



Ouvrez l'appareil photo ou le lecteur QR et scannez le code pour accéder à cet article et d'autres ressources en ligne.

Réponse à l'aide médicale à mourir, aux soins palliatifs, Sécurité et vulnérabilité structurelle

Romayne Gallagher, MD, CCFP(PC), FCFP, 1 Ramona Coelho, MDCM, CCFP, 2
Philippe D. Violette, MSc, MDCM, FRCSC, 3,4 K. Sonu Gaiind, MD, FRPC(C), DFAPA, 5, 6
et Harvey Max Chochinov, OC, MD, PhD, FRCPC 7,8; Signataires des articles*

Abstrait

Ce rapport, signé par plus de 170 universitaires, cliniciens et chercheurs en soins palliatifs et dans des domaines connexes, réfute les affirmations formulées dans le document Medical Assistance in Dying, Palliative Care, Safety, and Structural Vulnerability publié précédemment. Ce rapport tentait de faire valoir que la vulnérabilité structurelle n'était pas une préoccupation dans la fourniture de l'aide à mourir (MA) au moyen d'un examen sélectif des preuves contenues dans la littérature médicale et les études de population. Il a affirmé que les soins palliatifs comportent leurs propres problèmes de sécurité et que leur « mauvaise utilisation » a conduit à des rapports de décès injustifiés. Nous et nos signataires ne pensons pas que les conclusions tirées soient étayées par les preuves fournies dans le rapport contesté. Ce dernier a conclu que la réponse politique logique serait de s'attaquer aux causes profondes de la vulnérabilité structurelle plutôt que de restreindre l'accès à l'AD. Notre rapport, approuvé par une communauté internationale de professionnels des soins palliatifs, estime que les politiques publiques devraient viser à réduire la vulnérabilité structurelle et, en même temps, répondre aux mises en garde fondées sur des données probantes concernant la MA, compte tenu des dommages potentiels.

Mots-clés : actif ; assisté; éditorial [type de publication]; euthanasie; soins palliatifs; suicide; volontaire

Une interprétation précise des résultats de la recherche est cruciale pour traduire les connaissances et à des implications pour les études, les politiques et la pratique clinique futures. L'interprétation et la fidélité au texte original ainsi que la manière dont un élément de preuve s'applique à un argument peuvent générer ce que l'on appelle de plus en plus la « spin ». 1 La spin a diverses définitions, mais dans la littérature biomédicale, elle est « spécifique ». des rapports qui ne reflètent pas fidèlement la nature et l'étendue des résultats, et qui pourraient affecter l'impression que les résultats produisent chez les lecteurs." 2

Nous souhaitons exprimer notre profonde préoccupation face aux lacunes de la recherche dans le rapport sur l'aide médicale à mourir, les soins palliatifs, la sécurité et la vulnérabilité structurelle de Downar et al. 3

Nous reconnaissons que l'aide médicale à mourir (AMM) est une question extrêmement controversée et polarisante. Nous pensons que les individus devraient être autorisés à exprimer leurs opinions, quelles qu'elles soient. Cependant, nous sommes mécontents de voir ces opinions présentées comme si elles étaient fondées sur des preuves alors que les conclusions semblent être tirées en ignorant les critiques.

¹Division des soins palliatifs, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.

²Praticien indépendant, London, Ontario, Canada.

Départements de ³Chirurgie et ⁴Méthodes, données probantes et impact de la recherche en santé, Université McMaster, Hamilton, Ontario, Canada.

⁵Département de psychiatrie, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Ontario, Canada.

⁶Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada.

⁷Département de psychiatrie, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada.

⁸Institut de recherche d'Action Cancer Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada.

*Les signataires de l'article peuvent être trouvés à la fin de l'article.

Accepté le 1er octobre 2023.

informations contenues dans les sources citées et se livrer à des spéculations sans fondement. Les conclusions qui en résultent ne peuvent être qualifiées que de fausses. Compte tenu de son potentiel d'influence sur la recherche future, la pratique médicale, les politiques et la santé publique, ce rapport spécial ne peut entrer dans les archives publiques sans être fortement contesté.

Retenir des informations critiques

Les auteurs soulignent que l'aide à mourir (MA) est plus fréquente chez les personnes ayant un revenu et un niveau d'éducation plus élevés, ce qui implique que ces personnes ne sont pas structurellement vulnérables. Parmi les quatre articles référencés, deux sont des études canadiennes menées avant que la maladie d'Alzheimer ne soit accessible aux personnes dont la mort n'était pas raisonnablement prévisible et qui étaient plus susceptibles d'être structurellement vulnérables. L'étude américaine porte sur 114 patients atteints de MA au cours des deux premières années dans un système où les candidats doivent être dans les six mois suivant le décès.

L'étude suisse basée sur la population s'étend de 2003 à 2008, avec seulement 20 des 1301 AD concernant une maladie mentale.

Les études portant sur des patients dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible révèlent une image différente. Une étude néerlandaise des informations accessibles au public sur 66 DA pour maladies mentales entre 2011 et 2014 a révélé que le ratio femmes/hommes était de 2,3 : 1.4. Cette statistique est comparable au ratio de 2 : 1 femmes/hommes tentant de se suicider pendant des périodes de vulnérabilité, la plupart du temps, qui ne tentent plus de se suicider. La préoccupation évidente est de savoir si la maladie d'Alzheimer liée à la maladie mentale constitue un moyen mortel pour les femmes de mourir, en période de vulnérabilité, alors qu'elles se rétabliraient autrement et retrouveraient le désir de vivre.

La plupart des troubles étaient des dépressions (55 %), mais 12 % présentaient des caractéristiques psychotiques et 52 % des 66 cas présentaient des problèmes de personnalité, certains sans diagnostic officiel. La majorité des patients (56 %) ont signalé des souffrances sociales non résolues, notamment l'isolement social ou la solitude. La majorité des patients avaient de longs antécédents de maladie mentale et avaient essayé plusieurs thérapies, bien que 56 % aient refusé certaines thérapies, ce qui rend difficile le jugement du traitement. Il convient de noter que la loi canadienne n'exige pas qu'un traitement soit essayé ou accessible avant de fournir la MA.

Représenter sélectivement les données pour confirmer un point de vue

Les auteurs affirment que les personnes atteintes de fragilité et de défaillance organique, qu'ils décrivent comme plus vulnérables et dépendantes que les patients atteints de cancer, reçoivent moins de soins palliatifs et ne représentent pas autant de patients atteints de MA. Par conséquent, ils concluent que l'AD ne cible pas les personnes présentant une vulnérabilité structurelle. L'article auquel ils font référence par Teno et al.⁵ examine l'association du déclin fonctionnel en comparant les décès par cancer avec ceux causés par l'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète.

Bien que les personnes atteintes de maladies non cancéreuses aient commencé leur dernière année de vie avec plus d'incapacités que celles atteintes de cancer, ces dernières ont connu un déclin plus rapide des activités de la vie quotidienne (AVQ) environ cinq mois avant le décès, entraînant une déficience fonctionnelle supérieure à celle des maladies non cancéreuses. dans les derniers mois. Ce déclin rapide était associé au lieu du décès de la personne et à l'implication ou non de soins palliatifs au cours des derniers mois de sa vie.

Des études montrent que les personnes atteintes de cancer reçoivent davantage de soins palliatifs que les personnes fragiles ou en cas de défaillance d'un organe dans plusieurs pays, en raison du « déclin de la prévisibilité »⁶ du cancer.

par opposition à l'évolution imprévisible de la défaillance et de la fragilité organique.^{7,8} Par conséquent, le cancer est le diagnostic le plus répandu de la MA parce que son évolution terminale est prévisible et qu'il constitue la cause de décès la plus courante au Canada.⁹

Surmortalité : spéculation sans compréhension

Les auteurs notent que l'espérance de vie a augmenté dans les pays qui autorisent la maladie d'Alzheimer, contrairement à ceux qui ne l'autorisent pas. L'espérance de vie dans un pays dépend des résultats de santé publique résultant des politiques de santé et au-delà, qui affectent les déterminants sociaux de la santé.¹⁰ Les décès de la petite enfance ont eu le plus grand impact au fil des siècles, l'impact de la MA chez les adultes étant minime. Il n'est pas logique de tirer des conclusions sur un seul facteur dans des systèmes complexes dans différents pays.

Les auteurs affirment que pendant la crise du COVID-19, qui ciblait les personnes structurellement vulnérables, la MA a encore augmenté au Canada, en Belgique et aux Pays-Bas, alors que ces pays avaient une surmortalité considérablement plus faible pendant cette période.

Le suivi de la surmortalité nécessite que les chercheurs connaissent la cause du décès, et seules certaines provinces du Canada exigent que la MA soit notée sur le certificat de décès.¹¹ Ainsi, aux Pays-Bas, en Belgique et dans certaines régions du Canada, il serait impossible de trier ces causes. Les décès des autres pour les qualifier de surmortalité. La surmortalité est difficile à détecter, même avec la meilleure conception, mais surtout pendant une pandémie, lorsqu'il existe une autre source de surmortalité beaucoup plus courante.

Les auteurs affirment que l'importance de ces études démographiques « ne peut être surestimée ». Ils redoublent même d'efforts en suggérant qu'une augmentation de l'espérance de vie dans les pays autorisant la maladie d'Alzheimer suggère que la vulnérabilité peut offrir une protection. Les preuves qu'ils fournissent ne soutiennent pas cela.

Suggérer que les soins palliatifs sont responsables de décès involontaires

Les auteurs laissent entendre que, comme la MA, les soins palliatifs sont responsables de décès involontaires.

La première affirmation note que les prestataires de soins palliatifs plaident régulièrement en faveur d'un meilleur accès aux opioïdes pour les personnes atteintes d'une maladie avancée, et que « la disponibilité accrue des opioïdes est un facteur clé d'une bonne PC, mais elle contribue également à la crise des opioïdes dans de nombreux pays. » Ils déclarent : « Environ 8 000 Canadiens sont morts d'une surdose d'opioïdes rien qu'en 2021 ; une proportion importante de ces surdoses impliquait un opioïde pharmaceutique qui avait été prescrit ou détourné. » Ils font référence à une publication du site Web de Santé Canada qui n'est plus directement disponible, car elle est mise à jour chaque année.

Dans la version accessible aujourd'hui¹², un gros titre affirme que « la toxicité de l'offre continue d'être un facteur majeur de la crise » et note : « Parmi tous les décès accidentels apparents liés à la toxicité des opioïdes en 2022 (janvier-décembre), 79 % concernaient des opioïdes qui n'étaient que non pharmaceutiques. » De plus en plus d'études font état d'une augmentation des surdoses d'opioïdes illégaux, même si l'utilisation d'opioïdes sur ordonnance est en déclin.¹³ Il est faux de mentir que les soins palliatifs sont en partie responsables de la crise des opioïdes. une mauvaise interprétation des éléments de preuve et ne tient pas compte de la nature complexe du problème.

La deuxième réclamation concerne le Liverpool Care Pathway (LCP). Downar et coll. Selon l'État, il y a eu « de nombreuses plaintes faisant état d'abus généralisés et de décès accélérés, en particulier parmi les victimes ».

les personnes structurellement vulnérables. » L'étude indépendante du LCP a rapporté que « certains proches et soignants sont parvenus à la conclusion que « la voie » représente une décision de la part des cliniciens, en fait, de tuer leurs patients mourants, alors que ce n'est clairement pas le cas. le cas."14

N'écoutez aucun cas médiatique : ils le sont tous
Un côté

Les auteurs mettent en doute les articles des médias montrant que des personnes vulnérables ont été approuvées pour la MA. Ils examinent seulement deux des nombreux cas rapportés par les médias qui ont fait surface au Canada. La première est une femme présentant de multiples sensibilités chimiques qui a demandé et reçu une MA. Downar et coll. affirme que sa situation a été décrite à tort dans les médias comme étant de la pauvreté et un manque de logement convenable plutôt que des souffrances intolérables liées à son état sous-jacent.

Ils font référence au témoignage de son prestataire de soins de la maladie d'Alzheimer, lisant une note de la femme la remerciant d'avoir cru en sa souffrance et de lui accorder la

maladie d'Alzheimer.¹⁵ Ce même prestataire de la maladie d'Alzheimer a signé une lettre aux responsables gouvernementaux fédéraux du logement et du handicap confirmant que ses symptômes se sont améliorés. dans des environnements à air plus pur et a demandé de l'aide pour trouver ou construire une résidence sans produits chimiques. Media¹⁶ cite la lettre disant : « Nous, médecins, trouvons INCONS-CIONABLE qu'aucune autre solution ne soit proposée à cette situation autre que l'aide

médicale à mourir. » Le deuxième cas est celui d'un homme dont la demande de MA était due à l'itinérance imminente. . Ils citent un message sur Twitter de l'homme disant que l'histoire a été « détournée par la droite en essayant de l'adapter à son propre agenda. » La citation complète dit : « Il semble que mon histoire ait été détournée par la droite en essayant de l'intégrer à leur propre agenda. J'espère que les gens ne se laisseront pas distraire par cela. Le vrai problème n'est pas de savoir si quelqu'un comme moi devrait ou non pouvoir accéder à l'AMM. Cela rend la vie suffisamment supportable pour qu'ils n'en aient pas besoin. » Nous sommes d'accord que les gens devraient recevoir un soutien adéquat pour vivre, et nous souhaitons des garanties adéquates pour empêcher l'interruption de la vie lorsque des personnes structurellement vulnérables désespèrent d'un échec social de la société. .

Dans ces deux cas, les auteurs ont édité les histoires et les paroles des patients pour confirmer leur argument selon lequel il n'y a aucune préoccupation de vulnérabilité structurelle à l'origine de la MA.

Il existe dans les médias des cas crédibles et bien étudiés qui devraient préoccuper tout le monde.^{17–19} Une étude

universitaire canadienne de 2021 se demandant si des besoins non satisfaits étaient à l'origine des demandes de MA a interrogé 20 des 120 cliniciens de l'association nationale des évaluateurs de la MA et

20 Ils ont réalisé cette étude l'année même où le Canada a approuvé pour la première fois la maladie d'Alzheimer pour les personnes sans décès prévisible, de sorte que peu de cas seraient attendus. Bien que l'article indique que les besoins non satisfaits étaient rares, il rapporte : « Dans certains cas, le fournisseur craignait que des besoins non satisfaits soient à l'origine de la demande d'AMM. Ces situations comprenaient des logements de mauvaise qualité ou inappropriés, des soins à domicile inadéquats pour une personne qui refuse d'aller dans des soins de longue durée, de longues listes d'attente pour les cliniques multidisciplinaires de douleur chronique financées par l'État et l'absence de soins locaux nécessitant des déplacements in

La même étude cite le point de vue d'un prestataire AD sur le conflit d'un candidat présentant une vulnérabilité structurelle qui lui demande l'AD : « Je pense que nous sommes devenus... je ne sais pas si confort est le mot juste, mais nous sommes devenus plus

accepter qu'il y a des patients qui ont des besoins non satisfaits qui, s'ils étaient satisfaits, pourraient modifier leur demande ou leur calendrier, mais que ces besoins ne peuvent pas être satisfaits dans le système actuel, et par conséquent, nous allons de l'avant et approuvons le patient et fournissons parfois l'AMM. '

Il existe des preuves dans des publications scientifiques^{20,21} selon lesquelles la vulnérabilité structurelle pourrait être à l'origine de certains cas de MA. Pourtant, dans un rapport de 2022 devant un comité parlementaire examinant l'AD22, l'auteur principal de l'article que nous contestons a déclaré : « il n'existe absolument aucune donnée suggérant que la pratique de l'AMM à ce stade soit motivée à quelque degré que ce soit par un accès limité. » aux soins palliatifs, à la privation socio-économique ou à tout isolement. » Indépendamment du nombre total de cas confirmés de Canadiens recevant une MA pour vulnérabilité structurelle, qui peut être sous-déclaré compte tenu des exigences actuelles en matière de déclaration de données qui sont basées sur le fournisseur À partir de données autodéclarées plutôt que d'une surveillance prospective, nous sommes préoccupés par le rejet généralisé et la minimisation de tout décès par AD pour des besoins sociaux non satisfaits.

Surveillance de la DA : seulement ce qui semble bon

L'article précise : « Tous les cas préoccupants sont renvoyés à l'organisme de réglementation approprié pour une enquête plus approfondie.

Même si nous n'avons pas de rapports de toutes les juridictions.»³ Il fait référence à l'organisme de surveillance québécois qui publie un rapport annuel. Aucun détail n'est fourni sur les cas de non-respect de la législation, ni sur les mesures prises pour y remédier.

Le Dr Michel Bureau, président de l'organisme de surveillance, a récemment adressé une note aux médecins, publiée en ligne²³, leur rappelant de respecter les limites de la loi.

Deux notes de la note ressortent : « L'âge avancé et les problèmes liés au vieillissement ne constituent pas une maladie grave et incurable et ne justifient pas l'AMM » ; et « magasiner » pour obtenir un deuxième avis favorable n'est pas une pratique acceptable. » Le Dr Bureau a déclaré en entrevue²⁴ que 15 des 3663 médecins-AD au Québec entre le printemps 2021 et le printemps 2022 n'ont pas respecté la loi. L'organisme de réglementation du médecin a refusé de prendre des mesures disciplinaires.

En Ontario, la province la plus peuplée du Canada, le coroner de l'Ontario examine les décès par MA, et le seul document public qui apparaît est son cadre de notification des évaluateurs/prestataires s'ils ne respectent pas la réglementation. Il semble que des violations continues soient nécessaires avant tout signalement à un organisme de réglementation ou à la police.²⁵ Il n'est donc pas surprenant qu'aucun cas lié à la MA n'ait encore figuré dans les résultats des dossiers du Collège de l'Ontario. Le coroner en chef de l'Ontario a récemment annoncé la création d'un Comité d'examen des décès liés à l'aide médicale à mourir (CRMD)²⁶ en réponse aux complexités sanitaires, sociales et intersectionnelles croissantes découlant des modifications législatives actuelles et à venir. Le MDRC fournira un examen expert indépendant des décès liés à l'AMM pour aider à évaluer les problèmes de sécurité publique.

La Colombie-Britannique (BC) dispose d'une unité de surveillance de l'AMM au sein du ministère de la Santé, mais elle n'a pas de publications ni de site Web public. Il n'existe qu'un seul comité d'examen des décès par coroner en Colombie-Britannique sur la MA et celui-ci ne couvre que l'année 2016-2017. Le rapport a noté des variations régionales dans la prestation de la MA et l'absence d'un cadre pour l'examen des cas. En 2018, le bureau du coroner a annoncé que les seuls cas d'AD qu'il examinerait seraient ceux où l'affection sous-jacente ayant conduit à la demande d'AMM est liée à un accident,

violence ou blessure auto-infligée ; ou si le décès a été fourni dans un établissement de santé mentale ou correctionnel.²⁸

Le mémo de l'organisme de surveillance du Québec et la formation du MDRC de l'Ontario ont eu lieu depuis la publication de l'article que nous contestons. Ces changements contrecarrent les affirmations de l'article selon lesquelles tout va bien et que nous devrions faire confiance à la surveillance actuelle.

Conclusion : plus d'effets

L'article se termine en réitérant l'argument majeur selon lequel les données ne montrent aucune preuve de vulnérabilité structurelle dans la fourniture de la MA et que les controverses dans les soins palliatifs sont le miroir de ceux atteints de MA. Cependant, la preuve ne soutient tout simplement pas les nombreuses affirmations et conclusions.

Il existe des preuves selon lesquelles des personnes souffrent de MA lorsqu'elles sont structurellement vulnérables et causant la mort de personnes pendant ces situations n'ont jamais été prévues par la loi et devraient faire l'objet d'une enquête rigoureuse et transparente. Nous estimons que les politiques publiques devraient viser à réduire les vulnérabilités chez toutes les personnes et, en même temps, être sensibles aux mises en garde fondées sur des preuves concernant la MA, étant donné le potentiel nuisible. Nous ne prenons aucun plaisir à rédiger cette réfutation mais estimons obligé de dénoncer ce qui semble être une manipulation nuisible aux futures recherches, pratiques cliniques, politiques de santé et l'éducation du public s'est concentrée sur la pratique de l'aide médicale à mourir.

Signataires des articles

Tristan Anderson, MD, FRCPC, psychiatre, Manitoba, Canada; Jeremy Bannon, MD, CCFP, hospitaliste, hôtel Dieu Shaver, professeur clinicien agrégé (adjoint), École de médecine Michael G. DeGroot, Université McMaster, candidat à la maîtrise (éthique clinique), Centre Pellegrino pour la bioéthique clinique, Université de Georgetown, Ontario, Canada ; Samia Barakat, MD, professeur émérite, psychiatrie, Université du Manitoba, Manitoba, Canada ; Paul Barré, MD, FRCP(C), Québec, Canada; Sasha Bernatsky, MD, FRCPC, Ph.D., Québec, Canada; Eileen Biggs, MD, Ontario, Canada; Thomas Bouchard, MD, FCFP, Alberta, Canada ; Eduardo Bruera, MD, Chaire FT McGraw en traitement du Cancer, directeur du Département des soins palliatifs, de réadaptation et Médecine intégrative, MD Anderson Cancer Center, Texas, ETATS-UNIS; Althea Burrell, BAsc, MD, FRCPC, Respiriologie Adulte, Ontario, Canada; Ira Byock, MD, FAAHPM, Professeur émérite de médecine et de communauté et famille Médecine École de médecine de Dartmouth Geisel, Montana, ETATS-UNIS; Casimiro Cabrera Abreu, professeur agrégé de Psychiatrie, Département de psychiatrie, Providence Care Hôpital, Université Queen's, Kingston, Ontario, Canada ; Luigi A. Castagna, MD, FRCP(C), neurologie pédiatrique, Pédiatrie développementale, Ontario, Canada ; David Chan, MD, MSc, professeur émérite, médecine familiale, McMaster Université, Ontario, Canada ; Médic Chen, MD, MS-Bioéthique DFAPA, Maryland, États-Unis ; Maria Cigolini, MBBS (USyd), FRACGP, FACHPM, Grad.DipPalMed(UMelb), Médecin principal en médecine palliative, membre du conseil d'administration de l'Association internationale des soins palliatifs et des soins palliatifs, professeur associé, Nouvelle-Galles du Sud, Australie ; Stephen R. Connor, PhD, LP, directeur exécutif, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, Londres, Royaume-Uni ; Mar-garet M Cottle, MD, CCFP (PC), LM, assistante clinique

Professeur, Division des soins palliatifs, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Colombie-Britannique, Canada ; Paul Dagg, MD, FRCPC, professeur clinicien UBC, Britannique Colombie, Canada ; Douglass Dalton, FCFP, Québec, Canada; Jane Dobson, MD, FCFP, Ontario, Canada ; Sinéad Donnelly, MD, FRCPI, FRACP, professeur agrégé, Ao-tearoa Nouvelle-Zélande et Irlande ; P. Drijber, MD, PhD, CCFP (F), CBOM (A), Ontario, Canada ; David D'Souza, MD, CCFP, DTM&H, DCAPM, Douleur, Addictions, Soins des personnes âgées, professeur adjoint, Université Queen's, Ontario, Canada ; David Paul D'Souza, MD, FRCPC, Ontario, Canada; Mark D'Souza, MD, CCFP(EM), FCFP, Assistant Professeur, Université Queen's, Ontario, Canada ; Roy Eap-pen, MDCM, FACE, FRCP(C), FACP, CD, FACE, Québec, Canada; Timothy Ehmann, MD, FRCPC, enfant et psychiatre pour adolescents, Alberta, Canada ; Joel N. Eisen, MD, FRCP, psychiatre, Ontario, Canada ; James M. Elli-son, MD, MPH, Pennsylvanie, États-Unis ; E. Wesley Ely, MD, MPH, professeur Grant W. Liddle de médecine et critique Soins, Centre CIBS, Centre médical de l'Université Vanderbilt, TN Valley VA GRECC, Tennessee, États-Unis ; Chérif Émile, MDCM, FRCSC, FACS, FAAP, Mirella et Lino Saputo Chaire Fondation en éducation chirurgicale pédiatrique et patient et professeur de soins centrés sur la famille en chirurgie pédiatrique, Chirurgie et pédiatrie, Chaire associée pour l'éducation et Citoyenneté Départementale, Département de Chirurgie Pédiatrique, Faculté de médecine de l'Université McGill, directeur; Harvey E. Beardmore, Division de chirurgie pédiatrique, chercheur principal, Institut de recherche de l'Université McGill Centre de santé, Québec, Canada; Karen Ethans, MD, FRCPC, professeur agrégé, médecine interne, Section de Médecine physique et réadaptation, Université de Manitoba, Manitoba, Canada ; Adrian J Farrell, BScHons, MBChB, MD, FRCP, Consultant Rhumatologie, WAHT (Confiance des hôpitaux de soins aigus du Worcestershire), Worcestershire, Royaume-Uni; Natasha Fernandes, MD, FRCPC (psychiatrie), Ontario, Canada; Nisha Fernandes, MD, FRCPC, Ontario, Canada ; Catherine Ferrier, MD, CCFP (COE), FCFP, Division de médecine gériatrique, Université McGill Centre de santé, Québec, Canada; Baronne Finlay de Llan-daff, FRCGP, FRCP, FMedSci, FHEA, FLSW, Londres, Royaume-Uni; Timothy Foggin, MD, BSc, MDCM, MPH, CCFP, FCFP, FRCPC, FACHE, Colombie-Britannique, Canada; Sarah Garside, MD, PhD, FRCPC, associée Professeur, Université McMaster, Ontario, Canada ; Sheenagh George, MD, FRCPC, Nouvelle-Écosse, Canada ; Roger Ghoche, MDCM, CCFP-PC, MTS, Réadaptation et Médecine des soins palliatifs, Professeur Adjoint, Directeur de Cours de Méthode Clinique II, Université McGill, Assistant Professeur, directeur de cours de méthode clinique II, McGill Université, Hôpital Mont Sinai, Montréal, Québec, Canada ; Judy Glass, MD, FRCPC, DLFAPA, directrice, psychiatrie d'urgence, Hôpital général juif, adjointe Professeur, Université McGill, Département de psychiatrie, Quebec, Canada; John Good, MB, BCh, LM (Ronde Hospital, Dublin), DRCOG (Royaume-Uni), MICGP (Irlande), Past Délégué Médical du Comité International du Rouge Cross (Genève, Suisse), Ontario, Canada ; Randolph B. Goossen, MD, CCFP, FCFP, FRCPC, Psychiatrie, Manitoba, Canada ; Michael Grasic, MD, médecine familiale, Ontario, Canada ; Salvador M. Guinjoan, MD, PhD,

Oklahoma, États-Unis ; Jack Haggarty, MD, FRCPC, CCPE, directeur médical principal, St. Joseph's Care Group, professeur et président, Section de psychiatrie, Nord de l'Ontario. Université de médecine scolaire, Ontario, Canada ; Lila Haj-Ahmad, MDCM, Ontario, Canada ; Sheila Rutledge Harding, MD, MA, FRCPC, Saskatchewan, Canada ; Margaret J. Hart, DO, FAAFP, médecine familiale/médecine gériatrique, Arizona, États-Unis ; Philippa H. Hawley, FRCPC, professeure clinicienne, directrice médicale, gestion de la douleur et des symptômes/soins palliatifs, Colombie-Britannique, Cancer, Colombie-Britannique, Canada ; Kevin Hay, MRCPI, CCFP, FCFP, Alberta, Canada ; J. David Henderson, MD, CCFP (PC), directeur médical principal des soins palliatifs intégrés Nova Scotia Health, professeur agrégé Département de médecine familiale Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, Canada ; Leonie Herx, MD, PhD, CCFP (PC), FCFP, consultante en médecine palliative, professeure clinicienne, École de médecine Cumming, Université de Calgary, Alberta, Canada ; Angela O Ho, HBSc, MD, FRCPC, professeure adjointe, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto, Ontario, Canada ; Sheila C Hollins, professeur la baronne Hollins FRCPsych, FRCPCH, FRCP, FHEA, Independent Life Peer, Chambre des Lords, Westminster, Royaume-Uni, professeur émérite de psychiatrie, St George's, Université de Londres, présidente sortante, Collège royal des psychiatres, présidente sortante, British Medical Association, président du Royal College of Occupational Therapists, président du Royal Medical Benevolent Fund, Londres, Royaume-Uni ; Tae Young (Peter) Hong, MD, CMFC, Ontario, Canada ; Philip Howard, MA, MD, GDL, LLM, FRCP, gastro-entérologue consultant, Londres, Royaume-Uni ; Trevor A. Hurwitz, MBChB, MRCP (Royaume-Uni), FRCP (C), Psychiatrie FRCP (C) Neurologie, Diplôme en Psychiatrie - American Board of Psychiatry and Neurology, Diplôme en Neurologie - American Board of Psychiatry and Neurology, Diplôme Behavioral Neurology & Neuropsychiatrie - Conseil uni des sous-spécialités neurologiques.

Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Colombie-Britannique, Canada ; Lauren Jackson, BSc, MD, FCFP, Colombie-Britannique, Canada ; Laila Jamal, MD, FRCPC, Ontario, Canada ; Lawrence F. Jardine, BA, BMedSci, MD, FRCPC, consultant honoraire, Division d'hématologie-oncologie pédiatrique, Hôpital pour enfants (LHSC), professeur émérite (pédiatrie), École de médecine et de médecine dentaire Schulich, Université Western Ontario, Ontario, Canada ; Anna Jasinska, MD, FRCPC (essai en psychiatrie), Pennsylvanie, États-Unis ; Will Johnston, MD, professeur adjoint de clinique, Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, Colombie-Britannique, Canada ; Pamela Joseph, MD, FRCPC, Ontario, Canada ; Stephanie Kafie, MD, CCFP (COE), BHSc, Ontario, Canada ; Gurnaam Singh Kasbia, MD, BSc, FRCPC, psychiatre, Ontario, Canada ; Ebru Kaya, MBBS, MRCP (Royaume-Uni), chaire Rose Family en médecine palliative et soins complexes au University Health Network, responsable du site de soins palliatifs, Hôpital général de Toronto, directrice, Division de médecine palliative et professeure agrégée, Département de médecine, Temerty Fa -culte de médecine, Université de Toronto, président, Société canadienne des médecins de soins palliatifs ; Eric Kelleher, MB, PhD, MRCP, MRCPsych, psychiatre de liaison consultant, Cork University Hospital & Mercy University Hospital, maître de conférences clinique honoraire, University College Cork, Munster, Irlande ; Søeur Nuala Kenny, OC,

MD, FRCPC(C), professeur émérite, faculté de médecine de l'Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse, Canada ; Laurence J. Kirmayer, MD, FRCPC, FCAHS, FRSC, James McGill Professeur et directeur, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Québec, Canada ; Leah Koetting, MD, CCMF, Manitoba, Canada ; Mark S Kom-rad, MD, DFAPA, Faculté de psychiatrie, Johns Hopkins, Tulane et Université du Maryland, Maryland, États-Unis ; Jaro Kotalik, MD, FRCPC, Ontario, Canada ; Jessica Krevia-zuk, MD, FRCPC, professeure adjointe, Université de Man-itoba, psychiatre communautaire, Manitoba, Canada ; Professeur émérite Linda Kristjanson, AO, PhD, FAICD, FTSE, Victoria, Australie ; Mark Kristjanson, MD, CCFP, professeur adjoint, Département de médecine familiale, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba, Man-itoba, Canada ; Charles Lakusta, MD, Alberta, Canada ; Karen Lam, MD, FRCPC, Ontario, Canada ; Tim Lau, MD, FRCPC, professeur agrégé, Université d'Ottawa, Ontario, Canada ; Alejandro Lazo-Langner, MD, MSc, FRCPC, professeur de médecine, d'oncologie, d'épidémiologie et de biostatistique, président/chef, Division d'hématologie, Département de médecine, Université Western, Division d'hématologie, London Health Sciences Centre, Ontario, Canada ; Mark Lealos, MD, Saskatchewan, Canada ; Cassandra Lin-Pepe, MD, CCFP, Dip P Derm, Ontario, Canada ; Jeffrey H Lipton, PhD, MD, FRCPC, clinicien chercheur, Princess Margaret Cancer Centre, Cancer Clinical Research Unit (CCRU), Princess Margaret Cancer Centre, professeur de médecine, Université de Toronto, Ontario, Canada ; Iris Liu, MD, Colombie-Britannique, Canada ; Matthew Loscalzo, LCSW, APOS Fellow, directeur exécutif, Transformation des personnes et des entreprises, professeur émérite de médecine de soins de soutien, professeur de sciences de la population, Californie, États-Unis ; Joyce Lui, MD, CCFP, Alberta, Canada ; Patrick MacGillivray, MD, CCMF, Ontario, Canada ; James MacMillan, MD, CCMF, Soins palliatifs, Saskatoon et Nord intégré, Saskatchewan, Canada ; John Maher, MD, FRCPC, président, Association ontarienne pour ACT & FACT, rédacteur en chef, Journal of Ethics in Mental Health, Ontario, Canada ; Lauren Mai, MD, FRCPC, neurologue, professeure adjointe, Western University, Ontario, Canada ; Katalin Margittai, MD, FRCPC DABPN, DLFAPA, professeure adjointe de psychiatrie, Université de Toronto, Ontario, Canada ; Stephen Martin, MD, FCFP, FCBOM, ABPM(OM), Québec, Canada ; Karen Mason, MD, médecin de famille à la retraite, Ontario, Canada ; Paul McArthur, BSc, MD, CCFP, professeur adjoint de médecine familiale, Université Western Ontario, Ontario, Canada ; Annette McCarthy, MD, CCFP, médecin de famille, Terre-Neuve, Canada ; Gordon McDonald, MD, CCMF, Département de médecine familiale, Université Dalhousie, Fredericton, Canada ; C. Ann McKenzie, MD, Manitoba, Canada ; Diane E. Meier, MD, FACP, FAAHPM, fondatrice, directrice émérite et conseillère médicale stratégique, Center to Advance Palliative Care, codirectrice, Centre national de soins palliatifs Patty et Jay Baker, professeure, Département de gériatrie et de médecine palliative, Catherine Gaisman Professeur d'éthique médicale, Icahn School of Medicine de Mount Sinai, New York, États-Unis ; Tim Millea, MD, membre de l'American Board of Orthopaedic Surgeons, Iowa, États-Unis ; Alisha Montes, MD, MPH, FRCP, pédiatre, Terre-Neuve, Canada ; José' A.

Morais, MD, FRCPC, directeur, Division de gériatrie

Médecine, Université McGill, Québec, Canada; Marie An-gelle Moreau, MD, interniste générale, Alberta, Canada ; Louis Morissette, MD, FRCP, psychiatre légiste, UM, Institut national de psychiatrie juridique Philippe-Pinel, Québec, Canada; R. Sean Morrison, MD, Ellen et Howard C. Professeur Katz et président, Département Brookdale de gériatrie et de médecine palliative, École de médecine Icahn à Mont Sinaï, New York, États-Unis ; Michael E. Mrozek, MD, FRCP(C), Toronto (Ontario); Christophe Newcombe, CCFP (EM), Colombie-Britannique, Canada ; Nicholas New-man, MD, FRCSC, professeur agrégé, Département de Chirurgie, Université de Québec, Québec, Canada; Laurence Normand-Rivest, MD, Québec, Canada; Natalia Novo-sedlik, MD, CCMF(PC), Ontario, Canada ; Kevin O'Kane, BSc(Hons), MB, ChB, LLM, FRCP, FRCPE, Consultant en médecine interne générale et aiguë, Londres, Royaume-Uni Royaume; Félix Pageau, MD, FRCPC, MA, Philosophie, Gériatre, éthicien, professeur adjoint de médecine (Professeur adjoint me'decin enseignant sous octoi), Département de médecine, Faculté de médecine, Université Laval, Plein chercheur, VITAM - Centre de recherche en santé durable et le Centre d'excellence en vieillissement de Québec, Université Laval et CIUSSS Capitale-National, Québec, Canada; Michael J. Passmore, MD, FRCPC, Colombie-Britannique, Canada ; M. Jill Peacock, MD, FCFP (retraîtée), Colombie-Britannique, Canada ; José Pereira, MBChB, CCFP (PC), MSc, FCFP, PhD, Professeur, Division des soins palliatifs Care, Département de médecine familiale, Université McMaster, Ontario, Canada ; Donald J. Peters, MD, FRCPC (retraité), Manitoba, Canada; Robin Pierucci, MD, MA, Néonatalogue clinicien, Michigan, États-Unis ; Liette Pilon, MD, Médecin familial à la retraite, Québec, Canada; Ivan Pou-khovski-Sheremetev, MD, FRCPC, Ontario, Canada ; François Primeau, MD, FRCPC, professeur clinicien titulaire, Psychiatrie et Neurosciences, Université Laval, Québec, Canada; Lukas Radbruch, MD, PHD, professeur, département de médecine palliative, hôpital universitaire de Bonn, Président du conseil d'administration de l'IAHPC, Rhénanie du Nord-Westphalie, Allemagne ; Larry Rados, MD, CCFP, Manito-ba, Canada ; Shirley Reddoch, MD, FAAP, pédiatrie Hématologie/Oncologie, Maryland, États-Unis ; Claude Regnard, FRCPC, Consultant Honoraire en Médecine de Soins Palliatifs, Hospice St. Oswald, Newcastle-upon-Tyne, Royaume-Uni ; Karen Reimers, MD, FRCPC, professeure adjointe, Université de Floride centrale, Floride, États-Unis ; Jean Marie M. Ribeyre, MD, PhD, FRCPC, Professeur agrégé/ Professeur Agrège, Centre correctionnel et correctionnel de la Vallée du Saint-Laurent Centre de traitement - Unité de traitement sécurisée, Ontario, Canada ; Evan Ritchie, MD, PGY-4, Anesthésiologie et médecine de la douleur, Alberta, Canada ; Roger Roberge, MD, PhD, Québec, Canada; Anne Rose, MD, Ontario, Canada ; Skye Rousseau, MD, FRCPC, professeur adjoint, Université du Manitoba, Département de psychiatrie, Manitoba, Canada ; Edward J Rzadki, BA, MD, FRCPC, Professeur adjoint Psychiatrie U de T 1969 (retraité), ancien président de l'Association des psychiatres de l'Ontario, ancien chef de la psychiatrie de l'Hôpital général d'Etobicoke, Ancien chef de cabinet, Hôpital général d'Etobicoke, William Osler Health Centre, ancien chef corporatif de la psychiatrie et Ancien directeur médical, Santé mentale et toxicomanie, 1999-2007, Ontario, Canada ; Paul Saba, MDCMMSc., médecin familial et auteur de Made to Live, Québec, Canada ; Richard H. Sandler, MD, professeur de pédiatrie, professeur de génie mécanique et aérospatial, Université de Floride centrale, Floride, États-Unis ; Jitender Sareen, MD, chef du département de psychiatrie, Université du Manitoba, responsable provincial des spécialités, santé mentale et toxicomanie, Santé partagée, Manitoba, Canada ; Luke Savage, BKin(-Hons), MD, CCFP, FCFP, Alberta, Canada ; Anton Scamvougeras, MBChB, FRCPC, Neuropsychiatre, UBC Programme de neuropsychiatrie, Département de psychiatrie, Université de Colombie-Britannique, Colombie-Britannique, Canada ; H. Schipper, BSc, MD, FRCPC(C), professeur de médecine, professeur adjoint de droit, Université de Toronto, Mind-en-Schipper & Associates Inc., Ontario, Canada ; Valérie Schulz, MD, FRCPC, MPH, CPC(HC), Ontario, Canada ; John F Scott, MD, professeur agrégé, médecine palliative, Université d'Ottawa, Ontario, Canada ; Nathan Schaffer, MD, FRCPC, professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique; Mary V. Seeman, OC, MDCM, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Ontario, Canada ; Antonia Seli, BSc(Hons), MD, FRCPC, psychiatre du personnel, Services ambulatoires pour adultes, Halton Healthcare - Hôpital Trafalgar Memorial d'Oakville, Responsable médical - One Link, professeur clinicien adjoint - Université McMaster, Ontario, Canada ; Keith Sequeira, MD, FRCPC, professeur agrégé, École Schulich de Médecine et dentisterie, Université Western, Département de Médecine physique et réadaptation, Ontario, Canada ; Amir Shamlou, MD, FRCPC, Manitoba, Canada ; Alex-ander Simpson, MBChB, BMedSci, FRANZCP, FCPA, Chaire de psychiatrie légale, CAMH + Université de Tor-onto, scientifique principal, programme de recherche, CAMH, professeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, École de santé publique Dalla Lana - Université de Toronto, Ontario, Canada ; Richard RJ Smyth, MBBS, LRCP, FRCS, FRCSC - retraité, auxiliaire Professeur à la Faculté des sciences, Thompson Rivers University, BC, instructeur clinique en oto-rhino-laryngologie - chef et Chirurgie du cou, Université de la Colombie-Britannique, Colombie-Britannique, Canada ; Allan B. Steingart, MD, FRCPC, Ontario, Canada; Theresa Szezepaniak, MB ChB, DRCOG, Dip IMC (RCSEd), LMCC, hospitaliste, médecine familiale, Colombie-Britannique, Canada ; Matthieu David Swatski, MD, École de médecine de l'Université de Pittsburgh, SUNY à Résident en chef de Buffalo Pediatrics, Pennsylvanie, États-Unis ; Sa-nasi Swatski, MD, PGY2, médecine familiale, McMaster Université, Ontario, Canada ; Sephora Tang, MD, FRCPC, Professeur adjoint, Université d'Ottawa, Ontario, Canada ; Agnès Tanguay, MD, CCMF, Ontario, Canada; Robert Twycross, DM, FRCP, FRCR, lecteur clinique émérite en Médecine palliative, Université d'Oxford, Oxford, Royaume-Uni Royaume; Stephen Vander Klippe, médecin de famille., Ontario, Canada ; Lilian Lee Yan Vivas, BSc, MD, FRCPC, CSCN, Dip. (EMG), Médecine Physique et Réadaptation, Ontario, Canada ; Lucas Vivas, CD, MD, MHSc (Bioéthique), FRCPC, Personnel actif, Médecine interne générale, William Osler Health System, professeur clinicien adjoint (auxiliaire), Département de médecine, Université McMaster, Ontario, Canada ; Declan Walsh, MD, MSc, FACP, FRCPC(Edin), directeur du Département d'oncologie de soutien, Atrium Health Levine Cancer, professeur clinicien, Département de médecine interne, École de Wake Forest University Médecine, chaire dotée de la famille Hemby en soutien

Oncologie, rédacteur en chef du BMJ Supportive and Palliative Care, membre émérite du Trinity College, Université de Dublin, Caroline du Nord, États-Unis ; Ellen Warner, MD, MSc, FRCPC, FACP, Division d'oncologie médicale, Sunny-brook Odette Cancer Centre, professeur de médecine, Université de Toronto, Ontario, Canada ; Eric Wasylenko, MD, CCFP, (PC), MHSc (bioéthique), auxiliaire, Division de médecine palliative, Département d'oncologie, École de médecine Cumming, Université de Calgary; et adjoint, Centre d'éthique de la santé John Dos-setor, Université de l'Alberta, Alberta, Canada ; Shawn Whatley, MD, FCFP(EM), chercheur principal Munk en politiques de santé, Institut Macdonald-Laurier, ancien président, Association médicale de l'Ontario, Ontario, Canada; Frederick J. White, MD, FACC, FCCP, HEC-C, Louisiane, États-Unis ; DP Whitehouse, MB, ChB, MSc, PG Dip Pall Med, Diploma Tropical Med and Hygiene, PG Cert International Development & Conflict, FRCP, AFOM., Consultant en médecine palliative, respiratoire et générale, Bosham, Royaume-Uni ; James Wheeler, MD, MSC, CCFP, FCFP, Ontario, Canada ; Kiely Williams, MD, CCFP, FCFP, Alberta, Canada ; Maria Wolfs, MD, MHSc, FRCPC, Ontario, Canada; Jerome Yang, MD, MHSc, CCFP(AM), Colombie-Britannique, Canada ; Jonathan Yang, MD, CCFP, Colombie-Britannique, Canada ; Stanley Yaren, MD, FRCPC (essai en psychiatrie), professeur agrégé, Université du Manitoba, Manitoba, Canada ; John WS Yun, MD, FRCPC, oncologie, Colombie-Britannique, Canada ; Joel Zivot, MD, FRCPC, Emory University, Géorgie, États-Unis ; Alexandra Zyla, MD, PGY-2 Pathologie ana-tomique, Université de Toronto, Ontario, Canada.

Informations sur le financement

Aucun financement n'a été reçu pour cet article.

Déclaration de divulgation de l'auteur

Il n'existe aucun intérêt financier concurrent.

Les références

- Chiu K, Grundy Q, Bero L. « Spin » dans la littérature biomédicale publiée : une revue systématique méthodologique. *PLoS Biol* 2017;15(9):e2002173; <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.2002173>
- Boutron I, Ravaud P. Déformation et déformation des recherches dans la littérature biomédicale. *Proc Natl Acad Sci États-Unis* 2018;115(11):2613-2619 ; doi : 10.1073/pnas.1710755115
- Downar J, MacDonald S, Buchman S. Aide médicale à mourir, soins palliatifs, sécurité et vulnérabilité structurelle. *J Palliat Med* 2023;26(9):1175-1179 ; est ce que je: 10.1089/jpm.2023.0210
- Kim SY, De Vries RG, Peteet JR. Euthanasie et suicide assisté de patients souffrant de troubles psychiatriques aux Pays-Bas de 2011 à 2014. *JAMA Psychiatry* 2016;73(4):362-368; doi : 10.1001/jamapsychiatry.2015.2887
- Teno JM, Weitzen S, Fennell ML et al. Trajectoire de décès au cours de la dernière année de vie : la trajectoire du cancer correspond-elle à d'autres maladies ? *J Palliat Med* 2001;4(4):457-464; est ce que je: 10.1089/109662101753381593
- Seow H, O'Leary E, Perez R et al. Accès aux soins palliatifs selon la trajectoire de la maladie : une cohorte de personnes décédées en Ontario. *BMJ Ouvert* 2018;8:e021147; est ce que je: 10.1136/bmjopen-2017-021147
- Tobin J, Rogers A, Winterburn I et al. Inégalités d'accès aux soins palliatifs : une revue systématique et une synthèse narrative. *BMJ soutient les soins palliat.* 2022;12(2):142-151 ; est ce que je:10.1136/bmjspcare-2020-002719
- Oishi A, Murtagh FE. Les défis de l'incertitude et de la collaboration interprofessionnelle dans les soins palliatifs pour les patients non cancéreux dans la communauté : une revue systématique des points de vue des patients, des soignants et des professionnels de la santé. *Palliat Med* 2014;28(9):1081-1098; est ce que je: 10.1177/0269216314531999
- Statistique Canada : Principales causes de décès au Canada 2019. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/201126/t001b-fra.htm> [Dernière consultation : 25 août 2023] .
- Freeman T, Gesesew H, Bamba, C et al. Pourquoi certains pays obtiennent-ils des résultats meilleurs ou moins bons en termes d'espérance de vie par rapport au revenu ? Une analyse du Brésil, de l'Éthiopie et des États-Unis d'Amérique. *Int J Equity Santé* 2020;19:202; <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01315-z>
- Downie J, Oliver K. Certificats médicaux de décès : les premiers principes et les pratiques établies apportent des réponses à de nouvelles questions. *JAMC* 2016;188(1):49-52; est ce que je: 10.1503/cmaj.151130
- Méfais liés aux opioïdes et aux stimulants au Canada 2023. Disponible à : https://health-infobase.canada.ca/src/doc/SRHD/Update_Deaths_2023-06.pdf [Dernière consultation : 20 août 2023].
- Bettinger JJ, Amarquaye W, Fudin J et al. L'interprétation erronée de la « crise des overdoses » continue d'alimenter les malentendus. statut du rôle des opioïdes sur ordonnance. *J Pain Res* 2022 ; 15 : 949-958 ; doi: 10.2147/JPR.S367753
- Résumé, page 5. Plus de soins, moins de parcours, un examen du parcours de soins de Liverpool. Disponible sur : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf [Lass consulté le 3 septembre 2023].
- L'aide médicale à mourir au Canada : des choix pour les Canadiens. Accès aux soutiens et aux services page 39 Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. Disponible sur : <https://www.parl.ca/Content/Committee/441/AMAD/Reports/RP12234766/amadrp02/amadrp02-e.pdf> [Dernière consultation : 22 août 2023].
- CTV News : Une femme sensible aux produits chimiques a choisi l'aide médicale à mourir après l'échec de son offre pour obtenir un meilleur logement. Disponible sur : <https://www.ctvnews.ca/health/woman-with-chemical-sensitivities-chose-medically-assisted-death-after-failed-bid-to-get-better-housing-1.5860579> [Dernière consultation : 4 septembre 2023].
- Raikin A. Aucune autre option. La Nouvelle Atlantide. Essai Hiver 2023 Mis en ligne le 16 décembre 2022. Disponible sur : <https://www.thenewatlantis.com/publications/no-other-options> [Dernière consultation : 23 août 2023].
- Le Cinquième Pouvoir. Société Radio-Canada. Tu n'es pas seul. 2023. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=plinQAHZRvk> [Dernière consultation : 23 août 2023].
- La police enquête sur la mort médicalement assistée d'une femme de la Colombie-Britannique. Nouvelles de CTV. 2022. Disponible sur : <https://www.ctvnews.ca/health/police-investigating-medically-assisted-death-of-bc-woman-1.5877288> [Dernière consultation : 23 août 2023].
- Wiebe ER, Kelly M, Spiegel L et al. Des besoins non satisfaits suscitent-ils des demandes d'aide médicale à mourir (AMM)? Une étude qualitative des prestataires canadiens d'AMM. La mort

- Goujon 2023 ; 47(2) :204-210 ; est ce que je: 10.1080/07481187.2022.2042754
21. Coelho R, Maher J, Gaiind K et al. Les réalités de l'aide médicale à mourir au Canada. Soins de soutien palliat 2023 ; 1 à 8 ; est ce que je: 10.1017/S1478951523001025
22. Aide médicale à mourir au Canada : Choix pour les Canadiens : Accès aux soutiens et aux services page 40 Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. Disponible sur : <https://www.parl.ca/Content/Committee/441/AMAD/Reports/RP12234766/amadrp02/amadrp02-e.pdf> [Dernière consultation : 22 août 2023].
23. Daily Mail : Québec freine l'euthanasie et avertit les médecins de NE PAS administrer d'injections mortelles aux patients éligibles et de leur donner plus de temps pour décider s'ils veulent mourir. Disponible sur : <https://www.dailymail.co.uk/news/article-12390457/Quebec-hits-brakes-euthanasia-warns-doctors-NOT-fatal-injection.html> [Dernière consultation : 31 août 2023].
24. CTV News : Les Québécois ne considèrent plus les décès assistés par un médecin comme exceptionnels, déclare l'organisme de surveillance. Disponible sur : <https://montreal.ctvnews.ca/quebecers-no-longer-seeing-doctor-assisted-deaths-as-exceptional-says-oversight-body-1.6519503> [Dernière consultation : 25 août 2023].
25. Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Disponible sur : <https://www.ontario.ca/page/medical-assistance-dying-memorandum> [Dernière consultation : 25 août 2023].
26. Coroner en chef de l'Ontario. Comité d'examen des décès de l'AMM Application. Disponible à : <https://forms.mgcs.gov.on.ca/dataset/6ac44375-42f7-4d35-8120-aa49a3c4ef27/resource/5e6025de-2902-4305-b513-ab375a2c385a/download/on00366e.pdf> [Dernière consultation : 20 septembre 2023].
27. Comités d'examen des décès du coroner de la Colombie-Britannique, MAiD. depuis: Disponible https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/maid_panel_report_2017_final.pdf [Dernière consultation : août 23, 2023].
28. Enquêtes sur les décès des services des coroners de la Colombie-Britannique. Disponible sur : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/life-events/death/coroners-service/death-investigations-panels/medical-assistance-in-dying> [Dernière consultation : 23 août 2023].

Adresser la correspondance à :
Romaine Gallagher, MD, CCMF(PC), FCFP
Division des soins palliatifs
Université de la Colombie-Britannique
6389, chemin du Stade
Vancouver (Colombie-Britannique) V6T 1Z4
Canada

Courriel : rgallagher@providencehealth.bc.ca