

Attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté : une synthèse des connaissances scientifiques

Attitudes of mental health workers toward euthanasia and assisted suicide: a knowledge synthesis

Actitudes de profesionales en salud mental hacia la eutanasia y el suicidio asistido: Una síntesis del conocimiento científico

Jaskiran Kaur et Isabelle Marcoux

Volume 51, numéro 2, automne 2018

Prise en charge du suicide : entre crime, troubles mentaux et droit de mourir

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1054241ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1054241ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (imprimé)

1492-1367 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Kaur, J. & Marcoux, I. (2018). Attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté : une synthèse des connaissances scientifiques. *Criminologie*, 51(2), 213–243. <https://doi.org/10.7202/1054241ar>

Résumé de l'article

L'objectif de cette synthèse des connaissances est de donner un aperçu des études scientifiques publiées sur les attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté. Une recherche a été menée dans les bases de données Medline, PsycInfo et Embase ; onze articles répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnés. Les résultats montrent que les intervenants en santé mentale ont généralement des attitudes positives envers l'euthanasie et le suicide assisté, avec des attitudes un peu plus favorables envers ce dernier que pour l'euthanasie. Plusieurs études ont montré une corrélation négative entre l'importance de la religion et leurs attitudes ainsi qu'avec l'expérience professionnelle. Le lien entre les attitudes et d'autres caractéristiques personnelles (par ex. : le genre, l'âge, le niveau d'éducation) n'est toutefois pas constant d'une étude à l'autre. Des enjeux particuliers sur le plan de la méthodologie doivent être considérés dans l'interprétation des résultats, dont des différences dans les définitions et la terminologie utilisée, ainsi que dans la formulation des questions. Le lien entre les expériences personnelles et les attitudes envers l'euthanasie ou le suicide assisté devrait faire l'objet de recherches futures.

Attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté : une synthèse des connaissances scientifiques

Jaskiran Kaur^{1 2}

Candidate à la maîtrise ès sciences
Sciences interdisciplinaires de la santé
Université d'Ottawa
jkaur046@uottawa.ca

Isabelle Marcoux

Professeure agrégée
École interdisciplinaire des sciences de la santé
Université d'Ottawa
imarcoux@uottawa.ca

RÉSUMÉ • *L'objectif de cette synthèse des connaissances est de donner un aperçu des études scientifiques publiées sur les attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté. Une recherche a été menée dans les bases de données Medline, PsycInfo et Embase; onze articles répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnés. Les résultats montrent que les intervenants en santé mentale ont généralement des attitudes positives envers l'euthanasie et le suicide assisté, avec des attitudes un peu plus favorables envers ce dernier que pour l'euthanasie. Plusieurs études ont montré une corrélation négative entre l'importance de la religion et leurs attitudes ainsi qu'avec l'expérience professionnelle. Le lien entre les attitudes et d'autres caractéristiques personnelles (par ex. : le genre, l'âge, le niveau d'éducation) n'est toutefois pas constant d'une étude à l'autre. Des enjeux particuliers sur le plan de la méthodologie doivent être considérés dans l'interprétation des résultats, dont des différences dans les définitions et la terminologie utilisée, ainsi que dans la formulation des questions. Le lien entre les expériences personnelles et les attitudes envers l'euthanasie ou le suicide assisté devrait faire l'objet de recherches futures.*

1. École interdisciplinaire des sciences de la santé, Université d'Ottawa, 25, rue Université, Ottawa (Ontario), Canada, K1N 6N5.

2. Déclaration de conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts.

MOTS CLÉS • *Euthanasie, suicide assisté, intervenants en santé mentale, attitudes, aide médicale à mourir.*

Introduction

Au cours des dernières décennies, on observe une augmentation de l'espérance de vie, grâce notamment aux progrès dans le domaine des technologies biomédicales. Les personnes malades ont maintenant accès à divers traitements encore plus efficaces qui leur permettent soit de guérir, soit de vivre plus longtemps. En contrepartie, des individus pourraient se sentir obligés d'accepter ces interventions, et l'acceptation de la mort pourrait de plus en plus être considérée comme un tabou social et moral (Evans, 2015). Une réappropriation du processus de mourir pourrait donc s'exprimer par la revendication d'un droit à l'euthanasie et au suicide assisté; des pratiques récemment légalisées au Canada.

L'euthanasie, définie comme étant « l'administration de médicaments avec l'intention explicite de mettre fin à la vie du patient, à sa demande explicite [traduction libre] » (van der Maas *et al.*, 1996, p. 1700), et le suicide assisté défini comme « le fait de prescrire ou prodiguer des médicaments avec l'intention explicite de permettre au patient de mettre fin à sa propre vie [traduction libre] » (van der Maas *et al.*, 1996, p. 1700), sont des sujets sensibles et controversés. Après des années de discussions, le Québec a légalisé « l'aide médicale à mourir » en vertu de la Loi sur les soins de fin de vie (projet de loi 2) qui est entrée en vigueur en décembre 2015. Comme définie préalablement dans le projet de loi 52 (2014), l'aide médicale à mourir réfère à « 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 »; définition qui concorde avec ce qui est considéré comme de l'euthanasie dans la littérature scientifique internationale. En juin 2016, la Cour suprême du Canada a également légalisé l'« aide médicale à mourir » qui se décline ici en deux pratiques distinctes: (1) « l'administration directe, par un médecin ou un infirmier praticien, d'une substance provoquant la mort de la personne qui en a fait la demande » ou (2) « la remise ou la prescription, par un médecin ou un infirmier praticien, d'une substance que la personne peut s'administrer elle-même pour provoquer sa mort » (*Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois [aide médicale à mourir]*, 2016), et qui réfèrent respective-

ment à l'euthanasie volontaire et au suicide assisté dans la littérature internationale.

Ces changements de loi imposent de nouvelles responsabilités aux professionnels de la santé, notamment aux médecins et aux infirmiers praticiens, dont l'évaluation et la prise en charge des personnes qui font une telle demande. Toutefois, ces lois n'ont pas seulement un impact sur ces professionnels de la santé, elles risquent d'affecter également ceux qui travaillent au quotidien avec des personnes malades ou en fin de vie qui font face à toutes sortes de problèmes psychosociaux et qui désirent mourir prématurément. On peut penser à ceux et celles qui travaillent de près ou de loin en santé mentale, dont les psychologues, les travailleurs sociaux et les intervenants en prévention du suicide.

Jusqu'à ce jour, la majorité des études qui se sont intéressées aux attitudes des professionnels envers l'euthanasie ou le suicide assisté ont été réalisées auprès de médecins et d'infirmières. Les résultats sont toutefois disparates, montrant un appui favorable qui varie entre 26 % et 86 % chez les médecins (Brits, Human, Pieterse, Sonnekus et Joubert, 2009; Broekman et Verlooy, 2013; Cohen, Fihn, Boyko, Jonsen et Wood, 1994; Craig *et al.*, 2007; Emanuel, Fairclough, Daniels et Clarridge, 1996; Kouwenhoven, van Theil, Raijmakers, van der Heide et van Delden, 2014; Lee, Prince, Rayner et Hotopf, 2009; Smets *et al.*, 2011), et entre 3,2 % et 92 % chez les infirmières (Asai, Ohnishi, Nagata, Tanita et Yamazaki, 2001; Kranidiotis, Ropa, Mprianas, Kyprianiou et Nanas, 2015; Inghelbrecht, Bilsen, Mortier et Deliens, 2009; Parpa *et al.*, 2010; Tepehan, Özkara et Yavuz, 2009).

L'appui envers ces pratiques semble être plus soutenu dans les pays où elles sont légales, notamment en Belgique (Miccinesi *et al.*, 2005; Smets *et al.*, 2011) et aux Pays-Bas (Bolt, Snijdewind, Willem, van der Heide et Onwuteaka-Philipsen, 2015; Willems, Daniels, van der Wal, van der Maas et Emanuel, 2000). Par exemple, plus de 90 % des infirmières en Belgique ont mentionné que l'euthanasie est acceptable pour un patient en phase terminale (Inghelbrecht *et al.*, 2009), et plus de 80 % des médecins de Belgique et des Pays-Bas ont indiqué qu'ils pourraient effectuer eux-mêmes une euthanasie ou un suicide assisté dans certaines situations (Bolt *et al.*, 2015; Smets *et al.*, 2011). Or, dans des pays où ces pratiques ne sont pas autorisées, la majorité des médecins se disaient contre leur légalisation et non disposés à accéder à une telle demande (Kranidiotis *et al.*, 2015; Löfmark *et al.*, 2008; McCormack, Clifford et Conroy, 2011; Müller-busch, Oduncu, Woskanjan et

Klaschik, 2005 ; Subba *et al.*, 2016 ; Zenz, Tryba et Zenz, 2015). Des constatations semblables ont été rapportées chez les infirmières où plus de la moitié étaient contre l'euthanasie ou le suicide assisté et non disposées à effectuer l'un des deux actes (Asai *et al.*, 2001 ; Bendiane *et al.*, 2009 ; Kranidiotis *et al.*, 2015 ; Naseh, Raflei et Heidari, 2015 ; Poreddi, Nagarajaiah, Kondouru et Math, 2013 ; Zenz *et al.*, 2015), et où moins de 15 % soutenaient la légalisation de l'euthanasie (Asai *et al.*, 2001 ; Tanida *et al.*, 2002). Bien que les attitudes de la population générale soient systématiquement plus favorables à ces pratiques que les médecins et les infirmières, on observe également cette différence de soutien dans les pays où ces pratiques sont légalisées (Emanuel, Onwuteaka-Philipsen, Urwin et Cohen, 2016 ; Rae, Johnson et Malpas, 2015 ; Tomlinson et Stott, 2015).

Les attitudes à l'égard de l'euthanasie et du suicide assisté varieraient également selon certaines caractéristiques des individus sondés. Tout d'abord, les professionnels de la santé qui s'identifient à une religion ou qui pratiquent une religion y sont moins favorables (Bülow *et al.*, 2012 ; Inghelbrecht *et al.*, 2009 ; McCormack *et al.*, 2011 ; Tepehan *et al.*, 2009 ; Tomlinson et Stott, 2015) et sont moins susceptibles d'effectuer ces actes (Bachman *et al.*, 1996 ; Naseh *et al.*, 2015). Concernant l'âge, plusieurs études ont démontré que les jeunes professionnels de la santé ont tendance à avoir des opinions plus permissives envers l'euthanasie que les professionnels plus âgés (Miccinesi *et al.*, 2005 ; Ryyänänen, Myllykangas, Viren et Heiro, 2002 ; Verpoort, Gastmans et Dierckx de Casterlé, 2004a). En ce qui a trait au genre, quelques études ont montré que les femmes auraient des opinions plus conservatrices concernant l'euthanasie (Di Mola *et al.*, 1996 ; Levy, Azar, Huberfeld, Siegel et Strous, 2013), bien que le lien entre ces attitudes et le genre ne soit pas toujours constant (Gielen, van Den Branden et Broeckaert, 2008).

En plus des caractéristiques personnelles des professionnels de la santé ainsi que du statut légal de l'euthanasie ou du suicide assisté du pays dans lequel ils résident, des expériences professionnelles ou personnelles pourraient également influencer de telles attitudes. Les médecins qui soignent généralement des patients en phase terminale, tels que ceux qui travaillent dans le domaine de l'oncologie, de la gériatrie et des soins palliatifs, auraient des attitudes plus négatives à l'égard de l'euthanasie et du suicide assisté (Gielen *et al.*, 2008). De même, les infirmières qui travaillent en soins palliatifs auraient tendance à avoir des attitudes moins favorables à l'euthanasie (Farsides, 1998 ;

Kitchener, 1998). Il se peut que les infirmières soient plus attirées par le travail dans une organisation dont la vision personnelle correspond à la leur (Verpoort *et al.*, 2004a) puisque l'euthanasie va à l'encontre de la mission des soins palliatifs qui ne visent ni à retarder la mort ni à la devancer. D'un autre côté, les personnes qui travaillent fréquemment avec des personnes en fin de vie pourraient avoir une vision plus mitigée de l'euthanasie comme solution pour mettre fin à la souffrance d'une personne. En ce qui concerne les expériences personnelles, deux études se sont intéressées au lien entre l'expérience des professionnels de la santé avec un membre de la famille en phase terminale et leurs attitudes envers l'euthanasie et le suicide assisté (Grassi, Magnani et Ercolani, 1999 ; Silvonemi Vansankari, Vahlberg, Clemens et Salminen, 2010), mais leurs résultats n'étaient pas concluants. Or, une revue systématique des études réalisées auprès de patients, de soignants et de la population générale a révélé une corrélation positive entre les expériences avec un membre de la famille mourant et les attitudes envers l'euthanasie et le suicide assisté (Hendry *et al.*, 2013). Bref, les études portant sur les expériences personnelles des professionnels de la santé et les attitudes demeurent limitées.

Bien qu'il existe des recensions exhaustives des études sur les attitudes des médecins et des infirmières envers l'euthanasie et le suicide assisté (Evans, 2015 ; Gielen *et al.*, 2008 ; McCormack *et al.*, 2011 ; Tomlinson et Stott, 2015 ; Verpoort, Gastmans, De Bal et De Casterlé, 2004b), des synthèses portant spécifiquement sur les intervenants en santé mentale n'ont pas encore été menées. En raison de la nature de leur travail, ces intervenants risquent d'être interpellés par des personnes qui vivent des moments difficiles et qui ont besoin de soutien ou d'aide, dont des personnes qui pensent à mourir par euthanasie et suicide assisté. Une meilleure connaissance de leurs attitudes ainsi qu'une meilleure compréhension des facteurs qui influencent ces attitudes pourraient aider à clarifier leur réflexion sur le sujet.

Objectif

L'objectif général de cette synthèse des connaissances est de donner un aperçu des études scientifiques publiées sur les attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté. Le but est aussi de mettre en lumière les liens entre les attitudes des intervenants, des caractéristiques sociodémographiques les concernant ainsi que leurs

expériences personnelles et professionnelles. Nous tenterons donc de répondre aux questions suivantes: (1) Quelles sont les attitudes envers l'euthanasie ou le suicide assisté des intervenants en santé mentale? (2) Les caractéristiques sociodémographiques, les expériences personnelles ou professionnelles jouent-elles un rôle dans la teneur des attitudes des intervenants en santé mentale?

Méthode

Selon la nomenclature proposée par Grant et Booth (2009), nous présentons dans cet article une synthèse des connaissances scientifiques sous forme narrative, celle-ci portant sur les attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté. Une recherche de la littérature scientifique a été menée en octobre 2016 dans les bases de données Medline, PsycInfo et Embase; la stratégie de recherche exacte par base de données peut être obtenue sur demande à l'auteure principale. Aux fins de la présente synthèse, les personnes qui ont été formées spécifiquement dans le domaine de la santé mentale (par ex.: psychologues, travailleurs sociaux, intervenants en prévention du suicide, etc.) sont considérées comme des intervenants en santé mentale. Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué concernant la clientèle auprès de qui ils interviennent. Les études réalisées auprès de médecins et d'infirmières, dont certains pourraient aussi être amenés à travailler auprès d'une clientèle en santé mentale, sont toutefois exclues de cette synthèse puisqu'il existe déjà des synthèses et même des revues systématiques sur ces populations (Berghs, Dierckx de Casterlé et Gastmans, 2005; McCormack *et al.*, 2011; Tomlinson et Stott, 2015; Verpoort *et al.*, 2004b). Les études portant uniquement sur les attitudes envers le suicide, sans référence à l'euthanasie ou au suicide assisté, n'ont pas été retenues. Seuls les articles de sources primaires, évalués par les pairs, portant sur les attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie ou le suicide assisté ont été retenus, et ce, qu'il s'agisse d'études qualitatives, quantitatives ou de méthodes mixtes. Finalement, la recherche était limitée aux articles publiés en français et en anglais, tandis qu'aucune exclusion n'a été appliquée quant au lieu de l'étude et à la date de publication. Les références des articles sélectionnés ont également été examinées pour sélectionner des articles supplémentaires pertinents.

Résultats

Onze articles pertinents ont été repérés : les caractéristiques des études et la méthodologie utilisée sont résumées dans le Tableau 1. Huit études ont été réalisées auprès de travailleurs sociaux, deux auprès de psychologues et une auprès d'étudiants en counseling. Nous n'avons trouvé aucune étude menée auprès d'intervenants en prévention du suicide. La majorité des études ont été effectuées aux États-Unis ($n = 10$) et une seule au Canada. La taille de l'échantillon variait entre 66 à 862 et les taux de réponse entre 36,7 et 78%. La plupart des études ont été menées à la fin des années 1990 et au début des années 2000. L'objectif principal de toutes les études incluses était d'examiner les points de vue ou les attitudes de ces intervenants sur l'euthanasie ou le suicide assisté. Toutes les études utilisaient un devis transversal et la méthode de collecte de données était principalement réalisée par la poste ($n = 9$), tandis que pour deux études, on a fait passer le questionnaire en personne.

Six études portaient exclusivement sur les attitudes envers le suicide assisté, une étude sur l'euthanasie, alors que les quatre autres études portaient sur l'euthanasie et le suicide assisté. Parmi les études incluses, sept ont également porté sur leur légalisation. La plupart des études se sont abstenues d'utiliser le terme « euthanasie » ou « suicide assisté » et les définitions ou une brève description de l'acte ont été fournies dans leurs questionnaires. Les sujets couverts et la définition des termes utilisés dans chaque étude sont présentés dans le Tableau 2.

Les principaux résultats des études sont résumés dans le Tableau 3. Des thèmes communs ont émergé des études et ont été classés en sept catégories : les attitudes envers l'euthanasie, les attitudes envers le suicide assisté, les attitudes envers la légalisation, les différences d'attitude envers l'euthanasie et le suicide assisté, les caractéristiques sociodémographiques, les expériences professionnelles et les expériences personnelles.

Attitudes générales

Attitudes envers l'euthanasie

Plusieurs études ont montré que les intervenants en santé mentale ont généralement des attitudes positives à l'égard de l'euthanasie. Par exemple, Csikai (1999a) a constaté que l'euthanasie était considérée comme éthique par 55% des répondants, à savoir des travailleurs sociaux œuvrant en milieu hospitalier. Bien que l'euthanasie ait reçu un

TABLEAU 1
Caractéristiques et méthodes des études

	Auteurs	Pays	Objectifs	Population d'intérêt	N (taux de réponse)	Collecte de données
1	Bevacqua et Kurpius (2013)	Texas, États-Unis	Examiner le lien entre l'autonomie du client en situation d'euthanasie avec l'expérience clinique, les valeurs religieuses et les attitudes à l'égard de l'euthanasie.	Étudiants en counseling en santé mentale	83 (NM)	Questionnaire rempli en personne
2	Csikai (1999a)	Texas, États-Unis	Explorer les attitudes sur des enjeux liés à la fin de vie, en particulier l'euthanasie et le suicide assisté.	Travailleurs sociaux œuvrant en milieu hospitalier	129 (42%) 122*	Enquête par la poste
3	Csikai (1999b)	Texas, États-Unis	Examiner l'impact des valeurs personnelles et professionnelles sur les attitudes envers l'euthanasie et le suicide assisté.	Travailleurs sociaux œuvrant en milieu hospitalier	129 (42%) 122*	Enquête par la poste
4	DiPasquale et Gluck (2001)	Nouveau-Mexique, États-Unis	Identifier les attitudes à l'égard de la légalisation et de la participation au suicide assisté. Mieux comprendre l'interaction entre les croyances philosophiques, les valeurs personnelles et la volonté de participer aux situations complexes de fin de vie.	Psychologues et psychiatres agréés	Total: 269 (44%) Psychologues: 202 (43%) Psychiatres: 59 (42%)	Enquête par la poste
5	Erlbaum-Zur (2005)	New York, États-Unis	Examiner les attitudes envers le suicide assisté et les facteurs qui influencent leurs attitudes.	Travailleurs sociaux œuvrant en milieu de soins de longue durée	312 (36,7%)	Enquête par la poste

TABLEAU 1 (suite)

6	Fenn et Ganzini (1999)	Oregon, États-Unis	Obtenir les opinions sur le suicide assisté et sur le processus d'évaluation des patients qui demandent une telle assistance.	Psychologues agréés	461 (74%) 423*	Enquête par la poste
7	Manetta et Wells (2001)	Caroline du Sud, États-Unis	Examiner les opinions sur le suicide assisté et déterminer si le fait d'avoir suivi un cours universitaire ou une formation concernant le suicide, les problèmes de santé mentale et l'éthique a pu influencer leur opinion.	Travailleurs sociaux assistant à un atelier sur le suicide	66 (NM)	Questionnaire rempli en personne
8	Miller <i>et al.</i> (2004)	Oregon, États-Unis	Non mentionné.	Infirmiers et travailleurs sociaux œuvrant en milieu de soins palliatifs	Total: 397 (NM) Infirmiers: 306 (71%) Travailleurs sociaux: 116 (78%) 110*	Enquête par la poste
9	Ogden et Young (1998)	Colombie-Britannique, Canada	Explorer les attitudes et l'expérience concernant l'euthanasie volontaire et le suicide assisté.	Travailleurs sociaux membres de l'Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique	527 (41,3%) 516*	Enquête par la poste
10	Ogden et Young (2003)	Washington, États-Unis	Examiner les attitudes et l'expérience concernant l'euthanasie et le suicide assisté.	Travailleurs sociaux	862 (34,5%)	Enquête par la poste
11	Portenoy <i>et al.</i> (1997)	New York, États-Unis	Explorer l'influence de caractéristiques personnelles et professionnelles sur leur volonté d'appuyer le suicide assisté.	Médecins, infirmiers et travailleurs sociaux œuvrant dans différents types d'hôpitaux	Total: 547 (48%) Médecins: 200 (33%) Infirmiers: 276 (64%) Travailleurs sociaux: 71 (72%)	Enquête par la poste

NM: Non mentionné; * Échantillon final retenu.

TABEAU 2
Sujets étudiés et définitions

Auteurs		Sujets			Définitions*	
		Euthanasie (EUTH)	Suicide assisté (SA)	Légalisation	Dans le questionnaire	Dans l'article
1	Bevacqua et Kurpius (2013)	✓	X	X	NM.	SA: «Cessation intentionnelle de la vie par un autre à la demande explicite de la personne qui souhaite mourir «et» causer le décès d'une personne par une action directe en réponse à une demande de cette personne.»
2	Csikai (1999a)	✓	✓	✓	EUTH: «Le fait d'administrer de façon délibérée une surdose de médicament à un patient gravement malade, à sa demande, avec l'intention première de mettre fin à sa vie.» SA: «Le fait de prescrire des médicaments et de conseiller un patient malade afin qu'il puisse utiliser une surdose pour mettre fin à sa vie.»	NM.
3	Csikai (1999b)	✓	✓	✓	EUTH: «Le fait d'administrer de façon délibérée une surdose de médicament à un patient gravement malade, à sa demande, avec l'intention première de mettre fin à sa vie.» SA: «Le fait de prescrire des médicaments et de conseiller un patient malade afin qu'il puisse utiliser une surdose pour mettre fin à sa vie.»	NM.
4	DiPasquale et Gluck (2001)	X	✓	✓	SA: «Lorsqu'un médecin fournit de l'information à un patient ou lui prescrit un médicament ou tout autre moyen pour lui permettre de s'enlever la vie.»	NM.
5	Erlbaum-Zur (2005)	X	✓	✓	NM.	SA: «L'acte de prodiguer les moyens de se suicider à un patient qui ne serait pas capable physiquement de le faire lui-même.»

TABLEAU 2 (suite)

6	Fenn et Ganzini (1999)	X	✓	✓	SA: «Rédiger une prescription de médicaments dans le but de permettre au patient de mettre fin à sa vie.»	SA: «Un médecin peut prescrire des médicaments létaux visant à provoquer la mort aux personnes en phase terminale compétentes qui le demandent volontairement.»
7	Manetta et Wells (2001)	X	✓	X	NM.	SA: «Survient lorsqu'un médecin fournit les moyens pour mettre fin à la vie d'un patient et que ce dernier pose le geste lui-même.»
8	Miller <i>et al.</i> (2004)	X	✓	X	NM.	NM.
9	Ogden et Young (1998)	✓	✓	✓	EUTH: «L'administration d'un traitement ou un acte qui provoque la mort à la demande du patient (par exemple, une injection létale).» SA: «Lorsque le patient a reçu les moyens (par exemple, un surdosage de médicament) spécifiquement pour le suicide. En général, le patient est celui qui pose le geste qui cause la mort (par exemple, qui avale les médicaments létaux).»	NM.
10	Ogden et Young (2003)	✓	✓	✓	EUTH: «L'administration d'un traitement ou un acte qui provoque la mort à la demande du patient (par exemple, une injection létale).» SA: «Lorsque le patient a reçu les moyens (par exemple, un surdosage de médicament) spécifiquement pour le suicide. En général, le patient est celui qui pose le geste qui cause la mort (par exemple, qui avale les médicaments létaux).»	EUTH: «Implique un acte, comme une injection létale, pour mettre fin à la vie de patient qui le demande.» SA: «Implique de l'aide, comme la prescription d'une dose létale de médicaments, afin qu'un patient puisse se suicider.»
11	Portenoy <i>et al.</i> (1997)	✓	✓	X	Vignettes utilisées: EUTH: Tuer par balle un ami qui est un camarade d'armes capturé par l'ennemi et qui demande l'euthanasie. SA: Être disposé à écrire une ordonnance d'une grande quantité de barbituriques à une patiente qui vient de recevoir un diagnostic de cancer du sein potentiellement curable et qui demande le suicide assisté.	NM.

* Traduction libre des auteures. NM: Non mentionné.

T A B L E A U 3
Résultats principaux et facteurs d'influence

	Auteurs	Résultats principaux	Facteurs d'influence
1	Bevacqua et Kurpius (2013)	NM.	– Religiosité: Une forte religiosité est liée à des attitudes plus négatives à l'égard de l'euthanasie.
2	Csikai (1999a)	– 55% étaient en désaccord ou fortement en désaccord avec l'énoncé «l'euthanasie n'est jamais éthique» – 50% étaient en désaccord ou fortement en désaccord avec l'énoncé «le suicide assisté n'est jamais éthique» – 57% étaient en accord ou fortement en accord avec l'énoncé «l'euthanasie devrait être légale dans certaines circonstances» – 47% étaient en accord ou fortement en accord avec l'énoncé «le suicide assisté devrait être légal dans certaines circonstances».	Voir Csikai (1999b).
3	Csikai (1999b)	Voir Csikai (1999a).	– Expérience professionnelle: Plus les travailleurs sociaux sont expérimentés, plus ils ont tendance à participer à l'euthanasie et au suicide assisté – Expérience personnelle: Aucune association – Éducation: Les répondants ayant une maîtrise étaient plus d'accord avec les énoncés que l'euthanasie et le suicide assisté devraient être légaux que ceux qui ont un baccalauréat.
4	DiPasquale et Gluck (2001)	– 75% ¹ ont répondu que le suicide assisté devrait être légalisé dans certaines conditions.	– Religiosité: Un niveau plus bas de conviction religieuse et une moins grande importance de la religion dans la vie des répondants sont positivement associés à la volonté d'aider si le suicide assisté était légal.

1. Ce résultat inclut les psychiatres.

TABLEAU 3 (suite)

5	Erlbaum-Zur (2005)	<ul style="list-style-type: none"> - 71,5% sont en désaccord avec l'énoncé « le suicide assisté n'est jamais éthique » - 46,8% sont d'accord avec l'énoncé « le suicide assisté devrait être légalisé ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience professionnelle: La durée de travail dans un établissement de soins de longue durée est négativement corrélée à l'attitude envers le suicide assisté Le fait de travailler sur les problèmes de fin de vie est négativement corrélé à l'attitude envers le suicide assisté. Les connaissances sur la gestion de la douleur sont négativement corrélées à l'attitude envers le suicide assisté - Identification à une religion²: Les répondants qui ne s'identifiaient à aucune religion étaient plus favorables au suicide assisté que ceux qui s'identifiaient à une religion Les répondants catholiques étaient les moins favorables au suicide assisté Les répondants juifs étaient plus favorables au suicide assisté que les catholiques - Religiosité: Plus le niveau de religiosité est élevé, moins les attitudes sont favorables au suicide assisté
6	Fenn et Ganzini (1999)	<ul style="list-style-type: none"> - 85% ont déclaré que le suicide assisté pouvait être moralement acceptable dans certaines circonstances - 56% et 29% ont répondu « dans certaines circonstances » et « toujours » respectivement à l'énoncé: « Si un patient compétent en phase terminale le demande, pensez-vous qu'un médecin devrait être autorisé à faire ce qui suit: rédiger une ordonnance de médicaments dont le seul but serait de permettre au patient de mettre fin à sa vie? » 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience personnelle: Aucune association n'a été décelée, mais ils sont plus disposés à effectuer une telle évaluation - Âge: Le fait d'être plus jeune est considéré comme un prédicteur d'opposition au suicide assisté - Genre: Aucune association.
7	Manetta et Wells (2001)	<ul style="list-style-type: none"> - 50% sont favorables au suicide assisté. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation: Un peu plus de personnes favorables au suicide assisté avaient suivi une formation en éthique, mais le résultat n'est pas statistiquement significatif

2. Lorsque le niveau de religiosité est contrôlé, une religion particulière n'était pas significative.

TABLEAU 3 (suite)

	Auteurs	Résultats principaux	Facteurs d'influence
8	Miller <i>et al.</i> (2004)	<ul style="list-style-type: none"> - 46% sont favorables au suicide assisté - 72% appuient la loi sur la mort avec dignité de l'Oregon. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification à une religion: Les répondants qui ne s'identifiaient pas à une religion étaient plus en faveur du suicide assisté que ceux qui s'identifiaient à une religion - Religiosité: Corrélation négative.
9	Ogden et Young (1998)	<ul style="list-style-type: none"> - 71,5% ont répondu « non » à l'énoncé « l'euthanasie volontaire est immorale » - 74,2% ont répondu « non » à l'énoncé « le suicide assisté est immoral » - 75,9% ont répondu « oui » à l'énoncé « l'euthanasie volontaire devrait être légalisée dans certaines circonstances » - 78,2% ont répondu « oui » à l'énoncé « le suicide assisté devrait être légalisé dans certaines circonstances ». 	Non mesurée.
10	Ogden et Young (2003)	<ul style="list-style-type: none"> - 67,7% ont répondu « non » à l'énoncé « l'euthanasie volontaire est immorale ». - 73,3% ont répondu « non » à l'énoncé « le suicide assisté est immoral » - 67,2% ont répondu « oui » à l'énoncé « l'euthanasie volontaire devrait être légalisée dans certaines circonstances » - 77,6% ont répondu « oui » à l'énoncé « le suicide assisté devrait être légalisé dans certaines circonstances ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification à une religion: Les catholiques et les protestants³ sont plus susceptibles de voir à la fois l'euthanasie volontaire et le suicide assisté comme étant immoraux - Religiosité: Corrélation négative.
11	Portenoy <i>et al.</i> (1997)	<ul style="list-style-type: none"> - 70,1%⁴ ont répondu qu'il était « moral et juste » de tirer sur le soldat mourant - 97,4%⁵ refuseraient d'assister le suicide d'un patient potentiellement curable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience professionnelle: Corrélation négative avec le temps passé à gérer la douleur ou tout autre symptôme des patients atteints de cancer Les répondants à l'hôpital consacrés à la prise en charge des malades en phase terminale étaient beaucoup moins enclins à être favorables au suicide assisté que ceux qui n'avaient pas cette même expérience Corrélation négative avec les connaissances de la gestion des symptômes - Identification à une religion: Les répondants catholiques étaient les moins favorables Les répondants juifs étaient plus favorables que les catholiques - Religiosité: Corrélation négative - Âge: Aucune association - Genre: Aucune association.

3. Les attitudes des protestants concernant le suicide assisté n'étaient pas statistiquement significatives.

4. Ce résultat inclut les médecins, les infirmiers et les travailleurs sociaux.

5. *Idem.*

appui majoritaire, ces derniers n'étaient pas nécessairement disposés à participer à l'acte, seulement 28 % d'entre eux étant disposés à le faire. Dans l'étude d'Ogden et Young (1998), réalisée parmi les membres de l'Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique, l'euthanasie n'était pas considérée comme moralement répréhensible pour 72 % des répondants. Des résultats similaires ont été observés dans une autre étude réalisée auprès de travailleurs sociaux dans l'État de Washington, où 68 % ont déclaré que l'euthanasie n'était pas considérée comme immorale (Ogden et Young, 2003). Portenoy *et al.* (1997) ont quant à eux mené une étude auprès de différentes populations, dont des travailleurs sociaux œuvrant dans différents types d'hôpitaux, et 70 % des répondants ont indiqué qu'il pouvait être moralement acceptable et juste de pratiquer l'euthanasie. Toutefois, il faut mentionner que la question posée dans cette dernière étude faisait référence à un contexte autre que celui de la maladie incurable et de la fin de vie. De fait, il s'agissait d'un soldat demandant à son compagnon d'armes de mettre fin à sa vie pour éviter d'être pris par l'ennemi; situation rapportée dans cette étude comme étant une demande d'euthanasie.

Attitudes envers le suicide assisté

Dans plusieurs études, les intervenants en santé mentale semblent avoir une opinion favorable envers le suicide assisté. Fenn et Ganzini (1999) ont constaté que le suicide assisté était jugé acceptable dans certaines situations par une majorité (85 %) des psychologues interrogés. Par ailleurs, Ogden et Young ont rapporté que le suicide assisté n'était pas considéré comme moralement inacceptable par plus de 70 % des travailleurs sociaux interrogés dans leur étude canadienne (1998) ou américaine (2003). De même, dans l'étude d'Erlbraum-Zur (2005), 71 % des travailleurs sociaux œuvrant en soins de longue durée étaient en désaccord avec l'affirmation selon laquelle le suicide assisté n'est jamais éthique. Par contre, dans le cadre d'une étude réalisée auprès de travailleurs sociaux assistant à un atelier sur le suicide, Manetta et Wells (2001) ont observé qu'il y avait autant d'attitudes favorables que défavorables envers le suicide assisté avant l'atelier.

Attitudes envers la légalisation

Sept études ont examiné les attitudes à l'égard de la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté (Tableau 2). Le pourcentage des

intervenants en santé mentale qui étaient favorables à la légalisation de ces pratiques varie de 47 % (Csikai, 1999a) à 78 % (Ogden et Young, 2003). En ce qui concerne la légalisation de l'euthanasie, les études ont montré que les intervenants en santé mentale qui soutenaient l'euthanasie étaient également plus favorables à la légalisation de cette pratique (Csikai, 1999a; Ogden et Young, 1998, 2003). À l'instar de l'euthanasie, les opinions sur la légalisation du suicide assisté étaient associées à une vision positive de l'acte en général (Csikai, 1999a; Fenn et Ganzini, 1999; Ogden et Young, 1998, 2003). Ainsi, la majorité des intervenants en santé mentale étaient favorables à la légalisation de ces actes.

Différences dans les attitudes envers l'euthanasie et le suicide assisté

Dans les études qui mesuraient les attitudes à l'égard de l'euthanasie et du suicide assisté, aucune différence significative n'a été observée concernant l'acceptation générale du suicide assisté et de l'euthanasie. Cependant, dans la majorité des études, les intervenants en santé mentale étaient légèrement plus favorables au suicide assisté (DiPasquale et Gluck, 2001; Fenn et Ganzini, 1999; Ogden et Young, 1998, 2003) et également plus favorables à la légalisation du suicide assisté que de l'euthanasie (DiPasquale et Gluck, 2001; Fenn et Ganzini, 1999; Ogden et Young, 1998, 2003). Une seule étude de Csikai (1999a) a révélé le contraire: les travailleurs sociaux étaient plus susceptibles de favoriser la légalisation de l'euthanasie (57 %) que le suicide assisté (47 %). Enfin, les différences d'attitudes ne semblaient pas varier entre les types d'intervenants en santé mentale.

Facteurs liés à l'individu

Caractéristiques sociodémographiques

Peu de caractéristiques sociodémographiques des intervenants en santé mentale semblent liées à leurs attitudes. Tout d'abord, de nombreuses études ont souligné que la caractéristique la plus influente liée aux attitudes est la religion. Quelques études ont mesuré l'appartenance à la religion en demandant aux répondants à quelle religion ils s'identifiaient. Les travailleurs sociaux qui n'ont déclaré aucune religion avaient des attitudes plus positives à l'égard du suicide assisté que ceux qui s'identifiaient à une religion (Miller *et al.*, 2004). De plus, parmi ceux

qui s'identifiaient à une religion, les participants catholiques étaient généralement les moins favorables à l'euthanasie et au suicide assisté (Erlbaum-Zur, 2005 ; Ogden et Young, 2003 ; Portenoy *et al.*, 1997). Au-delà de l'appartenance religieuse, de nombreuses études ont également souligné que l'importance de la religion est une variable déterminante pour l'étude des attitudes envers l'euthanasie ou le suicide assisté : on observe systématiquement une corrélation négative entre les deux (Bevacqua et Kurpius, 2013 ; Csikai, 1999b ; Dipasquale et Gluck, 2001 ; Erlbaum-Zur, 2005 ; Miller *et al.*, 2004 ; Ogden et Young, 2003 ; Portenoy *et al.*, 1997).

Une seule étude a évalué la relation entre le niveau d'éducation et les attitudes et une relation significative a été démontrée entre les deux. Selon Csikai (1999b), les travailleurs sociaux ayant un niveau de scolarité supérieur, par exemple une maîtrise, étaient plus favorables à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. La comparaison n'a toutefois été faite qu'entre ceux qui détenaient un baccalauréat en service social et ceux qui avaient obtenu leur maîtrise, car seulement 1 % des répondants détenaient un doctorat.

Seules 2 des 11 études retenues ont mesuré le lien entre les attitudes et l'âge ou le sexe (Fenn et Ganzini, 1999 ; Portenoy *et al.*, 1997). Seule celle de Fenn et Ganzini (1999) a révélé une corrélation négative entre l'âge et les attitudes envers le suicide assisté, et aucune différence entre le genre et les attitudes n'a été décelée.

Expériences professionnelles

Peu d'études ont examiné le lien entre les attitudes et les expériences professionnelles ($n = 3$), mais toutes ont démontré un tel lien. Dans l'étude de Portenoy *et al.* (1997), les travailleurs sociaux qui œuvraient auprès de patients en phase terminale étaient moins favorables au suicide assisté que ceux qui avaient été moins exposés à ce type de patients dans le cadre de leur travail. En outre, le temps passé à gérer la douleur et d'autres symptômes de patients atteints de cancer était négativement corrélé avec l'acceptabilité du suicide assisté. Une autre étude réalisée par Erlbaum-Zur (2005) a révélé que le troisième prédicteur le plus important des attitudes envers le suicide assisté était la durée d'emploi : les travailleurs sociaux qui avaient plus longtemps travaillé en soins de longue durée ou auprès de patients en fin de vie étaient moins susceptibles d'avoir des attitudes positives envers le suicide assisté. Enfin, ceux qui connaissaient mieux la gestion de la douleur se disaient moins

favorables au suicide assisté que ceux qui avaient moins de connaissances dans ce domaine. D'autre part, Csikai (1999b) a observé que des travailleurs sociaux qui avaient plus d'expérience dans le milieu médical étaient plus disposés à participer à l'euthanasie et au suicide assisté. Par conséquent, le fait d'avoir plus d'expérience avec des patients en phase terminale semble négativement associé aux attitudes envers l'euthanasie ou le suicide assisté, tandis que le fait d'avoir de l'expérience dans le domaine de la santé semble, en revanche, associé positivement à la volonté de participer dans ces actes.

Expériences personnelles

Quelques études se sont intéressées aux expériences personnelles des intervenants en santé mentale avec un membre de la famille en phase terminale. Dans l'étude de Csikai (1999b), 64 % des travailleurs sociaux ont eu une telle expérience et 5 % d'entre eux ont indiqué qu'il y a eu euthanasie ou suicide assisté, mais aucun lien n'a été décelé avec leurs attitudes. Selon l'étude de Fenn et Ganzini (1999), les expériences personnelles des psychologues avec un membre de la famille en phase terminale ne semblent pas non plus liées à leurs opinions sur le suicide assisté. Cependant, les psychologues qui avaient de telles expériences étaient plus susceptibles que ceux sans expérience de refuser d'effectuer une évaluation, en vertu de la loi sur la mort avec dignité de l'Oregon (Oregon Death with Dignity Act) qui concerne le suicide assisté (Fenn et Ganzini, 1999). D'autre part, 18 % et 13 % des travailleurs sociaux des études d'Ogden et Young (1998, 2003) ont déclaré avoir eu des expériences personnelles avec l'euthanasie et le suicide assisté, et plus de la moitié ont déclaré qu'ils envisageraient une telle option pour eux-mêmes ou pour un membre de la famille en cas de maladie terminale. Dans cette même lignée, Erlbaum-Zur (2005) a constaté que 60 % des travailleurs sociaux souhaitaient avoir la possibilité de recourir au suicide assisté pour eux-mêmes ou un membre de leur famille en cas de maladie incurable.

Discussion

L'objectif de cette synthèse des connaissances visait à faire état des résultats d'études sur les attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté et des facteurs qui influencent ces attitudes. La recherche scientifique dans ce domaine est à ce jour

limitée; seuls 11 articles ont été inclus dans cette synthèse. En général, leurs résultats montrent que les intervenants en santé mentale ont des attitudes majoritairement favorables envers l'euthanasie et le suicide assisté. Ce constat corrobore les résultats d'études réalisées auprès d'autres populations, dont les médecins (Gielen *et al.*, 2008; Kouwenhoven *et al.*, 2013, 2014; Smets *et al.*, 2011; Willems *et al.*, 2000) et les infirmiers (Inghelbrecht *et al.*, 2009; Kranidiotis *et al.*, 2015).

Au-delà de cet appui plutôt majoritairement favorable, les résultats des études recensées semblent également montrer un appui légèrement supérieur pour le suicide assisté que pour l'euthanasie. De tels résultats sont comparables à des synthèses des connaissances sur les attitudes des médecins (Emanuel *et al.*, 2016; Tomlinson et Stott, 2015) où l'on observe que ceux-ci sont plus favorables au suicide assisté qu'à l'euthanasie. L'interprétation proposée est que, dans le cas du suicide assisté, le patient met fin à sa vie à l'aide d'un médicament létal prescrit par un médecin alors que dans le cas de l'euthanasie, le médecin injecte lui-même la substance mortelle et est donc directement responsable de l'acte qui cause la mort; les médecins préféreraient donc jouer un rôle plus passif. En ce qui concerne les intervenants en santé mentale, on pourrait donc penser qu'un tel résultat est contre-intuitif, car ils pourraient être directement impliqués dans un suicide assisté en fournissant, par exemple, de l'information sur la façon de le faire, tandis qu'il est peu probable qu'ils soient directement impliqués dans une pratique euthanasique qui relève généralement du milieu médical. On pourrait toutefois supposer que les intervenants en santé mentale démontrent des attitudes plus favorables à la légalisation du suicide assisté parce que l'autodétermination des patients est en quelque sorte mieux protégée.

Malgré ces tendances générales de résultats entre les études recensées, cette synthèse met également en évidence la difficile comparaison entre elles. Tout d'abord, bien que les études recensées utilisent des méthodes de collecte de données similaires (c.-à-d. enquête par la poste ou questionnaire administré en personne), nous avons pu observer que les questions posées n'étaient pas toujours comparables. De fait, comme montré au Tableau 2, il n'y avait pas vraiment de définitions communes de l'euthanasie et du suicide assisté parmi les études qui ont fourni une définition aux répondants. De plus, certaines études n'ont pas mentionné comment l'euthanasie ou le suicide assisté ont été définis dans leur enquête et ont simplement utilisé le terme tel quel dans la question. De telles façons de faire sont critiquées puisque la terminologie utilisée,

ainsi que la façon dont les questions sont posées, peuvent avoir un impact important sur les résultats obtenus (Hagelin, Nilstun, Hau et Carlsson, 2004; Ho, 1998; Magelssen *et al.*, 2016; Marcoux, Mishara et Durand, 2007; Nilstun, Melltorp et Hermerean, 2000; Snelling, 2004). Par exemple, dans l'étude de Marcoux *et al.* (2007), il a été démontré que ceux qui croyaient que l'arrêt des traitements de maintien en vie était de l'euthanasie étaient plus favorables à l'euthanasie lorsqu'on ne leur fournissait pas de définition du terme. Puisqu'une telle confusion a un impact sur la façon de répondre aux questions d'attitudes, il est recommandé de fournir une description de l'action au lieu d'utiliser le terme « euthanasie », et ce, pour éviter que la question ne soit interprétée différemment par les répondants (Marcoux, 2011; Marcoux *et al.*, 2007). Il est donc possible que les intervenants en santé mentale aient mal interprété la question ou aient pris le terme pour une autre pratique de fin de vie. Toutefois, la plupart des questions relevées dans cette synthèse portaient sur le suicide assisté ($n = 9$) contre cinq sur l'euthanasie, il convient donc de se demander si cette confusion était aussi importante dans les études sélectionnées.

Un autre élément de réflexion quant à la comparabilité des résultats combine des aspects culturels et temporels. Nous avons pu observer que les études relevées ont été menées dans deux pays, à savoir les États-Unis et le Canada. De plus, ces études ont été publiées sur une période allant de 1997 à 2013, et donc où les débats publics sur ces questions n'ont pas nécessairement suivi les mêmes trajectoires. La comparaison des résultats de différents pays est une tâche difficile en raison des différences culturelles, mais aussi en raison du statut juridique possiblement différent de l'euthanasie et du suicide assisté (notamment dans différents États américains). L'euthanasie ou le suicide assisté étaient illégaux au moment où ces études ont été menées, à l'exception d'une étude réalisée en Oregon par Miller *et al.* (2004). À cet effet, il est étonnant de constater que cette dernière est celle qui a obtenu le soutien le plus faible envers le suicide assisté comparativement aux autres études incluses dans cette synthèse puisque la tendance est généralement inverse dans les études réalisées auprès d'autres populations. De fait, les études réalisées auprès de médecins révèlent qu'ils sont généralement plus favorables à l'euthanasie ou au suicide assisté s'ils résident dans un pays où ces pratiques sont légales (Bolt *et al.*, 2015; Miccinesi *et al.*, 2005; Smets *et al.*, 2011; Willems *et al.*, 2000).

En ce qui concerne les facteurs d'influence des attitudes envers l'euthanasie ou le suicide assisté, cette synthèse confirme qu'il existe

des différences d'attitudes selon certaines caractéristiques des intervenants en santé mentale. À l'instar des médecins et des infirmières, de nombreuses études ont montré que la religion est le facteur d'influence le plus important. De fait, la plupart des religions partagent la croyance commune selon laquelle seul Dieu, ou le divin Créateur, peut interférer avec la vie et la mort des individus, ce qui explique pourquoi elles interdisent généralement la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté. Toutefois, comme soulevé par les études incluses dans cette synthèse, la religion est une variable complexe et elle est généralement mesurée de différentes façons. Tout d'abord, certains auteurs ont évalué la relation entre la religion et les attitudes à partir de l'appartenance religieuse et, tout comme les synthèses d'études réalisées auprès d'autres populations (Berghs *et al.*, 2005; Gielen *et al.*, 2008; Verpoort *et al.*, 2004b), nous avons constaté que les intervenants en santé mentale de confession catholique étaient généralement les moins favorables à l'euthanasie ou à l'aide au suicide. D'autres études se sont quant à elles intéressées à l'importance de la religion, mesurée à partir de plusieurs questions telles que la pratique actuelle, la pratique pendant l'enfance, le degré d'engagement religieux, la participation à l'église et l'importance de la religion dans la vie de la personne. Toutes ont observé une corrélation négative entre celle-ci et les attitudes. En tenant compte de l'utilisation de ces deux façons de mesurer la religion (appartenance et importance de la religion), Erlbaum-Zur (2005) a constaté que lorsque le lien entre les attitudes et la religion était contrôlé par le niveau de religiosité, l'appartenance religieuse n'était plus significative. Ainsi, même si les individus s'identifient à une religion particulière, cela n'implique pas nécessairement qu'ils pratiquent leur religion ni qu'ils adhèrent à ses valeurs. Malgré ce constat, la mesure de l'appartenance religieuse demeure tout de même importante, car complémentaire, en permettant de décrire et de comparer les participants.

Dans cette synthèse, une seule étude a étudié l'influence de la scolarité sur les attitudes, et celle-ci a montré que les travailleurs sociaux ayant un niveau de scolarité plus élevé étaient plus favorables à l'euthanasie et au suicide assisté que ceux avec un niveau inférieur. Cette constatation va dans le sens d'une recension d'études effectuées auprès d'infirmières (Evans, 2015) et d'une enquête européenne auprès de la population générale (Cohen *et al.*, 2006). Selon plusieurs auteurs (Bobo et Licari, 1985; Caddell et Newton, 1996; Weakliem, 2002), de tels résultats s'expliqueraient par le fait que les individus ayant un niveau

de scolarité plus élevé auraient plus tendance à valoriser la liberté personnelle, l'individualisme et l'autonomie que ceux qui ont un niveau de scolarité plus faible. Cependant, une revue systématique réalisée par Tomlinson et Stott (2015) a révélé des résultats contradictoires entre le niveau de scolarité et les attitudes de différentes populations d'intérêt. Nous avançons également que le lien entre l'attitude envers ces pratiques et le niveau de scolarité puisse être médiatisé par l'expérience professionnelle puisque ceux qui ont un niveau plus élevé de scolarité ont généralement plus d'expérience professionnelle. D'autres recherches supplémentaires seraient nécessaires pour confirmer ou infirmer cette hypothèse, notamment auprès des intervenants en santé mentale.

Les études incluses dans cette synthèse ont révélé un lien ténu entre le genre ou l'âge et les attitudes envers l'euthanasie ou le suicide assisté. Une seule étude a observé que les femmes étaient moins disposées à effectuer une évaluation en vertu de la loi sur la mort avec dignité de l'Oregon (suicide assisté). Cette constatation irait donc dans le même sens que les résultats d'autres enquêtes réalisées auprès de médecins ou d'infirmières (Di Mola *et al.*, 1996; Levy *et al.*, 2013; Miccinesi *et al.*, 2005; Ryyänänen *et al.*, 2002) qui ont montré que les femmes seraient moins susceptibles d'être favorables à ces pratiques. En ce qui concerne l'âge, nous avons observé dans cette synthèse que les plus jeunes psychologues étaient moins favorables au suicide assisté. Cette constatation va toutefois dans le sens inverse des résultats d'autres recherches réalisées auprès de médecins et d'infirmières (Kitchener, 1998; Miccinesi *et al.*, 2005; Ryyänänen *et al.*, 2002; Verpoort *et al.*, 2004a). De plus, l'âge étant habituellement associé aux années d'expérience, les intervenants en santé mentale expérimentés pourraient donc avoir été exposés à plus de patients en phase terminale que les plus jeunes, ce qui pourrait influencer leurs attitudes vers une position plus restrictive. Ces résultats contradictoires peuvent alimenter la réflexion pour les études futures qui veulent mieux comprendre les différences d'opinions selon notamment l'âge et une attention particulière devrait être portée à la façon dont cette variable est mesurée, à savoir selon des catégories prédéterminées ou comme variable continue.

Comme précédemment mentionné, cette synthèse a également permis d'observer que leur expérience professionnelle serait associée aux attitudes des intervenants en santé mentale. Un contact régulier avec des patients atteints d'une maladie terminale serait lié à des attitudes moins favorables envers l'euthanasie ou le suicide assisté. Ce constat est

comparable à celui de Novielli, Hojat, Nasca, Erdmann et Veloski (2000), où les médecins qui avaient été exposés plus régulièrement à des patients en phase terminale étaient moins favorables à la légalisation du suicide assisté. D'autres études menées auprès de médecins (Dickinson, Lancaster, Clark, Ahmedzai et Noble, 2002) et d'infirmières (Fekete, Osvath et Jegesy, 2002) ont montré des résultats similaires. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que ceux qui ont plus d'expérience en fin de vie connaissent mieux les enjeux associés à cette période et les diverses options qui s'offrent aux patients, telles que les soins palliatifs. D'un autre côté, les travailleurs sociaux qui étaient plus expérimentés étaient plus disposés à participer à l'euthanasie ou au suicide assisté, ce qui pourrait laisser entendre que les attitudes ne sont pas nécessairement prédictives d'une intention sur le plan du comportement.

Enfin, trois études incluses dans cette synthèse ont soulevé la question de l'expérience personnelle sans toutefois l'avoir mesurée. Seules deux des études recensées se sont intéressées au lien entre l'expérience personnelle et les attitudes envers le suicide assisté et aucune d'entre elles n'a décelé de relation entre les deux. Ce résultat corrobore les résultats de deux autres études réalisées auprès de professionnels de la santé (Grassi *et al.*, 1999; Silvonemi *et al.*, 2010), mais va toutefois à l'encontre des conclusions d'une revue systématique qui révèle que les individus qui ont vécu la mort d'un proche en souffrance à la fin de sa vie étaient plutôt favorables au suicide assisté (Hendry *et al.*, 2013). À la lumière de ces résultats, on peut se demander si la proximité avec le proche en fin de vie, en jouant le rôle de soignant par exemple, ou la nature même de la relation avec cette personne, ne pourraient pas permettre de mieux cerner le rôle de l'expérience personnelle en lien avec les attitudes sur l'euthanasie ou le suicide assisté.

Au-delà des défis sur le plan méthodologique déjà discutés, les résultats des études incluses dans cette synthèse peuvent avoir fait l'objet d'un biais de non-réponse ou d'un biais de désirabilité sociale en raison de la nature délicate du sujet. De fait, les répondants ont pu prodiguer des réponses qui sont jugées socialement plus acceptables ou plus conformes aux valeurs véhiculées dans leur milieu de travail. Il faut également mentionner que cette synthèse s'intéressait aux intervenants formés dans un domaine lié à la santé mentale, et ce, peu importe la clientèle auprès de qui ils interviennent. Dans les études recensées, il n'était pas fait mention s'ils avaient ou non une expérience professionnelle spécifique auprès d'une clientèle ayant des problèmes de santé

mentale, bien que notre prémisse de départ soit que les intervenants formés dans ce domaine risquaient d'être interpellés par des personnes qui vivent des moments difficiles et qui ont besoin de soutien ou d'aide, dont des personnes qui pensent à mourir par euthanasie ou suicide assisté. Étant donné l'importance de l'aptitude à consentir aux soins dans une demande d'aide médicale à mourir, et du fait que la loi fédérale est en ce moment à l'étude pour un potentiel élargissement des critères d'admissibilité pour permettre aux personnes souffrant de santé mentale d'obtenir une telle aide (Gouvernement du Canada, 2018), il serait important de tenir compte de leurs connaissances et de leur expérience en la matière afin de mieux comprendre si et comment cela influence leurs attitudes.

Conclusion

À notre connaissance, il s'agit de la première synthèse portant sur les attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté. Les intervenants en santé mentale démontrent généralement des attitudes positives à l'égard de ces deux pratiques, mais ils seraient un peu plus favorables au suicide assisté qu'à l'euthanasie. Des facteurs tels que la religion et l'expérience professionnelle semblent influencer leurs attitudes. Compte tenu des résultats inconstants sur l'influence de facteurs tels que l'âge, le genre et le niveau d'éducation, des recherches futures quant à leur influence sur les attitudes des intervenants en santé mentale sont nécessaires. Des enjeux particuliers sur le plan de la méthodologie doivent être considérés dans l'interprétation des résultats, surtout pour l'euthanasie, dont les différences dans les définitions, la terminologie utilisée et la formulation des questions. Puisque l'euthanasie et le suicide assisté sont de plus en plus débattus dans le monde entier et légalisés à certains endroits, dont le Canada, les attitudes des intervenants en santé mentale nécessitent une attention plus accrue, car cette population a été peu étudiée. Il est notamment important pour ces intervenants de comprendre leurs positions concernant ces questions puisqu'ils pourraient être amenés à apporter du soutien à ceux qui auront besoin de leur aide pendant leurs moments difficiles. De plus, une meilleure connaissance et compréhension de leurs attitudes pourrait aider à améliorer les interventions futures et à mieux informer les pratiques et les politiques. La compréhension de la relation entre l'expérience personnelle et les attitudes envers l'euthana-

sie ou le suicide assisté peut être une direction intéressante à explorer pour les recherches futures.

Références

- Asai, A., Ohnishi, M., Nagata, S. K., Tanida, N. et Yamazaki, Y. (2001). Doctors' and nurses' attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia: survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *Journal of Medical Ethics*, 27(5), 324-330.
- Bachman, J. G., Alcsér, K. H., Doukas, D. J., Lichtenstein, R. L., Corning, A. D. et Brody, H. (1996). Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. *The New England Journal of Medicine*, 334(5), 303-309.
- Bendiane, M. K., Bouhnik, A.-D., Galinier, A., Favre, R., Obadia, Y. et Peretti-Watel, P. (2009). French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: a national phone survey. *Journal of Medical Ethics*, 35(4), 238-244.
- Berghs, M., Dierckx de Casterlé, B. et Gastmans, C. (2005). The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature. *Journal of Medical Ethics*, 31(8), 441-446.
- Bevacqua, F. et Kurpius, S. (2013). Counseling students' personal values and attitudes toward euthanasia. *Journal of Mental Health Care*, 3(2), 172-188.
- Bobo, L. et Licari, F. C. (1985). Education and political tolerance. Testing the effects of cognitive sophistication and target group effect. *Public Opinion Quarterly*, 53(3), 285-308.
- Bolt, E. E., Snijdewind, C. M., Willems, L. D., van der Heide, A. et Onwuteaka-Philipsen, D. B. (2015). Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? *Journal of Medical Ethics*, 41(8), 592-598.
- Brits, L., Human, L., Pieterse, L., Sonnekus, P. et Joubert G. (2009). Opinions of private medical practitioners in Bloemfontein, South Africa, regarding euthanasia of terminally ill patients. *Journal of Medicine Ethics*, 35(3), 180-182.
- Broekman, M. et Verlooy, J. (2013). Attitudes of young neurosurgeons and neurosurgical residents towards euthanasia and physician-assisted suicide. *Acta Neurochirurgica*, 155(11), 2191-2198.
- Bülöw, H.-H., Sprung, C., Baras, M., Carmel, S., Svantesson, M., Benbenishty, J., ... Nalos, D. (2012). Are religion and religiosity important to end-of-life decisions and patient autonomy in the ICU? The Ethicatt study. *Intensive Care Medicine*, 38(7), 1126-1133.
- Caddell, D. et Newton, R. (1995). Euthanasia: American attitudes toward the physician's role. *Social Science & Medicine*, 40(12), 1671-1681.
- Cohen, J. S., Fihn, S. D., Boyko, E. J., Jonsen, A. R. et Wood, R. W. (1994). Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington state. *The New England Journal of Medicine*, 331(2), 89-94.

- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., van der Wan, G. et Daliens, L. (2006). European public acceptance of euthanasia: Sociodemographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science & Medicine*, 63(3), 743-756.
- Craig, A., Cronin, B., Edward, W., Metz, J., Murray, L., Rose, G., ... Vergara, M. E. (2007). Attitudes toward physician-assisted suicide among physicians in Vermont. *Journal of Medical Ethics*, 37(3), 400-403.
- Csikai, E. L. (1999a). Hospital social workers' attitudes toward euthanasia and assisted suicide. *Social Work in Health Care*, 30(1), 51-73.
- Csikai, E. L. (1999b). The role of values and experience in determining social workers' attitudes toward euthanasia and assisted suicide. *Social Work in Health Care*, 30(1), 75-95.
- Dickinson, E. G., Lascaster, J. C., Clark, D., Ahmedzai, H. S. et Noble, W. (2002). U.K. physicians' attitudes toward active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide. *Death Studies*, 26(6), 479-490.
- Di Mola, G., Borsellino, P., Brunelli, C., Gallucci, M., Gamba, A., Lusignani, M., ... Toscani, F. (1996). Attitudes toward euthanasia of physician members of the Italian Society for Palliative Care. *Annals of Oncology*, 7(9), 907-911.
- DiPasquale, T. et Gluck, J. P. (2001). Psychologists, psychiatrists, and physician-assisted suicide: the relationship between underlying beliefs and professional behavior. *Professional Psychology: Research & Practice*, 32(5), 501-506.
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., Daniels, E. R. et Clarridge, B. R. (1996). Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet*, 347(9018), 1805-1810.
- 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. *JAMA*, 316(1), 79-90.
- Erlbaum-Zur, P. (2005). Attitudes of long-term care social workers toward physician-assisted suicide. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 3(3/4), 175-204.
- Evans, L. (2015). Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors. *British Journal of Nursing*, 24(12), 629-632.
- Farsides, B. (1998). Palliative care – a euthanasia-free zone? *Journal of Medical Ethics*, 24(3), 149-150.
- Fekete, S., Osvath, P. et Jegesy, A. (2002). Attitudes of Hungarian students and nurses to physician assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 28(2), 126.
- Fenn, D. S. et Ganzini, L. (1999). Attitudes of Oregon psychologists toward physician-assisted suicide and the Oregon Death With Dignity Act. *Professional Psychology research & Practice*, 30(3), 235-244.
- Gielen, J., van Den Branden, S. et Broeckart, B. (2008). Attitudes of European physicians toward euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the recent literature. *Journal of Palliative Care*, 24(3), 173-192.
- Gouvernement du Canada. (2018). *Aide médicale à mourir (mis à jour le 8 janvier 2018)*. Repéré à <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html#a6>

- Grant, J. M. et Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91-108.
- Grassi, L., Magnani, K. et Ercolani, M. (1999). Attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide among Italian primary health care physicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(3), 188-196.
- Hagelin, J., Nilstun, T., Hau, J. et Carlsson, H. E. (2004). Surveys on attitudes towards legalisation of euthanasia: importance of question phrasing. *Journal of Medical Ethics*, 30(6), 521-523.
- Hendry, M., Pasterfield, D., Lewis, R., Carter, B., Hodgson, D. et Wilkinson, C. (2013). Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliative Medicine*, 27(1), 13-26.
- Ho, R. (1998). Assessing attitudes toward euthanasia: An analysis of the sub-categorical approach to right to die issues. *Personality and Individual Differences*, 25(4), 719-734.
- Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. et Deliens, L. (2009). Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: A nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine*, 23(7), 649-658.
- Kitchener, B. A. (1998). Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia – a survey in the Australian Capital Territory. *Journal of Archives Nursing*, 28(1), 70-76.
- Kouwenhoven, P. S., Rajimakers, N. J., van Delden, J. J., Rietjens, J. A., Schermer, M. H., Van Thiel, G. J., ... van der Heide, A. (2013). Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: A mixed methods approach. *Palliative Medicine*, 27(3), 273-280.
- Kouwenhoven, P. S., van Theil, G. L., Raijmakers, N. J., van der Heide, A. et van Delden, J. J. (2014). Euthanasia or physician-assisted suicide? A survey from the Netherlands. *European Journal of General Practice*, 20(1), 25-31.
- Kranidiotis, G., Ropa, J., Mprianas, J., Kyprianou, T. et Nanas, S. (2015). Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart & Lung – The Journal of Acute and Critical Care*, 44(3), 260-263.
- Lee, W., Prince, A., Rayner, L. et Hotopf, M. (2009). Survey of doctors' opinions of the legalization of physician assisted suicide. *BMC Medical Ethics*, 10(2).
- Levy, B. T., Azar, S., Huberfeld, R., Siegel, M. A. et Strous, D. R. (2013). Attitudes towards euthanasia and assisted suicide: a comparison between psychiatrists and other physicians. *Bioethics*, 27(7), 402-408.
- Löfmark, R., Nilstun, T., Cartwright, C., Fischer, S., van der Heide, A, Mortier, F., ... Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2008). Physicians' experiences with end-of-life decision-making: Survey in 6 European countries and Australia. *BMC Medicine*, 6(1), 4.
- Magelssen, M., Supphellen, M., Nostvedt, P. et Materstvedt, L. J. (2016). Attitudes towards assisted dying are influence by question wording and order: a survey experiment. *BMC Medical Ethics*, 17(24).
- Manetta, A. A. et Wells, J. G. (2001). Ethical issues in the social worker's role in physician-assisted suicide. *Health & Social Work*, 26(3), 160-166.

- Marcoux, I. (2011). Euthanasia: A confounding and intricate issue. Dans J. Kure (dir.), *The Good Death: Controversy in Humans and Animals* (p. 45-62). InTechOpen.
- Marcoux, I., Mishara, B. L. et Durand, C. (2007). Confusion between euthanasia and other end-of-life decisions: influences on public opinion poll results. *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 235-239.
- McCormack, R., Clifford, M. et Conroy, M. (2011). Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: a systematic literature review. *Palliative Medicine*, 26(1), 23-33.
- Miccinesi, G., Fischer, S., Paci, E., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Catwright, C., van Der Heide, A., ... Mortier, F. (2005). Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Social Science & Medicine*, 60(9), 1961-1974.
- Miller, L. L., Harvath, T. A., Ganzini, L., Goy, E. R., Delorit, M. A. et Jackson, A. (2004). Attitudes and experiences of Oregon hospice nurses and social workers regarding assisted suicide. *Palliative Medicine*, 18(8), 685-691.
- Müller-busch, H., Oduncu, F., Woskanjan, S. et Klaschik, E. (2005). Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation – A survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7(3), 333-339
- Naseh, L., Raflei, H. et Heidari, M. (2015). Nurses' attitudes towards euthanasia: a cross-sectional study in Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(1), 43-48.
- Nilstun, T., Melltorp, G. et Hermeréan, G. (2000). Surveys on attitudes to active euthanasia and the difficulty of drawing normative conclusions. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(2), 111-116.
- Novielli, D. K., Hojat, J. M., Nasca, B. T., Erdmann, J. J. et Veloski, J. J. (2000). Correlates of physicians' endorsement of the legalization of physician-assisted suicide. *Academic Medicine*, 75(10), S53-S55.
- Ogden, R. D. et Young, M. G. (1998). Euthanasia and assisted suicide: a survey of registered social workers in British Columbia. *British Journal of Social Worker*, 28(2), 161-175.
- Ogden, R. D. et Young, M. G. (2003). Washington State social workers' attitudes toward voluntary euthanasia and assisted suicide. *Social Work in Health Care*, 37(2), 43-70.
- Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Patiraki, E., ... Gouliamos, A. (2010). Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy*, 97(2), 160-165.
- Poreddi, V., Nagarajaiah, R., Kondouru, S. B. et Math, S. B. (2013). Euthanasia: The perceptions of nurses in India. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(4), 187-193.
- Portenoy, R. K., Coyle, N., Kash, K. M., Brescia, F., Scanlon, C., O'Hare D., ... Foley, K. M. (1997). Determinants of the willingness to endorse assisted Suicide. A survey of physicians, nurses, and social workers. *Psychosomatics*, 38(3), 277-287.

- Rae, N., Johnson, M. H. et Malpas, P. J. (2015). New Zealanders' attitudes toward physician-assisted dying. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 259-265.
- Ryynänen, O. P., Myllykangas, M., Viren, M. et Heino, H. (2002). Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. *Public Health*, 116(6), 322-331.
- Silvoniemi, M., Vansankari, T., Vahlberg, T., Clemens, K. et Salminen, E. (2010). Physicians' attitudes towards euthanasia in Finland: Would training in palliative care make a difference? *Palliative Medicine*, 24(7), 744-746.
- Smets T., Cohen J., Bilsen J., van Wesemael, Y., Rurup, M. L. et Deliens, L. (2011). Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 580-593.
- Snelling, P. C. (2004). Consequences count: Against absolutism at the end of life. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4), 350-357.
- Subba, S. H., Khullar, V., Latafat, Y., Chawla, K., Nirmal, A. et Chaudhary, T. (2016). Doctors' attitudes towards euthanasia: A cross-sectional study experience. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 64(6), 44-47.
- Tanida, N., Asai, A., Ohnishi, M., Nagata, S., Fukui, T., Yamazaki, Y. et Kuhse, H. (2002). Voluntary active euthanasia and the nurse: A comparison of Japanese and Australian nurses. *Nursing Ethics*, 9(3), 313-322.
- Tepehan, S., Özkara, E. et Yavuz, M. F. (2009). Attitudes to euthanasia in ICUs and other hospital departments. *Nursing Ethics*, 16(3), 319-327.
- Tomlinson, E. et Stott, J. (2015). Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1), 10-20.
- van der Maas, P. J., van der Wal, G., Haverkate, I., De Graaff, C. L. M., Kester, J. G. C., Onwiteaka-Philipsen, B. D., ... Willems, D. L. (1996). Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *The New England Journal of Medicine*, 335(22), 1699-1705.
- Verpoort, C., Gastmans, C. et Dierckx de Casterlé, B. (2004a). Palliative care nurses' views on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*, 47(6), 592-600.
- Verpoort, C., Gastmans, C., De Bal, N. et De Casterlé, B. (2004b). Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature. *Nursing Ethics*, 11(4), 349-365.
- Weakliem, D. L. (2002). The effects of education on political opinions: an international study. *International Journal of Public Opinion Research*, 14(2), 141-157.
- Willems D. L., Daniels E. R., van der Wal, G., van der Maas, P. et Emanuel, E. J. (2000). Attitudes and practices concerning the end of life: a comparison between physicians from the United States and from the Netherlands. *Archives of Internal Medicine*, 160(1), 63-68.
- Zenz, J., Tryba, M. et Zenz, M. (2015). Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC Palliative Care*, 14(58).

Projets de loi:

Projet de loi no 52: Loi concernant les soins de fin de vie. (2014). Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-52-40-1.html>

Lois

Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir). LC. (2016). c. 3. Repéré à http://laws.justice.gc.ca/PDF/2016_3.pdf

Loi sur les soins de fin de vie (Loi 2). (2014). Repéré à: <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie/>.

Attitudes of mental health workers toward euthanasia and assisted suicide: a knowledge synthesis

ABSTRACT • *This knowledge synthesis provides an overview of published studies on the attitudes of mental health workers towards euthanasia and physician-assisted suicide. A search of the Medline, PsycInfo, and Embase databases located eleven articles that met the inclusion criteria and form the basis of this review. The results show that mental health workers generally have positive attitudes towards euthanasia and assisted suicide, with slightly more favorable attitudes toward physician-assisted suicide than toward euthanasia. Several studies showed a negative correlation between religious commitment and attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide, as well as a negative correlation reflecting experience with professionals. The relationship between attitudes and other personal characteristics (e.g., gender, age, education) is not consistent across studies. Specific methodological issues must be considered in interpreting the results, including differences in the definitions and terminology used, as well as in the way questions are formulated. The link between personal experiences and attitudes toward euthanasia or assisted suicide should be the subject of future research.*

KEYWORDS • *Euthanasia, assisted suicide, mental health workers, attitudes, medical assistance in dying.*

Actitudes de profesionales en salud mental hacia la eutanasia y el suicidio asistido: Una síntesis del conocimiento científico

RESUMEN • *El objetivo de esta síntesis del conocimiento, es ofrecer una visión general de los estudios científicos publicados sobre las actitudes de los profesionales en salud mental hacia la eutanasia y el suicidio asistido. Una investigación fue llevada a cabo en las bases de datos de Medline, PsycInfo y Embase; once artículos que respondían a los criterios de inclusión fueron seleccionados. Los resultados muestran que, generalmente, los profesionales en salud mental tienen actitudes positivas hacia la eutanasia y el suicidio asistido, con actitudes un poco más favorables hacia este que hacia la*

eutanasia. Varios estudios mostraron una correlación negativa entre la importancia de la religión y sus actitudes, así como con las experiencias profesionales. La relación entre las actitudes y otras características personales (por ejemplo el género, la edad, la educación) no es, sin embargo, constante de un estudio al otro. Dos problemas particulares en el plano metodológico deben ser considerados en la interpretación de los resultados: diferencias en las definiciones y en la terminología utilizada, así como en la formulación de las preguntas. La relación entre las experiencias personales y las actitudes hacia la eutanasia o el suicidio asistido debería ser el objeto de futuras investigaciones.

PALABRAS CLAVE • *Eutanasia, suicidio asistido, profesionales en salud mental, actitudes, ayuda médica para morir.*