

PERCEPTION DU VIEILLISSEMENT ET AIDE MÉDICALE À MOURIR



SYLVIE LAPIÈRE, PH.D.,
PROFESSEURE, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES, DÉPARTEMENT DE
PSYCHOLOGIE ET CO-DIRECTRICE
DU LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE
DE RECHERCHE EN GÉRONTOLOGIE
ET CENTRE DE RECHERCHE ET
D'INTERVENTION SUR LE SUICIDE,
ENJEUX ÉTHIQUES ET PRATIQUES DE
FIN DE VIE (CRISE)



MARIE-MICHELLE
LACERTE, PSYCHOLOGUE,
CENTRE D'ÉVALUATION
NEUROPSYCHOLOGIQUE ET D'AIDE À
L'APPRENTISSAGE (CENAA)



DOLORES ANGELA CASTELLI
DRANSART, PH.D., PROFESSEURE,
HAUTE ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL
FRIBOURG, HES-SO HAUTE
ÉCOLE SPÉCIALISÉE DE SUISSE
OCCIDENTALE

ET CHRISTIAN MAGGIORI
KIM ST-AMANT, MAUDE HOULE,
ANDRÉANNE LAPLANTE, GABRIÈLE
DUBUC, MARJOLAINE LANDRY

Les pratiques médicales en fin de vie ont considérablement évolué au cours des dernières décennies. En plus des soins palliatifs, de l'intensification sédatrice, et la possibilité de refuser ou d'arrêter des traitements visant à prolonger la vie, les personnes en fin de vie qui sont atteintes d'une maladie grave et incurable, éprouvant des souffrances intolérables, peuvent opter pour l'aide médicale à mourir, depuis décembre 2015 au Québec (Gouvernement du Québec, 2019). Cette pratique, appelée euthanasie dans les cinq autres pays où elle est légalisée¹, consiste en l'administration, par un médecin, d'une substance létale à une personne en fin de vie afin d'entraîner son décès. Cet acte se fait à la demande de cette dernière pour la libérer de ses souffrances (Emanuel, Onwuteaka-Philipsen, Urwin et Cohen, 2016; Gouvernement du Québec, 2019).

Sur l'ensemble des décès, la prévalence des morts par euthanasie² va de 3,6 % aux Pays-Bas (Emanuel et al., 2016) à 4,6 % en Belgique (Dierickx, Deliens, Cohen et Chambaere, 2015). En Belgique, entre 2007 et 2013, la proportion des demandes acceptées, chez les patients de 80 ans et plus, a fortement augmenté (38,1 % à 75,4 %), tandis que le nombre de cas dans les centres de soins prolongés s'est nettement accru (22,2 % à 68,2 %) (Dierickx et coll., 2015). Au Québec, l'administration de l'aide médicale à mourir est très récente, néanmoins le rapport de la Commission sur les soins de fin de vie (2019) indique que, depuis sa légalisation, 1 632 personnes l'avaient reçue, dont 87 % avaient 60 ans ou plus (M = 72 ans).

Même si les aînés sont particulièrement concernés par cette pratique, une recension systématique des écrits révèle que seulement dix études empiriques portaient spécifiquement sur les facteurs prédisant les opinions et les choix des aînés à l'égard de l'euthanasie (Castelli Dransart et al., soumis). La plupart de ces études plaçaient

les participants devant différents scénarios hypothétiques pour connaître ce qu'ils feraient dans ces situations. Parmi les prédicteurs les plus constants, on trouve l'âge, la scolarité, le niveau socioéconomique et la religion. Les personnes les plus âgées et les plus religieuses étaient plutôt défavorables à l'euthanasie, tandis que celles ayant un niveau de scolarité ou un statut socioéconomique élevé semblaient les plus favorables (Castelli Dransart et al., soumis; Stolz, Mayerl, Waxenegger, Ràsky et Freidl, 2017a).

Les demandes d'euthanasie reposent généralement sur plusieurs motifs. À la douleur et aux symptômes physiques s'ajoutent souvent des motifs de nature psychosociale qui semblent être tout aussi prépondérants chez les personnes qui en font la demande : perte de sens à la vie, dépression, degré de dépendance jugé inacceptable, crainte d'être inutile, de perdre ses capacités cognitives ou d'être un fardeau pour les autres (Dees, Vernooij-Dassen, Dekkers, Vissers et van Weel, 2011; Emanuel, Fairclough et Emanuel, 2000; Moynier-Vantiegheem, Desbaillet, Weber, Pautex et Zulian, 2010). Des études qualitatives ont montré que des aînés en bonne santé favorables à l'euthanasie considéraient cet acte comme un moyen d'éviter la dépendance anticipée ou de devenir un fardeau pour leur famille ou la société (Lamers et Williams, 2016; Malpas, Mitchell et Johnson, 2012). Stolz et ses collaborateurs (2017a) ont observé que les aînés qui étaient très préoccupés par le vieillissement (peur de perdre leur autonomie, leur qualité de vie) étaient plus favorables à l'euthanasie que ceux qui étaient moins inquiets, lorsqu'ils étaient confrontés au cas hypothétique d'une personne âgée en situation de très grande dépendance. La crainte de vieillir pourrait influencer l'opinion à l'égard de l'euthanasie.

D'ailleurs, de nombreuses études démontrent que les sociétés occidentales perçoivent plutôt

¹ Pays où elle est légalisée : Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Colombie, et dans l'État de Victoria en Australie.

² Puisque le terme « euthanasie » est utilisé dans la plupart des études et qu'il désigne la même pratique que « l'aide médicale à mourir », il sera employé tout au long du texte, à moins qu'il ne soit spécifiquement question de la pratique québécoise ou de l'ensemble des pratiques visant à hâter la mort (physician assisted-dying).

négalement la vieillesse et adoptent des comportements discriminatoires envers les aînés (Ayalon et Tesch-Römer, 2018 ; Lagacé, Laplante et Davignon, 2011). Fondé sur l'âge, l'âgisme diffère du racisme ou du sexisme par le fait que toutes les personnes, si elles vivent suffisamment longtemps, sont susceptibles d'y être confrontées. L'âgisme se manifesterait le plus souvent de manière subtile et non explicite dans les interactions quotidiennes avec les aînés sans qu'il ne soit totalement reconnu ou dénoncé (Lagacé, 2010).

Les croyances âgistes semblent avoir des effets sur le désir de vivre des aînés. Par exemple, face à des situations médicales hypothétiques, des participants âgés exposés à des stéréotypes négatifs avaient tendance à refuser davantage les interventions visant à prolonger leur vie que ceux exposés à des stéréotypes positifs, et ce, indépendamment de leur état de santé ou de leur âge (Levy, Ashman, et Dror, 2000). Lamers et Williams (2016) suggèrent donc que le discours sociétal, dévalorisant les aînés et les présentant comme un poids économique, pourrait être intériorisé par les aînés, les conduisant à juger l'euthanasie ou le suicide-assisté comme une option appropriée lorsque leur condition se détériore et qu'ils ne se considèrent plus comme des membres utiles ou estimés de la société.

OBJECTIF

Jusqu'à présent, aucune étude n'a tenté de vérifier si la présence de stéréotypes âgistes négatifs influence le choix des aînés à propos de l'euthanasie, dans la situation hypothétique où ils seraient confrontés à une maladie incurable en phase terminale. Cette étude avait pour hypothèse que les aînés qui entretiennent une perception âgiste de la vieillesse seraient davantage susceptibles d'être en faveur de l'euthanasie.

MÉTHODE

Participants

Les participants ont été recrutés grâce à un court article dans le journal *Le Nouvelliste* de Trois-Rivières, intitulé « La perception de la vieillesse et le désir d'en finir », où on indiquait que des chercheuses étaient intéressées à connaître l'opinion de personnes âgées de 60 ans et plus à propos de

l'aide médicale à mourir³. Cette limite d'âge a été fixée afin d'avoir un sous-groupe de baby-boomers (60-70 ans) dans l'échantillon.

L'échantillon était composé de 233 personnes âgées de 60 à 95 ans ($M = 72,9$). Il comprenait 135 femmes (58,2 %) et 97 hommes (41,8 %). La majorité était mariée (57,3 %). Le niveau d'éducation moyen était de 12,9 ans et la plupart (90,0 %) décrivaient leur état de santé comme bon, très bon ou excellent. En outre, 94,0 % étaient satisfaits ou très satisfaits de leur vie actuelle. Cet échantillon semblait donc connaître des conditions de vie favorables.

Instruments de mesure

En plus de questions d'ordre sociodémographique, les participants ont rempli cinq questionnaires dans le cadre d'une enquête postale anonyme. Les deux premiers évaluaient leur attitude face à l'euthanasie et comportaient une définition simple et claire du concept : « Acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'une autre personne pour mettre fin à ses souffrances. Cet acte sera pratiqué par un médecin ». Le premier questionnaire portait sur les croyances générales face à l'euthanasie (Webster, 2004) et comprenait quinze items ($\alpha = 0,92$). Le participant indiquait son degré d'accord avec chacun des énoncés (ex. : « Il est mal de mettre fin délibérément à la vie de quelqu'un par pitié ») sur une échelle de type Likert allant de 1 (tout à fait en désaccord) à 6 (tout à fait d'accord). Certains items ont été recodés de manière à ce qu'un score élevé indique une attitude positive à l'égard de l'euthanasie. Le second ne comportait qu'une question et demandait aux participants d'indiquer leur degré d'accord avec l'euthanasie pour eux-mêmes dans le cas où ils seraient « très malades (ex. : cancer) et qu'ils allaient mourir dans un futur proche à cause de cette maladie ». L'échelle de réponses est la même que précédemment ; un score élevé indique un accord avec l'euthanasie pour soi dans cette situation.

Le questionnaire sur les stéréotypes liés à l'âge comporte neuf items ($\alpha = 0,68$) mesurant l'âgisme intériorisé (Lagacé et al., 2015). Voici un exemple d'énoncé : « Les personnes âgées

³ Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-16-229-07.19 ; CER-14-202-07.04).

gènèrent trop de dépenses pour la santé publique ». Les participants exprimaient leur degré d'accord sur une échelle allant de 1 (totalement en désaccord) à 5 (totalement d'accord). Un score élevé indique une forte adhésion aux stéréotypes âgistes.

Un questionnaire de sept énoncés ($\alpha = 0,97$), élaboré par Webster (2004), évaluait le niveau d'implication religieuse des participants (ex. : « Prier est une priorité très importante dans ma vie. ») à l'aide d'une échelle allant de 1 (tout à fait en désaccord) à 6 (tout à fait d'accord). Un score élevé signifie que la personne accorde une grande importance à la religion dans sa vie quotidienne. Finalement, un dernier questionnaire évaluait le niveau d'anxiété des participants face à différents aspects du processus de la mort, comme la douleur (Webster, 2004). Les participants indiquaient leur niveau d'anxiété sur une échelle allant de 1 (pas du tout anxieux) à 6 (très anxieux) à chacun des six énoncés ($\alpha = 0,89$). Un score élevé est associé à une anxiété élevée.

RÉSULTATS

Avant de vérifier l'hypothèse selon laquelle les aînés qui entretiennent des stéréotypes âgistes à propos de la vieillesse seraient plus susceptibles d'être en faveur de l'euthanasie, il est important de vérifier s'il existe des relations entre les caractéristiques sociodémographiques des participants et leur opinion générale ou leur choix personnel à l'égard de cette pratique (voir le Tableau 1).

En ce qui a trait à l'opinion générale à propos de l'euthanasie, les résultats indiquent que les baby-boomers (60-70 ans vs 71-80 et 81-95 ans), les personnes vivant en couple et les personnes ayant plus de 12 ans de scolarité étaient plus favorables à l'euthanasie. On peut noter qu'il n'y a aucune différence entre les hommes et les femmes sur le plan de l'opinion générale. Par ailleurs, lorsqu'on demande aux participants de s'imaginer personnellement en fin de vie, les caractéristiques sociodémographiques n'influencent pas leur degré d'accord avec l'euthanasie. Toutefois, on remarque que l'ensemble des participants est significativement ($t_{paire} = 2,66$; $p < 0,01$) plus favorable ($M = 4,49$) à l'euthanasie en s'imaginant dans cette situation concrète que lorsqu'on leur demande leur avis général à ce sujet ($M = 4,24$).

De plus, lorsque les réponses des participants sont réparties en deux catégories selon leur opposition (réponses 1 à 3) ou leur accord (réponses 4 à 6) avec cette pratique, on constate que 75,2 % des répondants seraient plutôt favorables à l'euthanasie pour eux-mêmes s'ils étaient en fin de vie, alors que 24,8 % seraient en désaccord.

Des analyses corrélationnelles ont aussi permis de vérifier les liens entre le niveau d'accord avec l'euthanasie pour soi-même dans la situation hypothétique de fin de vie et diverses variables telles que l'implication religieuse, l'anxiété face à la mort et l'âgisme (voir le Tableau 2). Les participants les plus religieux étaient plutôt défavorables à l'euthanasie s'ils devaient se retrouver en fin de vie, tandis que ceux qui étaient plus anxieux face à la mort et ceux dont l'attitude à l'égard de la vieillesse était plus négative étaient plus favorables à cette pratique.

Finalement, une analyse de régression hiérarchique en quatre étapes a été réalisée pour déterminer si l'âgisme est une variable qui peut prédire le désir d'euthanasie en fin de vie, au-delà de l'âge, de l'implication religieuse et de l'anxiété face à la mort. L'âge a été choisi pour contrôler les effets des variables démographiques, puisque les analyses préliminaires avaient montré que l'âge était lié au statut civil, à l'éducation et au revenu. En effet, les personnes les plus âgées avaient plus souvent une faible scolarité, un faible revenu et vivaient sans partenaire.

Les résultats de la régression (voir Tableau 3) montrent que, dans le modèle final, la religiosité et l'âgisme contribuent de façon unique à la prédiction du souhait d'euthanasie pour soi-même dans une situation hypothétique de fin de vie. Ainsi, les personnes qui accordent de l'importance à la religion dans leur vie quotidienne privilégieraient moins l'euthanasie. Au contraire, les participants qui adhèrent aux stéréotypes âgistes seraient plus susceptibles d'accepter l'euthanasie. D'ailleurs, l'ajout de l'âgisme au modèle explique une proportion supplémentaire (5,0 %) significative ($F = 12,95$, $p < 0,001$) de la variance. Le modèle global incluant les quatre variables étudiées est statistiquement significatif ($F = 8,29$; $p < 0,001$) et explique 12,8 % de la variance du choix qui serait fait en fin de vie.

Tableau 1

Moyennes et écarts-types pour l'opinion générale envers l'euthanasie et le degré d'accord avec cette pratique pour soi-même, en fonction des caractéristiques sociodémographiques (N = 233).

Variables	N	%	Opinion générale	Euthanasie pour soi
			Moyenne/6 (ÉT)	Moyenne/6 (ÉT)
Âge				
60-70 ans	102	43,8	4,58 (1,17) ***	4,63 (1,88)
71-80 ans	91	39,1	4,11 (1,28)	4,48 (1,83)
81-95 ans	40	17,2	3,65 (1,28)	4,18 (1,95)
Genre				
Homme	97	41,8	4,35 (1,27)	4,60 (1,89)
Femme	135	58,2	4,15 (1,28)	4,41 (1,87)
Statut civil				
Avec partenaire	133	57,3	4,39 (1,20)*	4,62 (1,78)
Sans partenaire	99	42,7	4,02 (1,35)	4,31 (1,99)
Éducation				
4-12 ans	109	49,3	3,96 (1,17)	4,45 (1,88)
13-22 ans	110	50,7	4,48 (1,30)**	4,57 (1,86)
Score total			4,24 (1,28)	4,49 (2,07)
Test $t_{\text{paire}}(232) = 2,66; p < 0,01$				

Tableau 2

Corrélations entre le choix de l'euthanasie pour soi, l'âge, la religiosité, l'anxiété face à la mort et l'âgisme (N =233).

Variables	Âge	Implication religieuse	Anxiété face à la mort	Âgisme
Âge				
EU pour soi situation fictive	-0,08	-0,25***	0,14*	0,22***
Âge		0,34***	-0,17**	0,06
Implication religieuse			0,01	0,10
Anxiété face à la mort				0,12 (0,07)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tableau 3

Résumé de la régression hiérarchique pour les variables prédisant le souhait d'euthanasie pour soi (N = 233)

Variables	B		t	ΔR^2
Âge	0,01	0,02	0,30	0,007
Religiosité	-0,29	-0,27	-4,07***	0,051***
Anxiété	0,17	0,11	1,80 (0,07)	0,020*
Âgisme	0,82	0,23	3,60***	0,050***
Constante	2,08			

Note. Modèle final : $R^2 = 0,128$; $F(4, 226) = 8,29$; $p < 0,001$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$



Les participants qui ont une perception plus négative à l'endroit de la vieillesse choisiraient un décès prématuré plutôt que d'être confrontés à ce qu'ils considèrent comme une «déchéance».

DISCUSSION

Les personnes âgées sont rarement interrogées sur leurs préférences à propos des pratiques de fin de vie, même si la plupart devront prendre des décisions à ce sujet à l'avenir. La présente recherche a donné à des personnes de 60 ans et plus vivant dans la communauté l'occasion d'exprimer leur opinion sur l'euthanasie dans le cadre d'une enquête postale anonyme, ce qui a probablement réduit l'influence de la désirabilité sociale. L'étude révèle que la majorité des participants étaient plutôt d'accord avec cette procédure pour eux-mêmes s'ils étaient en fin de vie, bien qu'une personne sur quatre y soit opposée. De plus, les aînés interrogés étaient plus favorables à l'euthanasie dans une situation hypothétique les concernant personnellement que lorsqu'ils exprimaient leur opinion générale. Il serait donc essentiel que les études subséquentes examinent les différences d'opinions concernant l'euthanasie, chez un même individu, selon la distance émotionnelle avec la personne qui la recevrait : soi, membre de la famille, personne inconnue (Houle, Lapierre, St-Amant et Lacerte, 2018). Finalement,

bien que les caractéristiques sociodémographiques semblent jouer un rôle dans le niveau d'accord général avec l'euthanasie, elles ne semblent pas être associées au choix que les participants feraient s'ils étaient en fin de vie ; d'autres variables semblent plus importantes pour prédire leur choix. C'est le cas de l'âge et de l'implication religieuse.

La présente étude a d'ailleurs confirmé l'hypothèse selon laquelle l'âge contribuerait significativement à l'approbation de l'euthanasie, même lorsque l'âge, l'implication religieuse et l'anxiété de la mort sont contrôlés. Il semble que les participants qui ont une perception plus négative à l'endroit de la vieillesse choisiraient un décès prématuré plutôt que d'être confrontés à ce qu'ils considèrent comme une «déchéance» (Lamers et Williams, 2016 ; O'Connor, 2009).

Ce résultat appuie donc partiellement les études qualitatives où des aînés en bonne santé, favorables à l'euthanasie ou au suicide-assisté, considéraient ces pratiques comme un moyen d'éviter

la dépendance anticipée, la vie en CHSLD ou d'être un fardeau pour leur famille ou la société (Lamers et Williams, 2016; Malpas et al., 2012). La peur de l'avenir semblerait être au centre de l'acceptation de l'aide médicale à mourir (Sullivan, 2005), de même qu'une faible satisfaction de vie, puisque Maggiori et ses collaborateurs (2019) ont observé, chez 100 aînés suisses ($M = 75,7$ ans), que le lien entre l'âgisme et le choix de l'euthanasie était modéré par le niveau de satisfaction de vie.

On peut donc s'interroger si dans un contexte âgiste, il pouvait exister un effet de pression sociale sur les personnes vulnérables pour qu'elles optent ou acceptent l'euthanasie. D'ailleurs, des entrevues réalisées avec des personnes de 65 ans ou plus opposées à l'aide médicale à mourir montrent qu'elles craignent le risque d'abus et que la procédure soit administrée sans la demande explicite du patient (Malpas, Wilson, Rae et Johnson, 2014; Vachon, 2013). Les études qualitatives indiquent aussi que les expériences personnelles passées des aînés avec le système de santé, la maladie ou la mort de leurs proches influencent fortement leur opinion à propos de l'aide médicale à mourir (Malpas et al., 2012; Malpas et al., 2014). Ces variables devraient donc être examinées lors de futures recherches, de même que le degré de confiance des individus envers les professionnels de la santé, car il semble qu'un faible niveau de confiance prédise une attitude favorable envers l'aide médicale à mourir chez des aînés recevant des services à domicile (Stolz, Mayerl, Gasser-Teiner et Freidl, 2017b). L'ensemble de ces éléments plaide pour une attention particulière à la qualité de vie et des soins à l'intention de la population âgée, en améliorant, par exemple, les conditions de vie dans les CHSLD ou encore l'accès à des soins palliatifs de qualité (Vachon, 2013). La présentation d'une vision plus équilibrée de la vieillesse dans les médias (Lagacé et al., 2011) serait aussi indiquée. Les changements d'attitude envers la religion au Québec semblent également jouer un rôle sociétal non négligeable dans l'accord avec l'aide médicale à mourir, ce qui est corroboré par des recherches antérieures (Lapierre et al., 2018).

Le point fort de cette étude réside dans la définition simple et claire de l'euthanasie qui a été fournie aux participants avant qu'ils ne répondent

aux questionnaires. Ceci est extrêmement important, car il y a beaucoup de confusion chez les non-initiés entre les différentes pratiques de fin de vie (Lamers et Williams, 2016; Marcoux, 2011). Par conséquent, il faut faire preuve de beaucoup de prudence dans l'interprétation des résultats de sondages d'opinion publique qui montrent un soutien croissant pour l'aide médicale à mourir. Il est possible que la popularité de l'euthanasie reflète aussi le désir légitime d'avoir une bonne mort, ce qui peut actuellement sembler inaccessible, puisqu'on estime que seulement 16,0 à 30,0 % des Canadiens ont accès aux soins palliatifs (Marcoux, 2011). De plus, il semble que la manière dont l'euthanasie est présentée aux participants lors des études (formuler de manière positive ou négative) influence leurs préférences. Ainsi, Gamliel (2012) a démontré que des échantillons d'étudiants et d'adultes étaient plus favorables à l'euthanasie lorsqu'elle était présentée en parlant de « prolongation ou non de la vie » pour un homme de 78 ans souffrant d'un cancer incurable, plutôt que de « mettre fin à la vie » de ce patient, bien que ce soit le même acte.

La présente étude a aussi quelques limites. Il s'agit d'un échantillon de convenance qui présente des caractéristiques homogènes qui limitent la généralisation des résultats. Les participants étaient éduqués, en santé et satisfaits de leur vie. Il serait donc intéressant de voir comment l'âgisme influence le choix à l'égard de l'aide médicale à mourir chez des aînés dont la santé ou le niveau socioéconomique sont plus faibles, ou qui ont été témoins de situations pénibles lors de l'agonie de leurs proches ou pairs. De plus, puisque les participants devaient s'imaginer dans une situation de fin de vie hypothétique, leurs choix pourraient être différents s'ils étaient réellement confrontés à une maladie incurable. D'ailleurs, des études montrent que les patients changent fréquemment d'avis au cours des dernières semaines de vie (Emanuel et al., 2000; Rosenfeld et al., 2014). Finalement, il serait intéressant d'examiner le rôle médiateur du désir de contrôle comme prédicteur du souhait d'euthanasie, puisque le droit à l'autodétermination est considéré comme un élément essentiel d'une bonne mort dans la population générale (Rietjens, Deschepper, Pasman et Deliens, 2012).

En conclusion, les préférences des personnes âgées à l'égard de l'aide médicale à mourir sont susceptibles d'être influencées par divers facteurs relevant non seulement de la santé, mais également des conditions de vie, d'aspects relationnels et sociaux, voire existentiels. Les personnes qui accompagnent les aînés ou qui prennent des décisions les concernant devraient tenir compte de ces différents facteurs et du fait que les souhaits, voire les demandes d'aide médicale à mourir, s'enracinent dans des configurations de motivations et d'influences complexes. Les recherches futures sur le désir d'aide médicale à mourir devraient, par exemple, élargir le champ d'investigation aux variables qui traitent des enjeux relationnels et sociaux, tels que l'influence potentielle du discours social négatif sur la vieillesse et l'opinion de l'entourage (famille, amis, intervenants) à propos de l'aide médicale à mourir, la perception de la qualité des soins disponibles, ou encore les conceptions de la vie et de la mort des personnes concernées.

RÉFÉRENCES

- Ayalon, L. et Tesch-Römer, C. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Cham : Springer.
- Castelli Dransart, D. A., Lapierre, S., Erlangsen, A., Canetto, S.S., Heisel, M., Draper, B., ... Wyart, M. (soumis). A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Journal of Aging and Mental Health*.
- Commission sur les soins de fin de vie (2019). *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec, du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018*. Repéré à www.assnat.qc.ca à la section Documents déposés.
- Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Vissers, K. C. et 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.
- Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J. et Chambaere, K. (2015). Comparison of the expression and granting of requests for euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. *JAMA Internal Medicine*, 175(10), 1703-1706.
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L. et Emanuel, L. L. (2000). Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted-suicide among terminally ill patients and their caregivers. *Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2460-2468.
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W. et Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *Journal of the American Medical Association*, 316(1), 79-90.
- Gamliel, E. (2012). To end life or not to prolong life: The effect of message framing on attitudes toward euthanasia. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 693-703.
- Gouvernement du Québec (2019, Mars). Aide médicale à mourir. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medecale-a-mourir/>
- Houle, M., Lapierre, S., St-Amant, K., Lacerte, M.-M. (2018). *Différences dans les préférences à propos de l'euthanasie pour soi-même ou pour un proche*. Congrès international francophone de gérontologie et de gériatrie. Juin, Montreux, Suisse.
- Lagacé, M. (2010). *L'Âgisme — Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lagacé, M., Charmarkeh, H., Laplante, J. et Tanguay, A. (2015). How ageism contributes to the second-level digital divide. *Journal of Technologies and Human Usability*, 11(4), 1-13.
- Lagacé, M., Laplante, J. et Davignon, A. (2011). Construction sociale du vieillir dans les médias écrits canadiens : de la lourdeur de la vulnérabilité à l'insoutenable légèreté de l'être. *Communication et organisation*, 40, 87-102.
- Lamers, C. P. T. et Williams, R. R. (2016). Older people's discourses about euthanasia and assisted suicide: A foucauldian exploration. *Gerontologist*, 56(6), 1072-1081.
- Lapierre, S., Castelli Dransart, D. A., St-Amant, K., Dubuc, G., Houle, M., Lacerte, M.-M. et Maggiori, C. (2018). Religiosity and the wish of older adults for physician assisted-suicide. *Religions*, 9, 66-78. <https://doi.org/10.3390/rel9030066>
- Levy, B. R., Ashman, O. et Dror, I. (2000). To be or not to be: The effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega: Journal of Death and Dying*, 40, 409-420.
- Maggiori, C., Castelli Dransart, D. A., Voelin, S., Burnier, D. et Lapierre, S. (2019, May). *The role of ageism in end-of-life decisions in older adults*. Communication au 9th Congress of the International Association of Gerontology and Geriatrics - European Region, Gothenburg, Suède.
- Malpas, P. J., Mitchell, K. et Johnson, M. H. (2012). I wouldn't want to become a nuisance under any circumstances. A qualitative study of the reasons some healthy older individuals support medical practices that hasten death. *The New Zealand Medical Journal*, 125(1358), 9-19.
- Malpas, P. J., Wilson, M. K. R., Rae, R. et Johnson, M. (2014). Why do older people oppose physician-assisted dying? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(4), 353-359.
- Marcoux, I. (2011). Euthanasia : A confounding and intricate issue. Dans Josef Kure (dir.), *The good death: Controversy in humans and animals* (p. 45-62). Rijeka, Croatia : TechOpen. Repéré à <https://www.intechopen.com/books/euthanasia-the-good-death-controversy-in-humans-and-animals/euthanasia-a-confounding-and-intricate-issue>
- Moynier-Vantieghem, K., Desbaillet, Y. E., Weber, C., Pautex, S. et Zulian, G. (2010). Demandes d'aide au décès en médecine palliative. *Revue médicale suisse*, 6(234), 261-265.
- O'Connor, M. (2009). Decrepit death as a discourse of death in older age: Implications for policy. *International Journal of Older People Nursing*, 4, 263-271.
- Rietjens, J. A.C., Deschepper, R., Pasman, R. et 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.
- Rosenfeld, B., Pessin, H., Marziliano, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., Olden, M., Brescia, R. et Breitbart, W. (2014). Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients? *Social Science & Medicine*, 111, 35-40.
- Stolz, E., Mayerl, H., Waxenegger, A., Rásky, É. et Freidl, W. (2017a). Attitudes towards end-of-life decisions in case of long-term care dependency: A survey among the older population in Austria. *Journal of Medical Ethics*, 43(6), 413-416.
- Stolz, E., Mayerl, H., Gasser-Steiner, P. et Freidl, W. (2017 b). Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among care-dependent older adults (80+) in Austria. *BMC Medical Ethics*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0233-6>
- Sullivan, M. D. (2005). The desire for death arises from an intolerable future rather than an intolerable present. *General Hospital Psychiatry*, 27(4), 256-257.
- 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, 182-188.
- Webster, G. (2004). *Building a conceptual model of euthanasia attitudes*. (Thèse de doctorat). University of Guelph, Ontario. Repéré à <http://search.proquest.com/biblioproxy.uqtr.ca/pqdtglobal/docview/305000181/C081C22CFBE54F55FQ/1?accountid=14725>