

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÉVALUATION DES EFFETS D'UNE FORMATION À PROPOS DE L'AIDE  
MÉDICALE À MOURIR SUR LES CONNAISSANCES ET LES ATTITUDES DES  
INTERVENANTS EN PRÉVENTION DU SUICIDE

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
KIM ST-AMANT

NOVEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

---

Sylvie Lapierre, Ph. D. directrice de recherche  
Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation :**

---

Sylvie Lapierre, Ph. D. directrice de recherche  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

Stéphanie Daneau, Ph. D. évaluatrice interne  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

Isabelle Marcoux, Ph. D. évaluatrice externe  
Université d'Ottawa

## Sommaire

Depuis l'arrivée de la Loi québécoise sur les soins de fin de vie et l'aide médicale à mourir (AMM) en décembre 2015, peu d'études se sont intéressées aux implications de cette nouvelle loi pour les intervenants en santé mentale. Pourtant, Boivin et ses collaborateurs (2017) ont constaté que ces derniers expriment le besoin de développer leurs connaissances à ce sujet. La présente étude vise à évaluer les effets d'une formation en ligne portant sur l'AMM sur les connaissances et attitudes des intervenants en prévention du suicide. En effet, ces derniers sont susceptibles d'intervenir auprès d'appelants qui font face aux difficultés associées à la vieillesse et qui considèrent que l'AMM est une option envisageable pour mettre fin à leur détresse. L'échantillon est composé de 20 intervenants (17 femmes et 3 hommes), âgés de 21 ans et plus. Ils ont complété à deux reprises, soit avant la formation en ligne (pré-test) et une semaine après (posttest), cinq questionnaires évaluant diverses variables : leur attitude générale envers l'euthanasie, leurs connaissances sur l'AMM, leurs attentes face au vieillissement, leur attitude à l'égard de la prévention du suicide des personnes âgées ainsi que les interventions qu'ils privilégieraient dans le cas de vignettes cliniques d'appelants abordant l'AMM. Les analyses préliminaires ont révélé une association positive entre le nombre d'années d'expérience en prévention du suicide et la croyance en la pertinence d'intervenir auprès des aînés qui souhaitent mourir. Quant aux résultats sur les effets de la formation, les participants ont présenté des scores significativement supérieurs à ceux recueillis au pré-test sur le plan des connaissances à propos de l'AMM. De plus, les participants les plus favorables à l'euthanasie étaient moins enclins à croire qu'il est pertinent d'intervenir

auprès des aînés qui expriment le souhait de mourir, de même que ceux qui avaient des attentes plus négatives envers le vieillissement ou qui avaient amélioré leurs connaissances à propos de l'AMM. La présente recherche démontre la pertinence d'offrir une formation sur l'AMM aux intervenants en prévention du suicide et fait des suggestions pour en améliorer le contenu et la forme.

## Table de matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	vii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	6
Aide médicale à mourir et vieillissement .....	7
Historique et définitions de l'AMM .....	7
Attitude des intervenants en santé mentale à l'égard de la vieillesse .....	12
Attitudes des intervenants face au suicide des aînés .....	15
Attitudes des intervenants à l'égard de l'AMM .....	18
Le désir de mourir chez les personnes âgées .....	23
Le désir de hâter sa mort en contexte de maladie grave .....	25
Idéations suicidaires chez les personnes âgées .....	30
Ambivalence et instabilité dans le désir de mourir .....	31
Divergences et convergences entre le suicide et l'AMM .....	33
Besoins de formation des intervenants en prévention du suicide .....	39
Objectifs de l'étude et hypothèses .....	42
Méthode .....	44
Recrutement des participants et déroulement de l'étude .....	45
Participants .....	47
Instruments de mesure .....	48

Formation.....	53
Résultats .....	55
Analyses statistiques .....	56
Analyses préliminaires.....	57
Analyses principales .....	59
Analyse de régression .....	64
Commentaires des participants .....	65
Discussion .....	69
Effets de la formation sur les participants.....	70
Forces et limites de la recherche .....	76
Améliorations de la formation et recherches subséquentes .....	80
Retombées de l'étude .....	82
Conclusion .....	84
Références.....	87
Appendice A. Lettre d'invitation .....	106
Appendice B. Formulaire d'information et de consentement .....	1099
Appendice C. Questionnaires.....	114

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Divergences et convergences entre le suicide et l'AMM .....	34
2	Corrélations entre les variables au pré-test (N = 20).....	59
3	Moyennes et écarts-types de chaque variable avant et après la formation et test de comparaison des moyennes (Wilcoxon).....	600
4	Corrélations entre les variables au posttest (N = 20) .....	611
5	Comparatif des pourcentages des participants qui vérifient la présence d'idéations suicidaires des appelants et moyennes et écarts-types (Wilcoxon) sur leur niveau d'accord avec l'AMM pour chaque vignette .....	63
6	Régression linéaire multiple des variables sur la pertinence d'intervenir auprès des personnes âgées qui expriment le désir de mourir au posttest (N = 19) .....	65
7	Degré d'accord avec les items du questionnaire d'autoévaluation des apprentissages.....	68

## **Remerciements**

De par ses encouragements, sa grande disponibilité et ses précieux conseils, mes premiers remerciements vont sans hésitation à ma directrice de recherche, madame Sylvie Lapierre, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, avec qui je travaille depuis le début de mon baccalauréat. La réalisation de cet essai n'aurait pas été possible sans son encadrement et son soutien. Je tiens également à remercier le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) pour son soutien financier ainsi que les organismes et partenaires qui ont favorisé le recrutement des participants, particulièrement l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) et le Centre d'écoute et de prévention suicide de Drummondville (CEPSD). Un merci spécial aux personnes qui ont accepté de participer à cette étude.

Je souhaite remercier ma famille qui m'appuie depuis le début de ce long parcours, et ce malgré les épreuves et les nombreuses remises en question. Je tiens également à remercier mes amis de toujours qui ont cru en moi et qui m'ont poussée à ne pas abandonner ce rêve d'être psychologue que je chéris depuis l'adolescence. Merci aux nouvelles rencontres qu'ont suscitées mes études doctorales, notamment Julie, Laurence, Jordane et Justine, grâce auxquelles ces quatre années ont été des plus agréables.

## **Introduction**

Les progrès scientifiques du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècle ont permis à la médecine moderne de voir le jour (Ford, 2012). Bien que les avancées médicales permettent maintenant aux personnes malades de vivre plus longtemps, elles engendrent aussi des questionnements pour les patients et leurs familles, particulièrement lorsqu'il est question du choix des traitements et des soins à administrer, de la qualité de vie disponible, ou des décisions relatives à la fin de vie (Burdette et al., 2005). Par ailleurs, en raison du vieillissement de la population, de plus en plus de personnes auront besoin de soins de fin de vie (Reid, 2012).

C'est officiellement depuis décembre 2015 que l'aide médicale à mourir (AMM) s'est ajoutée aux diverses options de fin de vie disponibles au Québec pour les personnes atteintes de maladies incurables et/ou terminales. Il s'agit d'une intervention visant à mettre un terme aux souffrances intolérables du patient, en causant sa mort par l'administration par un médecin d'un produit létal, à la demande de la personne (Gouvernement du Québec, 2022). Bien que la commission nommée par l'Assemblée nationale de Québec ait utilisé le terme « euthanasie » pour définir la problématique, ce mot a délibérément été remplacé par l'expression « aide médicale à mourir », à cause de la trop grande charge émotionnelle du terme (Vachon, 2013).

Les changements dans la législation canadienne et québécoise en ce qui concerne les soins de fin de vie apportent de nouvelles responsabilités aux professionnels de la santé, spécialement pour les médecins et les infirmières qui interviennent directement avec les patients. Dans ce contexte, Boivin et ses collaborateurs (2017) ont souligné que les intervenants de la santé avaient exprimé un besoin clair de formation sur l'AMM et sur l'encadrement du processus décisionnel de fin de vie. Ils considèrent également que ce type de formation devrait être « un espace d'échange qui permettrait aux professionnels d'aborder ensemble leurs questionnements et inconforts par rapport à l'aide médicale à mourir » (Boivin et al., 2017, p. 42).

Ces lois peuvent également affecter la pratique des autres intervenants œuvrant auprès des personnes en fin de vie. Mentionnons entre autres certains professionnels de la santé mentale, comme les psychologues, les travailleurs sociaux et les intervenants en prévention du suicide. Certains de ces intervenants peuvent être appelés à travailler auprès de personnes qui présentent divers problèmes psychosociaux et qui pensent ou souhaitent mourir par euthanasie ou par suicide assisté (Kaur & Marcoux, 2018).

Afin de répondre à ce besoin de connaissances, une équipe de chercheurs du Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie (LIREG) de l'Université du Québec à Trois-Rivières a créé une formation portant sur l'AMM et sur les soins de fin de vie à l'intention des intervenants œuvrant en prévention du suicide. En effet, il semble exister certaines convergences entre le suicide et l'euthanasie, notamment dans la

motivation à soulager une souffrance jugée intolérable par l'individu (Association québécoise de prévention du suicide [AQPS]), 2013). L'objectif de la formation est d'offrir de l'information concernant l'AMM aux intervenants en prévention du suicide et de les amener à réfléchir aux enjeux professionnels et personnels qu'ils rencontrent dans leur pratique. L'objectif de cet essai est d'évaluer les effets de cette formation sur les connaissances des participants à l'égard de l'AMM, ainsi que sur leurs attitudes à propos de cette pratique médicale lors d'interventions auprès de personne qui abordent ce sujet, particulièrement les personnes âgées. En effet, en dépit des enquêtes existantes sur les attitudes des médecins et des infirmières envers l'euthanasie ou le suicide assisté (p. ex., Evans, 2015; Tomlinson & Stott, 2015), il existe encore très peu d'études qui s'intéressent aux intervenants en santé mentale (Kaur & Marcoux, 2018). Mieux documenter ces attitudes ainsi que mieux comprendre ce qui les influence permettra de guider la réflexion des intervenants œuvrant en prévention du suicide et de les soutenir dans leur pratique.

La première section de l'essai explore l'AMM (historique, définitions, critères d'admissibilité) et dresse un portrait des attitudes des intervenants en santé mentale à l'égard de l'AMM et de la fin de vie. Le désir de mourir chez les personnes âgées est ensuite abordé en explorant les raisons sous-jacentes au désir de hâter sa mort et l'ambivalence associée à cette décision. Cette section tente également de repérer les similitudes et les différences entre l'AMM et le suicide pour ensuite explorer les besoins de formation sur l'AMM chez les intervenants en prévention du suicide avant de finalement présenter les objectifs de cette recherche. La deuxième partie présentera la

méthode, notamment le déroulement de la recherche, la description des participants et des instruments de mesure et décrira le contenu de la formation. La troisième section dévoilera les résultats des analyses statistiques effectuées, tandis que la dernière sera consacrée à leur discussion.

## **Contexte théorique**

Le présent chapitre décrit d'abord les étapes qui ont mené à la légalisation de l'AMM ainsi que les critères d'admissibilité à cette nouvelle pratique de fin de vie pour ensuite faire un bilan des principales études qui ont exploré les attitudes des intervenants envers son application chez diverses clientèles. Le désir de mourir chez les personnes âgées est également abordé puisqu'elles constituent le groupe d'âge qui est le plus touché par l'AMM. Une section présente les points de divergence et de convergence entre le suicide et l'AMM, particulièrement sur le plan de la souffrance, car ce sont des aspects qui influencent les attitudes des intervenants à propos de la légitimité du désir de mourir des aînés et engendrent leurs besoins de formation sur l'AMM. Le chapitre se termine avec la description de l'objectif de cette étude et des hypothèses de recherche.

### **Aide médicale à mourir et vieillissement**

Afin de bien cerner le thème de cette étude, il s'avère important de débiter par définir en quoi consiste l'AMM, puisqu'il s'agit du thème principal de cette recherche.

### **Historique et définitions de l'AMM**

Les avancées médicales des dernières décennies ont contribué à faire augmenter l'espérance de vie, ainsi que la santé de la population (Cantin, 2019). Toutefois, la durée de vie n'est pas nécessairement associée à sa qualité et certaines personnes souffrant de maladies incurables et douloureuses pourraient souhaiter hâter leur mort pour éviter d'être

maintenues en vie dans des conditions non désirées (Assemblée nationale du Québec, 2012). C'est dans cette optique que le Collège des médecins (2009) a publié un document suscitant la réflexion sur la possibilité de pratiquer l'euthanasie dans des situations exceptionnelles, tout en suggérant d'inscrire cette pratique dans le continuum des soins de fin de vie. L'Assemblée nationale a ensuite adopté une motion dans le but de former, en décembre 2009, la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. Plusieurs experts se sont réunis dans le but d'échanger sur différents enjeux touchant la fin de vie ainsi que sur les diverses options médicales possibles, incluant l'euthanasie, le suicide assisté, le refus et l'arrêt de traitement, les soins palliatifs, la sédation palliative et les directives médicales anticipées. C'est en 2012 que les membres de la Commission ont présenté unanimement leur rapport à l'Assemblée nationale et à l'ensemble de la population québécoise (Assemblée nationale du Québec, 2012). Bien que la Commission ait utilisé le terme euthanasie pour définir ce « soin », ce mot a délibérément été remplacé dans la loi sur les soins de fin de vie par l'expression « aide médicale à mourir », à cause de la trop grande charge émotive du terme (Vachon, 2013). La légalisation de l'AMM a donc été officialisée au Québec en décembre 2015.

Au cours des dernières années, les études scientifiques ont défini l'euthanasie de différentes manières. La définition générale la plus courante est celle qui réfère à l'acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'une autre personne pour mettre fin à ses souffrances en lui administrant une substance létale (Radbruch et al., 2016). Dans le contexte de cet essai, l'euthanasie réfère uniquement à l'intervention médicale, strictement

encadrée par la loi, et non au geste posé par un membre de la famille qui voudrait mettre fin aux souffrances d'un proche. Au Québec, l'AMM consiste en « l'administration de médicaments par un médecin à une personne, à sa demande, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès » (Gouvernement du Québec, 2022, en ligne). Dans cette recherche, à des fins pratiques, l'emploi du terme AMM réfèrera uniquement à cette définition.

En 2019, une personne désirant faire une demande d'AMM devait répondre à tous les critères suivants :

- (1) être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie;
- (2) être majeure;
- (3) être apte à consentir aux soins, c'est-à-dire être en mesure de comprendre la situation et les renseignements transmis par les professionnels de la santé ainsi que de prendre des décisions;
- (4) être atteinte d'une maladie grave et incurable;
- (5) avoir une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- (6) éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables (Gouvernement du Québec, 2022).

Il importe également de souligner certaines différences entre la législation canadienne et québécoise. En effet, la Cour suprême du Canada a légalisé l'AMM un peu plus tard, soit en 2016. Deux catégories d'assistance médicale à mourir sont offertes aux Canadiens par le médecin (ou infirmière praticienne), soit l'euthanasie, dont la définition est identique à celle formulée au Québec, et le suicide assisté qui consiste à donner ou à prescrire une substance que la personne peut prendre elle-même pour provoquer sa mort (Gouvernement du Canada, 2021a). Le suicide assisté est illégal au Québec, car seul un médecin peut administrer les médicaments létaux et il ne peut en aucune façon déléguer cet acte à qui que ce soit, même au patient qui voudrait poser cet acte lui-même (Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, 2021).

Depuis l'entrée en vigueur de la loi, des changements ont déjà été effectués au Québec quant aux critères d'admissibilité. En effet, depuis 2020, le jugement Beaudoin fait en sorte qu'une personne peut soumettre une demande d'AMM sans nécessairement être en fin de vie si elle remplit tous les autres critères de la loi. Au Canada, c'est depuis mars 2021 que la loi n'exige plus que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible pour qu'une personne soit admissible à l'AMM. Par ailleurs, depuis le 11 juin 2021, la loi québécoise permet à une personne en fin de vie de recevoir l'AMM même si elle est devenue inapte à consentir aux soins au moment de son administration, si elle y a consenti par écrit en présence d'un professionnel de la santé dans les 90 jours précédents (Gouvernement du Québec, 2022). Plus récemment, le projet de loi 38 (mai 2022) propose que les personnes atteintes d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité, comme

la maladie d'Alzheimer, puissent formuler une demande anticipée d'AMM afin qu'elles puissent obtenir cette aide une fois devenues inaptes (Dubé, 2022). D'ailleurs, un sondage de Léger (2019) révèle que, dans le cas où une personne serait atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, 62 % d'un échantillon de Québécois, tous âges confondus (N = 1532), serait favorable à l'administration de l'AMM, 22 % serait contre et 16 % ne sait pas. Il semble donc que près des deux tiers de l'échantillon appuie l'idée d'offrir l'AMM aux personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative même si elles ne sont plus aptes à faire des choix éclairés. Finalement, les Canadiens dont le seul problème médical est une maladie mentale et qui respectent les autres critères sont exclus de l'accès à l'AMM au moins jusqu'au 17 mars 2023 (Gouvernement du Canada, 2021b).

Depuis l'implantation de la Loi sur les soins de fin de vie, le nombre d'AMM administrées au Québec est en augmentation. Les plus récentes données dénombrent 2426 administrations d'AMM entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021, comparativement à 599 en 2016-2017, ce qui représente 3,3 % de l'ensemble des décès durant cette période. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, le nombre total d'AMM est de 7109. De plus, la grande majorité des gens ayant reçu l'AMM étaient âgés de 60 ans et plus (environ 90 %) et présentaient une moyenne d'âge de 74 ans (Commission sur les soins de fin de vie, 2021). Considérant l'augmentation de l'espérance de vie et de la prévalence des maladies incurables avec l'âge (Bachmann et al., 2015), il est probable que les demandes d'AMM augmenteront dans les prochaines années et que les personnes âgées et leur famille devront systématiquement prendre des décisions sur les soins de fin de vie (Anchisi et al., 2014;

Clément, 2007). En effet, en 2017, l'espérance de vie des hommes était estimée à 80,6 ans et celle des femmes à 84,5 ans, tandis que la proportion de la population québécoise de 65 ans et plus était de 18,5 %.

### **Attitude des intervenants en santé mentale à l'égard de la vieillesse**

Les changements démographiques soutiennent la pertinence de comprendre les attitudes que les individus entretiennent à propos de la mort (Towers, 2018) et de s'intéresser particulièrement aux attitudes des professionnels de la santé mentale à l'égard de la fin de vie puisqu'il est fort probable qu'ils auront à accompagner des malades âgés atteints de maladies graves et incurables (Leroy et al., 2020). Cependant, au Canada, la formation en gérontologie est insuffisante tant au premier cycle qu'aux études supérieures (Wister et al., 2016). D'ailleurs, la perception des étudiants sur le travail auprès des aînés est plutôt négative (Algozo et al., 2016).

Selon une étude qualitative, le désintérêt d'une majorité d'étudiants et de praticiens en psychologie et en travail social pour la gérontologie provient de leurs perceptions négatives de l'environnement de travail qu'ils qualifient de « déprimant », notamment en raison de certains facteurs tels que la gestion de la mort, de la dépression et de la maladie (Webb et al., 2016). Tout comme l'ensemble de la population, les intervenants en santé mentale sont à risque de porter des jugements âgistes découlant d'une vision stéréotypée des personnes âgées et de la fin de vie (Bodner et al., 2018; Danzinger & Welfel, 2000; Fullen, 2018). L'âgisme, défini par le gérontologue Robert N. Butler (1975) comme un

processus systématique de stéréotypisation et de discrimination en fonction de l'âge d'une personne, serait une des raisons expliquant la réticence à travailler auprès des aînés (Coudin & Alexopoulos, 2010). Le manque de connaissances en santé mentale gériatrique pourrait expliquer leur réticence à travailler auprès des aînés (Koder & Helmes, 2008). D'ailleurs, un manque de formation en gérontologie contribue à augmenter les préjugés âgistes des psychologues (Helmes & Gee, 2003) et des travailleurs sociaux (Cummings et al., 2005).

À titre d'exemple, une enquête réalisée auprès de 371 stagiaires en psychologie clinique a révélé que les perceptions prédominantes étaient que les personnes âgées étaient perçues comme des personnes résistantes à la nouveauté ou qui font preuve de rigidité limitant fortement leur potentiel de changement (Lee et al., 2003). Par ailleurs, des étudiants de premier cycle en soins infirmiers et en travail social furent comparés à des étudiants en psychologie. Les futurs psychologues présentaient les attitudes les plus négatives, le plus bas niveau de connaissances et le plus faible niveau d'intérêt à travailler avec des personnes âgées contrairement aux étudiants en soins infirmiers et en travail social (Gonçalves et al., 2011). Des biais âgistes pourraient faire surface dans l'évaluation, le diagnostic, le traitement (Kergoat, 2015; Masse & Meire, 2012) ainsi que pour le pronostic de l'état de santé des patients âgés (Helmes & Gee, 2003). Ainsi, les préjugés pourraient amener les intervenants à considérer à tort que certaines manifestations physiologiques ou cognitives (p.ex., modifications de l'appétit, réduction de l'énergie ou ralentissement du traitement de l'information) sont des changements normaux liés à

l'avancement en âge (Whitbourne & Krauss, 2011) alors que ces manifestations pourraient constituer des symptômes d'anxiété ou de dépression (Fiske et al., 2009). Chez certains cliniciens, un manque de connaissance sur le vieillissement pourrait donc contribuer à des difficultés d'évaluation de la détresse et des troubles psychologiques (Bodner et al., 2018).

La vieillesse est associée à la mort (Towers, 2018). Bien que peu d'études se soient intéressées à la perception de la mort des aînés chez les intervenants en santé mentale, une étude qualitative récente, réalisée auprès de travailleurs sociaux coréens, présente des résultats intéressants (Kim, 2019). Selon ces intervenants, plusieurs situations sont associées à une mauvaise mort chez les aînés : mourir des suites d'une longue maladie, mourir isolé, mourir par suicide, mourir la nuit dans son sommeil (puisque cela empêche de contacter la famille afin qu'elle vienne visiter le proche âgé dans ces derniers moments) ou en étant un fardeau pour ses enfants (Kim, 2019). Quant à la bonne mort, elle implique de mourir entouré de ses proches, paisiblement et sans souffrance, après une vie bien remplie tout en croyant en une vie meilleure dans l'au-delà. Cette étude montre que pour les travailleurs sociaux coréens les perceptions d'une bonne ou mauvaise mort sont principalement associées aux relations familiales alors que les professionnels du domaine médical mettent plutôt l'accent sur un contrôle optimal de la douleur et le confort du patient (Kim, 2019).

Il semble donc important de tenir compte du rapport à la mort et au vieillissement chez les intervenants en santé mentale pour mieux comprendre leurs attitudes envers les

pratiques de fin de vie. En effet, les attitudes négatives à l'égard du vieillissement, la banalisation de la mort des personnes très âgées, comme cela a été le cas pendant la pandémie de COVID-19 (Flett & Heisel, 2021), et l'acceptabilité sociétale de l'AMM pourraient légitimer les intervenants dans leur appui aux patients âgés demandant l'AMM ou l'assistance au suicide, comme cela semble être le cas en Suisse (Dieudonné-Rahm et al., 2019; Pillonel et al., 2020).

### **Attitudes des intervenants face au suicide des aînés**

Dans le domaine du suicide, certaines études ont montré que les médecins et les infirmières étaient moins disposés à traiter des adultes âgés ayant des idées suicidaires qu'ils ne l'étaient dans le traitement des jeunes patients ayant des problèmes identiques (Barnow et al. 2004; Uncapher & Areán, 2000), car le désir de mourir des aînés était davantage considéré comme étant logique, voire normal (Uncapher & Areán, 2000). En effet, plusieurs professionnels de la santé semblent adhérer à l'idée que le suicide des personnes âgées n'est pas en soi quelque chose de grave (Wand et al., 2019) et qu'il peut s'agir d'un comportement normal, compréhensible ou attendu en réponse aux défis qu'amène le vieillissement (van Orden & Deming, 2018). D'autres le considèrent comme un acte de désespoir tragique, mais également compréhensible (Kim, 2013).

Chez les intervenants psychosociaux du réseau public québécois, une étude a révélé que certains d'entre eux adoptent des attitudes passives relativement à la prévention du suicide des aînés, tandis que d'autres adoptent une attitude proactive en insistant sur

l'importance d'agir, ce qui démontre une ambivalence importante à ce sujet (Vermette, 2012). Cette observation concorde avec l'ambiguïté du discours de certains intervenants qui affirment que le suicide des aînés ayant des pertes physiques et sociales n'est pas acceptable, mais qu'il leur apparaît « compréhensible » (Vermette, 2012). La précédente étude et quelques autres indiquent que les intervenants affirmaient aussi que le suicide des aînés peut être relativement acceptable dans les cas de maladie incurable ou dégénérative (Lee et al., 2007; Sorjonen, 2005; Vermette, 2012). Malgré l'acceptabilité du geste suicidaire pour certains intervenants, plusieurs d'entre eux le considèrent tout de même comme étant quelque chose de dramatique qui générerait chez eux un sentiment de tristesse (Vermette, 2012). Il faut noter que l'étude de Vermette fut réalisée à une époque où l'AMM et le suicide assisté n'étaient pas légalisés au Canada.

Plus récemment, des études ont tenté d'améliorer les compétences et la confiance en soi des intervenants en matière de prévention du suicide des aînés (Hazewinkel et al., 2020; Huh et al., 2012). En effet, puisqu'il existe des différences dans l'évaluation du risque suicidaire des aînés et celle des personnes plus jeunes, il est nécessaire que les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées bénéficient d'une sensibilisation et d'une formation spécifique à ce sujet (Huh et al., 2012). Par exemple, il semble que les aînés seraient moins susceptibles d'exprimer ouvertement leur détresse émotionnelle (Pfaff & Almeida, 2005; Wittink et al., 2006) ou d'admettre avoir des idées ou des intentions suicidaires (Waern et al., 1999). Une formation de 6,5 heures fut offerte par Huh et ses collègues (2012) à différents prestataires de soins de santé travaillant dans

des centres médicaux pour anciens combattants. Celle-ci aurait permis à tous les participants, quelle que soit leur formation académique de base, de développer une conscience accrue de la problématique du suicide des aînés, de porter une plus grande attention aux facteurs de risque spécifiques chez les aînés et d'améliorer leur confiance à évaluer et à gérer le risque suicidaire chez les personnes âgées. Par ailleurs, les participants ayant une formation en santé mentale (p.ex., travail social, psychiatrie, psychologie) auraient de meilleures compétences et une plus grande confiance en eux-mêmes au pré-test, comparativement à ceux qui n'en avaient pas (infirmières, intervenants en réadaptation). Toutefois, après la formation, le niveau des deux groupes était identique et cette amélioration se maintenait lors du suivi, trois mois après la fin de la formation. Cependant, une autre étude indique que les professionnels de la santé qui interviennent en milieu hospitalier semblent avoir des croyances moins adéquates et douteraient davantage de leur capacité à faire face aux idéations suicidaires des personnes âgées, et ce, surtout chez ceux qui rencontrent rarement des patients suicidaires ou qui n'ont jamais perdu un patient par suicide (Hazewinkel et al., 2020). La formation, offerte sous forme d'un manuel d'évaluation du risque suicidaire et de l'élaboration d'un plan de sécurité, accompagnée d'informations sur les traitements possibles, améliorerait les croyances de ces participants, mais leur niveau de confiance et leurs habiletés n'auraient pas changé (Hazewinkel et al., 2020). Il semble que cet outil nécessite des révisions afin de mieux répondre aux besoins des intervenants en milieu hospitalier. Toutefois, ces études démontrent la pertinence d'offrir des formations spécialisées sur le suicide des personnes âgées (Hazewinkel et al., 2020; Huh et al., 2012).

### **Attitudes des intervenants à l'égard de l'AMM**

La légalisation de l'AMM amène de nouvelles responsabilités aux travailleurs de la santé, mais également aux intervenants œuvrant en santé mentale. En effet, les travailleurs sociaux, les psychologues ou les intervenants en prévention du suicide sont susceptibles d'intervenir auprès de personnes qui pourraient souhaiter mourir pour soulager leurs souffrances physiques ou psychiques.

Bien que la plupart des études sur les attitudes des professionnels de la santé à l'égard de l'AMM s'intéressent principalement aux médecins ou aux infirmières (Inghelbrecht et al., 2009; Kouwenhoven et al., 2013; Smets et al., 2011), certaines ont intégré les autres membres des équipes multidisciplinaires de soins palliatifs (travailleurs sociaux, pharmaciens, etc.) dans leurs échantillons (Brooks, 2019; Fujioka et al. 2018; Joolae et al., 2022). Toutefois, ces recherches ne distinguent pas les attitudes en fonction de la profession des intervenants. En général, les participants ayant une expérience directe avec des patients qui envisageaient ou recevaient l'AMM soulignent les aspects positifs de la légalisation (Joolae et al., 2022). À leur avis, elle donne notamment une nouvelle option aux patients en fin de vie lorsque la médecine n'arrive plus à soulager leur souffrance (Joolae et al., 2022) autant physique que psychosociale (Mills et al., 2021). L'AMM devient donc un moyen ultime de soulager la souffrance et donne aux patients et aux familles l'opportunité de planifier et de se préparer à la mort à venir. L'AMM permet également au patient d'exercer un contrôle sur sa vie et de préserver son autonomie (Joolae et al., 2022; Mills et al., 2021). Puisque les professionnels de la santé ne sont pas

insensibles aux souffrances du patient et de leur famille, ils ont rapporté que l'AMM est parfois l'option qu'ils préféreraient pour soulager la détresse de leurs patients (Mills et al., 2021). De plus, pour les prestataires de soins, l'arrivée de l'AMM était également perçue comme un nouveau défi et une opportunité d'apprentissage au niveau professionnel et humain, comme d'apprendre de l'expérience unique de chaque patient et de leurs proches (Joolae et al., 2022). De plus, pouvoir parler ouvertement d'AMM serait bénéfique non seulement pour les patients en fin de vie qui peuvent découvrir les autres options possibles, mais favoriserait également la discussion sur l'ensemble de la planification de la fin de vie du patient avec l'ensemble de l'équipe soignante. (Joolae et al., 2022).

Tous les intervenants en soins palliatifs (médecins, infirmières, travailleurs sociaux et intervenants en soins spirituels) rapportent des défis ou des points négatifs à propos de la légalisation de l'AMM au Canada (Ho et al., 2021), particulièrement sur le plan éthique, malgré le respect des lois et des volontés des patients. Au cours de leur pratique, ils ont observé de l'ambiguïté dans le désir de mourir de certains patients et de leur famille, à savoir si le patient souhaitait vraiment mourir ou si la famille mettait une pression sur leur proche souffrant pour qu'il choisisse l'AMM. Des professionnels ont également soulevé le fait que certaines raisons de vouloir mourir pouvaient parfois être discutables, par exemple de se sentir seul et ne pas avoir beaucoup de contacts sociaux. D'autres rapportent des défis concernant la réglementation et les procédures, notamment en ce qui concerne le délai de 10 jours entre la demande et l'obtention de l'AMM, puisque certains patients refusent par la suite de prendre de la médication pour abrégier leur souffrance par peur de

ne plus être aptes à consentir le jour venu (Ho et al., 2021). Ils observent également une détresse importante chez les proches qui ne sont pas toujours en accord avec la décision du malade, ce qui, selon les intervenants, peut compliquer le processus de deuil. Des membres de la famille peuvent même cacher à leur entourage la demande d'AMM de leur proche, par crainte du jugement d'autrui, ce qui peut contribuer à l'augmentation de leur détresse à la suite du décès. Les intervenants mentionnent également leur crainte que l'arrivée de l'AMM exacerbe la vision négative associée aux soins palliatifs selon laquelle ces derniers serviraient à devancer la mort. Finalement, ils redoutent l'emphase que les médias mettent sur l'AMM au détriment des soins palliatifs, oubliant que la mission de chaque pratique est différente et complémentaire (Ho et al., 2021).

Certains professionnels rapportent que certaines unités ou départements dans les institutions n'adhèrent pas à l'idéologie de l'AMM ou sont fortement opposés à celle-ci. Cela rendrait les échanges d'opinions plus difficiles, limiterait les échanges productifs sur le sujet entre collègues et pourrait créer différents conflits (Ho et al., 2021; Mills et al., 2021). Cet inconfort pourrait ainsi amener certains professionnels à prioriser l'argument du libre choix et de l'autonomie des patients pour éviter les jugements négatifs, n'ayant pas l'espace pour discuter ouvertement de tous les enjeux qui sont reliés à l'AMM (Mills et al., 2021). Les prestataires de soins interrogés recommandent donc d'élargir la formation sur l'AMM pour l'ensemble des intervenants du milieu de la santé, incluant de l'information sur sa législation, les critères d'admissibilité, les politiques institutionnelles, l'accompagnement des familles en deuil, etc. Ils recommandent aussi un volet sur la

communication qui leur permettrait d'apprendre à mieux aborder le désir de mourir exprimé par leurs patients. Ils préconisent également des séances de désamorçage entre collègues, notamment pour leur permettre d'échanger sur leur propre position face à l'AMM, ce qui est très important pour les cliniciens aux prises avec des problèmes moraux liés à l'AMM (Ho et al., 2021).

Parmi les études qui ont porté spécifiquement sur les attitudes envers l'euthanasie et le suicide assisté chez les intervenants en santé mentale, il convient de mentionner la recension de Kaur et Marcoux (2018). La plupart des onze études répertoriées indiquent que les intervenants en santé mentale (surtout des travailleurs sociaux) avaient généralement des attitudes positives envers l'euthanasie. Par exemple, une des études révélait que 72 % des membres de l'Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique et 68 % de ceux de l'état de Washington aux États-Unis ne considéraient pas l'euthanasie comme étant moralement répréhensible (Ogden & Young, 1998, 2003). Néanmoins, aucune étude n'avait été menée auprès des intervenants en prévention du suicide et la plupart avaient été réalisées entre 1997 et 2005 à des moments où l'AMM était illégale dans la plupart des pays du monde. Kaur et Marcoux remarquent également que les caractéristiques sociodémographiques (scolarité, religion) et l'expérience professionnelle des participants influençaient leurs attitudes envers l'AMM. Les participants religieux et ceux qui avaient un contact régulier avec des patients atteints d'une maladie terminale avaient des attitudes moins favorables envers l'euthanasie ou le suicide assisté.

Une étude récente s'intéressant aux attitudes des psychiatres belges à l'égard des procédures d'évaluation de l'euthanasie avec des adultes souffrant de troubles psychiatriques révèle que 52,4 % des répondants se disaient en accord avec le fait que l'euthanasie soit une alternative acceptable pour prévenir le suicide (Verhofstadt et al., 2020).

Au Québec, Marcoux (2018) est la seule qui s'est intéressée aux attitudes des intervenants et des bénévoles en prévention du suicide. Les participants de son enquête étaient intervenus auprès de personnes souffrant de maladies incurables ou terminales qui souhaitaient mourir. Ses résultats révèlent que l'accord des intervenants avec l'application de l'AMM variait selon la condition de la personne qui demandait de l'aide. En fin de vie, 60,8 % des répondants disaient trouver acceptable que la personne souhaite mourir, comparativement à 23,7 % trouvant cela inacceptable. Pour une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, mais non terminale, 55,7 % trouvaient acceptable le souhait de mourir alors que 39,1 % trouvaient cela inacceptable. Les opinions des participants sont fort différentes lorsqu'il s'agit d'une personne ayant un handicap grave et incurable (26,8 % acceptable et 68 % inacceptable) ou une personne atteinte de trouble mental (6,1 % acceptable contre 89,7 % inacceptable). Finalement, pour les personnes qui souhaitaient mourir parce qu'elles étaient très âgées, les participants sont beaucoup plus ambivalents : 10,4 % acceptable vs 25,7 % inacceptable, avec 63,9 % des répondants qui ne savaient pas ou qui ont refusé de répondre.

### **Le désir de mourir chez les personnes âgées**

La prévalence du désir de mourir chez les personnes âgées se situerait à environ 5 %, dans un échantillon de 2 811 québécois (Lapierre et al., 2015). Cependant, le désir de mourir augmenterait avec l'âge, passant d'une prévalence de 7,3 % chez les 66 à 75 ans à 15,6 % chez les 75 ans et plus dans une étude réalisée auprès de 11 425 répondants (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011). Le désir de mourir serait toujours associé à une détresse psychologique qui ne doit pas être négligée chez les personnes âgées (Rurup et al., 2011a, 2011b). Une étude qualitative réalisée par Rurup et ses collaborateurs (2011b), au cours de laquelle des entretiens approfondis ont été menés avec des personnes âgées souhaitant mourir, a mis en lumière les raisons qui ont contribué au développement du désir de mourir.

Les travaux de Rurup et ses collègues (2011b) démontrent que les personnes âgées développeraient le souhait de mourir pour différentes raisons. Chez certains, le désir de mourir se serait développé dans l'enfance, à la suite d'un événement de nature traumatique. Dans ces cas, le désir de mort avait été présent tout au long de leur vie (du moins en arrière-plan) et était devenu plus prononcé, plus tard dans la vie, après des événements de vie négatifs (p. ex., décès du conjoint, divorce, maladie). Le désir de mourir n'apparaîtrait pas nécessairement après un événement précis, mais plutôt à la suite d'une accumulation d'expériences négatives et difficiles au cours de la vie (Kjolseth et al., 2010). Chez d'autres aînés, les pensées sur la mort se seraient développées en raison d'une mauvaise qualité de vie et des limites fonctionnelles relatives au vieillissement et à

la maladie (Rurup et al., 2011b). Il ne faut pas négliger l'âgisme; en effet des résultats montrent que les personnes âgées qui ont vécu de la discrimination à cause de leur âge étaient 2,26 fois plus à risque d'avoir des idées suicidaires que celles qui n'en avaient pas vécu, même après avoir contrôlé pour l'effet des caractéristiques sociodémographiques, de l'état de santé et de la présence de symptômes dépressifs (Kim & Lee, 2020; Ko et al., 2021). Il est donc possible que des personnes âgées qui vivent de la discrimination dans leur milieu et qui intègrent les idées négatives véhiculées par la société et les médias à leur endroit en arrivent à considérer qu'elles sont un fardeau pour leur famille ou leur communauté et que leur vie ne vaille plus la peine d'être vécue (van Wijngaarden et al., 2018, 2019). Bien que la plupart des études réalisées auprès des personnes âgées associent fréquemment la présence de dépression aux idées suicidaires, tout en indiquant que ce trouble est souvent sous-diagnostiqué particulièrement chez les hommes âgés, il ne faut pas oublier que la dépression est associée à de nombreuses situations de vie ou conditions de santé qui diminuent la qualité de vie des aînés : les troubles neurocognitifs, l'exclusion sociale, une vie sociale limitée, le deuil, les difficultés d'adaptation, les maladies physiques ou la douleur (Bernier et al., 2020; Conejero et al., 2018; Lapierre et al., 2015; Mellqvist Fässberg et al., 2012, 2014, 2016; Rurup et al., 2011b).

Par ailleurs, toujours selon Rurup et ses collaborateurs (2011b), ces événements et difficultés peuvent ainsi amener les personnes âgées à être insatisfaites de leur vie en constatant qu'il y a un écart important entre leurs désirs et la réalité (voir Figure 1).

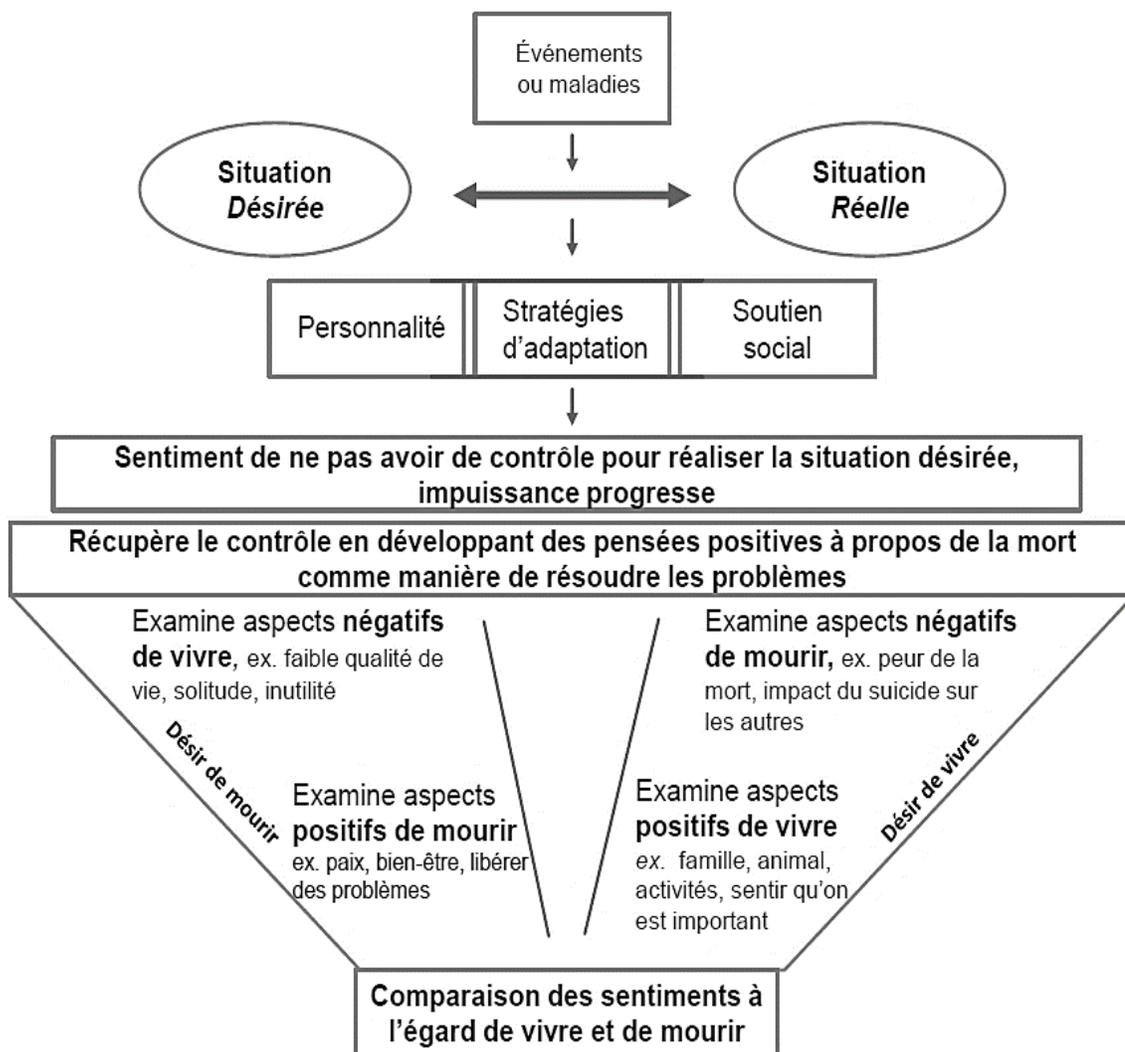
Certaines caractéristiques personnelles comme la personnalité de l'individu, les stratégies d'adaptation employées, ainsi que le soutien social disponible peuvent jouer un rôle dans la façon dont les personnes âgées feront face à ces situations. Toutefois, les personnes qui n'arrivent pas à réduire l'écart entre la situation désirée et la situation réelle se trouvent face à un sentiment d'impuissance. Afin de récupérer du contrôle devant une vie jugée inacceptable, la personne commence à penser à la mort comme à une manière de résoudre les problèmes et enclenche un processus d'évaluation des aspects négatifs et positifs de vivre et de mourir. L'analyse du contenu des entrevues indique que pour plusieurs répondants, l'équilibre entre le désir de mourir et le désir de vivre reste stable, et bien qu'ils souhaiteraient mourir, ils n'allaient pas mettre fin à leurs jours. Pour d'autres, cet équilibre était plus précaire et ils ne mettaient pas de côté l'option du suicide, par exemple, advenant une perte ou un changement important de leur état (Rurup et al., 2011b). Les auteurs concluent que le désir de mourir peut constituer une forme d'autoprotection et de réconfort pour la personne qui considère qu'elle n'a plus de contrôle sur sa vie; la mort devient le seul geste d'autonomie qui lui reste.

### **Le désir de hâter sa mort en contexte de maladie grave**

Les patients à un stade avancé de la maladie expriment parfois le souhait de précipiter leur mort (Rodríguez-Prat et al., 2017). En utilisant la méthode Delphi, un regroupement de 24 experts européens sont arrivés à un consensus sur l'élément-clé du désir de hâter sa

**Figure 1**

*Modèle explicatif de l'origine et du développement du désir de mourir selon Rurup et al. (2011b) [traduction libre]*



mort en contexte de stade avancé de la maladie : il s'agit d'une réaction à la souffrance, chez un patient atteint d'une maladie ou une condition potentiellement mortelle, à l'égard de laquelle il ne voit plus d'autre solution que de mourir (Balaguer et al., 2016). Ce désir peut s'exprimer spontanément ou après avoir été interrogé à ce sujet, mais il doit être

distingué de l'acceptation sereine d'une mort imminente ou du souhait que la mort survienne naturellement, au plus tôt (*wish for death*), mais sans la hâter (Bernier et al., 2020). À la suite d'une recension de la littérature scientifique, Balaguer et ses collaborateurs (2016) observent que ce désir peut survenir en réponse à différents facteurs, tels que des symptômes physiques ressentis (ou la peur de symptômes futurs), une détresse psychologique (désespoir, dépression, etc.), une souffrance existentielle (p. ex., perte de sens de la vie) ou des facteurs sociaux (se sentir un fardeau pour les autres, etc.).

La douleur et les symptômes physiques de la maladie sont souvent associés au désir de mourir et constituent le principal critère d'admissibilité à l'AMM lorsqu'ils ne peuvent être soulagés adéquatement (Castelli Dransart et al., 2019). Cependant, certains auteurs suggèrent que l'association entre douleur et désir de mourir est réductionniste, car les résultats des études sur cette relation sont inconstants et qu'il serait préférable de prendre en considération l'expérience globale du patient en fin de vie (Castelli Dransart et al., 2019). C'est d'ailleurs ce qu'a pu démontrer une recension systématique et une synthèse interprétative des études qualitatives sur les différents facteurs pouvant expliquer le désir de mourir des patients atteints de maladies graves et incurables (Rodríguez-Prat et al., 2017). La souffrance, qu'elle soit vécue aux plans physique, psychologique, social ou existentiel, est le dénominateur commun du désir de mourir, car elle affecte l'ensemble de la personne et a des répercussions sur son identité et ses relations. Plus précisément, la synthèse révèle que les facteurs psychologiques sont d'importants déclencheurs du désir de mourir. Ainsi, la dépression, le désespoir, l'impuissance, le pessimisme, la perte de

sens, le sentiment d'inutilité et de dévalorisation ainsi que la démoralisation sont exprimés par la majorité des participants exprimant le désir de mourir. De plus, il semblerait qu'une forte intensité de soins puisse être vécue comme ayant un impact négatif sur la qualité de vie des patients et allant à l'encontre de ce qu'ils souhaitent pour leur fin de vie (Wright et al., 2016). La médicalisation de la fin de vie peut donc venir altérer le désir de vivre et influencer le désir de hâter la mort (Rodríguez-Prat & van Leeuwen, 2018).

Rodríguez-Prat et al. (2017) ont relevé que la peur de la souffrance future, plutôt que la souffrance actuelle, constitue une autre dimension psychologique majeure exprimée par les patients qui expriment le désir de mourir. Cette peur inclut la peur du processus menant à la mort, l'angoisse devant le peu de temps qui reste, ainsi que la peur de perdre sa dignité. En effet, Rodríguez-Prat et al. ont recensé plusieurs études qui rapportent que de nombreux participants décrivent comme une perte de dignité l'expérience d'être traité comme un objet plutôt que comme une personne, le sentiment d'avoir perdu son indépendance et le contrôle de sa vie ou d'être un fardeau pour les autres. Ces éléments correspondent davantage à une souffrance vécue aux plans social et interpersonnel. Il est important de noter que les études qualitatives, recensées par Rodríguez-Prat et al., proviennent tant des pays où l'AMM est légalisée que de pays où elle ne l'est pas encore. Il faut donc tenir compte du contexte culturel et personnel des patients atteints de maladies graves et incurables afin de comprendre la signification (p. ex. appel à l'aide, désir d'arrêter la souffrance) et la fonction (p. ex. forme de contrôle, préserver l'autodétermination) que peut avoir l'expression du désir de mourir pour chaque individu.

Finalement, les auteurs rapportent que le désir de mourir pourrait avoir comme fonction d'ouvrir la communication sur certains aspects plus difficiles, tels que des sentiments, des pensées ou des inquiétudes en lien avec leur situation, bien que les participants aux études n'aient pas exprimé explicitement le besoin de communiquer (Rodríguez-Prat et al., 2017).

L'étude qualitative de Pronk et al. (2021) s'est intéressée à la manière dont les médecins généralistes évaluent les demandes d'AMM chez les personnes souffrant de problèmes psychiatriques afin d'exclure les désirs de mort irrationnels pouvant être associés à une psychopathologie. L'analyse des entrevues a permis de voir que les médecins distinguent trois catégories de souhaits de mort. La première catégorie réfère à la suicidalité impulsive, caractérisée par un désir de mourir temporaire pouvant être lié à des événements ou à la psychopathologie du patient. La deuxième, la suicidalité chronique, se rapporte également à la psychopathologie, mais se manifeste de façon plus fréquente et le désir de mourir persiste dans le temps. Quant à la dernière catégorie, elle reflète un souhait de mort dit rationnel, où le désir de mourir est persistant, mais mûrement réfléchi, c'est-à-dire sans rapport avec des événements émotionnels ou avec la maladie mentale. Ces patients examineraient attentivement leur situation et leurs perspectives d'avenir et prendraient une décision éclairée sur le choix de mourir. Selon Pronk et al., la distinction entre ces perceptions est basée également sur la croyance des médecins quant à la possibilité de traiter la détresse et la maladie mentale du patient. Par ailleurs, certains

médecins considéraient l'AMM comme une alternative à un « suicide rationnel », car cela était perçu comme une manière plus humaine de décéder pour le patient et ses proches.

### **Idéations suicidaires chez les personnes âgées**

Malgré le vieillissement de la population, le suicide chez les aînés est un domaine très négligé par les chercheurs (Lapierre et al., 2011). Les études sur la prévalence indiquent que les personnes âgées ont le taux de suicide le plus élevé dans presque tous les pays (World Health Organization, 2017). De plus, ces taux augmentent avec l'âge chez les 60 ans et plus (Shah et al., 2016). Néanmoins, bien que les statistiques sur les taux de suicide montrent une diminution depuis les années 1980, chez les deux sexes, on constate une augmentation du nombre de suicides chez les aînés. Ce paradoxe s'expliquerait en partie par le vieillissement de la population. En effet, l'augmentation du nombre d'aînés s'accompagne parallèlement à une augmentation du nombre de suicides.

Selon les données les plus récentes de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, réalisée auprès de 45 760 personnes, 1,3 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile auraient eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, ce qui était significativement moins élevé que pour les gens plus jeunes (3,7 % chez les 15-24 ans, 3,0 % chez les 25-44 ans et 3,2 % chez les 45-64 ans) (Institut de la statistique du Québec, 2016). De plus, le nombre de tentatives de suicide aurait tendance à diminuer avec l'âge. Ainsi, les personnes âgées font significativement moins de tentatives de suicide que les jeunes. Le ratio tentative versus

suicide complété est d'environ 4/1 chez les aînés alors qu'il est de 200/1 chez les individus de moins de 25 ans (De Leo et al., 2001). Cette dernière donnée s'avère cependant ancienne et réfère à une population américaine. De plus, il est estimé que 75 % des personnes âgées qui sont décédées par suicide n'avaient jamais fait de tentative (Préville et al., 2005). Les données pour l'année 2014-2015 indiquent que la proportion de personnes de plus de 65 ans affirmant avoir fait une tentative dans les 12 derniers mois était de 0,2 %, comparativement à 1 % chez les jeunes de 15 à 24 ans (Institut de la statistique du Québec, 2016). Fait intéressant, tous âges confondus, la proportion de gens ayant eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois précédant l'enquête québécoise est plus élevée parmi ceux estimant avoir une santé passable ou mauvaise (8 %) en comparaison à ceux qui considèrent leur santé comme bonne (3,2 %) ou très bonne ou excellente (1,6 %) (Institut de la statistique du Québec, 2016). Des études quantitatives récentes ont d'ailleurs montré que la maladie chronique et les limitations fonctionnelles sont des facteurs associés au risque suicidaire chez les personnes âgées (Lapierre et al., 2015; Mellqvist Fassberg et al., 2016).

### **Ambivalence et instabilité dans le désir de mourir**

Certaines études rapportent que le désir de mourir peut être fluctuant et instable chez les patients à un stade avancé de leur maladie (Chochinov et al., 1995; Emanuel et al., 2000). L'ambivalence en fin de vie peut se traduire par le fait d'avoir des sentiments mitigés ou des idées contradictoires sur la fin de vie en général ou sur une future décision à prendre en lien avec la fin de vie (Castelli Dransart et al., 2022; Ohnsorge et al., 2012).

Certaines études montrent des revirements dans le désir de hâter la mort, et ce même chez les patients en phase terminale dans les dernières semaines de leur vie (Ferrand et al., 2012; Rosenfeld et al., 2014). Le désir de mourir chez les personnes en soins palliatifs serait fréquemment relié à la démoralisation du patient (Belar et al., 2021). Une étude récente montre que le désir de hâter sa mort serait probablement relié au manque d'accès des patients aux soins palliatifs (Gallagher et al., 2020). En effet, la mission des soins palliatifs est de détecter la détresse du patient afin de soulager sa souffrance et d'améliorer sa qualité de vie, tout en réduisant la dépression et le désespoir qui peuvent conduire à des demandes visant à hâter la mort. Des chercheurs ont donc exprimé la nécessité d'étudier individuellement chaque demande d'aide à mourir dans le but d'évaluer les raisons derrière cette demande de vouloir hâter la mort (Arnold et al., 2004; Back et al., 2002; Leeman, 2009; Rodin et al., 2007).

Par ailleurs, en Belgique et aux Pays-Bas, des discussions intenses portent depuis plusieurs années sur l'élargissement de l'accès de l'AMM aux aînés qui n'ont pas de maladies terminales, mais qui considèrent simplement que leur vie est complétée ou qui sont fatigués de la vie (Appel & van Wijngaarden, 2021; Hartog et al., 2020). Des entrevues réalisées auprès de ces aînés démontrent également la présence d'ambivalence envers le choix de mourir (Castelli Dransart et al., 2022). En effet, certains se disaient à la fois prêts à renoncer à la vie, mais souhaitaient également repousser le moment venu, ou encore, affirmaient que leur décision était logique et rationnelle, bien qu'ils affirmaient être guidés par des émotions, telle que la panique, pour prendre la décision de hâter leur

mort (van Wijngaarden et al., 2016). Cela vient ébranler l'idée du caractère libre, éclairé et rationnel d'une demande d'AMM (Castelli Dransart et al., 2022; Mishara & Weisstub, 2018; van Wijngaarden et al., 2016).

### **Divergences et convergences entre le suicide et l'AMM**

Depuis la légalisation de l'AMM au Canada, il s'avère pertinent d'explorer les différences et les chevauchements entre l'AMM et le suicide, notamment dans le but de clarifier les motivations sous-jacentes au désir de mourir et ainsi permettre aux travailleurs de la santé œuvrant en contexte de fin de vie de mieux intervenir auprès des personnes qui font une demande visant à hâter la mort (Wiebe et al., 2019). Certaines organisations et auteurs ont tenté d'établir des distinctions claires entre le suicide et l'euthanasie, avec plus ou moins de succès (Mishara & Weisstub, 2018). Le Tableau 1 tente de faire une synthèse de ces éléments.

Les discussions sur les distinctions entre le suicide et l'AMM vont d'abord mentionner que la personne suicidaire n'est pas nécessairement en phase terminale, tandis qu'une personne en fin de vie ne souhaiterait pas nécessairement mourir, mais voudrait probablement vivre, sans pouvoir le faire (American Association of Suicidology [AAS], 2017).

**Tableau 1***Divergences et convergences entre le suicide et l'AMM*

Divergences	Convergences
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ AMM généralement faite en fin de vie mais le suicide plus rarement</li> <li>○ AMM perçue comme étant plus socialement acceptable et moins dévastatrice pour l'entourage que le suicide qui est perçu comme immoral</li> <li>○ AMM généralement plus douce et sans douleur que certains actes suicidaires</li> <li>○ Suicide est perçu comme un geste impulsif tandis que AMM est perçu comme un geste planifié, logique et rationnel</li> <li>○ AMM se fait généralement en présence des proches VS suicide, geste solitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Désir de mettre fin à la souffrance en mettant fin à sa vie</li> <li>○ Souffrance sur plusieurs plans</li> <li>○ Sources de souffrances similaires (solitude ou le sentiment d'être un fardeau pour les autres)</li> <li>○ Ambivalence dans le désir de mourir</li> <li>○ Autres avenues thérapeutiques existent pour atténuer la souffrance</li> <li>○ Affects dépressifs</li> </ul>

Néanmoins, cette distinction est de moins en moins pertinente puisque, avec l'élargissement de la loi, l'AMM n'est plus administrée seulement à des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible (Center for suicide prevention, 2021; Ministère de la Justice, 2021; Mishara & Weisstub, 2018). D'ailleurs, il s'agit d'une distinction aux fondements fragiles, puisqu'elle sous-entend que la personne ne ferait pas le même choix dans d'autres circonstances, par exemple si elle était en bonne santé ou si les circonstances étaient différentes (Friesen, 2020). De plus, dans les deux situations (AMM et suicide), les personnes ne souhaitent pas vraiment mourir, mais plutôt arrêter de souffrir (O'Neill, 2015; Wiebe et al., 2019). Sur le plan de la motivation, le suicide et l'AMM présenteraient donc un certain chevauchement. La capacité de prendre une

décision éclairée et objective est souvent suggérée comme un facteur qui distingue l'AMM du suicide (AAS, 2017), puisque la personne suicidaire pourrait souffrir de dépression, et que, dans cette situation, son jugement pourrait être altéré (Farberman, 1997). On pourrait croire qu'il y a moins d'ambivalence dans le désir de mort dans les cas d'AMM que chez les personnes suicidaires. Pourtant, tel que mentionné précédemment, l'ambivalence a été relevée dans plusieurs études tant chez les personnes âgées (Castelli Dransart et al., 2022) que chez les patients en fin de vie (Ohnsorge et al., 2012), tandis que les spécialistes de la prévention du suicide affirment que l'ambivalence est une caractéristique omniprésente du désir de mourir (Mishara & Weisstub, 2018).

L'AMM serait également perçue comme étant socialement acceptable, tandis qu'on observe une stigmatisation sociale importante associée au suicide (AAS, 2017; Friesen, 2020). En effet, le choix de l'AMM est parfois décrit par les aînés et même par leur famille comme une manière « légale et approuvée socialement » de mettre fin à la souffrance et qu'elle serait moins dévastatrice que le suicide pour l'entourage (Michaud-Dumont et al., 2020; van Wijngaarden et al., 2016). Historiquement, le suicide a longtemps été considéré comme un acte immoral, notamment en raison de la religion qui l'interdisait, puisque seul Dieu peut décider de la vie et de la mort (Friesen, 2020). Certaines traditions culturelles et religieuses considèrent d'ailleurs le suicide comme étant un acte « autodestructeur », tandis que l'AMM est davantage perçue comme une manière de préserver sa dignité personnelle (AAS, 2017). En effet, l'AMM aurait été conçue pour favoriser une mort sereine et sans douleur alors que certains actes suicidaires peuvent être violents

(AAS, 2017; Center for suicide prevention, 2021). D'ailleurs, l'impulsivité est surtout associée au suicide (AAS, 2017; Friesen, 2020; Isometsä, 2014), tandis que le choix de demander l'AMM résulterait d'une réflexion plus profonde et rationnelle (Friesen, 2020). Le délai imposé par la loi lors d'une demande d'AMM aurait d'ailleurs comme objectif de contrer l'impulsivité (AAS, 2017). Il existe cependant une grande disparité dans les études quant à la place de l'impulsivité dans le cadre du geste suicidaire (Rimkeviciene et al., 2015), ce qui pourrait venir ébranler cet argument. En effet, certaines études (p. ex., Svetlicic & De Leo, 2012) rapportent que les idées suicidaires se développent rapidement, souvent sans préméditation ou planification, tandis que d'autres (p. ex., Smith et al., 2008; van Orden et al., 2010) soutiennent que les gens ne se suicident pas de façon impulsive et planifient leur tentative.

Le suicide se fait généralement seul et sans soutien, tandis que l'AMM se fait dans un contexte d'acceptation, où le personnel médical et les proches peuvent être impliqués (AAS, 2017; Center for suicide prevention, 2021; Wiebe et al., 2019). L'implication de l'entourage et son acceptation de la décision du malade de requérir à l'AMM pour mettre fin à ses souffrances occasionneraient moins de complications pour les endeuillés, tandis que les suicides causeraient davantage de risques de deuils compliqués pour l'entourage (Andriessen et al., 2017; Michaud-Dumont et al., 2020).

Bien que les personnes suicidaires n'envisagent aucune issue autre que la mort pour solutionner leur situation (AAS, 2017), il existe différentes approches thérapeutiques

disponibles pour améliorer leur bien-être psychologique (Kiosses, 2022; Mehlum et al., 2020). Par ailleurs, dans le cas d'une demande d'AMM, les médecins doivent proposer divers traitements pour soulager la souffrance. Toutefois, les lois québécoise et canadienne spécifient que la personne peut obtenir l'AMM si elle juge que ses souffrances ne peuvent être apaisées « dans des conditions qu'elle juge acceptables » (Gouvernement du Canada, 2021a; Gouvernement du Québec, 2022). La nature de la souffrance et les raisons qui la sous-tendent pourraient également être différentes. Les personnes souffrant d'une maladie physique et qui demandent l'AMM avancent l'importance de la dignité, la peur de la déchéance de leur corps ou encore rapportent avoir vécu des expériences où elles ont vu d'autres personnes mourir dans la douleur et souhaitent éviter cela à leur tour (Dees et al., 2010). De leur côté, les personnes suicidaires rapportent des raisons telles que des relations insatisfaisantes, des abus passés ou des problèmes de dépendance aux substances (Cash et al., 2013). Ces raisons seraient d'ailleurs davantage présentes chez les jeunes, tandis que les aînés suicidaires rapportent des raisons s'approchant davantage à celles mentionnées chez les gens demandant l'AMM (Lakeman & FitzGerald, 2008). Cependant, tel que mentionné précédemment, le thème de la souffrance est commun aux personnes demandant l'AMM et celles qui pensent au suicide, comme la perte, la solitude, le sentiment d'être un fardeau pour les autres ou encore le manque de contrôle sur la situation (Kjolseth et al., 2010; Lavery et al., 2001).

Enfin, une étude rétrospective a examiné tous les rapports de décès de personnes âgées de 65 ans ou plus ayant opté pour le suicide assisté ou non assisté, entre 2010 et 2016

dans la région de Genève en Suisse, afin de voir s'il existait des différences aux plans de leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs maladies et de leurs expériences avec le système de santé (Dieudonné-Rahm et al., 2019). Les chercheurs ont remarqué (avec régression logistique) que les personnes âgées décédées par suicide assisté étaient plus susceptibles d'avoir été hospitalisées au cours de l'année précédant leur mort que celles décédées par suicide non assisté, et ce, indépendamment de la présence de troubles mentaux, de cancer ou d'autres maladies somatiques. L'écart dans l'utilisation des soins hospitaliers entre les personnes décédées par suicide assisté ou non assisté ne semble pas provenir uniquement des différences dans les diagnostics. Les auteurs se demandent si la différence entre les deux groupes ne pourrait pas être liée à l'intensité des soins reçus lors de l'hospitalisation par les aînés décédés par suicide assisté et de la subséquente diminution de la qualité de vie qui augmenterait la souffrance psychologique et existentielle du malade. Il faut noter que les hospitalisations en psychiatrie étaient plus fréquentes chez les personnes ayant opté pour le suicide non assisté, mais que les troubles de santé mentale étaient rarement mentionnés dans les dossiers des patients ayant opté pour le suicide assisté.

Il semble donc plutôt difficile de distinguer le suicide de l'AMM. À ce jour, il n'existerait aucun résultat de recherche valable pouvant différencier de façon fiable les deux actes (Friesen, 2020; Mishara & Weisstub, 2018). Certains membres du Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM croient d'ailleurs que la déclaration de l'AAS (2017) sur les différences entre l'AMM et le suicide n'est pas fondée sur des données

probantes (Conseil des académies canadiennes, 2018). Mishara et Weisstub (2018) considèrent donc que, devant l'impossibilité de savoir si les personnes qui demandent l'AMM veulent réellement terminer leur vie ou arrêter de souffrir, il est préférable de toujours fournir une aide psychologique, comme le feraient les intervenants en prévention du suicide.

### **Besoins de formation des intervenants en prévention du suicide**

Il se peut donc que des personnes âgées vivant une situation jugée intolérable puissent contacter des centres de prévention du suicide (CPS) pour exprimer leur désir de mourir en mentionnant l'AMM. Aucune donnée n'est toutefois disponible sur le nombre exact de personnes qui font ce genre d'appel. Toutefois, selon Marcoux (2018), 76 % d'un échantillon d'intervenants/bénévoles en prévention du suicide étaient intervenus auprès de personnes souffrant de maladies incurables ou terminales et qui souhaitaient mourir. Il semble donc être possible que des personnes à risque de présenter des idéations suicidaires souhaitent discuter de ce sujet avec les intervenants ou demandent des précisions quant aux critères d'admissibilité. Il est également possible que des personnes abordant le thème de l'AMM puissent avoir fait une tentative de suicide par le passé, ou pourrait considérer cette option dans le futur, par exemple, advenant que leur demande d'AMM soit refusée (Wiebe et al., 2019). Pourtant, des observations de la part de responsables dans les CPS semblent indiquer que les intervenants manquent d'aisance et de connaissances pour intervenir efficacement dans ce genre de situations.

Face à une demande d'AMM, certains professionnels de la santé mentale pourraient ressentir un inconfort, puisqu'ils travaillent habituellement à aider les personnes à composer avec leurs difficultés et les accompagnent dans leur développement personnel et la recherche d'un mieux-être. Intervenir auprès d'une personne qui souhaite obtenir l'AMM oblige, par exemple, le psychologue à examiner ses croyances et sa position à l'égard de cette pratique et à se demander si, et dans quelles circonstances, il acceptera de travailler avec des personnes qui envisagent l'AMM. Dans le contexte des soins de fin de vie, le psychologue est amené à approfondir son point de vue sur la qualité de vie, la dignité, la mort, le vieillissement et la spiritualité. Par ailleurs, bien que la décision d'une personne de choisir la mort par AMM puisse heurter les valeurs de certains psychologues, pour d'autres, leur rôle est de respecter l'autonomie du malade qui est apte à consentir à ce soin et de l'accompagner dans le processus d'évaluation de sa demande (Ordre des psychologues du Québec, 2021).

Chez les intervenants en prévention du suicide, il est possible de croire qu'il existe une contradiction entre leur mission d'empêcher le suicide ou de le prévenir et l'idée que, dans certaines circonstances, il peut être acceptable de vouloir s'enlever la vie (Vermette, 2012). Par ailleurs, dans le cadre d'une enquête sur les besoins d'information des professionnels de la santé à propos de l'AMM, Boivin et ses collaborateurs (2017) ont interrogé des infirmières (20 % de l'échantillon), des médecins (11 %), des intervenants du secteur psychosocial tels que les psychologues et les travailleurs sociaux (29 %), ainsi que divers professionnels (gestionnaires, pharmaciens, éthiciens, 31 %) qui étaient visés

par la Loi sur les soins de fin de vie. Grâce aux forums de discussion, les auteurs constatent un besoin criant d'information sur l'AMM chez les professionnels de la santé. Ces derniers ont révélé qu'il n'existe pas d'outil pour répondre à l'éventail des questions soulevées, ou lorsqu'il est disponible, celui-ci n'est pas accessible dans un format convivial ou est difficile à interpréter. Ces lacunes contribuent à nourrir des incertitudes et des incompréhensions à l'égard de l'AMM et de la confusion quant aux rôles et responsabilités des différents intervenants (Boivin et al., 2017). En ce qui concerne l'intervention générale auprès des aînés, l'AQPS (2014) confirme également un besoin de la part des intervenants d'obtenir une formation approfondie quant à l'intervention auprès des personnes âgées suicidaires, afin de mieux cerner les spécificités et ainsi améliorer leurs compétences en intervention.

Il est fort probable que les intervenants en prévention du suicide puissent aussi avoir besoin d'information sur l'AMM, particulièrement lorsque les appelants sont des personnes âgées qui font face à des maladies chroniques ou à des incapacités fonctionnelles. À notre connaissance, seule Marcoux (2018) s'est intéressée spécifiquement aux attitudes des intervenants en prévention du suicide envers l'AMM. Elle indique que 76 % des participants avaient été confrontés à une situation où un adulte voulait mourir et disait être atteint d'une maladie grave et incurable et que 55,7 % considéraient que ce choix était acceptable (18,6 % tout à fait acceptable et 37,1 % plutôt acceptable). Néanmoins, lorsqu'il est question d'une personne très âgée, 63,9 % refusent

de répondre. Selon Marcoux, les intervenants en prévention du suicide semblent ressentir un inconfort à exprimer leur point de vue sur l'AMM dans le contexte du grand âge.

À la lumière des études recensées ci-dessus, il semble essentiel d'offrir une formation aux intervenants en prévention du suicide qui auront à intervenir auprès des personnes âgées qui font appel à leur soutien, particulièrement lorsqu'il est question de souffrance associée au vieillissement ou aux maladies graves, chroniques, dégénératives ou incurables.

### **Objectifs de l'étude et hypothèses**

L'objectif principal de la recherche est d'évaluer les effets d'une formation à propos de l'AMM sur les connaissances et les attitudes des intervenants en prévention du suicide. Il s'agit d'une étude exploratoire qui permet d'en apprendre davantage sur la faisabilité d'un projet d'une plus grande envergure et de mettre en lumière les ajustements nécessaires à la méthodologie et à la formation. L'objectif secondaire de l'étude est de vérifier ce qui peut influencer l'attitude des participants à l'égard de l'intervention auprès des personnes âgées qui expriment le désir de mourir.

Il est possible de formuler cinq hypothèses. Il est attendu qu'après la formation (au posttest), les participants présenteront des scores supérieurs à ceux recueillis au pré-test sur le plan de leurs connaissances à propos de l'AMM. Il est aussi prévu que les participants auront un score plus élevé au questionnaire évaluant la pertinence d'intervenir

auprès des personnes âgées qui expriment le désir de mourir (Hypothèse #2) et qu'ils vérifieront davantage la présence d'idéations suicidaires dans trois situations hypothétiques où les appelants abordent le thème de l'AMM (Hypothèse #3). La quatrième est une hypothèse nulle sur l'absence de différence entre le pré-test et le posttest pour l'attitude générale envers l'euthanasie et pour les attentes négatives envers le vieillissement. En effet, les études démontrent que l'attitude générale envers l'euthanasie varie davantage lorsqu'il est question de situations ou de personnes spécifiques (Poma et al., 2015). De plus, il est peu probable d'observer un changement en ce qui concerne les attentes envers le vieillissement, puisque la formation ne traite pas directement de cet aspect. Finalement, la dernière hypothèse (hypothèse #5) prévoit que certaines des variables étudiées (attitude positive envers le vieillissement, attitude négative envers l'euthanasie, connaissances élevées sur l'AMM) prédiront l'attitude des participants à l'égard de la pertinence d'intervenir auprès de personnes âgées qui expriment le désir de mourir.

## **Méthode**

Le prochain chapitre couvre la méthodologie de la recherche. Il s'agit d'une étude avec devis pré-experimental pré-test et posttest avec groupe unique. Ce chapitre présente les informations concernant le recrutement des participants, ainsi que les principales caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. Il décrit également les instruments de mesure ainsi que la formation offerte sur l'AMM.

### **Recrutement des participants et déroulement de l'étude**

Les participants visés par l'étude sont des intervenants ou des bénévoles, âgés de 18 ans et plus, œuvrant sur une ligne téléphonique d'un centre de prévention du suicide (CPS) ou dans un centre de crise. Pour être autorisés à prendre des appels de personnes suicidaires, ils doivent avoir suivi la formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques ». Le recrutement s'est déroulé de janvier 2021 à avril 2021. À la suite de l'approbation éthique du projet<sup>1</sup>, la chercheuse principale a contacté les coordonnateurs cliniques ou les responsables aux formations de différents milieux en prévention du suicide afin de leur présenter brièvement le but de l'étude et la formation sur l'AMM. Une lettre d'invitation détaillée (voir Appendice A) à participer à la recherche leur fut ensuite acheminée dans le but de la diffuser par courriel auprès de leurs employés et bénévoles. L'invitation fut également envoyée à différents groupes

---

<sup>1</sup> Certificat d'éthique # CER-20-268-08-01-13

d'intervenants sur les réseaux sociaux, tels que « Intervenants de la région de Drummondville » sur Facebook, regroupant différents intervenants du réseau de la santé et du milieu communautaire, ainsi que sur la page Facebook de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et sur et celle de « UQTR Psychologie ». L'AQPS ainsi que le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) ont également été contactés et ont partagé l'invitation à l'ensemble de leurs membres.

En raison des contraintes imposées par la pandémie de la COVID-19, il a été nécessaire d'ajuster le déroulement de l'étude. En effet, la formation initiale devait se donner en présence des participants dans les différents CPS ou centres de crise. Devant l'incertitude entourant la reprise des activités de groupe, les différentes formations prévues furent annulées et la formation fut préenregistrée au Service des technologies de l'information (STI) de l'UQTR en août 2020. Les questionnaires furent adaptés en version électronique et mis en ligne en utilisant la banque interactive de questions (BIQ) sur la plateforme sécurisée de l'UQTR.

Les gens intéressés devaient ensuite contacter la chercheuse principale afin d'obtenir l'information pertinente pour débiter leur participation. C'est lors de cette première prise de contact que le formulaire d'information et de consentement (voir Appendice B) leur fut envoyé afin qu'ils puissent prendre connaissance du but de la recherche, de leur rôle, ainsi que des risques et des avantages de leur implication afin qu'ils puissent faire un choix

éclairé sur leur participation. Les personnes qui acceptaient de participer recevaient un lien Internet par courriel les menant à la première phase de la recherche, soit le pré-test. Le formulaire d'information et de consentement était à nouveau présenté et les participants devaient attester l'avoir lu pour remplir les questionnaires du pré-test.

À la fin du pré-test, les participants étaient dirigés vers la deuxième phase de la recherche, soit le visionnement de la formation, toujours sur la plateforme sécurisée. Ils pouvaient décider de visionner immédiatement la formation, ou y revenir à un autre moment, en utilisant le lien automatiquement envoyé par courriel à la fin du pré-test. Un rappel fut également envoyé par courriel une semaine après le pré-test, afin de rappeler aux participants comment accéder au visionnement de la formation. Puisque la BIQ permet de faire un suivi des étapes complétées par chaque participant, la chercheuse principale pouvait prendre en note la date à laquelle la formation avait été visionnée afin d'envoyer l'accès au posttest quatre semaines après leur visionnement.

### **Participants**

Au total, 22 personnes ont rempli le formulaire de consentement et débuté la recherche. Deux personnes n'ont pas complété l'ensemble des trois phases de la recherche et ont été exclues de l'étude (n'ont pas complété le posttest). L'échantillon final est donc composé de 20 participants, soit 17 femmes (85 %) et 3 hommes (15 %). Afin d'éviter le plus possible d'identifier les participants provenant de milieux connus par les responsables de la recherche, le *Questionnaire sociodémographique* ne demandait que la tranche d'âge

à laquelle ils appartenait. De ce fait, 55 % de l'échantillon comporte des personnes âgées entre 20 et 29 ans, 20 % entre 30 et 39 ans, aucune entre 40 et 49 ans et 25 % de 60 ans et plus. La majorité de l'échantillon, soit 60 %, est constituée de personnes vivant en couple. De plus, tous les participants avaient un diplôme collégial ou universitaire à l'exception d'une personne. Par ailleurs, 40 % des participants se considéraient comme des intervenants psychosociaux. En ce qui concerne leurs années d'implication dans le domaine de la prévention du suicide, 45 % de l'échantillon avait 6 années d'expérience ou plus, tandis que 70 % étaient des intervenants rémunérés, pratiquant de l'intervention en face à face et téléphonique. De plus, 60 % de l'échantillon rapportait avoir de l'expérience avec les personnes âgées et 45 % rapportait avoir de l'expérience professionnelle ou personnelle en lien avec l'AMM. Seulement 3 participants, tous âgés de 50 ans et plus, rapportaient être proches aidants de personnes âgées.

### **Instruments de mesure**

Dans le but de vérifier si la formation permettait d'améliorer les connaissances et attitudes des participants envers l'AMM, les participants ont rempli à deux reprises (pré-test et posttest) cinq questionnaires (voir Appendice C). Ainsi, au pré-test, après avoir répondu aux questions visant à recueillir les informations sociodémographiques, les participants ont d'abord rempli le *Questionnaire sur les attitudes générales envers l'euthanasie* (Webster, 2004), puis le *Test de connaissances sur l'AMM*, le *Questionnaire sur le suicide des personnes âgées*, le *Questionnaire sur les interventions à privilégier avec les appelants abordant l'AMM* pour finalement terminer avec le *Questionnaire*

*d'attitudes face au vieillissement*. Il faut noter que le *Questionnaire sociodémographique* permettait aussi d'obtenir, entre autres, de l'information sur le niveau d'expérience des participants en prévention du suicide et auprès des personnes âgées, le type d'implication au CPS (bénévole ou rémunérée), leur expérience avec des personnes ayant fait une demande d'AMM et leur autoévaluation de leur niveau de connaissance sur cette pratique (voir Appendice C). À l'exception du *Questionnaire sociodémographique*, les autres questionnaires furent également remplis par les participants au posttest. À cette dernière étape s'est également ajouté un dernier questionnaire visant à évaluer les apprentissages des participants ainsi que leur satisfaction générale à l'égard de la formation.

Il s'avère important de souligner que certains questionnaires utilisés lors de cette étude ont été traduits ou créés par l'équipe de recherche et n'ont pas été validés auprès de la population cible, soit des intervenants en prévention du suicide. Des coefficients de consistance interne ont cependant été calculés pour chacun des questionnaires pour estimer l'homogénéité des items de chacune des échelles et leur fidélité.

Le *Questionnaire sur les attitudes générales face à l'euthanasie* comprend 15 items (Webster, 2004, traduit par Lacerte, 2017). Le participant doit indiquer pour chaque item son niveau d'accord avec les énoncés sur une échelle de type Likert variant de *Tout à fait en désaccord* (1) à *Tout à fait en accord* (6) Voici un exemple d'item : « L'euthanasie devrait être illégale ». Une courte définition du concept d'euthanasie est indiquée en début de questionnaire, afin de s'assurer que le répondant ne le confonde pas avec d'autres

formes de soins de fin de vie (p. ex. suicide assisté), tout en spécifiant que le terme « euthanasie » réfère au concept d'AMM. Un coefficient de consistance interne de 0,94 a été obtenu avec 136 participants dans l'étude de Lacerte (2017).

Le *Test de connaissances sur l'AMM* comportait 20 items auxquels les participants répondaient par « Vrai » ou « Faux » (Houle et al., 2019). Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre d'un cours sur l'élaboration d'instruments de mesure et les questions ont été formulées à partir des connaissances sur l'AMM présentées dans la formation. Voici un exemple d'item : « Un médecin qui a administré un médicament dans le but de soulager les souffrances d'une personne en fin de vie et que cet acte entraîne le décès du malade a pratiqué l'aide médicale à mourir ». Les participants étaient invités à éviter de faire appel à des sites Internet pour trouver les réponses au questionnaire, puisque le but de l'étude était d'évaluer le niveau de connaissances qu'ils possédaient avant la formation. Un coefficient de consistance interne de 0,45 a été obtenu pour ce questionnaire avec le présent échantillon. Ce faible taux peut s'expliquer par le manque d'homogénéité du questionnaire qui s'intéresse à plusieurs aspects et thèmes liés l'AMM et au petit échantillon de l'étude.

Le *Questionnaire sur le suicide des personnes âgées* fut créé par l'équipe afin d'évaluer la manière dont les participants perçoivent le suicide des personnes âgées et l'intervention auprès de cette population (Lapierre et al., 2019). Il comporte 24 items, comme « J'interviendrais si une personne âgée me disait qu'elle pense au suicide ». Les participants répondent sur une échelle de type Likert en 5 points, variant de *Fortement en*

*désaccord* (1) à *Fortement en accord* (5). Le score total permet d'évaluer jusqu'à quel point les participants considèrent qu'il est pertinent d'intervenir auprès de personnes âgées qui expriment le désir de mourir. Un coefficient de consistance interne de 0,77 a été obtenu pour ce questionnaire.

Trois vignettes cliniques fictives furent également créées dans le but d'évaluer les interventions que privilégieraient les participants avec un appelant qui aborde l'AMM (voir Appendice C). La première vignette décrit un appelant âgé atteint d'un cancer à un stade avancé, qui considère l'option de l'AMM en raison de la douleur physique. La deuxième vignette décrit une appelante âgée en perte d'autonomie, souffrant d'arthrose et ayant fait une demande d'AMM qui lui fut refusée, tandis que la troisième décrit une dame âgée dont le mari considère demander l'AMM et qui souhaite connaître le processus d'une demande, notamment les critères d'admission. À la suite de la lecture de la vignette, les répondants devaient choisir, parmi 12 interventions possibles, les trois qu'ils privilégieraient s'ils avaient à intervenir auprès de ces appelants. Chaque intervention était associée à une lettre (p. ex. « G : Référer au médecin ou à un autre professionnel de la santé ») et les participants étaient invités à inscrire les trois lettres correspondant à leurs réponses dans une section réservée à cet effet après chaque vignette. Ils devaient ensuite indiquer s'ils étaient personnellement en accord avec l'AMM dans la situation présentée dans la vignette en répondant sur une échelle de Likert en 5 points, allant de *Fortement en désaccord* (1) à *Fortement en accord* (5). Il n'y a pas de score total pour ce questionnaire. L'objectif des vignettes était de voir si les participants avaient pensé à questionner ou non

les appelants sur la présence d'idéations suicidaires et de voir si la formation les amène à le faire davantage.

Le *Questionnaire d'attitudes face au vieillissement* de Sarkisian et al. (2005) fut traduit par l'équipe pour évaluer les attentes négatives des participants à propos du vieillissement. Ce questionnaire comporte 12 items, comme « Je m'attends à oublier davantage de choses en vieillissant » et les participants répondent sur une échelle de type Likert en 4 points, allant de *Définitivement vrai* (1) à *Définitivement faux* (4). Le score de chaque item a été inversé afin qu'un score élevé au questionnaire indique des attentes négatives à l'égard du vieillissement. Un coefficient de consistance interne de 0,89 a été obtenu pour la version originale en anglais avec des personnes âgées de 65 ans et plus et de 0,67 pour la version traduite en français avec le présent échantillon adulte.

Finalement, pour le posttest, un questionnaire a été élaboré afin de permettre aux participants d'autoévaluer leurs apprentissages ainsi que leur perception quant à l'utilité de la formation. Ce questionnaire comporte 13 items, comme « Le contenu et les exemples apportés durant la formation étaient représentatifs des situations que je rencontre dans mon environnement de travail ou de bénévolat ». Les participants devaient répondre sur une échelle de type Likert en 5 points, allant de *Fortement en désaccord* (1) à *Fortement en accord* (5). Ils étaient également invités à commenter la formation et/ou partager leur vécu personnel en lien avec l'AMM ou le suicide des personnes âgées. Cette section permet de compenser l'absence de discussion avec les participants après la formation; en effet les

exigences de la pandémie ont obligé les chercheurs à éliminer cette étape qui faisait partie de la formation originale.

### **Formation**

L'objectif de la formation est d'offrir aux intervenants qui travaillent auprès des personnes en détresse suicidaire de l'information concernant les pratiques de fins de vie, et plus particulièrement l'AMM, et de les amener à réfléchir sur les enjeux professionnels et personnels pouvant être rencontrés dans leur milieu d'intervention. Tel que mentionné précédemment, la formation avait été élaborée initialement pour être offerte en présence des participants et comportait deux parties. La première partie était davantage théorique, et la deuxième se faisait sous forme d'échange avec les participants. Afin de s'adapter aux contraintes inattendues de distanciation associées à la pandémie, la formation a été préenregistrée. Cette version est d'une durée de 50 minutes. Elle expose d'abord les différentes pratiques de fin de vie, afin de bien les définir et de les distinguer. Elle comporte un historique de l'AMM, ainsi qu'une présentation des critères d'admissibilité et des étapes d'une demande d'AMM. Elle inclut aussi une réflexion sur la mort en général et sur le suicide afin d'amener les participants à réfléchir sur la manière dont s'est positionnée la société occidentale face à la mort. La dernière partie de la formation est davantage axée sur l'intervention auprès des appelants susceptibles d'aborder le thème de l'AMM et est suivie de recommandations sur les manières d'intervenir efficacement avec eux. Les participants sont finalement invités à écrire à la chercheuse principale pour toutes

questions ou commentaires, ou pour prendre un rendez-vous virtuel afin d'échanger sur leur vécu en lien avec la fin de vie.

## **Résultats**

Le présent chapitre présente les résultats des analyses statistiques visant à vérifier les effets du programme de formation à propos de l'AMM sur les connaissances et les attitudes des participants. Il débute par la présentation de quelques analyses préliminaires, incluant les analyses corrélationnelles. Dans un deuxième temps, le chapitre dévoile les résultats des analyses principales permettant de vérifier les trois premières hypothèses à propos des changements prévus chez les participants sur le plan de leurs connaissances sur l'AMM, de leurs croyances à propos de la pertinence d'intervenir auprès des aînés exprimant le désir de mourir et la tendance à vérifier la présence d'idéations suicidaires dans les situations hypothétiques où les appelants abordent le thème de l'AMM. Ces analyses permettent aussi de tester l'hypothèse nulle (Hypothèse #4) pour l'attitude générale envers l'euthanasie et les attentes à l'égard du vieillissement. Le chapitre se termine avec les résultats d'une analyse de régression permettant de vérifier la cinquième hypothèse portant sur les facteurs qui prédisent la croyance des participants sur la pertinence d'intervenir auprès des personnes âgées suicidaires.

### **Analyses statistiques**

Avant de présenter les principaux résultats de cette étude, il s'avère important de mentionner que même si la distribution des données était normale, la petite taille de l'échantillon ( $N = 20$ ) impose d'utiliser des analyses non paramétriques comme le test de

Kruskal Wallis pour examiner les différences de moyennes des variables principales en fonction des caractéristiques de l'échantillon (p. ex., niveaux d'expérience professionnelle) et le test de Wilcoxon pour vérifier s'il y a des changements entre le pré-test et le posttest pour les quatre principales variables à l'étude pour lesquelles il y a un score total : attitude générale envers l'euthanasie, connaissances sur l'AMM, pertinence d'intervenir auprès des aînés ayant le désir de mourir et attentes négatives envers le vieillissement. Finalement, une analyse de régression linéaire multiple a permis de répondre à la dernière hypothèse selon laquelle l'attitude des participants à l'égard de la pertinence d'intervenir auprès de personnes âgées qui expriment le désir de mourir sera prédite par trois variables : l'attitude envers l'euthanasie, les attentes négatives à l'égard du vieillissement et le changement au niveau des connaissances sur l'AMM.

### **Analyses préliminaires**

Avant de présenter les principaux résultats de cette étude, il est essentiel de vérifier s'il existe, au pré-test, des relations entre certaines variables sociodémographiques (sexe, état civil ou âge) et les quatre variables à l'étude. Les résultats du test de Kruskal Wallis ne révèlent aucune différence significative selon le sexe ou l'état civil (avec ou sans partenaire) des participants. Par contre, pour les catégories d'âge, il est intéressant de constater qu'un résultat près du seuil de signification ( $H[1] = 3,34, p = 0,068$ ) fut obtenu pour la pertinence d'intervenir auprès des aînés qui souhaitent mourir. Ainsi, le groupe des 18-39 ans serait le plus enclin à croire qu'il est moins pertinent d'intervenir auprès des aînés (rang moyen de 8,32) que le groupe ayant 40 ans ou plus (rang moyen de 13,17). Il

est possible de croire qu'une différence entre les groupes d'âge aurait pu être détectée avec un échantillon plus grand.

Des analyses ont aussi été effectuées afin de vérifier les relations entre l'expérience des participants à propos du suicide, de l'AMM ou auprès des personnes âgées et les quatre variables à l'étude. Les analyses au test du Kruskal Wallis ont démontré que la croyance en la pertinence d'intervenir auprès des aînés qui souhaitent mourir variait en fonction du nombre d'années d'implication en prévention du suicide ( $H[2] = 11,25, p = 0,004$ ), avec un rang moyen de 6,20 pour les participants ayant 1-2 années d'implication, 6,75 pour ceux ayant 3, 4 ou 5 années d'implication et 15,39 pour ceux ayant six ans et plus d'implication. Les participants ayant six ans et plus d'expérience en prévention du suicide croyaient davantage en la pertinence d'intervenir auprès des personnes âgées que ceux qui avaient moins d'expérience. Pour ce qui est de l'attitude envers l'euthanasie, la différence en fonction de la présence ou non d'expérience avec l'AMM (que cette expérience soit personnelle ou professionnelle) est près du seuil de signification ( $H[1] = 3,49, p = 0,062$ ). Ainsi, les résultats indiquent une tendance pour les participants n'ayant pas côtoyé des personnes ayant fait une demande d'AMM à être plus favorables envers l'euthanasie (rang moyen de 12,73) que les participants qui ont connu personnellement ou professionnellement des situations d'AMM (rang moyen de 7,78). Finalement, aucune différence ne fut observée sur les quatre variables à l'étude en fonction du niveau d'expérience auprès des personnes âgées.

**Tableau 2***Corrélations entre les variables au pré-test (N = 20)*

Variabes	2	3	4
1. Accord euthanasie	0,12	-0,13	-0,01
2. Connaissances AMM		0,09	-0,03
3. Intervention aînés			-0,17
4. Attentes négatives vieillissement			

Dans un deuxième temps, des analyses corrélationnelles ont été effectuées afin de vérifier s'il existait des liens, au pré-test, entre les quatre principales variables à l'étude (voir Tableau 2). Il n'y a aucune corrélation entre ces variables.

### **Analyses principales**

Avant de vérifier si les résultats obtenus confirment ou non les hypothèses, il est utile de présenter les scores moyens, obtenus par l'échantillon au pré-test, aux quatre variables à l'étude (voir Tableau 3). Globalement, au pré-test, l'opinion générale des participants envers l'euthanasie est favorable ( $M = 4,98/6$ ,  $ET = 0,47$ ), bien que leur niveau de connaissances à propos de l'AMM soit très moyen ( $M = 13,2/20$ ,  $ET = 2,35$ ). Par ailleurs, les participants considèrent qu'il est pertinent d'intervenir auprès des personnes âgées souhaitant mourir ( $M = 4,08/5$ ,  $ET = 0,38$ ), mais semblent avoir des attentes plutôt ambivalentes à propos du vieillissement ( $M = 2,57/4$ ,  $ET = 0,36$ ).

Les hypothèses selon lesquelles les participants présenteront des scores significativement plus élevés après la formation aux plans des connaissances et des attitudes ont été vérifiées avec le test de Wilcoxon : un test non paramétrique de comparaison de moyennes obtenues par le même échantillon à deux temps de mesure. En effet, malgré une distribution normale des données, le test de Wilcoxon apparaissait plus pertinent que le test *t* pairé à cause du faible nombre de participants dans l'échantillon (N = 20).

**Tableau 3**

*Moyennes et écarts-types de chaque variable avant et après la formation et test de comparaison des moyennes (Wilcoxon)*

	Pré-test		Posttest		Z
	M	ÉT	M	ÉT	
Accord euthanasie/6	4,98	0,47	4,93	0,69	-0,24
Connaissances AMM/20	13,20	2,35	14,95	2,86	-2,77*
Intervention aînés/5	4,08	0,38	4,02	0,42	-0,89
Attentes négatives vieillissement/4	2,57	0,36	2,47	0,49	-1,44

*Note.* \*  $p < 0,05$

Les résultats (voir Tableau 3) montrent qu'après la formation, les participants présentent des scores significativement supérieurs à ceux recueillis au pré-test sur le plan des connaissances à propos de l'AMM. La première hypothèse est donc confirmée. Aucune autre différence ne fut observée entre le pré-test et le posttest. Ainsi, la deuxième hypothèse stipulant qu'après la formation, les participants exprimeront davantage l'idée

qu'il est pertinent d'intervenir auprès des aînés qui expriment le désir de mourir est infirmée, alors que c'est auprès de cette clientèle que les intervenants sont plus susceptibles d'aborder le sujet de l'AMM. De plus, l'hypothèse nulle, selon laquelle les scores au posttest du questionnaire d'attitude générale envers l'euthanasie et celui des attentes négatives à propos du vieillissement seront similaires à ceux du pré-test, ne peut pas être rejetée.

**Tableau 4**

*Corrélations entre les variables au posttest (N = 20)*

Variables	2	3	4
1. Accord euthanasie	0,17	-0,50*	-0,45*
2. Changement connaissances		0,04	-0,40
3. Intervention aînés			-0,28
4. Attentes négatives vieillissement			

*Note.* \*  $p < 0,05$ .

Des analyses corrélationnelles ont également permis de constater qu'il y avait des relations significatives entre les variables au posttest (voir Tableau 4), bien qu'aucune corrélation n'ait été détectée au pré-test. En effet, il est intéressant de voir qu'il y a une corrélation négative entre une attitude favorable envers l'euthanasie et la pertinence d'intervenir auprès des aînés qui expriment le désir de mourir ( $r = -0,50, p = 0,013$ ). Ainsi, plus une personne est en accord avec l'euthanasie, moins elle croit qu'il est pertinent d'intervenir auprès des aînés qui souhaitent mourir. Une corrélation négative a également été observée entre une attitude favorable envers l'euthanasie et des attentes négatives

envers le vieillissement ( $r = -0,45, p = 0,024$ ). Ainsi, plus une personne est en accord avec l'euthanasie, moins elle a d'attentes négatives envers le vieillissement.

Cette observation peut évoquer l'idée que les personnes qui sont favorables à l'AMM considèrent qu'il sera possible d'éviter les épreuves associées au vieillissement. Finalement, au posttest, plutôt que de regarder les liens entre le niveau de connaissances et les trois autres variables, il a semblé plus pertinent de faire ces corrélations en utilisant le score de changement sur le plan des connaissances, c'est-à-dire la différence entre le score au posttest et celui au pré-test ( $M = 1,75, \acute{E}T = 2,29$ ). Toutefois, aucune corrélation n'a été observée entre l'amélioration des connaissances et les trois autres variables à l'étude.

Ensuite, des analyses ont été effectuées sur les réponses des participants quant à la nécessité de vérifier la présence d'idéations suicidaires dans les trois situations hypothétiques, présentées sous forme de vignettes où les appelants abordent le thème de l'AMM. Pour chaque vignette, le nombre de participants ayant vérifié la présence d'idéations suicidaires a été calculé, au pré-test et au posttest. Par exemple, pour la vignette 1 au pré-test, 10 participants sur 20 (50 %) avaient pensé à questionner l'appelant sur la présence d'idéations suicidaires, comparativement à 13 participants (65 %) au posttest. Le Tableau 5 présente les résultats du test de Wilcoxon pour chacune des vignettes présentant ces situations. Bien qu'il soit possible d'observer une tendance à la hausse pour les vignettes 1 (cancer) et 2 (demande d'AMM refusée), et à la baisse pour la

**Tableau 5**

*Comparatif des pourcentages des participants qui vérifient la présence d'idéations suicidaires des appelants et moyennes et écarts-types (Wilcoxon) sur leur niveau d'accord avec l'AMM pour chaque vignette*

	Pourcentages de participants vérifiant la présence d'idéations suicidaires			Niveau d'accord avec l'AMM /6				
	Pré-test (N = 20)	Posttest (N = 19)	Z	Pré-test (N = 20)		Posttest (N = 19)		Z
	%	%		M	ÉT	M	ÉT	
Vignette 1	50	65	-1,13	3,15	1,10	3,60	0,80	-1,99*
Vignette 2	70	80	-1,00	2,35	0,90	2,55	0,83	-0,97
Vignette 3	45	35	-0,58	3,00	1,00	3,25	0,44	-1,22

*Note. \* p < 0,05*

vignette 3 (demande d'information pour conjoint malade), aucune différence statistiquement significative ne fut observée entre les réponses au pré-test et au posttest. Ainsi, la troisième hypothèse, prédisant que les participants à la formation sur l'AMM seraient de plus en plus guidés par la nécessité de vérifier la présence d'idéations suicidaire chez des appelants fictifs qui abordent le thème de l'AMM, est également infirmée. Toutefois, il est préoccupant d'observer que malgré la formation, les intervenants n'aient pas été davantage portés à questionner la présence d'idéations suicidaires chez les appelants fictifs abordant l'AMM. Finalement, bien qu'aucune hypothèse ne prédisait un changement en ce qui concerne le niveau d'accord avec l'AMM pour chaque vignette, on peut tout de même noter un changement significatif à la hausse pour la vignette 1 (cancer) à la suite de la formation.

### **Analyse de régression**

Finalement, pour vérifier la dernière hypothèse, une analyse de régression linéaire multiple fut effectuée afin de connaître les variables qui pourraient prédire l'attitude des participants à l'égard de la pertinence d'intervenir auprès de personnes âgées qui expriment le désir de mourir. Les trois variables suivantes ont été entrées en une seule étape dans la régression : l'attitude envers l'euthanasie, les attentes négatives à l'égard du vieillissement ainsi que le changement au niveau des connaissances sur l'AMM. Une nouvelle variable fut créée, afin de répartir les participants selon le niveau de changement de connaissances (diminution, neutre ou augmentation). Pour ce faire, les gens dont les connaissances ont diminué ont été classés dans le groupe 0, ceux sans changement dans

le groupe 1 et ceux avec amélioration dans le groupe 2. Les résultats (voir Tableau 6) indiquent que les trois variables (accord envers l'euthanasie, attentes négatives envers le vieillissement et le niveau de changement des connaissances) prédisent de manière unique et significative l'avis sur la pertinence d'intervenir auprès des aînés souhaitant mourir, ce qui permet de confirmer la dernière hypothèse. Ainsi, les participants qui sont favorables à l'euthanasie seraient moins enclins à croire qu'il est pertinent d'intervenir auprès des aînés qui expriment le souhait de mourir, de même que ceux qui ont des attentes négatives envers le vieillissement ou dont le niveau des connaissances s'est amélioré. Le modèle explique 66 % de la variance.

**Tableau 6**

*Régression linéaire multiple des variables sur la pertinence d'intervenir auprès des personnes âgées qui expriment le désir de mourir au posttest (N = 19)*

Variables	B	ETB	Bêta	t	IC 95%
Accord euthanasie	-0,51	0,10	-0,84	-5,06***	[-0,73, - 0,30]
Attentes négatives vieillissement	-0,62	0,15	-0,71	-4,23**	[-0,92, - 0,31]
Niveau changement connaissances	-0,16	0,07	-0,34	-2,23*	[-0,31, - 0,01]
CONSTANTE	8,30				

*Note.*  $R^2 = 0,66$ ,  $F(3,16) = 10,37$ ,  $p < 0,001$ . IC = intervalle de confiance.

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ .

### Commentaires des participants

Il s'avère intéressant et pertinent de rapporter les commentaires des participants à la suite de leur implication dans l'étude. En effet, avant les modifications imposées par la pandémie, une partie importante de la formation initiale était consacrée à la discussion et

aux échanges entre les participants et l'animatrice. La section réservée aux commentaires permet donc d'avoir un aperçu des thèmes qui auraient pu être abordés lors de cette période. L'ensemble des commentaires recueillis s'avèrent positifs et démontrent l'utilité de cette formation. Plusieurs commentaires indiquent que la formation fut notamment utile afin de distinguer l'ensemble des pratiques en fin de vie :

« Elle m'a permis de faire la distinction entre les diverses options (suicide assisté, sédation continue... » (Participant 3)

« Je trouve tout à fait pertinent une formation de ce type pour mieux comprendre d'abord les termes et la distinction entre les différentes appellations (AMM, suicide assisté, etc.). » (Participant 10)

D'autres commentaires indiquent que la formation a permis aux participants de réfléchir concrètement à l'AMM et à ses implications tant au niveau personnel que professionnel :

« J'ai réalisé que même moi, si j'étais atteinte d'une maladie dégénérative j'y penserais! » (Participant 2)

« Elle m'amène aussi une réflexion qui est nécessaire en 2021 sur la fin de vie lors des maladies graves et incurables. » (Participant 3)

« Superbe formation qui permet de se repositionner comme intervenant dans ce type d'intervention qui, je croyais, ne pouvait pas être en cohérence avec les valeurs en promotion de la vie. » (Participant 13)

« Cette formation est très pertinente et nécessaire, car l'AMM est une nouvelle réalité grave et confronte les personnes dans leurs valeurs, leurs croyances. En discuter exige beaucoup de respect et de délicatesse. » (Participant 17)

D'autres commentaires confirment la pertinence d'aborder le thème du suicide chez les personnes âgées, puisque les intervenants mentionnent certaines croyances véhiculées dans la société à propos de cette problématique :

« Il y a certainement des préjugés à défaire en lien avec les personnes âgées ou atteintes d'une maladie grave tout comme il y en a à propos des personnes suicidaires. » (Participant 10)

« Lorsqu'il est question d'aînés suicidaires, je crois que les intervenants/individus différencient mal "c'est inévitable (ex. de vivre de l'isolement)" versus "la société crée une situation d'isolement/d'exclusion/de dévalorisation envers les aînés". Il en va de même avec la maladie. » (Participant 16)

Je serais curieuse de lire des plans d'action pour diminuer les éléments de souffrance chez les aînés et voir comment la perception des aînés et de la population change quant à l'AMM/le suicide chez les aînés. Que des intervenants en prévention du suicide entretiennent des préjugés quant aux aînés suicidaires montre combien l'âgisme est présent dans notre société. (Participant 16)

Au questionnaire d'autoévaluation sur les apprentissages effectués à la suite de la formation (voir Tableau 7), il est intéressant de constater que les participants semblent être en accord avec le fait que la formation sera utile dans le cadre de leurs fonctions ( $M = 4,26$ ) et que le contenu et les exemples apportés durant la formation étaient représentatifs des situations qu'ils rencontrent dans leur environnement de travail ou de bénévolat ( $M = 4,21$ ). De plus, les participants semblaient indiquer qu'ils étaient peu familiers avec le sujet avant de suivre la formation ( $M = 2,21$ ). Ils considéraient également que la formule de présentation de la formation était convenable ( $M = 4,53$ ) et permettait d'analyser leurs valeurs par rapport aux décisions de fin de vie ( $M = 4,26$ ). Finalement, les participants estiment que la formation a influencé leur perception de l'intervention auprès des personnes qui leur parlent d'AMM ( $M = 3,95$ ) et qu'elle a changé leur perception de l'AMM ( $M = 3,89$ ).

**Tableau 7***Degré d'accord avec les items du questionnaire d'autoévaluation des apprentissages*

Variables	M/5	ÉT
La formation a influencé ma perception de l'intervention auprès des personnes qui me parlent d'aide médicale à mourir.	3,95	0,71
La formation a influencé ma perception de l'intervention auprès des personnes âgées suicidaires.	3,32	1,11
La formation a changé ma perception de l'aide médicale à mourir.	3,89	0,88
La formation sera utile dans le cadre de mes fonctions.	4,26	0,81
Le contenu et les exemples apportés durant la formation étaient représentatifs des situations que je rencontre dans mon environnement de travail ou de bénévolat.	4,21	0,71
Je connaissais déjà bien le sujet avant de suivre la formation.	2,21	0,98
J'utilisais déjà les compétences enseignées avant de suivre la formation.	2,84	1,12
La formation a augmenté ma confiance en ma capacité de mettre en pratique les compétences enseignées.	4,05	0,71
Je me sens apte à utiliser les compétences enseignées.	3,79	0,86
L'animation de la formation me convient.	4,53	0,51
La formation me permet d'analyser mes valeurs par rapport aux décisions de fin de vie.	4,26	0,56
Dans les semaines qui ont suivi, j'ai souvent repensé à ce dont il a été question dans la formation.	3,68	0,82

## **Discussion**

Ce dernier chapitre vise à effectuer un retour sur l'étude et expliquer les résultats observés à propos des effets de la formation sur les participants, soulever les forces et les limites de la recherche et suggérer des pistes d'amélioration de la formation tout en formulant des recommandations pour les recherches subséquentes.

### **Effets de la formation sur les participants**

À l'exception des travaux de Marcoux (2018), il existe très peu d'études qui se sont intéressées aux attitudes ou connaissances des intervenants en prévention du suicide à propos des décisions de fin de vie. La légalisation de l'AMM au Québec place les répondants des lignes d'écoute devant la difficulté à aborder ce sujet, qu'ils connaissent peu, avec les personnes en détresse qui la mentionnent comme solution à leurs problèmes (Mishara & Weisstub, 2018). D'ailleurs, Marcoux révélait en 2018 que 76 % d'un échantillon d'intervenants/bénévoles en prévention du suicide étaient déjà intervenus auprès de personnes souffrant de maladies incurables ou terminales qui souhaitaient mourir. Malgré les évidents besoins de formation (Boivin et al., 2017), il n'y avait pas, à notre connaissance, de formation spécifique sur l'AMM et les autres pratiques de fin de vie pour les intervenants en santé mentale. Cette étude exploratoire visait donc à vérifier la pertinence de créer cette formation, en évaluant ses effets aux plans des connaissances et des attitudes sur un premier échantillon d'intervenants en santé mentale, soit les intervenants téléphoniques en prévention du suicide.

Les résultats de la présente étude indiquent que la formation de 50 minutes a eu un impact positif sur les connaissances des participants à propos de l'AMM. Aucun changement ne fut observé à la suite de la formation en ce qui concerne l'attitude générale envers l'euthanasie, l'avis sur la pertinence d'intervenir auprès des aînés qui expriment le désir de mourir ou à propos des attentes des intervenants envers le vieillissement. L'absence de changement en ce qui concerne les attitudes des intervenants peut s'expliquer par l'angle principalement théorique de la formation. En effet, en raison de la pandémie de COVID-19, la formation a été offerte en ligne, alors que la version originale favorisait les échanges entre animateurs et participants (Houle et al., 2018). Le format en ligne visait uniquement la transmission d'informations et de connaissances sur les pratiques de fin de vie et plus précisément sur l'AMM. D'ailleurs, dans une étude randomisée qui évaluait les effets de sites Internet éducatifs sur la prévention du suicide (Till et al., 2017), les participants du groupe expérimental montraient des améliorations seulement sur le plan des connaissances et non sur les attitudes, comparativement au groupe contrôle. Il est possible que l'impossibilité pour les participants d'échanger entre eux ou avec l'animatrice ait pu limiter leur réflexion sur leurs opinions, ainsi que les changements au plan des attitudes. Quelques commentaires recueillis chez les participants à la suite de leur participation indiquent qu'ils auraient apprécié pouvoir échanger avec d'autres personnes sur le sujet :

« Je souhaite qu'on ait l'occasion d'une rencontre clinique où il y aurait place à des échanges entre les intervenants sur la question de l'AMM ou du suicide de la personne âgée. » (Participant 17)

« J'aurais aimé pouvoir avoir plus de mises en situation et discuter du pourquoi on aurait intervenu de telle ou telle façon, mais je comprends que la formation a été écourtée à cause de la Covid! » (Participant 20)

La littérature indique en effet qu'il aurait été préférable de donner la formation sous forme de webinaire synchrone, c'est-à-dire en permettant un échange direct et instantané entre les animatrices et les participants. Les résultats de Ebner et Gegenfurtner (2019) démontrent que les webinaires étaient plus efficaces pour promouvoir les connaissances des élèves que l'enseignement en face à face ou la méthode asynchrone en ligne, mais que la satisfaction était plus faible avec les webinaires que dans l'enseignement en face à face. Il serait donc pertinent de tenir compte du mode d'enseignement sur l'effet de la formation.

De plus, les résultats de cette recherche ne permettent pas de confirmer que la formation ait pu amener les participants à vérifier davantage la présence d'idéations suicidaires chez des appelants fictifs qui abordent le thème de l'AMM. Cet aspect est très important, particulièrement chez les appelants qui ont déjà fait une tentative de suicide dans le passé (ce qui les rend à risque de passer à l'acte à nouveau), ceux qui ont des idéations suicidaires actuellement ou qui considèrent sérieusement le suicide comme une option pour le futur (Wiebe et al., 2019). Bien que les vignettes présentent des situations fictives, cela s'avère préoccupant puisque plusieurs études qui évaluent la pratique clinique montrent que les participants réagissent de la même manière aux scénarios hypothétiques et réels (p. ex., Peabody et al., 2000, 2004; Shah et al., 2007; Veloski et al., 2005). Il est cependant possible que la situation décrite dans la vignette n'ait pas été

suffisamment représentative, pertinente ou détaillée pour permettre aux participants de considérer ces cas comme réalistes. De plus, les choix de réponses offerts n'ont sans doute pas permis d'examiner adéquatement l'importance accordée par les intervenants à l'exploration des idéations suicidaires et la possibilité que l'AMM soit, pour les appelants, une forme alternative de suicide (Boer, 2017; Verhofstadt et al., 2020). En effet, les participants étaient invités à rapporter les trois interventions qu'ils privilégieraient, en choisissant parmi la banque de réponses proposées. Il est difficile de connaître le processus de réflexion sous-jacent au choix des interventions, particulièrement dans un contexte où aucune réponse ne pouvait vraiment être considérée comme inadéquate, et sans savoir ce qui justifiait la sélection des trois actions prioritaires. Il est donc difficile de déterminer si la formation a pu mener ou non les participants à considérer la pertinence d'évaluer le risque suicidaire des appelants qui évoquent l'AMM. Néanmoins, il est aussi possible que les analyses statistiques n'aient pas pu détecter les différences compte tenu de la petite taille de l'échantillon.

Le but de la formation était entre autres de distinguer l'AMM des autres pratiques de fin de vie, puisqu'il semble exister une confusion dans la population concernant leurs définitions (Marcoux et al., 2007). Le but premier est surtout d'amener les intervenants à prendre conscience que pour les personnes qui ressentent une souffrance intolérable, l'AMM est perçue comme un moyen légal de mettre fin à sa vie dans un contexte sociétal où la mort des personnes âgées est banalisée et plus acceptable que celle des jeunes (Balard et al., 2020). Certaines croyances populaires véhiculent également l'idée qu'il est normal

que les aînés soient dépressifs et entretiennent des idées suicidaires (De Leo, 2022; Mishara & Tousignant, 2004).

La dernière hypothèse visait à identifier les variables qui pourraient prédire l'attitude des participants à l'égard de la pertinence d'intervenir auprès de personnes âgées qui expriment le désir de mourir. Selon les résultats obtenus, les participants qui sont favorables à l'euthanasie seraient moins enclins à croire qu'il est pertinent d'intervenir auprès des aînés qui expriment le souhait de mourir, de même que ceux qui ont des attentes négatives envers le vieillissement et ceux dont les connaissances se sont améliorées. Pour ce qui est de l'effet des deux premières variables (attitude face à l'euthanasie et envers le vieillissement), il semble que la vision négative de la vieillesse dans la société (p. ex. Annear et al., 2022) et la banalisation de la mort des aînés (Duchaine et al., 2022) joue un rôle prépondérant sur la croyance qu'il serait moins pertinent d'intervenir auprès des aînés qui désirent mourir, particulièrement lorsqu'ils considèrent que leur vie est complétée (van Wijngaarden et al., 2019). Ainsi, les participants qui sont ambivalents envers le vieillissement ou qui l'anticipent négativement pourraient s'identifier aux appelants âgés et considérer que, dans la même situation, ils souhaiteraient aussi la mort. Cette hypothèse pourrait expliquer le fait que le niveau de dépistage du suicide et l'évaluation subséquente de la santé mentale soient moindres chez les personnes âgées que dans d'autres groupes d'âge (Ding & Kennedy, 2021). Ces résultats viennent en complément à d'autres études signalant que des intervenants sociaux disent se sentir impuissants face à la détresse

suicidaire des aînés, en partie parce qu'ils considèrent qu'il y a peu d'espoir d'améliorer leur situation, alors qu'ils sont si proches de la fin de leur vie (Vermette, 2012).

Pour ce qui est de l'effet prédictif de l'amélioration des connaissances sur la croyance qu'il est moins pertinent d'intervenir, il est possible que la formation rassure les intervenants quant à l'application rigoureuse des règlements et des critères d'accessibilité (ces deux thèmes ont été abordés spécifiquement dans la formation) et confirme l'idée que l'AMM est une manière adéquate de soulager la souffrance, puisqu'il « est irréaliste de croire que les soins palliatifs seront offerts à l'ensemble de la population québécoise dans un avenir immédiat » (Vachon, 2013, p. 184).

Les analyses ont également démontré que plus les intervenants ont de l'expérience dans le domaine de la prévention du suicide, plus ils considèrent qu'il est pertinent d'intervenir lorsque des personnes âgées expriment le désir de mourir. Ces résultats sont cohérents avec les résultats de Vermette (2012), où les intervenants qui ont le plus d'expérience professionnelle démontrent le moins d'acceptation du suicide des aînés parce qu'ils ont pu observer les ravages qu'un suicide ou une tentative de suicide peut produire sur les proches. De plus, les entrevues réalisées par Kim (2013) avec des travailleurs sociaux qui interviennent auprès des personnes âgées suicidaires montrent que leur expérience professionnelle les amène à considérer divers facteurs qui peuvent favoriser la prévention de suicide chez les aînés. Ils seraient ainsi davantage en mesure de comprendre le contexte dans lequel apparaît le désir de mourir ainsi que les questions existentielles

qu'il suscite, et agiraient davantage sur la promotion du bien-être, notamment en travaillant à élargir le réseau de soutien des aînés et cultiver l'espoir en explorant les raisons de vivre. Il est donc possible de supposer que la formation s'avère plus utile pour les personnes ayant davantage d'expérience dans le domaine de la prévention du suicide. En effet, cette expérience peut les amener à se questionner davantage sur le désir de mourir des aînés et chercher à mieux comprendre celui-ci.

### **Forces et limites de la recherche**

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'elle interroge une population peu étudiée à ce jour, soit les intervenants en prévention du suicide, alors que la plupart des études réalisées sur l'AMM s'intéressent aux attitudes des professionnels de la santé (p. ex., Cayetano-Penman et al., 2021; Kumar, 2021), de la population générale (p. ex., Emanuel et al., 2016) ou des personnes âgées de 65 ans et plus (p. ex., Castelli Dransart et al., 2022). De plus, il s'agit, à notre connaissance, de la première étude qui tente de vérifier si une formation sur l'AMM pourrait être pertinente dans le contexte où les intervenants sont susceptibles de travailler avec des aînés en détresse qui considèrent l'AMM comme solution à leurs problèmes; en effet ces derniers représentent 80,3 % des décès par AMM (Gouvernement du Canada, 2021c).

L'AMM est toujours un sujet d'actualité au Québec, notamment avec les discussions entourant son élargissement aux gens souffrant d'un trouble neurocognitif comme la maladie d'Alzheimer ou de problèmes de santé mentale (Collège des médecins du

Québec, 2021). Bien qu'exploratoire, cette étude porte à croire qu'il est pertinent d'offrir davantage de formation sur les pratiques de fin de vie aux intervenants en prévention du suicide. De plus, la pandémie de COVID-19 a mis en évidence la détresse des personnes âgées et l'âgisme dont elles ont été victimes (Ayalon et al., 2021; Duchaine et al., 2022; Fraser et al., 2020; Lagacé et al., 2021). Le sentiment de ne pas avoir de valeur aux yeux d'autrui a pu contribuer à augmenter la détresse (Flett & Heisel, 2021). Toutefois, même si la plupart des chercheurs considèrent que la pandémie de COVID-19 ait pu nuire de manière disproportionnée aux personnes âgées et les mettre à risque de suicide (Sheffler et al., 2021; Wand et al., 2020), l'incidence à long terme de la pandémie sur les taux de suicide des aînés demeure encore incertaine. Pour le moment, les données actuelles indiquent que la prévalence des idées suicidaires n'a pas augmenté chez les 65 ans et plus (Statistique Canada, 2022). Toutefois, en Suisse, les données montrent que le nombre de suicides non-assistés chez les personnes âgées diminue avec l'augmentation des suicides-assistés (Dieudonné-Rahm et al., 2019). Il semble donc y avoir un lien entre l'accès à l'AMM et le suicide chez les aînés.

Les résultats de la présente étude doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de plusieurs limites venant affecter la portée des résultats et les conclusions pouvant en être tirées. Tout d'abord, le faible nombre de participants limite de façon importante la puissance des tests statistiques à détecter les changements. Par ailleurs, en raison du contexte sociosanitaire de la pandémie de la COVID-19, obligeant la plupart des travailleurs à faire du télétravail et ainsi passer de longues heures devant leur ordinateur

sans contacts sociaux, il est possible de supposer qu'une formation offerte en ligne ait pu paraître moins intéressante et attrayante pour les intervenants. Cette situation pourrait ainsi expliquer en partie les difficultés de recrutement. En effet, malgré de nombreuses démarches, faites dans plusieurs organismes ou associations, peu de participants ont répondu à l'appel. Le taux de participation est donc extrêmement faible, ce qui s'avère une limite importante. De plus, la durée de la formation (50 minutes) a également pu décourager certains participants potentiels. Il n'est pas exclu que certains intervenants d'un même organisme aient pu discuter du contenu de la formation et de la pertinence de mettre autant de temps pour la visionner et participer à la recherche.

De plus, aucune section de la formation n'abordait spécifiquement le suicide des personnes âgées puisqu'elle abordait principalement l'AMM, ce qui a pu faire en sorte que certains intervenants ne voyaient pas sa pertinence et son utilité pour leur pratique. La présence d'un biais motivationnel s'avère donc possible, puisque les personnes qui ont choisi la formation sur l'AMM ont peut-être eu à faire face antérieurement à ce genre de situation et que son contenu répondait pour elles à un besoin concret. Malheureusement, cette information n'a pas été demandée dans le *Questionnaire sociodémographique*. Il est également possible qu'il ait présence d'un biais d'autosélection et que l'échantillon soit au final composé de volontaires qui représentent un certain type d'intervenants, déjà sensibilisés à l'AMM. En effet, 45 % de l'échantillon, soit presque la moitié, rapportait avoir de l'expérience professionnelle ou personnelle en lien avec l'AMM. Puisque les intervenants ayant participé à l'étude étaient probablement plus touchés par ce sujet, on

pourrait s'attendre à ce que nos résultats ne soient pas représentatifs de ce que nous pourrions obtenir chez un échantillon d'intervenants n'ayant jamais été confrontés à l'AMM. En raison des difficultés de recrutement, il fut également impossible d'avoir un groupe témoin qui n'aurait pas reçu la formation, mais qui aurait lui aussi rempli les questionnaires aux deux temps de mesure. Sans ce groupe de référence, il est difficile d'évaluer les effets réels de la formation et d'exclure l'idée que les changements observés puissent être attribuables à d'autres facteurs.

Une autre limite de l'étude réfère au fait qu'il est impossible de savoir dans quel contexte les participants ont rempli les questionnaires, puisqu'ils devaient les compléter en ligne. Il est donc difficile de s'assurer que les participants ont eux-mêmes rempli les questionnaires ou les ont complétés seuls, sans faire appel à leurs proches ou à un collègue (Whitehead, 2007). Il est aussi impossible de savoir si certains participants ont utilisé Internet pour répondre au questionnaire de connaissances. Il est donc possible que les réponses de certains participants ne représentent pas leur opinion personnelle ou leurs connaissances réelles. Il est également difficile de connaître le niveau d'attention des participants lors du visionnement de la formation, et ce même si les chercheurs avaient pris soin de leur demander de noter un mot pendant sa diffusion, ce qui permettait de s'assurer, du moins en partie, de leur diligence. Il est également possible que les réponses fournies par les intervenants soient empreintes de désirabilité sociale, soit le désir de bien paraître. Ils peuvent ainsi avoir involontairement caché leurs perceptions réelles du vieillissement, de l'euthanasie ou la pertinence d'intervenir auprès des aînés qui souhaitent

mourir, par crainte d'être jugés par les chercheuses, malgré l'assurance du respect de la confidentialité. En effet, une méta-analyse sur le sujet révèle que même les études en ligne ne permettent pas de contrer ce biais (Dodou & Winter, 2014). Parmi d'autres limites méthodologiques, on peut citer l'emploi de questionnaires qui ont été conçus spécialement pour l'étude, mais qui n'ont pas fait l'objet de validation auprès de la population étudiée, ni d'évaluation par des experts.

### **Améliorations de la formation et recherches subséquentes**

Bien que les résultats de cette étude exploratoire soient prometteurs, dans la mesure où les résultats indiquent que la formation actuelle permet d'améliorer les connaissances des intervenants en prévention du suicide à propos de l'AMM, il serait utile d'envisager certains changements pour bonifier la formation. En effet, si la formation était de nouveau offerte en ligne, il serait préférable de présenter chaque thème dans une capsule distincte afin que les périodes d'écoute continue soient plus courtes. Cela permettrait aux participants de pouvoir prendre des pauses durant le visionnement de ce contenu qui peut parfois s'avérer lourd, à cause de la charge émotionnelle qu'il peut susciter. Cependant, la meilleure option serait de pouvoir à nouveau offrir une formation en groupe, afin de favoriser les échanges et de susciter davantage la réflexion des intervenants quant à leurs attitudes et positions sur le sujet.

Il pourrait également être intéressant d'effectuer un retour auprès des participants quelques mois après le visionnement de la formation, afin de voir s'ils ont pu

concrètement appliquer ce qu'ils ont appris auprès d'appelants ayant abordé l'AMM ou la fin de vie en général. Idéalement, il serait également préférable d'inclure un groupe contrôle à une étude subséquente, dans le but de pouvoir réellement mesurer les impacts de la formation. Les participants du groupe contrôle pourraient d'ailleurs être mis sur une liste d'attente et bénéficier plus tard de la formation comme mesure incitative à leur participation à la recherche. Une étude avec un devis mixte, incluant un volet qualitatif, pourrait être pertinente afin de mesurer l'évolution des opinions ou positions sur l'AMM à la suite du visionnement de la formation. Les choix de réponses aux vignettes pourraient également être remplacés par un volet qualitatif, invitant les participants à décrire l'intervention qu'ils feraient auprès des appelants fictifs. Cela permettrait d'éviter que les participants se sentent contraints de faire des choix parmi plusieurs réponses appropriées. Il serait également nécessaire de procéder à des études psychométriques pour valider ou améliorer les questionnaires élaborés dans le cadre de cette recherche. Il pourrait également être intéressant d'inclure un questionnaire validé qui évalue spécifiquement l'âgisme, bien que la difficulté sera de choisir l'instrument le plus adéquat puisqu'il existe une grande diversité d'outils mesurant l'âgisme et l'attitude envers le vieillissement (Ayalon et al., 2019).

Dans le cadre d'une étude subséquente, il serait intéressant de sonder les intervenants qui n'ont pas accepté de participer à l'étude afin de voir les barrières ou obstacles qu'ils rapportent (p. ex., manque de temps, manque d'intérêt pour le sujet, difficultés d'accès technologiques, sentiment d'avoir suffisamment de connaissances sur l'AMM et la fin de

vie, positions déterminées/irrévocables à propos de l'AMM, croyance en la pertinence de l'AMM pour « mourir dans la dignité », perception ou non d'une différence entre AMM et suicide). Finalement, il pourrait être pertinent d'intégrer des questions ou des instruments de mesure qui évaluent la perception de la mort chez les participants (Wong et al., 1994). En effet, la vision de la mort pourrait influencer les attitudes des gens à propos de la vieillesse, du suicide ou de l'AMM (Beeson, 2014; Sperling, 2022) et les amenés à se sentir mieux préparés à la mort (Asatsa, 2020).

### **Retombées de l'étude**

À la lumière des résultats de cette recherche et des commentaires des participants, il apparaît nécessaire de sensibiliser les responsables des centres de prévention du suicide à l'importance de former les intervenants sur la manière d'intervenir auprès des appelants pouvant aborder le thème de l'AMM. En effet, à notre connaissance, il n'existe actuellement aucune ligne directrice sur la manière d'aborder l'AMM auprès des appelants. Cette sensibilisation pourrait ainsi permettre aux intervenants d'être plus à l'affut de la complexe réalité des personnes en fin de vie, mais également de celle des personnes âgées qui sont fatiguées de vivre et qui considèrent que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue (Appel & van Wijngaarden, 2021; van Wijngaarden et al., 2014, 2016, 2019). De plus, une formation de ce genre, incluant des discussions avec d'autres intervenants, pourrait les rendre plus sensibles au fait que leurs attitudes et croyances envers l'euthanasie ou le vieillissement ou même à propos de ce que peut être la vie et la mort dans la dignité, puissent venir ultimement affecter leurs interventions. En étant mieux

informés et après avoir clarifié leurs propres positions et émotions à l'égard de l'AMM, les intervenants devraient être mieux en mesure de faire leur travail.

Il est important de noter qu'à la suite de la présentation de la formation à divers colloques (soins palliatifs, prévention du suicide), l'équipe de chercheuses a été approchée par certains regroupements d'aidants qui exprimaient le besoin d'être mieux informés sur le sujet pour accompagner leurs proches. Il semble donc que le besoin de mieux comprendre la fin de vie et les décisions qu'elle implique s'étend à d'autres populations.

## **Conclusion**

Le vieillissement de la population et les progrès technologiques dans le monde médical amènent les professionnels de la santé, incluant les professionnels de la santé mentale, à réfléchir explicitement aux enjeux professionnels et personnels qu'ils rencontrent dans leur pratique lorsqu'ils s'impliquent auprès des personnes en fin de vie. Peu d'études se sont intéressées aux attitudes et connaissances des intervenants en santé mentale à l'égard des diverses pratiques de fin de vie, notamment l'AMM. À notre connaissance, il existe encore moins d'études ayant spécifiquement sondé les intervenants en prévention du suicide à ce sujet.

La présente étude soulève l'importance de mieux former les intervenants en prévention du suicide sur la fin de vie, l'AMM et le vieillissement. En effet, il fut préoccupant d'observer que malgré une formation sur le sujet, les intervenants n'étaient pas plus portés à intervenir sur le désir de mourir des personnes âgées ou à questionner la présence d'idéations suicidaires chez les appelants fictifs abordant l'AMM. La formation a cependant eu un impact significatif sur les connaissances à l'égard de l'AMM, ce qui démontre les impacts réels que peut avoir une formation comme celle-ci. Les décideurs publics, les chercheurs, les professionnels de la santé et les centres de prévention du suicide devraient porter attention aux dangers et aux possibles glissements que le manque de connaissances sur la fin de vie et le vieillissement peut avoir sur la prévention du suicide des aînés. Des études seront nécessaires afin de voir si les améliorations suggérées

à la formation permettraient de mieux soutenir les intervenants en prévention du suicide dans leur travail, et éventuellement de l'adapter aux besoins d'autres groupes qui sont en contact régulier avec les personnes âgées, ces dernières étant particulièrement concernées par l'AMM.

## Références

- Algozo, M., Peters, K., Ramjan, L., & East, L. (2016). Exploring undergraduate nursing students' perceptions of working in aged care settings: A review of the literature. *Nursing Education Today*, 36(1), 275-280. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.001>
- American Association of Suicidology (AAS). (2017). *Statement of the American Association of Suicidology: "Suicide" is not the same as "Physician aid in dying"*. <https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/AAS-PAD-Statement-Approved-10.30.17-ed-10-30-17.pdf>
- Anchisi, A., Hummel, C., & Dallera, C. (2014). Finir sa vie en établissement médico-social : mourir dans un "lieu de vie". *Krakenpflege*, 8(8), 67-69.
- Andriessen, K., Grad, O., & Krysinska, K. (2017). *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*. Hogrefe.
- Annear, M., Kidokoro, T., & Shimizu, Y. (2022). Expectations regarding aging among ethnically diverse undergraduates in japan: A life course perspective on anticipated health and meaning in later life. *International Journal of Ageing and Later Life*. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.3335>
- Appel, J. E., & van Wijngaarden, E. J. (2021). Older adults who experience their lives to be completed and no longer worth living: A systematic mini-review into used terminology, definitions, and interpretations. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 734049. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.734049>
- Arnold, E. M., Artin, K. A., Person, J. L., & Griffith, D. L. (2004). Consideration of hastening death among hospice patients and their families. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(6), 523-532. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.10.010>
- Asatsa, S. (2020). Death attitudes as possible predictors of death preparedness across lifespan among nonclinical populations in Nairobi County, Kenya. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(3), 287-294. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_127\\_19](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_127_19)
- Assemblée nationale du Québec. (2012). *Rapport sur la Commission spéciale sur le mourir dans la dignité*. <http://www.assnat.qc.ca/fr/document/54787.html>

- Association québécoise de prévention du suicide. (AQPS, 2013). *Aide médicale à mourir et prévention du suicide. Mémoire de l'Association québécoise de prévention du suicide portant sur le projet de loi n°52. Loi concernant les soins de fin de vie.* [https://www.aqps.info/media/upload/2\\_M%C3%A9moire\\_AQPS\\_Projet\\_loi\\_52.pdf](https://www.aqps.info/media/upload/2_M%C3%A9moire_AQPS_Projet_loi_52.pdf)
- Association québécoise de prévention du suicide. (AQPS, 2014). *La prévention du suicide des aînés au Québec. Comprendre, s'inspirer et agir.* <https://www.aqps.info/nouvelles/prevention-suicide-des-aines-quebec-comprendre-389.html>
- Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (2021). Foire aux questions : quelle est la différence entre l'aide médicale à mourir et le suicide assisté? <https://aqdmd.org/faq/quelle-est-la-difference-entre-laide-medicale-a-mourir-et-le-suicide-assiste/>
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2021). Aging in times of the Covid-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), e49-e52. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Ayalon, L., Dolberg, P., Mikulionien, S., Perek-Białas, J., Rapolien, G., Stypinska, J., Willis, M., & de la Fuente-Núñez, V. (2019). A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Research Reviews*, 54(1), Article 100919. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919>
- Ayalon, L., & Shiovitz-Ezra, S. (2011). The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *International Psychogeriatrics*, 23(10), 1677-1685. <https://doi.org/10.1017/S1041610211001384>
- Bachmann, N., Burla, L., Kohler, D., & Observatoire suisse de la santé. (2015). *La santé en suisse - le point sur les maladies chroniques : rapport national sur la santé 2015.* Observatoire Suisse de la Santé.
- Back, A. L., Starks, H., Hsu, C., Gordon, J. R., Bharucha, A., & Pearlman, R. A. (2002). Clinician-patient interactions about requests for physician-assisted suicide: A patient and family view. *Archives of Internal Medicine*, 162(11), 1257-1265. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.162.11.1257>
- Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A., Bellido-Pérez, M., Breitbart, W., Centeno, C., Cuervo, M. A., Deliens, L., Frerich, G., Gastmans, C., & Voltz, R. (2016). An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *Plos One*, 11(1), Article 0146184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>

- Balard, F., Moulin, P., & Schrecker, C. (2020). Finir sa vie, hâter la mort au grand âge. *Gérontologie et société*, 42-163(3), 9-28. <https://doi.org/10.3917/gsl.163.0009>
- Barnow, S., Linden, M., Lucht, M., & Freyberger, H.-J. (2004). Influence of age of patients who wish to die on treatment decisions by physicians and nurses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 12(3), 258-264. <https://doi.org/10.1097/00019442-200405000-00004>
- Beeson, E. T. (2014). *Death and suicide: An exploration of attitudes among counseling students* [Thèse de doctorat inédite]. Ohio University, États-Unis.
- Belar, A., Martinez, M., Centeno, C., López-Fidalgo, J., Santesteban, Y., Lama, M., & Arantzamendi, M. (2021). Wish to die and hasten death in palliative care: A cross-sectional study factor analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003080>
- Bernier, S., Lapiere, S., & Desjardins, S. (2020). Social interactions among older adults who wish for death. *Clinical Gerontologist*, 43(1), 4-16. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1672846>
- Bodner, E., Palgi, Y., & Wyman, M. F. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. Dans L. Ayalon & C. Tesch-Romer (Éds), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 241-262). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8>
- Boer, T. A. (2017). Does euthanasia have a dampening effect on suicide rates? Recent experiences from the Netherlands. *Journal of Ethics in Mental Health*, 10(1), 1-9.
- Boivin, A., Gauvin, F. P., Garnon, G., Marcoux, I., Néron, A., & Lehoux, P. (2017). *Que doit-on savoir sur l'aide médicale à mourir? Comprendre les besoins d'information et les enjeux du partenariat avec les patients, les proches aidants et les professionnels de la santé*. <https://www.chairepartenariat.ca/wp-content/uploads/2021/02/aide-medicale-mourir-rapport-synthese-FINAL-2017-06-02.pdf>
- Brooks, L. (2019). Health care provider experiences of and perspectives on medical assistance in dying: A scoping review of qualitative studies. *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement*, 38(3), 384-396. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000600>
- Burdette, A. M., Hill, T. D., & Moulton, B. E. (2005). Religion and attitudes toward physician-assisted suicide and terminal palliative care. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(1), 79-93. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2005.00266.x>

- Butler, R. N. (1975). *Why survive? Being old in America*. Harper & Row.
- Cantin, A. (2019). *Quelle est la place du soutien psychosocial dans le processus d'aide médicale à mourir au Québec?* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université Laval, Québec, QC.
- Cash, S. J., Thelwall, M., Peck, S. N., Ferrell, J. Z., & Bridge, J. A. (2013). Adolescent suicide statements on myspace. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(3), 166-174. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0098>
- Castelli Dransart, D. A., Lapierre, S., Erlangsen, A., Canetto, S. S., Heisel, M., Draper, B., Lindner, R., Richard-Devantoy, S., Cheung, G., Scocco, P., Gusmão, R., De Leo, D., Inoue, K., De Techterman, V., ... Wyart, M. (2019). A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Aging and Mental Health*, 25(3), 420-430. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1697201>
- Castelli Dransart, D. A., Maggiori, C., Lapierre, S., & Voélin, S. (2022). Will they let me die? Perspectives of older Swiss adults on end-of-life issues. *Death Studies*, 46(4), 920-929. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1788669>
- Cayetano-Penman, J., Malik, G., & Whittall, D. (2021). Nurses' perceptions and attitudes about euthanasia: A scoping review. *Journal of Holistic Nursing*, 39(1), 66-84. <https://doi.org/10.1177/0898010120923419>
- Center for suicide prevention. (2021). *Physician-Assisted Death/MAID and Suicide*. <https://www.suicideinfo.ca/resource/suicide-physician-assisted-death/>
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M., & Clinch, J. J. (1995). Desire for death in the terminally ill. *The American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1185-1191. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1185>
- Clément, S. (2007). Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse. *Retraite et société*, 52(3), 63-81. <https://doi.org/10.3917/rs.052.0063>
- Collège des médecins du Québec. (2009). *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie – Document de réflexion*. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-10-01-fr-medecin-soins-appropries-debat-euthanasie.pdf>
- Collège des médecins du Québec. (2021). *Aide médicale à mourir : le Collège des médecins du Québec est favorable à un élargissement lors de troubles neurocognitifs et propose des balises pour les cas de santé mentale*. <http://www.cmq.org/page/fr/college-favorable-elargissement-troubles-neurocognitifs-propose-balises-sante-mentale.aspx>

- Commissions sur les soins de fin de vie. (2021). *Commission sur les soins de fin de vie. Rapport annuel d'activités – Du 1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2021*. Gouvernement du Québec.
- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging, 13*(1), 691-699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>
- Conseil des académies canadiennes. (2018). *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué*. <https://www.rapports-cac.ca/reports/aide-medecale-a-mourir/>
- Coudin, G., & Alexopoulos, T. (2010). 'Help me! I'm old!' How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging & Mental Health, 14*(5), 516-523. <https://doi.org/10.1080/13607861003713182>
- Cummings, S., Adler, G., & DeCoster, V. (2005). Factors influencing graduate-social-work students' interest in working with elders. *Educational Gerontology, 31*(8), 643-655. <https://doi.org/10.1080/03601270591003382>
- Danzinger, P. R., & Welfel, E. R. (2000). Age, gender and health bias in counselors: An empirical analysis. *Journal of Mental Health Counseling, 22*(2), 135-149.
- Dees, M., Vernooij-Dassen, M., Dekkers, W., & van Weel, C. (2010). Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: An integrative review. *Psycho-Oncology, 19*(4), 339-352. <https://doi.org/10.1002/pon.1612>
- De Leo, D. (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging, 2*(1), 7-12. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00160-1>
- De Leo, D., Padoani, W., Scocco, P., Lie, D., Bille-Brahe, U., Arensman, E., Hjelmeland, H., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lonnqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Phillipe, J., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., Fricke, S., Weinacker, B., Tamesvary, B., Wasserman, D., & Faria, S. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: Results from the who/euro multicentre study of suicidal behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16*(3), 300-310. <https://doi.org/10.1002/gps.337>
- Dieudonné-Rahm, N., Burkhardt, S., & Pautex, S. (2019). In-hospital care prior to assisted and unassisted suicide in Swiss older people: A state-level retrospective study. *BMC Geriatrics, 19*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1325-6>

- Ding, O. J., & Kennedy, G. J. (2021). Understanding vulnerability to late-life suicide. *Current Psychiatry Reports*, 23(9), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01268-2>
- Dodou, D., & De Winter, J. C. F. (2014). Social desirability is the same in offline, online, and paper surveys: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 36(1), 487-495. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.04.005>
- Dubé, C. (2022). *Projet de loi no 38, Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives*. <http://assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-38-42-2.html>
- Duchaine, G., Gagnon, K., Lacoursière, A., & Arcand, P. (2022). *5060 : L'hécatombe de la Covid-19 dans nos CHSLD*. Boréal.
- Ebner, C., & Gegenfurtner, A. (2019). Learning and satisfaction in webinar, online, and face-to-face instruction: A meta-analysis. *Frontiers in Education*, 4. <https://doi.org/10.3389/educ.2019.00092>
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., & Emanuel, L. L. (2000). Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *Jama*, 284(19), 2460-2468. <https://doi.org/10.1097/00132586-200108000-00022>
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *Jama*, 316(1), 79-90. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
- Evans, L. (2015). Nurses' attitudes to assisted suicide: Sociodemographic factors. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 24(12), 629-632. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.12.629>
- Farberman, R. K. (1997). Terminal illness and hastened death requests: The important role of the mental health professional. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(6), 544-547. <https://doi.org/10.1037//0735-7028.28.6.544>
- Ferrand, E., Dreyfus, J.-F., Chastrusse, M., Ellien, F., Lemaire, F., & Fischler, M. (2012). Evolution of requests to hasten death among patients managed by palliative care teams in France: A multicentre cross-sectional survey (demand). *European Journal of Cancer*, 48(3), 368-376. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.09.020>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

- Flett, G. L., & Heisel, M. J. (2021). Aging and feeling valued versus expendable during the Covid-19 pandemic and beyond: A review and commentary of why mattering is fundamental to the health and well-being of older adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 2443-2469. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00339-4>
- Ford, D. W. (2012). Religion and end-of-life decisions in critical care: Where the word meets deed. *Intensive Care Medicine*, 38(7), 1089-1091. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2557-5>.
- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., Taler, V., CCNA Social Inclusion and Stigma Working Group, Adam, S., Beaulieu, M., Bergeron, C. D., Boudjemadi, V., Desmette, D., Donizetti, A. R., Éthier, S., Garon, S., Gillis, M., Levasseur, M., Lortie-Lussier, M., Marier, P., Robitaille, A., Sawchuk, K., Lafontaine, C., & Tougas, F. (2020). Ageism and Covid-19: What does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49(5), 692-695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
- Friesen, P. (2020). Medically assisted dying and suicide: How are they different, and how are they similar? *The Hastings Center Report*, 50(1), 32-43. <https://doi.org/10.1002/hast.1083>
- Fujioka, J. K., Mirza, R. M., McDonald, P. L., & Klinger, C. A. (2018). Implementation of medical assistance in dying: A scoping review of health care providers' perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6), 1564-1576. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.02.011>
- Fullen, M. C. (2018). Ageism and the counseling profession: Causes, consequences, and methods for counteraction. *Professional Counselor*, 8(2), 104-114. <https://doi.org/10.15241/mcf.8.2.104>
- Gallagher, R., Passmore, M. J., & Baldwin, C. (2020). Hastened death due to disease burden and distress that has not received timely quality palliative care is a medical error. *Medical Hypotheses*, 142(1), Article 109727. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109727>
- Gonçalves, D. C., Guedes, J., Fonseca, A. M., Pinto, F. C., Martín, I., Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2011). Attitudes, knowledge, and interest: Preparing university students to work in an aging world. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 315-321. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001638>
- Gouvernement du Canada. (2021a). *Aide médicale à mourir*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir.html>

- Gouvernement du Canada. (2021b). *La nouvelle loi canadienne sur l'aide médicale à mourir*. <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/di-bk.html>
- Gouvernement du Canada. (2021c). *Deuxième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada 2020*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicale-mourir/rapport-annuel-2020.html>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Aide médicale à mourir*. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir>
- Hartog, I. D., Zomers, M. L., van Thiel, G. J. M. W., Leget, C., Sachs, A. P. E., Uiterwaal, C. S. P. M., van den Berg, V., & van Wijngaarden, E. (2020). Prevalence and characteristics of older adults with a persistent death wish without severe illness: A large cross-sectional survey. *BMC Geriatrics*, 20(1), 342. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01735-0>
- Hazewinkel, M., de Winter, R. F. P., van de Sande, R., & Ekkers, W. (2020). *Dealing with suicidal elderly: Skills, attitudes and training of mental health professionals*. [Document inédit]. The Hague, The Netherland.
- Helmes, E., & Gee, S. (2003). Attitudes of Australian therapists toward older clients: Educational and training imperatives. *Educational Gerontology*, 29(8), 657-670. <https://doi.org/10.1080/03601270390225640>
- Ho, A., Joolae, S., Jameson, K., & Ng, C. (2021). The seismic shift in end-of-life care: Palliative care challenges in the era of medical assistance in dying. *Journal of Palliative Medicine*, 24(2), 189-194. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0185>
- Houle, M., Lapierre, S., & St-Amant, K. (2019). *Questionnaire de connaissances*. [Document inédit]. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Houle, M., St-Amant, K., Dubuc, G., & Paré, P.-L. (2018, octobre). *Aide médicale à mourir. Clarifier la pratique pour les intervenants qui travaillent sur les lignes d'écoute de prévention du suicide*. Communication présentée au Grand forum de la prévention du suicide, Trois-Rivières, Canada. <https://www.aqps.info/grandforum/pdf/conferences/2018/Aide%20medicale%20a%20mourir.pdf>
- Huh, J. T., Weaver, C. M., Martin, J. L., Caskey, N. H., O'Riley, A., & Kramer, B. J. (2012). Effects of a late-life suicide risk--assessment training on multidisciplinary healthcare providers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 775-780. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03843.x>

- Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Deliëns, L., & Mortier, F. (2009). Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: A nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine*, 23(7), 649-658. <https://doi.org/10.1177/0269216309106810>
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, résultats de la deuxième édition*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>
- Isometsä, E. (2014). Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why? *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(3), 120-130. <https://doi.org/10.1177/070674371405900303>
- Joolae, S., Ho, A., Serota, K., Hubert, M., & Buchman, D. Z. (2022). Medical assistance in dying legislation: Hospice palliative care providers' perspectives. *Nursing Ethics*, 29(1), 231-244. <https://doi.org/10.1177/09697330211012049>
- Kaur, J., & Marcoux, I. (2018). Attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté : une synthèse des connaissances scientifiques. *Criminologie*, 51(2), 213-243. <https://doi.org/10.7202/1054241ar>
- Kergoat, M.-J. (2015). Comprendre l'âgisme dans le secteur de la santé. Dans M. Lagacé (Éd.), *Représentations et discours sur le vieillissement : la face cachée de l'âgisme* (pp. 193-209). Presses de l'Université Laval.
- Kim, E. (2019). Perceptions of good and bad death among Korean social workers in elderly long-term care facilities. *Death Studies*, 43(5), 343-350. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1478471>
- Kim, G., & Lee, M.-A. (2020). Age discrimination and suicidal ideation among Korean older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(7), 748-754. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.12.002>
- Kim, Y. (2013). Discussion of late-life suicide: How social workers perceive and intervene in elderly suicide. *Educational Gerontology*, 39(7), 491-500. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.701144>
- Kiosses, D. N. (2022). Problem Adaptation Therapy (PATH): Origins, current status, and future directions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(8), 922-924. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.02.001>

- Kjolseth, I., Ekeberg, O., & Steihaug, S. (2010). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 209-218. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990949>
- Ko, Y., Han, S. Y., & Jang, H.-Y. (2021). Factors influencing suicidal ideation and attempts among older Korean adults: Focusing on age discrimination and neglect. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), Article 1852. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041852>
- Koder, D.-A., & Helmes, E. (2008). Predictors of interest in working with older adults: A survey of postgraduate trainee psychologists. *Gerontology & Geriatrics Education*, 29(2), 158-171. <https://doi.org/10.1080/02701960802223233>
- Kouwenhoven, P. S. C., Raijmakers, N. J. H., van Delden, J. J. M., Rietjens, J. A. C., Schermer, M. H. N., van Thiel, G. J. M. W., Trappenburg, M. J., de Vathorst, S., van der Vegt, B. J., Vezzoni, C., Weyers, H., van Tol, D. G., & van der Heide, A. (2013). Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: A mixed methods approach. *Palliative Medicine*, 27(3), 273-280. <https://doi.org/10.1177/0269216312448507>
- Kumar, A. (2021). A systematic review on motivations of physicians to perform voluntary euthanasia and assisted suicide. *Journal of Clinical Research and Community Health*, 1(2).
- Lacerte, M. (2017). *Influence de l'âge sur l'opinion des personnes âgées relativement à l'euthanasie*. [Essai de doctorat inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8041/1/031624572.pdf>
- Lagacé, M., Doucet, A., Dangoisse, P., & Bergeron, C. D. (2021). The "vulnerability" discourse in times of Covid-19: Between abandonment and protection of Canadian francophone older adults. *Frontiers in Public Health*, 9(1), Article 662231. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.662231>
- Lakeman, R., & FitzGerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: A review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 114-126. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04773.x>
- Lapierre, S., Béland, S. G., & St-Amant, K. (2019). *Questionnaire de Lapierre, Béland et St-Amant* [Document inédit]. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

- Lapierre, S., Desjardins, S., Prévaille, M., Berbiche, D., & Marcoux, L. (2015). Wish to die and physical illness in older adults. *Psychology Research, 5*(2), 125-137. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2015.02.005>
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., de, L. D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., & Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis, 32*(2), 88-98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>
- Lavery, J. V., Boyle, J., Dickens, B. M., Maclean, H., & Singer, P. A. (2001). Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV-1 or AIDS: A qualitative study. *Lancet (London, England), 358*(9279), 362-367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05555-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05555-6)
- Lee, K. M., Volans, P. J., & Gregory, N. (2003). Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. *Aging & Mental Health, 7*(2), 133-141. <https://doi.org/10.1080/1360786031000072303>
- Lee, S., Tsang, A., Li, X.-yun, Phillips, M. R., & Kleinman, A. (2007). Attitudes toward suicide among Chinese people in Hong Kong. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 37*(5), 565-575. <https://doi.org/10.1521/SULI.2007.37.5.565>
- Leeman, C. P. (2009). Distinguishing among irrational suicide and other forms of hastened death: Implications for clinical practice. *Psychosomatics, 50*(3), 185-191. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.3.185>
- Léger. (2019). *Rapport. L'aide médicale à mourir dans les cas de maladie de type Alzheimer au stade avancé. L'opinion des Canadiens.* <https://leger360.com/fr/sondages/laide-medicale-a-mourir-dans-les-cas-de-maladie-de-type-alzheimer-au-stade-avance/>
- Leroy, Y.-A., Osouf, P., & Zabalia, B. (2020). À la croisée des mondes, aux frontières du réel, rencontre du troisième âge : du bien mourir au réel gériatrique. *Gérontologie et société, 42-163*(3), 99-112. <https://doi.org/10.3917/gsl.163.0099>
- Marcoux, I. (2018, mai). *Aide médicale à mourir et critères d'accessibilité : Qu'en pensent les intervenants en prévention du suicide?* [Communication orale]. Le Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie, Québec. [https://www.recherchesoinspalliatifs.ca/wp-content/uploads/2018/10/Presentation-RQSPAL-mai-2018\\_-Isaberrle-Marcoux.pdf](https://www.recherchesoinspalliatifs.ca/wp-content/uploads/2018/10/Presentation-RQSPAL-mai-2018_-Isaberrle-Marcoux.pdf)
- Marcoux, I., Mishara, B. L., & Durand, C. (2007). Confusion between euthanasia and other end-of-life decisions. *Canadian Journal of Public Health, 98*(3), 235-239. <https://doi.org/10.1007/BF03403719>

- Masse, M., & Meire, P. (2012). L'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées? *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 10(3), 333-341. <https://doi.org/10.1684/pnv.2012.0364>
- Mehlum, L., Schmahl, C., Berens, A., Doering, S., Hutsebaut, J., Kaera, A., Kramer, U., Moran, P. A., Renneberg, B., Soler Ribaudi, J., Simonsen, S., Swales, M., Taubner, S., & di Giacomo, E. (2020). Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: A review of current practice and challenges. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00131-9>
- Mellqvist Fässberg, M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., & Wærn, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 166-194. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>
- Mellqvist Fässberg, M., Östling, S., Braam, A. W., Bäckman, K., Copeland, J. R., Fichter, M., Kivelä, S.-L., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnússon, H., Prince, M. J., Reischies, F. M., Turrina, C., Wilson, K., Skoog, I., & Waern, M. (2014). Functional disability and death wishes in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1475-1482. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0840-1>
- Mellqvist Fässberg, M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S. S., De Leo, D., Szanto, K., & Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 722-745. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030722>
- Michaud-Dumont, G., Lapierre, S., & Viau-Quesnel, C. (2020). The experience of adults bereaved by the suicide of a close elderly relative: A qualitative pilot study. *Frontiers in psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.538678>
- Mills, A., Bright, K., Wortzman, R., Bean, S., & Selby, D. (2021). Medical assistance in dying and the meaning of care: Perspectives of nurses, pharmacists, and social workers. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. <https://doi.org/10.1177/1363459321996774>
- Ministère de la Justice. (2021). *La nouvelle loi canadienne sur l'aide médicale à mourir*. <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/di-bk.html>
- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Presses de l'Université de Montréal.

- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2018). Is suicide prevention an absolute?: Considerations when medical assistance in dying is an option. *Crisis, 39*(5), 313-317. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000568>
- Ogden, R. D., & Young, M. G. (1998). Euthanasia and assisted suicide: A survey of registered social workers in British Columbia. *British Journal of Social Worker, 28*(2), 161-175. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjsw.a011321>
- Ogden, R. D., & Young, M. G. (2003). Washington state social workers' attitudes toward voluntary euthanasia and assisted suicide. *Social Work in Health Care, 37*(2), 43-70. [https://doi.org/10.1300/J010v37n02\\_03](https://doi.org/10.1300/J010v37n02_03)
- Ohnsorge, K., Keller, H. R. G., Widdershoven, G. A. M., & Rehmann-Sutter, C. (2012). 'Ambivalence' at the end of life: How to understand patients' wishes ethically. *Nursing Ethics, 19*(5), 629-641. <https://doi.org/10.1177/0969733011436206>
- O'Neill, S. (2015, 4 juin). 'Assisted suicide' or 'aid in dying?' *The semantic battle over SB 128*. <https://www.scpr.org/news/2015/06/04/52187/assisted-suicide-or-aid-in-dying-the-semantic-batt/>
- Ordre des psychologues du Québec. (2021). *Les enjeux de l'aide médicale à mourir en santé mentale. Mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec*. [https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/500970/OPQ\\_memoire\\_aide\\_m%C3%A9dicale\\_mourir\\_2021\\_08\\_11.pdf/dde5cf9a-b131-08b6-bccc-f2bae8439804](https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/500970/OPQ_memoire_aide_m%C3%A9dicale_mourir_2021_08_11.pdf/dde5cf9a-b131-08b6-bccc-f2bae8439804)
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Dresselhaus, T. R., & Lee, M. (2000). Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: A prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *Jama, 283*(13), 1715-1722. <https://doi.org/10.1001/jama.283.13.1715>
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Jain, S., Hansen, J., Spell, M., & Lee, M. (2004). Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: A prospective validation study. *Annals of Internal Medicine, 141*(10), 771-780. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-10-200411160-00008>
- Pfaff, J. J., & Almeida, O. P. (2005). Detecting suicidal ideation in older patients: Identifying risk factors within the general practice setting. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners, 55*(513), 269-273.
- Pillonel, A., Berthod, M.-A., & Castelli Dransart, D. A. (2020). Assez vieux pour mourir. L'âge dans l'assistance au suicide en Suisse. *Gérontologie et société, 42*(163), 155-170. <https://doi.org/10.3917/gs1.163.0155>

- Poma, S. Z., Vicentini, S., Siviero, F., Grossi, A., Toniolo, E., Baldo, V., & De Leo, D. (2015). The opinions of GP's patients about suicide, assisted suicide, euthanasia, and suicide prevention: An Italian survey. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 45*(4), 391-398. <https://doi.org/10.1111/sltb.12138>
- Préville, M., Hébert, R., & Boyer, R. (2005). Physical health and mental disorder in elderly suicide: A case-control study. *Abstracts in Social Gerontology, 49*(1), 576-584. <https://doi.org/10.1080/13607860500192973>
- Pronk, R., Willems, D. L., & van de Vathorst, S. (2021). Do doctors differentiate between suicide and physician-assisted death? A qualitative study into the views of psychiatrists and general practitioners. *Culture, Medicine and Psychiatry, 45*(1), 268-281. <https://doi.org/10.1007/s11013-020-09686-2>
- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., De Conno, F., Vanden Berghe, P., & board members of the EAPC. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine, 30*(2), 104-116. <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>
- Reid, G. A. (2012). Spirituality and end of life issues: A review. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 24*(1-2), 120-130. <https://doi.org/10.1080/15528030.2012.633054>
- Rimkeviciene, J., O'Gorman, J., & De Leo, D. (2015). Impulsive suicide attempts: A systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *Journal of Affective Disorders, 171*(1), 93-104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.044>
- Rodin, G., Zimmermann, C., Rydall, A., Jones, J., Shepherd, F. A., Moore, M., Fruh, M., Donner, A., & Gagliese, L. (2007). The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management, 33*(6), 661-675. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.034>
- Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A., & Monforte-Royo, C. (2017). Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: An updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open, 7*(9), Article 016659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>
- Rodríguez-Prat, A., & van Leeuwen, E. (2018). Assumptions and moral understanding of the wish to hasten death: A philosophical review of qualitative studies. *Medicine, Health Care and Philosophy, 21*(1), 63-75. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9785-y>

- Rosenfeld, B., Pessin, H., Marziliano, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., Olden, M., Brescia, R., & Breitbart, W. (2014). Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients? *Social Science & Medicine (1982)*, *111*(1), 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.027>
- Rurup, M. L., Deeg, D. J. H., Poppelaars, J. L., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011a). Wishes to die in older people: A quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis*, *32*(4), 194-203. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000079>
- Rurup, M. L., Pasman, H. R. W., Goedhart, J., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011b). Understanding why older people develop a wish to die: A qualitative interview study. *Crisis*, *32*(4), 204-216. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000078>
- Sarkisian, C. A., Steers, W. N., Hays, R. D., & Mangione, C. M. (2005). Development of the 12-item expectations regarding aging survey. *The Gerontologist*, *45*(2), 240-248. <https://doi.org/10.1093/geront/45.2.240>
- Shah, A., Bhat, R., Zarate-Escudero, S., DeLeo, D., & Erlangsen, A. (2016). Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: The international landscape. *Aging & Mental Health*, *20*(2), 131-138. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1055552>
- Shah, R., Edgar, D., & Evans, B. J. (2007). Measuring clinical practice. *Ophthalmic and Physiological Optics*, *27*(2), 113-125. <https://doi.org/10.1111/j.1475-1313.2006.00481.x>
- Sheffler, J. L., Joiner, T. E., & Sachs-Ericsson, N. J. (2021). The interpersonal and psychological impacts of Covid-19 on risk for late-life suicide. *The Gerontologist*, *61*(1), 23-29. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa103>
- Smets, T., Cohen, J., Bilsen, J., van Wesemael, Y., Rurup, M. L., & Deliens, L. (2011). Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *Journal of Pain and Symptom Management*, *41*(3), 580-593. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.015>
- Smith, A. R., Witte, T. K., Teale, N. E., King, S. L., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Revisiting impulsivity in suicide: Implications for civil liability of third parties. *Behavioral Sciences & the Law*, *26*(6), 779-797. <https://doi.org/10.1002/bsl.848>
- Sorjonen, K. (2005). Attitudes toward suicide as a function of the victim's physical status. *Omega: An International Journal for the Study of Dying, Death, Bereavement, Suicide, and Other Lethal Behaviors*, *50*(1), 35-42. <https://doi.org/10.2190/KC0A-WA1K-BK3C-GJMA>

- Sperling, D. (2022). Travelling to die: Views, attitudes and end-of-life preferences of Israeli considering receiving aid-in-dying in Switzerland. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00785-w>
- Statistique Canada. (2022). *Prévalence des idées suicidaires chez les adultes au Canada : résultats de la deuxième Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022005/article/00002-fra.htm>
- Sveticic, J., & De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: A discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness*, 4(2), 73-78. <https://doi.org/10.4081/mi.2012.e15>
- Till, B., Tran, U. S., Voracek, M., & Niederkrotenthaler, T. (2017). Beneficial and harmful effects of educative suicide prevention websites: Randomised controlled trial exploring Papageno v. Werther effects. *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 109-115. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.177394>
- Tomlinson, E., & Stott, J. (2015). Assisted dying in dementia: A systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1), 10-20. <https://doi.org/10.1002/gps.4169>
- Towers, L. (2018). What death means now: Thinking critically about dying and grieving. *Mortality*, 23(3), 295. <https://doi.org/10.1080/13576275.2017.1388774>
- Uncapher, H., & Are n, A. P. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 188-192. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03910.x>
- Vachon, M. (2013). À défaut de soulager la souffrance, hâter la mort. Le projet de loi québécois sur l'euthanasie est-il prématuré? *Psycho-Oncologie*, 7(3), 182-188. <https://doi.org/10.1007/s11839-013-0428-4>
- van Orden, K., & Deming, C. (2018). Late-life suicide prevention strategies: Current status and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 22(1), 79-83. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.033>
- van Orden, K., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

- van Wijngaarden, E., Goossensen, A., & Leget, C. (2018). The social-political challenges behind the wish to die in older people who consider their lives to be completed and no longer worth living. *Journal of European Social Policy*, 28(4), 419-429. <https://doi.org/10.1177/0958928717735064>
- van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2014). Experiences and motivations underlying wishes to die in older people who are tired of living: A research area in its infancy. *Omega*, 69(2), 191-216. <https://doi.org/10.2190/OM.69.2.f>
- van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2016). Caught between intending and doing: Older people ideating on a self-chosen death. *BMJ Open*, 6(1), Article 009895. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009895>
- van Wijngaarden, E., Leget, C., Goossensen, A., Pool, R., & The, A.-M. (2019). A captive, a wreck, a piece of dirt: Aging anxieties embodied in older people with a death wish. *Omega*, 80(2), 245-265. <https://doi.org/10.1177/0030222817732465>
- Veloski, J., Tai, S., Evans, A. S., & Nash, D. B. (2005). Clinical vignette-based surveys: A tool for assessing physician practice variation. *American Journal of Medical Quality*, 20(3), 151-157. <https://doi.org/10.1177/1062860605274520>
- Verhofstadt, M., Audenaert, K., van den Broeck, K., Deliens, L., Mortier, F., Titeca, K., Pardon, K., & Chambaere, K. (2020). Belgian psychiatrists' attitudes towards, and readiness to engage in, euthanasia assessment procedures with adults with psychiatric conditions: A survey. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02775-x>
- Vermette, S. (2012). *Les représentations sociales du suicide des aînés chez les intervenants psychosociaux engagés dans la livraison de services de soutien à domiciles en centre de santé et de services sociaux* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université Laval, Québec, QC.
- Waern, M., Beskow, J., Runeson, B., & Skoog, I. (1999). Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet (London, England)*, 354(9182), 917-918. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)93099-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)93099-4)
- Wand, A., Draper, B., Zhong, B.-L., Chiu, H. F. K., & De, L. D. (2020). Covid-19: The implications for suicide in older adults. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1225-1230. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000770>
- Wand, A., Peisah, C., Draper, B., & Brodaty, H. (2019). Self-harm in the very old one year later: Has anything changed? *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1559-1568. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.01.123>

- Webb, S., Chonody, J., Ranzijn, R., Bryan, J., & Owen, M. (2016). A qualitative investigation of gerontological practice: The views of social work and psychology students, faculty, and practitioners. *Gerontology & Geriatrics Education, 37*(4), 402-422. <https://doi.org/10.1080/02701960.2015.1009054>
- Webster, G. (2004). *Building a conceptual model of euthanasia attitudes* [Thèse de doctorat inédite]. University of Guelph, ON.
- Whitbourne, S. K., & Krauss, S. (2011). Central nervous system. Dans S. K. Whitbourne (Éd.), *The aging body: Physiological changes and psychological consequences* (pp. 125-149). Springer.
- Whitehead, L. C. (2007). Methodological and ethical issues in Internet -mediated research in the field of health: An integrated review of the literature. *Social Science & Medicine, 65*(4), 782-791. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.005>
- Wiebe, E. R., Shaw, J., Kelly, M., & Wright, A. (2019). Suicide vs medical assistance in dying (MAID): A secondary qualitative analysis. *Death Studies, 44*(12), 802-807. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1614110>
- Wister, A., Kadowaki, L., & Mitchell, B. (2016). *Gerontology graduate training in North America: Shifting landscapes, innovation, and future directions*. Simon Fraser University.
- Wittink, M. N., Barg, F. K., & Gallo, J. J. (2006). Unwritten rules of talking to doctors about depression: Integrating qualitative and quantitative methods. *Annals of Family Medicine, 4*(4), 302-309. <https://doi.org/10.1370/afm.558>
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application, 121*(1), 121-148.
- World Health Organization. (2017). *Suicide data*. <https://www.who.int/publications/item/9789241565486>
- Wright, A. A., Keating, N. L., Ayanian, J. Z., Chrischilles, E. A., Kahn, K. L., Ritchie, C. S., Weeks, J. C., Earle, C. C., & Landrum, M. B. (2016). Family perspectives on aggressive cancer care near the end of life. *JAMA, 315*(3), 284-292. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18604>

**Appendice A**  
Lettre d'invitation

## LETTRE D'INVITATION À PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

### *Évaluation des effets d'une formation à propos de l'aide médicale à mourir sur les connaissances et les attitudes des intervenants téléphoniques en prévention du suicide*

Aux intervenants téléphoniques en prévention du suicide,

Je me nomme Kim St-Amant, étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ayant travaillé pendant près de trois ans dans un centre de prévention du suicide, je vous invite aujourd'hui à participer à mon étude dont le but est d'**évaluer les effets d'une formation sur l'aide médicale à mourir afin que vous soyez mieux outillés pour intervenir lors d'appels où cette pratique médicale est mentionnée.**

Cette étude vous offre donc la chance de participer gratuitement à cette formation en ligne et, par le fait même, vous donne l'opportunité d'être mieux informé(e)s sur le sujet, ainsi que de participer à l'avancement des connaissances dans votre domaine.

**Vous êtes un candidat éligible à cette étude si vous :**

(1) avez 18 ans ou plus; (2) êtes intervenant ou bénévole sur une ligne téléphonique de prévention du suicide ou un centre de crise et (3) avez complété la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*.

Les renseignements et les réponses que vous fournirez dans les questionnaires demeureront strictement **confidentiels**. Si vous débutez ce projet de recherche, vous êtes libre de vous retirer en tout temps sans que cela vous porte préjudice.

Le présent projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'UQTR (certificat CER-20-272-08-01-14).

### **Phases de l'étude**

Dans le cadre de cette étude, vous serez invité(e) à remplir un ensemble de questionnaires à deux reprises et à écouter une formation en ligne préenregistrée.

**Phase 1 : Passation du premier ensemble de questionnaires :** Vous êtes invité(e) à remplir l'ensemble des questionnaires par Internet sur la banque interactive de questions (BIQ) de l'UQTR. Vous aurez à répondre à six questionnaires, ce qui peut prendre environ 30 minutes.

**Phase 2 : Visionnement de la formation :** Vous aurez par la suite à visionner la formation dans les deux semaines suivant la réception du premier ensemble de questionnaires. Cette formation est d'une durée de 50 minutes.

**Phase 3 : Passation du deuxième ensemble de questionnaires :** Vous aurez finalement à compléter le deuxième ensemble de questionnaires, également d'une durée approximative de 30 minutes, qui vous sera envoyé quatre semaines suivant le visionnement de la formation.

Je me tiens à votre disposition pour répondre à toute question que vous pourriez avoir au sujet de l'étude. Vous pouvez communiquer avec moi par courriel à l'adresse [kim.st-amant@uqtr.ca](mailto:kim.st-amant@uqtr.ca). Vous pouvez également joindre ma directrice de recherche, Prof. Sylvie Lapierre, par courriel à l'adresse [Sylvie.Lapierre@uqtr.ca](mailto:Sylvie.Lapierre@uqtr.ca).

### **Pour participer**

Si vous désirez participer, vous n'avez qu'à m'écrire à l'adresse [kim.st-amant@uqtr.ca](mailto:kim.st-amant@uqtr.ca). Vous recevrez par la suite la procédure détaillée pour débiter votre participation.

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration.

Kim St-Amant

**Appendice B**  
Formulaire d'information et de consentement

## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

### **Titre du projet de recherche :**

Évaluation des effets d'une formation à propos de l'aide médicale à mourir sur les connaissances et les attitudes des intervenants téléphoniques en prévention du suicide

### **Mené par :**

Kim St-Amant, Département de psychologie,  
Étudiante au doctorat continuum d'études en psychologie (2110),  
Université du Québec à Trois-Rivières

### **Sous la direction de :**

Sylvie Lapierre, Département de psychologie,  
Université du Québec à Trois-Rivières,  
Co-Directrice du Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie (LIREG)

### **Source de financement :**

FRQSC - Programme de soutien au développement de la recherche du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE).

### **Déclaration de conflit d'intérêts :**

Aucun

### **Préambule**

Votre participation à cette recherche, qui vise à évaluer les effets d'une formation sur l'aide médicale à mourir sur les connaissances et les attitudes des intervenants téléphoniques en prévention du suicide, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer le formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire attentivement le présent document d'information. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable de ce projet de recherche. Sentez-vous libre de lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce document avant de prendre votre décision.

### **Objectifs et résumé du projet de recherche**

Cette recherche vise à évaluer les effets d'une formation sur l'aide médicale à mourir (AMM; *Acte qui consiste à provoquer la mort d'un malade pour mettre fin à ses souffrances*) sur les connaissances et les attitudes des intervenants téléphoniques en prévention du suicide. Cette formation a pour objectif d'informer les intervenants sur l'AMM afin qu'ils soient mieux outillés pour intervenir lors d'appels où cette pratique médicale est mentionnée. L'objectif de l'étude est donc de vérifier la pertinence de cette formation.

### **Nature et durée de votre participation**

Pour participer à la présente recherche, les participants doivent être âgés de 18 ans et plus, être intervenants ou bénévoles sur une ligne téléphonique de prévention du suicide et avoir complété la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. Ils devront visionner une formation en ligne d'une durée de 50 minutes sur l'AMM sur la banque interactive de questions (BIQ) sécurisée de l'UQTR. Les participants devront également accepter de répondre en ligne, à deux reprises pendant environ 30 minutes, à 6 questionnaires qui seront également sur la BIQ. Les questionnaires portent sur l'AMM et sur l'intervention auprès des appelants. Les participants rempliront les questionnaires deux fois, soit avant et quatre semaines après le visionnement de la formation.

### **Risques et inconvénients**

Le seul inconvénient à la participation à cette étude est le temps que vous devrez consacrer à remplir les questionnaires et à visionner la formation. Toutefois, il est possible que certaines personnes éprouvent certaines émotions en répondant aux questionnaires ou en visionnant à la formation. Le genre de question qui pourrait susciter des émotions serait, par exemple, de vous imaginer très malade et sur le point de mourir et de dire si, dans ce cas, vous seriez en accord avec l'aide médicale à mourir. Des émotions pourraient également être suscitées dans le cas où un participant ait été touché personnellement par l'AMM. Les participants doivent signaler tout inconfort ou mal-être, découlant de leur participation à la recherche, à Kim St-Amant (819-376-5090, au Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie). Dans ce cas, le participant pourra être référé, s'il le désire, à une ressource professionnelle qui l'aidera à atténuer ces effets négatifs.

**Avantages ou bénéfices**

En plus de participer à l'avancement des connaissances et de permettre aux chercheurs de s'assurer que l'implantation de ce type de formation est pertinente et répond vraiment aux besoins des intervenants sur les lignes d'écoute, la participation à cette étude permettra aux participants d'être mieux informés et de clarifier leurs propres positions et émotions à l'égard de ce sujet.

**Compensation ou incitatif**

Aucune compensation n'est accordée.

**Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles. Les données recueillies par la BIQ seront protégées par un mot de passe et seules Mesdames St-Amant et Lapierre y auront accès. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un essai, d'articles, ou de communications, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies par la plateforme sécurisée Chopin de l'UQTR seront protégées par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront Mesdames St-Amant et Lapierre. Ces deux personnes ont signé un engagement à la confidentialité. À la fin de l'étude, les données seront détruites, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans avoir à fournir d'explications. Le fait de participer ou non n'aura pas de conséquences sur votre implication au centre de prévention du suicide.

Si le participant se retire, ses données seront détruites. Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant si les questionnaires ne sont pas entièrement remplis.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Kim St-Amant, 819-376-5090.

**Surveillance des aspects éthiques de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-20-272-08-01-14 a été émis le 18 novembre 2020.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

**Engagement de la chercheuse**

Moi, Kim St-Amant, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

**Appendice C**  
Questionnaires

## QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. À quel genre vous identifiez-vous?
  - Femme
  - Homme
  - Autre
  
2. Quel est votre âge?  
\_\_\_\_\_ ans
  
3. Combien d'années de scolarité avez-vous complétées?  
\_\_\_\_\_ (nombre d'années)
  
4. Quel est votre statut civil?
  - Célibataire
  - Conjoint de fait ou Marié
  - Divorcé ou séparé
  - Veuf
  
5. Quel est votre statut d'emploi actuel?
  - Emploi à temps plein (30 heures ou plus par semaine)
  - Emploi à temps partiel (moins de 30 heures par semaine)
  - Emploi saisonnier
  - Étudiant
  - Sans emploi
  - Retraité
  
6. Êtes-vous un professionnel de la santé?
  - Oui
  - Non
  
7. Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, quel est votre titre professionnel dans le domaine de la santé (p. ex. médecin, infirmier, travailleur social, ergothérapeute, etc.)?  
\_\_\_\_\_

8. Depuis combien d'années êtes-vous impliqué dans la prévention du suicide?  
\_\_\_\_\_ (nombre d'années)
9. Dans le cadre de cette implication, êtes-vous un intervenant rémunéré ou un bénévole?
- Un intervenant rémunéré
  - Un bénévole
10. Quel type d'intervention faites-vous?
- Intervention téléphonique
  - Intervention en face à face
  - Les deux
11. Avez-vous de l'expérience professionnelle auprès des personnes âgées?
- Oui
  - Non
12. Connaissez-vous au moins une personne de votre entourage qui a fait une demande d'aide médicale à mourir ou qui a reçu l'aide médicale à mourir? Vous pouvez avoir côtoyé cette/ces personne(s) dans votre vie personnelle ou professionnelle.
- Oui, dans ma vie personnelle
  - Oui, dans ma vie professionnelle
  - Oui, dans mes vies personnelle et professionnelle
  - Non
13. Selon vous, quel est votre niveau de connaissances à propos de l'aide médicale à mourir?
- Connaissances limitées
  - Connaissances modérées
  - Bonnes connaissances
  - Excellentes connaissances
14. Êtes-vous un proche aidant d'un aîné (c'est-à-dire une personne qui fournit régulièrement et sans rémunération, du soutien ou des soins à une personne âgée de votre famille ayant une incapacité significative ou persistante)
- Oui
  - Non

## QUESTIONNAIRE SUR LES ATTITUDES FACE À L'EUTHANASIE

Nous nous intéressons ici à **votre opinion générale** sur l'euthanasie. Pour répondre, veuillez utiliser cette définition de l'euthanasie :

Euthanasie : « Acte qui consiste à **provoquer** intentionnellement la **mort d'une autre personne** pour **mettre fin à ses souffrances**. Cet acte sera pratiqué **par un médecin**. Au Québec, l'euthanasie est appelée : *aide médicale à mourir*. »

Pour chaque item, encerclez le chiffre, entre 1 et 6, qui correspond le mieux à votre niveau d'accord ou de désaccord.

- |                                    |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Tout à fait en <u>désaccord</u> | 4. Un peu d'accord              |
| 2. Moyennement en désaccord        | 5. Moyennement en accord        |
| 3. Un peu en désaccord             | 6. Tout à fait en <u>accord</u> |

**1. Dans tous les cas, il est mal de mettre fin délibérément à la vie d'une personne parce que la vie est sacrée.**

Tout à fait en désaccord				Tout à fait en accord	
1	2	3	4	5	6

**2. Quel que soit l'état de l'individu, il est préférable de vivre que de mourir.**

Tout à fait en désaccord				Tout à fait en accord	
1	2	3	4	5	6

**3. Il est mal de mettre fin délibérément à la vie de quelqu'un par pitié.**

Tout à fait en désaccord				Tout à fait en accord	
1	2	3	4	5	6

**4. Il n'y a aucun cas où l'euthanasie est appropriée.**

Tout à fait en désaccord				Tout à fait en accord	
1	2	3	4	5	6

**5. L'euthanasie est un acte d'humanité.**

Tout à fait en désaccord				Tout à fait en accord	
1	2	3	4	5	6

**6. Prendre la vie de quelqu'un est mal, peu importe les circonstances.**

Tout à fait en désaccord		Tout à fait en accord			
1	2	3	4	5	6

**7. L'euthanasie devrait être illégale.**

Tout à fait en désaccord		Tout à fait en accord			
1	2	3	4	5	6

**8. Le respect de la dignité devrait permettre à l'individu de décider du moment de sa mort.**

Tout à fait en désaccord		Tout à fait en accord			
1	2	3	4	5	6

**9. Prolonger la vie, simplement pour la faire durer, semble irrespectueux.**

Tout à fait en désaccord		Tout à fait en accord			
1	2	3	4	5	6

**10. L'euthanasie est mal, quelles que soient les circonstances pouvant l'excuser.**

Tout à fait en désaccord		Tout à fait en accord			
1	2	3	4	5	6

**11. Dieu nous a donné la vie et devrait être le seul à y mettre fin.**

Tout à fait en désaccord		Tout à fait en accord			
1	2	3	4	5	6

**12. L'euthanasie doit être acceptée dans la société d'aujourd'hui.**

Tout à fait en désaccord		Tout à fait en accord			
1	2	3	4	5	6

**13. La mort naturelle est un remède à la souffrance.**

Tout à fait en désaccord		Tout à fait en accord			
1	2	3	4	5	6

**14. L'euthanasie donne à une personne une chance de mourir dans la dignité.**

Tout à fait en désaccord

Tout à fait en accord

1

2

3

4

5

6

**15. Les gens n'ont pas le droit de mettre fin à leur vie.**

Tout à fait en désaccord

Tout à fait en accord

1

2

3

4

5

6

## QUESTIONNAIRE DE CONNAISSANCES

*(Houle, Lapierre, & St-Amant, 2019)*

**Pour chacun des énoncés suivants, indiquez si, selon vous, l'affirmation est vraie ou fausse en cochant la case correspondant à votre réponse. Évitez de consulter des sites Internet pour vous aider à remplir le questionnaire. Nous nous intéressons aux connaissances que vous possédez avant la formation.**

Énoncés	Vrai	Faux
(1) Aide médicale à mourir et « Sédation palliative continue » veulent dire la même chose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Aide médicale à mourir et euthanasie sont des synonymes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Aide médicale à mourir et suicide assisté impliquent les mêmes actes de la part du médecin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Il est nécessaire de s'assurer que la famille soit en accord avec la décision de la personne effectuant une demande d'aide médicale à mourir pour que cette dernière puisse l'obtenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Le professionnel de la santé qui accompagne la personne dans le processus pour obtenir l'aide médicale à mourir s'assure qu'elle ne subit pas de pression de la part de son entourage pour la demander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Une fois la demande acceptée, le médecin doit s'assurer, jusqu'au dernier moment, que le patient désire toujours obtenir l'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Il est obligatoire que la personne soit apte à consentir aux soins (être en mesure de comprendre la situation et les renseignements transmis par les professionnels de la santé ainsi que de prendre des décisions) pour obtenir l'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Pour obtenir l'aide médicale à mourir, la personne doit être en fin de vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Une personne doit être atteinte d'une maladie grave et incurable pour obtenir l'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Une personne peut obtenir l'aide médicale à mourir si elle l'a indiqué dans ses directives médicales anticipées (il s'agit d'un écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique à l'avance les soins médicaux qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à des soins).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) Au Québec, une personne mineure peut obtenir l'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) Le médecin doit considérer que tous les moyens, dans la mesure du raisonnable, ont été tentés pour soulager le patient avant d'administrer l'aide médicale à mourir au Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Énoncés	Vrai	Faux
(13) Au Québec, c'est au patient, et non au médecin, qu'il revient de juger qu'aucun autre moyen que l'aide médicale à mourir n'est satisfaisant ou adéquat pour soulager sa douleur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) Une évaluation psychiatrique ou psychologique est nécessaire avant de recevoir l'aide médicale à mourir au Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) Au Québec, aucun suivi n'est effectué dans le cas où une demande d'aide médicale à mourir est refusée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) Un médecin qui donne, à la demande d'une personne atteinte d'une maladie incurable, les médicaments nécessaires pour qu'elle s'enlève elle-même la vie a pratiqué l'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17) Un médecin qui débranche, à la demande de la famille, les machines qui gardent un malade en vie (p. ex., le respirateur) a pratiqué l'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(18) Un médecin qui a administré un médicament dans le but de soulager les souffrances d'une personne en fin de vie et que cet acte entraîne le décès du malade a pratiqué l'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(19) Une personne peut obtenir l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(20) Les personnes qui ont la maladie d'Alzheimer peuvent obtenir l'aide médicale à mourir même si elles ont perdu leurs facultés si elles ont pris soin auparavant de le spécifier dans leurs directives médicales anticipées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## QUESTIONNAIRE DE LAPIERRE, BELAND ET ST-AMANT

Veillez cocher la réponse qui représente le plus fidèlement votre opinion à propos de chaque affirmation ci-dessous, en utilisant les choix de réponses suivants.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	En accord	Fortement en accord
(1) J'ai peu de pouvoir pour prévenir le suicide d'une personne âgée.	<input type="checkbox"/>				
(2) Si une personne âgée avec laquelle j'interviens me disait qu'elle songeait au suicide, je voudrais obtenir plus d'information sur son plan.	<input type="checkbox"/>				
(3) Les personnes âgées qui menacent de se suicider passent rarement à l'acte.	<input type="checkbox"/>				
(4) On peut prévenir le suicide des personnes âgées dans la majorité des situations.	<input type="checkbox"/>				
(5) J'interviendrais si une personne âgée me disait qu'elle pense au suicide.	<input type="checkbox"/>				
(6) La souffrance physique d'une personne âgée est généralement plus grande que sa souffrance psychologique.	<input type="checkbox"/>				
(7) Il est dangereux pour un intervenant d'aborder directement le sujet du suicide avec une personne âgée suicidaire.	<input type="checkbox"/>				
(8) Le suicide chez les personnes âgées est logique et rationnel. Elles ont vraiment choisi de mourir.	<input type="checkbox"/>				
(9) Je pense qu'il me serait très difficile d'empêcher une personne âgée de se suicider.	<input type="checkbox"/>				
(10) Il est préférable de ne pas laisser une personne âgée suicidaire devenir dépendante des services téléphoniques de prévention du suicide.	<input type="checkbox"/>				
(11) Je m'en voudrais si une personne âgée que j'aidais se suicidait.	<input type="checkbox"/>				

	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	En accord	Fortement en accord
(12) Une personne âgée qui pense faire une demande d'aide médicale à mourir pourrait être à risque de se suicider.	<input type="checkbox"/>				
(13) Il est peu probable que l'on puisse contrecarrer le plan d'une personne âgée ayant décidé de se suicider.	<input type="checkbox"/>				
(14) Il est important que les intervenants ne répondent pas aux menaces de suicide de la personne âgée qui ont pour but de manipuler les gens.	<input type="checkbox"/>				
(15) Je me sens à l'aise de travailler avec une personne âgée suicidaire.	<input type="checkbox"/>				
(16) Si une personne âgée avec laquelle j'interviens me parlait d'aide médicale à mourir, je l'encouragerais à parler de son désir de mourir.	<input type="checkbox"/>				
(17) Il est normal d'être déprimé(e) en vieillissant et de penser au suicide.	<input type="checkbox"/>				
(18) Une personne âgée qui pense faire une demande d'aide médicale à mourir souffre principalement sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>				
(19) Les personnes âgées qui se suicident sont confuses, en raison d'un problème cognitif, et ne savent donc pas ce qu'elles font.	<input type="checkbox"/>				
(20) 20. La religion et la croyance en Dieu empêchent les personnes âgées de se suicider.	<input type="checkbox"/>				
(21) Si une personne âgée avec laquelle j'interviens me parlait d'aide médicale à mourir, je me demanderais si elle a des idées suicidaires.	<input type="checkbox"/>				
(22) Si une personne âgée avec laquelle j'interviens me parlait d'aide médicale à mourir, je l'encouragerais à changer d'idée.	<input type="checkbox"/>				
(23) Il y a des situations où l'aide médicale à mourir est la seule solution.	<input type="checkbox"/>				
(24) Dans le cas des personnes âgées, il y a des situations où le suicide est la seule solution.	<input type="checkbox"/>				

## VIGNETTES CLINIQUES

### *Liste des interventions que vous pouvez privilégier dans les trois études de cas*

---

(a) Focaliser sur les raisons de la demande d'aide médicale à mourir	(b) Questionner sur ce que la personne fait habituellement pour aller mieux
(c) Trouver une stratégie alternative pour gérer la souffrance	(d) Travailler l'ambivalence dans le désir de mourir.
(e) Valider la souffrance vécue	(f) Tenter de divertir la personne pour lui changer les idées
(g) Référer au médecin ou à un autre professionnel de la santé	(h) Se centrer sur les émotions
(i) Discussion sur l'admissibilité à l'aide médicale à mourir	(j) Vérification des idées suicidaires de l'appelant et intervention au besoin
(k) Demander l'accord pour appeler vous-même le médecin de l'appelant	(l) Focaliser sur le positif dans la vie de la personne

---

**Vous trouverez ci-dessous trois vignettes cliniques (études de cas). Nous sommes intéressées à connaître les TROIS interventions que vous privilégieriez (en plus de l'écoute active et de poser des questions pour avoir une idée plus précise de leur situation), si vous aviez à intervenir auprès de ces appelants (indiquez, dans l'espace prévu à cette fin après chaque vignette, la lettre qui se rapporte à l'intervention que vous avez choisie dans la liste ci-dessus; l'ordre des interventions n'a pas d'importance). Indiquez également si vous seriez personnellement en accord avec l'aide médicale à mourir dans cette situation, en encerclant le chiffre sur l'échelle de 1 à 6 qui correspond le mieux à votre réponse.**

**Vignette 1**

Un homme de 78 ans appelle sur vos lignes pour la première fois un soir de novembre. Monsieur se présente, il est très poli et semble bien heureux de ce premier contact téléphonique avec votre ressource. Votre numéro lui a d'ailleurs été transmis par la préposée qui lui rend visite à domicile pour l'aider avec son entretien ménager. Après une discussion d'usage sur la température plutôt grise des derniers jours, monsieur vous dit qu'il souffre, depuis déjà quelques années, d'un cancer à un stade avancé. En effet, il affirme que sa douleur est de plus en plus insupportable. Étant bien à l'affut des discussions et des nouvelles sur l'aide médicale à mourir dans les médias, monsieur dit vouloir éventuellement faire une demande.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Dans ce cas, je serais ... (le chiffre entre 1 et 6 correspondant à votre réponse) ... avec l'aide médicale à mourir

Tout à fait en désaccord

Tout à fait en accord

1

2

3

4

5

### Vignette 2

Madame Gendron, âgée de 85 ans, appelle régulièrement depuis déjà quelques mois. Il s'agit d'une dame à l'humeur plutôt maussade, mais qui fait bien rire l'ensemble des intervenants par son franc parlé. Elle souffre d'arthrose depuis un bon moment, et perd son autonomie. Elle ne se gêne pas pour dire haut et fort qu'elle n'en peut plus. Selon elle, ça ne sert plus à rien d'être en vie à son âge si elle n'est plus capable de ne rien faire. De plus, elle a le sentiment d'avoir complété sa vie et qu'il n'y a rien de bien qui pourra lui arriver dans l'avenir. Elle aurait fait une demande d'aide médicale à mourir récemment qui lui aurait été refusée, car elle ne répondrait pas à certains critères. Madame est très offusquée et appelle, entre autres, pour ventiler sur cette situation.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Dans ce cas, je serais ... (le chiffre entre 1 et 6 correspondant à votre réponse) ... avec l'aide médicale à mourir

Tout à fait en désaccord

Tout à fait en accord

1

2

3

4

5

**Vignette 3**

Une dame de 75 ans appelle pour la première fois à votre ressource. Elle affirme que son mari est atteint d'une maladie dégénérative, sans vraiment préciser laquelle. Celui-ci n'aurait plus de qualité de vie et songerait de plus en plus à parler à son médecin d'aide médicale à mourir et des diverses options disponibles. Madame aimerait avoir plus d'informations concernant les critères d'admission pour l'aide médicale à mourir, savoir qu'elles sont les démarches associées à cette demande.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Dans ce cas, je serais ... (le chiffre entre 1 et 6 correspondant à votre réponse) ... avec l'aide médicale à mourir

Tout à fait en désaccord

Tout à fait en accord

1

2

3

4

5

## QUESTIONNAIRE DE SARKISIAN ET AL. (2005)

**Veillez cocher la réponse qui représente le plus fidèlement votre opinion à propos de chaque énoncé ci-dessous, en utilisant les choix de réponses suivants :**

Énoncés	Définitivement vrai	Parfois vrai	Parfois faux	Définitivement faux
(1) Lorsque les gens vieillissent, ils doivent réduire leurs attentes à propos de leur santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Le corps humain est comme une voiture; quand il vieillit, il s'use.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Avoir plus de malaises et de douleurs est une partie normale du vieillissement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Avec l'avance en âge, le niveau d'énergie diminue un peu plus chaque année.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Je m'attends à ce qu'en vieillissant, je passe moins de temps avec ma famille et mes amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) La solitude, c'est quelque chose qui arrive en vieillissant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) En vieillissant, les gens s'inquiètent davantage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Il est normal d'être déprimé quand on est vieux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Je m'attends à oublier davantage de choses en vieillissant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Il est admis que la difficulté à se souvenir des noms fait partie du processus du vieillissement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) L'oubli est un phénomène naturel qui vient simplement en vieillissant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) Il est impossible d'échapper à la lenteur intellectuelle qui arrive avec le vieillissement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## AUTOÉVALUATION PAR LE PARTICIPANT DU TRANSFERT D'APPRENTISSAGE

**Veillez cocher la case correspondant à votre réponse.**

Échelle d'évaluation : 1 = *Tout à fait en désaccord* à 5 = *Tout à fait d'accord*

Éléments évalués	1	2	3	4	5
(1) La formation a influencé ma perception de l'intervention auprès des personnes qui me parlent d'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>				
(2) La formation a influencé ma perception de l'intervention auprès des personnes âgées suicidaires.	<input type="checkbox"/>				
(3) La formation a changé ma perception de l'aide médicale à mourir.	<input type="checkbox"/>				
(4) La formation sera utile dans le cadre de mes fonctions.	<input type="checkbox"/>				
(5) Le contenu et les exemples apportés durant la formation étaient représentatifs des situations que je rencontre dans mon environnement de travail ou de bénévolat.	<input type="checkbox"/>				
(6) Je connaissais déjà bien le sujet avant de suivre la formation.	<input type="checkbox"/>				
(7) J'utilisais déjà les compétences enseignées avant de suivre la formation.	<input type="checkbox"/>				
(8) La formation a augmenté ma confiance en ma capacité de mettre en pratique les compétences enseignées.	<input type="checkbox"/>				
(9) Je me sens apte à utiliser les compétences enseignées.	<input type="checkbox"/>				
(10) L'animation de la formation me convient.	<input type="checkbox"/>				
(11) La formation me permet d'analyser mes valeurs par rapport aux décisions de fin de vie.	<input type="checkbox"/>				
(12) Dans les semaines qui ont suivi, j'ai souvent repensé à ce dont il a été question dans la formation.	<input type="checkbox"/>				

**Autres commentaires ou recommandations :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_