

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
MATHIEU BLAIS

RELATIONS ENTRE LA DÉPRESSION, LE DÉSESPOIR ET LA RIGIDITÉ
COGNITIVE CHEZ LES HOMMES ÂGÉS SUICIDAIRES

NOVEMBRE 1997

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

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

Sommaire

La présente recherche a pour but l'étude de la dépression, du désespoir et de la rigidité cognitive comme états psychologiques susceptibles d'être liés au potentiel suicidaire chez l'homme âgé. En effet, le suicide est un phénomène présent dans tous les groupes d'âges, mais spécialement chez les hommes âgés, où l'on retrouve le plus haut taux de mort par suicide (Statistique Canada, 1992).

Les liens entre le désespoir, la dépression et le suicide chez la personne âgée ont été maintes fois étudiés et reconnus. Cependant, aucune recherche n'a été faite sur le lien entre la rigidité cognitive et le suicide chez les âgés. La présente étude tentera donc de découvrir si ce lien existe. Les trois premières hypothèses qui ont été formulées concernent les liens entre la dépression, le désespoir la rigidité cognitive et le potentiel suicidaire. La dernière hypothèse étudie la prédominance du désespoir sur la dépression dans l'évaluation du potentiel suicidaire.

L'étude corrélationnelle a été menée chez 21 sujets masculins, majoritairement veufs, âgés entre 56 et 85 ans. Selon leurs scores à l'Échelle de Probabilité Suicidaire, les sujets ont été séparés en deux groupes, soit les suicidaires ($N=11$) et les non-suicidaires ($N=10$).

Cinq instruments de mesure ont été utilisés: un questionnaire sur les Attitudes face à la vie et à la mort (Lapierre, Pronovost, Dubé & Delisle, 1993), l'Hopelessness Scale (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974) qui mesure le désespoir, le Suicidal Probability Scale (Cull & Gill, 1988), le California F-Scale (Adorso, Frenkel-Brunswick, Levenson &

Sanford, 1950; voir Rubenowitz, 1963) qui mesure la rigidité cognitive et le Geriatric Depression Scale (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983). Les sujets ont été recrutés avec la participation des centres en prévention du suicide de Montréal et de Granby, ainsi qu'avec une annonce placée dans un quotidien de Trois-Rivières.

Les résultats démontrent que chez les âgés rencontrés, il y a des liens entre la dépression, le désespoir et le potentiel suicidaire, mais pas entre la rigidité cognitive et le potentiel suicidaire. De plus, contrairement à une majorité de recherches sur le sujet, le désespoir ne semble pas être la variable médiateuse entre la dépression et le potentiel suicidaire, puisque les résultats indiquent que la corrélation entre le désespoir et le potentiel suicidaire n'est plus significative lorsque l'on tient la dépression constante.

Il apparaît donc que chez les hommes âgés, la dépression est un élément important dans l'évaluation du potentiel suicidaire. Toutefois, la rigidité, telle que mesurée dans la présente étude, ne semble pas reliée au potentiel suicidaire. D'autres instruments mesurant la rigidité pourraient permettre de mieux cerner l'impact de cette variable sur le processus suicidaire. Les recherches subséquentes devraient s'intéresser également à l'étude de la rigidité chez les personnes ayant fait des tentatives suicidaires, puisque la présente recherche s'est intéressée principalement aux personnes ayant des idéations.

Remerciements

J'aimerais signifier ma profonde gratitude à ma directrice de recherche, Sylvie Lapierre, pour les longues heures qu'elle m'a accordées durant les deux dernières années, pour son support technique, moral et surtout pour ses encouragements qui m'ont, à plusieurs occasions, redonné la motivation de terminer cette grande aventure.

Pour leur précieuse collaboration lors du recrutement des participants, je voudrais remercier Monsieur Charles Pinard, de Suicide Action Montréal qui, malgré son emploi du temps chargé, m'a permis de trouver la plupart des sujets ainsi que Monsieur Michel Robert de Prévention Suicide de Haute-Yamaska.

Merci

Table des matières

Sommaire.....	ii
Remerciements.....	v
Introduction.....	1
Chapitre premier - Contexte théorique.....	4
Le suicide chez l'âgé.....	5
La dépression chez la personne âgée suicidaire.....	6
Le suicide et le désespoir.....	9
Le suicide et la rigidité cognitive.....	10
Les meilleurs prédicteurs du suicide.....	14
Critiques des études.....	18
Hypothèses.....	18
Chapitre II - Méthode.....	20
Sujets.....	21
Instruments de mesure.....	22
Déroulement.....	24
Chapitre III - Résultats.....	26
Évaluation du potentiel suicidaire.....	27
Vérification des hypothèses.....	28
Chapitre IV - Discussion.....	31
Explications des résultats selon les hypothèses.....	32
Etudes subséquentes.....	37
Conclusion.....	39
Références.....	42

Appendices.....	50
Appendice A - Exemple de lettre à la ressource.....	51
Appendice B - Instruments de mesure.....	53
Appendice C - Formulaire de consentement.....	67

Introduction

Le suicide est un fléau dans notre société contemporaine. Pour la majorité des gens, l'incidence de ce phénomène est plus élevée chez les jeunes, ce qui est faux. En effet, le taux de suicide chez les personnes âgées est deux à trois fois plus élevé que celui des plus jeunes (Freeman & Reinecke, 1993). Cela est encore plus vrai chez les hommes âgés (Santé Canada, 1994).

La dépression est depuis longtemps liée au suicide chez les personnes âgées. L'idéation suicidaire constitue en elle-même un symptôme de la dépression (Ellis & Range, 1989). Cependant, plusieurs recherches tentent de démontrer que c'est le désespoir qui fait office de lien entre la dépression et le suicide. En effet, le désespoir est considéré comme meilleur prédicteur du suicide que la dépression (Kovacs, Beck & Weissman, 1975).

Le concept de rigidité cognitive réfère, selon les auteurs, à la tendance à faire des choix extrêmes (Neuringer, 1964) ou à la difficulté d'identifier des alternatives dans un processus de résolution de problèmes (Levenson & Neuringer, 1971). Ces facettes de la rigidité ont toutes deux été mises en relation avec le suicide chez les adolescents et les adultes (Neuringer, 1964; Patsiokas, Clum & Luscomb, 1979). Ainsi, l'individu suicidaire, à cause de son mode de pensée rigide, a de la difficulté à développer des solutions alternatives à ses difficultés émotionnelles , il se sent désespéré de ne pas pouvoir se sortir de ce monde sans issue, ce qui l'amène à songer au suicide pour se sortir de cette situation (Neuringer, 1964).

Cette recherche projette donc de vérifier les liens qu'entretiennent la dépression, le désespoir et la rigidité cognitive avec le potentiel suicidaire, ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent chez l'homme âgé. En effet, puisque les hommes semblent plus rigides et plus à risque de suicide que les femmes, la présente recherche privilégiera l'étude de ce groupe (Canetto, 1992). De plus, une analyse sera effectuée pour vérifier l'importance du désespoir sur le potentiel suicidaire.

Ce mémoire se divise en quatre parties. La première fera état des éléments théoriques concernant le suicide, la dépression, le désespoir, la rigidité cognitive et leurs interactions. La deuxième partie présentera les difficultés reliées au recrutement des sujets, la description de l'échantillon et des cinq instruments de mesure. La troisième partie présentera les résultats obtenus aux différentes analyses statistiques. La discussion des résultats sera présentée à la dernière partie. Trois appendices viendront compléter cette recherche. Le premier est un exemple de lettre envoyée aux centres de prévention du suicide pour demander la participation de ceux-ci à la présente recherche. Le deuxième est constitué des cinq instruments de mesure et le troisième, le formulaire de consentement que devaient signer les sujets pour signifier leur acceptation de participer à la recherche.

Contexte théorique

Le suicide chez l'âgé

Avec l'avènement des nouvelles technologies médicales, les professionnels de la santé ont réussi à repousser les limites de la vie et, par le fait même, à augmenter l'espérance de vie des individus. Cependant, la qualité de la vie n'a pas évolué au même rythme, ce qui fait que dans certains cas, les personnes âgées ne vivent plus, mais survivent. Les maladies, le deuil et les pertes de toutes sortes sont à l'origine d'un mal de vivre qui peut mener au suicide chez les gens du troisième âge (Santé Canada, 1994).

Les réactions sont vives lorsque l'on parle du suicide chez les jeunes. Pourtant, ce phénomène est relativement nouveau si on le compare à celui du suicide chez les personnes âgées qui a toujours été plus répandu. Achté (1988) a affirmé que le risque de mourir par suicide augmente avec l'âge et atteint son apogée entre 50 et 70 ans. Au Québec, en 1992, les personnes âgées de 60 ans et plus comptaient pour plus de 20% des suicides enregistrés alors que les aînés ne représentent que 10% de la population. Ces données n'incluent pas les suicides camouflés en accidents ou les abus de médicaments qui mènent à la mort. En effet, dans plusieurs cas, les autorités ne disposent pas des preuves nécessaires pour conclure qu'il s'agit bien d'un suicide (Lapierre, Pronovost, Dubé & Delisle, 1992). Il est donc facile de penser que ces chiffres ne sont que la pointe de l'iceberg et que le phénomène du suicide chez les personnes âgées mérite que l'on s'y attarde sérieusement.

Divers chercheurs se sont attardés aux caractéristiques du suicide chez l'âgé. L'un des éléments les plus inquiétants est la létalité des actes suicidaires des personnes âgées. En effet, chez les 65 ans et plus, il y a un suicide complété pour quatre tentatives, alors que chez les jeunes, ce ratio est de 1:200 (McIntosh, 1985). Elles semblent particulièrement déterminées à mourir et à mettre fin à une situation qui leur semble désespérée. Souvent, la décision de se suicider est prise après mûres réflexions et elle est souvent finale (Achté, 1988). Ce désir d'en finir se manifeste clairement chez les hommes âgés puisqu'ils ont le plus haut taux de mortalité par suicide en comparaison aux autres groupes d'âge (Canetto, 1992). Ceci est dû au fait qu'ils utilisent des méthodes plus radicales. En fait, les chercheurs ont observé que les hommes âgés de race blanche constituent un des groupes les plus à risque de décès par suicide (Canetto, 1992; Ellis & Range, 1989; Heller, 1983, Tugend, 1984 cités dans Bonie, 1985). Au Québec, la situation n'est pas différente. En 1992, les hommes comptaient pour 74 % des suicides dans la catégorie des personnes âgées de 60 ans et plus et le record des taux de suicides était détenu par les hommes très âgés (80 et plus) (Santé Canada, 1994).

La dépression chez la personne âgée suicidaire

Les recherches ont associé le suicide à la dépression. Les idéations suicidaires constituent d'ailleurs un symptôme de la dépression (Ellis, & Range, 1989). Beck (1963), un des pionniers des études sur la dépression, a affirmé que la personne dépressive se voit dans une impasse, elle se sent impuissante devant ses problèmes qui lui paraissent insurmontables. Elle désire se soustraire à ces problèmes et considère le suicide comme une solution à la situation qu'elle perçoit sans issue.

Ellis et Range (1989) ont trouvé que ce lien entre le suicide et la dépression se retrouvait autant chez les «idéateurs», les «tentateurs» que chez les personnes décédées par suicide. Beck et Lester (1977) ont exploré la dépression chez les personnes ayant des idéations suicidaires et celles ayant fait une tentative. Les résultats ont démontré que les «idéateurs» suicidaires étaient davantage dépressifs que les «tentateurs». On pourrait faire l'hypothèse qu'il en est ainsi parce que les «tentateurs» ont trouvé le moyen ultime d'en finir avec leurs problèmes, ce qui les délivre de leurs sentiments dépressifs.

Klerman (cité dans Newmann, 1989) a affirmé que l'incidence de la dépression est particulièrement élevée chez les personnes âgées. Bien qu'il y ait certaines similitudes entre la dépression chez l'âgé et celle que l'on observe chez les plus jeunes, les symptômes ne s'expriment pas de la même façon. La personne âgée n'exprimera pas nécessairement l'humeur dépressive qui est typique de la dépression chez l'adulte. Chez l'âgé, les symptômes se manifesteront davantage sous la forme de plaintes somatiques, de difficulté à dormir et de baisse d'énergie. Les effets secondaires des médicaments, la similitude entre les symptômes de la dépression et ceux d'autres maladies physiques du grand âge, ainsi que la peur de passer pour un «malade mental», si elle parle de ce qu'elle vit, rendent difficile le diagnostique de la dépression chez la personne âgée. Il apparaît qu'en plus d'être répandue chez l'âgé, la dépression est sous-diagnostiquée, il est donc important d'être attentif à ces différences (Tremblay, 1997).

Chez la personne âgée, la dépression est depuis longtemps associée au suicide. Elle est même considérée par certains comme étant le facteur de risque de suicide le plus important chez l'âgé (Leenaars, 1992;

Richman, 1992). Avec l'âge, les pertes se font plus nombreuses. Le décès du conjoint, les pertes physiques et d'autonomie, la retraite et les maladies chroniques, comme les maladies coronariennes et l'arthrite, en sont quelques exemples (Butler, Lewis & Sunderland, 1991; Lapierre, Pronovost, Dubé & Delisle, 1992). L'accumulation de ces pertes augmente le risque de dépression ainsi que le risque de suicide.

Chez l'homme, les pertes sociales sont particulièrement importantes, comme la perte de l'emploi qui est source de valorisation et de reconnaissance par la société. De plus, le milieu du travail constitue pour plusieurs hommes le seul endroit qui favorise le développement de relations sociales. Sans cet environnement, le retraité a de la difficulté à se créer un réseau social sur une base personnelle. Outre cet aspect, plusieurs changements tels que la diminution des activités, la transformation du couple, la perte du pouvoir de consommer et la baisse du revenu qui dans plusieurs cas se transforme en une situation de pauvreté, viendront bouleverser la vie du retraité (Lapierre, Pronovost, Dubé & Delisle, 1992; Plamondon & Plamondon, 1982). Le stress qui accompagne tous ces changements peut entraîner une difficulté à s'adapter à cette nouvelle forme de vie ce qui amène la dépression (Wilson, 1981). Enfin, Canetto (1992) a démontré que la dépression est fréquente chez l'homme âgé, ce qui peut sans doute expliquer le risque élevé de suicide chez celui-ci (Butler, Lewis & Sunderland, 1991). D'ailleurs, Ouellet (1994) et Côté (1993) ont constaté que les retraités ayant des idéations suicidaires sérieuses (ils avaient identifiés des moyens de se suicider) étaient plus dépressifs que les retraités non-suicidaires.

Par ailleurs, un des éléments les plus souvent associés au suicide chez les hommes âgés est le décès de la conjointe (Canetto, 1992). La femme constitue souvent la seule confidente. Lors du décès de celle-ci, l'homme subit une modification ou une disparition de son réseau social. Il est alors privé de l'aide qu'il pourrait recevoir des amis, de la famille ou même des voisins. D'ailleurs selon Lapierre, Pronovost, Dubé et Delisle (1992), les personnes suicidaires ont trois fois moins de confidents que les non-suicidaires. De plus, les veufs âgés sont moins communicatifs que les veuves du même âge, ce qui pourrait expliquer le plus haut risque de suicide chez ces derniers.

Le suicide et le désespoir

La vision négative du futur qui caractérise les personnes suicidaires a amené les chercheurs à s'intéresser au désespoir. Bonie (1985) a défini le désespoir comme: «Un système d'attentes négatives à propos de soi-même et de son futur» (p. 34, traduction libre). Le désespoir est un élément crucial dans la prédiction des tentatives suicidaires (Bonie, 1985). En effet, si une personne souffre, mais qu'elle a espoir que les choses s'amélioreront pour elle, cette souffrance paraîtra plus tolérable. Cependant, lorsqu'un individu croit qu'il n'a plus aucune option et qu'il ne lui reste plus qu'une misère interminable ou une mort rapide, la mort peut lui apparaître alors comme un soulagement (Freeman, Fleming, Pretzer & Simon, 1990). Il apparaît que la majorité des individus suicidaires entretiennent la croyance qu'il n'y a aucun espoir, que les choses ne s'amélioreront pas et qu'il n'y a plus aucune raison de continuer à vivre (Freeman, Fleming, Pretzer & Simon, 1990).

Selon la théorie de Beck (1967), le désespoir serait une caractéristique centrale de la dépression et serait un médiateur entre la dépression et le suicide. Cependant, Beck, Steer, Kovacs et Garrison (1985) ne considèrent pas le désespoir comme un trait stable, mais plutôt comme un état psychologique variable qui s'aggrave à des niveaux prévisibles lors de moments de perturbation intrapsychique. Selon eux, une autre façon de concevoir le désespoir est en terme de vulnérabilité cognitive spécifique au moment de la crise ou de la décompensation psychiatrique. Les épisodes récurrents de désespoir pourraient refléter l'activation de schémas cognitifs spécifiques organisés en un ensemble d'attentes négatives. Alors lorsque ces schémas négatifs sont activés par diverses expériences de vie, ils auraient un effet sur les croyances de l'individu par rapport à son bien-être et à ses buts futurs.

Melges et Weisz (1971), lors de leur étude avec 15 sujets hospitalisés suite à une tentative suicidaire, ont observé que le degré d'idéations suicidaires était positivement corrélé avec la vision négative que les sujets avaient de leur propre futur. Il apparaît que les idéations suicidaires, qui précèdent la tentative suicidaire, sont associées à une vision étroite et désespérée du futur.

Le suicide et la rigidité cognitive

Les risques de mortalité dus au suicide rendent l'intervention à court terme très importante. C'est particulièrement pour cette raison que les modèles thérapeutiques cognitifs sont devenus si importants pour la compréhension des troubles émotionnels et comportementaux (Freeman & Reinecke, 1993). Initialement, la théorie cognitive avait été pensée pour la compréhension et le traitement de la dépression. Cependant, avec les

années, elle s'est développée et elle a été appliquée à plusieurs autres problématiques, comme le suicide. Les théories cognitivo-béhaviorales mettent l'accent sur la manière dont le patient perçoit et comprend le monde qui l'entoure (cognitions) et sur la façon dont il répond à cet environnement (comportement) (Freeman & Reinecke, 1993).

Typiquement, le sujet suicidaire perçoit son monde d'une manière rigide. Par conséquent, cette vision en tunnel le rend relativement incapable d'identifier une autre façon de faire ou d'examiner d'une manière rationnelle la validité de ses conclusions sur l'ampleur de ses problèmes (Freeman & Reinecke, 1993). Même lorsqu'on lui présente de nouvelles solutions, il ne peut les considérer. Il préfère s'accrocher à ce qu'il a, même si cela est très anxiogène et débilitant. Il s'enferme alors dans un cercle vicieux d'où il ne peut s'échapper. L'individu désespère de ne pas pouvoir se sortir de cet enfer. La mort lui paraît alors la seule façon de s'échapper de cette situation impossible (Neuringer, 1976). Cette rigidité s'exprime autant au niveau personnel qu'interpersonnel (Breed, 1972). En ce sens, les théories cognitives incorporent autant les facteurs intrapsychiques qu'interpersonnels dans leur description et leur explication des pensées et des comportements suicidaires.

Il est important de bien connaître ce qu'est un individu rigide pour pouvoir comprendre ce qui fait de lui une personne susceptible d'avoir des idéations suicidaires. Selon Shapiro (1981), la personne rigide adhère à une loi autoritaire intérieure qu'elle croit être la sienne. Cette loi puise ses origines dans la relation de l'enfant avec l'autorité suprême que représente le parent. La personne rigide intérieurise complètement les buts, les standards et les prohibitions dictés par les adultes, s'imposant ainsi des objectifs qu'elle n'a pas faits siens. Sa rigidité se traduit alors

par une obéissance sans condition à ces lois, malgré son désir ignoré de considérer d'autres possibilités ou d'autres façons de voir, plus authentiques. Cette rigidité réduit l'intérêt qu'elle porte à son environnement, restreint et nuit à l'expérience qu'elle en fait.

Neuringer (1964) a souligné que le suicidaire a de la difficulté à produire des alternatives ou des solutions nouvelles à ses problèmes émotionnels. Il se sent donc impuissant et cherche à échapper à ceux-ci dans la mort. Pour tester son hypothèse, Neuringer a fait une expérience avec 45 sujets hospitalisés, classés en trois groupes: l'un était composé d'individus qui avaient fait une tentative de suicide sérieuse; le deuxième, d'individus souffrant de maladies psychosomatiques et le dernier, d'individus hospitalisés pour des problèmes médicaux mineurs passagers. Il leur a administré le California F-scale et le Rokeach Map Test qui mesurent la rigidité sous la forme de pensées dichotomiques ou extrêmes. Il a découvert que les individus suicidants étaient plus rigides que les sujets normaux et ceux souffrant de troubles psychosomatiques.

Dans le même ordre d'idées, Patsiokas, Clum et Luscomb (1979) ont fait une étude sur le lien entre la rigidité et les tentatives suicidaires. Leur échantillon était composé de 49 «tentateurs» suicidaires et de 49 patients psychiatriques pris au hasard, mais n'ayant jamais fait de tentative. La mesure de rigidité était l'Alternative Uses Test. Les individus ayant fait une tentative étaient significativement plus rigides que ceux du groupe contrôle. Leurs résultats allaient dans le même sens que leurs observations cliniques qui indiquent que les personnes suicidaires ont une manière de penser rigide. De plus, cette étude montre que, dans une clientèle psychiatrique, la rigidité est la meilleure variable discriminante entre les «tentateurs» suicidaires et les «non-tentateurs».

Plusieurs études, dont celle de Rubenowitz (1963) faite avec 1427 sujets âgés entre la vingtaine et la cinquantaine, observent que les sujets les plus âgés sont davantage rigides que les plus jeunes. Malgré ces résultats, Rubenowitz affirme qu'il est difficile de conclure avec certitude que c'est l'âge à lui seul qui prédispose à la rigidité. Selon lui, ces résultats ne sont peut-être que le reflet de la culture et de la société dans laquelle les personnes de 50 ans ont vécu. Shaw (1990), dans sa recension des études sur la rigidité chez les personnes âgées, a cité quelques auteurs (Hartley, 1981, Salthouse, 1982, cités dans Shaw, 1990) qui décrivent les personnes âgées comme étant plus rigides que les jeunes.

Les auteurs ont observé aussi une différence entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la rigidité. Les femmes seraient plus flexibles et auraient une plus grande capacité d'adaptation que les hommes (Canetto, 1992). Selon Breed et Huffine (1979), c'est grâce à sa socialisation et à son expérience de vie que la femme est plus flexible que l'homme dans les situations plus complexes. Elle doit constamment s'adapter, tout au long de sa vie, à différents changements développementaux, tant au niveau physique, social que psychologique. Nous n'avons qu'à penser à la maternité. L'homme, de son côté, vit des changements relativement restreints et sa vie est sensiblement centrée autour de son travail. Ce qui fait qu'il est moins outillé que la femme lorsqu'il doit s'adapter aux diverses situations de la vie à la retraite, d'où les différences au niveau de la flexibilité. Wilson (1981) a ajouté qu'il n'y aurait pas de différence au niveau de la rigidité entre les hommes et les femmes lors d'événements qui exigent une restructuration importante des rôles, comme dans le cas du veuvage.

Les meilleurs prédicteurs du suicide

Il y a donc plusieurs explications possibles au phénomène du suicide. Mais, dans un contexte clinique, ne serait-il pas avantageux de connaître lequel, parmi la dépression, le désespoir et la rigidité est le meilleur prédicteur du suicide? Plusieurs auteurs ont donc tenté de répondre à cette question.

Au niveau clinique, quelque soit les groupes d'âges, la dépression est le diagnostic le plus fréquent lors d'hospitalisation pour tentatives suicidaires (Vandivort & Locke, 1979). Malgré les études qui abondent dans le même sens, la dépression ne peut être vue comme la seule cause des idéations suicidaires et du suicide complété. En effet, ce ne sont pas toutes les personnes dépressives qui se suicident ou qui ont des idéations suicidaires (Dyer & Kreitman, 1984). Ainsi, les chercheurs et les cliniciens ne peuvent pas se fier uniquement à la présence ou à l'absence de dépression chez un individu pour prédire son potentiel suicidaire. La recherche sur le suicide a donc bénéficié de l'introduction du concept de désespoir dans l'explication du lien entre la dépression et le suicide.

En effet, plusieurs chercheurs ont soulevé la possibilité que le désespoir soit l'élément clef entre la dépression et le suicide (Shneidman, 1993; Nekanda-Trepka, Bishop & Blackburn, 1983). Beck et Rush (1978, cité dans Arffa, 1983) ont supposé que le désespoir puisse être le lien direct entre la dépression et le suicide et qu'il serait peut-être un meilleur prédicteur du suicide que la dépression. Selon ces auteurs, l'individu dépressif a des cognitions inappropriées qui interviennent entre les événements extérieurs et les émotions, ce qui propulse la personne dans un état de négativisme et de pessimisme. Le suicide peut alors devenir la conclusion logique de cette évaluation négative du futur.

Beck, Kovacs et Weissman (1975) ont mené une étude sur 384 «tentateurs» suicidaires admis dans deux hôpitaux métropolitains. L'échantillon était composé de 160 hommes et de 224 femmes âgées entre 17 et 63 ans. Ils ont été rencontrés dans les 48 heures de leur admission. Sur la base d'une entrevue psychiatrique, on leur a administré le Suicide Intent Scale, le Beck Depression Inventory et le Hopelessness Scale. L'intensité de leurs symptômes de dépression et de désespoir ont été évalués indépendamment par un clinicien compétent. Les données ont été analysées en divisant l'échantillon en deux groupes relativement semblables sur la base des scores médians pour le désespoir et la dépression. Une analyse de variance bifactorielle (désespoir par dépression) a révélé un effet principal hautement significatif du désespoir. Cependant, ni l'effet principal de la dépression, ni l'interaction désespoir et dépression n'était significative. Le niveau de corrélation était plus élevé entre le désespoir et l'intention suicidaire qu'entre ce dernier et la dépression. La corrélation partielle indique que lorsque les effets de la dépression sont contrôlés, la relation entre désespoir et suicide se maintient, mais non l'inverse.

Ils ont obtenu des résultats semblables lorsqu'ils ont fait leur évaluation clinique de ces variables. Ils ont donc conclu que le désespoir est un meilleur prédicteur des tentatives suicidaires que la dépression. D'ailleurs, dans leur étude, le désespoir comptait pour 96% de l'association entre la dépression et les intentions suicidaires. Ces résultats sont concourants à une étude qu'ils ont faite en 1975 (Kovacs, Beck & Weissman, 1975) et à une étude de Minkoff, Bergman, Beck et Beck (1973).

Lors de leur étude longitudinale avec des «idéateurs» suicidaires, Beck, Steer, Kovacs et Garrisson (1985) ont corroboré les résultats des études précédentes effectuées avec des «tentateurs». Tel que défini par les auteurs, une personne qui a des idéations suicidaires sérieuses est quelqu'un qui a sérieusement pensé, planifié ou désiré se suicider. Leur échantillon était composé de 207 personnes, hommes et femmes âgés entre 17 et 65 ans, qui n'ont pas fait de tentatives récentes, mais qui ont été hospitalisées pour idéations suicidaires sérieuses. Dans les 48 heures, un psychologue les a interrogé et leur a administré le Beck Depression Inventory (BDI), le Hopelessness Scale (HS) et le Scale for Suicide Ideation (SSI). Par la suite, on a gardé contact avec ces personnes pour une période minimale de 5 ans ou jusqu'à la période de leur mort. Des 207, 34 sont mortes de diverses causes, mais 14 ont définitivement mis fin à leur jour. En se référant aux résultats des tests administrés au début de l'étude, seul le Hopelessness Scale a significativement différencié les deux groupes «d'idéateurs», soit ceux qui sont éventuellement mort par suicide et les autres. Les auteurs ont donc tenu à mentionner que la dépression n'était plus significativement reliée au suicide lorsque le désespoir était contrôlé et que ces résultats étaient consistants avec des études précédentes. Ils ont de plus souligné l'importance qu'a le désespoir dans la prédiction du suicide chez les «idéateurs». Cependant, les auteurs préviennent qu'un résultat bas au HS n'est certes pas une garantie que le patient ne se suicidera pas.

Dyer et Kreitman (1984) ont trouvé sensiblement les mêmes résultats dans leur étude sur les liens entre la dépression, le désespoir, les intentions suicidaires et les comportements autodestructeurs chez les personnes ayant été hospitalisées pour un empoisonnement. Leur échantillon de 120 sujets, était séparé en 4 sous-groupes en fonction de

l'âge et du sexe, soit les hommes de 15-34 ans, les hommes de 35 ans et plus, les femmes de 15-34 ans et les femmes de 35 ans et plus. Ils leur ont administré le Suicide Intent Scale (SIS), le Beck Depression Inventory (BDI) et le Hopelessness Scale (HS). Comme dans les études précédentes, leurs résultats ont démontré que lorsque la dépression est maintenue constante, la relation entre le désespoir et l'intention suicidaire demeure significative, mais pas le contraire. Les auteurs désirent relever l'importance du désespoir dans sa relation avec les intentions suicidaires.

Malgré tous ces résultats, Ranieri et al. (1987), dans une étude sur les relations entre la dépression, le désespoir, les attitudes dysfonctionnelles et les idéations suicidaires, n'ont pas su démontrer que le désespoir était la variable prédictrice des intentions suicidaires. Leur échantillon de 50 patients à l'interne et de 25 à l'externe d'un département de psychiatrie était composé à 57% de femmes et 43% d'hommes. Ils ont complété le Beck Depression Inventory (BDI), le Hopelessness Scale (HS), le Dysfonctionnal Attitude Scale (DAS) et le Scale for Suicide Ideation (SSI). Les résultats de leur recherche ont démontré que malgré le fait que chaque échelle (le BDI, le HS et le DAS) soit positivement reliée aux idéations suicidaires, aucune n'était un meilleur prédicteur des idéations suicidaires que l'autre et ce autant pour les patients à l'interne qu'à l'externe. De plus, les auteurs affirment que, dans leur recherche, la dépression était la dimension la plus saillante de celles associées aux idéations suicidaires. Ils ont concluent en affirmant que la dépression et le désespoir sont deux bons concepts pour évaluer les idéations suicidaires et que le désespoir ne devrait pas être automatiquement considéré comme le meilleur prédicteur de risque suicidaire dans toutes les populations cliniques.

Critiques des études

Bien que la majorité des études ci-haut aient les mêmes conclusions quant à la valeur prédictive du désespoir, aucune n'a inclu la rigidité comme variable prédictrice du potentiel suicidaire. De plus, dans la plupart de ces recherches, l'âge des sujets ne dépassent pas 65 ans, bien que l'on rapporte des taux élevés de suicide chez les personnes âgées. On remarque également que ce sont en majorité des patients hospitalisés pour des troubles psychiatriques. De plus, dans certains cas, le nombre de patients souffrant de schizophrénie et d'autres formes de problèmes délirants dépasse 33 % de l'ensemble des sujets. On peut se demander si ces résultats peuvent être généralisés.

Hypothèses

Considérant le fait qu'aucune étude n'ait tenu compte de la rigidité cognitive comme valeur prédictive du potentiel suicidaire et que peu d'études dans ce domaine se soient centrées sur les personnes âgées, la présente recherche a comme objectif d'étudier le lien entre la rigidité cognitive et le potentiel suicidaire. À partir de la recension des écrits, il est possible de formuler les hypothèses suivantes:

H1: Il y a un lien entre la dépression et le potentiel suicidaire chez les hommes âgés de 55 ans et plus.

H2: Il y a un lien entre le désespoir et le potentiel suicidaire chez les hommes âgés de 55 ans et plus.

- H3: Il y a un lien entre la rigidité cognitive et le potentiel suicidaire chez les hommes âgés de 55 ans et plus.
- H4: Le désespoir explique une plus grande partie de la variance du potentiel suicidaire que la dépression.

Méthode

Sujets

Le recrutement s'est étalé sur une période de 8 mois. Les critères de sélection étaient: être un homme d'au moins 55 ans, avec un risque suicidaire potentiellement élevé, qui acceptait de participer sur une base volontaire à une recherche sur le suicide. Le risque suicidaire était estimé par les intervenants auxquels faisaient appel le chercheur. Peu de sujets suicidaires référés par la ressource ont accepté de participer à la recherche, ce qui a rendu le recrutement ardu. De plus, parmi les sept¹ ressources qui ont été approchées, seulement deux ont répondu favorablement aux demandes du chercheur. Un exemple de lettre envoyé aux ressources apparaît à l'Appendice A.

L'échantillon est donc constitué de 21 hommes âgés entre 56 et 85 ans vivants à domicile ($M=67.3$, $É.T.=7.3$). La majorité sont veufs ($n=18$) et les autres, mariés ($n=2$) ou divorcés($n=1$). De plus, la plupart sont à la retraite ($n=17$), certains sont encore sur le marché du travail ($n=3$), et un sujet est dans l'incapacité de travailler suite à une invalidité. Cinq sujets (23,9%) ont déjà fait une tentative de suicide, mais seulement un d'entre eux n'était pas suicidaire lors de l'étude. Ils ont été sélectionnés grâce à la participation des Centres de Prévention Suicide des régions de Montréal (programme d'aide aux veufs suicidaires) et de Granby ainsi que par une annonce faite dans le journal Le Nouvelliste de

¹ Centre de prévention du suicide de Trois-Rivières, Québec, Granby-Haute-Yamaska, Rimouski; Suicide Action Montréal; le CLSC de Rimouski et le CHRM à Shawinigan.

Trois-Rivières. Deux sujets ont été exclus de l'échantillon original qui comportait 23 sujets. L'un souffrait de schizophrénie et l'autre de troubles neuropsychologiques, ce qui aurait pu fausser les résultats.

Instruments de mesure

Cinq questionnaires ont été utilisés dans cette étude (voir Appendice B). Ils sont précédés de quelques questions permettant d'obtenir les renseignements socio-démographiques habituels. Le premier questionnaire porte sur les Attitudes face à la vie et à la mort (Lapierre, Pronovost, Dubé & Delisle, 1993). Il permet d'aborder avec le sujet, son désir de mourir, son opinion face au suicide, ses idéations suicidaires, les plans et les moyens projetés pour passer à l'acte, ses tentatives passées et leur létalité. Il est administré sous forme d'entrevue structurée afin d'évaluer d'une manière plus qualitative le contenu des idéations suicidaires et la sévérité de celles-ci.

Le deuxième instrument de mesure, l'Échelle H, mesure le désespoir, c'est-à-dire l'anticipation négative du sujet à propos de son futur. L'Échelle H est une traduction française, effectuée par Cottraux, Bouvard et Legeron (1985), du Hopelessness Scale de Beck, Weissman, Lester et Trexler (1974). C'est un instrument comportant 20 items auxquels le sujet doit répondre vrai ou faux. Les scores varient de 0 à 20. Un score moyen de 13 a été retrouvé chez des sujets ayant fait des tentatives de suicide. Il n'y a pas d'étude de validité effectuée sur la version française, mais les travaux de Beck, Weissman, Lester et Trexler (1974) indiquent une validité interne de .84 et une fidélité (Spearman-Brown split-half) de .82 avec les personnes âgées. Pour la présente étude, l'alpha est de .90.

L'Échelle de Probabilité Suicidaire (É.P.S.) a été utilisée pour distinguer les sujets suicidaires des non-suicidaires. Elle est composée de 36 items où on demande au sujet de coter la fréquence de ses comportements et expériences subjectives sur une échelle de type Likert à quatre niveaux: jamais ou rarement, quelquefois, assez souvent et la plupart du temps ou toujours. Les scores sont gradués de 0 à 100 et permettent d'obtenir quatre niveaux de risque suicidaire: absent (0-24), léger (25-49), modéré (50-74) et sévère (75-100). De plus, l'É.P.S. mesure quatre dimensions cliniques: l'hostilité, les idéations suicidaires, la dépréciation de soi et le désespoir. La version française, utilisée dans la présente recherche, a été effectuée par Labelle, Daigle, Pronovost et Marcotte (communication personnelle) avec un échantillon de 150 étudiants universitaires. Les auteurs obtiennent un alpha de .86. Dans la présente étude, le coefficient de consistance interne est de .91, tandis que la version originale anglaise du Suicidal Probability Scale a une consistance interne .93 (Cull & Gill, 1988).

L'Échelle California F (É.C.F.) est une échelle d'évaluation de la rigidité en tant que trait de personnalité. Ce test est constitué de 28 items. Le sujet doit exprimer son niveau d'accord ou de désaccord avec les énoncés sur une échelle de type Likert en six points, allant de fortement en désaccord à fortement en accord¹. Le California F-Scale a une consistance interne de .90 (Adorso, Frenkel-Brunswick, Levenson & Sanford, 1950; voir Rubenowitz, 1963). La traduction française a été faite en partie par Berry, Taylor, Lamarche, Kalin et Christian (1977).

¹ Avant le début des traitements statistiques une recodification était nécessaire au niveau du F-Scale. Les cotes (-3)= 1, (-2)= 2, (-1)= 3, (1)= 5, (2)= 6, (3)= 7. Ensuite, ces dernières cotes ont été additionnées pour établir un score de rigidité qui varie de 28 à 196.

Aucune donnée psychométrique n'est offerte par les auteurs pour cette traduction française. Le coefficient de consistance interne dans la présente étude est de .85.

L'Échelle de Dépression Gériatrique (ÉDG) comporte 30 items. Le sujet répond par vrai ou faux aux affirmations mentionnées. Un score élevé indique un niveau de dépression élevé. L'échelle est validée auprès des personnes âgées. Contrairement à l'Inventaire de dépression de Beck, l'É.D.G. est soucieux de ne pas évaluer la dépression à partir des symptômes physiques. En effet, les personnes âgées étant plus sujettes aux problèmes de santé, elles pourraient être considérées comme déprimées alors qu'elles ne le sont point. L'ÉDG est la traduction française (Bourque, Blanchard & Vézina, 1990) du Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage & al., 1983). Elle a une consistance interne de .89 et une fidélité test-retest après quatre semaines de .70. La consistance interne de la présente recherche est .94.

Déroulement

Les professionnels des Centres ont communiqué au chercheur la liste des personnes qui acceptaient de participer. Les sujets ont été contactés par téléphone afin de fixer une rencontre à leur domicile pour la passation des questionnaires. La passation durait environ 45 minutes. Les cinq questionnaires furent administrés par le chercheur à tous les sujets. Pour respecter les normes éthiques, l'interviewer a pris soin de faire signer un formulaire de consentement aux sujets et s'est assuré qu'ils avaient bien compris ce qu'impliquait leur participation et les a informés de leur droit de se retirer de la recherche en tout temps (voir Appendice C). De plus, celui-ci évaluait le potentiel suicidaire et

s'assurait, le cas échéant, que le sujet soit référé à des professionnels de la santé mentale. Il faut noter que les sujets qui ont présenté des idéations suicidaires sérieuses étaient déjà suivis individuellement par les intervenants des deux Centres de prévention qui ont référé les sujets.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats des analyses effectuées pour vérifier les hypothèses formulées précédemment.

Évaluation du potentiel suicidaire

Sur la base de leurs scores à l'Échelle de Probabilité Suicidaire, les sujets ont été séparés en deux groupes distincts: les sujets ayant un score entre 0 et 49 (absent et léger) étaient considérés comme non-suicidaires, tandis que les sujets ayant un score de 50 et plus (modéré et sévère) étaient identifiés comme suicidaires. Cette distinction s'est faite sur la base de la définition de chaque niveau de risque élaboré par Cull et Gill (1988). Dix sujets (47.6%) faisaient donc partie du groupe des non-suicidaires tandis que les 11 autres (52.4%), du groupe des suicidaires. Il n'y a pas de différence entre les deux groupes au niveau de l'âge. Le test-t a été utilisé pour comparer les différences de moyennes entre les sujets suicidaires et non-suicidaires au niveau du potentiel suicidaire et de ses sous-échelles (Hostilité, Désespoir, Dépréciation de soi et Idéation suicidaire), de la dépression, du désespoir et de la rigidité (voir Tableau 1).

Tel qu'anticipé, le potentiel suicidaire des personnes du second groupe (suicidaires) est significativement ($t(11.65)=7.69; p=.000$) plus élevé ($M=72.36$) que ceux du premier (non-suicidaires) ($M=41.90$). Les répondants suicidaires sont plus déprimés ($M=18.55; t(19)=5.30, p=.000$) et plus désespérés ($M=10.55; t(11.65)=6.02, p=.000$) que les non-

suicidaires ($M=5.90$; $M=2.00$). Au niveau de la rigidité, les suicidaires ($M=143.18$) ne sont pas différents ($t(19)=.12$, n.s.) des non-suicidaires ($M=142.00$).

Au niveau des résultats aux sous-tests de l'Échelle de Probabilité Suicidaire, il y a une différence significative entre les suicidaires et les non-suicidaires au niveau de trois sous-échelles particulières: hostilité ($t(12.16)=7.11$, $p=.000$), désespoir ($t(19)=5.89$, $p=.000$) et idéations suicidaires ($t(11.55)=4.17$, $p=.001$), tandis qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes pour la sous-échelle dépréciation de soi ($t(14.04)=1.56$, n.s.).

Il est intéressant de constater que lors de l'entrevue structurée, quatre sujets suicidaires disent ne pas penser au suicide, alors que leur scores au questionnaire du potentiel sont modérés à élevés. Six sujets suicidaires ont déjà planifié leur suicide. Les moyens sont variés, comme noyade, abus de médicaments, arme à feu et lacération des poignets.

Vérification des hypothèses

Les études corrélationnelles confirment les deux premières hypothèses de recherche, selon lesquelles il y a une relation positive et significative entre le potentiel suicidaire et la dépression ($r=.85$, $p=.00$) et entre le potentiel suicidaire et le désespoir ($r=.78$, $p=.00$). Toutefois, la troisième hypothèse est infirmée. Il n'y pas de relation entre le potentiel suicidaire et la rigidité cognitive ($r=.00$, n.s.). Les analyses comparatives confirment ces résultats. En effet, tel que mentionné précédemment, les suicidaires sont significativement plus déprimés et désespérés que les non-suicidaires, alors qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes au niveau de la rigidité.

Tableau 1

Différences de Moyennes entre les Suicidaires (n=11) et les Non-Suicidaires (n=10) au Niveau des Variables: Potentiel Suicidaire (Sous-Échelles Hostilité, Désespoir, Dépréciation de Soi et Idéations Suicidaires), Dépression, Désespoir, Rigidité et Âge.

	Suicidaires <u>M</u> (<u>ÉT</u>)	Non-suicidaires <u>M</u> (<u>ÉT</u>)	<u>t</u>	<u>dl</u>	<u>p</u>
Potentiel suicidaire	72.36 (12.62)	41.90 (3.48)	7.69	11.65	.000
Hostilité	14.36 (2.91)	7.80 (0.92)	7.11	12.16	.000
Désespoir	26.91 (6.89)	12.80 (3.26)	5.89	19	.000
Dépréciation de soi	14.18 (3.82)	12.20 (1.69)	1.56	14.04	n.s.
Idéations Suicidaires	16.91 (5.97)	9.10 (1.60)	4.17	11.55	.001
Dépression	18.55 (6.82)	5.90 (3.38)	5.30	19	.000
Désespoir	10.55 (4.53)	2.00 (1.25)	6.02	11.65	.000
Rigidité	143.18 (15.86)	142.00 (27.28)	.12	19	n.s.
Âge	67.18 (6.71)	67.40 (8.29)	-.07	19	n.s.

Tableau 2

Résultats des Analyses Corrélationnelles (r de Pearson) entre le Potentiel Suicidaire et les Variables Désespoir, Dépression et Rigidité Cognitive

	Dépression	Désespoir	Rigidité
Potentiel suicidaire	.85 N= 21 p= .00	.78 N= 21 p= .00	.00 N= 21 p= .50
Corrélation partielle	.59 (18) p=.00	.27 (18) p= .24	-----

Il aurait été intéressant de faire des analyses de régression afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle le désespoir serait une variable qui expliquerait une plus grande partie de la variance du potentiel suicidaire que la dépression. Toutefois, vu le faible nombre de sujets dans l'échantillon, il est impossible de faire les analyses de régression souhaitées. Cependant, des corrélations partielles ont été effectuées pour vérifier les relations entre ces trois variables lorsque les effets du désespoir ou de la dépression sont contrôlés (voir Tableau 2).

Les résultats indiquent que lorsque le désespoir est maintenu constant, le lien entre la dépression et le suicide reste significatif ($r=.59$, $p=.00$), mais lorsque la dépression est maintenue constante, le lien entre le désespoir et le suicide disparaît ($r=.27$, $p=.24$). Ce résultat infirme la quatrième hypothèse. Évidemment, l'absence de lien entre ces variables et la rigidité ne justifie pas l'étude de corrélations partielles en rapport avec la rigidité.

Discussion

Ce chapitre sera consacré à la discussion des résultats obtenus au cours de cette recherche. Pour une meilleure compréhension de ceux-ci, la discussion des résultats se fera dans le même ordre que l'analyse. Les forces et les faiblesses de cette recherche seront ensuite soumises à la critique, dans le but de sensibiliser, par des recommandations, les chercheurs qui s'intéresseront à ce sujet dans le futur.

Explications des résultats selon les hypothèses

L'observation de liens entre le suicide, la dépression et le désespoir confirme les résultats obtenus par d'autres auteurs (Beck, Kovacs & Weissman, 1975; Beck, Steer, Kovacs & Garrisson, 1985; Kovacs, Beck, Weissman, 1975; Minkoff, Bergman, Beck & Beck, 1973; Schotte & Clum, 1982). La présence de dépression et de désespoir est donc un bon indicateur du potentiel suicidaire chez l'âgé (Minkoff, Bergman, Beck & Beck, 1973; Ranieri & al., 1987). Dans le cas de la rigidité cognitive, aucun lien significatif n'a été trouvé, ce qui est surprenant étant donné les résultats des autres chercheurs (Neuringer, 1964; Patsiokas, Clum, & Luscomb, 1979).

Une première explication réfère à l'instrument utilisé dans cette recherche. Neuringer (1964), bien qu'il utilise le F-Scale et que ses résultats furent concluants, est d'avis qu'il serait prématuré d'affirmer que celui-ci soit le meilleur instrument de mesure de la rigidité. En effet, selon Neuringer (1964), le California F-Scale est considéré par ses auteurs comme un instrument qui identifie les personnes qui ont tendance

à faire des choix extrêmes. Cette affirmation ayant été confirmée par d'autres auteurs (Bonner & Rich, 1987; Brown, 1953), le F-Scale a donc été utilisé comme mesure de la rigidité dans la présente étude. Cependant, Cohn (1953), Bass (1955) et Leavitt, Hax et Roche (1955, cités par Neuringer, 1964) affirment que des résultats élevés au F-Scale sont liés à la tendance à être d'accord avec les items présentés, peu importe leur contenu. Selon les auteurs, un score élevé indiquerait plutôt une manière automatisée de répondre au questionnaire et non une personnalité rigide.

Une seconde explication possible de l'absence de relation entre rigidité cognitive et potentiel suicidaire se situerait au niveau de la définition même de la rigidité. Le F-Scale s'intéresse à la rigidité sous forme de trait de personnalité. Il est possible que la rigidité observée par les chercheurs lors du processus suicidaire soit situationnelle. En effet, dans le contexte d'une crise, l'individu peut avoir de la difficulté à entrevoir des alternatives à ses problèmes, ce qui pourrait être interprété comme l'indice d'une personnalité rigide alors que cela serait une réaction mésadaptée à la situation. Il faut noter que dans la plupart des recherches sur le lien entre les tentatives suicidaires et la rigidité, les tests étaient administrés durant la période d'hospitalisation, immédiatement après la tentative (Neuringer, 1964; Patsiokas, Clum & Luscomb, 1979), alors que dans la présente étude, l'évaluation est effectuée lorsque le processus suicidaire est à ses débuts. Cela pourrait expliquer les résultats de la présente recherche.

Perrah et Wichman (1987), lors de leur étude sur l'effet de crise chez les suicidaires et son lien avec la rigidité cognitive, ont montré qu'après la crise, les «tentateurs» suicidaires n'étaient pas plus rigides que les sujets du groupe contrôle. Selon les auteurs, cela vient en contradiction avec les résultats des études de Neuringer (1964) et de Patsiokas, Clum et Luscomb (1979) qui ont obtenu une mesure de rigidité cognitive plus élevée chez les «tentateurs» suicidaires, comparativement au groupe contrôle, dans une situation d'hospitalisation. À la lumière de ces résultats, les auteurs mettent en doute le fait que la rigidité soit un trait de caractère typique chez les suicidaires, mais considèrent plutôt qu'elle serait spécifique à un état de crise comme une tentative de suicide.

Également, il faut noter que l'échantillon est constitué de personnes de 55 ans et plus et que les études effectuées jusqu'à présent sur la rigidité, n'ont travaillé qu'avec des étudiants ou des adultes. Est-il possible que la rigidité ne soit pas une variable à considérer dans l'étude du suicide chez les personnes âgées?

Les sujets de cette recherche ont presque tous été recrutés dans des centres de prévention du suicide. Ils ont tous été chercher de l'aide auprès de la ressource, qu'ils soient suicidaires ou non. Voilà un signe de flexibilité qui pourrait expliquer les résultats au niveau de la rigidité. En effet, malgré le fait qu'ils aient des pensées suicidaires, les sujets ont trouvé une autre solution à leurs problèmes: consulter des gens spécialisés qui pourraient les aider à s'en sortir.

Il faut noter que les sujets des études citées sont toutes des personnes hospitalisées en psychiatrie pour tentative de suicide alors que ce n'est pas le cas des sujets de la présente étude. La tentative en elle-même dénote le manque de flexibilité de l'individu dans sa vision des choix qui s'offrent à lui (Leenaars, 1992; Neuringer, 1964, 1976; Patsiokas, Clum & Luscomb, 1979). D'ailleurs, Levenson (1972) mentionne que la rigidité est la meilleure variable discriminante entre les «tentateurs» et les «non-tentateurs» dans une population psychiatrique. Le présent échantillon ne comporte pas de «tentateur» en crise, mais des «idéateurs». Il est possible que la rigidité comportementale apparaisse plus tard dans le processus suicidaire. D'ailleurs, l'absence de lien entre idéation et rigidité a également été observé par Schotte et Clum (1982) chez les collégiens.

Au niveau de la quatrième hypothèse, on a constaté que contrairement à la majorité des recherches étudient les liens entre la dépression et le désespoir avec le potentiel suicidaire (Beck, Kovacs & Weissman, 1975; Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985; Kovacs, Beck & Weissman, 1975; Minkoff, Bergman, Beck & Beck, 1973), les résultats indiquent que lorsque la dépression est tenue constante, le désespoir n'a plus de relation significative avec le potentiel suicidaire. Cette différence pourrait être expliquée par l'âge des sujets. Dans ces recherches qui appuient l'hypothèse de la primauté du désespoir sur la dépression, l'âge des sujets ne dépassait pas 65 ans. L'incidence de la dépression étant particulièrement significative chez les personnes âgées de 65 et plus, non seulement pour les troubles dépressifs, mais aussi pour les symptômes passagers de dépression (Klerman, cité dans Newmann, 1989). Peut-être est-ce pour cette raison que le désespoir est relégué au second plan?

Il faut noter que l'échantillon est constitué principalement de veufs, puisque les sujets provenaient d'un programme de prévention du suicide destiné aux hommes qui ont vécu le décès de leur conjointe. Lors de l'entrevue, les veufs mentionnaient que la mort de leur conjointe laissait un grand vide dans leur vie. Ils souhaitaient aller les rejoindre et que Dieu vienne les chercher. Cependant, ils gardaient espoir de s'en sortir malgré tout. Cela exprime bien les résultats obtenus. Le désespoir, bien que présent, était moins central que la dépression au niveau des émotions ressenties. Bien qu'ils ne semblent plus trouver de sens à leur vie sans la présence de leur femme, le fait qu'ils soient allés chercher de l'aide est un signe qu'ils désirent s'en sortir, d'où l'absence de relation entre désespoir et potentiel suicidaire si l'on garde la dépression constante. Peut-être que les résultats auraient été différents chez des hommes qui n'auraient pas cherché de l'aide? Mais dans cette situation, ces personnes sont beaucoup plus difficiles à recruter, puisqu'elles restent dans l'ombre.

Il faut noter que les recherches précédentes ont évalué la dépression avec le Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961). Cet instrument considère les symptômes physiques comme étant un indice important de dépression, alors que chez les personnes âgées, les symptômes physiques peuvent être prédominants à cause du vieillissement et non de la dépression. Dans la présente étude, l'absence de relation entre la dépression et la rigidité cognitive pourrait s'expliquer par l'utilisation d'un autre questionnaire pour évaluer la dépression: l'Échelle de Dépression Gériatrique. Néanmoins, puisqu'elle ne met pas l'accent sur les symptômes physiques dans l'évaluation de la dépression, celle-ci nous apparaît toujours pertinente dans l'étude du potentiel suicidaire chez les personnes âgées.

Études subséquentes

Une des principales faiblesses de cette recherche est le nombre de sujet. Évidemment, il aurait été préférable d'avoir un échantillon plus grand. Cependant, puisque les hommes suicidaires âgés qui acceptent de participer à ce genre de recherche sont peu nombreux, il est difficile, dans un court laps de temps de recruter autant de sujets. Lors d'études subséquentes sur ce thème, il serait donc important de travailler de concert avec les intervenants de première ligne afin de recruter des personnes à différents moments du processus suicidaire pour vérifier si la rigidité apparaît à un moment spécifique de ce processus ou est un trait des personnes suicidaires.

Bien que les résultats de cette recherche indiquent le contraire, les études tendent à démontrer le lien entre le suicide et la rigidité chez l'adulte. La présente étude voulait explorer ce lien chez les personnes âgées. D'autres études seraient nécessaires pour venir appuyer ou contredire les résultats obtenus. Lors de celles-ci, différents instruments mesurant la rigidité, plutôt qu'un seul, devraient être utilisés pour étudier l'effet de cette variable. En effet, quelques auteurs remettent en question la valeur du California F-Scale comme mesure de la rigidité. Un instrument comme l'Échelle de ténacité et de flexibilité de Brandtstädt (1990) serait une alternative intéressante. En effet, cet instrument évalue la ténacité, c'est-à-dire la tendance à poursuivre ses buts malgré la présence d'obstacles ou un risque élevé d'échec, et la flexibilité qui est la tendance à changer ou à abandonner les buts inaccessibles. Il est probable qu'une personne âgée suicidaire qui doit faire face à des obstacles importants dans sa vie aurait tendance à manifester peu de flexibilité et trop de ténacité dans la poursuite de ses buts et la satisfaction de ses besoins.

Finalement, comme il a été mentionné précédemment, il est possible que la rigidité comportementale apparaisse plus tard dans le processus suicidaire. Il serait donc essentiel d'étudier les relations entre la rigidité cognitive et le potentiel suicidaire chez les personnes âgées ayant commis une tentative suicidaire. En effet, lorsque la planification s'est précisée, lorsque la méthode est déterminée ainsi que le lieu, la date et l'heure, le suicide est devenu la seule alternative pour résoudre le problème. Dans ce cas, peut-être que le passage à l'acte constitu, pour la personne, le point de non retour et qu'il dénote une grande rigidité dans la résolution de problème. Les recherches subséquentes devront donc ajouter un groupe de sujet ayant commis une tentative suicidaire afin de vérifier cette hypothèse.

Conclusion

La présente recherche tentait de déterminer la présence de liens entre le potentiel suicidaire, la dépression, le désespoir et la rigidité cognitive chez les homme âgés d'au moins 55 ans et d'étudier la prédominance du désespoir sur la dépression dans l'évaluation du potentiel suicidaire.

Les résultats ont démontré qu'il existait effectivement un lien entre le potentiel suicidaire et la dépression et entre le potentiel suicidaire et le désespoir. Cependant, la présence d'un lien entre le potentiel suicidaire et la rigidité cognitive n'a pas été détectée. De plus, contrairement aux attentes du chercheur et aux résultats des études précédentes, c'est le lien entre le potentiel suicidaire et la dépression qui s'est révélé plus important que celui entre le potentiel suicidaire et le désespoir.

La présente recherche se voulait une étude exploratoire sur l'importance de la rigidité, de la dépression et du désespoir au niveau du potentiel suicidaire chez l'homme âgé. En effet, peu de recherches se sont penchées sur ces variables dans le contexte du suicide chez les hommes âgés. Certains résultats de la présente étude confirment les conclusions des recherches précédentes, alors que d'autres sont contradictoires, cela relance le débat sur le meilleur prédicteur du potentiel suicidaire chez l'âgé.

Est-ce qu'une personnalité rigide est plus vulnérable au suicide? Est-ce que la rigidité observée par certains auteurs dans le contexte du suicide est associée à une pensée extrême ou à un trait de personnalité? Ces questions sont toujours sans réponse.

L'utilisation par les sujets des ressources offertes par les Centres de Prévention réaffirme l'importance de la prévention et de l'intervention auprès des hommes âgés suicidaires. En effet, l'absence de corrélation entre le désespoir (lorsque la dépression est tenue constante) et le potentiel suicidaire, dans cet échantillon, indique peut-être l'efficacité de ces ressources.

Il serait nécessaire que d'autres études soient réalisées sur le sujet étant donné le vieillissement de la population. Des recherches comparatives entre les hommes et les femmes âgés au niveau de la rigidité avec un échantillon plus volumineux permettraient de vérifier si la rigidité est une variable à considérer pour mieux comprendre le processus suicidaire des personnes âgées.

Références

Achté, K. (1988). Suicidal tendencies in the elderly. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 18*, 55-65.

Arffa, S. (1983). Cognition and suicide: A methodological review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 13*, 109-121.

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry, 9*, 324-333.

Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicide behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association, 234*(11), 1146-1149.

Beck, A. T., & Lester, D. (1977). Suicidal wishes and depression in suicidal ideators: A comparison with attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology, 33*(1), 92-94.

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrisson, B. S., (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry, 142*(5), 559-563.

Beck, A.T., Ward, C., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.

- Berry, J. W., Taylor, D. M., Lamarche, L. C., Kalin, R. C., & Christian J. C. (1977). *Attitudes à l'égard du multiculturalisme et des groupes ethniques au Canada*. Publication Gouvernementale. Ministère d'état au Culturalisme. Ottawa: Éditeur.
- Bonie, K. A. (1985). *Sex roles, hopelessness, and stress in adolescent females and males* (Thèse de doctorat, University of Cincinnati, 1985). University Microfilms International, no cat. 8518093.
- Bonner, R. L., & Rich, A. R. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17, 50-63.
- Bourque, P., Blanchard, L., Vézina, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de Dépression Gériatrique. *Canadian Journal on Aging*, 9, 348-355.
- Brandtstädtter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accomodative stratigies of coping. *Psychology and Aging*, 6 (1), 58-67.
- Breed, W. (1972). Five components of a basic suicide syndrome. *Life-Threatening Behavior*, 2(1), 3-18.
- Breed, W., & Huffine, C. L. (1979). Sex differences in suicide among older white Americans: A role and developmental approach. In C. J. Kaplan (Éd.), *Psychopathology of aging* (pp. 289-309). New York: Academic Press.
- Brown, R. W. (1953). A déterminant of the relationship between rigidity and authoritarianism. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 48, 469-476.

- Butler, R. N., Lewis, M., & Sunderland, T. (1991). *Aging and mental health: positive psychosocial and biomedical approaches* (4e éd.). New York: MacMillan.
- Canetto, S. S. (1992). Gender and suicide in the elderly. (Numéro spécial). Suicide and the older adult. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(1), 80-97.
- Coté, M. (1993). *Les difficultés d'adaptation à la retraite et l'idéation suicidaire chez les hommes*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Cottraux, J., Bouvard, M., & Legeron. P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-Les-Moulineaux: EAP
- Cull, J.G., & Gill, W.S. (1988). *Suicide Probability Scale (SPS), manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Dyer, J. A. T., & Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 144, 127-133.
- Ellis, J.B., & Range, L.M. (1989). Characteristics of suicidal individuals: A review. *Death Studies*, 13, 485-500.
- Freeman, A., Fleming, B., Pretzer, J., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New-York: Plenum Press.
- Freeman, A., & Reinecke, M. A. (1993). *Cognitive therapy of suicidal behavior: A manual for treatment*. New York: Springer.
- Kovacs, M., Beck, A. T., & Weissman, A. (1975). Hopelessness. *Suicide*, 5, 98-103.

Lapierre, S., Pronovost, J., Dubé, M., & Delisle, I. (1992). Facteurs de risque associés au suicide chez les personnes âgées vivant dans la communauté. *Santé Mentale au Canada*, 3, 8-13.

Lapierre, S., Pronovost, J., Dubé, M., & Delisle, I. (1993). Identification of suicidal behavior in the elderly. In Suicidal Behavior: Proceedings of the XVI Congress of the International Association for suicide Prevention (pp.312-315). Hambourg, Germany.

Leenaars, A. A. (1992). Suicide notes of the older adult. (Numéro spécial). Suicide and the older adult. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(1), 80-97.

Levenson M. (1972). Cognitive and perceptual factors in suicidal individuals (Thèse de doctorat, University of Kansas, 1972). *Dissertation Abstracts Internationnal*, 33, 5521B. (University Microfilms No. 73-11, 914).

Levenson, M. & Neuringer, C. (1971). Problem solving behavior in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 433-436.

McIntosh, J. L. (1985). Suicide among the elderly: levels and trends. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 288-293.

Melges, F. T., & Weisz, A. E. (1971). The personnal future and suicidal ideation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 244-247.

Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130(4), 455-459.

Nekanda-Trepka, C. J. S., Bishop, B., & Blackburn, I. M. (1983). Hopelessness and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 49-60.

- Neuringer, C. (1964). Rigid thinking in suicidal individuals. *Consulting and Clinical Psychology, 28*, 54-58.
- Neuringer, C. (1976). Current developments in the study of suicidal thinking. In E. Shneidman (Ed.), *Suicidology: Contemporary developments*, (pp. 234-252). New York: Grune et Statton.
- Newmann, J. P. (1989). Aging and depression. *Psychology and Aging, 4*, 150-165.
- Ouellet, S. (1994). *Études des composantes dépressives et de l'isolement social en relation avec la présence de tendances suicidaires dans une population d'hommes retraités*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Patsiokas, A. T., Clum, G. A., & Luscomb, R. L. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(3), 478-484.
- Perrah, M., & Wichman, H. (1987). Cognitive rigidity in suicidal attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17*, 251-255.
- Plamondon, G., & Plamondon, L. (1982). Les éléments de la crise de la retraite. In M. Aumont (Éd.), *Éléments de Gérontologie* (pp. 201-222). Ottawa: Aumont.
- Ranieri, W. F., Steer, R. A., Lawrence, T. I., Rissmiller, D. J., Piper, G. E., & Beck, A. T. (1987). Relationships of depression, hopelessness, and dysfunctional attitudes to suicide ideation in psychiatric patient. *Psychological Reports, 61*, 967-975.
- Richman, J. (1992). A rational approach to rational suicide. (Numéro spécial). Suicide and the older adult. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 22*(1), 80-97.

- Rubenowitz, S. (1963). *Emotional flexibility-rigidity as a comprehensive dimension of mind*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Santé Canada. (1994). *Le suicide au Canada: Mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada*. Canada: auteur.
- Schotte, D. E, & Clum, G. A. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (5), 690-696.
- Shapiro, D. (1981). *Autonomy and rigid character*. New-York: Basic Books.
- Shaw, R. J. (1990). *The processing consequences of environmental support in older adults* (Thèse de doctorat, University of Toronto, 1990).
- Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Tremblay, J.P. (1997). Intervenir auprès des personnes âgées déprimées: c'est pas sorcier! In Les journées de formation du Sanatorium Bégin (Éd.), *Les cahiers des journées de formation du Sanatorium Bégin, No. 16: Sos confort* (pp. 49-68). Lac-Etchemin, QC: Auteur.
- Vandivort, D. S, & Locke, B. Z. (1979). Suicide ideation: its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 9, 205-218.
- Wilson, M. (1981). Suicidal behavior: Towards an explanation of differences in female and male rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11, 131-140.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression rating scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

Appendices

Appendice A

Exemple de lettre à la ressource

Trois-Rivières, le 26 mai 1997

Monsieur Frédéric Sheid
Psychiatre

Monsieur,

Tel que convenu, voici les détails de mon expérimentation auprès des hommes âgés. Lorsque vous m'aurez transmis la liste des personnes intéressées, je les contacterai pour fixer un rendez-vous. Je me rendrai à leur domicile et je réaliserai personnellement la passation du protocole de recherche. Celui-ci comprend un questionnaire d'information générale, la version française du Hopelessness Scale, du Suicidal Probability Scale et du F-Scale (pour l'évaluation de la rigidité cognitive) ainsi que l'Échelle de Dépression Gériatrique. Le protocole sera entièrement administré dans une période d'environ une heure. L'anonymat et la confidentialité seront respectés puisque seul le numéro assigné au nom du sujet sera utilisé pour l'analyse des données.

Ayant été formé par Prévention Suicide Trois-Rivières, une intervention appropriée de ma part sera faite dans le cas d'une urgence suicidaire. Évidemment, je vous contacterai pour m'assurer que la personne sera prise en charge par les ressources appropriées.

Je fais suivre par la poste les détails de mon projet de recherche. S'il vous plaît, je préférerais que ces détails ne soient pas communiqués aux sujets, pour ne pas biaiser les résultats. Vous pouvez leur dire qu'ils seront questionnés sur leurs perceptions de la vie et de la mort.

En espérant le tout conforme à vos attentes. Veuillez agréer,
monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Appendices B

Instruments de mesure

QUESTIONNAIRE SUR LES RÉACTIONS AUX DIFFICULTÉS DE LA VIE

Renseignements personnels

1. CODE:

2. Sexe:

3. Âge:

Date de naissance:

4. ÉTAT CIVIL

- 1) Célibataire
- 2) Marié(e)
- 3) Veuf(ve)
- 4) Séparé(e)-Divorcé(e)
- 5) Conjoint de fait

5. Principale occupation/profession

6. Votre estimation de vos revenus

- 1) Très au-dessus de la moyenne
- 2) Au-dessus de la moyenne
- 3) Dans la moyenne
- 4) En dessous de la moyenne
- 5) Très en dessous de la moyenne

7. Dans quel endroit habitez-vous ?

- 1) Maison privée
- 2) Appartement ou logement
- 3) Maison de chambre
- 4) HLM
- 5) Chez une autre personne. Précisez:
- 6) Famille d'accueil
- 7) Pavillon
- 8) Centre d'accueil
- 9) Centre hospitalier

8. Avez-vous une(des) personne(s) à qui vous pouvez vous confier lorsque vous vivez des situations difficiles?

Oui: Non:

9. Vous sentez-vous soutenu et compris par cette(ces) personne(s)

Oui: Non:

Attitudes face à la vie et à la mort

10. Vous arrive-t-il de penser à la mort?

- 1) Jamais
- 2) Parfois
- 3) Souvent
- 4) Constamment

11. Que pensez-vous des gens qui se découragent et décident de mettre fin à leurs jours?

- 1) Rejet de cette attitude ou de ce comportement
- 2) Ambivalence
- 3) Indifférence
- 4) Acceptation de cette attitude ou de ce comportement

12. Est-ce qu'il vous arrive de penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue?

- 1) Jamais
- 2) Parfois
- 3) Souvent
- 4) Constamment

13. Est-ce qu'il vous arrive d'avoir le désir de mourir?

- 1) Jamais
- 2) Parfois
- 3) Souvent
- 4) Constamment

14. Si oui, dans quelles circonstances (Nombre, type)

15. Avez-vous fait part à quelqu'un de votre désir de mourir?

- 1) Non aucunement
- 2) Non, mais on s'en doute
- 3) Oui, j'y ai fait allusion
- 4) Oui, ouvertement

16. Y a-t-il eu des décès par suicide dans votre famille?

Oui: Non:

17. Y a-t-il eu des décès par suicide dans votre entourage?

Oui: Non:

18. Est-ce que l'idée de mettre fin à vos jours vous a déjà effleuré l'esprit?

Oui: Non:

19. Si oui, jusqu'à quel point y avez-vous pensé?

- 1) Cette idée m'a seulement effleuré l'esprit
 - 2) J'ai considéré l'idée
 - 3) J'y ai sérieusement pensé

20. Quand cela est-il arrivé?

- 1) Au cours de la dernière semaine
 - 2) Au cours du dernier mois
 - 3) Au cours des derniers six mois
 - 4) Il y a plus de six mois, mais moins d'un an
 - 5) Il y a plus d'un an

21. Était-ce relié à un événement particulier?

Lequel:

22. Était-ce un événement stressant?

23. Si oui, jusqu'à quel point?

- 1) Extrêmement
 - 2) Beaucoup
 - 3) Passablement
 - 4) Assez
 - 5) Un peu
 - 6) Pas du tout

24. Cette idée vous habite t-elle encore actuellement?

25. Avez-vous imaginé des plans ou des moyens de suicide?

Lesquels:

26. Avez-vous fait part à quelqu'un de votre désir de mettre fin à vos jours?

- 1) Non aucunement
- 2) Non, mais on s'en doute
- 3) Oui, j'y ai fait allusion
- 4) Oui, ouvertement

27. Avez-vous déjà tenté de mettre fin à vos jours dans le passé?

Oui: Non:

28. Si oui, quand cela est-il arrivé?

- 1) Au cours de la dernière semaine
- 2) Au cours du dernier mois
- 3) Au cours des derniers six mois
- 4) Il y a plus de six mois, mais moins d'un an
- 5) Il y a plus d'un an

29. Était-ce relié à un événement particulier?

Oui: Non:

Lequel:

30. Était-ce un événement stressant?

Oui: Non:

31. Si oui, jusqu'à quel point?

- 1) Extrêmement
- 2) Beaucoup
- 3) Passablement
- 4) Assez
- 5) Un peu
- 6) Pas du tout

32. Est-ce que ce moyen utilisé a mis votre vie en danger?

- 1) Nulle
 - 2) Légèrement
 - 3) Moyenne
 - 4) élevée
 - 5) très élevée

33. Y a-t-il des raisons qui pourraient vous inciter à mettre fin à vos jours?

Oui: Non:

Lesquelles:

34. Y a-t-il des raisons qui vous empêcheraient de vous suicider?

Lesquelles:

35. Actuellement, vivez-vous un ou des événements stressants (Changements importants)

Oui: Non:

36. Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous l'ampleur de ce stress (1= Pas du tout stressant, 10= Extrêmement stressant)

Réponse:

VRAI ou FAUX

37. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme

38. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi

39. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours

40. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans

41. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire le plus faire
42. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi
43. Mon avenir me semble sombre
44. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens
45. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur
46. Mon expérience passée m'a préparé(e) parfaitement pour l'avenir
47. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir
47. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus
49. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux(se) que maintenant
50. Les choses ne sont pas comme je le veux
51. J'ai foi en l'avenir
52. Je n'ai jamais ce que je veux; par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit
53. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur
54. L'avenir me semble vague et incertain
55. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments
56. Il sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que je ne l'obtiendrai probablement pas

Consigne: Vous trouverez ci-dessous un ensemble d'affirmations que des gens peuvent utiliser pour décrire leurs sentiments et leurs comportements. Lisez chaque énoncé puis mentionnez à quelle fréquence vous vivez ce qui est décrit dans les phrases suivantes.

Jamais ou rarement	Quelquefois	Assez souvent	La plupart du temps ou toujours
-------------------------------	--------------------	----------------------	--

- 57. Quand je suis en colère, je lance des choses
- 58. Je sens que plusieurs personnes se soucient beaucoup de mon bien-être
- 59. Je sens que j'ai tendance à être impulsif(ve)
- 60. Je pense à des choses trop mauvaises pour en parler aux autres
- 61. Je pense que j'ai trop de responsabilités
- 62. Je sens que je peux faire beaucoup de choses qui en valent la peine
- 63. Pour punir les autres, je pense au suicide
- 64. Je me sens hostile envers les autres
- 65. Je me sens isolé(e) des gens
- 66. Je sens que les gens m'apprécient tel(le) que je suis
- 67. Je sens que plusieurs personnes seront peinées si je meurs
- 68. Je me sens si seul(e) que je n'en peux plus
- 69. Les autres sont hostiles envers moi
- 70. Je sens que si je pouvais recommencer, je changerais beaucoup de choses dans ma vie
- 71. Il y a plusieurs choses que je me sens incapable de faire
- 72. J'ai de la difficulté à trouver et garder une occupation que j'aime

73. Je pense que je ne manquerai à personne quand je ne serai plus là
74. Tout semble bien aller pour moi
75. Je sens que les gens attendent trop de moi
76. Je sens que j'ai besoin de me punir pour des choses que j'ai faites et pensées
77. Je sens que le monde ne vaut pas la peine que l'on continue d'y vivre
78. Je planifie très soigneusement mon avenir
79. Je sens que je n'ai pas beaucoup d'amis(es) sur qui je peux compter
80. Je sens que les gens seraient bien débarrassés si j'étais mort(e)
81. Je sens qu'il serait bien moins pénible de mourir que de continuer à vivre comme ça
82. Je me sens (sentais) proche de ma mère
83. Je me sens (sentais) proche de mon (ma) partenaire
84. Je n'ai pas d'espoir que les choses s'améliorent
85. Je sens que les gens n'aprouvent ni ce que je suis ni ce que je fais
86. J'ai pensé à la façon d'en finir avec la vie
87. Je me fais du souci à propos de l'argent
88. Je pense au suicide
89. Je me sens fatigué(e) et indifférent(e)
90. Quand je suis en colère, je brise des choses
91. Je me sens (sentais) proche de mon père

92. Je sens que je ne peux pas être heureux(se) nulle part

Consigne: Vous trouverez ci-dessous un ensemble d'affirmations. Lisez chaque énoncé puis mentionnez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ceux-ci.

Fortement en Désaccord	Légèrement en Désaccord	En Désaccord	En Accord	Légèremen en Accord	Fortement en Accord
---------------------------------------	--	-------------------------	----------------------	------------------------------------	------------------------------------

93. L'obéissance et le respect de l'autorité sont les vertus les plus importantes qu'un enfant doit apprendre
94. Aucune faiblesse ou difficulté peut nous entraver si on a assez de volonté
95. La science a sa place, mais il y a plusieurs choses importantes qui ne pourront jamais être comprises par l'esprit humain
96. La nature humaine étant ce qu'elle est, il y aura toujours des guerres et des conflits
97. Toute personne devrait avoir une foi complète en une force surnaturelle quelconque à laquelle il/elle obéit sans poser de questions.
98. Lorsqu'une personne a un problème ou qu'elle s'inquiète, il est préférable pour elle de ne pas y penser et de s'occuper à des choses plus gaies
99. Une personne qui a de mauvaises manières, de mauvaises habitudes et qui n'a pas d'éducation ne peut guère s'attendre à fréquenter des gens convenables
100. Ce qu'il faut avant tout à la jeunesse, c'est une discipline stricte, une détermination à toute épreuve et la volonté de travailler et de combattre pour défendre la famille et le pays
101. Il existe des personnes qui sont nées avec une envie irrésistible de sauter d'endroits élevés

102. De nos jours, lorsqu'autant de personnes différentes se rencontrent et se fréquentent, on doit se protéger soigneusement, spécialement contre les infections ou les maladies qu'on pourrait contracter d'elles
103. Les atteintes à notre honneur devraient toujours être punies
104. Quelquefois les jeunes ont des idées contestataires, mais avec l'âge, ils devraient les oublier et devenir plus sérieux
105. Bien plus que des lois et des programmes gouvernementaux, ce pays a besoin de quelques chefs courageux, infatigables et dévoués en qui le peuple peut avoir confiance
106. Les crimes sexuels tels que les viols et attaques d'enfants méritent plus qu'un simple emprisonnement; de tels criminels devraient être fouetté publiquement
107. Les gens peuvent être divisés en deux catégories distinctes: les faibles et les forts
108. Il n'y a rien de plus méprisable qu'une personne qui ne ressent pas profondément amour, gratitude et respect envers ses parents
109. Un jour on pourra probablement démontrer que l'astrologie peut expliquer beaucoup de choses
110. De nos jours, de plus en plus de personnes s'immiscent dans des affaires qui devraient rester personnelles et privées
111. Les guerres et les problèmes sociaux pourront être un jour éliminés par un tremblement de terre ou une inondation qui détruira le monde entier
112. La plupart de nos problèmes sociaux pourraient être réglés si seulement on pouvait se débarrasser des gens immoraux, véreux et arriérés
113. La vie sexuelle extravagante des anciens Grecs et Romains était banale comparativement à ce qui se passe dans notre pays, et même dans les endroits où on s'y attendrait le moins
114. Si les gens parlaient moins et travaillaient plus, tout le monde serait mieux

115. La plupart des gens ne réalisent pas à quel point notre vie est contrôlée par des complots tramés dans des endroits secrets
116. Les homosexuels ne sont pas mieux que les criminels et devraient être sévèrement punis
117. L'homme d'affaire et le manufacturier sont beaucoup plus importants pour la société que l'artiste et le professeur
118. Aucune personne normale, saine d'esprit et décente ne pourrait s'imaginer blesser un ami proche ou un membre de sa famille
119. La familiarité engendre le mépris
120. Personne n'a jamais vraiment rien appris d'important, excepté à travers la souffrance

OUI ou NON

121. Êtes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez?
122. Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts?
123. Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie?
124. Vous ennuyez-vous souvent?
125. Êtes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir?
126. Êtes-vous préoccupé(e) par des pensées dont vous n'arrivez pas à vous défaire?
127. Avez-vous la plupart du temps un bon moral?
128. Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave?
129. Êtes-vous heureux/heureuse la plupart du temps?
130. Éprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance?
131. Vous arrive-t-il souvent de ne pas tenir en place, de vous impacter?

132. Préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités?
133. Êtes-vous souvent inquiet au sujet de l'avenir?
134. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens?
135. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle?

136. Vous sentez-vous souvent triste et déprimé(e)?
137. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel?
138. Le passé vous préoccupe-t-il beaucoup?
139. Trouvez-vous la vie très excitante?
140. Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets?
141. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie?
142. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?
143. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous?
144. Vous mettez-vous souvent en colère pour des riens?
145. Avez-vous souvent envie de pleurer?
146. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer?
147. Êtes-vous heureux/heureuse de vous lever le matin?
148. Préférez-vous éviter les rencontres sociales?
149. Prenez-vous facilement des décisions?
150. Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé?

Appendice C

Formulaire de consentement

No. de code

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Moi, accepte de répondre à des questions se rapportant à mes réactions aux difficultés de la vie et à mon attitude face à la mort. Mes réponses permettront à monsieur Mathieu Blais, étudiant et madame Sylvie Lapierre, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, d'identifier les facteurs qui influencent la perception des événements de la vie. Votre collaboration est importante puisqu'elle permettra aux chercheurs de mieux comprendre comment les aînés font face aux difficultés de la vie. Elle permettra aussi d'élaborer de nouvelles méthodes de traitements pour aider les personnes aux prises avec des difficultés d'adaptation aux événements de la vie.

Je sais que le questionnaire porte sur certains renseignements d'ordre personnel, sur mes états d'âme et sur mon attitude face au deuil, face à la vie et à la mort. Ma collaboration implique une rencontre d'environ deux heures avec Mathieu Blais, étudiant de maîtrise à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il est clair que je ne cours aucun risque physique ou psychologique en participant à cette recherche.

L'anonymat et la confidentialité seront respectés puisque seul le numéro assigné à mon nom sera utilisé pour l'analyse des données. Cependant, si je mets ma vie ou celle d'une autre personne en danger, le sceau de la confidentialité pourra être rompu. Je suis libre de participer à cette recherche et je peux arrêter ma collaboration en tout temps. Cette recherche est menée par l'U.Q.T.R. et est indépendante de Suicide Action Montréal et elle n'affecte en rien les services qui m'y sont offerts. Lorsque la recherche sera terminée, je pourrai obtenir les résultats généraux de l'étude si j'en fais la demande auprès de monsieur Mathieu Blais.

Je reconnais donc avoir été suffisamment informé(e) du projet de recherche et de bien comprendre ce qu'implique ma participation. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et j'autorise monsieur Mathieu Blais à employer les résultats de ma participation selon les informations qu'il m'a fournies.

Signature de la personne

ENGAGEMENT DE LA DIRECTRICE DE RECHERCHE

En tant que directrice de recherche de Mathieu Blais, je m'engage à m'assurer qu'il respectera les dispositions acceptées par le Comité permanent de déontologie de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et que la confidentialité des informations recueillies auprès de la personne interrogée sera assurée.

Signature de la directrice

Signature de l'étudiant