

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANDRÉE FORTIN

L'AUTONOMIE PSYCHOLOGIQUE ET LES IDÉATIONS SUICIDAIRES

CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT

EN INSTITUTION

MARS 1996

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.

Tout au long de cet ouvrage, les génériques masculins sont utilisés, sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

Sommaire

La présente étude se veut une exploration des liens entre différents facteurs psychologiques (autonomie psychologique, état psychologique) et les idéations suicidaires chez les personnes âgées institutionnalisées. Les écrits sur la problématique du suicide révèlent que le taux de suicide est plus élevé chez les personnes âgées, comparativement aux autres groupes d'âge, partout à travers le monde. Bien qu'au Québec le taux de suicide chez les âgés soit moins élevé que celui des jeunes, il y a eu un accroissement de la mortalité par suicide chez les personnes âgées. Plusieurs facteurs de risque suicidaire ont été identifiés par les auteurs : l'isolement, les maladies physiques, les pertes, les facteurs environnementaux et la dépression. Un autre facteur aurait avantage à être considéré dans l'étude des idéations suicidaires au troisième âge. Il s'agit de l'autonomie psychologique. En effet, l'absence d'autonomie psychologique, c'est-à-dire la perte de la volonté d'exercer son pouvoir de décider et d'agir, pourrait être associée à la présence d'idéations suicidaires. Deux hypothèses font l'objet de cette recherche. La première stipule qu'il n'y aura pas de différence d'autonomie psychologique entre les suicidaires et les non suicidaires alors que la deuxième affirme que les suicidaires seront plus dépressifs que les non

suicidaires. Cette étude a été réalisée auprès de 24 sujets de 65 ans et plus vivant dans des institutions de la région de Québec. Ces sujets ont été répartis en deux groupes : suicidaire ($n = 12$) et non suicidaire ($n = 12$). Quatre instruments de mesure ont été utilisés. Le premier fournit des renseignements socio-démographiques; le deuxième s'intéresse à l'état psychologique : Échelle de Dépression Gériatrique (Bourque, Blanchard & Vézina, 1988); le troisième mesure l'autonomie psychologique (Dubé & Lamy, 1990) et enfin, le dernier porte sur les attitudes face à la vie et à la mort (Lapierre, Pronovost, Dubé & Delisle, 1991). Les résultats de cette étude ont révélé qu'il n'y avait pas de différence d'autonomie psychologique entre les aînés suicidaires et non suicidaires sauf pour le facteur «intégration sociale». Cela signifie que les personnes âgées suicidaires en institution tiennent moins compte de leur environnement lorsqu'elles prennent des décisions que les aînés non suicidaires. De plus, les résultats ont confirmé que les aînés suicidaires étaient plus dépressifs que les âgés non suicidaires. Cela permet de dire que la dépression est un facteur de risque qui augmente la vulnérabilité de l'âgé au suicide.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1

CHAPITRE PREMIER - Contexte théorique et expérimental

Épidémiologie du suicide chez les aînés	6
Le processus suicidaire	13
Les comportements autodestructeurs et le suicide chez les personnes âgées institutionnalisées	19
Les facteurs de risque de suicide chez les aînés en institution	24
L'autonomie psychologique et les idéations suicidaires	32
Objectif et hypothèses	36

CHAPITRE II - Méthode

Description de l'échantillon	39
Les instruments de mesure	42
Déroulement	44

CHAPITRE III - Résultats

Identification des sujets ayant des idéations suicidaires	47
Différences entre les groupes au niveau socio-démographique	48
Vérification des hypothèses	49
Analyses complémentaires	50

CHAPITRE IV - Discussion

Limites de la recherche	59
L'autonomie psychologique et le suicide	62
La dépression et le suicide	67
État de santé perçu	69
Intervention et suicide chez les aînés institutionnalisés	70

<u>Conclusion</u>	73
-----------------------------	----

<u>Références</u>	76
-----------------------------	----

Appendices

Appendice A - Lettre de présentation de la recherche	85
Appendice B - Formulaire de consentement éclairé	89
Appendice C - Instruments de mesure	91
Appendice D - Tableau 7	111
Appendice E - Liste des points des items servant à l'iden- tification des idéations suicidaires	114

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe au Canada (1989)	8
Tableau 2 : Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe au Québec (1992)	8
Tableau 3 : Tests-t comparant les moyennes d'âge, de temps en institution (mois) et de scolarité (années) des sujets non suicidaires (Groupe 1) et des sujets ayant des idéations suicidaires (Groupe 2)	49
Tableau 4 : Tests-t comparant le niveau moyen d'autonomie psychologique et de dépression des sujets non suicidaires (Groupe 1) et des sujets ayant des idéations suicidaires (Groupe 2)	51
Tableau 5 : Différences observées entre les sujets suicidaires et non suicidaires sur certaines variables descriptives	53
Tableau 6 : Différences significatives observées entre les sujets suicidaires et non suicidaires sur certains items de l'Échelle de dépression gériatrique	56

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de mémoire, madame Sylvie Lapierre, Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour l'excellente supervision qu'elle a manifestée tout au long de la rédaction de ce mémoire. De plus, l'auteure aimeraient souligner la grande disponibilité, l'appui inconditionnel et la rigueur scientifique que sa directrice a su offrir durant ces 16 mois de travail et ce, malgré son séjour à l'extérieur.

L'auteure tient également à remercier madame Micheline Dubé, D.Ps., et monsieur Roger Asselin, Ph.D., professeurs au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour leurs conseils judicieux lors de l'expérimentation de cette recherche. L'auteure remercie aussi les dirigeants des centres d'accueil de la région de Québec de même que leurs intervenants et résidants qui ont participé à cette étude. Enfin, l'auteure tient à manifester sa reconnaissance à madame Micheline Roy, madame Angèle Jetté, madame Colette Guérette et monsieur Jean-Claude Boutet pour leur précieuse collaboration qui a permis la réalisation de ce projet.

Introduction

Jusqu'à maintenant, beaucoup d'attention a été accordée au suicide des jeunes comparativement à celui des âgés. Toutefois, les données épidémiologiques font ressortir l'importance de s'intéresser à la problématique suicidaire des âgés puisqu'elles révèlent que le taux de suicide est plus élevé chez les personnes âgées, comparativement aux autres groupes d'âge, partout à travers le monde.

Les statistiques québécoises montrent un accroissement de la mortalité par suicide chez les personnes âgées. En effet, le taux est passé de 12.5 décès/100 000 habitants pour l'année 1989 (Bureau de la statistique du Québec, 1990) à un taux de 15.8/100 000 habitants pour l'année 1992 (Bureau de la statistique du Québec, 1994). Toutefois ces statistiques doivent être interprétées avec précaution étant donné la sous-déclaration du phénomène suicidaire particulièrement chez les personnes âgées (Charron, 1983; Ennis, 1983).

Les suicides de personnes âgées sont plus attribuables à une série d'événements négatifs qu'à un facteur précipitant particulier (Templer & Capelletty, 1986). Bien que la vieillesse comporte une dimension de croissance, il n'en demeure pas moins réel qu'elle est aussi une étape caractérisée par un ensemble de pertes : perte du rôle social, perte du milieu

social (institutionnalisation), perte de santé, perte des êtres chers, etc. (Laforest, 1989). Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés par les auteurs s'intéressant au phénomène suicidaire chez les personnes âgées. Il s'agit de l'isolement, des pertes, des maladies physiques, des facteurs environnementaux et de la dépression (Lapierre, Pronovost, Dubé & Delisle, 1992). De plus, certains chercheurs pensent que l'autonomie psychologique est diminuée chez les gens qui ont des idéations suicidaires (Rakowski & Cryan, 1990; Osgood, 1982; McIntosh, Santos, Hubbard & Overholser, 1994). Toutefois, d'autres auteurs croient que les aînés qui songent au suicide peuvent manifester un haut niveau d'autonomie psychologique lors du processus suicidaire (Nelson & Farberow, 1980; Lavigne-Pley, 1987; Grassi, 1990; Haight, 1995).

Osgood, Brant et Lipman (1991) s'est intéressée aux comportements autodestructeurs chez les personnes âgées institutionnalisées. Les résultats de cette recherche démontrent bien l'existence du phénomène suicidaire en institution. Jusqu'à maintenant, les comportements autodestructeurs dans ce milieu de vie ont été très peu étudiés même si certaines données suggèrent que leur nombre est élevé chez les personnes âgées.

La présente étude s'intéresse aux idéations suicidaires chez les aînés vivant en institution et plus particulièrement aux différences d'autonomie psychologique entre les personnes ayant un désir de suicide et celles n'en

n'ayant pas. La réponse à cette question permettra sans doute d'ajuster les interventions effectuées auprès d'une personne âgée suicidaire.

La première partie de ce travail sera consacrée aux données épidémiologiques, à la description des différents concepts associés au suicide, à la problématique du suicide chez les aînés en institution ainsi qu'à une présentation critique des quelques recherches mettant en relation les idéations suicidaires et l'autonomie psychologique. Dans la deuxième partie, le lecteur pourra prendre connaissance des caractéristiques de l'échantillon et des différents questionnaires utilisés pour confirmer ou infirmer les hypothèses. Les résultats obtenus suite aux analyses statistiques seront présentés dans le troisième chapitre, pour finalement discuter, dans la dernière partie, de la signification de ces résultats dans un contexte de prévention et d'intervention.

Contexte théorique

Le premier chapitre se divise en six parties. Il s'agit d'abord de situer l'ampleur de la problématique en utilisant les données épidémiologiques pour ensuite présenter les différents concepts théoriques associés au suicide. Les troisième et quatrième parties décriront les comportements autodestructeurs et les facteurs de risque de suicide chez les aînés en institution. Quant à la cinquième partie, elle tentera de faire ressortir les relations entre l'autonomie psychologique et les idéations suicidaires avant de terminer avec les objectifs et hypothèses de l'étude.

Épidémiologie du suicide chez les aînés

Pour certaines personnes, la vieillesse constitue l'apogée d'une montée, la plénitude, la sagesse, la sérénité. Par contre, d'autres la perçoivent comme une expérience qui mène irrémédiablement vers la mort. En réalité, la vieillesse comporte deux dimensions contradictoires. En effet, elle est une période de croissance et de déclin (Laforest, 1989). Malgré sa dimension positive (croissance), il n'en demeure pas moins réel que la vieillesse est aussi une étape de vie caractérisée par un ensemble de pertes : perte du rôle social, perte de santé, perte du milieu social lors de l'institutionnalisation, perte des êtres chers, modification de l'aspect physique et diminution des capacités fonctionnelles et sensorielles. Il n'est donc pas surprenant de constater que

c'est la période de vie à plus haut risque suicidaire (Rancé, Hoste & Coudert, 1988).

D'ailleurs, dans le monde, le taux de suicide est plus élevé chez les personnes âgées, comparativement aux autres groupes d'âge et au taux national des pays consultés (McIntosh, 1992a; McIntosh et al., 1994; Kastenbaum, 1992; Stack, 1990; Younger, 1990). Plusieurs auteurs (Hendin, 1982; Lyons, 1985; Manton, Blazer & Woodbury, 1987) affirment que le taux de suicide a tendance à croître avec l'âge. Cela se confirme lorsque l'on examine les taux chez la population âgée. De plus, Osgood et al. (1991) mentionnent qu'aux États-Unis, en 1985, le taux de suicide chez les aînés (20.3 par 100 000 habitants) est près de 50 % plus élevé que chez les jeunes âgés entre 15-24 ans (12.9) et que dans l'ensemble de la population américaine (12.3).

Au Canada, cette propension n'est toutefois pas manifeste (voir Tableau 1) où les jeunes (15-24 ans : 15.5) et les âgés (65-74 ans : 16.0) montrent un taux similaire de suicide (Leenaars, 1992; Statistique Canada, 1990). Néanmoins, il faut noter que le taux de suicide des très âgés (75 ans et plus) est de 18.9. Au Québec (voir Tableau 2), les taux les plus élevés se situent chez les 25-44 ans (24.2) alors que les âgés (65-74 ans) et les très âgés (75 ans et plus) montrent les taux les plus faibles avec 16.9 et 14.8,

Tableau 1

Taux de décès par suicide selon l'âge
et le sexe au Canada (1989)

Taux par 100 000 habitants

AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
15-24	26.3	4.7	15.5
25-44	27.0	8.1	17.5
45-64	25.2	9.0	17.1
65-74	25.2	6.8	16.0
75 et plus	32.6	5.2	18.9
Tous les âges	20.9	6.0	13.4

Tableau 2

Taux de décès par suicide selon l'âge
et le sexe au Québec (1992)

Taux par 100 000 habitants

AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
15-24	34.4	7.4	20.9
25-44	38.6	9.8	24.2
45-64	32.5	11.5	22.0
65-74	27.4	6.5	16.9
75 et plus	25.9	3.7	14.8
Tous les âges	29.5	13.0	21.2

respectivement (Bureau de la statistique du Québec, 1994). Toutefois, au Québec, il faut noter qu'il y a eu un accroissement de la mortalité par suicide chez les personnes âgées. En effet, le taux est passé de 12.5 décès par 100 000 habitants pour l'année 1989 (Bureau de la statistique du Québec, 1990) à un taux de 15.8 par 100 000 habitants pour l'année 1992 (Bureau de la statistique du Québec, 1994). Cependant, ces statistiques doivent être interprétées avec précaution étant donné la sous-déclaration du phénomène suicidaire et ce, particulièrement chez les gens âgés (Charron, 1983; Ennis, 1983); certains suicides seraient dissimulés par le milieu familial ou institutionnel dans le but d'éviter la stigmatisation sociale des survivants (Charron, 1982; Jarvis & Boldt, 1980; McIntosh, 1989). De plus, certains suicides s'apparentent à des morts naturelles ou accidentelles en raison des méthodes employées. Le Los Angeles Suicide Prevention Center estime qu'aux États-Unis environ 50 % des suicides sont déguisés en accidents, par exemple, les accidents d'automobile avec un seul passager (Charron, 1981). Les conséquences du refus de boire, de s'alimenter ou les effets du refus de traitement ou de médicaments nécessaires à la survie sont des exemples de méthodes déguisées de suicide.

Ainsi, il est difficile pour les médecins et les coroners d'émettre un acte de décès par suicide chez les aînés, qui adoptent un comportement de laisser-aller vers la mort ou qui accélèrent leur mort par une négligence

résolue et préméditée, puisqu'ils ne peuvent identifier avec certitude la cause du décès (Syer-Solursh & Wyndowe, 1981).

Malgré l'augmentation de mortalité par suicide chez les personnes âgées, la population paraît peu se soucier de l'existence de ce phénomène (Miller, 1979). Ce constat semble refléter un manque d'intérêt de la part de la société vis-à-vis la santé mentale des aînés (Simon, 1989). Ce désintérêt apparaît aussi lié à une certaine acceptation et justification du suicide chez les personnes âgées et ce, particulièrement lorsque celui-ci a pour but d'atténuer la détresse associée à une qualité de vie réduite par la maladie (Miller, 1979). De plus, il semble exister dans la conscience collective une acceptation du suicide des âgés parce que de toute façon leur vie est jugée terminée (Hanigan, 1987). Ces attitudes peuvent expliquer la faible importance accordée à l'intervention destinée à sauver la vie de ceux et celles qui ont quitté le marché du travail et qui ne semblent plus productifs pour l'économie du pays (Lapierre, Pronovost, Dubé & Delisle, 1992). Selon, Hedin (1982), le manque d'attention porté au phénomène suicidaire des gens âgés peut provenir de la fausse conviction qu'il y a peu à faire pour aider ou traiter une personne âgée suicidaire. D'ailleurs, l'attention accordée à l'augmentation des suicides chez les jeunes a laissé croire à la population que ceux-ci étaient le groupe le plus à risque de suicide. Tout cela montre, une

fois de plus, l'importance que la société accorde aux jeunes et l'absence de valeur qu'elle attache aux gens âgés (Lavigne-Pley, 1987).

Il est certain qu'au cours des dernières années, le pourcentage de suicide chez les jeunes s'est accru alors que celui des aînés a diminué. Cependant, les gens du troisième âge demeurent un groupe très à risque. Selon McIntosh (1992b), la baisse du taux de suicide chez les aînés pourrait s'expliquer par une amélioration de la situation économique, des services sociaux et de santé de même qu'à l'augmentation du nombre de femmes âgées. En effet, le taux de suicide chez les femmes est plus faible comparativement aux hommes. Néanmoins, on constate que depuis 1981, le taux de suicide chez les gens âgés aux États-Unis a augmenté de 20 % alors que celui des jeunes est demeuré stable.

Selon McIntosh (1992b), l'attention décernée aux problèmes économiques et sociaux, liés au vieillissement de la population, a créé chez les personnes âgées une anticipation négative de leur avenir. En ayant le sentiment d'être un fardeau économique pour la société et en se sentant menacés par une perte éventuelle d'autonomie fonctionnelle ou cognitive, les gens âgés ont pu développer une attitude positive à l'égard du suicide. D'ailleurs, Robins, West et Murphy (1977) ont identifié chez les aînés quatre attitudes pouvant les rendre vulnérables au suicide : crainte de ne pas être

bien traité par la famille à cause de leur âge avancé, attitude négative face à la vieillesse, absence de croyance à la vie après la mort et refus catégorique de l'aide offerte par la famille. Ces attitudes peuvent inciter les gens âgés à considérer le suicide comme une issue possible à leurs difficultés réelles ou anticipées.

Les études prédictrices des taux de suicide au troisième âge indiquent que le nombre de suicide pourrait croître au fur et à mesure que la cohorte du baby-boom (née entre 1946 et 1964) parviendra à l'âge de la vieillesse (Manton et al., 1987; Pollinger-Haas & Hedin, 1983). Il est important de signaler que cette cohorte possède un taux de suicide plus élevé que les autres à chacune des étapes successives de la vie. Pollinger-Haas et Hedin (1983) estiment qu'en l'an 2000, 12 500 suicides pourraient être commis chez les gens de 55 ans et plus aux États-Unis. Cette estimation pourrait croître à 14 000 en l'an 2020 et à plus de 18 500 en l'année 2040. L'étude de McIntosh (1992b) arrive à des conclusions semblables en effectuant des analyses qui tenaient compte de la moyenne de suicide pour la période entre 1981 (faible pourcentage de suicide) et 1988 (taux élevé de suicide). C'est donc à partir de données très conservatrices que McIntosh (1992b) maintient que le pourcentage de suicide chez les aînés demeurera le plus élevé dans la population. Ainsi, entre 1981 et 1988, un suicide sur cinq était commis par une personne âgée aux États-Unis; en l'an 2030, en supposant que la

tendance actuelle subsiste et en considérant le nombre de personnes âgées dans la population, il y aura un suicide sur trois qui sera fait par un aîné.

Les menaces et les tentatives de suicide sont plutôt rares chez les aînés (Charron, 1983; Consell, Rotenberg & Caine, 1990; Gardner, Bahn & Mack, 1964; Jarvis & Boldt, 1980; Lépine, 1982; McIntosh, Hubbard & Santos, 1981; Miller, 1979; Pélicier, 1978; Stillion, McDowell & May, 1989). La détermination avec laquelle les gens du troisième âge s'enlèvent la vie explique le nombre élevé de suicides complétés, particulièrement chez les hommes âgés (Lavigne-Pley, 1987).

Les écrits sur la problématique du suicide chez les aînés démontrent bien l'importance de ce phénomène et l'ampleur que celui-ci pourrait prendre dans les années à venir. Dans la prochaine section, le processus suicidaire sera décrit de façon explicite.

Le processus suicidaire

Les auteurs utilisent différents termes pour décrire le phénomène suicidaire. La présente section définira le processus suicidaire et les expressions reliées à celui-ci : idéation suicidaire, tentative de suicide et suicide.

Un changement ou une perte importante peut entraîner chez l'individu une situation de crise habituellement accompagnée de sentiments d'anxiété, de douleur, de confusion, de désespoir, de solitude, d'inadéquacité et d'incompétence. Le processus suicidaire peut se définir comme étant l'un des cheminements qu'une personne peut prendre lors d'une crise importante ou difficile à résoudre. Le suicide peut apparaître pour cet individu la seule issue possible pour mettre un terme à la souffrance qu'il ressent. Toutefois, avant de parvenir à cette solution, la personne traverse un processus suicidaire (continuum suicidaire) dans lequel l'ambivalence est persistante (Phaneuf & Séguin, 1987). Ce processus suicidaire comporte cinq étapes : la recherche de stratégies ou de solutions à la crise, l'idéation suicidaire, le processus de rumination de l'idée suicidaire, la cristallisation (arrêt d'un plan précis) et finalement, l'élément déclencheur. La figure 1 représente le développement du processus suicidaire décrit par les deux auteurs mentionnés plus haut.

La première phase du processus suicidaire est celle où la personne envisage les différentes solutions possibles pour résoudre la crise. Par la suite, l'individu évalue ces alternatives dans l'espoir de créer un changement et de diminuer ainsi sa souffrance. À cette étape du processus, le suicide n'est pas encore considéré sérieusement. Toutefois, des idées vagues telles : « j'aimerais être loin d'ici », « je partirais pour un long voyage » effleurent la pensée de la personne qui est en crise.

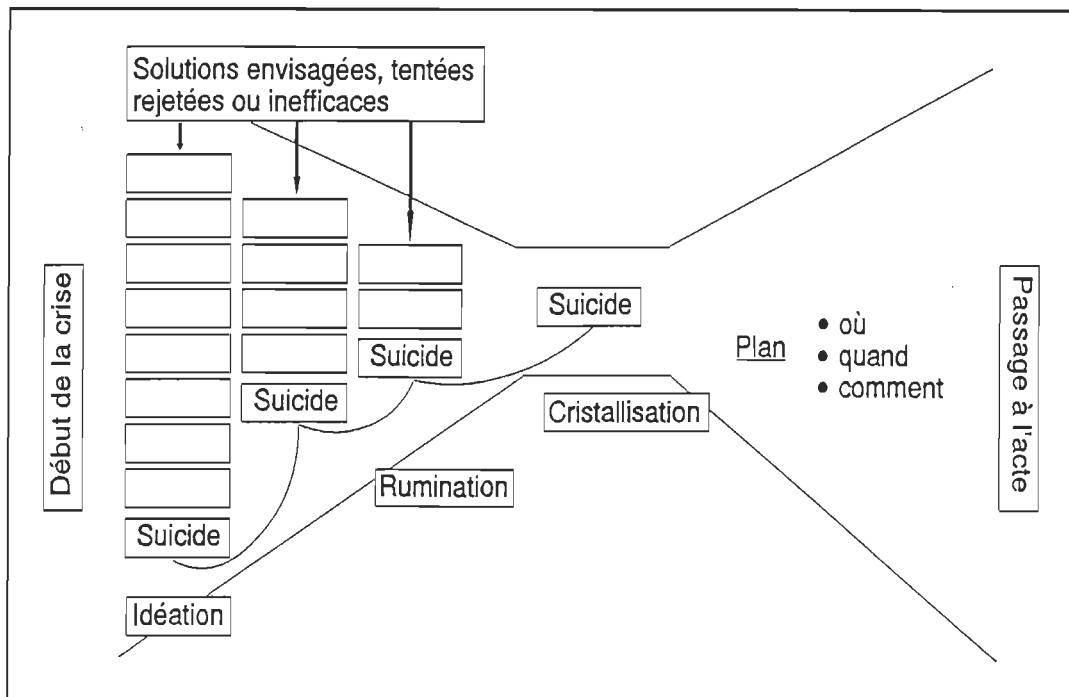


Fig.1 - Processus suicidaire

La deuxième étape constitue celle des idéations suicidaires. Celles-ci correspondent à l'idée que mourir par suicide est un moyen de résoudre les difficultés, de faire cesser la souffrance et le désespoir. À cette étape du processus, l'idée de mourir ne mobilise pas toute la pensée. Elle peut disparaître et ne plus revenir. Cependant, elle peut aussi demeurer si des solutions adéquates ne sont pas trouvées pour faire face aux difficultés. Dans le cas échéant, l'individu jongle avec l'idée suicidaire et rejette les solutions étant donné que celles-ci n'ont pas diminué l'intensité de la crise et les émotions reliées à celle-ci. De plus, la personne entrevoit peu de nouvelles solutions et son niveau d'énergie baisse. La répétition des échecs ne fait

qu'augmenter son sentiment d'inadéquacité et diminue ainsi son estime de soi et son sentiment de valeur personnelle. À cette étape, l'individu essaie de parler de son malaise, de changer son réseau d'amis, de modifier ses attitudes. Cependant, ces tentatives sont parfois vaines. Elles n'engendrent aucune amélioration ou soulagement, ce qui confirme à l'individu l'impossibilité de sortir de sa crise. Le suicide revient souvent comme solution. L'idée suicidaire est examinée de plus en plus sérieusement.

La troisième phase du continuum suicidaire se caractérise par une grande angoisse qui est reliée à l'incapacité de résoudre la crise et au fait que l'individu a l'impression de ne plus avoir de solution. C'est à cette étape que la personne rumine le projet suicidaire. L'idée suicidaire apparaît constamment et envahit graduellement tout le champ de la conscience, ce qui entraîne une angoisse et un stress qui ne font qu'augmenter la souffrance et la douleur de l'individu.

La cristallisation (quatrième étape) se définit comme étant le moment où le suicide est considéré par l'individu comme la solution pouvant mettre fin à sa souffrance. C'est à cette phase du processus que le plan (où, quand, comment) s'élabore. Cette décision est toutefois teintée d'ambivalence. À cette étape, la personne est souvent coupée émotionnellement des autres et se

sent isolée. Le suicide représente pour elle l'ultime tentative de reprendre le contrôle dans la tourmente qui l'habite.

L'élément déclencheur est le dernier maillon du processus suicidaire. Il est souvent le dernier événement en ligne d'une série de pertes affectives qui ont laissé leurs cicatrices. À ce stade du continuum, la personne est atteinte dans son espoir et sa confiance en la vie. Ses idéations suicidaires sont sérieuses. En effet, celles-ci se distinguent des idéations passagères puisqu'elles incluent la planification précise d'un moyen pour mettre un terme à sa vie (Tousignant, Hanigan & Bergeron, 1984). La personne est convaincue que le suicide est la seule solution pour parvenir à faire cesser définitivement sa souffrance. À cette étape, la planification du suicide est complète. La personne a choisi le moment, le lieu et le moyen pour mettre un terme à sa vie. Le passage à l'acte est imminent. À ce moment-là, c'est la tentative de suicide qui peut suivre. Elle peut être fatale ou non. La tentative de suicide « réussie » porte le nom de suicide.

Shneidman (1993) définit le suicide comme un acte conscient d'autodestruction ayant comme source une douleur psychique intense. Ce geste se retrouve chez les personnes qui sont dans un état de besoins psychologiques insatisfaits et qui pensent que le suicide est la meilleure chose qui leur reste à faire pour fuir leur situation difficile. Par ailleurs, De Léo et Diekstra (1990)

définissent le suicide comme un acte produisant la mort. Ce geste est initié et réalisé délibérément par la personne qui connaît et désire ce résultat fatal. Ces deux définitions sont similaires sur un point précis, celui du geste conscient de l'individu. Cependant, elles diffèrent quant au but que l'individu se fixe en se suicidant. Pour Shneidman (1985), le suicide ne représente pas un geste vers la mort mais plutôt un désir de fuir et de se défaire d'une émotion ou d'une souffrance insupportable. Par contre, De Léo et Diekstra (1990) semblent plutôt percevoir le suicide comme un déplacement vers la mort.

Dans le cadre de cette étude, la proposition de Shneidman (1985) sera retenue car elle situe davantage le comportement suicidaire dans une perspective englobante et individualiste en même temps. Elle ne révèle pas pourquoi un tel individu ressent une douleur intolérable, mais que toutes les personnes suicidaires éprouvent cette souffrance qu'elles veulent faire cesser. D'ailleurs, dans les écrits traitant du phénomène suicidaire chez les personnes âgées, il est mentionné que les aînés s'enlèvent la vie pour en terminer avec une situation qu'ils considèrent comme insupportable (Miller, 1979).

En résumé, le suicide est un acte d'autodestruction utilisé par les personnes qui souffrent et qui ne trouvent pas d'autres moyens pour faire cesser leur souffrance. Le suicide peut se présenter sous deux formes : les

comportements autodestructeurs directs et indirects. La prochaine section s'intéressera à ces deux formes de comportements et les situera dans le contexte institutionnel où vivent plusieurs âgés.

Les comportements autodestructeurs et le suicide chez les personnes âgées institutionnalisées

Selon Farberow (1980), les comportements autodestructeurs portent atteinte à la santé et accentuent la possibilité de mort prématurée. Ces comportements peuvent se présenter sous deux formes : directe ou indirecte. Pour expliquer la différence entre elles, cet auteur étudie l'intention sous-jacente au comportement.

Ainsi, lorsque l'objectif conscient de l'individu est de se blesser, l'expression comportement autodestructeur direct est adéquate. Le suicide est une forme extrême de ce type de comportement. Le comportement autodestructeur indirect se différencie du précédent par le fait que l'objectif principal de l'individu n'est pas de se blesser ou de se suicider.

De façon générale, les personnes qui utilisent cette forme indirecte d'autodestruction avouent être responsables de leur acte mais paraissent inconscientes des effets potentiellement fatals de leur comportement. On peut citer en exemple les gens qui sont sous l'effet de l'alcool ou de la drogue et qui ont une conduite dangereuse en automobile. Selon Nelson et Farberow

(1980), le comportement autodestructeur indirect est un substitut au suicide. La négligence à l'égard des conseils du médecin, le manque de coopération ou le refus de traitement pour une maladie chronique, les attitudes négatives face à la guérison sont des manifestations de ce type de comportement.

Nelson et Farberow (1980) ont dressé une liste de 56 comportements autodestructeurs indirects que le personnel soignant est capable d'observer chez les bénéficiaires atteints d'une maladie chronique. Ils ont regroupé ces comportements en 8 catégories : refus de s'astreindre aux règlements de l'institution, conflits avec le personnel, refus de se conformer aux recommandations concernant la nourriture, les liquides ou les cigarettes, conflits avec les autres résidants, abus de la médication et comportements autodestructeurs directs. Cependant, l'absence de coopération, les conflits agressifs envers le personnel ou la rébellion peuvent simplement manifester une insatisfaction de la personne âgée à l'égard de la situation vécue. Il est possible que l'utilisation de ces comportements de même que l'absence de coopération avec le personnel soignant soit une forme alternative de suicide pour plusieurs âgés. Ils correspondent en quelque sorte à un suicide déguisé. De plus, ils sont associés à des pertes importantes pour le résidant, à une insatisfaction avec la vie en général, à une disposition à prendre des risques, à un faible contact avec l'entourage et à un risque croissant de suicide (Nelson & Farberow, 1977). Chez les gens du troisième âge, les auteurs ont aussi

découvert des relations entre l'importance des comportements autodestructeurs indirects et un pronostic médical peu optimiste et un haut risque suicidaire (Nelson, 1977; Farberow, 1980).

Nelson et Farberow (1982) pensent que les comportements autodestructeurs indirects permettent aux individus atteints d'une maladie chronique d'éviter la révélation de leur intention d'en finir, d'échapper à la stigmatisation sociale et à la culpabilité, éléments qui sont souvent liés aux comportements autodestructeurs directs. Dans cette optique, les comportements autodestructeurs indirects correspondent à une forme déguisée de suicide. Ils sont une façon plus lente mais toute aussi efficace de mettre un terme à la vie.

Selon Osgood et al. (1991), les comportements autodestructeurs indirects sont des conduites répétitives que l'individu oriente contre lui-même et qui engendrent des dommages corporels qui peuvent avoir comme effet la fin prématurée de la vie de la personne. Le refus de manger ou de boire, l'ingestion de substances nocives, le refus de traitement ou de médicaments, la non-observation du dosage prescrit pour un médicament sont des types de comportements autodestructeurs indirects. Ils sont une forme alternative de suicide pour plusieurs âgés vivant en institution. Selon ces auteurs, ces comportements doivent être adoptés pendant plus de deux semaines pour être considérés comme des comportements autodestructeurs indirects. Contraire-

ment à Farberow (1980), Osgood et al. (1991) soutiennent que ce comportement est intentionnel et volontaire. Il mènera à la mort tout aussi bien que la pendaison. Si le comportement autodestructeur est dû à des problèmes cognitifs ou physiques, il ne peut être jugé comme un comportement autodestructeur indirect.

Enfin Mishara et Kastenbaum (1973) affirment que les comportements autodestructeurs peuvent avoir comme objectif d'obtenir de l'attention de la part des gens de l'entourage. Selon eux, ces comportements pourraient s'atténuer grâce à l'amélioration de la qualité de vie dans les institutions. Dans leur étude réalisée en 1971, les comportements autodestructeurs se retrouvaient chez 44 % des hommes et 22 % des femmes de leur échantillon de personnes âgées vivant en institution. Ces taux montrent la nécessité de s'intéresser à la problématique suicidaire chez les gens âgés institutionnalisés.

Forget (1988) affirme qu'il y aura une augmentation probable de la population institutionnalisée et des personnes en perte d'autonomie ou ayant des problèmes de santé mentale. Il est donc possible de croire que le phénomène suicidaire puisse augmenter dans les établissements québécois pour personnes âgées.

Osgood et al. (1991) présentent dans leur livre des données épidémiologiques sur le suicide et sur les comportements autodestructeurs rencontrés

chez les personnes âgées institutionnalisées. Ces données ont été obtenues en interrogeant les administrateurs des centres d'accueil. Leur étude s'est effectuée en 1984-85 dans 1 080 centres de soins prolongés aux États-Unis. À partir d'un échantillon de 30 269 résidants dont 78 % étaient âgés de 65 ans et plus, les auteurs ont obtenu des taux de 15.8/100 000 habitants pour les suicides complétés, de 63.3 pour les tentatives de suicide et de 386 pour les comportements autodestructeurs ayant entraîné ou non la mort. Les taux de décès par comportement autodestructeur direct ou indirect est de 94.9.

Dans cette même étude, Osgood et al. (1991) ont identifié 294 individus ayant des comportements autodestructeurs directs et indirects. La majorité (77.5 %) de ces personnes survivent à leur geste alors que 22.5 % en meurent, peu importe la méthode. Il est à noter que ces gens sont sauvés grâce à la surveillance qui existe dans les institutions. Parmi eux, 15.3 % démontrent des comportements autodestructeurs directs. Les méthodes utilisées dans les institutions pour exécuter le suicide direct sont la lacération des poignets (48.9 %), les armes à feu (17.8 %), l'asphyxie (13.3 %), les chutes (11.1 %), la pendaison (8.9 %). Parmi les 294 individus, 84.7 % d'entre eux manifestent des comportements autodestructeurs indirects. Les principales méthodes de suicide déguisé sont le refus de manger (42.6 %), le refus de médicaments (40.2 %), l'ingestion d'objets ou de substances toxiques (9.2 %), les accidents (4.8 %) et les automutilations (3.2 %). Toutes ces

méthodes sont une façon de se laisser aller vers la mort. Actuellement, nous ne connaissons pas les caractéristiques des personnes âgées qui sont les plus susceptibles d'avoir des comportements autodestructeurs indirects ou d'opter pour une méthode de suicide plus directe.

Les suicides directs et déguisés existent donc dans les institutions. Ils ont été très peu étudiés jusqu'à présent même si certaines données suggèrent que leur nombre est élevé chez les personnes âgées. Quels sont donc les facteurs qui sont associés au risque suicidaire chez les aînés institutionnalisés?

Les facteurs de risque de suicide chez les aînés en institution

Le nombre élevé de comportements autodestructeurs en institution montre qu'il est particulièrement important de se préoccuper de tous les facteurs qui pourraient laisser présager un risque potentiel de suicide chez la personne âgée. Parmi les facteurs de risque suicidaire chez les aînés institutionnalisés, on retrouve l'isolement, les maladies physiques, les pertes multiples, les facteurs environnementaux et la dépression.

L'isolement. L'isolement est un facteur à considérer pour tous les groupes d'âge et non exclusivement pour les personnes âgées (Forget, 1988). Cependant, chez les aînés, l'isolement est tellement grand que c'est souvent

accidentellement qu'ils peuvent manifester à autrui que l'ampleur de leur désespoir menace leur vie. Selon Lavigne-Pley (1987), l'institutionnalisation peut contribuer à l'isolement de la personne âgée. D'ailleurs, la recherche de Dubé, Alain, Lapierre et Mayer (1991) révèle que les personnes institutionnalisées éprouvent significativement plus de solitude que celles à domicile. Cette constatation peut paraître étrangère étant donné le nombre important d'individus vivant et travaillant dans une institution. Cependant, cela peut s'expliquer par le fait que l'isolement peut représenter autant un isolement réel (c'est à dire peu d'amis, de confidents, de famille) qu'un isolement affectif dans lequel ce n'est plus le nombre de personnes qui importe mais plutôt la qualité de la relation entretenue. Cette dernière forme d'isolement engendre des sentiments de solitude et entretient un lien étroit avec le suicide chez les aînés.

Dans une étude réalisée en 1979, Conners, Powers et Bultena ont trouvé que la fréquence de contact et le nombre de gens avec qui une personne a des interactions sont peu importants dans son ajustement. Ce qui est crucial, c'est la qualité des interactions. Il est possible aussi d'expliquer le plus grand sentiment de solitude chez les aînés en institution par le fait que les gens qu'ils côtoient ne sont pas nécessairement des personnes significatives pour eux ou que les personnes importantes ne sont pas aussi présentes qu'ils le souhaiteraient.

Lyons (1982) n'a obtenu aucune différence significative entre deux groupes de personnes âgées (dont l'un est composé de personnes ayant tenté de se suicider) concernant la fréquence de visites ou d'appels téléphoniques reçues de leur famille ou amis. Cependant, une différence est notée quant à l'existence de sentiment de solitude : 73 % des personnes ayant tenté de se suicider se sentent seules comparativement à 37 % dans le groupe contrôle.

Nelson et Farberow (1980) révèlent, à partir d'une recension des écrits, une relation importante entre l'isolement, l'absence de soutien et les comportements autodestructeurs indirects chez les personnes âgées.

Parfois, l'isolement peut aussi être une conséquence de la maladie. Incapable de se déplacer, la personne âgée est confinée à demeurer dans sa chambre, ce qui limite ses interactions avec l'entourage. L'isolement est donc un facteur à considérer chez les suicidaires âgés.

Les maladies physiques. Le suicide chez les gens âgés est souvent le résultat d'une longue maladie et de douleurs intenses (Miller, 1979). D'ailleurs, les notes laissées par les suicidaires âgés mentionnent souvent la maladie comme motif principal à leur geste (Miller, 1979). De plus, Dorpat, Anderson et Ripley (1968 : voir Lyons, 1984) révèlent que 85 % des personnes décédées par suicide, dans leur échantillon, étaient malades

physiquement et que pour 69 % d'entre elles, ce facteur avait contribué à passer à l'acte.

Toutefois, Lyons (1984) n'apporte pas de précisions quant au type de maladie et aux caractéristiques des sujets de l'échantillon. L'auteur présente d'autres études du même type et déduit que la maladie physique n'explique pas à elle seule le geste suicidaire. D'autres facteurs comme l'isolement ou la dépression servent de médiateurs. Cependant, les personnes atteintes de maladies terminales ou très douloureuses risquent de mettre fin à leur jour (Cimon-Desrochers, 1981; Lavigne-Pley, Dumais-Beaudoin & Lamontagne-Germain, 1980; Lyons, 1984; Osgood, 1982).

En résumé, la maladie physique est un facteur de risque suicidaire chez les aînés et plus particulièrement chez ceux qui vivent en institution car, comparativement aux âgés qui vivent dans la communauté, ils souffrent davantage de maladies physiques (Osgood, 1990).

Les pertes multiples. Les pertes à l'âge avancé peuvent prendre plusieurs formes : physiques (perte de santé), pertes sociales (perte d'un ami), pertes psychologiques (perte de l'estime de soi), et enfin, les pertes émotionnelles (perte d'une personne chère). Les difficultés d'adaptation aux pertes dépendent de la soudaineté de la perte, de l'accumulation des pertes et de la réaction face aux pertes (Miller, 1979).

Selon Osgood et al. (1991), les différentes pertes les plus fréquemment liées aux comportements suicidaires en institution sont les suivantes: perte de l'époux, d'un enfant ou d'un animal, abandon ou rejet par les membres de la famille; perte de l'intimité lors du placement en institution; perte d'une fonction corporelle (vue, ouie, parole); perte de l'autonomie fonctionnelle et psychologique (difficulté à s'habiller sans aide ou perte de contrôle sur sa vie lors de l'institutionnalisation). Plusieurs de ces pertes sont perçues par la personne âgée comme humiliantes et déshumanisantes et engendrent une perte de dignité et d'estime de soi. On peut ajouter à cette énumération les pertes de biens, car les auteurs observent que certains suicides ont lieu après la vente de possessions importantes pour l'individu. Enfin, les pertes du milieu de vie et des relations développées avec l'entourage, lors d'un changement de chambre ou d'étage à l'intérieur de l'établissement, peuvent être vécues difficilement par la personne âgée et faire naître chez l'individu vulnérable des idéations suicidaires.

Les facteurs environnementaux. Dans une étude réalisée en 1992, Osgood a tenté de reconnaître les facteurs environnementaux qui pouvaient être liés au suicide chez les âgés vivant en institution. Les analyses statistiques (chi-carré) ont montré que trois caractéristiques étaient reliées au taux de suicide en institution: coût exigé pour les soins par jour, grandeur de l'établissement et le mouvement du personnel.

Ainsi, dans les établissements où le coût de service est élevé, les décès par suicide apparaissent moins fréquemment. Cette étude a aussi révélé que le pourcentage de suicide est davantage élevé dans les institutions comptant un grand nombre de résidants et ayant souvent des changements de personnel. Il faut préciser que les membres du personnel représentent pour les aînés en institution des personnes importantes de leur réseau social et qu'ils peuvent même devenir des confidents ou des amis. Par conséquent, lorsqu'il y a des changements parmi le personnel, les résidants sont contraints à s'adapter à de nouvelles figures, à connaître de nouvelles personnes. Le manque de stabilité dans l'entourage immédiat de la personne âgée l'amène à vivre des difficultés à établir un lien de confiance. Il n'est donc pas surprenant que le roulement de personnel ait un effet négatif sur les aînés et sur la continuité des soins qui leur sont prodigués.

Aussi, il semble qu'un nombre élevé de résidants dans un centre de soins de longue durée soit associé à une baisse de la satisfaction des aînés, du nombre d'activités et de communication avec l'entourage. Par ailleurs, dans les petites institutions, les personnes âgées sont moins isolées car le climat est plus favorable au développement des relations interpersonnelles.

La dépression. Parmi tous les facteurs d'ordre psychologique rencontrés chez les aînés, la dépression paraît être le facteur de risque le plus souvent

mentionné en relation avec le suicide (Cimon-Desrochers, 1981; Kirslng, 1986; Lépine, 1982; Lyons, 1985; McIntosh et al., 1981). D'ailleurs, dans une étude réalisée par Côté (1993), il y avait une différence significative ($p < .0001$), au niveau de la dépression, entre les retraités ayant des idéations suicidaires et ceux qui n'en présentaient pas. Les suicidaires étaient plus dépressifs que les non suicidaires.

Lépine (1982) reconnaît que la dépression est un signe précurseur du suicide. Osgood (1985) précise qu'il n'est pas surprenant de réaliser que la dépression apparaisse plus fréquemment chez les personnes âgées car celles-ci sont confrontées à des pertes variées et à des événements stressants. D'ailleurs, l'enquête Santé Québec (Lapierre & Adams, 1989) rapporte que 22 % des âgés de 65-74 ans et 28 % de ceux de 75 ans et plus, manifestent un haut degré de détresse psychologique.

Selon Lépine (1982), la dépression est aussi un problème mental courant chez les personnes âgées vivant en institution. En étant malade et institutionnalisé, l'âgé fait face à l'éventualité de la désintégration de tous les aspects de son identité qui étaient auparavant source de motivation et qui donnaient un sens à sa vie.

Plusieurs résidants souffrant d'un début de démence sont sujets à devenir déprimés (Kane, Ouslander & Abrass, 1984). Ceux-ci sont conscients

de certains changements et déficits et cela peut provoquer chez eux une dépression. Ne pouvant supporter l'éventualité d'une plus grande dégradation, ils prennent alors la décision de s'enlever la vie.

Chez les gens âgés, la dépression peut être dissimulée sous des plaintes somatiques, par des symptômes qui s'apparentent à des démences, ou sous des luttes de pouvoir avec les intervenants (Morgan, 1989). Par exemple, les résidants qui s'objectent à l'aide du personnel soignant créent chez ces derniers de la frustration, de l'irritabilité et de l'impuissance qui les empêchent de reconnaître la dépression des bénéficiaires.

La dépression empêche la personne de percevoir d'autres alternatives au suicide. En effet, celle-ci peut altérer la capacité de l'individu à interpréter les messages reçus et d'y répondre de façon adaptée. Ainsi, la personne peut donner une signification erronée aux informations qu'elle reçoit de son milieu. De plus, l'anxiété et la souffrance morale, qui sont associées à la dépression, modifient la perception de la réalité (Léger, Tessier & Therme, 1987). Il devient donc difficile pour la personne dépressive de bien évaluer les alternatives, autres que le suicide, qui se présentent à elle. La présence d'un confident devient donc importante car elle permet à l'individu de tolérer les émotions douloureuses associées à la dépression et de sentir que sa vie a de la valeur (Morgan, 1989). Cet auteur souligne que le manque d'énergie

de la personne dépressive peut lui éviter de passer à l'acte mais que le risque suicidaire augmente lorsque l'énergie est retrouvée alors que le désespoir demeure encore présent.

L'isolement, les maladies physiques, les pertes multiples, les facteurs environnementaux et la dépression sont des facteurs de risque suicidaire chez les personnes âgées institutionnalisées. Toutefois, il serait intéressant de considérer une autre variable : l'autonomie psychologique. Dans la prochaine section, les résultats de certaines recherches permettront d'expliquer comment celle-ci pourrait être un facteur à prendre en considération lorsque l'on aborde le phénomène suicidaire chez les aînés.

L'autonomie psychologique et les idéations suicidaires

L'autonomie psychologique se définit comme étant la volonté d'exercer soi-même son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir et ce, en tenant compte de sa dynamique personnelle, de ses capacités physiques, cognitives et sociales et de l'environnement social. Elle comporte donc deux grandes dimensions : le contrôle décisionnel et le contrôle comportemental (Lamy, Dubé, Lapierre, Alain & Lalande, 1994).

L'autonomie psychologique peut être particulièrement affectée par l'institutionnalisation. Il se peut que le placement en centre d'accueil amène

l'aîné à ressentir une perte de contrôle sur sa vie, une perte de maîtrise au niveau de son indépendance psychologique. Ainsi, une personne qui considère que son pouvoir de décider et d'agir est inexistant pourrait en arriver à la conclusion que sa qualité de vie est si minime que le suicide s'avère une solution possible pour fuir cette situation.

La présente étude s'intéresse aux différences d'autonomie psychologique entre les aînés institutionnalisés qui ont des idéations suicidaires et ceux qui n'en ont pas. Quelques recherches laissent croire qu'il peut exister une relation entre une autonomie psychologique diminuée et la présence d'idéations suicidaires. En effet, Rakowski et Cryan (1990) soulignent que la perte ou le manque de contrôle sur sa vie peut engendrer un effet négatif sur la satisfaction de vivre, l'estime de soi et même la santé physique et rendre la personne vulnérable au suicide.

De plus, la recherche de Dubé, Alain, Lapierre et Lalande (1992) a démontré des corrélations positives et significatives ($p < .01$) entre une faible autonomie psychologique et un bas niveau de croyance en la réalisation de projets personnels (espoir). À la lumière de cette constatation, il semble possible de croire que les individus qui n'ont pas la volonté d'exercer leur pouvoir de décider et d'agir semblent enfermés dans un présent sans futur et peut-être sans espoir.

Dans son étude, Osgood (1992) souligne que la perte d'autonomie fonctionnelle engendre chez la personne âgée en institution une dépendance croissante à son environnement immédiat et une difficulté à exercer un contrôle sur son environnement et sur ses activités. Aussi, la surprotection des soignants peut causer des sentiments dévalorisants chez les aînés. En voulant agir sous le principe de bienveillance, le personnel et/ou la famille adoptent des attitudes paternalistes et interviennent de façon contraignante dans la vie de la personne âgée. Les aînés institutionnalisés sont souvent vulnérables au paternalisme des gens qui les entourent. Ils sont inévitablement confrontés au fait que certaines décisions sont prises pour eux (Bromberg & Cassell, 1983). Il en ressort souvent des sentiments d'inutilité, d'inadéquacité, d'impuissance et de dépression qui peuvent les rendre vulnérables au suicide direct ou indirect.

McIntosh et al. (1994) pensent que les personnes âgées qui croient qu'elles sont incapables d'effectuer des changements dans leur environnement deviennent passives. Ces individus ne réagissent pas dans les circonstances où leur comportement pourrait effectuer un changement. Ils croient qu'ils n'ont pas de contrôle sur leur vie. Ils ont un lieu de contrôle externe. Ces personnes peuvent en arriver à se sentir continuellement impuissantes (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978).

La dépression est une conséquence possible de ce type de comportement. Étant donné la forte relation qui existe entre la dépression et le suicide, ces gens peuvent devenir vulnérables au suicide (McIntosh et al., 1994). D'ailleurs, Lefcourt (1976) et Strickland (1974) ont démontré que les personnes qui ont un lieu de contrôle externe vivent plus de dépression. Strickland (1977) a prouvé que les personnes qui croient que leur vie est contrôlée par des événements extérieurs ou par la chance (lieu de contrôle externe) sont plus suicidaires que celles qui tentent de contrôler leur vie en utilisant leur efficacité personnelle ou leur effort (lieu de contrôle interne). Topol et Reznikoff (1982) ont observé un lieu de contrôle externe chez les gens qui ont tenté de se suicider. Il est donc possible de croire, à la lumière de ces recherches, que les personnes âgées qui ont une faible autonomie psychologique (une faible volonté d'exercer leur pouvoir de décider et d'agir) entretiennent des idéations suicidaires.

Nelson et Farberow (1980) apportent un point de vue différent. En effet, ces auteurs pensent que chez les personnes âgées qui ont le sentiment d'avoir perdu le contrôle sur leur vie, les comportements suicidaires peuvent être une tentative de s'approprier à nouveau le contrôle sur leur vie. Au lieu d'attendre passivement la mort, les âgés décident de se suicider. Haight (1995) abonde dans le même sens en spécifiant, que la haute estime de soi des gens de 85 ans, peut leur procurer la force nécessaire pour mettre un

terme à leur vie. De plus, elle révèle que pour les personnes de 85 ans institutionnalisées et arthritiques, le suicide peut être la dernière méthode de contrôler leur vie. Dans ce contexte, le suicide peut être envisagé comme une dernière forme de prise en charge personnelle, de contrôle sur sa vie (Lavigne-Pley, 1987). Grassi (1990) abonde dans le même sens en mentionnant que les idéations suicidaires donnent aux personnes âgées le sentiment d'avoir du contrôle sur leur vie dans les situations de maladie et de douleurs intenses.

Objectifs et hypothèses

La présente recherche se veut une étude sur l'autonomie psychologique et les idéations suicidaires chez des aînés institutionnalisés.

Certains chercheurs pensent que l'autonomie psychologique est diminuée chez les gens qui ont des idéations suicidaires (Rakowksi & Cryan 1990; Dubé, Alain, Lapierre & Lalande, 1992; Osgood, 1992; McIntosh et al., 1994). Par contre, d'autres chercheurs croient que les aînés qui songent au suicide peuvent manifester un niveau d'autonomie psychologique élevé lors du processus suicidaire (Nelson & Farberow, 1980; Lavigne-Pley, 1987; Haight, 1995; Grassi, 1990).

Puisque les écrits sont contradictoires concernant le lien entre l'autonomie et les idéations suicidaires, l'hypothèse nulle suivante est retenue:

- Il n'y aura pas de différence d'autonomie psychologique entre les aînés institutionnalisés qui ont des idéations suicidaires et ceux qui n'en ont pas.

Par ailleurs, en se basant sur la synthèse des écrits scientifiques, il est possible de formuler l'hypothèse suivante :

- Les âgés institutionnalisés ayant des idéations suicidaires seront plus dépressifs que les aînés non suicidaires vivant dans les mêmes types de résidence.

Méthode

Le deuxième chapitre comprend trois parties. La première partie présente les critères de sélection ayant servi à la constitution de l'échantillon ainsi qu'une description des sujets. Le deuxième décrit les instruments de mesure. Quant à la troisième, elle est consacrée au déroulement de l'expérimentation.

Description de l'échantillon

Cette étude s'insère dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste réalisé par le Laboratoire de Gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Dans un premier temps, les dirigeants des centres d'accueil de Québec (région 03), ont été informés et invités à participer à cette étude par le biais d'une lettre (voir Appendice A). Dans celle-ci, les critères de sélection pour le choix des participants à cette recherche ont été établis à partir des facteurs de risque suicidaire chez les âgés (Forget, 1988; Lapierre, Pronovost, Dubé & Delisle, 1991; Lavigne-Pley, 1987; Lépine, 1982, Miller, 1979; Osgood et al., 1991). Le principal critère de sélection était la difficulté d'adaptation à la vie institutionnelle. Ainsi, les sujets manifestant des indices de mauvaise adaptation en institution comme le retrait social, les conflits avec le personnel

ou les résidants, le refus de suivre les règlements ont attiré plus spécifiquement notre attention. Deux autres critères servaient aussi à sélectionner les sujets de la présente étude. Il s'agit de la présence de symptômes dépressifs et de la présence ou de la manifestation de comportements autodestructeurs ou d'indices suicidaires. Ces trois critères ont été retenus parce qu'ils permettent d'identifier des personnes qui peuvent présenter des idéations suicidaires et aussi une vulnérabilité au suicide. De cette façon, il devenait possible d'obtenir un échantillon qui comporterait un nombre suffisant d'individus présentant des idéations suicidaires.

Les sujets (hommes et femmes) vivent dans des centres d'hébergement de soins de longue durée. Ils ne présentent pas de déficits cognitifs. Ils ont été identifiés par des intervenants (préposés, infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, techniciens en loisirs) qui les connaissent bien. Ces intervenants ont d'abord été informés de la recherche par le biais d'une présentation orale. Durant celle-ci, la description du phénomène suicidaire chez les âgés institutionnalisés, le but de l'étude de même que les critères de sélection pouvant identifier les participants ont été abordés de façon assez précise. Cette façon de procéder a permis de sensibiliser davantage les intervenants à cette étude. Les sujets identifiés par les intervenants ont été invités à participer à cette recherche sur une base essentiellement volontaire

et surtout confidentielle lors d'une rencontre avec l'intervieweuse (voir formule de consentement - Appendice B).

Un total de 75 participants, répondant aux critères de sélection, ont été contactés individuellement lors d'une visite aux centres d'hébergement. De ce nombre, 66 ont été retenus dans un premier temps. Les neuf sujets exclus de l'échantillon présentaient des déficits cognitifs qui les rendaient incapables de répondre au questionnaire ou refusaient tout simplement de participer à cette recherche. Il est important de souligner ici que ces derniers expliquaient leur refus par le fait que les intervenants ne les avaient pas informés suffisamment ou assez précisément sur les objectifs de la recherche avant la rencontre avec l'intervieweuse. Ce manque d'information a créé chez ces sujets de l'insécurité et de la méfiance vis-à-vis l'étude. En effet, certains intervenants s'étaient limités à dire à la personne choisie que quelqu'un viendrait les voir pour leur poser des questions!

Les 66 participants ont été séparés en deux groupes : suicidaire et non suicidaire et ce, en fonction de leurs réponses à certains items du questionnaire « Attitude face à la vie et à la mort » (voir Appendice C). Douze individus avaient des idéations suicidaires tandis que 54 étaient non suicidaires. Le nombre de sujets dans chaque groupe étant trop différent, chaque sujet suicidaire a été pairé avec un sujet non suicidaire qui avait le

même sexe, le même statut civil et le même âge sauf pour le sujet de 96 ans qui a été pairé avec un sujet de 93 ans. Finalement, 24 sujets ont été retenus pour cette étude. Chacun des groupes est composé de huit hommes et quatre femmes.

Les participants de cette étude sont âgés de 69 à 96 ans ($M = 80.6$). Ils ont été recrutés dans divers centres d'accueil de la région de Québec (région 03). Ces institutions ont une capacité d'hébergement qui varie entre 64 et 377 résidants. Dans l'échantillon final ($N = 24$), 50 % sont mariés alors que 50 % sont veuf(ve)s. La moitié des individus (50 %) ont une scolarité de niveau élémentaire alors que les autres possèdent une formation de niveau secondaire (41.7 %) ou technique (8.3 %). La majorité des sujets (75 %) ont exercé un emploi rémunéré. La durée moyenne de séjour en institution pour les participants est de 40 mois, variant entre 1 et 213 mois.

Les instruments de mesure

Dans la présente recherche, quatre instruments sont utilisés (voir Appendice C). Tout d'abord, un premier questionnaire (questions 1-24, 83-109) permet d'obtenir des renseignements personnels sur le sujet concernant l'âge, le sexe, les revenus financiers, l'état de santé et la vie familiale et sociale.

Le Questionnaire d'Autonomie Psychologique (questions 25-52), développé spécifiquement pour les personnes âgées, comporte 28 items distribués en deux grandes dimensions : le contrôle décisionnel et le contrôle comportemental (Dubé & Lamy, 1990). Les 14 items de chacune de ces dimensions représentent trois facteurs : la dynamique de l'individu, ses capacités et son intégration sociale. La dynamique de la personne fait référence à la capacité de s'appuyer sur son ressenti intérieur et sa motivation pour prendre des décisions et agir. L'individu doit aussi tenir compte de ses capacités physiques, cognitives et sociales dans l'exercice de cette autonomie, d'où l'importance de ce facteur. Enfin, l'intégration sociale implique qu'une personne est consciente de son environnement social et de ses limites et qu'elle en tient compte et les respecte (Dubé, Alain, Lapierre & Lalande, 1992). Cet instrument de mesure permet d'évaluer l'autonomie psychologique des participants. Les tests de fidélité réalisés sur les items de ce questionnaire révèlent une excellente consistance interne : échelle globale .89; intégration sociale : .60; dynamique : .81; capacité : .85 (voir Dubé & Lamy, 1990). De plus, cet instrument de mesure est valide puisque tous les items obtiennent une corrélation entre .45 et .62 avec un premier facteur expliquant 27 % de la variance.

L'Échelle de Dépression Gériatrique (EDG), traduction de Bourque, Blanchard et Vézina (1988) de l'épreuve américaine Geriatric Depression

Scale (GDS) (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983), constitue une mesure adéquate pour déceler la dépression chez la population francophone âgée de 65 ans et plus. De plus, cette échelle a été développée spécifiquement pour la population gériatrique et elle prend en considération les changements physiologiques et psychologiques normaux qui surviennent avec le vieillissement (Templer & Capelletty, 1986). Une étude de validation de cet instrument révèle que le questionnaire est fidèle et valide (consistance interne : Nouveau-Brunswick, .84, Québec, .89; test-retest (4 semaines) : Nouveau-Brunswick, .83, Québec, .70).

Enfin, le dernier questionnaire, Attitude face à la vie et à la mort, a été développé par Lapierre, Pronovost, Dubé & Delisle (1991). Cet instrument met l'accent sur les réflexions des âgés au sujet de la mort, leur opinion sur ceux qui tentent de se suicider, les situations qui les amènent à penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, le degré de risque suicidaire (idéation, planification) et finalement, les raisons qui pourraient les empêcher ou les inciter à commettre l'acte suicidaire.

Déroulement

Les sujets, répondant aux critères de sélection, étaient rencontrés individuellement à leur chambre ou dans un endroit assurant la confidentialité. La rencontre durait environ 1 heure et demie.

Lors de cette étude, l'intervieweuse a complété les questionnaires avec les participants et ce, dans le but de contrer les difficultés de lecture et d'écriture des personnes âgées. Cette façon de procéder permettait d'offrir du support lors des réactions émotives qui pouvaient survenir.

L'intervieweuse a reçu une formation préalable sur la façon de procéder lors des entrevues et sur la manière d'utiliser les instruments de mesure. Elle possède une expérience en relation d'aide; cela lui permet de recueillir des informations cliniques pertinentes et d'assurer un soutien thérapeutique approprié.

Conscient que cette recherche permet de dépister des personnes âgées à risque de suicide, l'expérimentateur s'engage à référer à des professionnels les sujets présentant un tel risque. D'ailleurs, afin de répondre aux normes éthiques, le questionnaire comporte une dernière question concernant le désir de chaque sujet de recevoir de l'aide pour traverser ses difficultés. De plus, lors de problématiques sérieuses, le chercheur se fait superviser par sa directrice de recherche.

Résultats

Ce chapitre comporte quatre parties. La première section présente les critères utilisés pour identifier les sujets ayant des idéations suicidaires et constituer les groupes de comparaison. La deuxième partie est consacrée aux différences socio-démographiques entre les groupes. Quant à la troisième, elle est centrée sur les résultats confirmant ou non les hypothèses. Finalement, ce chapitre se termine sur des analyses complémentaires qui permettent de déceler d'autres différences entre les aînés ayant des idéations suicidaires et ceux n'en ayant pas.

Identification des sujets ayant des idéations suicidaires

L'identification des sujets présentant des idéations suicidaires a été effectuée à partir de l'information obtenue grâce au questionnaire Attitude face à la vie et à la mort. Un certain nombre de points était alloué aux réponses en fonction de leur importance dans l'identification de l'idéation suicidaire. L'importance de chaque critère a été évaluée à partir des écrits portant sur les indices de suicide chez les personnes âgées. Les participants qui obtiennent 10 points ou plus aux items du questionnaire « Attitude face à la vie et à la mort », sont classés dans le groupe ayant des idéations suicidaires alors que ceux qui ont moins de 10 points se situent dans le groupe non suicidaire.

Ainsi, les sujets ayant des idéations suicidaires (Groupe 2, n = 12) obtiennent entre 10 et 23 points. Il faut noter que ces sujets avaient choisi un moyen pour se suicider. Donc, ils avaient des idéations suicidaires sérieuses. Par ailleurs, les sujets non suicidaires (Groupe 1, n = 12) ont entre 0 et 6 points. La distribution des points pour les items du questionnaire « Attitude face à la vie et à la mort » se retrouve en Appendice E.

Différences entre les groupes au niveau socio-démographique

Le test-t a été utilisé pour vérifier l'existence de différences entre les deux groupes sur les variables socio-démographiques suivantes : âge, temps en institution, scolarité. Les résultats ne montrent pas de différences significatives pour aucune de ces variables (voir Tableau 3). On peut donc déduire de ces analyses préliminaires que l'âge, le temps passé en institution ainsi que le niveau de scolarité sont relativement homogènes dans les deux groupes. De plus, les sujets ayant été pairés en fonction du sexe et du statut civil, les 2 groupes sont également identiques à ces niveaux. Ces variables ne seront donc pas des facteurs de différence dont il faudra tenir compte lors des analyses subséquentes.

Tableau 3

Tests t comparant les moyennes d'âge, de temps en institution (mois) et de scolarité (années) des sujets non suicidaires (Groupe 1) et des sujets ayant des idéations suicidaires (Groupe 2)

	Groupe	<u>M</u>	dl	<u>t</u>	p
Age	1	80.50	22	.08	n.s
	2	80.75			
Temps en institution	1	33.92	22	.61	n.s
	2	46.08			
Scolarité	1	8.33	22	.34	n.s
	2	7.83			

Vérification des hypothèses

La première hypothèse stipulait qu'il n'y aurait pas de différence d'autonomie psychologique entre les aînés institutionnalisés ayant des idéations suicidaires et ceux n'en ayant pas. Les analyses indiquent que l'hypothèse est confirmée. Ainsi, le niveau d'autonomie psychologique des aînés suicidaires est similaire à ceux des aînés non suicidaires. Cependant, il existe une différence significative au niveau du facteur « intégration sociale ». En effet, les sujets suicidaires tiennent moins compte de leur environnement lorsqu'ils prennent des décisions ($M = 15.92$) comparativement aux

sujets non suicidaires ($M = 17.67$). Cette différence est significative ($t(22) = 2.52$, $p = .02$).

La deuxième hypothèse énonçait que les âgés institutionnalisés suicidaires seraient plus dépressifs que les aînés non suicidaires. Cette hypothèse est vérifiée. En effet, il est possible d'observer que les sujets suicidaires (Groupe 2) sont plus dépressifs ($M = 20.75$) que les non suicidaires ($M = 9.42$). Cette différence est significative ($t(22) = 5.28$, $p = .000$). Le Tableau 4 présente les résultats des analyses statistiques concernant les deux hypothèses.

Analyses complémentaires

Des analyses complémentaires ont été réalisées afin de vérifier s'il existait d'autres différences entre les individus ayant des idéations suicidaires et ceux qui n'en avaient pas et ce, pour les variables suivantes : état de santé perçu, douleurs, soulagement de la douleur, satisfaction des relations avec le personnel, changement de personnel, deuils dans la famille, présence d'amis, amis parmi les bénéficiaires, fréquence de contacts avec le personnel, sentiment de rejet, présence de confidents, difficulté à maintenir les relations, présence de projets journaliers. Puisqu'il s'agit de variables discrètes, le test du χ^2 a été utilisé pour vérifier la présence de différences entre les deux groupes pour ces variables descriptives. Le Tableau 5 présente les résultats

Tableau 4

Tests t comparant le niveau moyen d'autonomie psychologique (A.P.) et de dépression des sujets non suicidaires (Groupe 1) et des sujets ayant des idéations suicidaires (Groupe 2)

	Groupe	<u>M</u>	dl	t	p
A.P. totale	1	104.17	22	1.40	n.s
	2	95.17			
Facteurs :					
- Dynamique	1	49.08	22	.96	n.s
	2	46.25			
- Capacité	1	37.42	22	1.18	n.s
	2	33.00			
- Intégration sociale	1	17.67	22	2.52	.02
	2	15.92			
Dimensions :					
- Décision-nelle	1	51.17	22	1.15	n.s
	2	47.08			
- Comportementale	1	53.00	22	1.59	n.s
	2	48.08			
Dépression	1	9.42	22	5.28	.000
	2	20.75			

obtenus et montre qu'il y a une différence entre les deux groupes seulement sur la variable « sentiment de rejet ».

Le test du Chi-deux (χ^2) a été aussi utilisé pour vérifier s'il existait des différences entre les deux groupes concernant chacun des items de l'Échelle

de Dépression Gériatrique de Bourque, Blanchard et Vézina (1988). Le tableau 6 présente les résultats de ces analyses. Il est possible de noter des différences significatives entre le groupe suicidaire et non suicidaire pour les items correspondant aux questions 53, 55, 56, 57, 59, 61, 65, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79. Les items pour lesquels il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes sont présentés en annexe dans le Tableau 7 (voir Appendice D).

Tableau 5

53

Différences observées entre les sujets suicidaires et non suicidaires sur certaines variables descriptives

Variables	Question #	Seuil observé χ^2	Tendances
État de santé perçu	17	0.09	25 % des sujets non suicidaires se perçoivent en mauvaise santé contre 58.3 % des suicidaires
Douleur	19	0.09	25 % des sujets non suicidaires éprouvent souvent de la douleur contre 58.3% des suicidaires
Soulagement de la douleur	23	0.21	33.3 % des sujets non suicidaires sont insatisfaits du soulagement par médicament contre 58.3 % des suicidaires
Satisfaction des relations	98	0.65	25 % des sujets non suicidaires sont insatisfaits contre 33.3 % des suicidaires
Changement de personnel	100	0.17	71.4 % des sujets non suicidaires ont des changements fréquents de personnel contre 28.6 % des suicidaires

Tableau 5

54

Différences observées entre les sujets suicidaires et non suicidaires sur certaines variables descriptives(suite)

Variables	Question #	Seuil observé χ^2	Tendances
Deuils dans la famille	84	0.40	50 % des sujets non suicidaires ont eu des deuils contre 66.7 % des suicidaires
Présence d'amis	91	0.10	33.3 % des sujets non suicidaires ont des amis contre 66.7 % des suicidaires
Amis parmi les bénéficiaires	96	0.65	25 % des sujets non suicidaires en ont contre 33.3 % des suicidaires
Fréquence des contacts avec le personnel	99	0.65	33.3 % des sujets non suicidaires ont des contacts insuffisants contre 25 % des suicidaires
Sentiment de rejet	103	0.01	16.7 % des sujets non suicidaires se sentent rejetés contre 66.7 % des suicidaires
Présence de confidents	109	0.65	66.7 % des sujets non suicidaires ont un confident contre 75 % des suicidaires

Tableau 5

55

Différences observées entre les sujets suicidaires et non suicidaires sur certaines variables descriptives (suite)

Variables	Question #	Seuil observé χ^2	Tendances
Difficultés à maintenir les relations	101	0.08	16.7 % des sujets non suicidaires ont de la difficulté à les maintenir contre 50 % des suicidaires
Présence de projets journaliers	146	0.21	33.3 % des sujets non suicidaires ont des projets contre 58.3 % des suicidaires

Tableau 6

56

Différences significatives observées entre les sujets suicidaires et non suicidaires sur certains items de l'Échelle de Dépression Gériatrique

Question #	Seuil observé χ^2	Tendances
53	0.009	41.7 % des sujets non suicidaires sont insatisfaits de leur vie contre 91.7 % des suicidaires
55	0.004	50 % des sujets non suicidaires sentent un vide dans leur vie contre 100 % des suicidaires
56	0.000	33.3 % des sujets non suicidaires s'ennuient souvent contre 100 % des suicidaires
57	0.01	33.3 % des sujets non suicidaires ne sont pas optimistes contre 83.3 % des suicidaires
59	0.001	0 % des sujets non suicidaires n'ont pas un bon moral contre 100 % des sujets suicidaires
61	0.0009	25 % des sujets non suicidaires ne sont pas heureux la plupart du temps contre 91.7 % des sujets suicidaires
65	0.01	16.7 % des sujets non suicidaires sont inquiets au sujet de l'avenir contre 66.7 % des sujets suicidaires
68	0.001	16.7 % des sujets non suicidaires se sentent souvent tristes contre 83.3 % des sujets suicidaires
69	0.03	41.7 % des sujets non suicidaires se sentent inutiles contre 83.3 % des sujets suicidaires

Tableau 6

57

Différences significatives observées entre les sujets suicidaires et non suicidaires sur certains items de l'Échelle de Dépression Gériatrique (suite)

Question #	Seuil observé χ^2	Tendances
71	0.04	33.3 % des sujets non suicidaires ne trouvent pas la vie très excitante contre 75 % des sujets suicidaires
72	0.01	58.3 % des sujets non suicidaires ont de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets contre 100 % des sujets suicidaires
73	0.004	50 % des sujets non suicidaires ne se sentent pas plein d'énergie contre 100 % des sujets suicidaires
74	0.0009	25 % des sujets non suicidaires ont l'impression que leur situation est désespérée contre 91.7 % des suicidaires
75	0.009	8.3 % des sujets non suicidaires pensent que la plupart des gens vivent mieux qu'eux contre 58.3 % des suicidaires
77	0.0009	25 % des sujets non suicidaires ont souvent envie de pleurer contre 91.7 % des sujets suicidaires
78	0.003	8.3 % des sujets non suicidaires ont de la difficulté à se concentrer contre 66.7 % des suicidaires
79	0.001	16.7 % des sujets non suicidaires ne sont pas heureux de se lever le matin contre 83.3 % des suicidaires

Discussion

La première section de ce chapitre présente d'abord les difficultés inhérentes à une recherche sur le suicide des âgés en institution ainsi que les limites de la présente étude. Ensuite, les résultats obtenus seront discutés et mis en relation avec les écrits dans le domaine. Cette discussion permettra de dégager des recommandations en ce qui a trait au développement de la recherche et de l'intervention concernant la problématique suicidaire chez les personnes âgées institutionnalisées.

Limites de la recherche

Jusqu'à maintenant, très peu d'études se sont intéressées au phénomène suicidaire chez les personnes âgées institutionnalisées. Cette recherche constitue donc une étape préliminaire dans un domaine de la gériatrie qui demande à être démystifié encore davantage.

Plusieurs difficultés ont été rencontrées avec les milieux d'expérimentation, ce qui explique le nombre restreint de participants à l'échantillon final. Dans un premier temps, treize centres d'accueil ont été invités à participer à cette recherche. Parmi eux, seulement 7 (54 %) ont accepté. Osgood (1985)

a rencontré aussi cette difficulté. Parmi les 1 080 centres d'accueil qu'elle avait contactés, seulement 463 (43 %) ont participé à sa recherche.

Plusieurs raisons expliquent le refus des établissements à participer à cette étude. Certains dirigeants ont signalé qu'aucun de leurs résidants ne répondait aux critères de sélection car ils étaient tous atteints de déficits cognitifs trop sévères. D'autres mentionnaient cette même raison mais en parlant davantage avec eux, il était possible de percevoir dans leur refus une peur vis-à-vis du sujet de la recherche. Ils signalaient dans leur propos qu'en parlant aux gens de « suicide », cela pouvait les inciter à le faire. Enfin, d'autres intervenants affirmaient que seules les personnes atteintes mentalement pouvaient avoir de telles idées. Ils précisaient que les personnes lucides dans leur établissement étaient heureuses et n'avaient donc pas d'idéations suicidaires. Il est certain que la clientèle actuelle dans les centres d'accueil est de plus en plus hypothéquée sévèrement au plan cognitif. Cette réalité a rendu beaucoup plus difficile le recrutement des sujets de cette étude étant donné que parmi les critères de base, il était spécifié que les participants ne devaient pas avoir de déficits cognitifs. Outre ce facteur, il est facile de ressentir, en contactant les milieux institutionnels, la crainte que ceux-ci entretiennent vis-à-vis leur participation à un projet qui s'intéresse au phénomène suicidaire. Ils craignent d'être jugés « mauvaises institutions » si certains de leurs résidants possèdent un profil suicidaire. En résumé,

l'alourdissement de la clientèle dans les centres d'accueil, les tabous reliés au suicide et la peur des institutions d'être mal jugées sont des facteurs qui ont rendu très difficile le recrutement des sujets de cette recherche.

Une autre difficulté a été rencontrée dans le recrutement des participants de cette étude. En effet, le personnel semblait avoir de la difficulté à identifier les personnes qui correspondaient vraiment au profil recherché. Certains des candidats référencés ($n = 9$), par les intervenants étaient confus. Donc, ils ne pouvaient être retenus dans l'échantillon de la recherche. D'autres étaient identifiés comme ayant un profil suicidaire parce qu'à l'occasion, ils mentionnaient au personnel qu'ils aimeraient mieux mourir. Cependant, en les interrogeant, il s'agissait plutôt d'une grande insatisfaction vis-à-vis la vie qu'ils menaient que d'un désir réel de mourir ou de mettre un terme à leur vie. Ces candidats se retrouvaient donc dans le groupe non suicidaire, ce qui a eu pour effet d'obtenir deux groupes de sujets dont le nombre n'était pas équivalent (12 suicidaires/54 non suicidaires).

Finalement, pour augmenter la puissance des tests statistiques, chaque sujet suicidaire a été pairé avec un sujet non suicidaire qui avait le même sexe, le même âge et le même statut civil. Cette façon de procéder a restreint l'échantillon final ($N = 24$) mais a permis de dégager, de façon plus précise, les caractéristiques des personnes âgées institutionnalisées qui ont

des idéations suicidaires. Il est certain que les résultats de la présente étude ne peuvent être généralisés à la population âgée institutionnalisée puisque l'échantillonnage est trop restreint. Cependant, cette recherche permet malgré tout de déceler certaines tendances chez les personnes âgées qui ont des idéations suicidaires.

L'autonomie psychologique et le suicide

Les résultats indiquent que les sujets suicidaires ont moins d'autonomie psychologique que les non suicidaires, bien que cette différence ne soit pas significative. Ainsi, il ne semble pas y avoir de différence importante entre les sujets au niveau de leur volonté d'exercer leur pouvoir de décider et d'agir. Toutefois, il est intéressant de noter que les personnes suicidaires présentent un score faible d'autonomie psychologique totale comparativement aux normes obtenues par Dubé et al. (1990) dans un échantillon institutionnel. Même si la différence entre suicidaires et non suicidaires n'est pas significative, on peut s'interroger sur l'origine de celle-ci. Il est possible de penser que les sujets suicidaires ont probablement moins d'énergie pour continuer à exercer un contrôle sur leur vie et ce, parce qu'ils sont plus déprimés que les non suicidaires. D'ailleurs, 100 % des sujets suicidaires de cette recherche répondent par la négative à l'item « Vous sentez-vous plein d'énergie? » comparativement à 50 % chez les non suicidaires.

Les analyses ont révélé aussi que les suicidaires et les non suicidaires sont semblables au niveau de deux facteurs de l'autonomie psychologique. Il s'agit du facteur « dynamique » et du facteur « capacité ». En ce qui a trait au facteur « dynamique », les deux groupes de sujets tiennent compte de leur personnalité et de leurs émotions lorsqu'ils ont des décisions à prendre et lorsqu'ils ont à agir. En ce qui concerne le facteur « capacité », les moyennes indiquent que les sujets du groupe suicidaire cherchent moins activement à maintenir ou à développer leurs capacités physiques, cognitives et sociales. Toutefois, cette tendance est non significative. La diminution de la volonté à maintenir les capacités physiques, cognitives et sociales les rendent dépendants du personnel soignant. Cela peut les amener à ressentir qu'ils sont un fardeau et qu'ils seraient mieux morts. D'ailleurs, Richman (1993) signale que plusieurs personnes âgées se tuent parce qu'elles ont l'impression d'être un fardeau pour leur entourage et qu'elles ne veulent pas le faire souffrir davantage.

Il est intéressant aussi de noter que 50 % des sujets suicidaires de cette étude, comparativement à 16.7 % chez les non suicidaires, éprouvent de la difficulté à établir et à maintenir des relations satisfaisantes avec les gens qui les entourent (question #101), ce qui confirme que les suicidaires ne choisissent pas des occasions qui leur permettent d'établir des relations plus profondes (question #40 du questionnaire d'autonomie psychologique).

Les résultats de l'analyse effectuée sur le facteur « intégration sociale » révèlent que les suicidaires tiennent significativement moins compte de leur entourage ou se préoccupent peu des autres lorsqu'ils prennent des décisions. Richman (1993) abonde dans le même sens en disant que les personnes âgées suicidaires prennent moins conscience de l'impact de leur geste sur les membres de leur famille car ils sont animés souvent par la fausse croyance que ceux-ci ne les aiment pas. En ayant ce sentiment, elles ne considèrent pas les besoins de leur entourage lorsqu'elles songent à mettre un terme à leur vie. Ce résultat appuie aussi les considérations théoriques de Durkeim (1960) qui considère que l'un des principaux facteurs entraînant un individu à se suicider serait son niveau d'intégration sociale. Pour expliquer la dynamique des suicidaires, Durkeim (1960) introduit le concept d'égotisme. Il définit celui-ci comme étant le manque d'intégration de l'individu dans la société, la diminution graduelle des liens sociaux, des attaches sociales, principalement dû aux décès des proches ou des amis de même qu'à la maladie, la solitude et l'absence de rôles significatifs. Dans notre échantillon, les sujets suicidaires se différencient significativement des non suicidaires concernant le sentiment d'inutilité (question #69) de l'Échelle de Dépression Gériatrique. L'absence d'intégration sociale et le sentiment d'inutilité proviennent-ils de messages envoyés par l'entourage immédiat de la personne

âgée, d'une mauvaise interprétation des messages reçus ou encore d'une absence de rôles significatifs à l'intérieur de l'institution?

Comme il est mentionné précédemment, les personnes âgées de cette recherche décident et agissent en se fiant à leur ressenti intérieur. Il est donc logique qu'elles manifestent une indifférence par rapport à un milieu dont elles ne se sentent pas respectées ou appréciées. Toutefois, un pourcentage plus élevé de suicidaires que de non suicidaires mentionnent avoir des amis (66.7 % / 33.3 %) et des confidents (75 % / 66.7 %). D'après Morgan (1989), la présence d'un confident est importante car elle permet à l'individu de tolérer ses émotions douloureuses et de sentir que sa vie a de la valeur.

Comment se fait-il que 75 % des sujets suicidaires aient des confidents et qu'ils songent tout de même à mettre un terme à leur vie? Il semble possible d'expliquer cela par le fait que les suicidaires de la présente étude se sentent plus rejetés que les non suicidaires et ce, de façon significative, malgré la présence de confidents.

Encore là, comment se fait-il que les suicidaires se sentent rejetés alors que la plupart d'entre eux ont des confidents? Quelques hypothèses peuvent expliquer cette dissonance. On peut supposer que les suicidaires ne sont pas en relation aussi souvent qu'ils le désirent avec leurs confidents, ce qui peut créer chez eux une déception, un sentiment de tristesse et de solitude. Il est

possible aussi de croire que c'est peut-être un problème de qualité de relation entre les confidents et les suicidaires qui créent chez ces derniers un sentiment de rejet. D'ailleurs, Hanigan (1987) révèle que ce n'est pas le nombre de personnes qui importe mais plutôt la qualité de la relation entretenue. C'est donc plus un isolement affectif que réel qui semble caractériser les sujets suicidaires de cette recherche. Cet isolement affectif engendre des sentiments de solitude et entretient un lien étroit avec le suicide (Hanigan, 1987).

L'étude de Conners et al. (1979) abonde dans le même sens. Ces auteurs ont trouvé que le nombre de personnes avec qui un individu a des interactions est peu important. Ce qui est crucial, c'est la qualité des interactions. Étant donné que dans cette étude, les sujets suicidaires se sentent rejétés malgré la présence de confidents, on peut supposer qu'il y ait un problème de relation entre eux. Cette suggestion est plausible si on regarde les sentiments exprimés par les suicidaires dans le cadre du questionnaire de dépression. En effet, ceux-ci sont insatisfaits de la vie qu'ils mènent, sentent un vide dans leur vie, s'ennuient souvent, n'ont pas un bon moral, ne sont pas heureux la plupart du temps, se sentent inutiles, ont l'impression que leur situation est désespérée. Il est facile de s'imaginer que les confidents de ces personnes suicidaires puissent s'épuiser à les écouter. Même avec beaucoup de compréhension, d'empathie, les confidents peuvent

en arriver à se sentir « vidés, agressés » par la personne suicidaire. Même s'ils demeurent présents dans l'entourage de la personne âgée, leur attitude peut refléter une certaine impatience, agressivité, lassitude envers elle. Ils continuent à entendre ce que l'aîné leur dit mais ils n'écoutent plus vraiment le message de détresse. L'aîné peut alors ressentir un rejet de leur part étant donné qu'il ne se sent plus reçu, accueilli dans sa détresse. Cela peut l'amener à se considérer comme une charge pour ses confidents et renforcer chez lui ses idéations suicidaires. Le suicide peut devenir une solution apaisante pour mettre un terme à la situation difficile qu'il vit. Est-il possible aussi de penser que l'âgé en entretenant des idéations suicidaires exprime une agressivité orientée vers ses confidents qui devront alors assumer leur propre responsabilité, remords et culpabilité devant leur incapacité à apaiser la souffrance de l'aîné. Il serait intéressant que les prochaines recherches étudient la relation qui peut exister entre l'hostilité et la présence d'idéations suicidaires.

La dépression et le suicide

Il est reconnu dans les écrits que la dépression est le facteur de risque le plus souvent lié étroitement avec le suicide (Cimon-Desrochers, 1981; Kirsling, 1986; Lépine, 1982; Lyons, 1985; McIntosh et al., 1981). Lépine (1982) affirme que la dépression est un état mental fréquent chez les

personnes âgées institutionnalisées. En effet, celles-ci font face à l'éventualité de la désintégration de tous les aspects de leur identité qui étaient auparavant source de motivation et qui donnaient un sens à leur vie. Il est donc important de s'intéresser tout particulièrement à ce facteur.

Chez les sujets de la présente étude, le niveau de dépression diffère de façon significative. Les personnes âgées du groupe suicidaire présentent un niveau élevé de dépression comparativement à celles du groupe non suicidaire. Les items du questionnaire de dépression qui indiquent une différence significative entre les deux groupes font référence au désespoir, à l'absence de sens à la vie de même qu'à l'insatisfaction face à la vie (voir Tableau 6). Par contre, les suicidaires et les non suicidaires sont similaires par rapport aux autres items du questionnaire de dépression qui réfèrent à des thèmes plus diversifiés (voir Appendice D). Les items significativement différents sont des caractéristiques qui reflètent une grande détresse chez les personnes âgées suicidaires de cette étude. Ces résultats abondent dans le même sens que les affirmations de Lavigne-Pley (1987) qui révèle que les gens âgés déprimés ont une douleur psychologique profonde accompagnée de désespoir (« psychache » de Schneidman, 1993).

Dans la section précédente, il a été mentionné que les personnes âgées de cette étude prennent des décisions en fonction de leur ressenti intérieur,

de leur perception d'eux-mêmes. Il n'est donc pas surprenant que les suicidaires de cette étude envisagent le suicide comme solution à leur vécu difficile étant donné qu'ils se sentent inutiles, malheureux et rejetés.

État de santé perçu

Conwell, Caine & Olsen (1990) mentionnent qu'une perception négative de la santé quel que soit l'état de santé réel, peut placer certains âgés à risque de suicide. Dans la présente étude, les sujets suicidaires se perçoivent en moins bonne santé que les non suicidaires quoique cette différence ne soit pas significative ($p = .09$). Bien que la recherche ait été réalisée auprès d'un nombre restreint de sujets, elle nous amène à s'interroger sur la véracité des écrits qui révèlent un lien entre la perception de la santé et le risque suicidaire (Conwell, Caine & Olsen, 1990). Serait-il possible de penser que ce lien est plutôt un mythe qui ne fait que perpétuer la croyance que les personnes âgées se suicident parce qu'elles souffrent de maladies physiques? D'ailleurs, les personnes âgées de cette étude sont toutes institutionnalisées, donc toutes affectées de maladies physiques, mais certaines d'entre elles sont suicidaires alors que d'autres ne le sont pas. Est-ce que d'autres variables (absence de rôles significatifs, mauvaise qualité de relation, sentiment de rejet) prennent plus d'importance dans la genèse des idéations suicidaires chez les personnes âgées institutionnalisées? Il serait intéressant dans les

recherches ultérieures d'étudier le lien qui peut exister entre les trois variables mentionnées plus haut et la présence d'idéations suicidaires.

Intervention et suicide chez les aînés institutionnalisés

Bien que les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés à la population âgée institutionnalisée, elle nous fournit des indices possibles d'intervention auprès des âgés suicidaires. Tout d'abord cette recherche permet de réaliser comment le suicide est encore un sujet tabou puisque plusieurs institutions ont de la difficulté à reconnaître l'existence de cette problématique dans leur milieu. Ainsi, il serait important avant d'entreprendre d'autres études sur ce sujet de démystifier le suicide afin que les dirigeants se sentent moins menacés par la venue d'une recherche traitant de cette problématique. Il serait souhaitable que cette sensibilisation soit faite aussi auprès du personnel soignant car l'expérience de cette étude révèle comment celui-ci se sent démunir lorsqu'il est en contact avec une personne âgée qui exprime des idéations suicidaires. Il serait important, dans cette intervention, de bien faire saisir au personnel que ce n'est pas contre la mort qu'il faut se battre mais plutôt contre la souffrance et le désespoir qui amènent la personne à vouloir se suicider. Cette première intervention est primordiale car elle permet aux intervenants d'assumer le risque de suicide et cette attitude demeure la seule « thérapeutique » parce qu'elle engage la personne qui

entend et respecte la parole de l'aîné en détresse. À partir du moment où l'aîné peut exprimer sa souffrance, il n'est plus seul avec elle, elle peut ainsi devenir moins lourde à supporter. En permettant à l'aîné d'exprimer ses idéations suicidaires, on lui offre la possibilité d'élaborer, par la parole, la détresse à laquelle il est confronté et il devient alors possible pour son entourage d'envisager et d'analyser avec lui d'autres solutions pour atténuer cette détresse.

Les résultats de cette recherche indiquent aussi que les personnes âgées suicidaires se soucient très peu de leur entourage dans leurs décisions (faible intégration sociale). Il serait donc souhaitable d'investir des efforts à valoriser la personne âgée dans son nouveau milieu de vie. Ainsi, les intervenants, oeuvrant auprès de la personne âgée, auraient avantage à se centrer sur les forces de celle-ci et à lui refléter clairement qu'ils l'apprécient pour ce qu'elle est. Il serait souhaitable aussi que la famille adopte cette attitude. D'ailleurs, Richman (1993) souligne que plusieurs personnes âgées se tuent parce qu'elles ne se sentent pas appréciées par leur famille. La valorisation et l'appréciation de la personne âgée pourraient se réaliser en redonnant à celle-ci la possibilité de retrouver et d'assumer des rôles significatifs, correspondant à ses capacités, à l'intérieur du milieu institutionnel. Cette intervention pourrait lui faire ressentir qu'elle est utile, appréciée et par conséquence, pourrait l'amener à prendre conscience davantage de l'impact

de ses décisions sur son entourage. Il serait important d'impliquer la famille dans ce processus non seulement parce qu'elle détient des informations précieuses mais aussi à cause de la diminution du personnel qui s'annonce pour les prochaines années dans le réseau de la santé.

La présente étude indique qu'il serait important de déceler le plus tôt possible la dépression chez les personnes âgées étant donné le lien important qui existe entre cette variable et le suicide. Cela pourrait être possible en donnant des informations sur les symptômes de la dépression au personnel et à la famille de l'aîné.

Amener la personne âgée à douter que le suicide est la meilleure solution peut aussi être une intervention efficace. Les résultats de cette recherche démontrent que les personnes âgées institutionnalisées basent leurs décisions et comportements sur leur ressenti intérieur. Ainsi, en amenant la personne âgée suicidaire à prendre conscience des conséquences de son acte sur son entourage, il est donc possible de croire que cette intervention puisse l'amener à réviser son projet de mort. En lui reflétant qu'elle est un modèle pour ceux qui l'aiment (enfants, petits-enfants), cela pourrait l'amener à prendre conscience que le suicide n'est peut-être pas la meilleure décision à envisager étant donné l'impact néfaste qu'il peut avoir sur les proches qu'elle aime.

Conclusion

La présente étude s'intéressait au lien qui pouvait exister entre l'autonomie psychologique, la dépression et la présence d'idéations suicidaires chez les aînés vivant en institution.

Jusqu'à maintenant, très peu de recherches se sont intéressées au phénomène suicidaire chez les personnes âgées institutionnalisées. La présente étude, malgré son échantillon restreint, permet donc d'obtenir d'autres informations sur les caractéristiques psychologiques des aînés présentant des idéations suicidaires.

Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes suicidaire et non suicidaire concernant l'autonomie psychologique, le facteur « dynamique », et enfin le facteur « capacité » de l'autonomie psychologique. Toutefois, une différence importante est notée au niveau du facteur « intégration sociale » de l'autonomie psychologique. En effet, les sujets suicidaires de cette étude tiennent moins compte de leur entourage lorsqu'ils ont des décisions à prendre ou lorsqu'ils ont à agir.

La dépression est aussi une variable qui diffère significativement entre les deux groupes de sujets. Les aînés suicidaires présentent un niveau élevé de dépression comparativement aux aînés non suicidaires.

Enfin, les deux groupes diffèrent de façon significative au niveau de d'autres variables telles : sentiment d'inutilité, sentiment de rejet et de désespoir. Les suicidaires ressentent plus fortement un sentiment d'inutilité et de rejet et sont davantage désespérés comparativement aux non suicidaires.

Il serait intéressant que des recherches ultérieures vérifient le lien qui peut exister entre l'hostilité, l'absence de rôles significatifs, la qualité des relations, le sentiment de rejet et la présence d'idéations suicidaires. Ces études permettraient de mieux comprendre la problématique suicidaire. De plus, elles fourniraient de nouvelles pistes d'intervention pour aider les aînés qui envisagent le suicide comme solution à leur vécu difficile.

En résumé, l'expérience de cette recherche nous indique qu'il est urgent de s'attaquer aux mythes rattachés au phénomène suicidaire chez les aînés pour ensuite être capable de faire évoluer l'intervention dans ce domaine. Cette évolution pourra se réaliser en autant qu'une formation continue soit faite auprès des intervenants et des familles oeuvrant auprès des personnes âgées. D'où l'importance d'intégrer des psychologues et autres intervenants psychosociaux dans les équipes multidisciplinaires.

Références

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans. Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- Bourque, P., Blanchard, L., & Vézina, J. (1988). Étude psychométrique de l'Échelle de Dépression Gériatrique. Étude présentée dans le cadre de l'Assemblée annuelle de la Société canadienne de gérontologie. Halifax.
- Bromberg, S., & Cassell, C.K. (1983). Suicide in the elderly: The limits of paternalism. Journal of the American Society, 31(11), 698-703.
- Bureau de la statistique du Québec. (1990). Statistiques démographiques. La situation démographique au Québec: édition 1990. Les publications du Québec.
- Bureau de la statistique du Québec. (1994). Statistiques démographiques. La situation démographique au Québec: édition 1994. Les publications du Québec.
- Charron, M.F. (1981). Le suicide au Québec. Publication gouvernementale du Ministère des Communications du Québec.
- Charron, M.F. (1982). La prévention du suicide au Québec: Les indications dégagées par une étude statistique. Santé mentale au Québec, 7(2), 160-175.
- Charron, M.F. (1983). Le suicide au Québec. Carrefour des Affaires Sociales, 5(1), 22.
- Cimon-Desrochers, G. (1981). Le suicide chez la personne âgée. Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal.
- Conners, K.A., Powers, E.A., & Bultena, G.L. (1979). Social interactions and life satisfaction: An empirical assessment of late-life patterns. Journal of Gerontology, 34, 116-121.
- Consell, Y., Rotenberg, M., & Caine, E.D., (1990). Completed suicide at age 50 and over. Journal of the American Geriatrics Society, 38(6), 640-644.

- Conwell, Y., Caine, E.D., & Olsen, K. (1990). Suicide and cancer in late-life. Hospital and Community, 41, 1334-1339.
- Côté, 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.
- De Léo, D., & Diekstra, R.F.W. (1990). Depression and suicide in late-life. Germany: Hogrefe and Huber.
- Dubé, M., & Lamy, L. (1990, octobre). L'autonomie psychologique des personnes âgées. 4e Congrès international francophone de gérontologie.
- Dubé, M., Alain, M., Lapierre, S., & Mayer, M. (1991). Présence d'un confident, milieu de vie et solitude chez les personnes âgées. Science et comportement, 21(3), 204-216.
- Dubé, M., Alain, M., Lapierre, S., & Lalonde, G. (1992). Relation entre l'autonomie et certains facteurs psychologiques (actualisation de soi, support social, résignation acquise, niveau d'espoir) chez les âgés et très âgés. Rapport de recherche, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Durkeim, E. (1960). Le suicide. Paris: Presses Universitaires de France.
- Ennis, J. (1983). Faily practice: 1. Suicide. Canadian Medical Association Journal, 129, 21-27.
- Farberow, N.L. (1980). In The many faces of suicide: Indirect self-destructive behavior (pp. 15-27). New York: McGraw Hill.
- Forget, M. (1988). Les personnes âgées et le suicide. Dossier du Centre de prévention du suicide du Québec.
- Gardner, E.A., Bahn, A.K., & Mack, M. (1964). Suicide and psychiatric care in the aging. Archives of General Psychiatry, 10, 547-553.
- Grassi, G. (1990). Memoria autobiografica e fantasie di morte nell'anziano. Rivista-Sperimentale-di-Freniatria-e-Medicina-Legale-delle-Alienazioni-Mentali, 114(1), 150-155.
- Haight, B.K. (1995). Suicide risk in frail elderly people relocated to nursing homes. Geriatric Nursing, 16 (3), 104-107.

- Hanigan, D. (1987). Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: Recension des écrits et propositions d'action. Ministère des services de santé et service sociaux (Commission Rochon). Synthèse critique, 3.
- Hendin, H. (1982). Suicide in the America. New York: W.W. Norton and Compagny.
- Jarvis, G.K., & Boldt, M. (1980). Suicide in the late years. Essence, 4, 145-158.
- Kane, R.L., Ouslander, J.G., & Abrass, I.B. (1984). Essential of clinical geriatrics. New York: McGraw Hill.
- Kastenbaum, R. (1992). Death, suicide and the older adult. Suicide and Life-Threatening-Behavior, 22(1), 1-14.
- Kirsling, R.A. (1986). Review of suicide among elderly persons. Psychology Reports, 59, 359-366.
- Laforest, J. (1989). Introduction à la gérontologie. Croissance et déclin. Montréal: Hurtubise HMH.
- Lamy, L., Dubé, M., Lapierre, S., Alain, M., & Lalande, G. (1994). L'autonomie fonctionnelle et la santé perçue comme prédicteur de l'autonomie psychologique des personnes âgées. Revue québécoise de psychologie, 15(3), 23-46.
- Lapierre, L., & Adams, O.B. (1989). Les personnes âgées. Et la santé ça va? Les publications du Québec.
- Lapierre, S., Pronovost, J., Dubé, M., & Delisle, I. (1991, septembre). Questionnaire sur le suicide: Attitude face à la vie et à la mort. Communication présentée au Congrès International de Prévention du Suicide: Identification of Suicidal Behavior of elderly. Hambourg. Allemagne.
- 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, 40 (3), 8-13.
- Lavigne-Pley, C. (1987). Le suicide chez les personnes âgées. L'infirmière canadienne, 22(6), 18-21.

- Lavigne-Pley, C., Dumais-Beaudoin, P., & Lamontagne-Germain, C. (1980). Le suicide chez les personnes âgées. L'infirmière canadienne, 22(6), 18-21.
- Leenaars, A.A. (1992). Suicide notes of the older adult. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22(1), 62-79.
- Lefcourt, H.M. (1976). Locus of control: Current trends in theory and research. Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Léger, J.M., Tessier, J.F., & Therme, J.F. (1987). Le suicide du sujet âgé. La revue du Praticien, 37(13), 731-736.
- Lépine, L. (1982). Le suicide chez les personnes âgées au Canada. Santé mentale au Canada, 30(4), 19-20.
- Lyons, M.J. (1982). Psychological concomitants of the environment influencing suicidal behavior in middle and later life. (Doctoral dissertation, University of Louisville, 1982). Dissertation Abstracts International, 43, 1620B).
- Lyons, M.J. (1984). Suicide in later life: Some putative causes with implications for prevention. Journal of Community Psychology, 12(4), 379-387.
- Lyons, M.J. (1985). Observable and subjective factors associated with attempted suicide in later life. Suicide and Life-Threatening Behavior, 15(3), 168-183.
- Manton, K.G., Blazer, D.G., & Woodbury, M.A. (1987). Suicide in the middle age and later life: Sex and race specific life table and cohort analyses. Journal of Gerontology, 42, 219-227.
- McIntosh, J.L. (1989). Official U.S. elderly suicide data bases: levels availability, omissions. Omega: Journal of Death and Dying, 19(4), 337-350.
- McIntosh, J.L. (1992 a). Epidemiology of suicide in the elderly. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22(1), 15-35.
- McIntosh, J.L. (1992 b). Older adults: The next suicide epidemic. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22(3), 322-332.

- McIntosh, J.L., Hubbard, R.W., & Santos, J.F. (1981). Suicide among the elderly: a review of issues with case studies. Journal of Gerontological Social Work, 4,(1), 63-74.
- McIntosh, J.L., Santos, J.F., Hubbard, R.W., & Overholser, J.C. (1994). Elder suicide. Research, theory and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, M. (1979). Suicide after sixty: The final alternative. New York: Springer Publishing.
- Mishara, B., & Kastenbaum, R. (1973). Self-injurious behavior and environmental change in the institutionalized elderly. International Journal of Aging and Human Development, 4, 144-145.
- Morgan, A.C. (1989). Special issues of assessment and treatment of suicide risk in the elderly. In D. Jacobs & H.N. Brown (Eds.). Suicide: Understanding and responding. Madison, CT: International University Press. (pp. 239-255).
- Nelson, F.L. (1977). Religiosity and self-destructive crise in the institutionalized elderly. Suicide and Life-Threatening Behavior, 7(2), 67-74.
- Nelson, F.L., & Farberow, N.L. (1977). Indirect suicide in the elderly chronically ill patient. In K.A. Achté & J. Lonngvist (Eds.). Suicide Research. Helsinki: Psychiatrica Fennica, (pp. 125-139).
- Nelson, F.L., & Farberow, N.L. (1980). Indirect self-destructive behavior in the elderly nursing home patient. Journal of Gerontology, 35, 949-957.
- Nelson, F.L., & Farberow, N.L. (1982). The development of an indirect self-destructive behavior scale for use with chronically ill medical patients. International Journal of Social Psychiatry, 28, 5-14.
- Osgood, N.J. (1982). Suicide in the elderly. Post-graduate Medicine, 72(2), 123-130.
- Osgood, N.J. (1985). Suicide in the elderly: A practitioner's guide to diagnosis and mental health intervention. Rockville: Aspen systems.

- Osgood, N.J. (1990). The suicidal patient in long-term care institutions. Journal of Gerontocological Nursing, 16 (2), 15-18.
- Osgood, N.J. (1992). Environmental factors in suicide in long-term care facilities. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22(1), 98-106.
- Osgood, N.J., Brant, B.A., & Lipman, A. (1991). Suicide among the elderly in long-term care facilities. Wesport, CT: Greenwood.
- Péllicer, Y. (1978). Le suicide au cours du troisième âge. L'actualité en gérontologie, 15, 55-64.
- Phaneuf, J., & Séguin, M. (1987). Suicide: Prévention et intervention, guide à l'usage des intervenants. Montréal: Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.
- Pollinger-Haas, A., & Hedin H. (1983). Suicide among older people: projections for the future. Suicide and Life-Threatening Behavior, 13, 147-154.
- Rakowski, W., & Cryan, C. (1990). Association among health perceptions and health status within three age groups. Journal of Aging and Health, 2(1), 58-80.
- Rancé, J.R., Hoste, G., & Coudert, A.J. (1988). Les conduites suicidaires du sujet âgé. Psychologie médicale, 20(3), 359-361.
- Richman, J. (1993). Preventing Elderly Suicide. New York: Springer.
- Robins, L., West, P.A., & Murphy, G.E. (1977). The high rate of suicide in older white men : A study testing ten hypotheses. Social Psychiatry, 12, 1-20.
- Schneidman, E. (1985). Definition of suicide. New York : Wiley.
- Schneidman, E. (1993). Suicide as psychache. Northwale : Aronson.
- Simon, R.I. (1989). Silent suicide in the elderly. Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law, 17 (1), 83-95.
- Stack, S. (1990). Audience receptiveness, the media and aged suicide, 1968-1980. Journal of Aging Studies, 4 (2), 195-209.

- Statistique Canada. (1990). Rapports sur la santé. Mortalité : liste sommaire des causes, 1989. Supplément no 12.
- Stillion, M.S., McDowell, E.E., & May, J.A.(1989). Suicide across the life span : Premature exits. New York : Hemispher Publication.
- Strickland, B.R. (1974). Locus of control and health related behaviors. Communication présentée à l'Inter American Congress of Psychology, Bogota, Columbia.
- Strickland, B.R. (1977). Internal-external control of reinforcement. Personality variables in social behavior. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Syer-Solursh, D., & Wyndowe, J.P. (1981). How coroner's attitude toward suicide affect certification procedures. Educational course for coroner's : Part 1 Toronto : Ministry of Solicitor General.
- Templer, D.I., & Capelletty, G.G. (1986). Suicide in the elderly : Assessment and intervention. Clinical Gerontologist, 5 (3,4), 475-487.
- Topol, P. & Reznikoff, M. (1982). Perceived pier and family relationship, hopelessness and locus of control as factor in adolescent suicide attempts. Suicide and Life-Threatening Behavior, 12, 141-150.
- Tousignant, M., Hanigan, D., & Bergeron, L. (1984). Le mal de vivre : comportements et idéations suicidaires chez les cégepiens de Montréal. Santé mentale au Québec, 9 (2), 122-133.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, U., 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.
- Younger, S.C. (1990). Availability of knowledgeable informants for a psychological autopsy of suicides committed by elderly people. Journal of the American Geriatrics Society, 38 (11), 1169-1175.

Appendices

Appendice A

Québec, le 17 mai 1995

La présente est pour vous informer d'une recherche que j'effectue présentement sur les difficultés d'adaptation chez les aîné(e)s vivant en institution. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche du Laboratoire de Gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les difficultés d'adaptation peuvent entraîner des comportements auto-destructeurs chez les personnes âgées (refus de la nourriture ou de médicaments nécessaires à la survie, refus de suivre les recommandations du médecin : régime dans le cas de personnes diabétiques, refus de suivre les règlements de l'hôpital, blessures corporelles, laisser-aller vers la mort). Les travaux sur le sujet ne sont qu'à leur début et aucun chercheur ne s'est encore penché sur les variables psychologiques (sauf la dépression) qui pourraient être associées à ce genre de comportements chez les aîné(e)s.

La présente recherche tentera d'identifier les différents facteurs qui peuvent être associés aux comportements auto-destructeurs chez les âgé(e)s vivant en institution. Ces facteurs ont été choisis parmi ceux qui sont les plus

fréquemment mentionnés dans la recension des écrits sur le suicide chez les personnes âgées vivant dans la communauté. Il s'agit de la dépression, de la solitude, du désespoir, de l'impuissance et d'une perception négative des difficultés de la vie. L'identification de ces facteurs permettra d'élaborer une liste des indices d'attitudes et comportementaux susceptibles d'être observés chez les personnes à risque de manifester des comportements autodestructeurs en milieu institutionnel. Cette grille d'observation pourrait être utilisée par le personnel soignant afin de dépister et de prévenir les comportements autodestructeurs dès l'apparition des idéations pouvant mener au suicide.

Le questionnaire utilisé auprès des participants porte sur leur adaptation à la vie en institution pour ensuite aborder peu à peu des thèmes comme la santé, la solitude, l'espoir ainsi que leurs attitudes face à la vie et à la mort.

Si votre institution accepte de participer à cette recherche, je souhaiterais être mis en contact avec des personnes de 65 ans et plus qui semblent avoir des difficultés d'adaptation à la vie en institution et/ou qui manifestent des comportements autodestructeurs et/ou qui présentent des symptômes dépressifs. Ces personnes ne devront pas avoir des problèmes de démence ou autres problèmes cognitifs sévères. Il va de soi que la participation des

aîné(e)s à cette étude est volontaire et que l'anonymat et la confidentialité des participants seront respectés.

Votre collaboration me serait extrêmement précieuse pour atteindre l'objectif de ma recherche et j'espère que vous accepterez de m'aider à le réaliser. Si vous avez des questions sur les modalités de réalisation, n'hésitez pas à me contacter. Lorsque l'analyse des données sera terminée, il me fera plaisir de vous offrir une copie du rapport de recherche.

En espérant une réponse affirmative de votre part, je vous offre l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Andrée Fortin
Étudiante à la maîtrise en psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
27, Duplessis
Beauport (Québec)
(418) 666-8379 (résidence)
(418) 649-3727 (bureau)

Référence: Pièce jointe

Appendice B

FORMULE DE CONSENTEMENT

L'ADAPTATION À LA VIE EN INSTITUTION

Moi, _____ accepte de répondre à des questions se rapportant à mon adaptation à la vie en institution. Mes réponses permettront à des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières d'identifier les différents facteurs qui favorisent la vie en institution. Plus précisément, cela permettra aux chercheurs de mieux connaître le vécu dans une institution et ce qui peut l'influencer.

Je sais que le questionnaire porte sur certains renseignements d'ordre personnel, sur mon état de santé, sur certains aspects de ma vie sociale, sur mes états d'âme et sur mon attitude face à la maladie, face à la vie et face à la mort. Ma collaboration implique une rencontre d'environ 2 heures avec une étudiante à la maîtrise en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

L'anonymat et la confidentialité seront respectés puisque seul le numéro assigné à mon nom sera utilisé pour l'analyse des données. Je suis libre de participer à cette recherche. De plus, je sais que je peux en tout temps arrêter de participer à cette recherche si je le désire.

CANDIDAT

NOM (en lettre moulées)

SIGNATURE

DATE

INTERVIEWER :

NOM (en lettre moulées)

SIGNATURE

DATE

Appendice C

QUESTIONNAIRE SUR L'ADAPTATION À LA VIE EN INSTITUTION

Renseignements personnels

1. CODE : _____ 01 02 03

2. Sexe : _____ 04

3. Age : _____ 05 06 07

Date de naissance : _____

4. Date d'entrée en institution: _____
Jr Ms An 08 09 10

Date de l'entrevue : _____
Jr Ms An

5. ÉTAT CIVIL

1) Célibataire 11

2) Marié(e) Depuis combien de temps? 12 13 14

3) Veuf(ve) Depuis combien de temps?

4) Séparé(e)-Divorcé(e) Depuis combien de temps?

5) Conjoint de fait Depuis combien de temps?

6. Principale occupation/profession avant la retraite : _____

15 16

7. Principale occupation/profession du conjoint avant la retraite : _____

17 18

8. Votre estimation de vos revenus avant la retraite : 19
 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
9. Vos revenus actuels vous permettent de répondre à vos besoins de façon : 20
 1) très satisfaisante
 2) satisfaisante
 3) peu satisfaisante
 4) pas du tout satisfaisante
10. Nombre d'années de scolarité : _____ 21 22

Lieu de résidence

11. Nombre de lits dans la chambre? 23
12. Nombre de personnes partageant actuellement la chambre? 24
13. Dans quel endroit habitiez-vous avant d'arriver ici?
 1) maison privée 25
 2) appartement ou logement 26
 3) maison de chambre 27
 4) HLM
 5) chez une autre personne. Précisez : _____
 6) famille d'accueil
 7) pavillon
 8) centre d'accueil
 9) centre hospitalier
14. Depuis que vous êtes ici, avez-vous changé de chambre?
 Oui 28
 Non
- Si oui, combien de fois : _____ 29
15. Êtes-vous satisfait(e) de l'intimité dont vous disposez dans votre chambre? (est-ce que vous sentez que votre vie privée est respectée par le personnel ou par les autres bénéficiaires?) 30
 1) très satisfait(e)
 2) satisfait(e)
 3) peu satisfait(e)
 4) pas du tout satisfait(e)

16. Raisons qui ont amené l'institutionnalisation :

32

État de santé

17. Par rapport aux gens de votre âge, comment évaluez-vous votre état de santé actuel?

32

- 1) excellent
- 2) très bon
- 3) bon
- 4) passable
- 5) mauvais
- 6) très mauvais

18. Par rapport aux gens qui habitent ici, comment évaluez-vous votre état de santé actuel?

33

- 1) excellent
- 2) très bon
- 3) bon
- 4) passable
- 5) mauvais
- 6) très mauvais

19. Vos problèmes de santé vous occasionnent-ils de la douleur et de l'inconfort?

34

- 1) pas du tout
- 2) un peu
- 3) passablement
- 4) énormément
- 5) insupportable

20. La douleur ou l'inconfort qui accompagne vos problèmes de santé se manifestent-ils?

35

- 1) rarement
- 2) occasionnellement
- 3) souvent
- 4) de façon persistante (tout le temps)

21. Depuis combien de temps souffrez-vous des problèmes de santé que vous avez actuellement (années) _____

36

37

22. Avez-vous à prendre des médicaments pour vos problèmes de santé? 38
Oui _____ Non _____
23. Est-ce que vous êtes satisfait(e) du soulagement que vous apportent les médicaments que vous prenez pour vos problèmes de santé? 39
1) très satisfait(e)
2) satisfait(e)
3) peu satisfait(e)
4) pas du tout satisfait(e)
24. Comment évaluez-vous la qualité de votre sommeil? 40
1) excellente
2) très bonne
3) bonne
4) passable
5) mauvaise
6) très mauvaise

Autonomie psychologique

Cette partie du questionnaire porte sur les divers aspects de l'autonomie dans votre vie quotidienne. Dites-nous à quelle fréquence vous avez les réactions ou les comportements suivants.

Utilisez l'échelle suivante pour décrire votre réaction ou votre manière d'agir.

1) Jamais 2) Rarement 3) Parfois 4) Habituellement 5) Toujours

25. Je suis satisfait(e) des actions que je pose 41
26. J'agis selon mon caractère 42
27. Je choisis des activités qui vont m'aider à garder ma forme intellectuelle 43
28. Je préfère faire moi-même toutes les choses qui me sont possibles 44
29. J'aime entrer en relation avec de nouvelles personnes 45

- | | | | |
|-----|--|--------------------------|----|
| 30. | Dans mes agirs, je tiens compte des limites qu'impose la vie en société | <input type="checkbox"/> | 46 |
| 31. | Je veux choisir moi-même mes activités | <input type="checkbox"/> | 47 |
| 32. | Je fais des activités qui me permettent d'exercer ma mémoire | <input type="checkbox"/> | 48 |
| 33. | Ma façon d'agir correspond bien à mon caractère | <input type="checkbox"/> | 49 |
| 34. | Mes choix et mes décisions en disent beaucoup sur ma personnalité et sur mon caractère | <input type="checkbox"/> | 50 |
| 35. | Face à une difficulté physique, je cherche à développer de nouveaux moyens pour continuer à accomplir mes tâches | <input type="checkbox"/> | 51 |
| 36. | Il est important de tenir compte de mes sentiments pour prendre une décision | <input type="checkbox"/> | 52 |
| 37. | Je fais des activités qui m'aident à garder ma forme physique | <input type="checkbox"/> | 53 |
| 38. | Je me fie sur ce que je ressens pour prendre une décision | <input type="checkbox"/> | 54 |
| 39. | Quand je prends une décision, je tiens compte des possibilités du milieu dans lequel je suis | <input type="checkbox"/> | 55 |
| 40. | Je choisis des occasions qui me permettent d'établir des relations plus profondes | <input type="checkbox"/> | 56 |
| 41. | Je participe à des activités qui me permettent de rencontrer des gens | <input type="checkbox"/> | 57 |
| 42. | Je me préoccupe des autres tout en poursuivant mes propres intérêts | <input type="checkbox"/> | 58 |
| 43. | Je choisis des activités qui m'apprennent des choses nouvelles | <input type="checkbox"/> | 59 |
| 44. | Je choisis des activités où je peux connaître de nouvelles personnes | <input type="checkbox"/> | 60 |
| 45. | Je fais des activités qui vont me garder alerte intellectuellement | <input type="checkbox"/> | 61 |

- | | | | |
|-----|---|--------------------------|----|
| 46. | J'agis selon mes sentiments | <input type="checkbox"/> | 62 |
| 47. | Quand je pose une action, je respecte l'environnement dans lequel je suis | <input type="checkbox"/> | 63 |
| 48. | C'est important pour moi de réaliser ce que j'ai décidé | <input type="checkbox"/> | 64 |
| 49. | Mes choix et mes décisions reflètent généralement la personne que je suis | <input type="checkbox"/> | 65 |
| 50. | Je veux prendre moi-mêmes mes décisions | <input type="checkbox"/> | 66 |
| 51. | Je décide de faire tout ce qui m'est physiquement possible de faire | <input type="checkbox"/> | 67 |
| 52. | Je choisis des activités qui vont m'aider à garder ma forme physique | <input type="checkbox"/> | 68 |

Aspect psychologique

Encerclez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la semaine passée :

- | | | | |
|-----|---|--------------------------|----|
| 53. | Êtes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez?
Oui / Non | <input type="checkbox"/> | 69 |
| 54. | Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts?
Oui / Non | <input type="checkbox"/> | 70 |
| 55. | Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie?
Oui / Non | <input type="checkbox"/> | 71 |
| 56. | Vous ennuyez-vous souvent?
Oui / Non | <input type="checkbox"/> | 72 |
| 57. | Êtes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir?
Oui / Non | <input type="checkbox"/> | 73 |
| 58. | Êtes-vous préoccupé(e) par des pensées dont vous n'arrivez pas à vous défaire?
Oui / Non | <input type="checkbox"/> | 74 |

59.	Avez-vous la plupart du temps un bon moral? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 75
60.	Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 76
61.	Êtes-vous heureux/heureuse la plupart du temps? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 77
62.	Éprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 78
63.	Vous arrive-t-il souvent de ne pas tenir en place, de vous impatients? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 01
64.	Préférez-vous rester chez-vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 02
65.	Êtes-vous souvent inquiet(ète) au sujet de l'avenir? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 03
66.	Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 04
67.	Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 05
68.	Vous sentez-vous souvent triste et déprimé(e)? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 06
69.	Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 07
70.	Le passé vous préoccupe-t-il beaucoup? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 08
71.	Trouvez-vous la vie très excitante? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 09
72.	Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets? Oui / Non	<input type="checkbox"/> 10

73. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie? 11
Oui / Non
74. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée? 12
Oui / Non
75. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous? 13
Oui / Non
76. Vous mettez-vous souvent en colère pour des riens? 14
Oui / Non
77. Avez-vous souvent envie de pleurer? 15
Oui / Non
78. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer? 16
Oui / Non
79. Êtes-vous heureux/heureuse de vous lever le matin? 17
Oui / Non
80. Préférez-vous éviter les rencontres sociales? 18
Oui / Non
81. Prenez-vous facilement des décisions? 19
Oui / Non
82. Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé? 20
Oui / Non

Vie familiale et sociale

83. Combien de membres y a-t-il dans votre famille proche? 21 22
- 1) Conjoint (amoureux ou ami(e) de coeur) 23
 - 2) Enfants (vivants) 24 25
 - 3) Gendre ou bru 26 27
 - 4) Petits-enfants 28 29

100

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5) Frères et soeurs (vivants) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 30 | 31 | | |
| 6) Beau(x)-frère(s), belle(s)-soeur(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 32 | 33 | | |
| 7) Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 34 | 35 | | |
| 8) Décès récent(s) dans la famille (2 dernières années) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 36 | 37 | | |
| Qui est décédé : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 38 | 39 | 40 | 41 |
| 84. Y a-t-il un(des) deuil(s) qui remontent à plusieurs années et qui est (sont) encore pénible(s) pour vous? | <input type="checkbox"/> | 42 | | |
| Oui _____ | Non _____ | | | |
| 85. La fréquence des contacts avec vos enfants est généralement : | <input type="checkbox"/> | 43 | | |
| 1) aucun contact | | | | |
| 2) insuffisante | | | | |
| 3) suffisante | | | | |
| 4) trop grande (fatigante, accaparante) | | | | |
| 86. La fréquence des contacts avec l'ensemble de votre famille (excluant les enfants) est généralement : | <input type="checkbox"/> | 44 | | |
| 1) aucun contact | | | | |
| 2) insuffisante | | | | |
| 3) suffisante | | | | |
| 4) trop grande (fatigante, accaparante) | | | | |
| 87. La fréquence des contacts avec votre conjoint est : | <input type="checkbox"/> | 45 | | |
| 1) aucun contact | | | | |
| 2) insuffisante | | | | |
| 3) suffisante | | | | |
| 4) trop grande (fatigante, accaparante) | | | | |
| 88. Les relations que vous avez avec vos enfants sont généralement : | <input type="checkbox"/> | 46 | | |
| 1) conflictuelles (disputes, querelles) | | | | |
| 2) très insatisfaisantes (indifférence, froideur, aucun contact) | | | | |
| 3) insatisfaisantes | | | | |
| 4) satisfaisantes | | | | |
| 5) très satisfaisantes | | | | |

89. Les relations que vous avez avec les membres de votre famille sont généralement : 47
- 1) conflictuelles (disputes, querelles)
 - 2) très insatisfaisantes (indifférence, froideur, aucun contact)
 - 3) insatisfaisantes
 - 4) satisfaisantes
 - 5) très satisfaisantes
90. Les relations que vous avez avec votre conjoint sont généralement: 48
- 1) conflictuelles (disputes, querelles)
 - 2) très insatisfaisantes (indifférence, froideur, aucun contact)
 - 3) insatisfaisantes
 - 4) satisfaisantes
 - 5) très satisfaisantes
91. Avez-vous des ami(e)s à l'extérieur de l'institution qui vous tiennent à cœur, que vous aimez particulièrement?
- Oui _____ Non _____ 49
- Combien? _____ 50 51
92. La fréquence des contacts avec ces ami(e)s est généralement : 52
- 1) aucun contact
 - 2) insuffisante
 - 3) suffisante
 - 4) trop grande (fatigante, accaparante)
93. Y a-t-il eu des décès récemment (2 dernières années) parmi vos amis qui vivent à l'extérieur de l'hôpital? 53
- Oui _____ Non _____
94. Comment décrireriez-vous les relations que vous avez avec les autres bénéficiaires de l'hôpital? 54
- 1) conflictuelles (disputes, querelles)
 - 2) très insatisfaisantes (indifférence, froideur, aucun contact)
 - 3) insatisfaisantes
 - 4) satisfaisantes
 - 5) très satisfaisantes

95. La fréquence des contacts avec les autres bénéficiaires est généralement : 55
- 1) aucun contact
 - 2) insuffisante
 - 3) suffisante
 - 4) trop grande (fatigante, accaparante)
96. Avez-vous des amis qui vous sont chers parmi les bénéficiaires de l'hôpital?
- Oui _____ Non _____ 56
- Combien? _____ 57
- Y a-t-il eu des décès parmi les bénéficiaires qui vous sont chers? 58
- Oui _____ Non _____
97. La fréquence des contacts avec les bénéficiaires qui vous sont chers est : 59
- 1) nettement insuffisante
 - 2) insuffisante
 - 3) suffisante
 - 4) trop grande
98. Comment décrireriez-vous les relations que vous avez avec les membres du personnel (infirmiers, infirmières, préposé(e)s, etc.) 60
- 1) conflictuelles (disputes, querelles)
 - 2) très insatisfaisantes (indifférence, froideur, aucun contact)
 - 3) insatisfaisantes
 - 4) satisfaisantes
 - 5) très satisfaisantes
99. La fréquence des contacts avec les membres du personnel : 61
- 1) nettement insuffisante
 - 2) insuffisante
 - 3) suffisante
 - 4) trop grande

100. Avez-vous remarqué, s'il y avait du changement parmi les membres du personnel (si ce sont toujours les mêmes personnes qui prennent soin de vous ou si elles sont habituellement différentes) 62
 1) toujours les mêmes
 2) des changements normaux, période régulière de travail (jour, soir, nuit/fin de semaine)
 3) changements occasionnels
 4) rarement les mêmes
 5) jamais les mêmes
101. Considérez-vous que vous avez de la difficulté à établir et à maintenir des relations satisfaisantes avec les gens qui vous entourent (famille, amis, bénéficiaires, personnel)? 63
 Oui _____ Non _____
102. Est-ce que vous croyez qu'il est possible que vos relations avec votre entourage puissent s'améliorer? 64
 Oui _____ Non _____
103. Est-ce que vous vous sentez rejeté(e) ou incompris(e) par ceux qui vous entourent? 65
 Oui _____ Non _____
104. Avez-vous l'impression que vos enfants tiennent à vous? 66
 Oui _____ Non _____
105. Avez-vous l'impression que votre famille tient à vous? 67
 Oui _____ Non _____
106. Avez-vous l'impression que vos ami(e)s tiennent à vous? 68
 Oui _____ Non _____
107. Êtes-vous convaincu(e) que vous êtes aimé(e) par quelqu'un de votre entourage? 69
 Oui _____ Non _____
108. Avez-vous une(des) personne(s) sur laquelle(lesquelles) vous pouvez compter en cas de situations difficiles? 70
 Oui _____ Non _____
- Catégorie : 1. Conjoint, chum; 2. Enfant; 3. Bru ou gendre; 4. Petit-enfant; 5. Frère ou soeur; 6. Beau-frère, belle-soeur; 7. Amis; 8. Intervenant; 9. Bénévole 71

109. Avez-vous une(des) personne(s) à qui vous pouvez vous confier lorsque vous vivez des situations difficiles? 72

Oui _____ Non _____

Catégorie : 1. Conjoint, chum; 2. Enfant; 3. Bru ou gendre; 4. Petit-enfant; 5. Frère ou soeur; 6. Beau-frère, belle-soeur; 7. Amis; 8. Intervenant; 9. Bénévole

73

Attitudes face à la vie et à la mort

110. Vous arrive-t-il de penser à la mort? 74

- 1) jamais
- 2) parfois
- 3) souvent
- 4) constamment

111. Qu'est-ce que la mort représente pour vous? 75

- 1) la fin d'un processus de vie
- 2) l'accès à un monde meilleur, la vie éternelle
- 3) la délivrance d'une souffrance physique et/ou psychologique
- 4) aucune représentation
- 5) autre: _____

112. Que pensez-vous des gens qui se découragent et décident de mettre fin à leurs jours? 76

- 1) rejet de cette attitude ou de ce comportement
- 2) ambivalence
- 3) indifférence
- 4) acceptation de cette attitude ou de ce comportement

113. Y a-t-il eu des décès par suicide dans votre famille? 77

Oui _____ Non _____

114. Y a-t-il eu des décès par suicide chez vos amis? 78

Oui _____ Non _____

Y a-t-il eu des décès par suicide parmi les autres bénéficiaires?

01

Oui _____ Non _____

115. Est-ce qu'il vous arrive de penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue? 02

- 1) jamais
- 2) parfois
- 3) souvent
- 4) constamment

116. Si oui, dans quelles circonstances (nombre, type)
- 03

 04

 05

117. Est-ce qu'il vous arrive d'avoir le désir de mourir? 06
- 1) jamais
 2) parfois
 3) souvent
 4) constamment
118. Si oui, dans quelles circonstances (nombre, type) 07
- 08

 09

119. Avez-vous fait part à quelqu'un de votre désir de mourir? 10
- 1) non aucunement
 2) j'ai évité d'en parler
 3) oui, j'y ai fait allusion
 4) oui, ouvertement
120. Est-ce que l'idée de mettre fin à vos jours vous a déjà effleuré l'esprit? 11
- Oui _____ Non _____
121. Si oui, Sérieux de l'idéation? 12
- 1) cette idée m'a seulement effleuré l'esprit
 2) j'ai considéré l'idée
 3) j'y ai sérieusement pensé
122. Quand cela est-il arrivé? 13
- 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
123. Était-ce relié à un événement particulier? 14
- Oui _____ Non _____
- Lequel: _____ 15 16

124. Cette idée vous habite-t-elle encore actuellement? 17
Oui _____ Non _____
125. Avez-vous imaginé des plans ou des moyens de suicide? 18
Oui _____ Non _____
- Lesquels : _____ 19
126. Avez-vous fait part à quelqu'un de votre désir de mettre fin à vos jours? 20
 1) non aucunement
 2) j'ai essayé de dissimuler mon intention
 3) oui, j'y ai fait allusion
 4) oui, ouvertement
127. Avez-vous déjà tenté de mettre fin à vos jours dans le passé? 21
Oui _____ Non _____
128. Si oui, quand cela est-il arrivé? 22
 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
129. Était-ce relié à un événement particulier?
Oui _____ Non _____ 23
- Lequel : _____ 24 25
130. Est-ce que le moyen utilisé a mis votre vie en danger (gravité de la tentative)? 26
 1) nulle
 2) légère
 3) moyenne
 4) élevée
 5) très élevée
131. Y a-t-il des raisons qui pourraient vous inciter à mettre fin à vos jours (perte d'autonomie plus grande, perte de lucidité...)? 27
Oui _____ Non _____

132. Y a-t-il des raisons particulières qui vous empêcheraient de mettre fin à vos jours (famille, religion, peur de souffrir, irréversibilité du geste) 28
- 1) il y a au moins une raison qui m'empêcherait de me suicider
 - 2) certaines inquiétudes ou hésitations font que je ne serais pas certain(e) de vouloir me suicider
 - 3) aucune raison ne m'empêcherait de me suicider
133. Est-ce que vous pensez qu'à un certain moment vous pourriez perdre le contrôle et mettre fin à vos jours? 29
Oui _____ Non _____
134. Si personne ne pouvait se douter que vous mettiez fin intentionnellement à vos jours, est-ce que vous seriez tenté de le faire? 30
Oui _____ Non _____

Comportements intentionnels

135. Avez-vous de l'appétit, le goût de manger? 31
Oui _____ Non _____
136. Est-ce qu'il vous arrive de refuser de manger ou de boire? 32
Oui _____ Non _____
- 1) actuellement
 - 2) il y a quelques jours
 - 3) il y a quelques mois
 - 4) il y a quelques semaines
 - 5) il y a quelques années
137. Votre refus de manger ou de boire dure ou a duré combien de temps (en jours)
_____ 33
138. Avez-vous l'intention de mourir en refusant de manger ou de boire? 34
Oui _____ Non _____
139. Est-ce qu'il vous arrive de refuser de prendre les médicaments que les infirmières vous apportent ou de suivre les traitements prescrits pour votre maladie? 35
Oui _____ Non _____
140. Est-ce que vous avez l'intention de mourir en refusant de prendre vos médicaments? 36
Oui _____ Non _____

141. Fumez-vous? 37
 Oui _____ Non _____
142. Est-ce que vous fumez contre l'avis de votre médecin? 38
 Oui _____ Non _____
- Avez-vous l'intention de mourir en fumant contre l'avis de votre médecin? 39
 Oui _____ Non _____
143. Est-ce que vous prenez de la boisson (bière, vin, alcool)? 40
 Oui _____ Non _____
144. Si oui,
 1) jamais 41
 2) rarement
 3) occasionnellement
 4) souvent
 5) à tous les jours
145. Est-ce que vous prenez de la boisson contre l'avis de votre médecin? 42
 Oui _____ Non _____
- Avez-vous l'intention de mourir en prenant de la boisson contre l'avis de votre médecin? 43
 Oui _____ Non _____
146. Si vous pouviez faire n'importe quoi, y a-t-il quelque chose que vos aimerez faire aujourd'hui? 44
 Oui _____ Non _____
- Quoi? _____ 45
147. Ce projet est-il important pour vous?
 Pas du tout Peu imp. Moy.imp. Beauc.imp. Très imp. 46
 0 1 2 3 4
148. Croyez-vous que ce projet se réalisera?
 Pas du tout Peu chan. Moy.chan. Beauc.cha. Certain. 47
 0 1 2 3 4

149. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire cette semaine? 48
 Oui _____ Non _____
- Quoi? _____ 49
150. Ce projet est-il important pour vous? 50
 Pas du tout Peu imp. Moy.imp. Beauc.imp. Très imp.
 0 1 2 3 4
151. Croyez-vous que ce projet se réalisera? 51
 Pas du tout Peu chan. Moy.chan. Beauc.cha. Certain.
 0 1 2 3 4
152. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire dans les mois qui viennent? 52
 Oui _____ Non _____
- Quoi? _____ 53
153. Ce projet est-il important pour vous? 54
 Pas du tout Peu imp. Moy.imp. Beauc.imp. Très imp.
 0 1 2 3 4
154. Croyez-vous que ce projet se réalisera? 55
 Pas du tout Peu chan. Moy.chan. Beauc.cha. Certain.
 0 1 2 3 4
- Vivez-vous une situation difficile actuellement?
 Oui _____ Non _____
155. Croyez-vous que la situation difficile à laquelle vous faites face présentement peut s'améliorer? 56
 Oui _____ Non _____
- Sinon, pourquoi? _____ 57
156. Croyez-vous que quelqu'un puisse vous aider à faire face aux difficultés que vous rencontrez présentement? 58
 Oui _____ Non _____
- Sinon, pourquoi? _____ 59

157. Est-ce que vous accepteriez de l'aide pour faire face aux difficultés que vous rencontrez présentement?

60

Oui _____ Non _____

Sinon, pourquoi? _____

61

Appendice D

Tableau 7

Différences non significatives entre les sujets suicidaires et non-suicidaires sur certains items de l'Échelle de Dépression Gériatrique

Question #	Seuil observé χ^2	Tendances
54	0.08	50 % des non suicidaires ont abandonné un grand nombre d'activités contre 83.3 % des suicidaires.
58	0.21	25 % des non suicidaires sont préoccupés par des pensées obsessionnelles contre 50 % des suicidaires.
60	0.35	16.7 % des non suicidaires ont peur que quelque chose de grave leur arrive contre 33.3 % des suicidaires.
62	0.21	55 % des non suicidaires éprouvent un sentiment d'impuissance contre 75 % des suicidaires.
63	0.41	41.7 % des non suicidaires s'impatientent souvent contre 58.3 % des suicidaires.
64	0.67	58.3 % des non suicidaires préfèrent ne pas sortir pour faire de nouvelles activités contre 66.7 % des suicidaires.
66	0.65	25 % des non suicidaires ont l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens contre 33.3 % des suicidaires.
67	0.39	58.3 % des non suicidaires ne trouvent pas qu'il est merveilleux de vivre actuellement contre 75 % des suicidaires.
70	0.62	16.7 % des non suicidaires sont préoccupés beaucoup par le passé contre 25 % des suicidaires.
76	0.13	8.3 % des non suicidaires se mettent souvent en colère contre 33.3 % des suicidaires.
80	1.00	58.3 % des non suicidaires évitent les rencontres sociales contre 58.3 % des suicidaires.

Tableau 7

Différences non significatives entre les sujets suicidaires
et non-suicidaires sur certains items
de l'Échelle de Dépression Gériatrique (suite)

Question #	Seuil observé χ^2	Tendances
81	0.18	16.7 % des non suicidaires ne prennent pas facilement des décisions contre 41.7 % des suicidaires.
82	0.35	33.3 % des non suicidaires n'ont pas les pensées aussi claires que par le passé contre 16.7 % des suicidaires.

Appendice E

Liste des points des items servant à l'identification des idéations suicidaires

Question 112 :	opinion favorable au suicide	1 point
Question 115 :	vie ne vaut pas la peine d'être vécue	1 point
Question 117 :	désir de mourir	2 points
Question 121 :	considérer l'idée de mettre fin à ses jours	1 point
	penser sérieusement à mettre fin à ses jours	2 points
Question 122 :	idéation suicidaire au cours du dernier mois	2 points
	idéation suicidaire au cours des derniers 6 mois ou plus de 6 mois, mais moins d'un an	1 point
Question 124 :	idéation suicidaire actuelle	4 points
Question 125 :	choix d'un moyen de suicide	5 points
Question 131 :	raison incitant au suicide	1 point
Question 133 :	peur de perdre le contrôle et de se suicider	3 points
Question 134 :	désir de suicide si l'intention est inconnue	2 points
Question 138 :	désir de mourir par refus de manger	4 points
Question 140 :	désir de mourir par refus de médicaments	4 points
Question 142A:	désir de mourir en fumant	3 points
Question 145A:	désir de mourir en buvant de l'alcool	3 points