROPOFOL en fiole ou en seringue est réservé à un usage unique et est destiné à un seul patient. - Le contenu d'une ampoule de PROPOFOL doit être utilisé dans les six heures suivant son ouverture, ou jeté sinon.
Phénobarbital [Sandoz Canada, 2015] Présentations disponibles : 30 mg/ml, 120 mg/ml (ampoules de 1 ml)
INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES - Comme de nombreux autres barbituriques, le phénobarbital est un déprimeur non sélectif du système nerveux central (SNC) qui peut produire tous les degrés de dépression, de la sédation légère et de l'hypnose à l'anesthésie générale, au coma profond et à la mort. - Indiqué pour le contrôle des crises convulsives toniques cloniques généralisées et des crises convulsives partielles complexes.
CONTRE-INDICATIONS - Hypersensibilité connue aux dérivés de l'acide barbiturique ou à tout ingrédient présent dans la formulation ou dans un composant du contenant - Porphyrie - Grave dépression respiratoire ou insuffisance pulmonaire, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, apnée du sommeil, comportement suicidaire, alcoolisme, pharmacodépendance ou en présence d'une douleur non contrôlée (excitation paradoxale possible).
POSOLOGIES Préopératoire : Pour injection intramusculaire ou intraveineuse lente : 100 mg à 200 mg 60 à 90 minutes avant l'intervention Anticonvulsivant : Pour injection intramusculaire ou intraveineuse lente. 100 à 320 mg IV avec des doses supplémentaires au besoin jusqu'à une dose quotidienne maximale de 600 mg. État de mal épileptique : Pour injection intraveineuse lente : 20 mg/kg IV au taux de 50 mg/min. - Des doses quotidiennes supérieures à 2 g ne sont pas recommandées. - Une posologie réduite est recommandée chez les personnes âgées et les patients dont la fonction rénale ou hépatique est réduite.
EFFETS INDÉSIRABLES Les étourdissements, les maux de tête, la confusion de type « gueule de bois » en particulier chez les personnes âgées, l'excitation paradoxale, l'exacerbation de la douleur existante, des nausées, des vomissements, des douleurs épigastriques, de l'hypotension, un oedème facial, une éruption cutanée avec bulles et vésicules, un purpura, un érythème multiforme, une dermatite exfoliative (rare), une anémie mégaloblastique, une agranulocytose et une thrombocytopénie.

SURDOSAGE
- Le surdosage aigu de phénobarbital touche principalement le SNC et le système cardiovasculaire. - Une légère surdose ressemble à une intoxication à l'alcool. Somnolence, confusion, stupeur, dépression respiratoire, ataxie, réflexes lents ou absents, hypothermie en phase initiale, fièvre tardive, dépression cardiovasculaire accompagnée d'hypotension, insuffisance rénale, arythmies cardiaques, oedème pulmonaire, pneumonie par aspiration, bulles par-dessus les points de pression, et motilité gastro-intestinale réduite sont tous d'éventuels symptômes. - Une surdose sévère peut se transformer en choc, coma et mort. - La dose létale de phénobarbital est jugée être de 5 g. La dose la plus faible de phénobarbital signalée ayant entraîné la mort est de 1,41 g.
PHARMACOCINÉTIQUE
- Une fois absorbé, le phénobarbital est rapidement distribué à tous les tissus et liquides. Après l'administration intraveineuse, le délai d'action est immédiat pour l'amobarbital et le pentobarbital, et il survient en moins de cinq minutes pour le phénobarbital. - En raison de sa solubilité lipidique plus faible, le phénobarbital n'est pas métabolisé aussi intensivement.
CONSERVATION ET STABILITÉS
Ne pas utiliser en présence d'un précipité. Conserver à une température variant entre 15 °C et 25 °C. Protéger du gel. Protéger contre la lumière.
Bloqueurs neuromusculaires : Rocuronium [Pfizer Canada, 2019b] : Présentations disponibles : 10 mg/ml (flacon multidose de 5 ml) Cisatracurium [Pfizer Canada, 2017b] : Présentations disponibles : 2 mg/ml (flacon multidose de 10 ml)
INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES
<u>Rocuronium :</u> - Bloqueur neuromusculaire non dépolarisant, doté d'un début d'action rapide ou intermédiaire et d'une durée d'action intermédiaire, selon la dose. - Indiqué comme traitement d'appoint lors d'une anesthésie générale, dans le but de faciliter l'intubation endotrachéale à - Séquence rapide (commencée 60 à 90 secondes après l'administration), aussi bien que l'intubation endotrachéale courante, et de procurer un relâchement des muscles squelettiques pendant une intervention chirurgicale ou une ventilation mécanique. <u>Cisatracurium :</u> - Inhibiteur neuromusculaire squelettique non dépolarisant, à début d'action et à durée d'action intermédiaire - Indiqué comme adjuvant à l'anesthésie générale pour faciliter l'intubation endotrachéale non urgente et pour fournir un relâchement des muscles squelettiques pendant les interventions chirurgicales ou la ventilation mécanique.
CONTRE-INDICATIONS
<u>Rocuronium et cisatracurium :</u> - Hypersensibilité à ce médicament ou à l'un des composants du produit ou du contenant. <u>Cisatracurium :</u> - Hypersensibilité aux agents bis-benzylisoquinolinium. - Hypersensibilité connue à l'alcool benzylique.
POSOLOGIES
Bromure de rocuronium injectable (et cisatracurium) doivent être administrés uniquement par voie intraveineuse. Pour éviter toute angoisse au patient, Bromure de rocuronium injectable ne doit pas être administré avant que l'état d'inconscience n'ait été atteint. <u>Rocuronium :</u> Intubation endotrachéale courante : La dose initiale recommandée, peu importe le régime anesthésique, est de 0,6 mg/kg de bromure de rocuronium. Le bloc neuromusculaire suffisant pour l'intubation (blocage de 80 % ou plus) est atteint dans un temps médian (min.-max.) de 1 (0,4-6) minute(s), et, chez la plupart des patients, l'intubation est effectuée dans les 2 minutes. Chez la plupart des patients, le blocage maximal est atteint en moins de 3 minutes. On s'attend que cette dose entraîne le relâchement chirurgical pendant 31 (15-85) minutes sous anesthésie par opiacé/N₂O/O₂. Sous anesthésie par halothane, isoflurane et enflurane, il faut s'attendre à une prolongation de la période de relâchement clinique Intubation endotrachéale pendant l'induction à séquence rapide : Chez les patients qui ont reçu une dose préalable de médicament appropriée et dont l'anesthésie est adéquate, une dose de bromure de rocuronium de 0,60 à 1,2 mg/kg (600 à 1 200 mcg/kg) entraînera de bonnes ou d'excellentes conditions d'intubation chez la plupart des patients en 60 à 90 secondes Une dose importante de 0,9 ou 1,2 mg/kg peut être administrée en bolus sous anesthésie par opiacé/N₂O/O₂ le cas échéant. Ces doses assureront > 80 % de bloc chez la plupart des patients en 1,1 et 0,7 minute, respectivement, le bloc maximal survenant chez la plupart des patients en 1,4 et 1,0 minute, respectivement. On prévoit que des doses de 0,9 et 1,2 mg/kg peuvent entraîner le relâchement clinique pendant 58 (27-111) et 67 (38-160) minutes sous anesthésie par opiacé/N₂O/O₂, respectivement. Le cas échéant, on peut administrer une dose élevée de 1,6 ou 2,0 mg/kg en bolus. Ces doses ont entraîné des conditions d'intubation bonnes à excellentes et des conditions d'intubation excellentes dans les 60 secondes qui ont suivi l'administration de bromure de rocuronium, respectivement. On prévoit que des doses de 1,6 ou 2,0 mg/kg peuvent entraîner le relâchement clinique pendant 76 (55-97) et 110 (80-160) minutes sous anesthésie par alfentanil/thiopental.

Personnes âgées : La dose d'intubation recommandée est de 0,6 mg/kg de bromure de rocuronium chez les personnes âgées. Il faut envisager une dose de 0,6 mg/kg pour l'induction à séquence rapide de l'anesthésie chez les personnes âgées chez qui on prévoit une durée d'action prolongée.

Cisatracurium :

- Pour l'intubation, on peut choisir l'une des deux doses suivantes de cisatracurium d'après le délai désiré avant l'intubation et la durée prévue de l'intervention chirurgicale. Les doses de 0,15 mg/kg (3 x DE95) et de 0,20 mg/kg (4 x DE95) de cisatracurium, comme composant d'une technique d'induction-intubation au propofol/protoxyde d'azote/oxygène, peuvent chacune produire habituellement des conditions bonnes ou excellentes pour l'intubation endotrachéale en 1,5 à 2,0 minutes.
- La durée d'action efficace sur le plan clinique de 0,15 et de 0,20 mg/kg de cisatracurium durant l'anesthésie au propofol est de 55 minutes (plage : de 44 à 74 min) et de 61 minutes (plage : de 41 à 81 min), respectivement.
- Des doses de cisatracurium atteignant 8 fois la DE95 (0,40 mg/kg) ont été administrées à un nombre limité de sujets adultes en bonne santé (n = 15) et de patients atteints de maladies cardiovasculaires graves (n = 31). Les plus fortes doses sont associées à une plus longue durée de l'efficacité clinique

EFFETS INDÉSIRABLES

Rocuronium :

- L'effet indésirable le plus fréquent de la classe des bloqueurs non dépolarisants est une prolongation de l'action pharmacologique du médicament au-delà de la période nécessaire. Cet effet peut varier d'une faiblesse musculosquelettique à une paralysie musculosquelettique profonde et prolongée entraînant une insuffisance respiratoire ou une apnée.
- Pendant l'induction anesthésique à séquence rapide, une douleur a été signalée au moment de l'injection, surtout lorsque le patient n'avait pas encore tout à fait perdu conscience et, en particulier, lorsque le propofol était utilisé comme agent d'induction.
- Bien que très rares, des réactions anaphylactiques sévères aux bloqueurs neuromusculaires, incluant le bromure de rocuronium, ont été signalées. Les réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes sont les suivantes : bronchospasme, changements d'ordre cardiovasculaire (p. ex. hypotension, tachycardie, collapsus cardiovasculaire-choc) et changements d'ordre cutané (p. ex. oedème angioneurotique, urticaire). Ces réactions ont, dans certains cas, été mortelles. En raison de la gravité possible de ces réactions, il faut toujours envisager leur apparition et prendre les précautions nécessaires.
- Comme les bloqueurs neuromusculaires sont connus pour pouvoir induire la libération d'histamine à la fois localement, au point d'injection, et dans la circulation générale, l'occurrence possible de démangeaisons et de réactions érythémateuses au point d'injection et/ou de réactions histaminoïdes (anaphylactoïdes) généralisées doit toujours être envisagée lorsqu'on administre ces médicaments.

Cisatracurium :

- Appareil cardiovasculaire : bouffées vasomotrices (0,2 %), hypotension (0,2 %), bradycardie (0,4 %)
- Appareil respiratoire : bronchospasme (0,2 %)
- Peau et annexes cutanées : éruptions cutanées (0,1 %)

SURDOSAGE

Rocuronium :

- Une surveillance adéquate du fonctionnement des organes vitaux est recommandée pendant la période de paralysie musculaire et pendant une période étendue au-delà de la période de récupération.

Cisatracurium :

- Un surdosage d'inhibiteurs neuromusculaires peut entraîner un blocage neuromusculaire plus long que nécessaire pour la chirurgie et l'anesthésie.

PHARMACOCINÉTIQUE

Rocuronium :

- La DE95 (dose nécessaire pour supprimer 95 % de la première réponse [T1] mécano-myographique [MMG] du pouce à la stimulation supramaximale indirecte par train de quatre du nerf ulnaire) est d'environ 0,3 mg/kg (300 mcg/kg) chez l'adulte sous anesthésie par opiacé/N2O/O2.
- Induction anesthésique à séquence rapide : Durant l'induction anesthésique à séquence rapide, après l'administration d'une dose de 1,0 mg/kg de bromure de rocuronium, des conditions d'intubation appropriées sont atteintes en 60 secondes chez 93 % des patients sous anesthésie par propofol et chez 96 % des patients sous anesthésie par fentanyl/thiopental.

Cisatracurium :

- La DE95 moyenne du cisatracurium (dose nécessaire pour supprimer à 95 % la contraction du muscle adducteur du pouce en réponse à la stimulation du nerf cubital) est de 0,05 mg/kg (plage : de 0,048 à 0,053 mg/kg) chez l'adulte sous anesthésie par opioïde/protoxyde d'azote/oxygène.

CONSERVATION, COMPATIBILITÉS ET STABILITÉS

Rocuronium :

- Ne doit pas être mélangé dans la même seringue avec des solutions alcalines (p. ex. solutions de barbituriques), ou administré simultanément par la même aiguille.
- doit être réfrigéré (entre 2 et 8 °C) jusqu'au moment de l'emploi. Pour en faciliter l'utilisation en salle d'opération, les flacons non ouverts peuvent être conservés jusqu'à 90 jours à la température ambiante (entre 15 et 30 °C). Cette durée de conservation de 90 jours s'applique dès que le médicament est sorti une première fois du réfrigérateur. Utiliser tout flacon dont

la membrane a été percée dans les 30 jours.

Cisatracurium :

- pas compatible avec le propofol injectable ni avec le trométhamine de kétorolac injectable, pour perfusion par un Y de dérivation. On n'a pas effectué d'études sur d'autres produits parentéraux.
- doit être conservé au réfrigérateur (2 °C à 8 °C) et protégé de la lumière pour préserver son efficacité. NE PAS CONGELER.
- La perte d'efficacité augmente à environ 5 % par mois à 25 °C. Si on le retire du réfrigérateur et on le place à la température ambiante (25 °C), doit être utilisé dans les 21 jours, même s'il est réfrigéré à nouveau.

Bupivacaïne [Pfizer Canada, 2019c]

Présentations disponibles : 2,5 mg/ml, 5 mg/ml (10 ou 20 ml unidose sans agent de conservation; 50 ml multidose avec agent de conservation), 7,5 mg/ml (20 ml unidose sans agent de conservation)

INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES

Pour la production d'une analgésie ou d'une anesthésie locale ou régionale en vue des gestes suivants :

- infiltration locale;
- blocs nerveux périphériques;
- bloc rétrobulbaire;
- blocs caudal, péridural et sous-arachnoïdien (rachidien).

CONTRE-INDICATIONS

- chez les patients qui présentent une hypersensibilité connue à la bupivacaïne, à d'autres anesthésiques locaux de type amide ou à d'autres composants de la bupivacaïne injectable;
- pour une anesthésie régionale par voie intraveineuse (bloc de Bier), puisqu'une fuite accidentelle de bupivacaïne en amont du garrot pourrait causer des réactions toxiques générales. Il y a eu des cas d'arrêt cardiaque et des décès.
- pour un bloc paracervical obstétrique. L'emploi de cette technique avec d'autres anesthésiques locaux a produit une bradycardie et la mort chez certains fœtus
- en présence de choc sévère ou de bloc cardiaque, ainsi qu'en présence d'inflammation et/ou de sepsie à proximité du point d'injection prévu;
- les solutions parentérales MARCAINE en flacons multidoses sont contre-indiquées chez les patients ayant des antécédents connus d'hypersensibilité aux anesthésiques locaux de type ester (qui sont biotransformés en acide para-aminobenzoïque [PABA]), au p-hydroxybenzoate de méthyle et au p-hydroxybenzoate de propyle (agents de conservation antimicrobiens) ou à leur métabolite, le PABA.

POSOLOGIES

- *Non indiqué pour administration intraveineuse.*
- Les anesthésiques locaux doivent être utilisés avec prudence chez les patients dont l'état général est médiocre en raison de l'âge ou d'autres facteurs de risque tels qu'une hépatopathie avancée ou un dysfonctionnement rénal sévère, bien qu'une anesthésie régionale soit fréquemment indiquée chez ces patients. On recommande d'administrer des doses réduites aux sujets affaiblis, âgés ou gravement malades, selon leur âge et leur état physique.

EFFETS INDÉSIRABLES

- Les effets indésirables du chlorhydrate de bupivacaïne s'apparentent aux effets associés à d'autres anesthésiques locaux de type amide.
- Les réactions indésirables aux anesthésiques locaux sont très rares en l'absence de surdosage ou d'injection intravasculaire accidentelle.
- Les effets d'un surdosage général et d'injections intravasculaires accidentelles peuvent être graves, mais doivent être distingués des effets physiologiques du bloc nerveux même (p. ex., baisse de la pression artérielle et bradycardie pendant une anesthésie péridurale). Les lésions neurologiques résultant directement (p. ex., lésion au nerf) ou indirectement (p. ex., abcès péridural) de l'introduction de l'aiguille sont une complication rare, mais reconnue, de l'anesthésie régionale, en particulier de l'anesthésie par voie péridurale.
- Les réactions de type allergique sont rares (< 0,1 %) et peuvent résulter d'une sensibilité aux anesthésiques locaux de type amide.
- La fréquence des réactions neurologiques indésirables peut être associée à la dose totale de l'anesthésique local administrée, mais elle dépend aussi du médicament utilisé, de la voie d'administration et de l'état physique du patient. On a associé les lésions nerveuses, la neuropathie, la rétention urinaire, la diplopie et un dysfonctionnement de la moelle épinière (p. ex., syndrome des artères spinales antérieures, arachnoïdite, syndrome de la queue de cheval et, dans de rares cas, la parésie et la paraplégie) à l'anesthésie régionale. Les effets neurologiques peuvent être dus à la technique d'administration, l'anesthésique local pouvant ou non être en cause.

SURDOSAGE

- La toxicité générale aiguë liée aux anesthésiques locaux est généralement liée aux concentrations plasmatiques élevées se produisant au cours de l'administration thérapeutique ou à une injection intravasculaire ou sous-arachnoïdienne accidentelle, à une absorption exceptionnellement rapide à partir de régions hautement vascularisées ou à un surdosage, et touche principalement le SNC et le système cardiovasculaire.
- Les injections intravasculaires accidentelles d'anesthésiques locaux peuvent causer des réactions toxiques générales immédiates (dans les secondes ou les minutes qui suivent). En cas de surdosage, la toxicité générale apparaît plus tard (de 15 à 60 minutes après l'injection) en raison de la hausse plus lente de la concentration sanguine de l'anesthésique local.

- Les réactions toxiques touchant le SNC se manifestent progressivement par des symptômes et des signes de gravité croissante. Les premiers symptômes sont habituellement la paresthésie péri-buccale, l'engourdissement de la langue, la sensation de tête légère, l'hyperacousie, l'acouphène et des troubles de la vision. La dysarthrie, les tremblements ou les soubresauts musculaires sont des réactions plus graves et précèdent le début des convulsions généralisées. Il ne faut pas confondre ces signes avec un comportement névrotique. Une perte de conscience et des convulsions de type grand mal peuvent s'ensuivre et durer de quelques secondes à plusieurs minutes. L'hypoxie et l'hypercapnie surviennent rapidement à la suite des convulsions, en raison d'une activité musculaire accrue combinée à l'interférence avec la respiration normale et à une perte de la perméabilité des voies respiratoires. L'apnée peut se produire dans les cas sévères. L'acidose, l'hyperkaliémie, l'hypocalcémie et l'hypoxie intensifient et prolongent les effets toxiques des anesthésiques locaux.
- De fortes doses ou une injection intravasculaire accidentelle peuvent entraîner des concentrations plasmatiques élevées, de même qu'une dépression du myocarde, un affaiblissement du débit cardiaque, un bloc cardiaque, de l'hypotension, une bradycardie, de l'hypertension, des arythmies ventriculaires, y compris une tachycardie et une fibrillation ventriculaire, et l'arrêt cardiaque. Les réactions causées par l'absorption générale peuvent se manifester lentement ou rapidement. Un collapsus cardiovasculaire et un arrêt cardiaque peuvent survenir rapidement.

PHARMACOCINÉTIQUE

- La lenteur de l'absorption est le facteur qui limite la vitesse d'élimination de la bupivacaïne, ce qui explique pourquoi la demi-vie d'élimination apparente est plus longue après un bloc péridural qu'après administration par voie intraveineuse.

CONSERVATION ET STABILITÉS

- Conserver chlorhydrate de bupivacaïne injectable USP entre 20°C et 25°C. Ne pas congeler. Ne pas utiliser la solution si elle est colorée ou si elle contient un précipité.

Potassium (chlorure de) injectable [Baxter Corporation, 2012]

Présentations disponibles : 10 mEq/50 ml, 10 mEq/100 ml, 20 mEq/50 ml, 20 mEq/100 ml, 40 mEq/100 ml (contenants unidoses en plastique VIAFLEX^{MD} Plus)

INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES

- Traitement des états de déficience en potassium lorsque l'hypokaliémie est grave^{6,7,8}. Une hypokaliémie grave est définie par un taux de potassium sérique inférieur à 2,5 mEq/L, par un taux de potassium sérique inférieur à 3,0 mEq/L avec symptômes confirmés ou signes d'hypokaliémie à l'ECG, ou par un taux de potassium sérique inférieur à 3,2 mEq/L en présence d'une acidose métabolique avec traitement imminent par bicarbonate de sodium ou insuline⁵.
- Traitement de l'hypokaliémie (K⁺ < 3,5 mEq/L) postopératoire chez les patients ayant subi une chirurgie cardiotoracique, car leur taux de potassium sérique doit être compris entre 4,0 et 5,0 mEq/L pour réduire au minimum les arythmies ventriculaires.
- Traitement, utilisé avec prudence, pour abolir les arythmies cardiaques causées par une intoxication aux glycosides cardiotoniques précipitée par une perte de potassium. Ce produit ne doit pas être utilisé chez les patients présentant un bloc atrio-ventriculaire.

CONTRE-INDICATIONS

- Patients présentant une hypersensibilité à ce médicament ou à tout ingrédient de la préparation ou composant du récipient.
- Hyperkaliémie
- Insuffisance rénale avec oligurie, anurie ou azotémie
- Maladie d'Addison non traitée
- Fibrillation ventriculaire
- Hyperplasie surrénale avec perte de sel
- Lyse tissulaire étendue notamment en cas de brûlures graves, déshydratation aiguë et crampes de chaleur
- Sensibilité accrue à l'administration de potassium (p. ex. en cas de paramyotonie congénitale ou d'adynamie épisodique héréditaire)
- Hyperadrénalisme associé au syndrome adrénogénital³
- Le bloc cardiaque induit par la digitaline de deuxième ou de troisième degré est le seul type de dysrythmie pour lequel le potassium est contre-indiqué.

POSOLOGIES

- En général, les vitesses d'administration recommandées ne doivent pas dépasser 10 mEq/heure ou 200 mEq sur une période de 24 heures si le taux sérique de potassium est supérieur à 2,5 mEq/L.
- En cas d'urgence lorsque le taux de potassium sérique est inférieur à 2,0 mEq/L ou s'il y a menace d'hypokaliémie grave (taux de potassium sérique inférieur à 2,0 mEq/L et variations à l'ECG et/ou paralysie musculaire), des débits allant jusqu'à 40 mEq/h ou 400 mEq sur une période de 24 heures peuvent être administrés en étant très prudent et en se guidant sur la surveillance continue de l'ECG et des déterminations fréquentes du taux de K⁺ sérique afin d'éviter l'hyperkaliémie et l'arrêt cardiaque.
- Les plus fortes concentrations de chlorure de potassium injectable (300 mEq/L et plus) doivent être administrées exclusivement par voie intraveineuse centrale. Comme on a signalé des douleurs et des phlébites associées à la perfusion périphérique de solution de chlorure de potassium, l'administration par voie centrale est recommandée pour permettre la dilution complète par la circulation sanguine et pour éviter l'extravasation. L'emplacement correct du cathéter doit être vérifié avant l'administration.

EFFETS INDÉSIRABLES / SURDOSAGE
- Des cas d'intoxication au potassium avec hyperkaliémie légère ou grave ont été signalés. Les signes et symptômes de l'intoxication comprennent la paresthésie des membres, l'aréflexie, la paralysie musculaire ou respiratoire, la confusion mentale, la faiblesse et la lourdeur des jambes, l'hypotension, l'arythmie cardiaque, le bloc cardiaque, les anomalies électrographiques et l'arrêt cardiaque. L'hyperkaliémie peut présenter les anomalies suivantes à l'ECG : pic des ondes T et raccourcissement des intervalles QT lorsque le potassium sérique dépasse 5,5 à 6,0 mEq/L; perte des ondes P, élargissement du complexe QRS et asystolie éventuelle avec de plus fortes élévations. Des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales et de la diarrhée ont été signalés lors de l'utilisation de solutions contenant du potassium. - Des mécanismes d'excrétion compromis ou une administration intraveineuse trop rapide du potassium peuvent entraîner une hyperkaliémie potentiellement mortelle. Il peut y avoir paresthésie des membres, apathie, confusion mentale, symptômes gastro-intestinaux (iléus, nausées, vomissements, douleur abdominale), faiblesse, jambes lourdes, paralysie musculaire et respiratoire, hypotension, troubles de la conduction cardiaque et arythmies, y compris bradycardie, bloc cardiaque, asystolie, tachycardie ventriculaire, fibrillation ventriculaire et arrêt cardiaque. L'hyperkaliémie est souvent asymptomatique et peut se manifester uniquement par une élévation du taux de potassium sérique et, possiblement, par des variations caractéristiques électrocardiographiques. Cependant, une arythmie mortelle peut survenir à tout moment.
PHARMACOCINÉTIQUE
Distribution : Le potassium pénètre d'abord dans le liquide extracellulaire, puis il est activement transporté dans les cellules où sa concentration peut être jusqu'à 40 fois plus élevée qu'à l'extérieur de celles-ci.
CONSERVATION ET STABILITÉS
- Conserver à température ambiante (15 °C à 25 °C). - Le contenant en plastique VIAFLEX Plus est fabriqué à partir de polychlorure de vinyle spécialement préparé. L'exposition à des températures supérieures à 25 °C pendant le transport et l'entreposage peut entraîner de légères pertes de la teneur en eau. Des températures plus élevées augmenteront les pertes de teneur en eau. Il est improbable que ces pertes mineures entraînent des changements significatifs sur le plan clinique avant la date de péremption. La quantité d'eau à l'intérieur du contenant qui peut pénétrer dans le suremballage est insuffisante pour avoir un effet important sur la solution. Le contact des solutions et du contenant en plastique peuvent faire en sorte que certains composés chimiques se dégagent en très petites quantités du plastique; mais les essais biologiques confirment toutefois l'innocuité des matériaux de fabrication du contenant en plastique.
Opioides [APhC, 2020; SteriMax, 2019; Sandoz Canada, 2018]⁴ Présentations parentérales disponibles : fentanyl injectable 50 mcg/ml; Remifentanyl poudre pour solution injectable 1 mg, 2mg et 5 mg/fiole; Sufentanyl injectable 50 mcg/ml Hydromorphone injectable 2, 10, 20, 50, 100 mg/ml Morphine injectable 1, 2, 5, 10, 15 mg/ml
INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES
- Traitement de la douleur postopératoire : sufentanil par voie épidurale - Analgesie d'appoint à la bupivacaïne épidurale durant le travail et l'accouchement par voie vaginale : sufentanil par voie épidurale - Traitement des percées de douleur liées au cancer chez les adultes tolérants aux opioïdes - Agents d'appoint à l'anesthésie (fentanyl, rémifentanyl, sufentanil) - Agent de premier choix pour la prise en charge de la douleur chez les patients souffrant d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST(morphine) - Traitement par agoniste opioïde injectable des cas graves ou rebelles de trouble lié à l'abus d'opioïdes chez les patients chez qui un traitement oral n'a pas donné de résultats satisfaisants ou que l'on a jugés comme étant à risque élevé de décès par surdosage (hydromorphone injectable)
CONTRE-INDICATIONS
- Hypersensibilité aux opioïdes, aux ingrédients de la préparation ou aux constituants du contenant. - Patients naïfs d'opioïdes : fentanyl - Douleur légère pouvant être soulagée autrement que par l'emploi d'opioïdes. - Insuffisance respiratoire grave, comprenant l'asthme aigu, la MPOC et l'obstruction des voies respiratoires supérieures. - Dépression du système nerveux central (SNC), traumatisme crânien et hausse de la pression du LCR. - Occlusion gastro-intestinale et affections qui perturbent le transit intestinal. - Appendicite ou pancréatite aiguës. - Troubles convulsifs. - Myasthénie grave, en raison de l'augmentation du risque de dépression respiratoire en cas de rigidité musculaire. - Alcool : éviter, en raison de l'augmentation du risque de dépression respiratoire et de dépression du SNC. - Trouble lié à l'utilisation de substances : les opioïdes ne sont pas recommandés pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. - Choc circulatoire : risque de vasodilatation causée par les opioïdes. - IMAO : éviter 14 jours avant ou après.

⁴ L'information extraite concerne surtout les molécules suivantes : fentanyl, sufentanil, rémifentanyl, hydromorphone, morphine.

POSOLOGIES
- La posologie et l'administration de tous les opioïdes doivent être personnalisées en fonction des critères suivants : la nature et la gravité de la douleur et l'état médical du patient (p. ex., fonction hépatique ou rénale), la dose quotidienne, la demi-vie et la puissance des autres opioïdes ou médicaments administrés antérieurement (auquel cas on tiendra compte du moment de la dernière dose) ou en concomitance, et le degré de tolérance. L'emploi d'analgésiques opioïdes puissants pour le traitement de douleurs persistantes doit être précédé d'une évaluation approfondie du patient et du diagnostic de la douleur et de sa cause. - Pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, les doses initiales ne devraient pas dépasser l'équivalent de 50 mg/jour de morphine. Les doses maximales devraient être inférieures à 90 mg d'équivalents morphine par jour. <u>Morphine :</u> 1–20 mg IV/IM/SC Q4H (pour la douleur); ajuster la dose en fonction de la réponse Équivalences analgésiques approximatives (parentérales) : - Morphine 10 mg = Hydromorphone 2 mg = Fentanyl 0,1 mg <u>Remifentanyl</u> - Une dose initiale de 1 mcg/kg peut être administrée sur une période de 30 à 60 secondes, puis perfusion IV continue de 0,5 à 1 mcg/kg/min pour induction de l'anesthésie par intubation. <u>Sufentanyl</u> - Utilisé en injection intraveineuse à des posologies s'élevant jusqu'à 8 mcg / kg comme adjuvant analgésique à l'anesthésie générale; et à des posologies ≥ 8 mcg / kg comme agent anesthésique principal pour l'induction et le maintien de l'anesthésie en association avec de l'oxygène pur (à 100 %).
EFFETS INDÉSIRABLES
L'administration intraveineuse rapide peut augmenter le risque de dépression respiratoire et d'hypotension.
SURDOSAGE
Dépression respiratoire (diminution de la fréquence respiratoire ou du volume courant ou des deux, respiration de Cheyne-Stokes, cyanose), somnolence extrême conduisant à la stupeur ou au coma, flaccidité des muscles du squelette, peau froide ou moite, et parfois, hypotension et bradycardie. Un surdosage grave peut produire de l'apnée, un collapsus circulatoire, l'arrêt cardiaque et la mort. Le myosis peut être l'une des caractéristiques du surdosage par un dérivé de la morphine. De la mydriase peut se manifester en fin de narcose ou en présence d'hypoxie grave; elle peut également constituer un effet toxique de la mépéridine et de l'oxycodone. Le surdosage de tramadol donne lieu à de l'hyponatrémie, de l'hypoglycémie et des crises épileptiques, de même qu'à des effets dépressifs typiques des opioïdes sur le SNC et la respiration.
PHARMACOCINÉTIQUE
<u>Fentanyl</u> - IM : début d'action : 7-15 minutes; durée d'action : 1-2 heures - IV : début d'action : presque immédiat; durée d'action : 0,5-1 heure <u>Hydromorphone</u> - Parentérale : début d'action : 15 minutes; durée d'action : 4-5 heures <u>Morphine</u> - SC : début d'action : 50-90 minutes; durée d'action : 4-5 heures - IM : début d'action : 30-60 minutes; durée d'action : 4-5 heures - IV : début d'action : 20 minutes; durée d'action : 4-5 heures <u>Rémifentanyl</u> - IV : début d'action : 1 minute; durée d'action : 5-10 minutes après l'arrêt du traitement <u>Sufentanyl</u> - IV : début d'action : 1 minute; durée d'action : données manquante
CONSERVATION ET STABILITÉS
- Remifentanyl : doit être conservé entre 2 °C et 25 °C. La fiole doit être conservée à l'intérieur de sa boîte afin de la protéger contre la lumière. Les solutions reconstituées et diluées de Rémifentanyl pour injection (de 20 mcg/mL à 250 mcg/mL) sont stables pendant 24 heures à la température ambiante (jusqu'à 25 °C) pour toutes les solutions IV recommandées, sauf pour les solutions contenant du Ringer Lactate injectable (stables pendant 4 heures). Jeter la partie inutilisée. - Fentanyl, morphine, sufentanyl, hydromorphone : Entreposer entre 15 et 30 °C. Protéger de la lumière. Jeter toute portion non utilisée (sauf pour les fioles multidoses de morphine).
Chlorhydrate de méthotriméprazine (Nozinan^{MD}) [Sanofi-Aventis Canada, 2020] Présentation disponible : 25 mg/ml, (ampoules de 1 ml)
INDICATIONS ET USAGES CLINIQUES
Nozinan est indiqué dans les cas suivants : - Troubles psychotiques : schizophrénies aiguës et chroniques, psychoses séniles, syndromes maniaco-dépressifs. Nozinan peut aussi être utile comme : - analgésique : pour soulager les douleurs dues au cancer ou au zona, les névralgies du trijumeau, les névralgies intercostales, les algies des amputés, les douleurs musculaires; et comme adjuvant analgésique postopératoire; - antiémétique : pour combattre les nausées et les vomissements d'origine centrale; - sédatif : pour traiter l'insomnie.

CONTRE-INDICATIONS
• hypersensibilité à la méthotriméprazine ou à tout ingrédient de sa formulation ou à tout • composant du contenant; • sensibilité aux phénothiazines; • coma ou de dépression du SNC dus à l'alcool, aux hypnotiques, aux analgésiques ou aux narcotiques; • dyscrasie sanguine; • insuffisance hépatique; • lésions cérébrales; • phéochromocytome; • collapsus circulatoire/hypotension grave ou trouble cardiaque grave; • anesthésie régionale ou rachidienne. • risque de rétention urinaire liée à un trouble urétrorprostatique; • risque de glaucome à angle ouvert; • antécédents d'agranulocytose; • administration en concomitance avec un agent dopaminergique.
POSOLOGIES
La posologie doit être ajustée selon l'indication et les besoins du sujet. En présence de sédation diurne trop importante, administrer de préférence des doses plus faibles pendant le jour et une dose plus forte le soir. Les patients doivent rester allongés pendant au moins une heure après l'injection, en raison du risque d'hypotension. • Voie i.m. : dose totale quotidienne de 75 à 100 mg, devant être fractionnée en injections de 25 mg pratiquées par injection intramusculaire profonde 3 ou 4 fois par jour, en pleine masse musculaire. Lorsqu'il est administré comme adjuvant analgésique postopératoire, la dose moyenne varie de 10 à 25 mg toutes les 8 heures, ce qui équivaut à 20 à 40 mg par voie orale. Si Nozinan est administré en même temps que des narcotiques, les doses de ceux-ci doivent être réduites en conséquence. • Le traitement par Nozinan doit être amorcé par de faibles doses chez les patients atteints d'artériosclérose ou de troubles cardiovasculaires.
EFFETS INDÉSIRABLES
• Effets sur le système nerveux central : De la somnolence peut apparaître au début du traitement, mais elle se dissipe peu à peu au cours des premières semaines ou cède à l'ajustement de la posologie. On a signalé des cas d'état confusionnel, de délire, de convulsions et de crise épileptique. Les réactions extrapyramidales, y compris les dystonies, l'akathisie et le parkinsonisme, ont été signalés avec des médicaments antipsychotiques. Ces réactions se corrigent par la réduction de la dose de médicament ou l'administration d'un anticholinergique. Comme pour les autres antipsychotiques, une dyskinésie tardive peut survenir chez les patients sous traitement à long terme et les symptômes peuvent persister longtemps après l'arrêt du traitement, ou peuvent être permanents, dans certains cas. Le risque semble être plus grand chez les enfants et les patients âgés. Si les signes et symptômes d'une dyskinésie tardive apparaissent pendant le traitement, une réduction de la posologie ou l'arrêt du Nozinan doivent être envisagés. Les agents antiparkinsoniens anticholinergiques n'ont aucun effet et peuvent provoquer une exacerbation. • Effets sur le système nerveux autonome : Sécheresse de la bouche et, occasionnellement chez certains sujets âgés, rétention urinaire et tachycardie. On doit avertir les patients du risque de constipation grave associé au traitement par Nozinan et leur demander d'aviser leur médecin s'ils sont aux prises avec une constipation ou si cette dernière s'aggrave, car ils pourraient devoir prendre des laxatifs. • Effets sur l'appareil cardiovasculaire : On peut observer une hypotension orthostatique lorsque le traitement est institué par voie parentérale. On a signalé de très rares cas d'allongement de l'intervalle QT et des cas isolés de mort subite pouvant être d'origine cardiaque ainsi que d'autres cas de mort subite inexpliquée chez des patients recevant des neuroleptiques phénothiaziniques. • Effets vasculaires : Des cas de thromboembolie veineuse, y compris d'embolie pulmonaire, parfois mortelle, et de thrombose veineuse profonde, ont été associés à l'emploi d'antipsychotiques. • Effets sur le sang : De rares cas d'agranulocytose ont été signalés. Des cas de neutropénie et de granulocytopénie ont également été signalés. • Effets sur le système endocrinien : Un gain pondéral a été signalé chez des patients au cours de traitements prolongés comportant l'administration de fortes doses. Des cas d'hyperglycémie ou d'intolérance au glucose ont été signalés chez des patients traités par Nozinan. • Effets sur le système gastro-intestinal : On a signalé en de très rares occasions la survenue d'une entérocolite nécrosante, affection pouvant être mortelle, chez des patients traités par Nozinan. • Hépatobiliaire : On a noté de rares cas d'ictère cholestatique, sans atteinte du parenchyme hépatique. On a également signalé des cas de lésions hépatocellulaires, cholestatiques et mixtes. • Effets métaboliques et nutritionnels : hyponatrémie et syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH). • Effets sur la peau : Les réactions de photosensibilité et les réactions allergiques sont extrêmement rares. • Effet sur l'appareil génito-urinaire : On a signalé en de très rares occasions du priapisme.

SURDOSAGE
Symptômes : Les symptômes d'intoxication aiguë comprennent la simple dépression du SNC, les spasmes, les tremblements, les convulsions toniques et cloniques, le coma accompagné d'hypotension et de dépression respiratoire.
PHARMACOCINÉTIQUE
Ø
CONSERVATION ET STABILITÉS
La solution injectable Nozinan (chlorhydrate de méthotriméprazine) doit être conservée à une température se situant entre 15 et 30 °C. Protéger de la lumière.

ANNEXE H

Information extraite concernant les protocoles d’exécution par injection létale

Tableau H-1 Information extraite concernant les protocoles actuels d’exécution par injection létale selon chacun des états Américains⁵

États	Benzodiazépines	Opioïdes	Étomidate	Bloqueur neuromusculaire	Barbiturique	Potassium (chlorure de)	Protocole (séquence d’administration)
Alabama	Midazolam 500 mg			rocuronium 600 mg		240 mEq	Midazolam, 20 ml NS, rocuronium, 20 ml NS, KCl
Arizona					pentobarbital ou pentothal 5 g		20 ml NS, pentobarbital/ pentothal, NS
Arkansas	Midazolam 500 mg ⁶			vecuronium 100 mg		240 mEq	Midazolam, 60 ml NS, vecuronium, 60 ml NS, KCl
Caroline du Nord					pentobarbital 5 g ⁶		Pentobarbital, 60 ml NS
Colorado ⁷				pancuronium 100 mg en 1 minute	Pentothal ou pentobarbital 2,5 g en 1 minute	100 mEq en 1 minute	pentobarbital/ pentothal, NS, pancuronium, 20 ml NS, KCl, NS
Dakota du Sud				pancuronium (aucune dose trouvée)	pentothal ou pentobarbital (aucune dose trouvée)	KCl (aucune dose trouvée)	Pentothal/pentobarbital Pentothal/pentobarbital, pancuronium, ± KCl
Floride			200 mg ⁶	rocuronium 1000 mg		240 mEq	Étomidate, 20 ml NS, rocuronium, 20 ml NS, KCl
Georgie					pentobarbital 5 g		Pentobarbital, 60 ml NS
Idaho				pancuronium 120 mg	pentobarbital ou pentothal 5 g ⁸	240 mEq ⁹	(pour personne de 500 livres ou moins) Pentothal/pentobarbital, 60 ml héparine NS Peut être suivi de (selon disponibilité des médicaments): Pancuronium, 60 ml héparine NS, KCl, 60 ml héparine NS
Indiana				pancuronium 100 mg OU vecuronium 120 mg	pentothal, pentobarbital ou methohexital 5 g	100 mEq	pentothal, pentobarbital ou methohexital, 50 ml NS, pancuronium, 50 ml NS, KCl
Kentucky					pentobarbital ou pentothal 5 g ⁶		Pentothal ou pentobarbital, NS
Louisiane	Midazolam 10 mg ¹⁰	Hydromorphone 40 mg			pentobarbital 5 g ¹⁰		pentobarbital, 25 ml NS OU midazolam + hydromorphone (même seringue), 25 ml NS

⁵ Death Penalty Information Center. State-by-State Execution Protocols [site Web]. Disponible à : <https://deathpenaltyinfo.org/executions/lethal-injection/state-by-state-lethal-injection-protocols>.

⁶ Répéter au besoin.

⁷ Death penalty prospectively abolished, and existing death sentences commuted on March 23, 2020, but death penalty still available for cases that are capitally charged before July 1, 2020.

⁸ Répéter si toujours conscient 3 minutes après administration. Répéter 2 fois au besoin si protocole avec 1 médicament et ECG montre activité électrique après 10 minutes.

⁹ Répéter 2 fois au besoin si après protocole avec 1 médicament, ECG montre activité électrique.

¹⁰ Répéter si activité cardiaque présente 5 minutes après la fin de l’administration (jusqu’à 2 fois pour le protocole utilisant le pentobarbital). Si activité cardiaque présente 5 minutes après la fin de la 2^e administration de midazolam+hydromorphone, administrer hydromorphone 60 mg.

États	Benzodiazépines	Opioïdes	Étomidate	Bloqueur neuromusculaire	Barbiturique	Potassium (chlorure de)	Protocole (séquence d'administration)
Mississippi	Midazolam 500 mg			pancuronium 150 mg OU vecuronium/rocuronium (<i>doses incertaines</i>)	pentothal 2 g ou pentobarbital 5 g	150 mEq	Pentobarbital/pentothal ou midazolam, 10-15 ml NS, pancuronium/vecuronium/rocuronium, 50 ml NS, KCl
Missouri					pentobarbital 5 g ⁶		pentobarbital, 30 ml NS
Montana				rocuronium 1000 mg OU pancuronium 100 mg	pentobarbital 5 g ou pentothal 3 g		pentobarbital/pentothal, rocuronium/pancuronium
Nebraska	Diazépam 2 mg/kg, répéter ad inconscient	Fentanyl 25 mcg/kg		cisatracurium 1,6 mg/kg		240 mEq	Diazépam, 50 ml NS, fentanyl, 50 ml NS, cisatracurium, 50 ml NS, KCl
Nevada	Midazolam 500 mg (50 mg/min)	Fentanyl 5000 mcg en 2 minutes + 2500 mcg prn en 2 minutes ⁶		cisatracurium 100 mg en 1 minute, répéter après 5 minutes			Midazolam, fentanyl, cisatracurium,
Ohio	Midazolam 500 mg ⁶			pancuronium 100 mg OU vecuronium 100 mg OU rocuronium 1000 mg	pentobarbital ou penthotal 5 g	240 mEq	Pentobarbital/pentothal Midazolam, rocuronium/pancuronium/vecuronium, KCl
Oklahoma	Midazolam 500 mg			vecuronium 100 mg	pentobarbital ou pentothal 5 g	240 mEq	Pentobarbital/pentothal, 60 ml héparine NS Midazolam, 60 ml héparine NS, vecuronium, 60 ml héparine NSI, KCl, 60 ml héparine NS
Tennessee	Midazolam 500 mg			vecuronium 100 mg		240 mEq	Midazolam, 50 ml NS, vecuronium, 50 ml NS, KCl, 50 ml NS
Texas					pentobarbital 5 g ⁶		Pentobarbital, NS
Utah				pancuronium 50 mg ⁶	pentothal 3 g ⁶	240 mEq ⁶	pentothal, pancuronium, KCl
Virgine	Midazolam 500 mg ⁶			rocuronium 600 mg OU pancuronium 50 mg	pentobarbital 2,5 g ou penthotal 2 g ⁶	240 mEq ⁶	Midazolam/pentobarbital/penthotal, 15-25 ml NS, rocuronium/pancuronium, 15-25 ml NS, KCl, 15-25 ml NS (protocole peut être répété en entier autant de fois que nécessaires jusqu'à la mort)
Gouvernement américain (peine de mort fédérale)					pentobarbital 5 g		Pentobarbital, 60 ml NS

KCl : chlorure de potassium; NS : solution NaCl 0,9%

ANNEXE I

Commentaires Lecteurs externes

Tableau I-1 Traitement des commentaires des lecteurs externes

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES		RÉPONSES DE L'INESSS
LECTEUR EXTERNE #1		
1. CONTENU GÉNÉRAL		
1.1.	Les informations dans le protocole médical national (PMN) et le modèle d'ordonnance préimprimée (OIP) sont-elles bien présentées et faciles à lire ? Réponse : <i>Oui, à part la section « posologie » pour l'induction du coma. Il devrait avoir une séparation plus évidente entre les deux médicaments.</i>	Afin d'en améliorer le visuel, les documents seront envoyés en infographie avant leur publication officielle sur le site web de l'INESSS.
1.2.	La méthodologie vous semble-t-elle appropriée (voir rapport en soutien)? Réponse : <i>Oui, un travail impressionnant !</i>	S.O
1.3.	Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel ? Réponse : <i>Oui</i>	S.O
1.4.	Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et l'OIP sont-ils tous présents (voir rapport en soutien) ? Réponse : <i>Oui</i>	S.O
1.5.	Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ? Réponse : <i>Oui</i>	S.O
1.6.	Les références sont-elles d'actualité ? Réponse : <i>Oui</i>	S.O

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
2. CONTENU SPÉCIFIQUE	
A. PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL (PMN)	
Section 2 : Information à transmettre ► <i>Même si les fasciculations post rocuronium sont rares, lorsque je l'injecte j'avise toujours les proches de cette possibilité et, à plusieurs reprises je me trouvais très content de l'avoir dit, car les lèvres ou les sourcils bougeaient pas mal!</i>	Selon les membres du comité consultatif, les fasciculations avec les curares non dépolarisants telles que le rocuronium sont très rares et ne sont que très peu rapportées. Ce type de manifestation surviendrait davantage avec l'usage de l'anectine (seul curare dépolarisant). De ce fait, il a été convenu de ne pas adresser ce point dans le PMN, mais l'information a toute de même été documentée dans le rapport en soutien aux travaux. De plus, puisque la pratique semble hétérogène d'un clinicien à l'autre, il a été convenu de ne pas imposer de discussion précise sur un sujet en particulier, mais plutôt de laisser au jugement du clinicien le choix de discuter ou non des différents aspects, selon la sensibilité de chacun.
Section 2 : Information à transmettre ► <i>Je ne vois pas comment c'est la responsabilité du médecin prodiguant l'AMM de s'assurer « que le corps soit facilement accessible pour » les gens des services funéraires! Ça serait un souci uniquement si on se trouvait seul avec le patient dans son milieu de vie.</i>	L'énoncé initialement proposé dans le PMN a été modifié pour le suivant : « Vérifier avec la famille ou les proches si des arrangements funéraires ont été planifiés afin qu'une entreprise de services funéraires puisse prendre en charge la dépouille une fois la procédure terminée, en rappelant que le corps devrait si possible être facilement accessible pour la prise en charge post-mortem. »
Section 3 : Plan de rattrapage envisageables en cas de perte d'accès veineux ► <i>J'admets que dans le contexte d'une AMM en cours interrompu par la perte de l'accès veineux, il me semble carrément ridicule d'exiger que le patient réponde aux critères d'une sédation palliative continue (SPC) usuelle. Si jamais il y avait une situation clinique caractérisée par une mort imminente, ça serait celui qui attend l'ambulance pour un transport à l'hôpital où l'AMM se complètera !! Une SPC à domicile n'est pas un cadeau, mais si une famille exige qu'on respecte la volonté du patient de mourir à domicile, il serait bien moins traumatisant pour les proches d'autoriser une SPC au lieu de transporter leur proche à l'hôpital en ambulance.</i> ► <i>J'approche 100 cas et, en suivant le protocole à la lettre, je n'avais jamais donné le rocuronium à un patient vivant. Ils meurent (à date) tous avant que je complète l'injection du propofol.</i>	Les membres du comité consultatif sont également d'avis que le passage à la SPC en cas de perte d'accès veineux est une option intéressante. L'élargissement récent des critères d'admissibilité à l'AMM semblait toutefois susceptible de poser problème, puisque certaines personnes qui n'ont pas nécessairement une fin de vie prévisible pourront maintenant recevoir l'AMM. Il est actuellement précisé dans le guide d'exercice sur la sédation palliative en fin de vie, publié par le CMQ et la Société québécoise des médecins en soins palliatifs, que : « ...la sédation palliative continue pourrait abrégé la vie d'un malade si celle-ci est administrée chez un patient qui a un long pronostic de survie (plusieurs semaines) et qui est encore capable de s'alimenter et de s'hydrater. C'est pourquoi la sédation palliative continue est généralement proposée et administrée à une personne malade en phase terminale dont la mort est imminente, c'est-à-dire dont le pronostic de survie est très court, souvent établi à moins de deux semaines. Diverses publications démontrent que la sédation palliative continue correctement administrée à des patients ayant un pronostic très court n'accélère pas le décès. » Lors d'une consultation avec les membres du comité de suivi, il a toutefois été soulevé que l'utilisation des termes « personnes qui répondent aux critères pour l'initiation de ce type de soin » pouvait porter à confusion puisque dans le guide

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	d'exercice sur la sédation palliative, la question de l'instauration d'une SPC selon le pronostic est débattue, et que l'indication de mort imminente n'a rien d'absolue. Il a donc été décidé de laisser au médecin le soin de décider si une SPC peut être pertinente ou non dans le contexte, en fonction notamment de la situation médicale de la personne et de sa trajectoire de fin de vie. L'énoncé a donc été modifié pour le suivant : « Dans la mesure où cette option a été discutée à l'avance avec la personne et que les médicaments, le matériel et l'aide technique nécessaires ont été prévus, la sédation palliative continue pourrait être envisagée dans certains cas lorsque jugé pertinent. » Il est par ailleurs important de souligner que des solutions, bien qu'imparfaites, demeurent disponibles dans les cas où les accès veineux sont perdus en cours de processus, ne peuvent être retrouvés, et que le médecin ne jugerait pas pertinent d'initier une SPC, soit : le transport de la personne en ambulance pour compléter la procédure, ou le report de l'AMM à un moment ultérieur (ce qui permettrait l'installation d'un dispositif d'accès veineux central pour reprendre le processus en milieu de vie, conformément au souhait de la personne). Par ailleurs, la perte d'accès veineux lors d'une AMM à domicile serait un événement peu fréquent à l'heure actuelle et la systématisation, dans le protocole de l'INESSS, de l'installation de deux voies d'accès veineux périphérique pour toute AMM, surtout lorsqu'administrée en milieu de vie, devrait rendre cet événement encore plus rare (bien que le risque ne puisse être complètement éliminé de façon certaine).
B. MODÈLE D'ORDONNANCE INDIVIDUELLE PRÉIMPRIMÉE (OIPi)	
Section : Renseignement clinique de l'utilisateur ► <i>J'aurais inséré trois lignes supplémentaires :</i> ○ <i>Date demande AMM signé</i> ○ <i>Date d'éval #1 signé</i> ○ <i>Date d'éval #2 signé</i>	Puisque l'OIPi vise principalement à servir d'ordonnance pharmaceutique pour les médicaments et le matériel nécessaires à l'administration de l'AMM et comme la demande d'AMM et les deux évaluations indépendantes sont effectuées en amont de la prescription, les trois lignes proposées n'ont pas été jugées pertinentes à ajouter au document par la majorité des membres du comité consultatif.
RAPPORT EN SOUTIEN Aucun commentaire	S.O

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES		RÉPONSES DE L'INESSS
3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE		
De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN?		S.O
Réponse : 8/10		
4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES		
Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN?		S.O
Réponse : <i>Je ne crois pas que c'est un document pour la population en général étant donné la quantité de jargon médicale. Par rapport aux « décideurs », ça dépend de leur expertise. Définitivement pour des cliniciens et des autres professionnels de la santé.</i>		
LECTEUR EXTERNE #2		
1. CONTENU GÉNÉRAL		
1.1 Les informations dans le protocole médical national (PMN) et le modèle d'ordonnance préimprimée (OIPI) sont-elles bien présentées et faciles à lire ?		S.O
Réponse : <i>En général oui. Globalement, il n'y a pas d'information superflue, l'essentiel y est bien que certaines précisions supplémentaires dans certaines sections pourraient être apportées afin de faciliter la prise de décision chez certains cliniciens qui seraient moins familiers avec le processus (Voir commentaires plus détaillés ci-bas). Pour ce qui est de l'OIPI, j'aurais quelques recommandations plus *cosmétiques* à recommander (Voir commentaire plus détaillé ci-bas) notamment avec la façon de présenter certaines données du patient à la page 1 de l'OIPI (Poids, allergie, date prévue de l'AMM etc.)</i>		
1.2 La méthodologie vous semble-t-elle appropriée (voir rapport en soutien)?		S.O
Réponse : <i>Je suis loin d'être un expert en la matière. J'ai par contre lu avec attention cette section pour bien comprendre le processus entourant le choix des références et la rédaction des outils cliniques. On y constate vraiment la grande rigueur ayant accompagné tout le processus. Dans les circonstances, j'ai trouvé très judicieux le fait de faire appel à plusieurs groupes distincts pour la consultation/révision des outils notamment la consultation de certains utilisateurs potentiels des outils. On sent que les outils proposés ont tenu compte des commentaires et observations du terrain et non seulement de la littérature.</i>		

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
1.3 Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel ? Réponse : <i>Totalement. Tel que décrit en 1.2, le grand souci que vous avez eu de vous entourer de collaborateurs chevronnés en la matière apporte cette vision terrain qui permettra justement de pouvoir appliquer ces outils aisément. J'ai pris la peine d'analyser les outils en tenant compte notamment de ma réalité particulière (pratique en région éloignée/isolée afin parfois d'importantes contraintes logistiques permettant l'organisation de l'AMM). Malgré mon contexte particulier, je peux vous confirmer que dès la 1ère lecture, j'étais pleinement en mesure de confirmer que tout serait facilement utilisable dans mon milieu, sans enjeu d'applicabilité. Alors, si les outils passent le test de la Côte-Nord, ça peut être utilisé partout au Québec.</i>	S.O
1.4 Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et l'OIPI sont-ils tous présents (voir rapport en soutien) ? Réponse : <i>Après lecture et analyse, je crois bien que tout est là.</i>	S.O
1.5 Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ? Réponse : <i>Oui. Voir quelques commentaires de ma part dans la section du *Contenu spécifique*. Il y a quelques éléments très ciblés qui mériteraient peut-être quelques petites précisions pour éviter certaines questions de la part de cliniciens peu expérimentés (sur le plan de sauvetage notamment).</i>	S.O
1.6 Les références sont-elles d'actualité ? Réponse : <i>Oui. On fait référence aux lois, lignes directrices, guides cliniques actuellement en vigueur un peu partout sur la planète où le soin est prodigué.</i>	S.O
2. CONTENU SPÉCIFIQUE	
A. PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL (PMN)	
Général ► <i>Au départ, ce n'était pas totalement clair pour moi à qui s'adressait exactement le contenu du PMN (personnel infirmier, médecins seulement, un peu des deux ??). La plupart des PMN produits par l'INESSS permettent d'appliquer une OC pour du personnel infirmier, alors ça m'a généré un peu de confusion. On comprend par contre à la lecture qu'il est principalement destiné aux médecins directement. Alors, je ne modifierais rien mais ce fut mon premier réflexe en débutant la lecture.</i>	S.O

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Section : Situation clinique ou clientèle ► <i>Dans le point 1, au départ j'aurais suggéré de lister les conditions d'admissibilité à l'AMM. Pour des cliniciens peu expérimentés dans le processus, il y aurait eu un bénéfice à en faire un tableau synthèse pour les guider. En lisant plus loin le rapport en soutien, je me joins aux arguments des membres à l'effet de ne pas les inscrire pour éviter de devoir refaire l'addenda aux protocoles selon les changements législatifs. Le fait que l'on précise les liens pour accéder à ses critères rend tout de même l'information disponible pour les cliniciens et les GIS sont là pour seconder les équipes.</i>	S.O
Section : Appréciation de la condition de santé – Histoire de Santé ► <i>Dans le point 1.1 (Histoire de santé) : Avant de poursuivre la lecture, je m'étais noté qu'il aurait été pertinent de donner plus de précision sur le pourquoi de porter une attention particulière aux conditions de santé inscrites (oxygénothérapie, DCI...). Serait-il possible dans cette section de faire une référence à la section 4.3 dans cette section pour plus de détail. Le médecin qui se demandera pourquoi il doit surveiller ces aspects pourra tout de suite s'il le veut lire et comprendre le pourquoi.</i>	Les modifications suggérées ont été apportées au libellé initialement proposé dans le PMN.
Section : Appréciation de la condition de santé – Installation des voies d'accès ► <i>Dans le point 1.4 : Il est inscrit d'irriguer les voies centrales * régulièrement*. Ce terme pourrait porter à interprétation selon l'infirmière qui donne le soin. Ne devrait-on pas préciser plutôt un intervalle X pour l'irrigation ou bien de référer à une méthode de soin ou le processus en vigueur dans l'établissement</i>	Puisque cet aspect relève davantage des méthodes de soins infirmiers, il a été convenu de ne pas préciser ou baliser les intervalles de temps. Les modifications suivantes ont toutefois été apportées au libellé initialement proposé dans le PMN : ➤ Une fois installées, irriguer les voies d'accès (périphériques ou centrales) régulièrement, selon les processus en vigueur, afin de s'assurer qu'elles soient fonctionnelles et perméables
Section : Plan de rattrapage envisageable ► <i>J'aurais préféré le voir en 4 plutôt qu'en 3, après le volet sur l'administration des médicaments...pour moi ce serait plus logique vu que le plan de rattrapage sera utilisé si le volet administration des médicaments ne fonctionne pas. Je comprends tout de même la logique de le mettre en 3, avant le volet administration des médicaments et suis à l'aise que ça demeure ainsi.</i>	S.O

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Section : Plan de rattrapage envisageable ► <i>Je mettrais plus de détails sur les solutions pour favoriser l'accès veineux (ex : Nitroglycérine sur la peau...combien de vaporisation ? à quel intervalle ? quand peut-on tenter ensuite de réinstaller une voie ?). Ce serait bien que ce soit minimalement précisé pour éviter que certains cliniciens, dans la panique veuillent utiliser la méthode et se pose des questions ou interpellent le pharmacien en urgence. C'est un détail tout de même.</i>	Après discussion avec le comité consultatif, peu d'expérience a été rapportée pour l'utilisation de la nitroglycérine dans ce contexte. Cette suggestion d'utiliser la nitroglycérine en vaporisateur ou en timbre cutané pour induire une vasodilatation provient du guide des Pays-Bas, bien qu'aucune posologie n'y soit précisée [KNMG/KNMP, 2012]. Il a toutefois été souligné par certains membres du comité consultatif que le vaporisateur serait à privilégier puisque les comprimés sublinguaux pourraient être plus difficiles à administrer dans un contexte d'AMM alors que la voie cutanée présenterait un délai d'action plus long. Il serait alors possible d'administrer 2 vaporisations sur ou sous la langue et d'attendre 5 minutes avant de réinstaller la voie. Ce processus pourrait être répété une seconde fois en cas d'échec après la première tentative. Une note de bas de page a été ajoutée au PMN pour présenter cette façon d'utiliser la nitroglycérine.
Section : Plan de rattrapage envisageable ► <i>Molécules pour le plan de rattrapage : Je trouve que c'est vraiment une excellente idée !!! Par contre, considérant que plusieurs médecins pratiquant l'AMM n'ont pas nécessairement beaucoup d'expérience des soins palliatifs, je suis convaincu qu'autant cette section est nécessaire autant il risque d'y avoir beaucoup de médecins qui ne sauront pas quoi cocher. Serait-ce possible de préciser si une molécule est préférée à l'autre ? La ou les doses recommandées à administrer ? (Ex : On précise de mettre 1 fiole de 4 mg de Lorazépam et un total de 100 mg de méthotriméprazine...est-ce que ça signifie automatiquement que la dose à administrer est de 4 ou de 100 mg ??) Bref, un petit guide avec quelques explications pour permettre aux cliniciens de prendre la décision la plus éclairée possible et qu'il saura parfaitement quoi faire</i>	Après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de proposer des doses de départ pour chaque molécule, avec une indication de doses supplémentaires pouvant être administrées 60 minutes après la première dose. De plus, les quantités qu'il est suggéré de fournir pour chaque médicament devraient suffire pour administrer deux doses (à dose maximale); par souci de cohérence, la quantité fournie pour le méthotriméprazine a été modifiée à 2 fioles. Les informations suivantes ont été ajoutées au PMN : Posologie : • Lorazépam : 2 mg SC (administrer au besoin une dose supplémentaire après 60 minutes) • Méthotriméprazine : 12,5 à 25 mg SC (administrer au besoin une dose supplémentaire après 60 à 90 minutes)
Section : Plan de rattrapage envisageable ► <i>Harmonisation des termes à utiliser : Parfois on parle de *patient* et parfois de *personne*</i>	Les modifications suggérées ont été apportées dans tous les documents

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Section : Administration de l'AMM ► <i>Le tableau est très clair, très visuel et toute l'info requise s'y retrouve. Je n'y toucherais pas. Il est parfait !</i> ► <i>Dans le guide actuel du CMQ pour l'administration de la médication, on précise de rincer complètement après l'inducteur du coma. Si ensuite, on a un doute sur l'induction du coma, on poursuit avec une nouvelle dose supplémentaire et on rince complètement ensuite, ce qui fait qu'on devait laisser 2 seringues de NaCl pour cette opération (au cas où une deuxième dose d'inducteur du coma devait être donné). On n'en fait mention dans le PMN et l'OIPI. Est-ce voulu ? Dans ce cas, on pourrait préciser que si doute à l'induction du coma après la dose initiale prévue, que l'on poursuit avec la deuxième dose prévue sans rincer entre les deux ? Considérant que c'est un changement d'approche vs le guide actuel du CMQ</i>	Après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu qu'il n'est pas nécessaire de rincer entre les deux doses d'inducteur de coma, mais seulement avant l'administration du bloqueur neuromusculaire. Le volume résiduel de l'inducteur de coma dans la tubulure étant relativement négligeable par rapport au volume total injecté et ce volume résiduel sera de toute façon administré lors de l'injection de la deuxième dose du médicament ou lors de l'étape de rinçage obligatoire avant l'administration du bloqueur neuromusculaire. La note suivante a aussi été ajoutée au bas du tableau de la section 4.4 du PMN, en lien avec l'utilisation d'une 2^e dose d'inducteur de coma au besoin : « Il n'est pas nécessaire de procéder au rinçage du dispositif d'injection entre ces deux doses. » Aucune note n'a été ajoutée à cet effet dans l'OIPI puisque celle-ci réfère intégralement aux directives du PMN.
B. MODÈLE D'ORDONNANCE INDIVIDUELLE PRÉIMPRIMÉE (OIPI)	
Général ► <i>Détail très cosmétique. Pour inscrire le nom de l'utilisateur, il serait préférable de mettre un espace pour adressographe et mettre les caractères pour une inscription manuelle plus en filigrane pour ne pas nuire à la qualité de visualisation si adressographe utilisé</i>	La modification proposée a été apportée à l'OIPI.
Section : Renseignements cliniques de l'utilisateur ► <i>J'aurais aimé revoir la façon de présenter l'information des sections *renseignements cliniques sur l'utilisateur* et *modalités entourant l'administration de l'AMM*. Je trouve que les infos sont un peu noyées dans le texte et plus en bas de page. C'est pour moi de l'info importante pour lequel on veut y avoir accès facilement et avec clarté. Possibilité de faire un tableau synthèse sous l'adressographe en début de page pour capter l'œil et l'attention du médecin, de l'ATP et du pharmacien qui vont traiter l'ordonnance.</i> ► <i>Est-ce vraiment pertinent d'inscrire et de faire cocher sur l'OIPI si l'utilisateur a de l'oxygénothérapie ou un DCI ? Ça ne change rien pour le pharmacien qui délivre la médication.</i>	Les sections « Renseignements cliniques sur l'utilisateur » et « Modalités entourant l'administration de l'AMM » ont été déplacées en haut de la première page. Les informations ont été présentées comme suggéré sous forme de tableau. L'option de cocher en présence d'un DCI a été conservée sur l'OIPI, puisque ceci peut modifier la constitution des trousses dans le cas d'une AMM en domicile (possibilité de fournir un aimant de qualité médicale pour désactiver le DCI). La mention d'oxygénothérapie n'est toutefois pas inscrite à l'OIPI vu qu'il ne s'agit pas d'un élément important à connaître pour le pharmacien qui sert la médication.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Section : Médicaments prescrits ► <i>Pour le contenu de la trousse 2 : Je me questionne si on ne devrait pas avoir seulement à un endroit dans la case en fiole (sauf si indications contraires), une case à cocher juste en dessous pour la préparation en seringue si requis. Éviterait de remettre cette case à cocher dans toutes les cases de médicaments ...à moins que l'objectif était de permettre à un médecin de choisir qu'il voudrait à la pièce un médicament en seringue dans la 2ème trousse ?</i> ► <i>Les addenda 2 et 3 en bas de page, par souci de clarté, j'inscrirais la recette dans la posologie dans le tableau et non en bas de page. Moins de risque de confusion à la lecture et à la préparation des doses.</i> ► <i>Bupivacaïne : Je comprends la logique des cases à cocher mais sur le coup à l'œil, ça fait curieux. On ne veut pas le préparer d'emblée en seringue même à la trousse 1 ce qui est bien correct. Par contre, dans la trousse 1, on y inscrit *servir en fiole* et dans la case 2, on fait cocher * servir en seringue*, ce qui fait particulier initialement à l'œil, mais tel que mentionné, je comprends bien l'objectif....une personne *non-initiée* y verra peut-être un non-sens</i>	L'objectif était effectivement de permettre au prescripteur de choisir à la pièce les médicaments Les addenda 2 et 3 ont été retirées et l'information qu'elles contenait a été intégrée dans le tableau des médicaments. La section du tableau contenant entre autres la bupivacaïne a été séparée du tableau des médicaments prescrits. Ainsi, pour ces médicaments à utiliser au besoin, il a été précisé de les préparer en fioles à moins d'indication contraire. Ceci fait en sorte que les cases à cocher pour la bupivacaïne mentionnent « en seringue » à la fois pour la trousse #1 et pour la trousse #2.
Section : Matériel ► <i>Sauf peut-être pour l'aimant, j'aurais mis une liste de matériel standardisé sans case à cocher. Dans notre milieu, nos trousses sont montées avec une liste de matériel standardisé (que l'on retrouve dans le guide du CMQ). Je crois qu'il serait faisable de proposer une liste de matériel standardisé, sans case à cocher ni quantité à inscrire, qui serait laissé en permanence dans les trousses. Un médecin pourrait à la limite demander à la pièce quelque chose de spécial le cas échéant. Le matériel dans les trousses demeure dans les trousses, ce serait beaucoup plus simple pour tous les intervenants impliqués et moins de risque d'incident/oubli en lien avec le matériel.</i>	Les cases à cocher ont été retirées pour tous les éléments, sauf pour l'aimant et le formulaire SP-3. Puisque l'OIPI est un modèle pouvant être modifié et qu'il semble difficile de déterminer des quantités à inscrire pour le matériel en cas d'administration SC ou IM, les milieux pourront les préciser selon leurs pratiques locales.
RAPPORT EN SOUTIEN Aucun commentaire	S.O
3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE	
De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN? Réponse : 10/10 (En tenant compte de l'absence ou du peu d'étude sur le sujet)	S.O

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES		RÉPONSES DE L'INESSS
4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES		
Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN? Réponse : Médecins, Pharmaciens (hospitaliers principalement), Personnel infirmier appelé à collaborer avec l'équipe interdisciplinaire dans la prestation du soin (autant en milieu hospitalier, maisons de soins palliatifs, CHSLD, Soutien à domicile), Membres des équipes psycho-sociales impliqués dans le processus de l'AMM (psychologues, travailleurs sociaux), Gestionnaires cliniques (pour bien comprendre les enjeux et seconder les équipes terrains qui vont collaborer à offrir ce soin), Membres des groupes interdisciplinaires de soutien		s.o
LECTEUR EXTERNE #3		
1. CONTENU GÉNÉRAL		
1.1. Les informations dans le protocole médical national (PMN) et le modèle d'ordonnance préimprimée (OIPi) sont-elles bien présentées et faciles à lire ? Réponse : <i>Oui</i>		s.o
1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée (voir rapport en soutien)? Réponse : <i>Oui</i>		s.o
1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel ? Réponse : <i>Oui. Tout à fait</i>		s.o
1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et l'OIPi sont-ils tous présents (voir rapport en soutien) ? Réponse : <i>Oui</i>		s.o
1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ? Réponse : <i>Oui, dans une certaine mesure</i>		s.o
1.6. Les références sont-elles d'actualité ? Réponse : <i>Oui, à ma connaissance</i>		s.o

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
2. CONTENU SPÉCIFIQUE	
PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL (PMN)	
<i>Section 1</i> ► <i>Installation des voies d'accès en fonction de la qualité du potentiel veineux : colonne no 3: on dit l'installation d'une voie centrale devrait être fortement considérée. Je ne vois pas d'autres options que l'installation d'une voie centrale type PiccLine ou tenter l'installation d'une voie périphérique échoguidée</i>	Selon la majorité des membres du comité consultatif, dans les cas où il est impossible d'avoir deux voies périphériques de bon calibre, il est effectivement préférable surtout lorsque l'AMM est pratiquée en milieu de vie, de prévoir l'installation d'un PICC line. Toutefois, il a été convenu de laisser davantage place au jugement du clinicien, selon son niveau d'aisance, s'il est confortable avec l'installation de deux accès veineux de calibre plus petit que 18 ou 20 G. De ce fait, l'énoncé n'a pas été modifié.
<i>Section 2</i> ► <i>Dans 2 établissements où je travaille, il n'est pas nécessaire d'impliquer à l'avance une infirmière en don de tissus, puisque la procédure est la même que pour n'importe quel autre décès. Héma-Québec est prévenu après le décès. C'est évidemment tout à fait différent lorsqu'il y a dons d'organe. Il faudrait distinguer les 2 situations cliniques qui sont très différentes</i>	Les modifications suggérées ont été apportées dans le document.
<i>Section 2.</i> ► <i>Vérifier avec la famille ou les proches si des arrangements funéraires ont été planifiés afin qu'une entreprise de services funéraires puisse prendre en charge la dépouille une fois la procédure terminée, en s'assurant que le corps reste disponible pour eux... je ne comprends pas le sens de l'énoncé en gras</i>	Basé sur l'expérience de certains experts consultés, la prise en charge post-mortem de la dépouille par les entreprises de services funéraires peut parfois s'avérer compliquée (p.ex., prise en charge post-mortem d'une personne obèse décédée au 2^e étage d'une maison de soins palliatifs dont la civière ne rentre pas dans l'ascenseur). Bien que cette situation soit rare, les experts ont tout de même jugé bon d'ajouter une note à cet égard. L'énoncé initialement proposé dans le PMN a donc été modifié pour le suivant : « Vérifier avec la famille ou les proches si des arrangements funéraires ont été planifiés afin qu'une entreprise de services funéraires puisse prendre en charge la dépouille une fois la procédure terminée, en rappelant que le corps devrait si possible être facilement accessible pour la prise en charge post-mortem. »
<i>Section 3</i> ► <i>Plan de rattrapage : Il serait peut-être utile de préciser la technique de nitroglycérine en vaporisateur. Devrait on inclure de la nitroglycérine dans les trousses?</i>	Après discussion avec le comité consultatif, peu d'expérience a été rapportée pour l'utilisation de la nitroglycérine dans ce contexte. Cette suggestion d'utiliser la nitroglycérine en vaporisateur ou en timbre cutané pour induire une vasodilatation provient du guide des Pays-Bas, bien qu'aucune posologie n'y soit précisée [KNMG/KNMP, 2012]. Il a toutefois été souligné par certains membres du comité consultatif que le vaporisateur serait à privilégier puisque les comprimés sublinguaux pourraient être plus difficiles à administrer dans un contexte d'AMM alors que la voie cutanée présenterait un délai d'action plus long. Il serait alors possible d'administrer 2 vaporisations sur ou sous la langue et d'attendre 5 minutes avant de réinstaller la voie. Ce processus pourrait être répété une seconde fois en cas d'échec après la première tentative. Une note de bas de page a été ajoutée au PMN pour présenter cette façon d'utiliser la nitroglycérine.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	Par ailleurs, la nitroglycérine n'a pas été ajoutée comme constituant de base dans les trousse d'AMM puisque ce n'est pas une composante essentielle de cette procédure, mais plutôt un outil que le clinicien pourrait envisager au besoin, selon son degré d'aisance, son expérience ainsi que les autres options disponibles dans son milieu.
Section 3 ► <i>Plan de rattrapage : Pour la SPC, le médecin doit avoir avec lui les médicaments nécessaires pour initier le soin. Une fois le soin initié, le médecin peut faire livrer par la pharmacie les médicaments nécessaires pour poursuivre la sédation. En fait, dans la nouvelle trousse qui contiendra du lorazepam +/- phénobarbital ou nozinan, cela ne posera pas problèmes d'initier le soin. Une SPC est effectivement plus compliquée à domicile qu'à l'hôpital mais peut très bien se faire. On peut également penser initier le soin à domicile et éventuellement transféré le patient en centre hospitalier ou unité de soins palliatifs, tout en maintenant jusqu'au décès, une sédation palliative continue.</i>	s.o
Section 4 ► <i>Personnellement, j'attends que le patient soit bien endormi avant de retirer l'oxygène particulièrement chez les patients très inconfortables sans O2. Ce n'est pas toujours le cas après l'étape d'anxiolyse. J'attends donc le moment qui me semble le plus approprié. Le plus souvent, cela survient après l'administration du midazolam mais quelques fois, chez certains patients, il faut débiter le propofol avant que la personne soit bien sédaturée. Je mettrais cette étape avant celle de l'oxygénothérapie</i>	Après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de modifier la phrase initialement proposée dans le PMN pour la suivante : ➤ Cessez l'oxygénothérapie dès que la personne est sous sédation.
Section 4 En cas de doute, discuter avec l'équipe médicale impliquée dans l'administration de l'AMM du besoin de diminuer les doses ou de cesser la prise de certains médicaments avant le début de la procédure. ► <i>Je ne suis pas certaine de qui on parle ? Est-ce qu'on parle de l'équipe soignante ou traitante ou de l'équipe impliquée dans l'AMM (si ce n'est pas la même équipe). Cette phrase n'est pas claire. À mon avis, c'est l'équipe impliquée en AMM qui doit parler à l'équipe soignante si elle désire des modifications à l'avance de la médication.</i>	De manière à simplifier les choses et pour ne pas créer de confusion, les modifications en gras ont été apportées au libellé initialement proposé dans le PMN : ➤ En cas de doute, discuter avec l'équipe interprofessionnelle du besoin de diminuer les doses ou de cesser la prise de certains médicaments avant le début de la procédure.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Section 4 ► Si agitation paradoxale, passez immédiatement à l'étape d'induction du coma, en omettant la lidocaïne ?	Selon quelques membres du comité consultatif, en présence d'une agitation paradoxale suivant l'administration du midazolam, la lidocaïne pourrait être administrée. Par contre, selon la majorité des membres consultés, la lidocaïne ne fera pas la différence si le patient est agité. Il est donc effectivement mentionné dans le protocole d'injecter immédiatement l'inducteur de coma, puisqu'après l'injection de lidocaïne, il faut généralement attendre quelques secondes pour que le médicament fasse effet, ce qui est peut-être moins propice dans le contexte d'une agitation paradoxale.
Section 4. ► Plusieurs médecins omettent la lidocaïne en présence d'une voie centrale. Je crois comprendre dans le guide que l'administration sera obligatoire.	Selon certains membres du comité consultatifs, lorsqu'une voie centrale est installée, la lidocaïne n'a pas nécessairement besoin d'être administrée puisque l'utilisation de cette voie n'est pas douloureuse. Ce sont majoritairement les petites veines périphériques et plus particulièrement celles qui se retrouvent en dessous du coude qui sont les plus douloureuses lors de l'injection du propofol. Cependant, de manière à simplifier le protocole et pour minimiser les risques d'oublis, il a été convenu de conserver cette étape de manière systématique et ce, peu importe le type de voie installée, qu'elle soit centrale ou périphérique.
Section 5 ► Remplir le formulaire SP-3 : Est-ce qu'on doit préciser qu'au Québec, la mention d'AMM ne doit pas apparaître sur le formulaire SP3. À vérifier	Puisque cet aspect sort du cadre des présents travaux, il n'a pas été abordé dans le PMN. L'information a toutefois été ajoutée dans le rapport en soutien.
Annexe 1 ► Ce tableau est intéressant mais il est généralement conseillé de ne vérifier la fonction cardiovasculaire (pouls) qu'après l'administration du curare. Il faudrait peut-être ajouter une note en ce sens	Les critères de coma, ont été ajouté directement dans le tableau des médicaments et posologie à la section 4.4. et détaillent les principaux critères pour vérifier l'installation d'un coma artificiel après l'administration des doses d'inducteur de coma tel que mentionné dans la plupart des guides et lignes directrices.
A. MODÈLE D'ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE (OIP)	
Identification du patient ► Permettre identification de la personne par adressographe et non pas uniquement manuellement	Les modifications suggérées ont été apportées dans le document.
Renseignements cliniques de l'utilisateur ► Le poids n'est pas une information pertinente sauf en cas d'obésité importante. Cette information est difficile à colliger dans les milieux de vie ou si la mobilité de la personne est compromise.	Le PMN spécifie que les dosages recommandés sont indiqués pour les personnes pesant jusqu'à 150 kg. Au-delà ce poids, une consultation avec un collègue expérimenté devrait être considérée. Ainsi, il n'est effectivement pas nécessaire d'avoir le poids exact de l'utilisateur, mais seulement d'être au courant si celui-ci pèse plus de 150 kg. Une case à cocher si c'est le cas a été ajoutée au modèle d'OIP.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Don de tissus ▶ Quel est l'objectif visé par cette information? La discussion entourant le don de tissu (cornée) n'a pas nécessairement eu lieu quand on rédige l'ordonnance. Je retirerais cet élément (ou le laisserais optionnel) puisque cela n'a aucun impact sur la médication à obtenir pour l'AMM. ▶ De plus, puisque l'AMM en présence de dons d'organes est tout à fait différente que l'AMM en présence d'un don de tissus, en termes d'organisation du soin, je ne regrouperais pas cette information sur la même ligne.	La nécessité de documenter si un don d'organe ou de tissus est envisagée a été retirée du modèle d'OIPI, puisque ces situations n'influencent pas directement les médicaments prescrits.
Modalités entourant l'administration de l'AMM ▶ Svp formater « an/mois/jour et heure » pour s'assurer que l'information soit facilement lisible pour tous. ▶ Milieu de vie : Dans la note en bas de page, je donnerais des exemples : domicile, CHSLD...	Les modifications suggérées ont été apportées dans le document. De plus, la note de bas de page concernant le milieu de vie a été modifiée (à la fois dans le modèle d'OIPI et le PMN) pour fournir des exemples : à domicile, CHSLD, maison de soins palliatifs.
Médicaments prescrits ▶ Dans certains milieux, il n'y a plus 2 trousses (2 valises). Une seule valise contient le contenu des 2 trousses. Nettement plus facile pour le transport lorsqu'on pratique en milieu de vie tel que le domicile. Toutefois, je crois comprendre que cela pourrait poser problèmes en lien avec l'aimant. Peut-on envisager un autre moyen pour entreposer l'aimant ?	Les questions relatives à la présentation des médicaments sous forme de trousses ne font pas partie du mandat de l'INESSS pour ce projet. Une mention de se référer au guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir pour ces informations a été ajoutée au modèle d'OIPI. De plus, la mention de placer l'aimant dans la 2^e trousse a été retirée et la note de bas de page suivante a été ajoutée : « À noter que ce type d'aimant est généralement très puissant et pourrait être problématique si placé trop près du matériel métallique inclus dans les trousses. »
Prolongation de l'état d'inconscience ▶ Cf Page 39 du Guide : Je crois comprendre que l'ativan sera d'emblée ajouté dans la trousse no 1. Si c'est le cas, il faudrait ne pas avoir à le 'cocher'. Pour le méthotriméprazine et phéno, cela ne m'apparaît pas clair (p 39), doit-on choisir l'un des deux en plus de l'ativan ? Est-ce ATIVAN + phénobarbital ou méthotriméprazine ? Si c'est le cas, il faut que l'ordonnance reflète ces choix.	Le lorazépam et la méthotriméprazine constituent deux options distinctes pour prolonger l'état de conscience en cas de perte d'accès veineux. L'option choisie sera ajoutée à la 1^{re} trousse selon le médicament choisi par le prescripteur. Une mention de fournir un seul de ces médicaments a donc été ajoutée à l'OIPI. De plus, le rapport en soutien aux travaux a été modifiée pour clarifier cette section.
B. RAPPORT EN SOUTIEN	
▶ Si une diffusion à la population générale est envisagée, une réflexion devrait être faite à savoir s'il est pertinent et souhaitable de garder l'information liée à l'usage de la médication dans un cadre judiciaire aux E.U. Toutes les références aux documents liés à la peine de mort peuvent peut-être rendre certaines personnes inconfortables. Il y a quelques années, des reportages avaient mentionné que les procédures ne se déroulaient pas toujours bien. De plus cette association entre AMM et peine de mort peut créer un malaise...	Les documents ne seront pas diffusés à la population en générale. Ils seront accessibles uniquement via le site Web du CMQ.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES		RÉPONSES DE L'INESSS
► AMM en milieu de vie : Pour certains médecins, certaines des demandes pourraient entraîner des questionnements éthiques. Ex: dans le cas d'une demande d'AMM qui se déroulerait dans un hôtel: doit-on obtenir l'accord des propriétaires de l'endroit ? Mais ce questionnement dépasse probablement le cadre de document.		Puisque cet aspect sort du cadre des présents travaux, il n'a pas été abordé dans le PMN. Cet enjeu a toutefois été rapporté dans le rapport en soutien.
► Don de tissus et don d'organe : L'information à donner et l'organisation des soins pour le don de tissus et le don d'organes est complètement différent. Je séparerais ces 2 concepts. Dans le cas de dons de tissus, nous n'avons généralement pas besoin d'aviser à l'avance l'infirmière de liaison ou infirmière ressource. Les démarches entourant le don de tissus post AMM sont les mêmes que pour n'importe quel autre décès		Les modifications suggérées ont été apportées dans le document.
3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE		
De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN? Réponse : 9/10		S.O
4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES		
Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN? Réponse : <i>Tous les professionnels de la santé, gestionnaires dans le réseau de la santé.</i> <i>Quant à la population générale, une version plus abrégée pourrait être proposée.</i>		S.O

ANNEXE J

Sondage futurs utilisateurs

Questions générales

1. Quelle est votre profession ?

Médecin de famille

☐

Autres spécialités, SVP veuillez préciser :

☐

2. Avez-vous déjà administré l'aide médicale à mourir :

Oui

☐

Non

☐

a. Combien d'AMM avez-vous administrés approximativement jusqu'à maintenant? _____

b. Dans quel contexte ?

En établissement (ou en milieu hospitalier)

☐

En CHSLD

☐

En maison de soins palliatifs

☐

Autre (p.ex. à domicile)

☐

3. Veuillez SVP inscrire votre nom, titre, spécialité, acronymes, affiliation, établissement dans cette section. *(Veuillez noter que cette question est uniquement à visée administrative, afin de nous permettre de vous citer adéquatement dans le rapport final pour votre participation à ce projet et de faire une relance ciblée des candidats qui n'auraient pas répondu au sondage, si nécessaire. Cette question ne sera pas utilisée pour relier les réponses à un répondant spécifique) :*

Commentaires :

Questions portant sur le protocole médical national (PMN)

4. Le contenu du PMN sur l'administration de l'AMM chez l'adulte est **pertinent** à votre pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain):

<i>Totalement en accord</i>	<i>Plutôt en accord</i>	<i>Plutôt en désaccord</i>	<i>Totalement en désaccord</i>
Commentaires : _____			

5. Le PMN présente l'information de façon **claire et facile à comprendre** :

<i>Totalement en accord</i>	<i>Plutôt en accord</i>	<i>Plutôt en désaccord</i>	<i>Totalement en désaccord</i>
Commentaires : _____			

6. L'application des directives contenues dans le PMN dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière :

<i>Totalement en accord</i>	<i>Plutôt en accord</i>	<i>Plutôt en désaccord</i>	<i>Totalement en désaccord</i>
Commentaires : _____			

7. L'algorithme concernant l'installation des voies d'accès (section 1.4 du PMN) est clair, convivial et contient toute l'information nécessaire pour aider le clinicien dans sa décision ?

<i>Totalement en accord</i>	<i>Plutôt en accord</i>	<i>Plutôt en désaccord</i>	<i>Totalement en désaccord</i>
Commentaires : _____			

8. Le tableau sur la **posologie** en pages 5 et 6 du PMN est clair, convivial, facile d'utilisation et contient toute l'information nécessaire pour aider le clinicien à administrer l'AMM.

<i>Totalement en accord</i>	<i>Plutôt en accord</i>	<i>Plutôt en désaccord</i>	<i>Totalement en désaccord</i>
Commentaires : _____			

9. Avez-vous des **commentaires supplémentaires** en lien avec la qualité, la clarté et la convivialité du PMN sur l'administration de l'AMM chez l'adulte ?

Commentaires : _____

Questions portant sur le modèle d'ordonnance individuelle préimprimée (OIPI)

10. Le contenu du modèle d'ordonnance préimprimée (OIPI) pour l'AMM chez l'adulte est **pertinent** à votre pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain):

Totalement en accord

Plutôt en accord

Plutôt en désaccord

*Totalement en
désaccord*

Commentaires : _____

11. Le modèle d'OIPI présente l'information de façon **claire et facile à comprendre** :

Totalement en accord

Plutôt en accord

Plutôt en désaccord

*Totalement en
désaccord*

Commentaires : _____

12. Avez-vous des **commentaires supplémentaires** en lien avec la qualité, la clarté et la convivialité du modèle d'OIPI ?

Commentaires : _____

13. Avez-vous d'autres commentaires sur le PMN ou le modèle d'OIPI ?

Commentaires : _____

Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs

Tableau J-1 Traitement des réponses au sondage des futurs utilisateurs

QUESTIONS	Répartition des réponses (5 répondants)	%
GÉNÉRAL		
1. Quelle est votre profession?	Médecin de famille (n= 6)	78
	Autres spécialités (n=2)	25
2. Avez-vous déjà administré l'AMM?	Oui (n=8)	100
	Non (n=0)	0
a. Si oui, combien d'AMM avez-vous administrés approximativement jusqu'à maintenant?	Moins de 10 (n=1)	12,5
	Entre 10 et 100 (n=6)	75
	Plus de 100 (n=1)	12,5
b. Si oui, Dans quel contexte?	En établissement (n=8)	89
	En CHSLD (n=3)	33
	En maison de soins palliatifs (n=4)	44
	Autres (p.ex., à domicile) (n=8)	89
3. Veuillez SVP inscrire votre nom, titre, spécialité, acronymes, affiliation, établissement dans cette section.	s.o	
PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL		
4. Le contenu du PMN sur l'administration de l'AMM chez l'adulte est pertinent à ma pratique ou à celle de mes collègues (adapté à la réalité et aux besoins du terrain) :	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en accord (n= 5)	63
	Plutôt en accord (n= 3)	37
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 0)	0
5. Le PMN présent les informations de façon claire et facile à comprendre :	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en accord (n= 6)	75
	Plutôt en accord (n= 2)	25
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 0)	0
6. L'application des directives contenues dans le PMN dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière :	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en accord (n= 6)	75
	Plutôt en accord (n= 2)	25
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 0)	0
7. L'algorithme concernant l'installation des voies d'accès (section 1.4 du PMN) est clair, convivial et contient tout l'information nécessaire pour aider le clinicien dans sa décision?	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en accord (n= 6)	75
	Plutôt en accord (n= 1)	12,5
	Plutôt en désaccord (n= 1)	12,5
	Totalement en désaccord (n= 0)	0
8. Le tableau sur la posologie en pages 5 et 6 du PMN est clair, convivial, facile d'utilisation et contient toute l'information nécessaire pour aider le clinicien à administrer l'AMM.	Non répondu (n= 1)	12,5
	Totalement en accord (n= 6)	75
	Plutôt en accord (n= 0)	0
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 1)	1,25

QUESTIONS	Répartition des réponses (5 répondants)	%
Avez-vous des commentaires supplémentaires en lien avec la qualité, la clarté et la convivialité du PMN sur l'administration de l'AMM chez l'adulte?	Question ignorée (n= 6)	
	Commentaires obtenus (n= 3) voir tableau H-2	
MODÈLE D'ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE		
9. Le contenu du modèle d'ordonnance préimprimée (OIPI) pour l'AMM chez l'adulte est pertinent à votre pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain):	Non répondu (n= 1)	12,5
	Totalement en accord (n= 6)	75
	Plutôt en accord (n= 1)	12,5
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n=0)	0
10. 0Le modèle d'OIPI présente l'information de façon claire et facile à comprendre :	Non répondu (n= 1)	12,5
	Totalement en accord (n= 6)	75
	Plutôt en accord (n= 0)	0
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n=1)	12,5
11. Avez-vous des commentaires supplémentaires en lien avec la qualité, la clarté et la convivialité du modèle d'OIPI ?	Commentaires obtenus (n=0)	0
	Question ignorée (n=8)	100
COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES		
12. Avez-vous d'autres commentaires sur le PMN ou le modèle d'OIPI ?	Commentaires obtenus (n= 1) voir tableau H-2	12,5
	Question ignorée (n=7)	87,5

Sigles et acronymes : AMM : aide médicale à mourir, OIPI : ordonnance préimprimée, PMN : protocole médical national.

Tableau J-2 Traitement des commentaires des futurs utilisateurs

COMMENTAIRES REÇUS	RÉPONSES DE L'INESSS
PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL	
Je trouverais pertinent de préciser que les recommandations s'adressent à toute une équipe et non pas au médecin. les tâches relèvent des gestionnaires, infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux... entre autres professionnels.	Puisque le présent PMN a pour objectif de remplacer le protocole médicamenteux du guide d'exercice québécois actuellement en vigueur, il s'adresse principalement aux médecins, qui sont actuellement les seuls professionnels habilités à administrer l'AMM au Québec. Toutefois, les PMN de l'INESSS représentent la bonne pratique clinique et sont formulés de façon neutre pour permettre leur utilisation par d'autres professionnels, selon l'évolution des normes et règlements. Aucune modification n'a donc été apportée au PMN.
J'évitais d'emblée la pose de deux cathéters de 18 ou 20 G.	Selon les commentaires recueillis des membres du comité consultatif, l'installation d'une voie centrale ne devrait pas se faire de manière systématique puisque ce serait une mauvaise utilisation des ressources. Dans le but de minimiser les risques de perte d'accès veineux, il est donc fortement recommandé d'avoir deux accès périphériques, surtout lorsque l'AMM est administrée en milieu de vie où la disponibilité des ressources et des plateaux techniques pour venir aider à installer une voie en urgence est limitée.

COMMENTAIRES REÇUS	RÉPONSES DE L'INESSS
Au point 3 : En cas de perte d'accès veineux pendant le processus : ► Tenter de retrouver un accès veineux fonctionnel et installer le cathéter rapidement dans des conditions les moins inconfortables possible pour la personne. Je suggère d'écrire ce qui suit à la suite de la phrase ci-dessus : (...) pour la personne. <i>Songez à une ponction de veine fémorale, facile d'accès.</i>	Bien que certaines lignes directrices recommandent l'utilisation de la voie centrale fémorale dans les cas où une voie périphérique serait ardue à installer, il faut savoir cependant qu'une hypotension artérielle consécutive à l'induction du coma peut rendre difficile la palpation de l'artère fémorale, qui sert de point de repère pour l'installation de la voie veineuse. Chez certaines personnes, en particulier celles qui présentent de l'obésité, la technique peut aussi être difficile à effectuer. Par conséquent, les membres du comité consultatif sont plutôt d'avis que cette voie d'accès ne devrait pas être privilégiée dans le contexte d'une perte d'accès veineux en cours d'AMM. Aucune modification n'a donc été apportée au PMN.
Les procédures pour le plan de rattrapage à l'accès veineux semblent tellement laborieux que je préfère mettre l'accent sur un accès veineux fiable. Pour ma part, je demande un picc-line, j'évite les accès périphériques. Nous sommes en processus d'achat d'un appareil type doppler portable pour un accès plus efficace.	s.o
La section 4.1 précise que la totalité de l'inducteur de coma doit être administrée. Chez certains patients fragiles, 2 seringues de 50 ml de propofol peuvent suffire et chez d'autres, on peut avoir à en administrer 4 pour un total de 2000 mg.	La modification suivante a été effectuée dans le PMN : « Même en cas d'arrêt cardiorespiratoire durant l'induction du coma, la totalité de la dose de l'inducteur de coma doit être administrée, de même que le bloqueur neuromusculaire, pour éviter tout doute quant au décès de la personne. »
L'ajout au protocole des sections sur la Bupivacaïne et de la médication en cas de perte des voies veineuses est une excellente initiative.	s.o
Dernier tableau dans les annexes: ► Absence de réflexes de protection (p. ex., perte du réflexe ciliaire) Je suggère d'écrire : <i>Absence de réflexes de protection. La perte du réflexe ciliaire (oculo-palpébral) signifie une perte de conscience acquise et survient avant la perte du réflexe cornéen qui signe le coma profond).</i>	Les modifications suggérées ont été apportées dans le document.
Défibrillateur cardiaque implantable, faut-il réellement désactiver? quand le faire? problème éthique: si en le désactivant, on précipite la mort instantanément... il faudra en parler avec le patient et qu'il le consent avant la désactivation. Pour ma part en soins palliatifs, j'ai vécu l'expérience d'un décès rapide avant d'avoir accès à l'aimant. J'ai constaté quelques soubresauts du patient dans le lit puis arrêt total par la suite. Je me suis dit que si on avise le patient et ses proches et que cela soit tolérable pour eux... on pourrait se passer de la désactivation. Je propose de soumettre la question aux spécialistes, cardiologues et autres	Après consultation des membres du comité consultatif ainsi que de spécialistes en cardiologie, il a été souligné que l'impact de la désactivation du DCI est souvent mal compris par les professionnels. Ainsi, en plaçant l'aimant sur le DCI, celui-ci cessera de détecter et de traiter les arythmies malignes (fonction « défibrillateur »). Tous les DCI ont toutefois une fonction de stimulateur cardiaque en réserve qui n'est pas affectée par la désactivation de la fonction « défibrillateur ». Par ailleurs, il est très peu probable selon les experts en cardiologie consultés que cette procédure précipite la mort de la personne en raison d'un arrêt cardiaque sur une asystolie après la désactivation du DCI. Ils ajoutent que la seule circonstance qui pourrait précipiter la mort de la personne serait si elle fait une tachycardie ventriculaire soutenue ou une fibrillation ventriculaire au moment de la désactivation du dispositif. Ainsi, il semblerait plus sage selon eux de bien positionner l'aimant pour désactiver le DCI immédiatement avant l'administration de l'AMM. La modification suivante a été donc effectuée pour clarifier cette portion du PMN :

COMMENTAIRES REÇUS	RÉPONSES DE L'INESSS
	« En présence d'un défibrillateur cardiaque implantable (DCI), désactiver sa fonction « défibrillateur » immédiatement avant d'administrer l'AMM¹. ¹ Une fois cette fonction désactivée, le DCI fonctionne comme un stimulateur cardiaque (pacemaker). Il n'est pas nécessaire de désactiver un stimulateur cardiaque (pacemaker) avant d'administrer l'AMM. »
Le sujet de l'aimant de "qualité médicale" me laisse confus. On me dit que tout aimant puissant d'une quincaillerie suffirait, mais il faut en savoir plus ! Quelles sont les spécifications de l'aimant ? Que veut dire "qualité médicale" ? Est-ce que toutes les trousse hospitalières doivent inclure un aimant ? Dans l'affirmatif, est-ce que c'est la pharmacie qui va le fournir ?	L'aimant de qualité médicale pourra effectivement être fourni par la pharmacie, notamment lors d'une AMM effectuée en milieu de vie (ceux-ci sont normalement facilement disponibles en milieu hospitalier). C'est pourquoi il a été ajouté au modèle d'OIPI. En ce qui concerne les spécifications minimales requises pour désactiver les DCI à l'aide d'un aimant, la notion de « qualité médicale » a été jugée adéquate par les spécialistes en cardiologie consultés. Ils ajoutent que ces aimants sont assez puissants et sont fabriqués par les compagnies qui produisent les DCI (i.e. Medtronic). Bien qu'il soit possible que des aimants de puissance semblable puissent être disponibles en quincaillerie, il serait préférable de s'informer auprès des fabricants de DCI des spécifications minimales requises pour désactiver leurs dispositifs. La précision suivante a donc été ajoutée au PMN : « fixer un aimant de qualité médicale¹ sur la poitrine de la personne, vis-à-vis du DCI. ¹ Pour l'utilisation de tout autre type d'aimant, vérifier auprès du fabricant du DCI les spécifications minimales nécessaires à la désactivation du dispositif. »
Pourquoi la question sur la consommation de benzodiazépines ? Je présume parce que les doses usuelles de midazolam ne fonctionneront pas. Dans ce cas, il faut élaborer, du genre, "en cas de prise régulière de benzodiazépines, prévoir apporter deux fois plus de doses de midazolam pour une AMM faite à domicile".	La modification suivante a été apportée au protocole: « Se renseigner sur : « Les risques de tolérance aux benzodiazépines (p.ex. troubles actuels ou passés liés à l'usage d'alcool ou prise régulière et concomitante de dépresseurs du système nerveux central)* » <i>* Pourrait orienter le choix du sédatif à action prolongée (voir section 3), mais ne devrait pas influencer la dose de midazolam à utiliser pour induire une anxiolyse.</i> Il faut toutefois noter que la présence de cet élément ne mène pas nécessairement à une augmentation de la dose de midazolam, qui devrait normalement être suffisante pour produire une anxiolyse (la sédation de la personne n'étant pas requise à cette étape). Ceci est seulement pour rappeler au clinicien que c'est normal dans cette situation si la personne de s'endort pas (l'important c'est qu'elle soit calme).

COMMENTAIRES REÇUS	RÉPONSES DE L'INESSS
MODÈLE D'ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE	
Avez-vous l'autorité « morale » pour indiquer que le Propofol n'a aucunement besoin d'être préparé sous hotte, ce qui augmente les coûts ++, mobilise du personnel inutilement ++, diminue l'accessibilité dans les milieux qui ne sont pas en lien direct avec un CIUSSS, et surtout est parfaitement inutile et injustifié ! Même en salle d'op, avec anesthésistes et inhale, le propofol est prélevé directement, n'est aucunement préparé sous hotte...	Dans le cadre du présent projet, il n'est pas dans le mandat de l'INESSS de statuer sur les questions liées à la préparation des médicaments; ces éléments relèvent plutôt des ordres professionnels. Tel qu'il est mentionné dans l'OIPI, pour les informations relatives à la préparation et à l'étiquetage des médicaments, se référer au guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir (un hyperlien sera ajouté vers ce guide).
Il est inutile d'avoir 2 trousses scellées. Une seule trousse contenant l'ensemble des médicaments est plus facile à gérer et à transporter. De plus, seule la médication pour un protocole doit être déjà en seringues. Les doses supplémentaires doivent être en fioles qui pourront être récupérées et réutilisées si non ouvertes. La trousse doit aussi contenir des seringues et aiguilles supplémentaires pour l'utilisation de la médication en fioles.	Dans le cadre du présent projet, il n'est pas dans le mandat de l'INESSS de statuer sur les questions liées à la préparation des médicaments; ces éléments relèvent plutôt des ordres professionnels. Pour les informations relatives à la préparation et à l'étiquetage des médicaments, un lien vers le guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir est présent dans l'OIPI. De plus, pour la 2 ^e trousse, l'OIPI précise que les médicaments sont fournis en fioles, sauf indication contraire, ce qui pourra permettre de récupérer les fioles non ouvertes. Une ligne mentionnant « seringues et aiguilles supplémentaires pour préparation en seringues des médicaments en fioles » a aussi été ajoutée dans la liste de matériel.
Deux seringues de propofol sont suffisantes. Idem pour le phénobarbital	Bien qu'une seule dose de propofol (ou de phénobarbital) soit généralement suffisante pour induire un coma profond, cette étape est critique avant d'administrer le bloqueur neuromusculaire et le moindre doute quant à l'installation d'un coma profond devrait nécessiter l'administration d'une seconde dose. Deux doses de l'inducteur de coma sont donc incluses d'emblée dans chacune des trousses d'AMM. Aucune modification n'a donc été effectuée au PMN.
GÉNÉRAUX	
Excellent travail +++ Quelques commentaires supplémentaires en plus du sondage qui est aussi très bien fait. BRAVO, vraiment.	s.o

Sigles et acronymes : AMM : aide médicale à mourir, OIPI : ordonnance préimprimée, PMN : protocole médical national, s.o : sans-objet

RÉFÉRENCES

- Alberta Medical Assistance in Dying Medication Protocol Working Group (Alberta MAiD Group). Medical Assistance in Dying: Medication Protocol. Edmonton, AB : 2018. Disponible à : https://abpharmacy.ca/sites/default/files/MedicationProtocol_July9-2018.pdf.
- Aspen Pharmacare Canada. Monographie de produit : Xylocard^{MD} (chlorhydrate de lidocaïne). Oakville, ON : Aspen Pharmacare Canada Inc.; 2021. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00061705.PDF.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). Opioïdes – Monographie de l'APhC [site Web]. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, version en ligne (e-CPS). Ottawa, ON : APhC; 2020. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/search?lang=fr>.
- Bakewell F et Naik VN. Complications with medical assistance in dying (MAiD) in the community in Canada: Review and recommendations. Victoria, BC : Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP); 2019. Disponible à : <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/Failed-MAiD-in-Community-FINAL-CAMAP-Revised.pdf>.
- Baxter Corporation. Monographie de produit : Propofol injectable. Mississauga, ON : Baxter Corporation; 2020. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00058404.PDF.
- Baxter Corporation. Monographie : Chlorure de potassium injectable. Mississauga, ON : Baxter Corporation; 2012. Disponible à : https://www.baxter.ca/sites/g/files/ebysai1431/files/2019-01/PM_Potassium_Chloride_Injection_FR.pdf.
- BC MAiD Working Group. British Columbia Pharmacy Protocols for medical assistance in dying (*disponible sur demande via BC Ministry of Health*, <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/organizational-structure/ministries-organizations/ministries/health>). Vancouver, BC : 2018.
- Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP). Intravenous MAiD Medication Protocols in Canada: Review and recommendations. Victoria, BC : CAMAP; 2020. Disponible à : <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/IV-protocol-final.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). L'aide médicale à mourir : guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques (*disponible sur demande via Collège des médecins*, <http://www.cmq.org/>). Montréal, Qc : CMQ; 2019.

- Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE). Neuvième rapport aux Chambres législatives 2018-2019. Bruxelles, Belgique : CFCEE; 2020. Disponible à : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf.
- Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (CNCE). Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Cinquième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (années 2017 et 2018). Luxembourg : CNCE; 2019. Disponible à : <https://sante.public.lu/dam-assets/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/rapport-loi-euthanasie-2017-2018.pdf>.
- Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE). Rapport annuel 2019. Utrecht, Pays-Bas : RTE; 2019. Disponible à : <https://www.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie/documenten/jaarverslagen/2019/april/17/index/Rapport+Annuel+2019.pdf>.
- De Laat M, De Coninck C, Derycke N, Huysmans G, Coupeuz V. Richtlijn Uitvoering Euthanasie (*document en néerlandais*). Vilvorde, Belgique : Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen; 2018. Disponible à : https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/08/richtlijn-euthanasie_actualisatie-2021-1.pdf.
- Fresenius Kabi Canada. Sulfate de magnésium injectable, USP à 50 %. Toronto, ON : Fresenius Kabi Canada Ltée; 2016. Disponible à : <https://www.fresenius-kabi.com/fr-ca/documents/Mag-Sulfate-PI-FRE-v1.1-Clean.pdf>.
- Harty C, Chaput AJ, Buna D, Trouton K, Naik VN. The Oral MAiD Option in Canada. Part 1: Medication protocols – Review and recommendations. Victoria, BC : Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP); 2018a. Disponible à : <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/OralMAiD-Med.pdf>.
- Harty C, Chaput AJ, Buna D, Trouton K, Naik VN. The Oral MAiD Option in Canada. Part 2: Processes for providing – Review and recommendations. Victoria, BC : Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP); 2018b. Disponible à : <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/OralMAiD-Process.pdf>.
- Horizon Health Network. Prescription for Medical Assistance in Dying (MAiD) (*disponible sur demande via Gouvernement du Nouveau-Brunswick*, <https://gnb.ca/>). Fredericton, NB : 2020.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst et Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMG/KNMP). Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding (*document en néerlandais*). Utrecht/La Haye, Pays-Bas : KNMG/KNMP; 2021. Disponible à : <https://www.knmg.nl/download/knmg-knmp-richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding.htm>.

- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst et Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMG/KNMP). Guidelines for the practice of euthanasia and physician-assisted suicide. Utrecht/La Haye, Pays-Bas : KNMG/KNMP; 2012. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20210506161137/https://www.knmp.nl/downloads/guidelines-for-the-practice-of-euthanasia.pdf>.
- Ministro de Salud y Proteccion Social. Protocolo para la aplicacion del procedimiento de eutanasia en Colombia (*document en espagnol*). Bogota, Colombie : 2015. Disponible à : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>.
- Nederlandse Transplantatie Stichting. Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie: Instructies voor de praktijk (*document en néerlandais*). Leyde, Pays-Bas : Nederlandse Transplantatie Stichting; 2019. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20210121175030/https://www.rijksoverheid.nl/binarie/s/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/10/07/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie-instructies-voor-de-praktijk/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie-instructies-voor-de-praktijk.pdf>.
- Nova Scotia Health Authority (NSHA). Pre-printed order - Medical Assisted Dying - Physician Administered IV Protocol (*disponible sur demande via Nova Scotia Health Authority*, <https://www.nshealth.ca/>). Halifax, NS : 2016.
- Ontario College of Family Physicians (OCFP). Ontario MAID Provider Handbook. Toronto, ON : OCFP; 2018. Disponible à : <https://www.ontariofamilyphysicians.ca/files/maid-handbook-0-2-2018-august-2.pdf>.
- Oregon Health Authority. Oregon Death with Dignity Act: 2020 Data Summary. Salem, OR : Oregon Health Authority; 2021. Disponible à : <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATION/ONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year23.pdf>.
- Parrot C et Wood R. Physician Assisted Dying in Washington State: A primer for participating physicians and pharmacists. Mercer Island, WA : End of Life Washington; 2020. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20210128130108/https://endoflifewa.org/wp-content/uploads/2020/12/Physicians-Primer-update-12.15.20.pdf>.
- Pfizer Canada. Renseignements thérapeutiques : Chlorhydrate de lidocaïne injectable USP. Kirkland, Qc : Pfizer Canada SRI; 2019a. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00052604.PDF.
- Pfizer Canada. Monographie : Bromure de rocuronium injectable. Kirkland, Qc : Pfizer Canada SRI; 2019b. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00051755.PDF.

- Pfizer Canada. Monographie de produit : Marcaine^{MD} (chlorhydrate de bupivacaïne injectable USP), Marcaine^{MD} rachidienne (chlorhydrate de bupivacaïne dans du dextrose injectable USP) et Marcaine^{MD} E (chlorhydrate de bupivacaïne et épinéphrine injectable USP). Kirkland, Qc : Pfizer Canada SRI; 2019c. Disponible à : https://www.pfizer.ca/sites/default/files/201908/Marcaine_and_Marcaine_Spinal_PM_F_L3_04Feb2019.pdf.
- Pfizer Canada. Monographie de produit : Lorazépam injectable USP Kirkland, Qc : Pfizer Canada SRI; 2019d. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00053138.PDF.
- Pfizer Canada. Monographie de produit : Midazolam injectable USP. Kirkland, Qc : Pfizer Canada inc.; 2017a. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00041875.PDF.
- Pfizer Canada. Monographie : Bésylate de cisatracurium injectable. Kirkland, Qc : Pfizer Canada inc.; 2017b. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00042058.PDF.
- Reggler J et Daws T. Medical Assistance in Dying (MAID) Protocols and Procedures Handbook. Second Edition. Comox Valley, BC : 2017. Disponible à : [https://divisionsbc.ca/sites/default/files/51936/Medical%20Assistance%20in%20Dying%20\(MAID\)%20Protocols%20and%20Procedures%20Handbook%20Comox%20Valley%202017%20-%202nd%20edition_0.pdf](https://divisionsbc.ca/sites/default/files/51936/Medical%20Assistance%20in%20Dying%20(MAID)%20Protocols%20and%20Procedures%20Handbook%20Comox%20Valley%202017%20-%202nd%20edition_0.pdf).
- Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV). Le don d'organes et de tissus dans le contexte de l'aide médicale à mourir : trousse d'outils pour l'élaboration du programme. Toronto, ON : RTDV; 2018. Disponible à : [https://www.giftoflife.on.ca/resources/pdf/healthcare/MAID_Program_Development_Toolkit_for_Hospitals_\(Sept_10_2018\)_FR.pdf](https://www.giftoflife.on.ca/resources/pdf/healthcare/MAID_Program_Development_Toolkit_for_Hospitals_(Sept_10_2018)_FR.pdf).
- Sandoz Canada. Monographie de produit : Remifentanyl pour injection. Boucherville, Qc : Sandoz Canada Inc.; 2018. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00048675.PDF.
- Sandoz Canada. Renseignements d'ordonnance – Injection de phénobarbital sodique USP. Boucherville, Qc : Sandoz Canada Inc.; 2015. Disponible à : <https://www.sandoz.ca/sites/www.sandoz.ca/files/Phenobarbital%20Monographie%20de%20produit.pdf>.
- Sanofi-Aventis Canada. Monographie de produit : Nozinan® (Solution injectable de chlorhydrate de méthotriméprazine, USP). Laval, Qc : Sanofi-Aventis Canada Inc.; 2020. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00055304.PDF.
- Santé Canada. Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, 2019. Ottawa, ON : Santé Canada; 2020. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/medical-assistance-dying-annual-report-2019/maid-annual-report-fra.pdf>.

- Saskatchewan Health Authority. Provincial Medical Assistance in Dying (MAiD) Program - Intravenous Prescription Protocol (*disponible sur demande via Saskatchewan Health Authority, <https://www.saskhealthauthority.ca/>*). Saskatoon, SK : 2020.
- Shared Health Manitoba. Standardized Prescription for Medical Assistance in Dying (MAiD) in Manitoba (*disponible sur demande via Shared Health Manitoba, <https://sharedhealthmb.ca/>*). Winnipeg, MB : 2019.
- Société canadienne du sang. Don d'organe et de tissus après décès dans le cadre de l'AMM et des patients conscients et aptes – document d'orientation. Ottawa, ON : Société canadienne du sang; 2019. Disponible à : https://canadiancriticalcare.org/resources/Documents/organ_and_tissue_donation_by_conscious_competent_patients_20190603_fr.pdf.
- SteriMax. Monographie de produit : Citrate de sufentanil injectable USP. Oakville, ON : SteriMax Inc.; 2019. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00051438.PDF.
- Transplant Québec. Procédure type pour le don d'organes dans un contexte d'aide médicale à mourir (AMM) après que la demande formelle d'AMM ait été acceptée. Montréal, Qc : Transplant Québec; 2019. Disponible à : https://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/livret_amm_final.pdf.
- Tyndall J. AACODS Checklist. Adélaïde, Australie : Flinders University; 2010. Disponible à : http://dspace.flinders.edu.au/jspui/bitstream/2328/3326/4/AACODS_Checklist.pdf.
- Washington State Department of Health. 2018 Death with Dignity Act Report. Tumwater, WA : Center for Health Statistics, Washington State Department of Health; 2019. Disponible à : <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2018.pdf>.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

