

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

EFFET DE L'ATTACHEMENT ET DU SENTIMENT D'AVOIR DE LA VALEUR
AUX YEUX DES AUTRES SUR L'ATTITUDE À L'ÉGARD DE L'AIDE
MÉDICALE À MOURIR.

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
QUENTIN DE STEUR

DÉCEMBRE 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou 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 ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son 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
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Jury d'évaluation :

Sylvie Lapierre
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Yvan Lussier
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluateur interne

Dominique Girard
Université du Québec à Rimouski

évaluatrice externe

Sommaire

Au Québec, l'aide médicale à mourir (AMM) est une pratique récente qui est de plus en plus utilisée et dont les critères d'admissibilité continuent de s'élargir. Plusieurs facteurs psychosociaux peuvent influencer l'opinion à l'égard de l'AMM et son utilisation subséquente par une personne dont la souffrance est insupportable. Parmi ces facteurs, on retrouve des variables relationnelles. Certaines d'entre elles ont déjà été étudiées, telles que le sentiment d'être un fardeau pour les autres ou l'isolement. La présente étude visait cette fois à évaluer l'influence de l'attachement et du sentiment de compter pour autrui sur l'attitude des personnes de 60 ans et plus à l'égard de l'utilisation de l'AMM dans divers scénarios hypothétiques. Les 110 participants (85 femmes et 25 hommes), âgés en moyenne de 67,7 ans, ont complété quatre questionnaires recueillant des informations sociodémographiques et mesurant l'attitude à l'égard de l'AMM, l'attachement chez l'adulte (*Adult Attachment Questionnaire* de Simpson et al., 1996) et le sentiment de compter aux yeux des autres (*General Mattering Scale* de Marcus & Rosenberg, 1987). Les résultats obtenus indiquent un lien positif entre l'attachement anxieux et l'intention de recourir à l'AMM, tandis qu'aucun lien significatif n'a été trouvé pour l'attachement évitant. Le sentiment de compter aux yeux d'autrui est associé à une intention moindre de recourir à l'AMM uniquement chez les femmes dans certains scénarios hypothétiques. D'autres recherches seront nécessaires pour mieux comprendre le lien entre ces variables relationnelles et l'attitude à l'égard de l'AMM.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	5
Aide médicale à mourir	6
Les pratiques médicales de fin de vie	7
L'aide médicale à mourir au Québec	9
Données sur l'administration de l'AMM	12
Facteurs associés à l'attitude à l'égard de l'AMM	16
Facteurs démographiques	17
Facteurs physiques	18
Facteurs psychologiques	19
Facteurs sociaux	20
Attachement	22
L'attachement à l'âge adulte	24
Les quatre styles d'attachement	24
Modèle comportemental à dimensions continues	27
L'attachement chez les aînés	30
Attachement et attitude envers la maladie	32

L'attachement en contexte de fin de vie	34
L'attachement et les idées et comportements suicidaires	36
Sentiment de compter pour autrui	39
Composantes du <i>mattering</i>	40
Facteurs associés au <i>mattering</i> chez les personnes âgées	41
<i>Mattering</i> et attachement	42
<i>Mattering</i> et suicide	43
<i>Mattering</i> et désir de mourir	43
Objectif et hypothèses	45
Méthode.....	47
Déroulement.....	48
Instruments de mesure	49
Attitude face à l'aide médicale à mourir.....	50
Style d'attachement à l'âge adulte	51
Sentiment de compter aux yeux des autres	52
Participants.....	52
Résultats	55
Analyses descriptives.....	56
Analyses corrélationnelles	59
Discussion	66
Interprétation des résultats	67
Forces et limites de la recherche	73

Recherches subséquentes et retombées potentielles de l'étude	78
Conclusion	83
Références	86
Appendice A.....	106
Appendice B.....	110

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques de l'échantillon ($N = 110$).....	54
2	Moyennes et écarts-types de l'opinion envers l'AMM et l'intention d'y recourir dans des situations particulières ($N = 110$).....	58
3	Corrélations entre les trois variables interpersonnelles ($N = 110$)	60
4	Corrélations entre l'opinion envers l'AMM, l'intention d'y recourir et les scores d'évitement de l'intimité, d'anxiété d'abandon, et de <i>mattering</i> ($N = 110$)	61

Liste des figures

Figure

- 1 Patrons d'attachement prototypiques selon Bartholomew et Horowitz (1991) .. 26
- 2 Le modèle bidimensionnel de l'attachement de Fraley et al. (2015) 28
- 3 Modèle de médiation du *mattering* dans la relation entre l'anxiété d'abandon et l'intention d'avoir recours à l'AMM (scénario de mort lointaine) 65

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier tout particulièrement ma directrice de recherche, madame Sylvie Lapierre, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, m'ayant accompagné dans la réalisation de ce travail tout au long de mon parcours doctoral. Je la remercie notamment pour son soutien, sa grande disponibilité ainsi que pour ses nombreux et précieux conseils.

Je remercie également l'Université du troisième âge de l'UQTR qui m'a grandement aidé dans mon recrutement en partageant l'information sur mon projet dans son infolettre. J'aimerais aussi témoigner ma reconnaissance à toutes les personnes ayant généreusement accepté de participer à cette étude. C'est grâce à leur engagement volontaire et bénévole que j'ai pu la réaliser.

Enfin, je tiens à exprimer ma gratitude à mes proches pour leur soutien tout au long de mon parcours. Je remercie particulièrement mes parents pour leurs encouragements ainsi que mes collègues pour leurs précieux conseils et les discussions stimulantes que j'ai eues avec eux sur mon projet. Je suis reconnaissant envers ma conjointe qui a toujours été présente pour m'encourager, me soutenir et me motiver. Et bien sûr, je n'oublie pas son chat, qui m'a toujours rappelé de prendre une courte pause, surtout lorsque venait l'heure de son repas.

Introduction

En Occident, lorsque les gens imaginent ce qu'est une bonne mort, ils font généralement référence à une mort paisible dans leur domicile, où ils seraient entourés des personnes qui leur sont chères (Cottrell & Duggleby, 2016). Le concept de bonne mort a évolué avec le temps. Auparavant, mourir était une étape de la vie vécue dans la communauté. Elle est devenue de plus en plus privée, médicalisée et gérée par des professionnels, avec un accent sur l'autonomie décisionnelle du patient (Cottrell & Duggleby, 2016; Kellehear, 2007). L'aspect relationnel reste toutefois un élément important d'une fin de vie digne (Comité national d'éthique sur le vieillissement, 2018). Lors de la pandémie de Covid-19, les restrictions en matière de visite ont d'ailleurs été source de souffrances pour les patients en fin de vie qui se sont retrouvés isolés (Perron et al., 2022), soulignant l'importance des relations humaines à cette dernière étape de la vie.

Au Québec, l'aide médicale à mourir (AMM) a été légalisée en décembre 2015, dans le cadre de la *Loi concernant les soins de fin de vie* pour compléter l'offre de services destinés aux personnes atteintes de maladies incurables et/ou terminales. Elle s'est ainsi ajoutée aux autres options de fin de vie disponibles, dont le refus et l'arrêt de traitement, les soins palliatifs et la sédation palliative continue (Gouvernement du Québec, 2023). L'AMM est de plus en plus utilisée chez les personnes de 60 ans et plus depuis sa légalisation et ses critères d'admissibilité tendent à s'élargir (Coelho et al.,

2023; Commission sur les soins de fin de vie, 2023). Identifier et comprendre les prédicteurs de l'utilisation de l'AMM semblent donc d'autant plus pertinent dans ce contexte d'utilisation croissante.

La littérature scientifique sur cette pratique indique que plusieurs facteurs peuvent influencer l'attitude d'une personne à l'égard de l'AMM, tels que l'âge, la religiosité, le niveau d'éducation ou le statut socio-économique (Castelli Dransart et al., 2021). Des études se sont aussi intéressées à d'autres facteurs, tels que la douleur physique (Dees et al., 2011; Ganzini et al., 2009; Nuhn et al., 2018), la souffrance (Henry et al., 2023; van den Berg et al., 2021), la dépression (Boyle et al., 2024; Buiting et al., 2012), la qualité de vie (Nuhn et al., 2018), la perte d'autonomie et l'incapacité à faire des activités significatives (Selby et al., 2020), le sentiment d'être un fardeau (Dees et al., 2011; Rodríguez-Prat et al., 2019), ou encore l'âgisme (Lapierre et al., 2019).

Néanmoins, aucune étude ne semble avoir exploré l'influence possible des variables relationnelles, telles que l'attachement et le sentiment de compter aux yeux des autres, sur l'AMM. Toutefois, des éléments de la littérature pourraient suggérer l'existence probable de liens entre l'AMM et ces variables chez les personnes de 60 ans et plus. L'objectif de cet essai consiste donc à vérifier si le style d'attachement et le sentiment de compter aux yeux des autres sont reliés à l'attitude à l'égard de l'AMM.

Cet essai comporte cinq chapitres distincts. Le premier présente le contexte théorique et empirique de l'étude. Il décrit les pratiques de fin de vie, les études sur les facteurs qui influencent l'attitude envers l'AMM, ainsi que les connaissances sur les variables relationnelles que sont le style d'attachement et le sentiment de compter pour autrui. Le premier chapitre se termine avec la présentation des objectifs de l'étude et des hypothèses. Le deuxième chapitre décrit la méthode qui a servi à la réalisation de la recherche, plus particulièrement son déroulement, les instruments de mesure, ainsi que les caractéristiques des participants. Les résultats sont énoncés dans le troisième chapitre, tandis que la discussion sur les liens entre les variables relationnelles et l'attitude à l'égard de l'AMM constituent l'objet du quatrième chapitre. Une conclusion viendra finalement clore cet essai.

Contexte théorique

Ce premier chapitre présente le contexte théorique et expérimental de l'étude. Il est divisé en quatre sections. La première section est consacrée à l'aide médicale à mourir (AMM), le contexte de sa légalisation parmi les autres pratiques de fin de vie, sa définition et son application au Québec et au Canada. Il sera également question des facteurs prédictifs d'une attitude favorable envers l'AMM. La seconde section aborde le concept d'attachement tandis que la troisième est consacrée au concept de *mattering*, c'est-à-dire le sentiment de compter pour autrui. Ces deux dernières sections s'intéressent particulièrement aux manières dont ces variables relationnelles pourraient influencer l'attitude à l'égard de l'AMM. Enfin, les objectifs et les hypothèses de l'étude concluent ce premier chapitre.

Aide médicale à mourir

Au Québec, depuis décembre 2015, il est possible de recourir, sous certaines conditions, à l'euthanasie, connue sous le nom d'aide médicale à mourir (Gouvernement du Québec, 2023). Cette pratique relativement récente s'inscrit dans l'évolution des soins de fin de vie, tant au Québec que dans certains pays du monde. Il importe donc de bien contextualiser et définir l'AMM, ainsi que les autres interventions médicales destinées aux malades incurables.

Les pratiques médicales de fin de vie

Les pratiques médicales en matière de fin de vie ont grandement changé au cours des dernières décennies (Castelli Dransart et al., 2021; Rietjens et al., 2012). Les soins spécialisés, offerts aux personnes atteintes d'une maladie mortelle, débutent en 1967 avec la création à Londres, par Dame Cicely Saunders, du mouvement des soins palliatifs. Ces derniers avaient pour objectif de répondre aux besoins des patients en phase terminale qui étaient souvent négligés par un système de santé à visée uniquement curative (Clark, 2007). Les soins palliatifs visent à offrir, aux malades et à leurs proches, le soutien nécessaire et la meilleure qualité de vie possible, sans hâter ni retarder la mort (Gouvernement du Québec, 2024). La pratique des soins palliatifs s'est développée avec le temps, si bien qu'en 2005, les soins palliatifs étaient pratiqués dans plus de 120 pays.

Au Québec, en 1992, des décisions juridiques ont reconnu le droit des malades de refuser ou d'interrompre un traitement (incluant un respirateur), même si cela pouvait risquer d'entraîner leur mort (Philips-Nootens, 2009-2010). L'arrêt et le refus de traitement sont des pratiques qui restent encore sujettes à des débats dans certains pays, tels que le Japon qui discute de leur probable légalisation, ou la Corée du Sud qui ne les ont légalisés que récemment (2018) pour les patients en phase terminale (Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, 2022).

Les pratiques médicales en matière de fin de vie ont continué à évoluer avec l'apparition de la pratique du suicide assisté en Suisse dès les années 80 via des

organisations telles que Dignitas et Exit (Fischer et al., 2008), puis la légalisation de l'euthanasie en 2001 aux Pays-Bas (Philips-Nootens, 2009-2010). Ces deux dernières pratiques sont encore récentes et autorisées dans quelques pays occidentaux. En 2023, il y avait 13 pays qui avaient légalisé au moins une de ces deux pratiques, dont deux pays, soit les États-Unis et l'Australie où elles ne sont autorisées que dans certaines régions (Colombo & Dalla-Zuanna, 2024). La tendance de la dernière décennie suggère toutefois que leur nombre est porté à augmenter (Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, 2022; Castelli Dransart et al., 2021; Galmiche, 2021). Le Portugal a ainsi dépénalisé l'euthanasie le 12 mai 2023 (Le Monde avec AFP, 2023). D'autres pays débattent de la légalisation de l'euthanasie, tels que la France (Hubert & Morel, 2023) ou l'Allemagne (Braun, 2022; Kremeike et al., 2021).

L'euthanasie et le suicide assisté visent tous deux à provoquer activement le décès d'un patient qui en fait la demande pour soulager ses souffrances. Leurs définitions précises peuvent toutefois varier d'un pays à l'autre (Emanuel et al., 2016). De manière générale, l'euthanasie consiste à ce qu'un médecin, mette fin activement à la vie d'un patient, à la demande de ce dernier, par l'injection d'une substance létale (Emanuel, 1994; Emanuel et al., 2016). En revanche, le suicide assisté consiste à ce qu'un professionnel de la santé, généralement un médecin, fournisse des produits létaux à un patient qui exprime clairement son désir de mettre fin à ses jours (Battin et al., 1995; Emanuel et al., 2016). L'euthanasie et le suicide assisté sont donc deux pratiques distinctes, car dans

l'euthanasie, le patient reçoit l'intervention létale, tandis que dans le suicide assisté, il se l'autoadministre.

L'aide médicale à mourir au Québec

L'AMM est légale au Québec depuis l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie* en décembre 2015. Cette pratique se définit comme « un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès » (Gouvernement du Québec, 2023). L'AMM au Québec est donc une euthanasie, car il s'agit de provoquer la mort du patient. Le mot « euthanasie » a été volontairement remplacé dans la loi par l'expression « aide médicale à mourir », en raison de la trop grande charge émotive du premier terme (Vachon, 2013). Au Canada, c'est en juin 2016 que le Parlement a adopté une loi fédérale qui permet aux adultes canadiens admissibles de demander l'AMM, que ce soit sous la forme d'une euthanasie ou du suicide assisté (Gouvernement du Canada, 2023a). Cependant, le suicide assisté reste illégal au Québec (Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, 2021).

Plusieurs critères doivent être remplis pour avoir accès à l'AMM au Québec. Ainsi, au moment de la rédaction de cet essai, la personne qui en fait la demande doit être majeure, assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie, apte à consentir aux soins, être atteinte d'une maladie grave et incurable, avoir une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités, et éprouver des souffrances physiques

ou psychiques constantes et insupportables, qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables (Gouvernement du Québec, 2023).

Depuis l'adoption initiale de la loi en décembre 2015, les critères d'admissibilité ont été élargis à d'autres groupes de personnes que celles en phase terminale. Notamment, en 2020, il y a eu le retrait du critère « être en fin de vie », à la suite de la décision judiciaire de l'affaire Truchon. En effet, la Cour a déclaré inconstitutionnel ce critère difficile à évaluer, car il est discriminatoire et porte atteinte aux droits et à la liberté d'une personne en ne lui permettant pas d'obtenir l'AMM si sa mort n'est pas raisonnablement prévisible. De plus, depuis le 11 juin 2021, une personne en fin de vie peut recevoir l'AMM même si elle est devenue inapte à consentir aux soins au moment de son administration. En effet, auparavant, les personnes atteintes d'une maladie terminale qui entraînait un état comateux, ou qui utilisaient une sédation palliative qui les rendait inconscientes, ne pouvaient recevoir l'AMM car elles n'étaient plus aptes à confirmer leur décision lors de son administration. La loi permet maintenant aux malades de consentir à l'avance à l'administration d'une AMM, si ce consentement a été fait par écrit en présence d'un professionnel de la santé dans les 90 jours précédant la date de l'administration (Gouvernement du Québec, 2023).

Par ailleurs, depuis le 7 juin 2023, la Loi 11 (*Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives*) permet aux personnes atteintes d'une maladie grave et incurable menant à l'inaptitude, telle qu'une maladie neurodégénérative

comme la maladie d'Alzheimer, de formuler une demande anticipée d'AMM. Cela signifie qu'elles pourront obtenir l'AMM, lorsqu'elles manifesteront certains symptômes précisés à l'avance, même si elles sont inaptes à prendre des décisions (Assemblée nationale du Québec, 2023). Cette loi étend également l'accès à l'AMM aux personnes handicapées ayant une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes. De plus, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) pourront également administrer l'AMM alors qu'auparavant seul un médecin pouvait poser cet acte (Assemblée nationale du Québec, 2023). Les dispositions de la Loi 11 entreront en vigueur le 30 octobre 2024 (Gouvernement du Québec, 2023). Il est important de noter que, pour contourner le Code criminel fédéral qui n'autorise pas les demandes anticipées d'AMM, le Directeur des poursuites criminelles et pénales assure que l'État québécois ne poursuivra pas les professionnels qui l'administreront.

Des débats ont également eu lieu pour permettre aux personnes atteintes de maladie mentale d'obtenir l'AMM (Shalev et al., 2022). Au Canada, c'est en mars 2021, que le gouvernement fédéral abolit le critère de « mort naturelle raisonnablement prévisible », comme le Québec l'avait fait en mars 2020 pour le critère « de fin de vie ». Toutefois, il a été établi que les personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale seront exclues temporairement (jusqu'en mars 2023) de l'accès à l'AMM, afin de donner au Gouvernement du Canada le temps d'examiner les conclusions et les recommandations d'un groupe d'experts sur ce sujet (Santé Canada, 2022). En mars 2023, la loi visant l'exclusion temporaire a été prolongée (Projet de loi C-39) une première fois jusqu'au 17

mars 2024, puis une seconde fois jusqu'au 17 mars 2027 (Gouvernement du Canada, 2024; Santé Canada, 2024). Cette dernière prolongation fait suite au rapport du comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir intitulé « L'AMM et les troubles mentaux : le chemin à parcourir » (Parlement du Canada, 2024).

Données sur l'administration de l'AMM

L'administration de l'AMM est en augmentation chaque année depuis sa légalisation, tant au Québec (Commission sur les soins de fin de vie, 2023) qu'au Canada (Gouvernement du Canada, 2023b). Au cours de l'année 2022-2023, c'est 5 211 personnes qui ont eu recours à l'AMM au Québec, soit 6,8 % des décès (Commission sur les soins de fin de vie, 2023). La proportion de décès par AMM au Québec est la plus élevée dans le monde (Commission sur les soins de fin de vie, 2023). Cette constatation suscite un intérêt pour comprendre les facteurs qui prédisent une attitude favorable à l'égard de l'AMM et l'intention des malades d'y recourir lorsque la souffrance sera insupportable.

Bien que le recours à l'AMM ne soit pas réservé uniquement au contexte de fin de vie, la grande majorité (82 %) des personnes qui l'ont reçue avaient un pronostic de survie de moins d'un an. De plus, 93 % avaient 60 ans et plus (Commission sur les soins de fin de vie, 2023). La très grande majorité des personnes confrontées à cette option sont donc les aînés. Ainsi, l'âge moyen des personnes ayant reçu l'AMM au Canada était de 77 ans en 2022 (Gouvernement du Canada, 2023b).

Au Québec, selon les médecins traitants, les principales sources de souffrance des patients ayant recouru à l'AMM étaient : la perte de la capacité à effectuer les activités qui donnaient un sens à la vie (96 %) ou de faire les activités de la vie quotidienne (92 %), une perte de la dignité (76 %), un contrôle inadéquat de la douleur ou des préoccupations à ce sujet (54 %), un contrôle inadéquat des autres symptômes de la maladie ou des préoccupations à ce sujet (59 %), la perception d'être un fardeau pour sa famille, ses amis ou les soignants (46 %), la perte des fonctions corporelles (38 %), ainsi que l'isolement ou la solitude (24 %) (Commission sur les soins de fin de vie, 2023). Dans le reste du Canada, les sources de souffrance rapportées par les médecins qui ont administré l'AMM sont similaires (Gouvernement du Canada, 2023b). De plus, selon une étude rétrospective ontarienne de Selby et al. (2020), les raisons les plus courantes pour faire une requête d'AMM par des patients hospitalisés pour des soins tertiaires (soins avancés spécialisés comme les soins intensifs, palliatifs, etc.) étaient le déclin fonctionnel ou l'incapacité à participer à des activités significatives (64 %) et la perte d'indépendance et de dignité lorsqu'ils nécessitent l'aide d'autrui pour leurs soins personnels (20 %). Selby et al. (2020) indiquent que le nombre relativement élevé de personnes vivant seules dans leur étude pourrait suggérer que celles qui choisissent l'AMM valoriseraient l'autonomie et l'indépendance dans leurs activités quotidiennes.

Attitudes envers l'AMM

Bien que les opposants à l'AMM soient nombreux au Canada, cette pratique semble acceptée par la majorité de la population. En effet, selon un sondage réalisé auprès d'un

échantillon représentatif de 1872 adultes canadiens, 60 % disaient appuyer la législation de 2021 qui avait retiré le critère de la « mort raisonnablement prévisible » pour être admissible à l'AMM (Angus Reid Institute, 2023). Selon une autre firme de sondage (Léger, 2024), 77 % des Canadiens interrogés ($n = 1579$) en février 2024 appuyaient la loi sur l'AMM (49 % très favorable et 28 % plutôt favorable), mais cet appui était plus élevé chez les Canadiens de 55 ans et plus (81 %). On remarque également que chez les 366 Québécois de tous âges, interrogés par Léger (2024), la proportion d'appui est de 86 %. Cette différence au plan des attitudes entre le Québec et le reste du Canada avait déjà été observée dans un sondage de 2020 (Pennings & Reid, 2020). Lapierre et al. (2018, 2019) expliquent que la diminution importante de l'implication religieuse chez les Québécois semble jouer un rôle sociétal non négligeable dans l'attitude favorable envers l'AMM. L'élargissement aux personnes souffrant uniquement de problèmes de santé mentale semble toutefois moins accepté avec 42 % des Canadiens et 50 % des Québécois qui y seraient favorables (Léger, 2024).

Concernant les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif comme la maladie d'Alzheimer, 65 % des Canadiens et 77 % des Québécois considéraient qu'elles devraient avoir le droit de faire une demande anticipée d'AMM (Léger, 2024). Par ailleurs, en 2020, 79,4 % des 300 140 Canadiens interrogés dans le cadre d'une consultation publique étaient favorables à ce qu'un médecin soit autorisé à donner l'AMM à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer qui aurait fait une demande anticipée (Gouvernement du Canada, 2020). Une enquête réalisée auprès de 317 aînés ($M = 73$ ans), ayant pour

objectif de développer un algorithme prédisant l'intention de formuler une demande d'AMM à la suite d'un diagnostic de démence, a estimé que plus de 70 000 aînés pourraient formuler une demande anticipée (Bravo, 2024).

L'attitude favorable envers l'AMM reste toutefois différente du désir d'y avoir recours. Ainsi, Emanuel et al. (2000) indiquent que 60,2 % des 988 patients en phase terminale étaient généralement favorables à l'utilisation de l'euthanasie ou du suicide assisté dans des situations abstraites, mais seulement 10,6 % ont déclaré l'envisager sérieusement pour eux-mêmes. De plus, dans une étude qualitative, Johansen et al., (2005) ont aussi relevé que des patients atteints du cancer, ayant une vision positive de l'euthanasie et du suicide assisté, n'avaient pas nécessairement envie d'y avoir recours pour eux-mêmes et que le désir de mourir était fluctuant et marqué par l'ambivalence.

D'autres chercheurs ont aussi observé que les patients avaient généralement tendance à modifier leur souhait de hâter leur mort au cours des semaines précédant leur décès (Emanuel et al., 2000; Ferrand et al., 2012; Rosenfeld et al., 2014). Par exemple, en France où l'AMM est illégale, Ferrand et al. (2012) ont constaté que, parmi les patients en soins palliatifs ayant formulé le désir d'accélérer leur mort, la demande persistait chez 35 % des patients, fluctuait chez 25 % et disparaissait chez 29 % d'entre eux. Concernant les demandes explicites d'AMM aux Pays-Bas, ce serait 13 % des demandeurs qui avaient changé d'avis, selon une étude ayant interrogé des médecins généralistes sur leur dernière requête d'euthanasie ou de suicide assisté (Marcoux et al., 2005). Ceux qui avaient changé

d'avis présentaient en moyenne davantage de problématiques de santé mentale comparativement à ceux qui avaient maintenu leur demande jusqu'à la fin. Les auteurs notent aussi que les patients ayant changé d'avis semblaient être moins avancés dans leur processus de fin de vie, avoir une souffrance plus tolérable et avoir accès à des alternatives de traitement (Marcoux et al., 2005). Au Québec, avec un échantillon de 80 patients ayant formulé une demande d'AMM, des résultats similaires ont été trouvés au niveau de l'instabilité de la demande avec 14 % d'entre eux qui avaient changé d'avis (Seller et al., 2019).

Facteurs associés à l'attitude à l'égard de l'AMM

Plusieurs études ont cherché à identifier les facteurs pouvant influencer l'attitude envers l'euthanasie et/ou le suicide assisté. Ces prédicteurs concernent autant des variables démographiques, sociales, physiques que psychologiques (Castelli Dransart et al., 2021). Cependant, les résultats varient en fonction de la définition de l'AMM, de son statut légal dans le pays où est réalisée l'étude, mais aussi selon la population interrogée : population générale, personnes âgées, patients, famille, ou encore professionnels de la santé. De plus, de nombreuses études ne distinguent pas l'euthanasie du suicide assisté, et ne les définissent pas pour les participants qui peuvent confondre ces deux pratiques, ce qui peut influencer la fiabilité des résultats (Castelli Dransart et al., 2021; Marcoux, 2011). D'ailleurs, Bérubé et al. (2022) ont montré que, parmi leur échantillon de 966 adultes du Québec, les sous-groupes socioéconomiquement défavorisés et moins éduqués avaient significativement moins de connaissances sur les pratiques de fin de vie.

Facteurs démographiques

Les prédicteurs les plus constants de l'attitude des adultes à l'égard de l'AMM concernent principalement des variables démographiques. En effet, une revue de la littérature effectuée par Castelli Dransart et al. (2021), portant sur l'attitude des personnes âgées de 60 ans et plus envers l'euthanasie et le suicide assisté, indique qu'une attitude favorable était associée à un âge plus jeune, une faible religiosité, et à un degré d'éducation et un statut socio-économique élevés. En revanche, l'étude de Bérubé et al. (2022), menée auprès de 966 adultes Québécois ($M = 56,7$ ans; 92,3 % de femmes), indique que les différences entre les sous-groupes socioéconomiques sont mineures. Les chercheurs ont tout de même trouvé que le niveau d'éducation était associé à des différences au plan de l'attitude. Ainsi, les participants ayant un degré de scolarité inférieur avaient une attitude plus favorable envers le suicide assisté pour un patient atteint d'un cancer terminal, tandis que les personnes ayant un niveau d'étude collégial (préuniversitaire) rapportaient qu'elles seraient, plus susceptibles de faire une requête d'AMM pour elles-mêmes si elles étaient dans cette situation.

Bien que la religiosité soit régulièrement liée à une attitude négative face à l'euthanasie (Castelli Dransart et al., 2021; Lee et al., 2017; Sabriseilabi & Williams, 2022; Sharp, 2019) ou au suicide assisté (Castelli Dransart et al., 2021; Lapierre et al., 2018), chacune des facettes de l'expérience religieuse (croyances, pratique assidue, affiliation religieuse, intégration dans la vie quotidienne, etc.) n'est pas liée de la même manière à l'attitude à l'égard de l'AMM (Sabriseilabi & Williams, 2022). Par exemple,

des croyances sur la vie après la mort (paradis) étaient associées à une attitude plus favorable envers l'euthanasie (Sabriseilabi & Williams, 2022).

La recension systématique des écrits de Castelli Dransart et al. (2021) sur les prédicteurs de l'AMM chez les aînés relève des résultats plus hétérogènes en ce qui concerne les facteurs physiques, tels que la santé ou le niveau de fonctionnement, les facteurs psychologiques, tels que les troubles dépressifs et anxieux, ainsi que les facteurs sociaux.

Facteurs physiques

Les facteurs physiques, tels que le déclin fonctionnel ou la douleur, ne semblent pas être des facteurs prédisant significativement le recours à l'AMM (Castelli Dransart et al., 2021). Par exemple, les entrevues réalisées par Nuhn et al. (2018), avec 23 patients qui demandaient l'AMM, révèlent que la douleur physique était rarement mentionnée comme une cause de souffrance par les participants. Par ailleurs, les raisons principales pour recourir à l'AMM étaient une peur de la souffrance future et une qualité de vie inacceptable, le plus souvent en raison d'une perte d'autonomie, de mobilité, de capacité à communiquer, ou à participer à des activités significatives. Pourtant, la maladie physique et la douleur sont des critères prédominants dans la réglementation de l'AMM et constituent une des principales justifications de sa légalisation (Assemblée nationale du Québec, 2012).

La peur de l'avenir et des conséquences du déclin éventuel des capacités physiques semble toutefois être un des facteurs qui motivent fréquemment les demandes (Pearlman et al., 2005) ou qui constituaient des éléments clés de la souffrance de 53 personnes de 80 ans et plus qui sont décédées par AMM aux Pays-Bas (van den Berg et al., 2021). Par ailleurs, dans une étude sur les raisons motivant 56 personnes vivant en Oregon (États-Unis) à demander le suicide assisté, les préoccupations concernant les symptômes physiques futurs étaient cotées comme très importants comparativement aux symptômes physiques ressentis au moment de l'enquête (Ganzini et al., 2009).

Facteurs psychologiques

Selon la recension systématique de Castelli Dransart et al. (2021), quelques études tendent à montrer que la dépression serait liée à une attitude favorable envers l'AMM pour soi-même, chez des Néerlandais âgés de 64 ans et plus (Buiting et al., 2012) ou chez des patients âgés ayant divers problèmes de santé physique ou mentale à qui on présentait différents scénarios cliniques hypothétiques (Blank et al., 2001; Hooper et al., 1997; Sullivan et al., 1998).

Par ailleurs, les traits de personnalité pourraient aussi influencer l'attitude face à l'euthanasie. À ce propos, une étude, réalisée auprès d'un échantillon de Néozélandais, révèle que les participants qui ont des scores élevés sur les échelles d'extraversion, de conscience et de névrotisme avaient une attitude favorable envers l'euthanasie, tandis que

ceux qui avaient des scores élevés sur les échelles d'agréabilité et d'honnêteté-humilité ont montré moins d'appui à l'euthanasie et à sa légalisation (Lee et al., 2017).

Les études plus récentes tendent surtout à considérer les enjeux de santé mentale, tels que la dépression, dans l'évaluation de l'aptitude à consentir à l'administration de l'AMM ou dans le cadre de son application future à des patients souffrant uniquement de souffrances psychiques intolérables et incurables. Certaines préoccupations relatives à la dépression majeure auraient ainsi été soulevées, sachant que le désespoir, la faible estime de soi et les pensées suicidaires sont trois de ses symptômes cardinaux (Waring, 2019). Par ailleurs, une revue de la littérature s'est intéressée aux profils des patients psychiatriques ayant demandé ou reçu l'euthanasie ou le suicide assisté aux Pays-Bas, en Belgique ou en Suisse et aux enjeux éthiques associés (Calati et al., 2021). Les auteurs soulignent les points communs entre ces patients et les personnes s'étant suicidées, notamment au niveau de la présence des troubles de l'humeur et de la personnalité (Calati et al., 2021).

Facteurs sociaux

Selon la recension systématique de Castelli Dransart et al. (2021), quelques études ont vérifié si la solitude (Buiting et al., 2012; Cicirelli, 1997), la satisfaction envers ses relations familiales (Seidlitz et al., 1995) et la perception d'être un fardeau (Rodríguez-Prat et al., 2019) pouvaient prédire l'attitude face à l'AMM. Cependant, le pouvoir prédictif de ces trois variables disparaît lorsqu'on contrôle d'autres variables, telles que la

religiosité des participants (Castelli Dransart et al., 2021). Par ailleurs, une étude qualitative de Dees et al. (2011), réalisée auprès de 31 patients ayant demandé l'euthanasie ou le suicide assisté, révèle que ces derniers avaient le sentiment d'avoir perdu leur valeur sociale, c'est-à-dire qu'ils ne se sentaient pas importants pour la société ou pour leurs proches. Parmi les autres thèmes exprimés par ces patients, les auteurs relèvent le sentiment d'être un fardeau pour leurs proches et pour les soignants, ainsi que la perte d'autonomie, d'indépendance et de contrôle (Dees et al., 2011). Finalement, des résultats de recherche indiquent que le fait d'avoir une perception âgiste de la vieillesse, soit le fait d'avoir des stéréotypes négatifs à propos de l'avance en âge, était un prédicteur d'une attitude favorable à l'égard de l'euthanasie chez les personnes de 60 ans et plus (Lapierre et al., 2019).

Bien que les résultats concernant les prédicteurs psychologiques et sociaux soient plus hétérogènes et instables que les prédicteurs démographiques, il demeure essentiel de les étudier puisqu'ils figurent souvent parmi les motifs principaux de souffrance des personnes qui demandent l'AMM (Downar et al., 2023; Henry et al., 2023; van den Berg et al., 2021). Ainsi, outre les variables démographiques, des variables psychologiques et sociales peuvent venir influencer de différentes façons l'attitude qu'une personne aura envers l'AMM et le fait d'y avoir recours. Dans cet essai, il sera plus spécifiquement question de deux variables relationnelles qui n'ont pas été explorées dans les recherches sur l'attitude à l'égard de l'AMM : l'attachement à l'âge adulte et le sentiment de compter

aux yeux d'autrui. Le rationnel derrière le choix de ces variables sera présenté dans les deux prochaines sections.

Attachement

La théorie de l'attachement a été développée par Bowlby (1969, 1973, 1980), qui s'intéressait à la relation entre l'enfant et son parent, notamment aux conséquences d'une séparation précoce entre les deux (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). L'attachement, tel que décrit par Bowlby (1969), est un système inné de comportements visant à assurer la survie de l'enfant en le motivant à rechercher la proximité des personnes qui prennent soin de lui et le protègent (généralement les parents). Le système d'attachement se manifeste lorsque l'enfant se sent effrayé, inquiet ou vulnérable. La figure d'attachement sert de base de sécurité à partir de laquelle l'enfant explore le monde et vers laquelle il revient s'il se sent menacé (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

La réponse habituelle de la figure d'attachement aux besoins de l'enfant déterminera le degré de sécurité intérieure de l'enfant. En général, une disponibilité émotionnelle et un contact physique harmonieux, de la part d'une figure d'attachement cohérente et réactive, permettent le développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant. À l'inverse, une figure qui répond de manière imprévisible ou incohérente amène ce dernier à développer un style d'attachement insécurisant, pouvant être caractérisé par de l'anxiété d'abandon ou de l'évitement de l'intimité (Bowlby, 1973, 1980; Weinfield et al., 2015). Les expériences de l'enfant avec sa figure d'attachement l'amèneront à créer progressivement

un modèle intériorisé de croyances sur la façon dont les relations interpersonnelles fonctionnent. Ce modèle déterminera son niveau de confiance aux autres et le sentiment de mériter ou non l'amour d'autrui (Bowlby, 1973, 1980; Dugravier & Barbey-Mintz, 2015; Weinfield et al., 2015).

Ainsworth et son équipe ont observé et décrit les réactions d'enfants à la suite d'une séparation avec la mère (figure d'attachement), puis lors de leur réunion avec elle, à l'aide de l'expérimentation en laboratoire de la *Situation étrange*. Cette étude a permis d'identifier trois styles d'attachements distincts : sécurisant, évitant et anxieux (Ainsworth et al., 1978). Un attachement sécurisant favorise l'exploration tout en favorisant la recherche de sécurité auprès de la figure d'attachement en cas de menace. Un attachement évitant se caractérise par une sous-activation du système d'attachement, entraînant une tendance à masquer sa détresse émotionnelle et à considérer que l'on ne peut pas faire confiance aux autres. Un attachement anxieux ou ambivalent se caractérise par une suractivation du système d'attachement, se traduisant par une augmentation de la détresse de l'enfant lors de la séparation avec le parent. (Ainsworth et al., 1978; Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Plus tard, Main et Solomon (1990) ont ajouté un quatrième style d'attachement, l'attachement désorganisé, qui se caractérise par des comportements inhabituels qui fluctuent entre anxiété et évitement.

L'attachement à l'âge adulte

Bien que les travaux initiaux de Bowlby sur l'attachement concernent la relation de l'enfant envers sa mère, cette théorie revêt aussi de l'importance à l'âge adulte. En effet, selon Mistycki et Guedeney (2007), les expériences internalisées d'attachement durant l'enfance formeraient chez l'adulte des schémas cognitifs durables qui influenceraient les réactions de la personne lorsqu'elle se trouve en situation de stress et éclaireraient les interactions qu'elle établira plus tard avec son entourage.

Les quatre styles d'attachement

Les premiers à s'être penchés spécifiquement sur l'attachement à l'âge adulte furent Hazan et Shaver (1987, 1990, 1994). Ils ont transposé la théorie de l'attachement à l'étude des relations amoureuses chez les adultes et les adolescents, en utilisant initialement les trois styles d'attachement (sécurisant, évitant et anxieux) identifiés par Ainsworth. Par la suite, Bartholomew (1990), puis Bartholomew et Horowitz (1991), ont proposé un modèle de quatre styles d'attachement à l'âge adulte : sécurisant, anxieux ou préoccupé, évitant ou détaché, ainsi que craintif. Selon Bartholomew & Horowitz (1991), ces quatre styles d'attachement (voir Figure 1) résultent de la combinaison entre les représentations de soi, positives ou négatives (le soi étant considéré comme digne ou indigne d'amour et d'attention), et les représentations, positives ou négatives, des autres (perçus comme disponibles et attentionnés, ou distants et rejetants).

Le style d'attachement sécurisant (représentation de soi et des autres positive) implique un sentiment d'être digne d'amour et la perception que les autres sont généralement accueillants et disponibles. Le style anxieux (représentation de soi négative et des autres positive) comprend un sentiment d'indignité et d'impossibilité à être aimé, qui s'accompagne simultanément d'une vision positive des autres. Ce style amènerait la personne à rechercher l'approbation des autres afin de s'accepter elle-même, mais aussi à craindre l'abandon. Le style évitant (représentation de soi positive et des autres négative) comporte un sentiment de valeur personnelle, tout en ayant une disposition négative envers les autres. Cela amènerait la personne à se protéger contre la déception en évitant l'intimité et en maintenant un sentiment d'indépendance et une impression d'invulnérabilité. Enfin, le style craintif (représentation de soi et des autres négative) englobe à la fois un sentiment d'être indigne d'amour et une vision négative de l'autre. Cela conduirait la personne à éviter les relations intimes pour se protéger du rejet anticipé de l'autre (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Figure 1

Patrons d'attachement prototypiques selon Bartholomew et Horowitz (1991)

		Représentations de soi	
		Positives	Négatives
Représentations des autres	Positives	<p>Sécurisant</p> <p>À l'aise avec l'intimité et l'interdépendance</p>	<p>Anxieux</p> <p>Besoin de proximité mais peur d'être rejeté(e)</p>
	Négatives	<p>Évitant</p> <p>Évite la proximité, valorise l'autosuffisance et l'indépendance</p>	<p>Crainitif</p> <p>Peur d'être blessé(e), difficulté à faire confiance même si désir de se rapprocher d'autrui</p>

De plus, le style d'attachement serait associé à la prise de décision (Attar, 2024; Halama & Pitel, 2016). Les deux études qui se sont penchées sur cet aspect ont mesuré le style décisionnel à l'aide du *Melbourne Decision-Making Questionnaire* (MDMQ) de Mann et al. (1997). Cet outil permet de mesurer un style adapté, la vigilance, où la personne tient compte des choix à sa disposition et leurs conséquences avant de prendre une décision, ainsi que trois styles décisionnels inadaptés. Ces derniers sont l'hypervigilance, amenant à prendre des décisions hâtives pour réduire la tension liée à la prise de décision, la déresponsabilisation, visant à remettre la responsabilité à un autre pour en éviter les répercussions, ainsi que la procrastination, qui consiste à reporter et éviter la décision pour réduire le stress qui y est associé (Mann et al., 1997). Dans l'étude qualitative d'Attar (2024) ayant interrogé 11 jeunes adultes universitaires, ceux présentant un attachement sécurisant étaient plus enclins à adopter le style décisionnel adaptatif, tandis que ceux ayant un attachement insécurisant tendaient davantage vers les styles

inadaptés. Quant à Halama et Pitel (2016), ils observent un lien entre l'utilisation d'un style décisionnel inadapté et les styles d'attachements anxieux et craintif dans un échantillon de 161 infirmières.

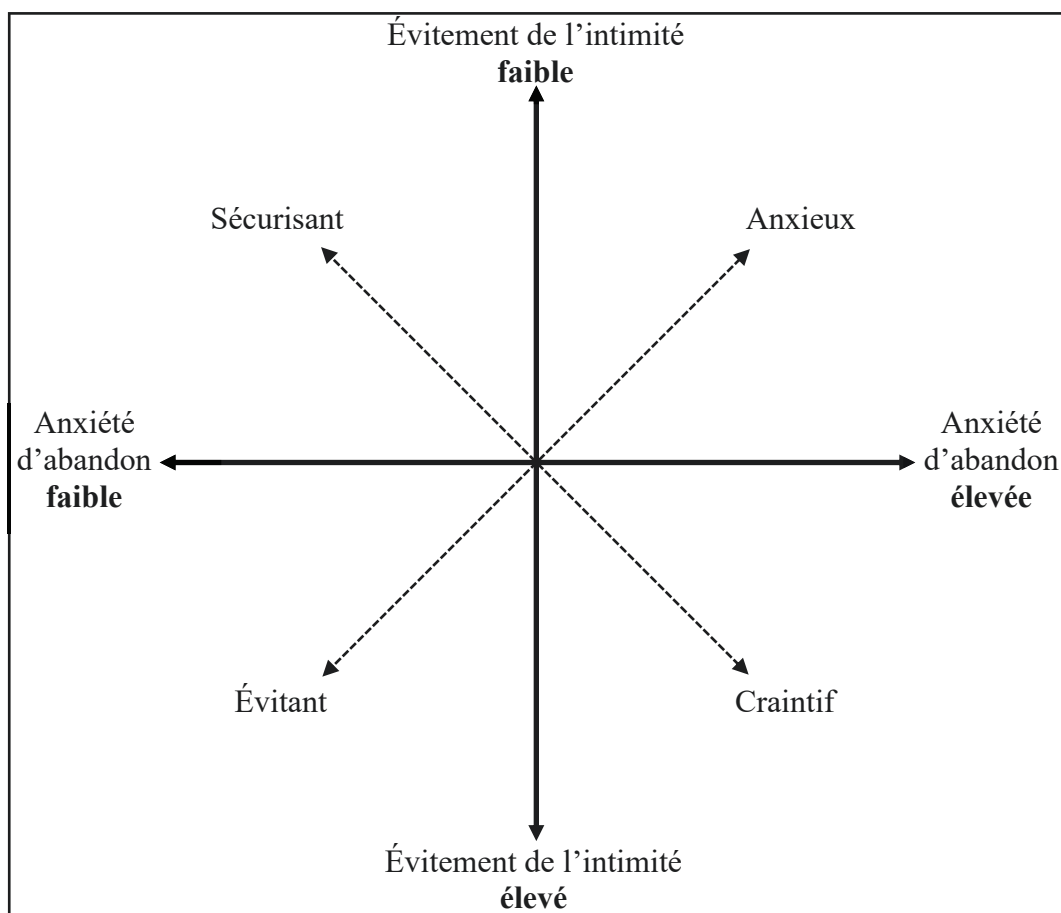
Toutefois, selon Bartholomew (1990), ces catégories représentent plutôt des prototypes et il est rare que les individus ne manifestent qu'un seul style d'attachement. En conséquence, les mesures catégorielles de l'attachement comportent des limites, car elles impliquent que les différents styles d'attachement s'excluent mutuellement et supposent que les thèmes associés à chaque style forment un tout cohérent (Feeney, 2016; Fraley et al., 2015). C'est pour cette raison que la plupart des chercheurs mesurent les différences individuelles de l'attachement de manière dimensionnelle plutôt que catégorielle. Autrement dit, ils considèrent que les styles d'attachement varient en degrés plutôt qu'en nature (Gillath et al., 2016). Finalement, Fraley et al. (2015) considèrent que l'évaluation de l'attachement est plus stable avec un modèle comportemental utilisant des dimensions plutôt que des catégories, bien que certains chercheurs utilisent un modèle dimensionnel pour classer les participants en catégories selon les styles d'attachement.

Modèle comportemental à dimensions continues

Le style d'attachement peut donc aussi être identifié à partir de deux dimensions continues, soit l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon (Brennan et al., 1998; Fraley et al., 2015; Mikulincer & Shaver, 2016; Simpson & Rholes, 2017). Chacune des dimensions est mesurée sur un continuum (voir Figure 2).

Figure 2

Le modèle bidimensionnel de l'attachement de Fraley et al. (2015)



La dimension de l'anxiété reflète le degré avec lequel une personne craint l'abandon, le rejet et la séparation et recherche l'approbation et l'intimité. Les personnes ayant un score élevé sur cette dimension ont tendance à s'appuyer sur des stratégies d'hyperactivation qui se traduisent par des tentatives énergiques pour maintenir la proximité et conserver le soutien et l'amour des autres, tout en craignant que ces besoins soient insatisfaits. La dimension de l'évitement indique dans quelle mesure une personne

se méfie des autres, préfère garder une distance émotionnelle avec eux, et cherche à maintenir son indépendance. Les personnes ayant un score élevé sur cette dimension ont tendance à s'appuyer sur des stratégies de désactivation, c'est-à-dire en niant leurs besoins d'attachement et en évitant la proximité et l'interdépendance dans les relations (Mikulincer & Shaver, 2016). Diamond et al. (2006) rapporte que, dans son échantillon de 74 couples adultes, les stratégies de désactivation de l'attachement seraient associées à une indépendance compulsive et à une faible détresse rapportée dans les relations, mais aussi à une forte activation physiologique, suggérant une répression des signes de détresse. Les personnes qui obtiennent un faible score sur ces deux dimensions présentent généralement un attachement sécurisant et ont tendance à utiliser des stratégies de régulation des affects qui sont constructives et efficaces (Mikulincer & Shaver, 2016).

Récemment, une étude longitudinale de Fraley et al. (2021) a vérifié le degré de variation de l'attachement de 4 000 participants sur une période de 23 mois en fonction de divers événements de vie. Ces événements concernaient trois domaines : les relations interpersonnelles (mariage, rupture, conflits de couple, décès d'un ami ou membre de la famille, etc.), le travail et la santé. Les chercheurs constatent que la moitié des événements examinés ont conduit à des changements immédiats dans le style d'attachement des adultes, mais seulement quelques-uns (tels que la perte d'un proche, ou apprendre qu'un ami ou un membre de la famille est gravement malade) affectaient durablement ce profil d'attachement. De plus, il y avait de grandes différences interindividuelles dans la manière dont les événements modifiaient l'attachement (Fraley et al., 2021).

L'attachement chez les aînés

L'attachement évoluant au cours de la vie (Fraley, 2019), la répartition des styles d'attachement ne serait pas identique à tous les âges. En effet, comme le montre la revue systématique de Van Assche et al. (2013), plusieurs études ont trouvé davantage d'attachement évitant (Chopik et al., 2013; Diehl et al., 1998; Magai et al., 2001; Magai et al., 2016), et moins d'attachement anxieux (Chopik et al., 2013; Cicirelli, 2010; Magai et al., 2016), chez les adultes plus âgés que chez les adultes plus jeunes. De plus, en vieillissant, la nature et l'identité des figures d'attachement changent. En effet, tandis que le nombre de relations d'attachement tend à diminuer avec l'âge, les personnes âgées rapportent une plus grande diversité dans le profil des figures d'attachement (partenaire, proche aidant, docteur, Dieu, etc.), qui remplissent diverses fonctions, comparativement aux adultes plus jeunes (Van Assche et al., 2013). Ainsi, le style d'attachement évolue au cours de la vie, avec des changements dans les figures d'attachement selon le développement de l'individu et ses expériences relationnelles.

Il existe une littérature limitée, mais croissante, sur l'attachement à un âge avancé (Howe & Betts, 2023). Par exemple, les participants ($n = 94$; 64-85 ans) présentant un attachement sécurisant ou évitant obtiennent des scores plus élevés aux sept échelles de qualité de vie que ceux présentant un attachement anxieux ou craintif (Bodner & Cohen-Fridel, 2010). De plus, il y a une différence significative au plan de l'âgisme c'est-à-dire la tendance à vouloir éviter les contacts avec les personnes âgées, entre les participants ayant un attachement sécurisant et ceux ayant un attachement craintif, les premiers

exprimant significativement moins d'âgisme que les seconds (Bodner & Cohen-Fridel, 2010). De leur côté, Van Assche et al. (2020) ont observé que l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon étaient associés à des scores élevés d'anxiété et de dépression chez les aînés.

L'attachement aurait aussi des implications importantes pour l'adaptation aux symptômes et aux limitations fonctionnelles associés au vieillissement (Consedine et al., 2013). Par exemple, une étude menée auprès de 1 118 aînés de 65 ans et plus ($M = 73,8$ ans) vivant dans la communauté a révélé que les styles d'attachement sécurisant et craintif prédisaient une plus grande expression de symptômes liés à la maladie physique que le style évitant (Consedine et al., 2013). Cependant, seul l'attachement craintif prédisait une plus grande fréquence de plaintes en rapport avec les limitations fonctionnelles. De plus, les affects négatifs étaient médiateurs dans la relation entre l'attachement craintif et l'expression des symptômes et des limitations fonctionnelles. Les auteurs suggèrent que les personnes ayant un attachement craintif auraient une moins bonne santé tout en ayant tendance à catastrophiser et à interpréter leurs symptômes de manière négative, tandis que les personnes évitantes rapporteraient moins de symptômes, malgré une santé objective plus faible, en raison de leur besoin à être autosuffisantes et autonomes. Quant aux personnes avec un attachement sécurisant, bien qu'elles rapportent plus de symptômes, elles gèreraient mieux leur santé grâce à une meilleure adaptation et un recours plus efficace aux soins (Consedine et al., 2013).

L'attachement peut aussi éclairer sur les façons dont les gens perçoivent le soutien familial reçu dans le cadre d'une condition de dépendance liée au vieillissement. Ainsi, dans un échantillon de 1 118 personnes âgées vivant dans la communauté, celles ayant un attachement sécurisant bénéficiaient davantage de l'effet positif du soutien émotionnel familial (associé à une plus grande proximité et intimité), et étaient moins affectées par l'effet néfaste du soutien instrumental (associé à des sentiments désagréables de dépendance et de perte d'autonomie) que celles ayant plus d'insécurité d'attachement (Merz & Consedine, 2009).

Attachement et attitude envers la maladie

Le système d'attachement influence aussi la régulation des émotions et le style de coping, lorsque la personne perçoit une menace lui faisant vivre du stress ou de la détresse (Mikulincer & Florian, 2003; Simpson & Rholes, 2017). En effet, les études antérieures ont montré que l'attachement à l'âge adulte peut affecter les réponses d'adaptation aux menaces existentielles et aux insécurités liées au vieillissement (Consedine et al., 2013; Van Assche et al., 2013, 2020). D'autres études se sont intéressées au style d'attachement dans le contexte de la maladie chez les adultes (Adam et al., 2018; Adshead & Guthrie, 2015; Meredith & Strong, 2019; Pietromonaco & Beck, 2019). Par exemple, Adshead et Guthrie (2015) ont montré que le style d'attachement peut atténuer ou augmenter le stress associé à la maladie, notamment en influençant la manière dont le malade interprète la douleur ou les dysfonctionnements, gère le stress de sa condition, ou interagit avec les soignants et ses proches aidants. L'insécurité d'attachement, qu'elle soit sous la forme de

l'anxiété d'abandon ou de l'évitement de l'intimité, serait associée à des réponses physiologiques au stress qui sont dérégées (haute réactivité de la réponse cardiovasculaire, immunitaire et de production de cortisol) et des comportements de santé à risque (abus de substances, mauvaises habitudes alimentaires, faible activité physique, etc.), entraînant une susceptibilité aux maladies physiques, telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, ou le diabète, ainsi que des signes d'un moins bon état de santé, tels qu'une plus haute tension (Pietromonaco & Beck, 2019).

De plus, plusieurs facteurs associés à l'insécurité d'attachement, tels que des stratégies d'adaptation rigides et moins adaptées, des relations difficiles avec les soignants, ou une réaction physiologique accrue au stress, représentent des facteurs de risque pour le développement et la gestion de problèmes de santé chroniques (Meredith & Strong, 2019).

Par ailleurs, une revue de la littérature de Adams et al. (2018) indique que l'anxiété d'abandon serait associée à plus d'engagement et de participation aux traitements chez les personnes ayant des problèmes médicaux, tandis que l'évitement de l'intimité aurait un lien inverse, avec un engagement et une participation moindre. Les personnes ayant un attachement anxieux pourraient ainsi avoir plus facilement tendance à surutiliser le système de santé afin de rechercher réconfort et soutien face à leur détresse, tandis que la sous-utilisation du système de santé chez les personnes ayant un attachement évitant serait

conforme à leur tendance à éviter de partager leur détresse et de faire appel à autrui dans l'adversité (Adams et al., 2018).

L'attachement en contexte de fin de vie

Les personnes en phase terminale ou dont la maladie est dégénérative peuvent éprouver un sentiment de menace croissante à mesure que la maladie progresse, que les traitements échouent, que l'invalidité augmente et que la mort se rapproche (Hales, 2016). Quelques études se sont intéressées à l'attachement en contexte de fin de vie (Scheffold et al., 2018; Shalev et al., 2022; Vehling et al., 2019; Zaporowska-Stachowiak et al., 2019).

Selon Scheffold et al. (2018), le style d'attachement des patients affecte la perception du soutien social et influence leurs réactions aux sentiments de dépendance et de perte de contrôle. Les discussions autour de la mort peuvent également être particulièrement éprouvantes pour les patients en phase terminale ayant un style d'attachement anxieux, car la mort représente la séparation ultime avec les figures d'attachement (Scheffold et al., 2018). D'ailleurs, dans son étude empirique, réalisée auprès de 162 patients atteints d'un cancer avancé, Scheffold et al. (2018) constatent que les styles anxieux et craintif prédisaient des scores élevés d'anxiété de mort, tandis que le style craintif prédisait significativement la dépression.

Par ailleurs, selon une étude empirique de Vehling et al. (2019), réalisée auprès d'un échantillon de 382 patients atteints d'un cancer au stade avancé ($M = 59,6$ ans), l'attachement anxieux, et, dans une moindre mesure, l'attachement évitant, étaient associés à plus de démoralisation. La sécurité d'attachement agirait comme facteur de protection contre la démoralisation en favorisant des relations plus ouvertes et flexibles, contribuant ainsi à réduire la solitude, à maintenir l'espoir, et à donner un sens à la vie chez les personnes confrontées à la progression inévitable de la maladie vers la mort (Vehling et al., 2019).

Les relations interpersonnelles constituent un élément important de l'expérience de fin de vie (Comité national d'éthique sur le vieillissement, 2018; Cottrell & Duggleby, 2016). Selon Shalev et al. (2022), le style d'attachement des patients en soins palliatifs peut affecter considérablement leurs relations avec les professionnels de la santé et il est utile de connaître leur style pour améliorer la communication et ajuster les interventions en fin de vie. Par exemple, selon les observations cliniques de Shalev et al. (2022), les patients ayant une forte anxiété d'abandon auraient souvent tendance à rechercher la proximité et le réconfort auprès des soignants, tandis que ceux qui évitent l'intimité préfèrent garder leurs distances et préserver leur indépendance. L'étude quantitative de Zaporowska-Stachowiak et al. (2019), réalisée auprès de 110 patients en soins palliatifs (52 hommes et 58 femmes), âgés entre 36 et 80 ans, indique que 54 % de l'échantillon présentait un attachement sécurisant, 18 % un attachement évitant, 9 % un attachement anxieux et 19 % un attachement craintif, indiquant une répartition des styles

d'attachement similaire à celle observée dans la population générale. Les résultats de Zaporowska-Stachowiak et al. (2019) sur les relations avec les soignants confirment les observations cliniques de Shalev et al. (2022). En effet, chez les patients en soins palliatifs, un style d'attachement sécurisant était lié à une meilleure relation avec les soignants que les styles d'attachement insécurisants, bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre les styles insécurisants dans la qualité de la relation avec les soignants.

Enfin, selon une étude empirique de Kowal et al. (2012), réalisée auprès d'un échantillon de 238 patients atteints de douleurs chroniques, le sentiment d'être un fardeau serait davantage présent chez les personnes ayant un attachement anxieux. Ce sentiment particulièrement courant chez les patients gravement malades ou en phase terminale (Kowal et al., 2012; McPherson et al., 2007) serait l'un des principaux déclencheurs du désir de hâter sa mort (Rodríguez-Prat et al., 2019).

L'attachement et les idées et comportements suicidaires

Bien que certains auteurs fassent une distinction marquée entre l'AMM et le suicide (Bostwick et al., 2024), d'autres mettent de l'avant les similitudes dans les motivations pour mettre fin à ses jours (Friesen, 2020; Mishara & Weisstub, 2018, 2024). Il est donc important de considérer les études qui examinent les liens possibles entre le style d'attachement et la suicidalité (idéations suicidaires, planification, tentatives de suicide).

Selon une recension systématique (Zortea et al., 2021) et une méta-analyse (MacNeil et al., 2023) récentes, l'attachement sécurisant agirait comme facteur de protection contre les idées et comportements suicidaires chez les adultes, tandis que l'attachement insécurisant serait un facteur de vulnérabilité qui compromet la capacité à gérer les enjeux relationnels et augmente le risque de suicide. Dans la recension systématique de Zortea et al. (2021), la grande majorité des études indiquaient que tous les styles d'attachements insécurisants étaient associés aux idéations et aux comportements suicidaires, sans que les auteurs ne puissent tirer de conclusions concernant les différences entre les styles d'attachements insécurisants au niveau des formes de suicidalité. Cependant, selon la méta-analyse de MacNeil et al. (2023), les trois « catégories » d'attachements insécurisants seraient liés aux idéations suicidaires, mais seuls le style anxieux et le style craintif (styles d'attachement associés à une anxiété d'abandon élevée) seraient des facteurs de risque des tentatives de suicide. Au niveau des « dimensions » de l'attachement, l'anxiété d'abandon serait significativement liée aux idéations suicidaires, mais pas l'attachement évitant. De plus, l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité seraient tous deux associés aux comportements suicidaires, mais l'association est plus forte pour l'anxiété d'abandon (MacNeil et al., 2023). Cela s'expliquerait par le fait que les personnes ayant un attachement anxieux seraient plus susceptibles de craindre et de susciter des ruptures dans leurs relations sociales, de vivre plus de détresse, et de se sentir exclues ou de se percevoir comme un fardeau pour leur entourage (MacNeil et al., 2023).

Chez les personnes âgées, un haut niveau d'anxiété d'abandon serait associé à la suicidalité (idéations suicidaires, planification, et tentatives de suicide) au cours de la vie et à la sévérité du risque suicidaire dans un échantillon de 119 participants ($M = 69,6$ ans) avec dépression majeure (Oon-arom et al., 2019). Toutefois, il n'y avait aucun lien significatif entre le style d'attachement évitant et la suicidalité dans ce même échantillon.

Pourtant, Smith et al. (2015) avaient observé une différence significative ($p = 0,01$) au plan de l'attachement évitant entre des patients en phase terminale qui avaient fait une demande de suicide assisté (Orégon, États-Unis) et ceux qui n'étaient pas intéressés par cette pratique. Ainsi, les personnes qui avaient fait une demande de suicide assisté avaient un score d'attachement évitant plus élevé que l'autre groupe. Les chercheurs expliquaient ce résultat par le fait que ceux qui avaient demandé le suicide assisté considéraient que leurs principales motivations avaient trait à la perte d'indépendance anticipée et au besoin de contrôler les circonstances de leur mort, ce qui est cohérent avec un style d'attachement évitant qui se caractérise par l'importance accordée à l'autosuffisance (Smith et al., 2015). Des résultats similaires ont été trouvés par Oldham et al. (2011) à la suite d'entrevues réalisées auprès des membres de la famille de patients en phase terminale. Les patients qui avaient demandé le suicide assisté étaient plus souvent décrits par leur famille comme ayant un style d'attachement évitant, et moins souvent comme ayant un style anxieux, comparativement aux patients en phase terminale qui n'avaient pas fait de demande.

En conclusion, le style d'attachement pourrait jouer un rôle significatif dans la compréhension de l'attitude envers l'AMM, notamment à travers les dynamiques émotionnelles et relationnelles qu'il influence. Les individus présentant un attachement anxieux pourraient ainsi être plus enclins à envisager l'AMM comme une réponse à leur détresse, tandis que ceux ayant un attachement évitant, valorisant l'indépendance et l'autonomie, pourraient y voir une manière de maintenir le contrôle face à la dépendance anticipée.

Sentiment de compter pour autrui

Introduit au début des années 80 par Rosenberg et McCullough (1981), le concept de *mattering* correspond au sentiment de compter pour autrui. Ce concept reflète le besoin d'avoir de l'importance et de la valeur aux yeux des autres. Tous les êtres humains partagent le besoin de se sentir valorisés et importants pour leur entourage et de sentir que les personnes significatives dans leur vie se soucient d'eux (Flett & Heisel, 2020). Flett (2022) considère que le *mattering* est une ressource psychologique vitale pour la personne, nécessaire à l'établissement de sa propre valeur personnelle, aux relations humaines significatives et à l'acceptation sociale qui sont essentielles pour favoriser son épanouissement.

Malgré des similitudes, le sentiment de compter pour autrui se différencie de l'estime de soi (Flett, 2018). L'estime de soi renvoie à la composante évaluative de l'image de soi et réfère à la perception que l'individu a de lui-même (Rosenberg, 1965), tandis que le

sentiment de compter pour autrui renvoie à la perception qu'a l'individu d'être important pour les autres (Rosenberg & McCullough, 1981) et implique nécessairement un aspect relationnel (Marshall, 2001). Des chercheurs ont confirmé que le *mattering* est une variable qui explique le bien-être des participants de manière plus importante que l'estime de soi (Dixon, 2007; Matera et al., 2020).

Composantes du *mattering*

Les divers travaux sur le sentiment de compter pour autrui ont relevé sept composantes qui caractérisent ce concept (Flett, 2018; Rosenberg, 1985; Rosenberg & McCullough, 1981). Il s'agit de 1) la perception d'être important pour les autres et que ces derniers se soucient de nous; 2) le sentiment d'être utile aux autres et qu'ils ont besoin ou dépendent de nous; 3) le sentiment d'être digne de l'attention et de l'intérêt d'autrui; 4) la sensation que les autres sont impliqués émotionnellement et touchés par ce qui nous arrive (fiers de nos accomplissements et tristes de nos échecs); 5) la croyance qu'on manquerait à quelqu'un si on était absent; 6) le sentiment d'être apprécié; 7) le sentiment d'être unique et spécial aux yeux des personnes qui nous sont chères. Par ailleurs, Prilleltensky (2020) et Scarpa et al. (2022) ajoutent qu'en plus du sentiment d'avoir de la valeur pour les autres, le concept de *mattering* implique aussi de conférer ou d'accorder de la valeur aux autres, que ce soit en établissant des relations harmonieuses avec eux ou par l'engagement dans sa communauté et la société. C'est pour cette raison que la générativité, une étape développementale clé après 50 ans, correspondant à une

implication envers les générations futures, serait aussi étroitement liée au *mattering* (Erikson et al., 1994; Flett & Heisel, 2020).

Flett (2018) a aussi élaboré un construit complémentaire mais distinct du *mattering*, l'*anti-mattering*, qui désigne le sentiment d'être invisible et insignifiant pour les autres. Ce sentiment était courant chez les personnes âgées durant la pandémie de Covid-19, qui se demandaient si elles comptaient aux yeux des autres, en raison de l'âgisme sociétal et des décisions gouvernementales qui reflétaient un manque de respect à leur égard (Flett & Heisel, 2020).

Facteurs associés au *mattering* chez les personnes âgées

Plusieurs études soulignent l'importance du sentiment de compter pour autrui chez les personnes âgées (Dixon, 2007; Flett & Heisel, 2020; Francis & Brauer, 2022; Ziff, 2016). Par exemple, Dixon (2007) observe que le sentiment de compter pour autrui est associé positivement au sens à la vie, au bien-être général, et négativement à la dépression chez des personnes âgées entre 73 et 92 ans ($M = 83,5$ ans). Par ailleurs, puisque le fait d'être utile aux autres est un thème associé à un vieillissement positif (Killen & Macaskill, 2020), il n'est pas surprenant que l'étude longitudinale de Piliavin et Siegl (2007) ait démontré que le bénévolat ait eu un effet positif sur le bien-être psychologique grâce à l'influence médiatrice du *mattering* entre ces deux variables. Ainsi, le bénévolat favorise le bien-être psychologique, en partie parce qu'il amène les gens à sentir qu'ils ont un rôle important à jouer dans leur communauté et que leur existence est importante.

Enfin, Francis (2022) observe que le sentiment de compter pour autrui est une variable médiatrice de la relation entre la fréquence d'utilisation de Facebook et la diminution de la solitude, dans un échantillon de 517 adultes âgés isolés ($M = 70$ ans). Ainsi, ce serait par l'augmentation du sentiment de compter pour autrui que la fréquence d'utilisation de Facebook aurait une influence bénéfique sur la solitude des participants (Francis, 2022).

Mattering et attachement

Un autre aspect à prendre en considération serait la relation entre le niveau de *mattering* et le style d'attachement. Deux études portant sur des étudiants universitaires ont exploré cette relation. Dans la première, le niveau de *mattering* est associé négativement aux deux dimensions de l'attachement, soit l'anxiété d'abandon ($r = -0,41$) et l'évitement de l'intimité ($r = -0,37$), et joue un rôle de médiateur entre l'attachement et la santé mentale (Raque-Bogdan et al., 2011). Dans la seconde étude (Flett et al., 2020), le sentiment de compter pour autrui était significativement corrélé aux différentes catégories d'attachement, soit positivement à l'attachement sécurisant (confiance en soi et aux autres) et négativement avec les styles d'attachement anxieux (besoin d'approbation et inquiétude à propos de ses relations avec autrui) et évitant (inconfort avec la proximité et faible importance accordée aux relations interpersonnelles). De plus, le sentiment de ne pas compter pour autrui était une variable prédictive de la dépression, même en contrôlant pour les divers styles d'attachement (Flett et al., 2020). On peut noter que la rumination était une variable médiatrice de la relation négative entre le *mattering* et la dépression. Ces résultats concernent toutefois une population étudiante et aucune

étude ne semble encore avoir vérifié s'ils peuvent être appliqués à une population plus âgée.

Mattering et suicide

Bien que le sentiment de compter pour autrui n'ait pas fait l'objet de recherche à titre de facteur de protection du suicide chez les personnes âgées (Ki et al., 2024), certaines études montrent qu'il est négativement corrélé à la présence d'idéations suicidaires (Joiner Jr et al., 2009; Milner et al., 2016) et de comportements suicidaires (Holden et al., 2018) dans des échantillons d'étudiants et de travailleurs. Plus récemment, Etherson et al. (2022) ont constaté que le sentiment d'être invisible (*anti-mattering*) était lié aux idéations suicidaires chez des étudiants universitaires.

Mattering et désir de mourir

Bien qu'aucune étude n'ait encore examiné le lien entre le concept de *mattering* et l'AMM, la souffrance associée au sentiment de ne pas compter pour autrui serait une thématique récurrente chez les personnes âgées qui considèrent que leur vie est complétée et qu'elle ne vaut plus la peine d'être vécue (van Wijngaarden et al., 2015). En effet, des entrevues réalisées auprès de 25 personnes de plus de 70 ans, qui exprimaient le désir de mourir sans être atteintes d'une maladie incurable ou terminale, montrent que les participants ont tous parlé du sentiment de ne pas compter pour autrui. Ils ont exprimé des sentiments de solitude, caractérisés par une distance par rapport aux autres, un manque de relations significatives et de camaraderie. Ils se considéraient inutiles pour leur entourage

ou la société. La plupart des témoignages révélaiient un désir intense d'apporter leur contribution, mais les répondants estimaient que leur participation n'était pas prise au sérieux.

Par ailleurs, une revue de la littérature sur les motivations et les expériences sous-jacentes au désir de mourir des personnes âgées qui sont « fatiguées de vivre » et qui considèrent que leur « vie est complétée » a rapporté que la perception de ne plus avoir de valeur, d'utilité ou d'importance provoque le sentiment d'être invisible et suscite la dépréciation de soi et le détachement de la personne de sa communauté (van Wijngaarden et al., 2014). Il est important de noter que les gouvernements des Pays-Bas et de la Belgique discutent de la rédaction de projets de loi visant à donner aux personnes âgées de 75 ans et plus la possibilité de se faire euthanasier si elles estiment avoir terminé leur vie (Appel & van Wijngaarden, 2021). Il est donc important d'étudier le concept de *mattering* et son lien avec l'attitude à l'égard de l'AMM.

À la lumière des résultats des études décrites précédemment, il est possible de penser que le sentiment de ne pas compter pour autrui pourrait affecter l'attitude envers l'AMM, particulièrement chez les personnes âgées. En effet, ce sentiment étant présent dans les récits des personnes exprimant un désir de mourir (van Wijngaarden et al., 2015) et associé aux idées et comportements suicidaires des adultes (Holden et al., 2018; Joiner Jr et al., 2009; Milner et al., 2016), il pourrait contribuer à une souffrance existentielle susceptible de motiver la demande d'AMM. Par ailleurs, l'étude du concept de *mattering* pourrait

aussi permettre de mieux saisir si le fait de se sentir valorisé et utile pourrait être associé à un désir moindre d'avoir recours à l'AMM.

Objectif et hypothèses

L'objectif de cette recherche vise donc à mieux comprendre les liens que peuvent avoir l'anxiété d'abandon, l'évitement de l'intimité, ainsi que le sentiment de compter pour autrui, avec l'attitude à l'égard de l'AMM et à l'intention d'y recourir dans l'avenir. Plus précisément, il s'agit d'examiner de quelles manières ces variables relationnelles peuvent être liées aux décisions des personnes âgées de 60 ans et plus de faire une demande d'AMM dans divers scénarios hypothétiques.

À la lumière de la recension de la littérature scientifique, il est possible de formuler les trois hypothèses suivantes :

1. Il est attendu que les participants présentant des scores élevés d'évitement de l'intimité (attachement évitant) aient une opinion favorable à l'égard de l'AMM et expriment davantage l'intention d'y recourir dans les scénarios hypothétiques.
2. Il est attendu que les participants présentant des scores élevés d'anxiété d'abandon (attachement anxieux) aient une opinion favorable envers l'AMM et expriment davantage l'intention d'y recourir dans les scénarios hypothétiques.
3. Il est attendu que les répondants présentant un score élevé de *mattering* aient une opinion défavorable envers l'AMM et expriment moins l'intention d'y recourir dans les scénarios hypothétiques.

Selon les résultats obtenus dans les analyses corrélationnelles, des analyses exploratoires tenteront de vérifier si le sentiment de compter pour autrui pourrait exercer un effet médiateur entre l'attachement et l'intention de recourir à l'AMM.

Méthode

Ce second chapitre présente la méthode utilisée pour réaliser cette étude. Il comporte trois parties. La première présente le déroulement de la procédure employée pour recruter les participants. La deuxième décrit les différents questionnaires administrés ainsi que leurs propriétés psychométriques. Finalement, la troisième partie brosse un portrait des caractéristiques générales de l'échantillon.

Déroulement

L'objectif du recrutement était de contacter des personnes de 60 ans et plus afin de leur faire connaître l'étude sur l'AMM. L'âge était donc le seul critère de sélection des participants. Ces derniers ont été sollicités par la présentation d'une courte annonce qui décrivait succinctement le but de la recherche. Elle leur fournissait un numéro de téléphone ainsi qu'une adresse courriel, afin que les personnes intéressées à participer puissent contacter le chercheur, qui leur donnait alors plus de détails sur la nature de leur participation. L'annonce a été partagée par l'Infolettre de l'Université du troisième âge de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et sur les réseaux sociaux, notamment sur des pages et groupes Facebook.

Les personnes qui acceptaient de participer à la recherche recevaient, selon leur préférence, une version papier ou électronique des questionnaires. Les questionnaires

en format papier étaient envoyés aux participants par la poste, accompagnés d'une lettre d'information sur la recherche, incluant le formulaire de consentement (voir Appendice A), et d'une enveloppe préaffranchie pour retourner sans frais les questionnaires complétés. Dans le cas de la passation en ligne, les participants recevaient un lien hypertexte les menant sur une plateforme sécurisée, la Banque interactive de questions (BIQ) de l'UQTR. Une page de présentation obligeait les participants à prendre connaissance du formulaire d'information et de consentement, avant de pouvoir remplir les questionnaires. Le recrutement a eu lieu entre octobre 2023 et mars 2024. Toutes les personnes ont accepté de participer à la recherche sur une base volontaire et sans compensation de nature financière ou autre. Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche - Psychologie et psychoéducation (CÉRPPÉ) de l'UQTR¹.

Instruments de mesure

Les participants ont complété quatre questionnaires (voir Appendice B). Le premier recueille les informations sociodémographiques habituelles, ainsi que la perception de leur état de santé, de leur capacité à répondre financièrement à leurs besoins et de la qualité de leurs relations avec leurs proches. Le second mesure l'opinion envers l'AMM et comporte des questions sur l'intention d'y recourir dans divers scénarios hypothétiques. Le troisième est un instrument mesurant le niveau d'évitement de l'intimité et d'anxiété d'abandon des participants. Enfin, le quatrième évalue le sentiment de compter pour autrui. Les trois derniers questionnaires sont décrits de manière détaillée ci-dessous.

¹ # de certificat : CERPPE-23-15-07.08

Attitude face à l'aide médicale à mourir

La mesure de l'intention de recourir à l'AMM est une adaptation de celle utilisée par Lacerte (2017) dans le cadre d'une recherche sur l'attitude des personnes âgées à propos de l'euthanasie. Le questionnaire prend soin de fournir une définition de l'AMM. Il comporte une question mesurant l'opinion générale du participant à l'égard de l'administration de l'AMM où il répond sur une échelle de type Likert en 6 points allant de (1) *Très défavorable* à (6) *Très favorable*. Ensuite, le participant doit indiquer à quel point il a l'intention de faire une demande d'AMM dans chacun des neuf scénarios hypothétiques qui lui sont proposés en utilisant une échelle de type Likert en 6 points allant de (1) *Absolument pas* à (6) *Absolument*. Les neuf scénarios présentés varient en fonction du pronostic (surtout le délai avant la mort), du stade de la maladie, du niveau d'isolement social et du type de limitations fonctionnelles induites par la maladie. À titre d'exemple, le premier scénario présenté est « Pensez-vous demander l'aide médicale à mourir si vous êtes très malade (ex. cancer incurable) et vous allez mourir dans un futur proche? ». Un score global moyen a aussi été calculé sur ces neuf questions afin d'avoir une idée de leur tendance générale à vouloir recourir à l'AMM dans divers scénarios. Le coefficient de consistance interne (alpha de Cronbach) obtenu pour l'ensemble des items pour les scénarios hypothétiques était de 0,94, suggérant une excellente cohérence interne.

Finalement, six questions abordent les expériences concrètes vécues par le participant dans le cadre de l'AMM et des soins palliatifs. Elles s'intéressent à la qualité de ces

expériences (positives ou négatives) et à leur influence sur leur perception actuelle de l'AMM.

Style d'attachement à l'âge adulte

L'attachement du participant a été mesuré en utilisant l'approche du modèle comportemental à dimensions continues (Brennan et al., 1998; Fraley et al., 2015; Mikulincer & Shaver, 2016; Simpson & Rholes, 2017). Le *Adult Attachment Questionnaire* (Simpson et al., 1996) a été traduit en français par le chercheur principal. Cet outil comporte 17 items qui présentent des manières de se sentir avec autrui et auxquels le participant répond sur une échelle de type Likert en 7 points, allant de (1) *Fortement en désaccord* à (7) *Fortement d'accord*. Le questionnaire permet d'obtenir un score d'évitement de l'intimité calculé à l'aide de 8 items (par exemple : « Je n'aime pas que les gens se rapprochent trop de moi »), ainsi qu'un score d'anxiété d'abandon calculé à l'aide des 9 autres items (par exemple : « Je m'inquiète souvent que mon ou mes proches ne m'aiment pas vraiment »). Un attachement sécurisant est reflété par un score faible sur ces deux dimensions. Dans une étude portant sur un échantillon de couples de jeunes adultes ($M = 19,3$ ans), les coefficients de consistance interne de l'indice d'évitement (alphas de Cronbach = 0,70 pour les hommes et 0,74 pour les femmes) et de l'indice d'anxiété (0,72 pour les hommes et 0,76 pour les femmes) étaient acceptables (Simpson et al., 1996). Toutefois, à notre connaissance, ce questionnaire ne semble pas avoir été validé auprès d'une population âgée. Dans la présente étude, le coefficient de

consistance interne de l'indice d'évitement de l'intimité était de 0,78 et celui de l'indice d'anxiété d'abandon de 0,76.

Sentiment de compter aux yeux des autres

Le sentiment d'avoir de la valeur pour autrui a été mesuré à l'aide du *General Mattering Scale* (Marcus & Rosenberg, 1987). Cet outil contient 5 items, tels que « À quel point vous sentez-vous important pour les autres ? », auxquels le participant répond sur une échelle de type Likert en cinq points allant de (1) *Pas du tout* à (4) *Beaucoup*. Un score élevé indique que la personne a le sentiment d'être importante et de compter pour les autres. Plusieurs études attestent de la fiabilité et de la validité de cette mesure (Flett, 2018), tel qu'un alpha de Cronbach de 0,85 auprès d'un échantillon d'adultes de plus de 55 ans et de 0,86 auprès d'un échantillon d'adultes retraités (Froidevaux et al., 2016). Le questionnaire a été traduit en français par Lapierre (2021). Le coefficient de consistance interne dans la présente étude était de 0,81, indiquant une bonne cohérence interne de l'instrument.

Participants

Parmi les 113 personnes ayant répondu aux questionnaires, trois ont été exclues de l'échantillon final, soit parce qu'elles ne remplissaient pas le critère d'âge, soit parce qu'elles n'avaient pas complété l'ensemble des questionnaires. L'échantillon final est donc composé de 110 personnes de 60 ans et plus issues de la population générale, dont 85 femmes et 25 hommes.

L'âge des participants varie entre 60 et 84 ans ($M = 67,8$ ans; $ÉT = 5,83$). La plupart sont mariés ou conjoints de fait (58,2 %), alors que 20 % sont séparés/divorcés, 10 % célibataires et 11,8 % veufs. La majorité (74,5 %) a au moins un enfant. Ils ont complété en moyenne 15,8 années de scolarité ($ÉT = 2,35$). La plupart d'entre eux considèrent que leur revenu actuel leur permet de satisfaire très bien (52,3 %) ou assez bien (28,4 %) leurs besoins.

Sur le plan de la santé, 58,2 % des participants considèrent qu'elle est très bonne ou excellente, s'ils la comparent à celle d'autres personnes de leur âge, alors que 27,3 % la décrivent comme bonne et que 14,5 % la décrivent comme fragile, mauvaise ou très mauvaise. Toutefois, une certaine proportion des participants rapporte qu'ils ne peuvent pas participer à une activité pour des raisons de santé (32,7 %), ont besoin d'aide pour les tâches domestiques (13,8 %), ou ont le sentiment d'être un fardeau pour leurs proches (12,7 %). De plus, 30,3 % des participants disent qu'ils souffrent souvent de douleurs physiques. Le Tableau 1 présente les caractéristiques relationnelles et de santé de l'échantillon. On peut noter que les participants sont généralement satisfaits de leurs relations avec leur entourage.

Tableau 1*Caractéristiques de l'échantillon (N = 110)*

Variabes	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Capacité à satisfaire ses besoins matériels /5	4,29	0,88
Évaluation de son état de santé /6	4,56	1,05
Fréquence des douleurs physiques /6	3,15	1,23
Intensité de la douleur /10	4,11	1,73
Fréquence du sentiment d'être un fardeau /6	1,53	0,79
Qualité de la relation de couple /6	5,07	0,83
Qualité de la relation avec les enfants /6	4,98	0,99
Qualité de la relation avec les autres membres de la famille /6	4,39	1,14
Qualité de la relation avec les amis /6	4,71	0.81

Résultats

Ce troisième chapitre comporte deux sections. La première section détaille les résultats des analyses descriptives, tandis que la seconde présente les analyses visant à vérifier les hypothèses de recherche.

Analyses descriptives

Les résultats montrent que le niveau d'évitement de l'intimité ($M = 3,55$; $ÉT = 1,06$) est plus élevé que celui d'anxiété d'abandon ($M = 2,64$; $ÉT = 0,96$). Quant au sentiment de compter pour autrui, il est passablement élevé ($M = 3,03$; $ÉT = 0,61$), et même plus élevé que celui d'un autre échantillon québécois ($M = 2,82$) de 72 personnes de 70 ans et plus (Morissette & Lapierre, 2021). Des analyses de comparaison de moyennes indiquent que le sentiment de compter pour autrui est significativement plus élevé ($t = 2,32$, $p = 0,022$) chez les femmes ($M = 3,10$; $ÉT = 0,58$) que chez les hommes ($M = 2,78$; $ÉT = 0,63$), tandis qu'aucune différence significative n'a été observée selon le genre pour les dimensions de l'attachement.

La majorité des participants ont exprimé avoir une opinion positive à l'égard de l'AMM, 68,2 % la jugeant très favorable et 17,3 % favorable, tandis que peu de participants ont rapporté une opinion négative ou mitigée. Ainsi, la moyenne présentée au Tableau 2 reflète l'opinion favorable de l'échantillon à propos de l'AMM.

Le Tableau 2 présente aussi les moyennes de l'intention de recourir à l'AMM dans chacun des scénarios hypothétiques ainsi que la moyenne de l'intention globale d'y recourir ($M = 4,67$). Ainsi, les participants ont rapporté avoir une intention significativement plus grande d'y recourir ($t = 11,12, p < 0,001$) lorsque la mort est proche ($M = 4,93$) que lorsqu'elle est loin ($M = 3,68$), lorsqu'ils sont isolés ($M = 4,97$) que lorsqu'ils sont bien entourés ($M = 4,36$) ($t = 5,81, p < 0,001$), et lorsqu'ils ont un trouble neurocognitif sévère ($M = 5,14$) qu'un trouble à un stade peu avancé ($M = 3,65$) ($t = 12,63, p < 0,001$). Les scénarios où les participants ont indiqué un plus haut niveau de certitude de faire une demande d'AMM sont ceux où ils s'imaginaient être dépendants de leurs proches ($M = 5,35$) ou des professionnels de la santé ($M = 5,32$).

Plus du tiers des participants (40,9 %; $n = 45$) ont rapporté avoir vécu des situations où des personnes proches d'eux ont reçu l'AMM, tandis que la plupart des participants (90,8 %) ont rapporté avoir vécu des situations où des proches ont bénéficié de soins palliatifs. Ces expériences personnelles, tant pour l'AMM que pour les soins palliatifs, ont été jugées positives pour la grande majorité des participants. Ces expériences auraient exercé une influence favorable (54,3 % et 54,5 % respectivement) ou aucune influence (43,5 % et 44,4 % respectivement) sur leur attitude à l'égard de l'AMM. Seuls un participant (2,2 %) ayant vécu des expériences avec l'AMM et un autre participant distinct (1 %) ayant vécu des expériences en soins palliatifs ont indiqué que ces expériences avaient exercé une influence négative sur leur attitude à l'égard de l'AMM.

Tableau 2

Moyennes et écarts-types de l'opinion envers l'AMM et l'intention d'y recourir dans des situations particulières (N = 110)

Variables/6	M	ÉT
Opinion envers l'AMM	5,17	1,61
Intention globale de recourir à l'AMM	4,67	1,14
Vous êtes très malade et vous allez mourir dans un futur proche.	4,93	1,41
Vous êtes très malade, mais vous pouvez encore vivre un ou deux ans.	3,68	1,48
Vous êtes très malade, vous allez mourir à cause de cette maladie et vous êtes isolé.	4,97	1,40
Vous êtes très malade, vous allez mourir à cause de cette maladie et vous êtes bien entouré par vos proches.	4,36	1,52
Vous avez un trouble neurocognitif dégénératif incurable, comme la maladie d'Alzheimer, à un stade peu avancé.	3,65	1,65
Vous avez un trouble neurocognitif dégénératif incurable, comme la maladie d'Alzheimer, à un stade avancé, et vous serez bientôt incapable de prendre vos propres décisions.	5,14	1,27
Vous êtes atteint(e) d'une maladie physique incurable qui exigera qu'un ou plusieurs de vos proches vous lavent et vous fassent manger.	5,35	1,16
Vous êtes atteint(e) d'une maladie physique incurable qui exigera que des professionnels (préposés, infirmières) vous lavent et vous fassent manger?	5,32	1,28
Vous êtes très malade et, pour le reste de votre vie, vous serez incapable de faire les activités qui vous plaisent actuellement?	4,58	1,47

De plus, la qualité des expériences avec l'AMM est associée à une intention globale plus grande d'y recourir hypothétiquement dans l'avenir ($r = 0,44$, $p = 0,003$), tandis que l'expérience avec les soins palliatifs n'est pas corrélée avec l'intention d'utiliser l'AMM. Néanmoins, il est important de noter que les questionnaires ne donnaient pas une définition des soins palliatifs et qu'il est possible que certains participants les confondent avec l'AMM, puisque les soins palliatifs visent l'accompagnement des mourants. Les résultats semblent toutefois suggérer que la qualité de l'expérience avec les soins palliatifs n'a pas amené les participants à avoir l'intention de recourir à l'AMM dans l'avenir.

Analyses corrélationnelles

L'objectif principal de cette étude était d'examiner les relations entre les trois variables relationnelles et l'opinion générale face à l'AMM et l'intention d'y recourir dans le futur. Les corrélations de Pearson ont été utilisées pour tester les hypothèses. Toutefois, il est d'abord important d'examiner les corrélations entre les trois variables relationnelles (voir Tableau 3). Les analyses indiquent que les scores d'évitement de l'intimité et d'anxiété d'abandon sont corrélés positivement l'un à l'autre, tandis qu'ils sont tous deux corrélés négativement au sentiment de compter pour autrui.

Tableau 3*Corrélations entre les trois variables interpersonnelles (N = 110)*

	1	2	3
1. Évitement de l'intimité	-	0,41**	-0,38**
2. Anxiété d'abandon		-	-0,56**
3. Mattering			-

** $p < 0,01$ (bilatéral)

La première hypothèse prévoyait que les participants présentant des scores élevés d'évitement de l'intimité auraient une opinion plus favorable à l'égard de l'AMM et auraient l'intention d'y recourir dans les différents scénarios hypothétiques. Les corrélations présentées au Tableau 4 montrent que l'attachement évitant n'est pas corrélé avec l'opinion générale envers l'AMM, ni avec l'intention d'y recourir dans l'avenir, quelles que soient les situations hypothétiques présentées aux participants. L'hypothèse est donc infirmée.

La seconde hypothèse anticipait que les participants ayant des scores plus élevés d'anxiété d'abandon auraient une opinion plus favorable envers l'AMM et exprimeraient davantage l'intention d'y recourir dans le futur s'ils font face à l'un des scénarios hypothétiques. Les corrélations sont significatives pour les scénarios suivants : très malade et mort lointaine, trouble neurocognitif à un stade peu avancé et à un stade avancé, maladie incurable avec dépendance aux professionnels ainsi qu'incapacité de faire les

Tableau 4

Corrélations entre l'opinion envers l'AMM, l'intention d'y recourir et les scores d'évitement de l'intimité, d'anxiété d'abandon, et de mattering (N = 110)

Variables	Évitement	Anxiété	Mattering
Opinion générale	-0,17	0,07	0,02
Très malade et mort proche	0,02	0,15	-0,14
Très malade et mort lointaine	0,14	0,20*	-0,16
Très malade et isolé	-0,05	0,08	0,05
Très malade et bien entouré	-0,04	0,08	-0,10
Trouble neurocognitif stade peu avancé	0,00	0,21*	-0,17
Trouble neurocognitif stade avancé	0,05	0,19*	-0,18
Maladie incurable, dépendant des proches	0,09	0,16	-0,02
Maladie incurable, dépendant des professionnels	0,04	0,19*	-0,09
Maladie incurable, incapacité de faire les activités plaisantes	-0,01	0,27**	-0,09
Intention globale	0,03	0,21*	-0,13

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (bilatéral)

activités plaisantes pour le reste de sa vie. La corrélation entre l'anxiété d'abandon et l'opinion générale envers l'AMM n'est pas significative, tandis qu'elle l'est avec l'intention globale de recourir à l'AMM ($r = 0,21$, $p = 0,03$). L'hypothèse est donc partiellement confirmée.

La troisième hypothèse anticipait que les participants ayant des scores plus élevés de *mattering* auraient une opinion moins favorable à l'égard de l'AMM et exprimeraient moins fréquemment le désir d'y recourir dans les différents scénarios hypothétiques. Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre le sentiment de compter pour autrui et l'attitude face à l'AMM.

Toutefois, puisque les résultats indiquaient une différence significative dans le niveau de *mattering* entre les hommes et les femmes, des analyses corrélationnelles ont aussi été faites sur les femmes et les hommes séparément. Les résultats indiquent une corrélation négative significative dans trois scénarios chez les femmes ($n = 85$), soit le scénario très malade et mort lointaine ($r = -0,22$, $p = 0,04$), le scénario trouble neurocognitif peu avancé ($r = -0,29$, $p < 0,01$), ainsi que trouble neurocognitif avancé ($r = -0,22$, $p = 0,04$). Ainsi, un faible niveau de *mattering* est associé à une plus grande intention de recourir à l'AMM dans ces trois scénarios chez les femmes. D'autre part, aucune corrélation significative n'a été trouvée chez les hommes ($n = 25$), malgré une corrélation ($r = 0,39$) proche du seuil de signification ($p = 0,053$) dans le scénario très malade et isolé. Cette dernière suggère que les hommes ayant un score élevé de *mattering* seraient probablement plus

enclins à recourir à l'AMM s'ils faisaient face à cette situation. L'hypothèse est donc partiellement confirmée, mais uniquement chez les femmes et seulement pour certains scénarios.

Des analyses de régression linéaire ont ensuite été effectuées à l'aide du logiciel SPSS afin de vérifier si le *mattering* est un médiateur dans la relation entre l'anxiété d'abandon et l'intention de recourir à l'AMM chez les femmes dans les trois scénarios où les corrélations étaient significatives. La Figure 3 présente le modèle de médiation pour le scénario d'une mort lointaine. En premier lieu, on peut constater que l'anxiété d'abandon prédit de manière significative et négative le sentiment de compter pour autrui ($\beta = -0,60$, $t = -6,74$, $p < 0,001$) et que le sentiment de compter pour autrui prédit négativement ($\beta = -0,22$, $t = -2,06$, $p = 0,04$) l'intention de recourir à l'AMM (scénario mort lointaine). La relation entre l'anxiété d'abandon et l'intention de recourir à l'AMM n'est pas significative ($\beta = 0,21$, $t = 1,60$, $p = 0,11$) lorsque l'on contrôle pour l'effet médiateur du *mattering* dans le modèle.

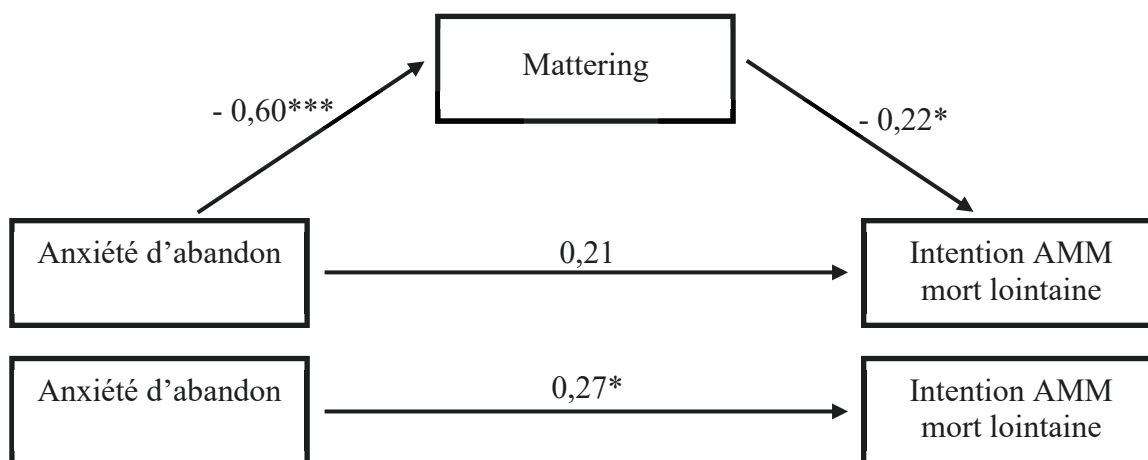
Les résultats des deux autres scénarios sont similaires. Ainsi, l'anxiété d'abandon prédit positivement l'intention de recourir à l'AMM dans le cas d'un trouble neurocognitif peu avancé ($\beta = 0,31$, $t = 2,96$, $p < 0,01$) ou d'un trouble neurocognitif avancé ($\beta = 0,25$, $t = 2,31$, $p = 0,02$), tandis que le *mattering* prédit négativement cette intention dans le cas d'un trouble neurocognitif peu avancé ($\beta = -0,29$, $t = -2,70$, $p < 0,01$) ou avancé ($\beta = -0,22$, $t = -2,07$, $p = 0,04$). Toutefois, en contrôlant pour l'effet du sentiment de

compter pour autrui, la relation n'est plus significative dans le scénario du trouble neurocognitif peu avancé ($\beta = 0,22, t = 1,67, p = 0,10$) et dans celui du trouble neurocognitif avancé ($\beta = 0,18, t = 1,33, p = 0,19$). Les analyses permettent donc de conclure que le sentiment de compter pour autrui est un médiateur de la relation entre l'anxiété d'abandon et l'intention d'avoir recours à l'AMM chez les femmes dans ces trois scénarios.

Dans le scénario de mort lointaine, le modèle global explique 8 % de la variance de l'intention des femmes de recourir à l'AMM ($F(2, 82) = 3,46, p = 0,04$). Dans le scénario de trouble neurocognitif peu avancé, le modèle global explique 11 % de la variance de l'intention du recours à l'AMM ($F(2, 80) = 5,12, p < 0,01$). Quant au scénario de trouble neurocognitif avancé, le modèle global explique 7 % de la variance de l'intention du recours à l'AMM ($F(2, 82) = 3,04, p = 0,053$). Il semble donc que le sentiment de compter pour autrui et l'anxiété d'abandon expliquent une part significative de la variance de l'intention des femmes de recourir à l'AMM dans ces scénarios. Cependant, il faut retenir qu'une forte portion de la variance de cette intention est expliquée par des variables qui n'ont pas été étudiées ici.

Figure 3

Modèle de médiation du mattering dans la relation entre l'anxiété d'abandon et l'intention d'avoir recours à l'AMM (scénario de mort lointaine)



* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ (bilatéral)

Discussion

Le présent chapitre met en perspective les résultats de l'étude. Il comporte trois parties. La première tente d'expliquer les résultats à la lumière des constats des études antérieures. La deuxième partie identifie les forces et les faiblesses de l'étude, alors que la dernière partie suggère quelques recommandations pour les recherches subséquentes et souligne ses retombées potentielles pour l'intervention.

Interprétation des résultats

La présente étude visait à vérifier si l'évitement de l'intimité, l'anxiété d'abandon et le sentiment de compter pour autrui étaient associés à l'opinion à l'égard de l'AMM et l'intention de faire une demande pour soi dans des situations hypothétiques particulières.

Toutefois, avant d'aborder l'examen de ces relations, il serait utile de s'intéresser au style d'attachement des participants. Tout d'abord, les résultats montrent que, dans cet échantillon, le score d'évitement de l'intimité est plus élevé que le score d'anxiété d'abandon. Ceci est cohérent avec les résultats d'études antérieures ayant trouvé respectivement une proportion d'attachement évitant plus grande (Chopik et al., 2013; Diehl et al., 1998; Magai et al., 2001; Magai et al., 2016) et une proportion plus faible d'attachement anxieux (Chopik et al., 2013; Cicirelli, 2010; Magai et al., 2016) chez les adultes plus âgés que chez les adultes plus jeunes. Quant aux corrélations négatives entre le sentiment de compter pour autrui et les deux dimensions de l'attachement, elles sont

similaires à celles obtenues par Raque-Bogdan et al. (2011) et Flett et al. (2020) auprès d'échantillons d'étudiants universitaires.

Pour ce qui est de l'opinion à l'égard de l'AMM, elle n'était associée à aucune des trois variables relationnelles. Cela pourrait s'expliquer par la faible variance de l'opinion des participants à propos de l'AMM. En effet, la majorité d'entre eux avaient une opinion très favorable de l'AMM, ce qui est régulièrement observé dans des groupes qui ont un niveau d'éducation élevé comme c'est le cas dans le présent échantillon.

Concernant la première hypothèse, aucun lien significatif n'a été détecté entre l'évitement de l'intimité et l'intention d'y recourir éventuellement. Pourtant, Smith et al. (2015) avaient observé que les patients qui avaient fait une demande de suicide assisté avaient un score d'attachement évitant plus élevé que les personnes qui n'étaient pas intéressées par cette pratique. L'étude de Smith et al. (2015), tout comme celle de Oldham et al. (2011), ont été réalisées en Oregon, où la seule pratique autorisée est le suicide assisté. Dans la présente étude, les questions ne portent que sur l'euthanasie, la seule forme d'AMM disponible au Québec, où le patient dépend d'une tierce personne pour recevoir l'intervention menant au décès. Cette distinction pourrait expliquer les différences de résultats avec les études de Smith et al. (2015) et d'Oldham et al. (2011). En effet, il est possible que les personnes ayant un attachement évitant, caractérisé par un besoin d'indépendance et d'autodétermination, soient moins interpellées par l'euthanasie que par

le suicide assisté, puisque ce dernier nécessite que la personne mette fin elle-même à ses jours.

De plus, les études de Smith et al. (2015) et d'Oldham et al. (2011) ont été menées auprès des malades en phase terminale, tandis que la présente étude interroge des aînés en relativement bonne santé. Or, il y a une différence importante entre le choix effectué par une personne qui vit réellement une maladie en phase terminale et celui de participants qui se prononcent sur leur intention dans des scénarios hypothétiques (Blake & Blake, 2023; Emanuel et al., 2000). Toutefois, en se basant sur la théorie de l'action raisonnée, Cheng et al. (2022) observent que dans le contexte de la planification des directives anticipées, les personnes âgées qui ont l'intention de les préparer ont tendance à accomplir les démarches nécessaires pour compléter les formulaires qui indiqueront leur choix en cas d'inaptitude. Il faut noter que la perception des participants de l'opinion des membres de leur entourage à propos de l'AMM n'a pas été intégrée à la présente recherche. Cette dernière pourrait influencer considérablement leur intention et leur comportement éventuel selon le modèle de l'action raisonnée.

En revanche, les résultats suggèrent un lien positif significatif, bien que faible, entre l'anxiété d'abandon et l'intention globale de faire une demande d'AMM ($r = 0,21$), ainsi que dans cinq scénarios hypothétiques (entre 0,19 et 0,27). La relation entre l'anxiété d'abandon et l'intention de recourir à l'AMM pourrait s'expliquer par les réactions face aux peurs liées à la maladie et à la fin de vie. Les personnes avec un attachement anxieux

ou craintif montrent généralement une plus grande anxiété face à la mort (Scheffold et al., 2018). Confrontées à des scénarios de maladies graves, les personnes ayant un attachement anxieux pourraient ainsi être plus disposées à envisager l'AMM comme solution pour éviter la détérioration de leur état et le prolongement de leur souffrance. Pour elles, l'AMM pourrait représenter une manière d'éviter une confrontation prolongée avec la mort, qui serait source de grande anxiété. De plus, étant plus enclines à surutiliser les services de santé (Adams et al., 2018), les personnes ayant un attachement anxieux pourraient plus facilement considérer le recours à l'AMM lorsqu'elles perçoivent que ces services ne parviennent plus à soulager leurs souffrances ou à fournir un accompagnement personnalisé. Selon MacNeil et al. (2023), les personnes ayant un attachement anxieux sont plus susceptibles de craindre les ruptures dans leurs relations, de vivre plus de détresse, de se sentir exclues, ou de se percevoir comme un fardeau pour leur entourage. Cet état suscite fréquemment des idéations et des comportements suicidaires (MacNeil et al., 2023), mais il pourrait aussi amener ces personnes à demander la mort par AMM, une pratique socialement plus acceptable que le suicide (Mishara & Weisstub, 2018, 2024).

Les personnes ayant un attachement anxieux pourraient être plus favorables à l'utilisation de l'AMM dans les scénarios de mort lointaine, de troubles neurocognitifs et d'incapacité à participer à des activités plaisantes, notamment en raison de leur difficulté à s'adapter à la maladie (Meredith & Strong, 2019), leur manière d'interpréter la douleur ou les dysfonctionnements, de gérer le stress de leur état de santé (Adshead & Guthrie, 2015), ainsi que leur besoin intense de réconfort et de proximité auprès de leur entourage

et des soignants (Shalev et al., 2022). Ainsi, les personnes ayant un attachement anxieux pourraient s'inquiéter considérablement de leur capacité à s'adapter aux pertes et craindre davantage d'être délaissées par leurs proches dans ces moments de vulnérabilité, en raison de leur représentation négative d'elles-mêmes.

Concernant le scénario de dépendance vis-à-vis des professionnels, la perspective d'avoir à établir des relations avec des inconnus pourrait accentuer leur anxiété en raison de leur insécurité relationnelle. Dans une étude de Graf et al. (2020), réalisée auprès de 771 patientes atteintes d'un cancer du sein ou gynécologique (M = 50,6 ans), l'anxiété d'abandon était un prédicteur important de besoins non satisfaits en matière de soins de soutien. Selon Graf et al. (2020), malgré une forte motivation à se tourner vers les autres en cas de besoin, les personnes ayant un attachement anxieux auraient plus de difficultés à formuler une demande d'aide ou à rechercher du soutien en raison de leur peur accrue du rejet et de l'utilisation de stratégies d'adaptation moins efficaces.

Enfin, les résultats suggèrent un lien significatif entre le sentiment de compter pour autrui et l'intention d'avoir recours à l'AMM, mais uniquement chez les femmes, et ce, tant dans le scénario concernant une mort lointaine que dans ceux relatifs à un trouble neurocognitif (avancé ou peu avancé). Pour les femmes, le sentiment de compter pour autrui pourrait être associé à une intention moindre d'opter pour l'AMM lorsque la mort est lointaine, car cela impliquerait une séparation prématurée qui serait moins attrayante pour celles qui se sentent importantes aux yeux de leurs proches. Le sentiment de compter

pour autrui leur permettrait aussi d'être conscientes de leur valeur et de leur importance pour leur entourage, indépendamment de leur état actuel ou de leurs capacités cognitives, ce qui pourrait expliquer une intention moindre de recourir à l'AMM dans les scénarios impliquant un trouble neurocognitif. L'absence de résultats significatifs chez les hommes peut être attribuée au manque de puissance statistique des analyses en raison du faible effectif masculin ($n = 25$), malgré une seconde étape de recrutement visant spécifiquement les hommes. Cette situation limite les conclusions possibles sur les liens entre les variables relationnelles et l'intention de recourir à l'AMM chez les hommes.

Une étude de Bonhag et Froese (2022), ayant interrogé un échantillon représentatif d'adultes américains composé de 665 femmes ($M = 52,8$ ans) et 514 hommes ($M = 54,6$ ans), s'est intéressée aux différences entre les hommes et les femmes dans ce qui leur procure le sentiment de compter pour autrui. Bien qu'ils partagent de nombreuses sources de *mattering*, les femmes seraient davantage influencées par leurs relations avec leurs proches (rôle parental ou degré de proximité avec leurs amis), tandis que les hommes seraient davantage influencés par leur rôle dans la société, tel que l'affiliation à un parti politique, à des organisations locales ou l'appartenance subjective à une classe sociale (Bonhag & Froese, 2022). Les rôles traditionnels masculins soulignent l'importance d'être actif dans le monde et de réussir sa carrière, impliquant que la qualité des relations avec leurs proches ne serait pas suffisante pour que les hommes sentent qu'ils comptent (Bonhag & Froese, 2022). Ces différences entre les genres dans les sources de *mattering* pourraient expliquer la plus faible intention des femmes ayant un haut niveau de *mattering*

de recourir à l'AMM. En effet, il est sans doute plus facile pour les femmes de préserver les relations significatives avec leurs proches, mais plus difficile pour les hommes de pouvoir continuer à être des membres productifs de la société dans des situations de maladies graves.

Considérant la forte corrélation négative entre le *mattering* et l'anxiété d'abandon chez les femmes, des analyses de régression ont été effectuées pour vérifier le rôle médiateur du *mattering* dans la relation entre l'anxiété d'abandon et l'intention de recourir à l'AMM dans les trois scénarios hypothétiques. Les résultats indiquent d'ailleurs que le sentiment de compter pour autrui est effectivement une variable médiatrice de cette relation. Cette observation confirme que le *mattering* est une ressource psychologique vitale qui est nécessaire à l'individu pour établir sa valeur personnelle et établir des relations humaines significatives essentielles à son épanouissement et au désir de vivre (Flett, 2022).

Forces et limites de la recherche

La principale force de cette étude est qu'elle est l'une des premières à s'intéresser au lien entre l'attachement et l'attitude envers l'AMM, ainsi qu'au lien de cette dernière avec le sentiment de compter pour les autres. De plus, la présente recherche interroge directement la population la plus susceptible d'être confrontée à ce choix, c'est-à-dire les personnes de 60 ans et plus, tandis que la majorité des études questionnent des adultes plus jeunes, des professionnels de la santé ou des proches des patients. Il faut également

mentionner que l'étude donne aux participants une définition claire de l'aide médicale à mourir (euthanasie) afin d'éviter la confusion avec d'autres termes.

Toutefois, cette étude comporte aussi plusieurs limites qu'il est important de soulever afin d'avoir un regard éclairé et critique sur les conclusions qui peuvent en être tirées. Tout d'abord, les enjeux liés au recrutement ont contribué à ce que l'échantillon soit peu représentatif de la population générale. En effet, la majorité du recrutement a eu lieu via des annonces sur Facebook, ainsi que via une annonce dans l'infolettre de l'Université du troisième âge. Il est ainsi fort probable que l'échantillon soit constitué de personnes qui sont davantage présentes en ligne et qui possèdent un ordinateur ou une tablette. En effet, selon une enquête canadienne sur l'utilisation de l'internet (Statistique Canada, 2022), 74,7 % des personnes de 65 ans et plus auraient envoyé ou reçu un courriel au cours du dernier mois, mais seulement 43,5 % auraient utilisé un site ou une application de réseaux sociaux au cours de cette même période.

De plus, les caractéristiques démographiques de l'échantillon indiquent que les participants sont en moyenne jeunes ($M = 67,8$ ans), très éduqués ($M = 15,8$ années de scolarité), en bonne santé, et ont une situation financière satisfaisante, ce qui n'est pas représentatif de la population des aînés, mais caractérise les utilisateurs d'internet de ce groupe d'âge (Davidson & Schimmele, 2019). En effet, au Québec en 2021, seulement 16,1 % des adultes de 65 ans et plus avaient un niveau d'étude équivalent ou supérieur à un baccalauréat, soit égal ou supérieur à 16 années de scolarité (Statistique Canada, 2024).

Le recrutement ayant été fait sur internet, il a été plus difficile de rejoindre les personnes ayant moins d'éducation ou provenant d'un milieu socioéconomique modeste. Finalement, pour des raisons éthiques, le recrutement n'a pas permis d'obtenir le point de vue de personnes souffrant de maladies graves, dégénératives ou chroniques. La faible proportion d'hommes dans l'échantillon limite aussi la généralisation des résultats.

Par ailleurs, puisque la participation se faisait sur une base volontaire et sans compensation, l'étude comporte probablement un fort biais d'autosélection. La plupart des répondants avaient ainsi probablement un intérêt préexistant pour le thème de l'AMM et souhaitaient exprimer leur opinion. De plus, il est démontré que les personnes de scolarité ou de niveau socioéconomique élevé sont plus favorables à l'AMM (Castelli-Dransart et al., 2021). Cela pourrait impliquer que le niveau d'accord à l'égard de l'AMM et l'intention d'y recourir hypothétiquement dans l'avenir ont été surestimés.

De plus, les participants ont rempli les questionnaires à leur domicile, mais aucune information n'est disponible sur le contexte dans lequel ils ont été complétés. Ainsi, il est impossible de déterminer si la passation a eu lieu dans une atmosphère exempte d'influences extérieures, telles que la présence ou l'interaction avec des proches, ou encore l'utilisation d'internet pour accéder à diverses sources d'information sur l'AMM.

L'intention très favorable des participants à faire une demande d'AMM, que ce soit au niveau de l'intention globale ($M = 4,67/6$) et de certains scénarios ($M > 5/6$ dans trois

scénarios), a pu limiter la capacité des analyses statistiques à détecter les associations avec les variables relationnelles. Comme mentionné précédemment, cette attitude très favorable pourrait s'expliquer par le biais d'autosélection, ainsi que par les caractéristiques démographiques des participants, dont le degré de scolarité élevé et le niveau socioéconomique favorisé sont généralement associés à une attitude positive à l'égard de l'AMM (Castelli Dransart et al., 2021).

Au niveau des outils de mesure, les scénarios hypothétiques représentent aussi une limite. En effet, compte tenu de l'ambivalence des malades en phase terminale face à l'utilisation de l'AMM pour éliminer leur propre souffrance (Ferrand et al., 2012; Marcoux et al., 2005; Seller et al., 2019), il est légitime de se demander dans quelle mesure l'intention d'y recourir éventuellement par des répondants actuellement en santé reflète fidèlement le comportement que ces derniers adopteront lorsqu'ils seront réellement confrontés à l'une de ces situations. Une étude américaine de Blake et Blake (2023) a tenté d'explorer cette question. Les chercheurs ont donc comparé les motivations à choisir l'AMM chez des personnes atteintes d'une maladie incurable qui avaient pris la décision de hâter leur mort par suicide assisté (groupe décidé) à celles d'un groupe de personnes en relativement bonne santé, partisan de l'AMM (groupe partisan). Les résultats montrent des différences significatives entre les deux groupes, indiquant que le groupe partisan était plus susceptible d'envisager de hâter sa mort que le groupe décidé dans les situations suivantes : douleur non contrôlée, fatigue, incontinence, difficulté à respirer, perte de mémoire et confusion, perte d'autonomie et qualité de vie insatisfaisante (Blake & Blake,

2023). D'autre part, ceux du groupe décidé étaient plus susceptibles que ceux du groupe partisan de considérer sérieusement l'idée de hâter leur mort s'il n'y avait plus de traitements disponibles pour améliorer leur qualité de vie et s'ils devaient envisager de vivre dans un centre de soins de longue durée. L'isolement, l'absence de personnes chères, l'incapacité à avoir une vie qui ait du sens et le sentiment d'être un fardeau pour autrui étaient des motivations similaires aux deux groupes pour demander la mort. Il semble donc que l'anticipation de conditions de vie difficiles, telles que présentées dans des scénarios hypothétiques, soit davantage associée à des attitudes favorables envers l'AMM que le fait de les vivre réellement. Il est donc probable que l'intention des répondants de faire une demande d'AMM dans les scénarios impliquant une dépendance ou un trouble neurocognitif ne soit pas représentative du choix qu'ils adopteraient réellement s'ils devaient gérer ces situations.

Enfin, bien que les versions originales en anglais des mesures utilisées pour évaluer l'attachement et le *mattering* possédaient de bonnes qualités psychométriques, les traductions en français n'ont pas été validées et n'ont jamais été employées auprès d'une population de personnes âgées. On peut tout de même noter que les coefficients de consistance interne étaient similaires à ceux indiqués dans les versions originales. Il aurait sans doute été préférable d'utiliser le questionnaire *Experiences in Close Relationships* (ECR) de Brennan et al. (1998), un outil qui mesure les dimensions de l'attachement et qui a été validé auprès des personnes âgées (Van Assche et al., 2013). De plus, il existe une traduction en français validée auprès d'un échantillon d'adultes ($M = 30$ ans)

canadiens francophones (Lafontaine & Lussier, 2003). Bien que les instructions et les items de cet outil soient formulés pour mesurer l'attachement dans les relations amoureuses, ils peuvent être légèrement modifiés pour s'appliquer à un autre type de relation ou déterminer le style d'attachement global de la personne (Mikulincer & Shaver, 2016). De plus, il aurait été pertinent d'utiliser un instrument mesurant directement l'attachement sécurisant. En effet, le *Adult Attachment Questionnaire* (Simpson et al., 1996) utilisé ici ne permet de déterminer la présence d'un attachement sécurisant que par des scores faibles aux dimensions de l'anxiété et de l'évitement.

Recherches subséquentes et retombées potentielles de l'étude

Dans l'ensemble, les présents résultats suggèrent que l'anxiété d'abandon est liée à une intention de faire une demande d'AMM pour soi et pourrait donc être un facteur exerçant une influence partielle sur la décision d'y avoir recours. Davantage d'études seraient toutefois nécessaires afin de comprendre le rôle de l'anxiété d'abandon dans les décisions reliées à la fin de vie.

Plus spécifiquement, une étude longitudinale pourrait permettre d'évaluer l'effet de l'attachement sur les différentes composantes proposées par la théorie de l'action raisonnée, à savoir l'attitude envers l'AMM, l'intention d'y recourir et le comportement effectif. Elle pourrait également tenir compte du style décisionnel, de la pression sociale ou de l'opinion de l'entourage. Une étude longitudinale pourrait aussi aider à déterminer dans quelle mesure la maladie grave pourrait influencer le style d'attachement des aînés

et son effet subséquent sur l'intention d'avoir recours à l'AMM. En effet, l'étude de Fraley et al. (2021) a montré que les événements de vie pouvaient avoir un impact sur l'attachement, pouvant même causer, dans certains cas, des changements durables dans le style de l'individu. Par ailleurs, sachant que les aînés présentent une plus grande diversité dans le profil des figures d'attachement (Van Assche et al., 2013), il serait également pertinent de savoir quelle est la principale figure d'attachement du participant et s'il pense à quelqu'un en particulier lorsqu'il répond aux questionnaires mesurant les variables relationnelles.

De plus, puisque la religiosité est un prédicteur significatif d'une attitude défavorable à l'égard de l'AMM (Castelli Dransart et al., 2021; Lapierre et al., 2019; Lee et al., 2017; Sabriseilabi et Williams, 2022) et qu'elle serait liée à moins d'anxiété d'abandon chez les personnes de 60 ans et plus (Pahlevan Sharif et al., 2021) ainsi qu'au sentiment de compter pour autrui (Lewis & Taylor, 2009; Schieman et al., 2010), il pourrait être intéressant d'intégrer cette variable dans une étude subséquente. De même, il serait probablement pertinent d'explorer le rôle de l'anxiété à propos de la mort, puisque Scheffold et al. (2018) ont démontré un lien avec l'attachement anxieux, et que Lapierre et al. (2019) ont constaté qu'elle est associée à une attitude favorable envers l'euthanasie. Finalement, les études subséquentes pourraient aussi explorer l'effet du sentiment d'être invisible pour les autres (concept de l'*anti-mattering* de Flett, 2018) sur le désir d'avoir recours à l'euthanasie.

Il est important de faire la distinction entre deux formes d'AMM : le suicide assisté et l'euthanasie. Il est possible que le style d'attachement de l'individu soit lié plus spécifiquement à la préférence pour l'une de ces pratiques médicales. En effet, étant donné que le suicide assisté permet à l'individu d'administrer lui-même le produit létal, cela peut lui offrir un plus grand sentiment d'autonomie et de contrôle que l'euthanasie, où le médecin provoque la mort du patient. Il serait ainsi pertinent de vérifier si les personnes avec un attachement évitant préfèrent le suicide assisté, en raison du sentiment d'autonomie et de contrôle qu'il pourrait procurer, et si les personnes ayant un attachement anxieux montrent une préférence pour l'euthanasie, en raison du besoin d'être pris en charge. Cette distinction serait d'autant plus pertinente que le suicide assisté, l'euthanasie et les autres pratiques de fin de vie (refus/arrêt de traitement, soins palliatifs, sédation palliative continue) sont souvent confondus par la population (Boivin et al., 2019; Castelli Dransart et al., 2021; Marcoux, 2011).

Il serait aussi intéressant d'explorer si l'association entre l'attachement et l'AMM est différente chez les patients qui envisagent de l'utiliser en raison d'un problème de santé actuel grave, comparativement aux participants qui s'imaginent dans l'un des scénarios hypothétiques. Pour ce faire, il pourrait être pertinent d'utiliser la version modifiée du *Experiences in Close Relationships Scale* (ECR-M36) de Lo et al. (2009), plutôt que l'ECR de Brennan et al. (1998), pour mesurer l'attachement aux proches. En effet, le ECR-M36 a été validé auprès d'un échantillon de patients ($M = 60$ ans), atteints d'un cancer

métastatique gastro-intestinal ou pulmonaire, le rendant adapté aux personnes gravement malades (Lo et al., 2009).

Enfin, puisque l'attachement anxieux est associé aux styles décisionnels inadaptés (Attar, 2024; Halama & Pitel, 2016) et que l'utilisation de l'AMM est une décision importante face à des problèmes de santé majeurs et incurables, il serait aussi pertinent d'étudier l'influence médiatrice des styles décisionnels sur l'attitude à l'égard de l'AMM. En effet, il est possible que, face à la détresse et à la souffrance, certaines personnes, particulièrement les personnes ayant un attachement anxieux, puissent avoir recours à des styles décisionnels inadaptés dans leurs choix en matière de pratiques de fin de vie.

En plus d'ouvrir la voie à d'autres recherches, la présente étude propose quelques recommandations au plan clinique. Ainsi, il est important que les professionnels de la santé et les psychologues portent une attention particulière à l'aspect relationnel chez les personnes désireuses d'avoir recours à l'AMM. En effet, il a été démontré que les patients ayant un attachement anxieux ont tendance à surutiliser le système de santé afin de rechercher réconfort et soutien face à leur détresse (Adams et al., 2018) et qu'ils sollicitent souvent de manière insistante l'attention de l'intervenant (Shalev et al., 2022). La prise en compte par ce dernier des besoins relationnels des patients, tout en prenant soin d'établir des limites claires et bienveillantes, peut les aider à diminuer leur détresse (Shalev et al., 2022). Les discussions entourant la mort pouvant être très anxiogènes pour les personnes ayant un attachement anxieux (Scheffold et al., 2018), l'intervenant doit

aussi rassurer et accompagner la personne lors des discussions concernant le recours à l'AMM, ainsi que les informations relatives à cette pratique et à ses alternatives.

Finalement, le rôle du psychologue pourrait devenir crucial lorsque les critères d'admissibilité seront étendus aux personnes ayant une maladie mentale (Santé Canada, 2024), où une évaluation rigoureuse des enjeux psychologiques sera essentielle si l'AMM devient disponible à cette population (Freeland et al., 2022). Une revue de la littérature de Marina et al. (2021) s'est notamment intéressée aux rôles que pourraient prendre les psychologues dans le processus de demande d'AMM. Les psychologues pourraient favoriser une communication plus efficace entre le patient, la famille et les professionnels de la santé, tout en s'assurant que les besoins et les souhaits du patient soient bien compris et que ce dernier est bien informé. De plus, ils pourraient aussi apporter un soutien psychologique qui prend en compte les enjeux émotionnels et relationnels de toutes les personnes concernées. Marina et al. (2021) mentionnent également que les psychologues pourraient s'impliquer dans la recherche et la formation sur l'AMM, ainsi que donner leur avis dans l'établissement des politiques publiques relatives à cette pratique. Finalement, les auteurs soulignent aussi que les psychologues pourraient utiliser leurs compétences pour l'évaluation des demandes d'AMM, particulièrement l'aptitude à prendre des décisions ou la présence de souffrance psychosociale et existentielle, notamment à travers une pratique collaborative interdisciplinaire avec le médecin et les autres professionnels de la santé (Marina et al., 2021).

Conclusion

Cet essai avait pour objectif d'explorer les liens que l'anxiété d'abandon, l'évitement de l'intimité, ainsi que le sentiment de compter pour autrui, peuvent avoir sur l'opinion envers l'AMM et l'intention d'y avoir recours dans le futur chez les personnes de 60 ans et plus. Cette étude est la première à étudier ces variables relationnelles dans le contexte de l'AMM et interroge directement la population la plus susceptible d'être confrontée à ces choix.

L'anxiété d'abandon serait liée à l'intention de faire une demande d'AMM dans cinq scénarios hypothétiques : très malade et mort lointaine, trouble neurocognitif à un stade peu avancé et à un stade avancé, maladie incurable avec dépendance aux professionnels ainsi qu'incapacité de faire les activités plaisantes pour le reste de sa vie. Quant à l'évitement de l'intimité, il n'était pas associé à l'intention de recourir à l'AMM, contrairement aux résultats d'études antérieures démontrant un lien avec l'utilisation d'une autre pratique de fin de vie : le suicide assisté. Ceci pourrait suggérer que les variables associées avec l'intention de faire une demande d'euthanasie ne sont pas nécessairement les mêmes que celles qui prédisent une préférence pour le suicide assisté.

Le sentiment de compter pour autrui est associé à une intention moindre d'avoir recours à l'AMM chez les femmes dans le scénario hypothétique de mort lointaine ainsi que dans ceux impliquant un trouble neurocognitif. De plus, le *mattering* est médiateur dans la relation entre l'anxiété d'abandon et l'intention d'avoir recours à l'AMM dans ces trois scénarios. En raison du faible nombre d'hommes dans l'échantillon, d'autres recherches seraient nécessaires afin de déterminer s'ils se distinguent des femmes dans leur manière de percevoir l'AMM et l'importance que peuvent avoir l'attachement et le sentiment de compter pour autrui sur leur intention d'y recourir.

Des études futures seront nécessaires pour mieux comprendre l'effet des variables relationnelles sur l'attitude à l'égard de l'AMM. Elles pourraient permettre de mieux encadrer la procédure menant à l'administration de l'AMM, dans un contexte où les critères d'admissibilités tendent à s'élargir, et aussi de mieux accompagner les personnes qui en font la demande en fonction de leurs enjeux relationnels.

Références

- Adams, G. C., Wrath, A. J., Meng, X. (2018). The relationship between adult attachment and mental health care utilization: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(10), 651-660. <https://doi.org/10.1177/0706743718779933>
- Adshead, G., & Guthrie, E. (2015). The role of attachment in medically unexplained symptoms and long-term illness. *BJPsych Advances*, 21(3), 167-174. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.013045>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Angus Reid Institute. (2023). *Mental health and MAID: Canadians who struggle to get help more likely to support expanding eligibility*. Repéré à <https://angusreid.org/mental-health-care-access-maid-mental-illness/>
- 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, 734049. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.734049>
- Assemblée nationale du Québec. (2012). *Rapport de la commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité*. Repéré à https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_54787
- Assemblée nationale du Québec. (2023). *Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives*. Repéré à <https://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-11-43-1.html>
- Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité. (2021). *Qu'est ce que l'AMM ?* Repéré à <https://aqdmd.org/quest-ce-que-lamm/>
- Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité. (2022). *L'aide médicale à mourir dans le monde*. Repéré à <https://aqdmd.org/aide-medicaire-a-mourir-dans-le-monde/>

- Attar, F. (2024). The decision-making styles: Toward better decisions, through understanding their relationship with parental attachment in young adults. *Romanian Journal of Psychological Studies*, 12(1), 13-28. http://rjps.hyperion.ro/wp-content/uploads/2024/06/RJPS_nr_121_2024_A2_-Attar.pdf
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Battin, M., Bresnahan, J., Brody, B., Brody, H., Cassel, C., Cassidy, R., Cole, T., Engelhardt, H., Erde, E., & Grochowski, E. (1995). Physician-assisted suicide: Toward a comprehensive understanding. Report of the task force on physician-assisted suicide of the Society for health and human values. *Academic Medicine*, 70(7), 583-590. <https://doi.org/10.1097/00001888-199507000-00009>
- Bérubé, A., Tapp, D., Dupéré, S., Plaisance, A., Bravo, G., Downar, J., & Couture, V. (2022). Do socioeconomic factors influence knowledge, attitudes, and representations of end-of-life practices? A cross-sectional study. *Journal of Palliative Care*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/08258597221131658>
- Blake, R. R., & Blake, C. (2023). Why people think they might hasten their death when faced with irremediable health conditions compared to why they actually do so. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 87(4), 1109-1126. <https://doi.org/10.1177/00302228211033368>
- Blank, K., Robison, J., Doherty, E., Prigerson, H., Duffy, J., & Schwartz, H. I. (2001). Life-sustaining treatment and assisted death choices in depressed older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(2), 153-161. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49036.x>
- Bodner, E., & Cohen-Fridel, S. (2010). Relations between attachment styles, ageism, and quality of life in late life. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1353-1361. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001249>
- Boivin, A., Gauvin, F. P., Garnon, G., Gancia, A., Rouly, G., Marcoux, I., & Lehoux, P. (2019). Information needs of francophone health care professionals and the public with regard to medical assistance in dying in Quebec: A qualitative study. *CMAJ Open*, 7(2), E190–E196. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20180155>

- Bonhag, R., & Froese, P. (2022). Sources of mattering for women and men: Gender differences and similarities in feelings of social significance. *Sociological Perspectives*, 65(4), 748-767. <https://doi.org/10.1177/07311214211057119>
- Bostwick, J. M., Pabst Battin, M., Cohen, L., & Strouse, T. B. (sous presse). Words matter: Why distinguishing medical aid in dying from suicide should matter to a consultation/liaison psychiatrist. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2024.04.003>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. I). Hogarth–Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger* (Vol. II). Hogarth–Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression* (Vol. III). Hogarth–Institute of Psycho-Analysis.
- Boyle, S., McGee, A., & Wood, F. (2024). How to determine the capacity of a person with depression who requests voluntary assisted dying. *Psychiatry, Psychology and Law*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/13218719.2023.2296486>
- Braun, K. (2022). Self-administration or practitioner administration? The scope of future German assisted dying legislation. *Medical Law Review*, 31(1), 141-157. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwac034>
- Bravo, G. (2024, 17 Octobre). *Qui pourrait formuler une demande anticipée d'aide médicale à mourir ?* [Présentation orale]. Journée scientifique annuelle 2024 du RQSPAL, Montréal, Canada.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 46-76). The Guilford Press.
- Buiting, H. M., Deeg, D. J., Knol, D. L., Ziegelmann, J. P., Pasman, H. R. W., Widdershoven, G. A., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2012). Older peoples' attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in the Netherlands: 2001–2009. *Journal of Medical Ethics*, 38(5), 267-273. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100066>
- Calati, R., Olié, E., Dassa, D., Gramaglia, C., Guillaume, S., Madeddu, F., & Courtet, P. (2021). Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 153-173. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.006>

- 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., Fiske, A., Hong, J. P., Landry, M., Lepage, A. A., Marcoux, I., Na, P. J., ... Wyart, M. (2021). A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Aging & Mental Health*, 25(3), 420-430. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1697201>
- Cheng, H. C., Ke, L. S., Chang, S. Y., Huang, H. Y., Ku, Y. C., & Lee, M. J. (2022). Knowledge, attitudes, and behavioral intentions of elderly individuals regarding advance care planning: Questionnaire development and testing. *PLOS ONE*, 17(7), e0272351. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272351>
- Chopik, W. J., Edelstein, R. S., & Fraley, R. C. (2013). From the cradle to the grave: Age differences in attachment from early adulthood to old age. *Journal of Personality*, 81(2), 171-183. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00793.x>
- Cicirelli, V. G. (1997). Relationship of psychosocial and background variables to older adults' end-of-life decisions. *Psychology and Aging*, 12(1), 72-83. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.72>
- Cicirelli, V. G. (2010). Attachment relationships in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 191-199. <https://doi.org/10.1177/0265407509360984>
- Clark, D. (2007). From margins to centre: A review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology*, 8(5), 430-438. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70138-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70138-9)
- Coelho, R., Maher, J., Gaiind, K. S., & Lemmens, T. (2023). The realities of medical assistance in dying in Canada. *Palliative & Supportive Care*, 21(5), 871-878. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001025>
- Colombo, A. D., & Dalla-Zuanna, G. (2024). Data and trends in assisted suicide and euthanasia, and some related demographic issues. *Population and Development Review*, 50(1), 233-257. <https://doi.org/10.1111/padr.12605>
- Comité national d'éthique sur le vieillissement. (2018). *Les soins palliatifs : Pour vivre ensemble avec dignité le temps qu'il reste*. [https://www.ivpsa.ulaval.ca/sites/ivpsa.ulaval.ca/files/uploads/4.%20Les%20soins%20palliatifs_Avis%20\(2018\).pdf](https://www.ivpsa.ulaval.ca/sites/ivpsa.ulaval.ca/files/uploads/4.%20Les%20soins%20palliatifs_Avis%20(2018).pdf)
- Commission sur les soins de fin de vie. (2023). *Commission sur les soins de fin de vie. Rapport annuel d'activités – Du 1er avril 2022 au 31 mars 2023*. Gouvernement du Québec.

- Consedine, N. S., Fiori, K. L., Tuck, N. L., & Merz, E.-M. (2013). Attachment, activity limitation, and health symptoms in later life: The mediating roles of negative (and positive) affect. *Journal of Aging and Health, 25*(1), 56-79. <https://doi.org/10.1177/0898264312466260>
- Cottrell, L., & Duggleby, W. (2016). The “good death”: An integrative literature review. *Palliative & Supportive Care, 14*(6), 686-712. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001285>
- Davidson, J. & Schimmele, C. (2019). Évolution de l'utilisation d'internet chez les aînés canadiens. *Statistics Canada*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11f0019m/11f0019m2019015-fra.pdf?st=v3d2u6ue>
- Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Vissers, K. C., & Van Weel, C. (2011). ‘Unbearable suffering’: A qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *Journal of Medical Ethics, 37*(12), 727-734. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/jme.2011.045492>
- Diamond, L. M., Hicks, A. M., & Otter-Henderson, K. (2006). Physiological evidence for repressive coping among avoidantly attached adults. *Journal of Social and Personal Relationships, 23*(2), 205-229. <https://doi.org/10.1177/0265407506062470>
- Diehl, M., Elnick, A. B., Bourbeau, L. S., & Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(6), 1656-1669. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1656>
- Dixon, A. L. (2007). Mattering in the later years: Older adults' experiences of mattering to others, purpose in life, depression, and wellness. *Adultspan Journal, 6*(2), 83-95. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0029.2007.tb00034.x>
- Downar, J., MacDonald, S., & Buchman, S. (2023). What drives requests for MAiD? *Canadian Medical Association Journal, 195*(40), E1385-E1387. <https://doi.org/10.1503/cmaj.230259>
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy, 66*(2), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Elliott G., Kao S., & Grant A.-M. (2004). Mattering: Empirical validation of a social-psychological concept. *Self and Identity, 3*(4), 339-354. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/13576500444000119>

- Emanuel, E. J. (1994). Euthanasia: Historical, ethical, and empiric perspectives. *Archives of Internal Medicine*, *154*(17), 1890-1901. <https://doi.org/10.1001/archinte.1994.00420170022003>
- 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/10.1001/jama.284.19.2460>
- 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/http://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1994). *Vital involvement in old age*. W. W. Norton & Company.
- Etherson, M. E., Smith, M. M., Hill, A. P., Sherry, S. B., Curran, T., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2022). Perfectionism, mattering, depressive symptoms, and suicide ideation in students: A test of the perfectionism social disconnection model. *Personality and Individual Differences*, *191*, 111559. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111559>
- Feeney, J. A. (2016). Adult romantic attachment developments in the study of couple relationships. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 435-463). The Guilford Press.
- 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 (DemandE). *European Journal of Cancer*, *48*(3), 368-376. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.09.020>
- Fischer, S., Huber, C. A., Imhof, L., Imhof, R. M., Furter, M., Ziegler, S. J., & Bosshard, G. (2008). Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations. *Journal of Medical Ethics*, *34*(11), 810-814. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.023887>
- Flett, G. L. (2018). *The psychology of mattering: Understanding the human need to be significant*. Academic Press.
- Flett, G. L. (2022). An introduction, review, and conceptual analysis of mattering as an essential construct and an essential way of life. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *40*(1), 3-36. <https://doi.org/10.1177/07342829211057640>

- Flett, G. L., Burdo, R., & Nepon, T. (2020). Mattering, insecure attachment, rumination, and self-criticism in distress among university students. *International Journal of Mental Health and Addiction, 19*, 1300-1313. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00225-z>
- Flett, G. L., & Heisel, M. J. (2020). 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>
- Flett, G. L., Nepon, T., Goldberg, J. O., Rose, A. L., Atkey, S. K., & Zaki-Azat, J. (2022). The anti-mattering scale: Development, psychometric properties and associations with well-being and distress measures in adolescents and emerging adults. *Journal of Psychoeducational Assessment, 40*(1), 37-59. <https://doi.org/10.1177/07342829211050544>
- Fraley, R. C. (2019). Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual Review of Psychology, 70*, 401-422. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102813>
- Fraley, R. C., Gillath, O., & Deboeck, P. R. (2021). Do life events lead to enduring changes in adult attachment styles? A naturalistic longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology, 120*(6), 1567-1606. <https://doi.org/10.1037/pspi0000326>
- Fraley, R. C., Hudson, N. W., Heffernan, M. E., & Segal, N. (2015). Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of Personality and Social Psychology, 109*(2), 354-368. <https://doi.org/10.1037/pspp0000027>
- Francis, J. (2022). Elder orphans on Facebook: Implications for mattering and social isolation. *Computers in Human Behavior, 127*, 107023. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107023>
- Francis, J., & Brauer, S. (2022). Social isolation, loneliness, and mattering among older adult Facebook users from diverse backgrounds [Résumé]. *Innovation in Aging, 6*(Suppl 1), 33. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.122>

- Freeland, A., Godkin, D., Dembo, J., Chan, P., Knoops, F., Lachmann, M., Morissette, L., Smith, D. H., Stewart, D. E., Trew, M., Wong, M. R., & Charbonneau, M. (2022). Medical assistance in dying (MAiD) for persons whose sole underlying medical condition is a mental disorder: Challenges and considerations. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 67(1), 71–87. <https://doi.org/10.1177/07067437211043315>
- Friesen P. (2020). Medically assisted dying and suicide: How are they different, and how are they similar? *Hastings Center Report*, 50(1), 32–43. <https://doi.org/10.1002/hast.1083>
- Froidevaux, A., Hirschi, A., & Wang, M. (2016). The role of mattering as an overlooked key challenge in retirement planning and adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 94, 57-69. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2016.02.016>
- Galmiche, P. (2021). *Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde*. Centre national des soins palliatifs de fin de vie. Repéré à https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2021/03/Panorama_legislations_aide_active_a_mourir-1.pdf
- Ganzini, L., Goy, E. R., & Dobscha, S. K. (2009). Oregonians' reasons for requesting physician aid in dying. *Archives of Internal Medicine*, 169(5), 489-492. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.579>
- Gillath, O., Karantzas, G. C., & Fraley, R. C. (2016). How are individual differences in attachment measured? Dans O. Gillath, G. C. Karantzas, & R. C. Fraley (Éds), *Adult attachment* (pp. 103-127). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420020-3.00005-0>
- Gouvernement du Canada. (2020). *Ce que nous avons entendu : Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir*. Repéré à <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/cqnae-wwh/access/rap-rep.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2023a). *Aide médicale à mourir : Loi au Canada*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/services-avantages-lies-sante/aide-medicale-mourir/loi-canada.html>
- Gouvernement du Canada. (2023b). *Quatrième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-annuel-aide-medicale-mourir-2022.html>
- Gouvernement du Canada. (2024). *La loi canadienne sur l'aide médicale à mourir*. Repéré à https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/di-bk.html#s1_1

- Gouvernement du Québec. (2023). *Loi concernant les soins de fin de vie*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie>
- Gouvernement du Québec. (2024). *À propos des soins palliatifs*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/soins-palliatifs/description>
- Graf, J., Junne, F., Ehrental, J. C., Schäffeler, N., Schwille-Kiuntke, J., Stengel, A., Mehnert-Theuerkauf, A., Marwedel, L., Brucker, S. Y., Zipfel, S. & Teufel, M. (2020). Unmet supportive care needs among women with breast and gynecological cancer: Relevance of attachment anxiety and psychological distress. *Frontiers in Psychology, 11*, 558190. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.558190>
- Halama, P., & Pitel, L. (2016). Relationship between adult attachment and decision making in hospital nurses is mediated by self-regulation ability. *Studia Psychologica, 58*(2), 122-133. <https://doi.org/10.21909/sp.2016.02.711>
- Hales, S. (2016). Attachment and the end of life experience. Dans J. Hunter & R. Maunder (Éds), *Improving patient treatment with attachment theory: A guide for primary care practitioners and specialists* (pp. 93-103). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-23300-0_7
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(2), 270-280. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.2.270>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry, 5*(1), 1-22. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0501_1
- Henry, M., Alias, A., Bisson-Gervais, V., Liu, J. Y., Dargis, L., Gauthier, L., Tapp, D., Greenfield, B., & Mishara, B. (2023). Medical assistance in dying in Canada: A scoping review on the concept of suffering. *Psycho-Oncology, 32*(9), 1339-1347. <https://doi.org/10.1002/pon.6196>
- Holden, R. R., Lambert, C. E., Bianchini, G., Wong, R. E., Towheed, S., Yeung, C., & Cynthia Fekken, G. (2018). Response surface modeling of how love mitigates the association between a need to belong and suicidality. *Personality and Individual Differences, 134*, 210-213. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.025>

- Hooper, S. C., Vaughan, K. J., Tennant, C. C., & Perz, J. M. (1997). Preferences for voluntary euthanasia during major depression and following improvement in an elderly population. *Australian Journal on Ageing*, *16*(1), 3-7. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.1997.tb01012.x>
- Howe, D., & Betts, L. (2023). *Attachment across the lifecourse: A brief introduction*. Bloomsbury Publishing.
- Hubert, É., & Morel, V. (2023). Euthanasie et suicide assisté, deux voies distinctes malgré les apparences. *Annales Médico-Psychologiques*, *181*(10), 923–929. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.09.004>
- Johansen, S., Hølen, J. C., Kaasa, S., Kaasa, S., Loge, J. H., & Materstvedt, L. J. (2005). Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine*, *19*(6), 454-460. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1048oa>
- Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(3), 634-646. <https://doi.org/10.1037/a0016500>
- Kellehear, A. (2007). *A social history of dying*. Cambridge University Press.
- Ki, M., Lapierre, S., Gim, B., Hwang, M., Kang, M., Dargis, L., Jung, M., Koh, E. J., & Mishara, B. (2024). A systematic review of psychosocial protective factors against suicide and suicidality among older adults. *International Psychogeriatrics*, *36*(5), 346-370. <https://doi.org/10.1017/S104161022300443X>
- Killen, A., & Macaskill, A. (2020). Positive ageing: To what extent can current models of wellbeing categorise the life events perceived as positive by older adults? *International Journal of Applied Positive Psychology*, *5*(3), 99-119. <https://doi.org/10.1007/s41042-020-00028-6>
- Kowal, J., Wilson, K. G., McWilliams, L. A., Péloquin, K., & Duong, D. (2012). Self-perceived burden in chronic pain: Relevance, prevalence, and predictors. *PAIN*, *153*(8), 1735-1741. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.05.009>
- Kremeike, K., Pralong, A., Boström, K., Bausewein, C., Simon, S. T., Lindner, R., & Voltz, R. (2021). 'Desire to die' in palliative care patients-legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. *Annals of Palliative Medicine*, *10*(3), 3594-3610. <https://doi.org/10.21037/apm-20-381>

- Lacerte, M.-M. (2017). *Influence de l'âgisme sur l'opinion des personnes âgées relativement à l'euthanasie* [Essai de doctorat inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lafontaine, M. F., & Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux: Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(1), 56. <https://doi.org/10.1037/h0087187>
- Lapierre, S. (2021). *Échelle du sentiment de valeur général*. [Document inédit]. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Lapierre, S., Castelli Dransart, D. A., St-Amant, K., Dubuc, G., Houle, M., Lacerte, M.-M., & Maggiori, C. (2018). Religiosity and the wish of older adults for physician-assisted suicide. *Religions*, 9(3), 66, 1-12. <https://doi.org/10.3390/rel9030066>
- Lapierre, S., Lacerte, M.-M., & Castelli Dransart, D. A. (2019). Perception du vieillissement et aide médicale à mourir. *Vie et vieillissement*, 16(3), 26-32.
- Le Monde avec AFP. (2023). Le Portugal dépénalise l'euthanasie. *Le Monde*. Repéré à https://www.lemonde.fr/international/article/2023/05/12/le-parlement-portugais-depenalise-l-euthanasie_6173101_3210.html
- Lee, C. H., Duck, I. M., & Sibley, C. G. (2017). Demographic and psychological correlates of New Zealanders support for euthanasia. *The New Zealand Medical Journal*, 130(1448), 9-17.
- Léger. (2024). *Medical Assistance In Dying (MAID), survey of Canadians*. Repéré à <https://leger360.com/medical-assistance-in-dying/>
- Lewis, R., & Taylor, J. (2009). The social significance of religious resources in the prediction of mattering to others: African american and white contrasts. *Sociological Spectrum*, 29(2), 273-294. <https://doi.org/10.1080/02732170802584484>.
- Lo, C., Walsh, A., Mikulincer, M., Gagliese, L., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2009). Measuring attachment security in patients with advanced cancer: Psychometric properties of a modified and brief experiences in close relationships scale. *Psycho-Oncology*, 18(5), 490-499. <https://doi.org/10.1002/pon.1417>
- MacNeil, S., Roderbourg, L., Orri, M., Geoffroy, M.-C., Mcgrath, J. J., Renaud, J., & Gouin, J.-P. (2023). Attachment styles and suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 42(4), 323-364. <https://doi.org/10.1521/jscp.2023.42.4.323>

- Magai, C., Cohen, C., Milburn, N., Thorpe, B., McPherson, R., & Peralta, D. (2001). Attachment styles in older European American and African American adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(1), S28-S35. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.1.S28>
- Magai, C., Frías, M. T., & Shaver, P. R. (2016). Attachment in middle and later life. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3 éd., pp. 534-552). The Guilford Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, (pp. 121-160). The University of Chicago Press.
- Mann, L., Burnett, P., Radford, M., & Ford, S. (1997). The melbourne decision making questionnaire: An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. *Journal of behavioral decision making*, 10(1), 1-19. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0771\(199703\)10:1%3C1::AID-BDM242%3E3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0771(199703)10:1%3C1::AID-BDM242%3E3.0.CO;2-X)
- Marcoux, I. (2011). Euthanasia: A confounding and intricate issue. Dans K. Josef (Éd.), *Euthanasia* (pp. 45-62). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/20184>
- Marcoux, I., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Jansen-van der Weide, M. C., & van der Wal, G. (2005). Withdrawing an explicit request for euthanasia or physician-assisted suicide: A retrospective study on the influence of mental health status and other patient characteristics. *Psychological Medicine*, 35(9), 1265–1274. <https://doi.org/10.1017/s0033291705005465>
- Marcus, F., & Rosenberg, M. (1987, mars). *Mattering: Its measurement and significance in everyday life*. [Présentation orale]. The 57th Annual Eastern Sociological Society Meetings. Boston, Massachusetts.
- Marina, S., Wainwright, T. & Ricou, M. (2021), The role of psychologists in requests to hasten death: A literature and legislation review and an agenda for future research. *International Journal of Psychology*, 56(1), 64-74. <https://doi.org/10.1002/ijop.12680>
- Marshall, S. K. (2001). Do I matter? Construct validation of adolescents' perceived mattering to parents and friends. *Journal of Adolescence*, 24(4), 473-490. <https://doi.org/10.1006/jado.2001.0384>

- Matera, C., Bosco, N., & Meringolo, P. (2020). Perceived mattering to family and friends, self-esteem, and well-being. *Psychology, Health & Medicine*, 25(5), 550-558. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1626454>
- McPherson, C. J., Wilson, K. G., & Murray, M. A. (2007). Feeling like a burden to others: A systematic review focusing on the end of life. *Palliative Medicine*, 21(2), 115-128. <https://doi.org/10.1177/0269216307076345>
- Meredith, P. J., & Strong, J. (2019). Attachment and chronic illness. *Current opinion in psychology*, 25, 132-138. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.04.018>
- Merz, E.-M., & Consedine, N. S. (2009). The association of family support and wellbeing in later life depends on adult attachment style. *Attachment & Human Development*, 11(2), 203-221. <https://doi.org/10.1080/14616730802625185>
- Mikulincer, M., & Florian, V. (2003). Attachment style and affect regulation: Implications for coping with stress and mental health. Dans G.J.O. Fletcher & M.S. Clark (Éds), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Interpersonal Processes* (pp. 535-557). <https://doi.org/10.1002/9780470998557.ch21>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2^e éd.). The Guilford Press.
- Milner, A., Page, K. M., & LaMontagne, A. D. (2016). Perception of mattering and suicide ideation in the Australian working population: Evidence from a cross-sectional survey. *Community Mental Health Journal*, 52(5), 615-621. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0002-x>
- Ministère de la Justice Canada. (2023). *Report de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale au 17 mars 2024*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2023/03/report-de-ladmissibilite-a-laide-medicale-a-mourir-des-personnes-dont-le-seul-probleme-medical-est-une-maladie-mentale-au-17mars2024.html>
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2018). Is suicide prevention an absolute? Considerations when medical assistance in dying is an option. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(5), 313-317. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000568>
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2024). Suicide prevention and the expansion of medical assistance in dying. Dans *Practical Ethics in Suicide: Research, Policy and Clinical Decision-Making* (pp. 167-175). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009414890>

- Mistycki, V., & Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : Clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 43-51. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0043>
- Morissette, M.-È. & Lapierre, S. (2021). *Attitude des aînés envers le vieillissement et perception de leur valeur sociale en contexte de COVID-19*. [Document inédit]. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Nuhn, A., Holmes, S., Kelly, M., Just, A., Shaw, J., & Wiebe, E. (2018). Experiences and perspectives of people who pursued medical assistance in dying: Qualitative study in Vancouver, BC. *Canadian Family Physician*, 64(9), e380-e386.
- Oldham, R. L., Dobscha, S. K., Goy, E. R., & Ganzini, L. (2011). Attachment styles of Oregonians who request physician-assisted death. *Palliative and Supportive Care*, 9(2), 123–128. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000660>
- Oon-arom, A., Wongpakaran, T., Satthapisit, S., Saisavoey, N., Kuntawong, P., & Wongpakaran, N. (2019). Suicidality in the elderly: Role of adult attachment. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.014>
- Pahlevan Sharif, S., Amiri, M., Allen, K.-A., Sharif Nia, H., Khoshnavay Fomani, F., Hatef Matbue, Y., Goudarzian, A. H., Arefi, S., Yaghoobzadeh, A., & Waheed, H. (2021). Attachment: The mediating role of hope, religiosity, and life satisfaction in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01695-y>
- Parlement du Canada. (2024). *L'AMM et les troubles mentaux : Le chemin à parcourir*. Repéré à <https://www.parl.ca/documentviewer/fr/44-1/AMAD/rapport-3>
- Pearlman, R. A., Hsu, C., Starks, H., Back, A. L., Gordon, J. R., Bharucha, A. J., Koenig, B. A., & Battin, M. P. (2005). Motivations for physician-assisted suicide. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 234-239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40225.x>
- Pennings, R., & Reid, A. (2020). *Broad support for MAiD in Canada has caveats and concerns*. Cardus. Repéré à <https://www.cardus.ca/research/health/reports/broad-support-for-maid-in-canada-has-caveats-and-concerns/>
- Perron, C., Martisella Gonzalez, M., & Bouthillier, M.-È. (2022). Enjeux éthiques de la présence et de l'absence des proches auprès des personnes en fin de vie en temps de pandémie. *Frontières*, 33(1). <https://doi.org/10.7202/1089343ar>

- Philips-Nootens, S. (2009-2010). La personne en fin de vie : Le regard du droit civil du Québec. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 40(1-2), 329-363. <http://hdl.handle.net/11143/10454>
- Pietromonaco, P. R., & Beck, L. A. (2019). Adult attachment and physical health. *Current Opinion in Psychology*, 25, 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.04.004>
- Piliavin, J. A., & Siegl, E. (2007). Health benefits of volunteering in the wisconsin longitudinal study. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(4), 450-464. <https://doi.org/10.1177/002214650704800408>
- Prilleltensky, I. (2020). Mattering at the intersection of psychology, philosophy, and politics. *American Journal of Community Psychology*, 65(1-2), 16-34. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12368>
- Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., & Bryan, N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 272-278. <https://doi.org/10.1037/a0023041>
- Rietjens, J. A. C., Deschepper, R., Pasman, R., & Deliens, L. (2012). Medical end-of-life decisions: Does its use differ in vulnerable patient groups? A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 74(8), 1282-1287. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.046>
- Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Crespo, I., & Monforte-Royo, C. (2019). Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: A systematic review. *Bioethics*, 33(4), 411-420. <https://doi.org/10.1111/bioe.12562>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton University.
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. Dans R. L. Leahy (Éd.), *The development of the self* (pp. 205-246). Academic Press.
- Rosenberg, M., & McCullough, B. C. (1981). Mattering: Inferred significance and mental health among adolescents. *Research in Community & Mental Health*, 2, 163-182.
- 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*, 111, 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.027>

- Sabriseilabi, S., & Williams, J. (2022). Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death Studies, 46*(5), 1149-1156. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1800863>
- Santé Canada. (2022). *Rapport final du groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-experts-amm-maladie-mentale/rapport-final-groupe-experts-amm-maladie-mentale.html>
- Santé Canada. (2024). *Le gouvernement du Canada présente un projet de loi pour retarder de trois ans l'expansion de l'aide médicale à mourir*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2024/02/le-gouvernement-du-canada-presente-un-projet-de-loi-pour-retarder-de-trois-ans-lexpansion-de-laide-medicale-a-mourir.html>
- Scarpa, M. P., Zopluoglu, C., & Prilleltensky, I. (2022). Mattering in the community: Domain and demographic differences in a US sample. *Journal of Community Psychology, 50*(3), 1481-1502. <https://doi.org/10.1002/jcop.22728>
- Scheffold, K., Philipp, R., Koranyi, S., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, F., Härter, M., & Mehnert, A. (2018). Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliative and Supportive Care, 16*(3), 308-316. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000281>
- Schieman, S., Bierman, A., & Ellison, C. G. (2010). Religious involvement, beliefs about god, and the sense of mattering among older adults. *Journal for the Scientific Study of Religion, 49*(3), 517-535. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2010.01526.x>
- Seidlitz, L., Duberstein, P. R., Cox, C., & Conwell, Y. (1995). Attitudes of older people toward suicide and assisted suicide: An analysis of Gallup poll findings. *Journal of the American Geriatrics Society, 43*(9), 993-998. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb05563.x>
- Selby, D., Bean, S., Isenberg-Grzeda, E., Bioethics, B. H. D., & Nolen, A. (2020). Medical assistance in dying (MAiD): A descriptive study from a Canadian tertiary care hospital. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 37*(1), 58-64. <https://doi.org/10.1177/1049909119859844>
- Seller, L., Bouthillier, M.-È., & Fraser, V. (2019). Situating requests for medical aid in dying within the broader context of end-of-life care: Ethical considerations. *Journal of Medical Ethics, 45*(2), 106-111. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-104982>

- Shalev, D., Jacobsen, J. C., Rosenberg, L. B., Brenner, K. O., Seaton, M., Jackson, V. A., & Greer, J. A. (2022). (Don't) leave me alone: Attachment in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 25(1), 9-14. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0491>
- Sharp, S. (2019). Belief in life after death and attitudes toward voluntary euthanasia. *OMEGA. Journal of Death and Dying*, 79(1), 72-89. <https://doi.org/10.1177/0030222817715755>
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2017). Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.006>
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 899. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.5.899>
- Smith, K. A., Harvath, T. A., Goy, E. R., & Ganzini, L. (2015). Predictors of pursuit of physician-assisted death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 555-561. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.06.010>
- Statistique Canada. (2022). *Enquête canadienne sur l'utilisation de l'Internet (ECUI)*. Repéré à https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1289009
- Statistique Canada (2024). *Obtention d'un diplôme d'études secondaires, selon l'année de recensement : Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement*. Repéré le 17 août 2024 à <https://doi.org/10.25318/9810038501-fra>
- Sullivan, M., Ormel, J., Kempen, G. I., & Tymstra, T. (1998). Beliefs concerning death, dying, and hastening death among older, functionally impaired Dutch adults: A one-year longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(10), 1251-1257. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb04541.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 Assche, L., Luyten, P., Bruffaerts, R., Persoons, P., van de Ven, L., & Vandenbulcke, M. (2013). Attachment in old age: Theoretical assumptions, empirical findings and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 67-81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.003>

- Van Assche, L., Van de Ven, L., Vandenbulcke, M., & Luyten, P. (2020). Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety and depression in late life. *Aging & Mental Health, 24*(6), 898-905. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571017>
- van den Berg, V., van Thiel, G., Zomers, M., Hartog, I., Leget, C., Sachs, A., Uiterwaal, C., & van Wijngaarden, E. (2021). Euthanasia and physician-assisted suicide in patients with multiple geriatric syndromes. *JAMA Internal Medicine, 181*(2), 245-250. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.6895>
- 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. Journal of Death and Dying, 69*(2), 191-216. <https://doi.org/10.2190/OM.69.2.f>
- van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2015). Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine, 138*, 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.015>
- Vehling, S., Tian, Y., Malfitano, C., Shnall, J., Watt, S., Mehnert, A., Rydall, A., Zimmermann, C., Hales, S., & Lo, C. (2019). Attachment security and existential distress among patients with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 116*, 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.018>
- Waring, D. R. (2019). Wishing you won't be here: Medical assistance in dying for psychiatric patients. *Ethics, Medicine and Public Health, 8*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2018.08.004>
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2015). Individual differences in infant-caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 78-101). The Guilford Press.
- Zaporowska-Stachowiak, I., Stachowiak, K., & Stachnik, K. (2019). Two is a perfect number: Patient–doctor relationship and patient attachment style in palliative care. *Journal of Health Psychology, 24*(5), 549-560. <https://doi.org/10.1177/1359105317721307>
- Ziff, A. (2016). Leading groups in a senior center. *Group: Journal of the Eastern Group Psychotherapy, 40*(4), 343-356. <https://doi.org/10.13186/group.40.4.0343>

Zortea, T. C., Gray, C. M., & O'Connor, R. C. (2021). The relationship between adult attachment and suicidal thoughts and behaviors: A systematic review. *Archives of Suicide Research, 25*(1), 38-73. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1661893>

Appendice A
Formulaire de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet de recherche :

Effet de l'attachement et du sentiment d'avoir de la valeur aux yeux des autres sur l'attitude à l'égard de l'aide médicale à mourir.

Mené par :

Quentin De Steur, étudiant au doctorat, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Sous la direction de :

Sylvie Lapierre, professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Préambule

Votre participation à cette recherche, qui vise à mieux comprendre de quelle manière le style d'attachement ainsi que le sentiment d'avoir de la valeur aux yeux des autres peuvent être liés à votre opinion à l'égard de l'aide médicale à mourir, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et d'approuver ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. 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 au chercheur 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 formulaire avant de prendre votre décision.

Résumé et objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à approfondir les connaissances sur les facteurs qui peuvent influencer le choix d'une personne de 60 ans et plus d'avoir ou non recours à l'aide médicale à mourir. En effet, ce sont les personnes de ce groupe d'âge qui y ont recours le plus fréquemment. Plus spécifiquement, ce projet s'intéresse à l'effet des relations sociales sur la préférence pour l'aide médicale à mourir. Il s'agit donc de voir si le style d'attachement (style de relations que l'on établit avec des personnes importantes pour soi) et le sentiment d'avoir de la valeur aux yeux des autres influencent l'attitude envers l'aide médicale à mourir.

Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir quatre questionnaires. Vous aurez à répondre à des questions sur votre situation personnelle (âge, état civil, etc.) et sur la nature de vos relations avec vos proches, pour ensuite nous dire si vous souhaiteriez recevoir l'aide médicale à mourir si vous aviez à faire face aux différentes conditions de santé qui vous seront soumises. Vous pourrez prendre tout le temps dont vous aurez besoin

pour compléter ces questionnaires, ce qui prend environ 15-20 minutes. Vous pouvez les compléter, selon votre préférence, soit en format papier ou en ligne.

Risques et inconvénients

Le seul inconvénient est associé au temps que vous consacrerez à répondre aux questionnaires, soit environ 20 minutes. Il est aussi possible que le fait de répondre aux questions qui vous sont posées suscite chez vous des sentiments désagréables, notamment si vous faites le deuil d'un proche ayant reçu l'aide médicale à mourir ou que ce sujet est particulièrement sensible pour vous. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec le chercheur. Celui-ci pourra vous guider vers une ressource en mesure de vous aider.

Avantages ou bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances sur les facteurs qui peuvent influencer le choix d'avoir recours ou non à l'aide médicale à mourir est le seul bénéfice prévu à votre participation.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée pour la participation à ce projet de recherche.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont *confidentielles et anonymes* et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. En effet, afin d'assurer votre confidentialité, un numéro sera utilisé à la place de votre nom sur les questionnaires de façon à ce que seuls les responsables de la recherche puissent vous identifier. Les seules personnes qui y auront accès seront le chercheur principal, Quentin De Steur, ainsi que sa directrice de recherche, Sylvie Lapierre. Ces deux personnes ont signé un engagement à la confidentialité.

Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe tandis que les questionnaires seront conservés dans un classeur, fermé à clé, au Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie. De plus, le formulaire de consentement et les questionnaires seront conservés séparément dans des classeurs ou des fichiers distincts afin que le contenu des questionnaires ne puisse pas être associé à votre nom. Les rapports de recherche ne feront état que des résultats de l'ensemble de l'échantillon. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles scientifiques, d'un essai doctoral, ou de communications scientifiques, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données seront détruites lorsque l'essai doctoral sera terminé, soit au plus tard à l'été 2024, en supprimant toutes les données ou documents électroniques ou par le déchiquetage des questionnaires en format papiers. Les données 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 préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le consentement donné pour participer au projet ne vous prive d'aucun droit au recours judiciaire en cas de préjudice lié à la recherche.

Notez que seuls les questionnaires entièrement complétés seront conservés pour les analyses des résultats de la présente étude. Les questionnaires partiellement complétés seront détruits tel que décrit précédemment.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Quentin De Steur au Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières au (819) 376-5090.

Surveillance des aspects éthiques de la recherche

Cette recherche est approuvée par un comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CERPPE-23-15-07.08 a été émis le 20 mars 2023.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec le secrétariat de l'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone 819-376-5011 poste 2139, sans frais 1-800-365-0922 poste 2139 ou par courrier électronique cereh@uqtr.ca.

CONSENTEMENT**Engagement de la chercheuse ou du chercheur**

Moi, Quentin De Steur, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant des participants humains.

En cliquant sur le bouton de participation, vous indiquez

- avoir lu l'information
- être d'accord pour participer

Appendice B
Questionnaires

Questionnaire d'informations générales

1. Sexe : Homme
Femme
Autre
2. Âge : _____
3. Nombre d'années de scolarité : _____
4. Statut civil : Marié (e) ou Conjoint(e) de fait
Séparé (e) / Divorcé (e)
Célibataire
Veuf (ve)
5. Si vous êtes en couple, comment évaluez-vous la qualité de votre relation avec votre partenaire?

Très mauvaise
Mauvaise
Fragile
Bonne
Très bonne
Excellente
6. Combien avez-vous d'enfants? _____
7. Si vous avez des enfants, comment évaluez-vous la qualité de vos relations avec eux?

Très mauvaise
Mauvaise
Fragile
Bonne
Très bonne
Excellente
8. Comment évaluez-vous la qualité de vos relations avec les autres membres de votre famille, par exemple l'ensemble de vos frères/sœurs, neveux/nièces ?

Très mauvaise
Mauvaise
Fragile
Bonne

Très bonne
Excellente

9. Comment évaluez-vous la qualité de vos relations avec vos amis ?

- Très mauvaise
- Mauvaise
- Fragile
- Bonne
- Très bonne
- Excellente

10. Si vous vous comparez à d'autres personnes de votre âge, votre santé est généralement :

Très mauvaise
Mauvaise
Fragile
Bonne
Très bonne
Excellente

11. Souffrez-vous de douleurs physiques :

Jamais
Rarement
Quelquefois
Souvent
Très souvent
Tous les jours

12. Si vous souffrez de douleurs, indiquez, en utilisant un chiffre entre 0 (aucune douleur) et 10 (douleur extrême) pour décrire l'intensité de ces douleurs? _____

13. En cas de problème de santé, à quelle fréquence diriez-vous que vous pouvez compter sur l'aide d'un proche pour vous aider ?

Jamais
Rarement
Parfois
Assez souvent
Très souvent
Toujours

14. Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour faire les tâches de votre vie domestique (exemples : faire le ménage, faire vos achats, faire des repas, gestion des finances, transport)?

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Assez souvent
- Très souvent
- Tous les jours

15. Vous arrive-t-il de ne pas participer à des activités en raison de problèmes de santé ?

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Assez souvent
- Très souvent
- Tous les jours

16. Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment d'être un poids ou un fardeau pour vos proches?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent
- Tous les jours

17. Selon vous, avec le revenu que vous avez, arrivez-vous à satisfaire vos besoins matériels et à vivre adéquatement?

- Pas du tout
- Difficilement
- Très simplement
- Assez bien
- Très bien

Questionnaire sur l'attitude face à l'aide médicale à mourir

Pour répondre aux questions suivantes, veuillez utiliser cette définition de l'aide médicale à mourir rédigée par le Gouvernement du Québec :

« Acte qui consiste en l'administration de médicaments par un médecin à un patient, à la demande de ce dernier et dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès ».

De manière générale, quelle est votre opinion à l'égard de l'administration de l'aide médicale à mourir?

Très défavorable

Défavorable

Légèrement défavorable

Légèrement favorable

Favorable

Très favorable

Imaginez ce que vous feriez face à chacune des situations décrites ci-dessous. Pour chacune d'elles, indiquez si vous pensez que vous allez demander l'aide médicale à mourir si vous vous retrouvez dans cette situation. **Attention, il y a de légères différences entre chaque situation.**

Pour chaque situation, encerclez le chiffre, entre 1 et 6, qui représente le mieux votre réponse.

Voici les choix de réponses :

1. Pas du tout

2. Très peu probable

3. Peu probable

4. Assez probable

5. Fort probable

6. Certainement

Pensez-vous demander l'aide médicale à mourir si...

1. ...vous êtes très malade (ex. cancer incurable) et vous allez mourir dans un futur proche?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 Certainement

2. ...vous êtes très malade (ex. cancer incurable), mais vous pouvez encore vivre un ou deux ans?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 Certainement

3. ...vous êtes très malade (ex. cancer), vous allez mourir à cause de cette maladie et vous êtes isolé?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 Certainement

4. ...vous êtes très malade (ex. cancer), vous allez mourir à cause de cette maladie et vous êtes bien entouré par vos proches?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 Certainement

5. ...vous avez un trouble neurocognitif dégénératif incurable, comme la maladie d'Alzheimer, à un stade PEU avancé, et vous arrivez encore à fonctionner malgré l'apparition des premiers symptômes?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 Certainement

6. ...vous avez un trouble neurocognitif dégénératif incurable, comme la maladie d'Alzheimer, à un stade PLUS avancé, et vous serez bientôt incapable de prendre vos propres décisions?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 Certainement

7. ...vous êtes atteint(e) d'une maladie physique incurable (impossible à guérir) qui exigera qu'un ou plusieurs de vos proches vous lavent et vous fassent manger?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 Certainement

8. ...vous êtes atteint(e) d'une maladie physique incurable (impossible à guérir) qui exigera que des professionnels (préposés, infirmières) vous lavent et vous fassent manger?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 Certainement

9. ...vous êtes très malade et, pour le reste de votre vie, vous serez incapable de faire les activités qui vous plaisent actuellement?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 Certainement

Nous nous intéressons maintenant à vos expériences concernant la fin de vie de personnes proches de vous.

10. Avez-vous vécu des situations où des personnes proches de vous ont reçu l'aide médicale à mourir ?

Oui
Non

Si vous avez répondu "oui" à la question précédente, veuillez répondre aux deux questions suivantes :

11. Comment qualifieriez-vous ces expériences liées à l'aide médicale à mourir?
Très négatives 1 2 3 4 5 6 Très positives

12. Pensez-vous que ces expériences ont pu influencer votre perception de l'aide médicale à mourir?

Ces expériences n'ont eu aucune influence sur mon attitude envers l'aide médicale à mourir.

Ces expériences m'ont amené(e) à être défavorable envers l'aide médicale à mourir.

Ces expériences m'ont amené(e) à être favorable envers l'aide médicale à mourir.

13. Avez-vous vécu des situations où des personnes proches de vous ont reçu des soins palliatifs (soins qui visent à soulager la souffrance et à améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies incurables)?

Oui
Non

Si vous avez répondu "oui" à la question précédente, veuillez répondre aux deux questions suivantes :

14. Comment qualifieriez-vous ces expériences liées aux soins palliatifs?
Très négatives 1 2 3 4 5 6 Très positives

15. Pensez-vous que vos expériences des soins palliatifs ont pu influencer votre perception de l'aide médicale à mourir?

Ces expériences n'ont eu aucune influence sur mon attitude envers l'aide médicale à mourir.

Ces expériences m'ont amené(e) à être défavorable envers l'aide médicale à mourir.

Ces expériences m'ont amené(e) à être favorable envers l'aide médicale à mourir.

Questionnaire sur le style d'attachement

Les questions suivantes concernent la manière dont vous vous sentez généralement dans les relations importantes de votre vie. Pensez à vos relations passées et présentes avec des personnes qui ont été particulièrement importantes pour vous, telles que vos partenaires amoureux, les membres de votre famille ou vos amis proches. Répondez à chaque énoncé en fonction de ce que vous ressentez généralement dans ces relations en indiquant votre degré d'accord sur une échelle de 1 à 7. Gardez à l'esprit qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1. Je trouve qu'il est relativement facile de me rapprocher des autres.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

2. Je ne suis pas très à l'aise de devoir dépendre d'autres personnes.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

3. Je suis à l'aise que les autres dépendent de moi.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

4. Je m'inquiète rarement d'être abandonné(e) par les autres.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

5. Je n'aime pas que les gens se rapprochent trop de moi.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

6. Je suis passablement inconfortable d'être trop proche des autres.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

7. Il m'est difficile de faire entièrement confiance aux autres.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

8. Je suis nerveux(se) dès que quelqu'un se rapproche trop de moi.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

9. Les autres veulent souvent que je sois plus proche/intime que je ne le souhaite.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

10. Les autres sont souvent réticents à devenir aussi proches/intimes que je le voudrais.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

11. Je m'inquiète souvent que mon ou mes proches ne m'aiment pas vraiment.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

12. Je m'inquiète rarement de la possibilité que mes proches me quittent.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

13. J'ai souvent envie de fusionner complètement avec les autres, et ce désir les fait parfois fuir.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

14. Je suis confiant(e) que les autres ne me feraient jamais de mal en mettant soudainement fin à notre relation.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

15. Je veux généralement plus de proximité et d'intimité que le désirent les autres.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

16. La pensée d'être délaissé(e) par les autres me vient rarement à l'esprit.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

17. Je suis confiant(e) que mes proches m'aiment tout autant que je les aime.

Fortement en 1 2 3 4 5 6 7 Fortement
désaccord d'accord

Échelle du sentiment de compter pour autrui

Les cinq questions suivantes sont conçues pour mesurer le degré avec lequel vous pensez que vous êtes important pour les autres.

Veuillez encercler le chiffre associé à la réponse qui représente le mieux ce que VOUS croyez.

	Pas du tout	Un peu	Passablement	Beaucoup
1. Dans quelle mesure les autres dépendent-ils ou comptent-ils sur vous?	1	2	3	4
2. À quel point trouvez-vous que les autres vous accordent de l'attention ?	1	2	3	4
3. À quel point vous sentez-vous important pour les autres ?	1	2	3	4
4. À quel point pensez-vous que vous manqueriez aux autres si vous partiez?	1	2	3	4
5. Dans quelle mesure les gens sont-ils généralement intéressés par ce que vous avez à dire?	1	2	3	4

Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous avez été bouleversé(e) en remplissant ces questionnaires et que vous désirez obtenir du soutien, vous pouvez contacter la Clinique Universitaire de Services Psychologiques au (819) 376-5088.

Vous pouvez aussi contacter Quentin De Steur, au Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au (819) 376-5090 si vous souhaitez des références pour des ressources plus ciblées à vos besoins.