

À propos des auteurs



Mark Lachmann, M.D., M.Sc.S., M.A., FCFP, FRCPC

Le D^r Lachmann est psychiatre gériatrique au sein du système de santé Sinai. Il est professeur agrégé à l'Université de Toronto. Il s'intéresse aux soins aux personnes âgées en milieu communautaire selon une approche interculturelle, aux soins tenant compte des traumatismes et au vieillissement chez les personnes atteintes d'un trouble du développement. Il occupe le poste de directeur de la psychiatrie gériatrique au sein de Provincial Geriatrics Leadership Office Ontario et siège au Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée du Bureau du coroner. Avant de se consacrer à la psychiatrie gériatrique, le D^r Lachmann a exercé en tant que médecin de famille pendant neuf ans à la baie James et sur l'île de Baffin.

Affiliation de l'auteur : Professeur agrégé, Psychiatrie gériatrique, Université de Toronto Sinai Health



Gina D Eom, M.D., Ph. D., FRCPC

Gina Eom est psychiatre gériatrique et spécialiste de la démence au sein du système de santé Sinai. Elle assure des consultations auprès des patients hospitalisés à l'hôpital Hennick Bridgepoint, le plus grand établissement de soins de longue durée et de soins post-aigus du Canada. Une partie importante de son travail clinique consiste à effectuer des visites à domicile auprès de personnes âgées en situation de vulnérabilité. Elle s'intéresse particulièrement à la planification préalable des soins dans le cadre de la démence et des cas complexes.

Affiliation de l'autrice : Professeure adjointe, Psychiatrie gériatrique, Université de Toronto Sinai Health



Eric E. Brown, M.D., M.Sc., FRCPC

Le D^r Eric Brown est psychiatre, chercheur associé et chef adjoint de la division de psychiatrie gériatrique au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto, au Canada. Il est également professeur adjoint au département de psychiatrie de l'Université de Toronto. Il est responsable des services liés à l'AMM au CAMH. Ses recherches portent sur les facteurs de risque associés à la démence et aux troubles de santé mentale liés à l'âge.

Affiliation de l'auteur : Professeur adjoint, Psychiatrie gériatrique, Université de Toronto Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

La démence et l'AMM

Mark Lachmann, M.D., M.Sc.S., M.A., FCFP, FRCPC

Gina D Eom, M.D., Ph. D., FRCPC

Eric E. Brown, M.D., M.Sc., FRCPC

Les évaluateurs et les prestataires de l'aide médicale à mourir (AMM) seront amenés à rencontrer des patients atteints d'une forme de démence de deux manières différentes. Dans un premier cas, ils pourront être amenés à évaluer un patient atteint de démence, mais dont le diagnostic principal à l'origine de la demande d'AMM repose sur une autre maladie sous-jacente, telle qu'un cancer ou une insuffisance cardiaque. Dans le second cas, la demande d'AMM peut découler directement de la démence elle-même. Comprendre le contexte dans lequel l'AMM est dispensée en cas de démence peut s'avérer utile pour les évaluateurs et les prestataires de l'AMM. Nous aborderons également ici le diagnostic de la démence à proprement parler, afin d'aider les évaluateurs et les prestataires de l'AMM dans leurs échanges avec les patients et leurs familles concernant ce diagnostic complexe.

Contexte

Il est encore rare qu'un patient canadien atteint de démence bénéficie d'une AMM. Le Comité d'examen des décès liés à l'AMM du Bureau du coroner en chef de l'Ontario s'est penché plus particulièrement sur la démence dans son rapport de 2025 intitulé *Navigating MAiD with Persons with Dementia*.¹ Entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 décembre 2024, 103 cas d'AMM pour cause de démence, ont été recensés en Ontario.¹ Parmi ceux-ci, 102 relevaient de la voie 1 de l'AMM, qui s'applique lorsque la mort naturelle du patient est prévisible. Les cas d'AMM pour cause de démence ont représenté 1,1 % de l'ensemble des cas d'AMM en Ontario au cours de cette période. De plus, une analyse plus approfondie des données de 2023, qui comprenait non seulement les personnes ayant eu recours à l'AMM pour cause de démence, mais aussi celles ayant reçu un diagnostic de démence au cours des deux années précédant leur recours à l'AMM, a permis d'identifier 235 personnes qui ont bénéficié de l'AMM en 2023. Parmi celles-ci, 39 cas d'AMM étaient imputables à la démence elle-même. En revanche, la majorité des cas

(196 sur 235, soit 83 %) concernaient des personnes chez lesquelles la démence constituait un aspect important du tableau clinique, mais n'était pas la raison principale de la demande d'AMM.¹ Ces résultats semblent indiquer qu'il est plus fréquent de recourir à l'AMM en étant atteint de démence que pour cause de démence. Pour replacer les choses dans leur contexte, en Ontario, en 2023, on estimait à 182 573 le nombre de personnes qui avaient reçu un diagnostic de démence et 15 662 décès étaient survenus chez des personnes atteintes de démence.¹ La grande majorité des décès chez les patients atteints de démence ne sont donc pas liés à l'AMM.

Trouble neurocognitif majeur

Il est important que les cliniciens associés au processus d'AMM utilisent un langage clair et cohérent lorsqu'ils évaluent des patients atteints de démence. Dans le DSM-5, le terme générique « démence » a été remplacé par celui de « trouble neurocognitif majeur » pour désigner un ensemble de pathologies, certaines maladies spécifiques conservant toutefois l'appellation de démence, comme la démence associée à la maladie d'Alzheimer ou la démence à corps de Lewy. Bien que ce changement ait été adopté par de nombreux praticiens dans ce domaine, le terme « démence » reste très présent dans l'esprit de la communauté médicale et du grand public. Voir le **tableau 1** pour un aperçu de la démence.

Un trouble neurocognitif majeur se caractérise par un déclin significatif dans au moins l'un des domaines cognitifs suivants : l'attention complexe, le langage, les fonctions exécutives, l'apprentissage et la mémoire, la fonction perceptivo-motrice ou la cognition sociale. Il doit s'accompagner d'un déclin fonctionnel et peut être classé comme « léger », avec des troubles dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (gestion des finances, courses), « modéré », avec des déficiences dans les activités de base de la vie quotidienne (s'habiller, se laver, aller aux toilettes), ou « grave », avec une dépendance

totale.² Chaque type de trouble neurocognitif, tel que la maladie d'Alzheimer, répond à des critères supplémentaires spécifiques qui s'ajoutent aux critères généraux décrits ci-dessus.

Il est essentiel de bien comprendre les domaines cognitifs pour identifier les profils des principaux troubles neurocognitifs. L'attention complexe désigne la capacité à se concentrer et à porter son attention sur une tâche précise. Le langage fait référence à la fois à l'expression orale et écrite et à la compréhension du langage. L'apprentissage et la mémoire concernent à la fois l'enregistrement et la récupération de nouvelles informations, ainsi que les fonctions de la mémoire à court et à long terme. Les fonctions exécutives comprennent des compétences telles que la planification, l'organisation, le séquençage et l'abstraction (un exemple d'abstraction serait la capacité à classer deux éléments dans une catégorie). Prendre rendez-vous chez le médecin est un exemple de tâche qui fait largement appel aux fonctions exécutives. La fonction perceptivo-motrice englobe les mouvements complexes, tels que s'habiller et se laver, ainsi que des domaines cognitifs plus fondamentaux, comme le traitement visuel et auditif. La cognition sociale désigne des

capacités telles que l'empathie et la capacité à respecter les normes sociales de comportement.

Un trouble cognitif, même grave, n'indique pas toujours la présence d'un trouble neurocognitif. Il est essentiel de procéder à une évaluation et à un diagnostic approfondis en cas de suspicion de trouble neurocognitif majeur afin d'éviter de négliger des causes réversibles de troubles cognitifs, telles que l'apnée du sommeil non traitée, une carence en vitamine B12, le délire, un trouble dépressif majeur non traité, d'autres troubles mentaux, ainsi que la consommation active ou récente de substances, y compris l'alcool. Une évaluation visant à diagnostiquer un trouble neurocognitif majeur doit inclure une anamnèse complète, ainsi qu'un examen physique, des analyses de laboratoire appropriées, une neuro-imagerie et des évaluations cognitives formelles. De plus, le diagnostic d'un trouble neurocognitif majeur doit être aussi précis que possible quant au type de trouble, par exemple en identifiant une maladie d'Alzheimer, une démence vasculaire, une démence à corps de Lewy, une démence frontotemporale ou une démence mixte.

Un diagnostic précis revêt une importance particulière dans le cadre de l'AMM, car il permet d'établir le pronostic et, plus précisément, de

Antécédents médicaux lors de la première consultation	Profil des troubles cognitifs	Test cognitif affecté	Trouble courant
Oubli rapide, répétitif	Amnestique	Rappel différé	Maladie d'Alzheimer
Ralentissement de la pensée, lenteur des mouvements, dysfonctionnement exécutif et comorbidités vasculaires	Dysfonctionnement exécutif Vitesse de traitement lente	Trail Making Test Test de l'horloge	Démence vasculaire
Changements de comportement Apathie ou désinhibition	Normal Ou dysfonctionnement exécutif léger	Normal Ou test de l'horloge	Variante comportementale de la démence frontotemporale
Fluctuations Troubles visuospatiaux	Dysfonctionnement exécutif	Copie de figures Test de l'horloge Trail Making Test	Démence à corps de Lewy Démence associée à la maladie de Parkinson
Trouble du langage	Trouble prédominant du langage	Déficits généraux Test de dénomination de Boston	Aphasie primaire progressive (plusieurs sous-types)

Tableau 1. Aperçu de la démence; adapté de Tang-Wai, DF et al., 2018

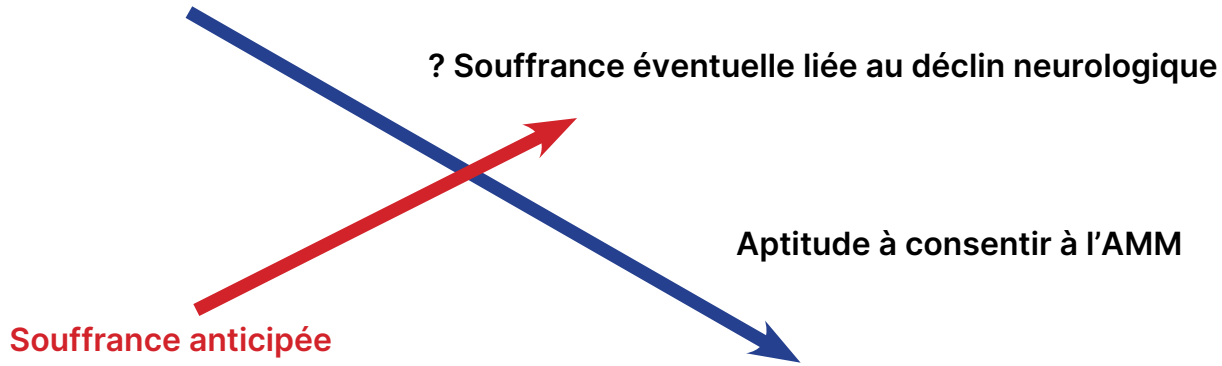


Figure 1. Souffrance anticipée aux premiers stades de la démence; d'après Mark Lachmann, M.D., M.Sc.S., M.A., FCFP, FRCPC, Gina D Eom, M.D., Ph. D., FRCPC, Eric E. Brown, M.D., M.Sc., FRCPC

déterminer le caractère irrémédiable de l'état de santé et le caractère prévisible du décès de la personne. Les étiologies neurodégénératives, telles que la maladie d'Alzheimer et la maladie à corps de Lewy, s'accompagnent d'une détérioration progressive des fonctions conduisant au décès. Étant donné que les patients vivent plus longtemps et présentent des pathologies de plus en plus complexes, les comorbidités (c'est-à-dire les troubles neurocognitifs majeurs dus à des étiologies multiples) sont fréquentes. Cependant, il existe souvent une étiologie prédominante qui est à l'origine des symptômes cognitifs ou comportementaux du patient.

L'évaluateur de l'AMM n'est pas tenu de poser le diagnostic d'un trouble neurocognitif majeur, mais il doit faire preuve de diligence raisonnable pour s'assurer qu'un tel diagnostic est posé. Si des doutes quant aux capacités cognitives surgissent au cours d'une évaluation de l'AMM, l'évaluateur doit orienter le patient vers un service clinique approprié pour une évaluation formelle. Conformément aux lignes directrices nationales sur l'évaluation de l'aptitude à consentir à l'AMM en cas de déficience cognitive, des outils structurés, tels que le questionnaire MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T), peuvent être utilisés. Les tests de dépistage cognitif sont également recommandés dans le cadre de l'évaluation des fonctions cognitives, afin d'étayer une évaluation approfondie de la capacité.

La souffrance anticipée désigne la détresse psychologique que ressentent actuellement les personnes atteintes de démence, du fait de la prise de conscience qu'elles pourraient — ou vont — évoluer vers un état futur de déclin cognitif et fonctionnel important. Cette crainte d'un stade

plus avancé de la maladie peut se traduire par une souffrance psychologique insupportable dans le présent. Selon la Société Alzheimer du Canada, de nombreuses personnes atteintes de démence ressentent une souffrance anticipée, et pour une petite partie d'entre elles, cela peut constituer un facteur déterminant dans leur demande d'admissibilité à l'AMM. Il ne faut pas confondre la souffrance anticipée avec le simple fait d'« anticiper la souffrance » à venir, mais plutôt la considérer comme un état actuel de détresse psychologique importante.

Parmi les personnes ayant bénéficié de l'AMM pour cause de démence (la démence ayant été identifiée comme la principale affection contribuant à la souffrance) en Ontario entre janvier 2023 et décembre 2024, les cinq principaux aspects de la souffrance, par ordre décroissant, étaient l'incapacité de participer à des activités, la perte d'autonomie, la perte de la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne, la perte de dignité et la détresse émotionnelle, notamment l'anxiété, la peur et la souffrance existentielle.¹ L'un des principaux critères d'admissibilité à l'AMM est que le patient éprouve « des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables.³ »

Un élément essentiel de l'évaluation de l'AMM est la détermination de la souffrance par le médecin évaluateur. De nombreux troubles neurocognitifs majeurs courants, notamment la maladie d'Alzheimer et la maladie à corps de Lewy, sont des maladies neurodégénératives et évolutives, présentant une phase terminale, dont l'évolution est quelque peu variable selon la nature

de la démence. L'évaluation de la souffrance implique toutefois que le clinicien associé au processus d'AMM s'implique profondément auprès du patient et replace l'expérience de la maladie dans le contexte de l'histoire personnelle et de la situation particulière du patient. Lorsqu'il évalue la souffrance d'une personne atteinte d'un trouble neurocognitif grave, le clinicien doit examiner la démence dans le contexte de la personnalité du patient, en s'appuyant sur des antécédents personnels et sociaux détaillés.^{4,5} Dans le cadre de cette évaluation, il convient également d'étudier d'autres moyens d'atténuer la détresse, tels que l'accès aux soins palliatifs, le renforcement des aides à domicile et communautaires, ou toute autre forme de soutien disponible.^{6,7}

Les traitements disponibles

Si les traitements modificateurs de la maladie évoluent rapidement dans le domaine de la démence, il n'existe pour l'instant aucun traitement capable d'inverser ou de freiner de manière significative les troubles neurocognitifs majeurs d'origine neurodégénérative. Certains traitements, notamment les nouveaux médicaments biologiques, peuvent contribuer à retarder ou à ralentir la progression des troubles cognitifs, ou à atténuer certains des symptômes comportementaux et psychiatriques associés à la démence qui peuvent aggraver la souffrance, tels que la dépression et l'anxiété. Un engagement physique et social constant est essentiel dans la prise en charge des personnes atteintes de démence. Les soins palliatifs interviennent le plus souvent aux stades avancés de la démence et jouent un rôle central dans le soulagement des divers symptômes et formes de souffrance.

Le caractère volontaire

Tous les principaux troubles neurocognitifs affectent la pensée et la mémoire. Il est donc à craindre que les patients soient vulnérables à la coercition dans de nombreux domaines. De ce fait, il est essentiel de mener une enquête minutieuse sur la motivation, le degré de détermination, la durée et la cohérence de la demande d'AMM formulée par le patient, et ces éléments doivent être consignés par écrit. En tant qu'évaluateur et prestataire de l'AMM, il est essentiel à la fois d'interroger le patient en présence de sa famille et de ses proches, et de l'interroger et de l'évaluer individuellement dans un environnement sûr

et confidentiel, ces conversations devant être clairement consignées.^{8,9}

L'aptitude

Une évaluation minutieuse de l'aptitude à prendre des décisions est essentielle dans toutes les évaluations de l'AMM, et ce d'autant plus en présence d'un trouble neurocognitif grave. Dans la pratique, les évaluations de l'AMM chez les personnes atteintes de démence sont généralement considérées comme des évaluations complexes de fait, en raison du déclin progressif de la capacité cognitive nécessaire pour donner son consentement. L'évaluation de l'aptitude consiste à déterminer si le patient comprend son état de santé sous-jacent, les traitements qui s'offrent à lui ou les mesures palliatives disponibles et adaptées à sa situation, ainsi que la nature de la procédure d'AMM, et s'il saisit en quoi la décision d'accepter ou de refuser l'AMM s'applique à son cas particulier.¹⁰ En examinant la manière dont un patient appréhende son propre état et l'option de l'AMM, l'évaluateur examine également la personnalité du patient et évalue dans quelle mesure la demande d'AMM s'inscrit dans le schéma décisionnel du patient tout au long de sa vie.^{11,12} Il est essentiel de consigner clairement la détermination de l'aptitude ou de l'inaptitude du patient, ainsi que les faits qui ont conduit à cette conclusion.

Les demandes anticipées

Les demandes anticipées d'AMM ne sont actuellement autorisées qu'au Québec et sont régies par un ensemble précis d'exigences destinées à aider les cliniciens à déterminer à quel moment, au cours de l'évolution d'une maladie neurocognitive grave, l'AMM peut être fournie.¹³ Le recours aux demandes anticipées d'AMM au Québec bénéficie, selon les observations, d'un large soutien de la population au sein de la province.¹⁴ L'un des défis liés à l'utilisation des demandes anticipées, en particulier dans le cadre des soins aux personnes atteintes de démence, réside dans le fait que la personne, telle qu'elle est aujourd'hui, ne sait pas réellement comment son moi futur ressentira ou non la souffrance face à une perte particulière de fonction, telle que la perte de la capacité à reconnaître les membres de sa famille ou à se nourrir seule.¹⁵ Bien que ces pertes anticipées puissent causer une souffrance intolérable au moi actuel, il

n'est pas certain que la personne ressentira subjectivement de la souffrance au moment même où la démence progressera. De plus, le libellé de la législation québécoise concernant les demandes anticipées d'AMM repose sur l'opinion subjective du prestataire selon laquelle le patient semble souffrir.¹⁶ Le débat canadien sur les demandes anticipées d'AMM se poursuit.

La renonciation au consentement final

La possibilité de renoncer au consentement final a été mise en place pour les patients souhaitant bénéficier de l'AMM dont le décès est raisonnablement prévisible et qui, bien qu'admissibles et aptes, ont choisi une date pour la procédure d'AMM. Cette renonciation permet de procéder à l'AMM si le patient perd sa capacité à donner son consentement final juste avant la procédure. Toutefois, elle impose également au prestataire de ne PAS procéder à l'AMM si le patient « démontre son refus ou résiste à l'administration de l'AMM par des mots, des sons ou des gestes ». En vertu de la législation fédérale, la validité d'une renonciation au consentement final n'est soumise à aucune limite de temps une fois que la demande d'AMM a été approuvée. En revanche, la législation québécoise impose une limite de 90 jours, et l'intention est claire : la renonciation au consentement final n'est PAS une forme de demande anticipée.¹⁷ Une interprétation de bonne foi de la renonciation au consentement final est qu'elle est destinée aux personnes souhaitant bénéficier de l'AMM qui risquent de perdre leur aptitude en raison de l'état de leur maladie sous-jacente et qui ont programmé une procédure d'AMM alors qu'elles sont encore capables de le faire, généralement dans les semaines, voire les mois qui précèdent. La cause médicale la plus fréquente de la perte d'aptitude à donner son consentement final est le délire. Conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA), la renonciation au consentement final doit être signée et consignée par le prestataire de l'AMM désigné. Autrement dit, c'est le prestataire final de l'AMM qui doit obtenir personnellement la renonciation préalable au consentement final.

Conclusion

Les cliniciens associés au processus d'AMM évalueront les patients atteints d'un trouble

neurocognitif grave qui sollicitent une AMM soit en raison de ce trouble lui-même, soit, plus couramment, en raison d'une autre maladie grave survenant dans le contexte d'un trouble neurocognitif grave concomitant. La plupart des patients atteints d'un trouble neurocognitif grave ne demandent pas d'AMM. Il est donc essentiel d'établir clairement et de consigner par écrit qu'un diagnostic de trouble neurocognitif grave a été posé. Déterminer le type de trouble neurocognitif permet de mieux cerner l'évolution probable de la maladie au regard des alternatives à l'AMM, ainsi que le processus d'AMM et les critères d'admissibilité. Les évaluateurs et les prestataires de l'AMM doivent également s'assurer que les patients atteints de démence, ainsi que leurs équipes soignantes, se sont vus proposer des services locaux de traitement de la démence et de soins palliatifs.^{18,19} Comprendre le profil de la déficience cognitive associée à un sous-type particulier de démence peut aider à évaluer la souffrance ressentie et la capacité décisionnelle d'un patient donné. Une exploration minutieuse et une documentation détaillée de l'expérience vécue par un patient face à la maladie, dans le contexte de son parcours de vie, sont essentielles lors de l'évaluation d'un patient atteint de démence en vue d'une AMM.

Auteur correspondant

Mark Lachmann, M.D., M.Sc.S., M.A., FCFP, FRCPC
Courriel : mark.lachmann@sinahealth.ca

Divulgations des liens financiers

M.L. : aucune.

G.D.E. : aucune.

E.E.B. : aucune.

Références

1. MAiD Death Review Committee. MAiD Death Review Committee (MDRC) Report 2025-2: navigating MAiD with persons with dementia [Internet]. Ministry of the Solicitor General, Office of the Chief Coroner. Toronto, ON: 2025 [cited 2026 Mar 5]. Available from: https://macdonaldlaurier.ca/wp-content/uploads/2025/09/MDRC-Report-2025.2_Dementia_Final.pdf
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
3. Simmons JG, Reynolds G, Kekewich M, Downar J, Isenberg SR, Kobewka D. Enduring physical or mental suffering of people requesting medical assistance in dying. *J Pain Symptom Manage.* 2022;63(2):244-250.e2. doi:10.1016/j.jpainsymman.2021.08.010
4. Henry M, Alias A, Bisson-Gervais V, Liu JY, Dargis L, Gauthier

- L, et al. Medical assistance in dying in Canada: a scoping review of the concept of suffering. *Psychooncology*. 2023;32(9):1339-1347. doi: 10.1002/pon.6196 .
5. Dewing J. Personhood and dementia: revisiting Tom Kitwood's ideas. *Int J Older People Nurs*. 2008;3(1):3-13. doi:10.1111/j.1748-3743.2007.00103.x
 6. Lees C, Andrew MK. MAiD for geriatric syndromes: special considerations. *Healthc Manage Forum*. 2023;36(3):162-165. doi:10.1177/08404704221141048
 7. Pellerin R, Tapp D, Filion C, Castonguay-Paradis S, Bravo G, Robert G. Knowledge, attitudes, and representations of caregivers of individuals with major neurocognitive disorders regarding palliative and end of life care: a narrative literature review. *BMC Palliat Care*. 2025;24(1):223. doi:10.1186/s12904-025-01862-8
 8. MAiD Death Review Committee. MAiD Death Review Committee (MDRC) Report 2024-3 Navigating vulnerability in non-reasonably foreseeable natural deaths [Internet]. Ministry of the Solicitor General, Office of the Chief Coroner. Toronto, ON: 2024 [cited 2026 Mar 5]. Available from: <https://www.ocswssw.org/wp-content/uploads/MAiD-Death-Review-Committee-Report-2024.pdf>
 9. Pesut B, Hall M, Thorne S, Variath C, Sharp H, Wiebe G. Decisional vulnerability and its impact upon voluntariness in the assessment of eligibility for Track 2 MAiD: a report of a knowledge exchange [Internet]. The University of British Columbia: November 20-27, 2025 [cited 2026 Mar 5]. Available from: <https://pesut-lab.sites.olt.ubc.ca/files/2026/02/Decisional-Vulnerability-and-Voluntariness-Knowledge-Exchange-Report-2026.pdf>
 10. Nielson G, Chaimowitz G, Freeland A, Lachmann M, Mathew N, Riggin L. Capacity assessments and voluntariness in the context of MAiD legislation: the role and responsibility of psychiatrists [Position Paper]. Canadian Psychiatric Association. 2023. Available from: <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/2023-CPA-MAiD-Capacity-Position-Paper-ENG-Final-V8.pdf>
 11. Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP). Assessment of capacity to give consent for medical assistance in dying (MAiD). Review and recommendations [Internet]. CAMAP 2020 [cited 2026 Mar 5]. Available from: <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/Capacity-assessment.pdf>
 12. Lachmann M. Capacity to consent to MAiD. *Journal of Ethics in Mental Health*. 2017;10(II). Available from: https://irp.cdn-website.com/c0d44f22/files/uploaded/JEMH_final_Reflection-i.pdf
 13. Canadian Medical Protective Association. Updated Quebec MAiD Legislation. October 30, 2024 [cited 2026 Feb 28]. Available from: <https://www.cmpa-acpm.ca/en/news/2024/updated-quebec-maid-legislation>
 14. Bravo G, Trottier L, Rodrigue C, Arcand M, Downie J, Dubois MF, et al. Comparing the attitudes of four groups of stakeholders from Quebec, Canada toward extending medical aid in dying to incompetent patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(7):1078-1086. doi:10.1002/gps.5111
 15. Nix HP. Operationalizing the intolerable suffering criterion in advance requests for medical assistance in dying for people living with dementia in Canada. *Camb Q Health Ethics*. Published online May 22, 2024. doi:10.1017/S0963180124000264
 16. Quebec National Assembly. Bill 11, An Act to amend the Act respecting end of life care and other legislative provisions. 1st session, 43rd Legislature. June 7, 2023 [cited 2026 Mar 5]. Available from: <https://www.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-11-43-1.html>
 17. Varaithe C, Peter E, Cranley L, Godkin D. Health care providers' ethical perspectives on waiver of final consent for medical assistance in dying (MAiD): a qualitative study. *BMC Med Ethics*. 2022;23(1):8. doi:10.1186/s12910-022-00745-4

Soutenir le travail qui préserve le choix

Alors que l'aide médicale à mourir continue d'évoluer partout au Canada, le besoin d'une formation crédible, d'une assurance qualité et d'un soutien professionnel n'a jamais été aussi grand.

Votre soutien permet à l'ACEPA de :

- ✓ Maintenir une formation impartiale, axée sur les cliniciens
- ✓ Faire progresser les normes de pratique centrées sur le patient
- ✓ Soutenir la surveillance, la qualité et la responsabilité
- ✓ Offrir une formation nationale et favoriser l'engagement communautaire
- ✓ Renforcer l'infrastructure canadienne en matière d'aide médicale à mourir à long terme

Faites un don pour protéger le choix des patients.
Faites un don pour renforcer la communauté canadienne de l'aide médicale à mourir.



FAITES UN DON AUJOURD'HUI
www.camapcanada.ca