

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Nature et prévalence du désir de mourir	2
Origine et développement du désir de mourir.....	4
Facteurs associés au désir de mourir.....	7
Facteurs associés à la suicidalité selon le sexe	12
Objectif	14
Article scientifique. Différences entre les sexes chez les aînés ayant le désir de mourir.....	17
Résumé.....	19
Abstract	20
Objectif	23
Méthode	24
Participants.....	24
Déroulement.....	255
Mesures	26
Résultats	30
Discussion.....	34

Références.....	46
Conclusion	52
Références.....	54
Appendice A. Normes de la Revue francophone de gériatrie et de gérontologie	59

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Différences sociodémographiques et de santé entre les hommes et les femmes ayant le désir de mourir (N = 139)42
- 2 Prévalence de la dépression chez les hommes et les femmes ayant le désir de mourir (N = 139)43
- 3 Maladies physiques et problèmes de sommeil chez les hommes et les femmes ayant le désir de mourir (N = 139)44

Remerciements

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de recherche, Madame Sylvie Lapierre, Ph. D., professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien et son encadrement exceptionnel dans la réalisation de ce projet d'essai. Je tiens également à remercier ma mère, Ysabel Provencher, qui a su m'encourager et me motiver afin de persévérer dans le cheminement de ce projet. Je souhaite également transmettre ma reconnaissance au comité scientifique de l'étude ESA et plus particulièrement à Djamal Berbiche pour ses conseils sur le plan statistique. Cette étude a été financée par l'Institut canadien de recherche en santé (200403MOP).

Introduction

Cet essai comporte deux sections, soit une introduction générale et un article scientifique, visant à étudier ce qui distingue les hommes et les femmes âgées qui ont le désir de mourir. Afin de bien cerner la problématique de cette étude, la première section sera divisée en cinq parties. La première se penche sur la définition du concept, puis sur la prévalence du désir de mourir chez les aînés. La deuxième partie présente un modèle théorique de l'origine et du développement du désir de mourir. La troisième traite des facteurs associés au désir de mourir des aînés, alors que la quatrième aborde plus spécifiquement les différences selon le sexe. Enfin, la dernière partie de l'introduction précise l'objectif de l'étude.

Nature et prévalence du désir de mourir

Le désir de mourir est défini comme le souhait de ne plus vivre ou l'idée qu'il vaudrait mieux être mort (Skoog et al., 1996). Il s'agit d'une souffrance psychologique présente chez un bon nombre de personnes âgées (Ladwig et al., 2008). Les études indiquent une prévalence d'environ 4 à 6 % chez les aînés vivant dans la communauté (Ayalon, 2011; Barnow & Linden, 1997; Scocco & De Leo, 2002; Scocco, Meneghel, Caon, Dello Buono, & De Leo, 2001; Yip et al., 2003). Le désir de mourir semble également augmenter avec l'âge (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Ladwig et al., 2008). En effet, il est observé plus fréquemment chez les adultes de plus de 75 ans (15,6 %),

que chez ceux âgés entre 66 et 75 ans (7,3 %), et ceux âgés entre 50 et 65 ans (4,6 %) (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011).

Pour bien clarifier le concept du désir de mourir, il est nécessaire de le mettre en contexte par rapport au concept de suicidalité, lequel inclut toutes les manifestations cognitives et comportementales se rapportant au suicide, telles les pensées à propos de la mort, le désir de mourir, les idéations suicidaires, la planification suicidaire, la tentative de suicide et le suicide complété (Barnow & Linden, 1997; Scocco & De Leo, 2002). Les différentes notions incluses dans le concept de la suicidalité se chevauchent de près. Alors que les idéations suicidaires renvoient à l'idée de se tuer, les pensées à propos de la mort constituent des réflexions normales sur cet événement à venir pour les personnes qui sont à la dernière étape de leur vie. Quant au désir de mourir, il reflète plutôt le désir et l'impatience d'être mort, sans nécessairement vouloir mettre intentionnellement fin à ses jours. Selon certains auteurs, la dépression, le sentiment d'impuissance et le désir de mourir constituent les premières étapes du processus suicidaire et peuvent potentiellement mener au développement d'idéations et de comportements suicidaires (Caine & Conwell, 2001; O'Connell, Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004). D'ailleurs, le désir de mourir est corrélé positivement avec les idéations suicidaires (Rao, Dening, Brayne, & Huppert, 1997). Les idéations suicidaires sont à leur tour un facteur de risque significatif des tentatives suicidaires et des suicides complétés (Kuo, Gallo, & Tien, 2001). Cependant, bien que plusieurs chercheurs aient tendance à confondre le désir de mourir et les idéations suicidaires, ces concepts sont distincts et ne mènent pas

nécessairement à des comportements suicidaires. Toutefois, comme il indique un mal être chez l'individu, il est important d'en étudier les facteurs associés afin de mieux prévenir la détresse et le suicide chez les aînés.

Origine et développement du désir de mourir

À ce jour, seule une équipe de chercheurs néerlandais a tenté de développer un modèle théorique pour expliquer l'origine et le développement du désir de mourir chez les personnes âgées (Rurup, Pasman et al., 2011). Selon les résultats de leur étude qualitative, il existe différents éléments déclencheurs précédant l'apparition du désir de mourir. Parmi ceux-ci, les auteurs relèvent la survenue d'un événement de vie traumatique, une vie marquée par l'adversité, des épisodes récurrents de dépression, ou, pour une majorité de répondants, une faible qualité de vie, conséquence du vieillissement ou d'une maladie. Chez les répondants âgés, la faible qualité de vie semble être le reflet d'incapacités physiques qui entraînent l'impossibilité d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne et une dépendance aux autres. Bref, l'origine du développement du désir de mourir semble être une situation ou un événement de vie qui dépasse les capacités de résilience de la personne (Rurup, Pasman et al., 2011).

Selon le modèle théorique néerlandais, l'individu qui fait face à ce type d'élément déclencheur compare sa situation à la situation désirée ou souhaitée. Cette évaluation est influencée par le caractère de la personne, ses stratégies d'adaptation et la qualité de son réseau de soutien social. En effet, les personnes âgées ayant le désir de mourir rapportent

souvent une difficulté à faire face à leur nouvelle situation de dépendance, ainsi que le sentiment d'être inutile et d'être un fardeau pour les autres. Elles rapportent également un manque de contacts sociaux et de grandes attentes concernant l'aide et la présence de leur entourage (Rurup, Pasman et al., 2011).

Si l'individu éprouve l'impression de ne pas avoir de contrôle sur sa situation, alors celle-ci lui paraît inacceptable, et peu à peu, il se résigne et abandonne toute tentative de changer sa situation. À ce moment, ce constat peut mener la personne à considérer la mort comme un moyen de fuir cet état désagréable. Les pensées à propos de la mort deviennent une façon de regagner le contrôle perdu, car elle est alors perçue comme un élément positif puisque la situation réelle ne pouvant être changée, son côté pénible cessera, du moins avec la mort. Mourir devient une solution et y penser augmente le sentiment de contrôle (Rurup, Pasman et al., 2011).

Toujours selon le modèle néerlandais, une fois que l'individu a développé des pensées positives à propos de la mort, il réexamine ses raisons et ses sentiments envers la mort, mais aussi à propos de la vie. Cette évaluation est généralement plus complexe que l'élément déclencheur ayant contribué au développement des pensées à propos de la mort. En fait, dans sa réflexion, l'individu semble considérer quatre dimensions qui s'inter-influencent mutuellement. Ces dimensions sont les perceptions sur les aspects négatifs de mourir (faire souffrir son entourage, peur de mourir, etc.), les perceptions sur les aspects positifs de mourir (ne plus avoir de problèmes, aller au paradis, être en paix,

etc.), les perceptions sur les aspects négatifs de vivre (faible qualité de vie, solitude, douleur, etc.) et les perceptions sur les aspects positifs de vivre (famille, activités stimulantes, etc.). Prises dans leur ensemble, ces perceptions et ces sentiments font osciller la personne entre l'envie de mourir et l'envie de vivre. Chez certaines personnes âgées, ces sentiments semblent stables dans le temps, mais la plupart des aînés hésitent entre le désir de vivre et de mourir (Rurup, Pasman et al., 2011).

Il est intéressant de noter que la majorité des participants âgés de l'étude néerlandaise manifestaient un désir de mourir depuis plusieurs années, et que, même si ceux-ci avaient de la difficulté à vivre avec le problème d'origine, ils ne semblaient pas perturbés face à leur ambivalence entre leur désir de mourir et leur désir de vivre. Ils ne semblaient pas non plus perturbés par le fait d'exprimer le désir de mourir, comme si cette idée était normale. Il semble donc que le désir de mourir puisse être contrebalancé par le désir de vivre. Cela peut expliquer pourquoi un bon nombre de personnes âgées peuvent vivre avec le désir de mourir, mais sans pour autant penser au suicide. Toutefois, chez celles qui vivent une crise suicidaire, la détresse ne semble plus compensée par les raisons de vivre (Rurup, Pasman et al., 2011). Ce constat est d'ailleurs en accord avec la proposition selon laquelle le désir de mourir est plutôt une réponse universelle à la détresse plutôt qu'une réelle envie de ne plus exister (Paykel, Myers, Lindenthal, & Tanner, 1974).

Facteurs associés au désir de mourir

Quelques études se sont penchées sur les facteurs associés au désir de mourir chez les personnes âgées. Il ne s'agit pas d'études de causalité mais d'études corrélationnelles qui observent les liens entre le désir de mourir et des variables d'ordre psychologique, social, physique et sociodémographique.

Les facteurs psychologiques les plus souvent associés au désir de mourir des personnes âgées sont les symptômes dépressifs et les diagnostics de dépression (Ayalon, 2011; Barnow, Linden, & Freyberger, 2004; Yip et al., 2003). D'ailleurs, selon Dennis et al. (2007), le risque d'exprimer le désir de mourir est plus élevé chez les aînés dépressifs entre 55 et 74 ans (OR = 25,36, 95 % CI = 13,65–47,13), que chez les personnes dépressives d'autres groupes d'âges, comme ceux âgés entre 16 et 34 ans (OR = 7,42, 95 % CI = 3,91–14,05). Néanmoins, certaines études notent qu'une majorité de personnes ayant le désir de mourir éprouvent certains symptômes dépressifs sans répondre à tous les critères nécessaires à l'établissement d'un diagnostic de trouble de dépression (Jorm et al., 1995; Rurup, Deeg, Poppelaars, Kerkhof, & Onwuteaka-Philipsen, 2011). D'ailleurs, les résultats de l'étude de Lapiere et ses collaborateurs (2012) relèvent que jusqu'à 62 % des personnes âgées ayant le désir de mourir ont des symptômes de dépression, sans rencontrer les critères diagnostiques d'une dépression mineure ou majeure.

Les problèmes de sommeil sont aussi associés au désir de mourir chez les personnes âgées (Lapierre et al., 2012). En effet, les personnes âgées ayant le désir de mourir rapportent significativement plus de problèmes de sommeil, particulièrement sur le plan de la qualité subjective du sommeil et de l'effet des problèmes de sommeil sur le fonctionnement quotidien, comparativement à leurs homologues n'ayant pas le désir de mourir, et ce, même lorsque le sexe, l'état civil et la dépression sont contrôlés (Lapierre et al., 2012).

Les tracas quotidiens constituent un autre facteur associé au désir de mourir chez les personnes âgées (Lapierre et al., 2012). Ceux-ci sont définis comme étant « des embarras courants et répétitifs suscités par les demandes constantes qui caractérisent les transactions quotidiennes de l'individu avec son environnement » (Landreville & Vézina, 1992, p. 139). En effet, l'accumulation de tracas quotidiens est associée à un plus grand risque de souffrir de dépression et d'éprouver des idéations suicidaires chez les personnes âgées (Kraaij, Arensman, & Spinhoven, 2002). Par ailleurs, les tracas quotidiens sont considérés comme des éléments qui prédisent davantage les symptômes physiques et psychologiques que les événements de vie majeurs (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981; Landreville & Vézina, 1992). En effet, les défis adaptatifs et le stress causés par les événements de vie majeurs seraient plutôt dus aux changements et aux tracas qu'ils produisent dans la vie quotidienne (Pillow, Zautra, & Sandler, 1996). Il semble également que les tracas les plus souvent relevés chez les aînés ayant le désir de mourir, comparativement aux personnes n'ayant pas ce souhait, sont ceux en lien avec

le déclin de la santé physique tels que la perte des capacités physiques, devenir dépendant de son entourage, l'inquiétude pour la santé d'un membre de la famille et le sentiment de vieillir trop rapidement (Lapierre et al., 2012). Les tracasseries en lien avec les conflits interpersonnels tels que les conflits avec un membre de sa famille, l'isolement ou une relation matrimoniale insatisfaisante sont également relevés plus souvent dans ce groupe (Lapierre et al., 2012).

Certains aspects des relations sociales ont été associés au désir de mourir chez les aînés. Tout d'abord, être sans partenaire constitue un facteur significativement associé au désir de mourir chez les aînés (Bossé et al., 2011; Lapierre et al., 2012; Rurup, Deeg et al., 2011; Scocco et al., 2001; Vasiliadis, Gagné, & Prévaille, 2012), et ce, indépendamment de la dépression (Jorm et al., 1995). Certains chercheurs ont trouvé que le veuvage est spécifiquement associé au désir de mourir chez les aînés (Dennis et al., 2007; Yip et al., 2003). D'ailleurs, à l'exception d'une étude qui ne relevait aucun lien entre le désir de mourir chez les aînés et la solitude (Barnow et al., 2004), plusieurs chercheurs semblent en accord en ce qui concerne l'association positive entre le désir de mourir chez la personne âgée et la perception d'un faible soutien social ou d'un sentiment de solitude (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Dennis et al., 2007; Mellqvist Fässberg et al., 2012; Rowe, Conwell, Schulberg, & Bruce, 2006; Rurup, Deeg et al., 2011). Certains résultats révèlent également que les problèmes relationnels sont un facteur de risque significatif dans cette population (Yip et al., 2003). D'un autre côté, les aînés étant satisfaits de leurs relations interpersonnelles et ayant le sentiment d'être utiles pour

leur entourage sont moins enclins à rapporter des pensées à propos de la mort ou un désir de mourir (Rowe et al., 2006). Par ailleurs, une recension systématique des écrits relève que des liens sociaux limités sont associés à des idéations et des comportements suicidaires (incluant le désir de mourir) chez les aînés (Mellqvist Fässberg et al., 2012).

Mis à part l'état civil, d'autres variables sociodémographiques sont également liées au désir de mourir chez la personne âgée sans toutefois faire consensus entre les chercheurs. Tout d'abord, à l'exception de certaines recherches, (Jorm et al., 1995; Lapierre et al., 2012), la plupart des études relève que le désir de mourir est en lien avec l'avancement en âge (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Barnow & Linden, 1997; Forsell, 2000; Ladwig et al., 2008; Mellqvist Fässberg et al., 2014; Scocco et al., 2001). Ce constat pourrait être expliqué par les nombreux deuils, les maladies plus fréquentes et la perte de rôle associée avec le quatrième âge (Barnow et al., 2004). Un faible revenu ou des problèmes financiers sont également liés au désir de mourir dans certaines études (Lapierre et al., 2012; Rurup, Deeg et al., 2011; Yip et al., 2003), alors que d'autres études n'observent pas cette association (Barnow et al., 2004; Vasiliadis et al., 2012). De même, certains chercheurs font part d'une association entre un faible niveau de scolarité et le désir de mourir chez les aînés (Lapierre et al., 2012), alors que d'autres ne relèvent pas de lien significatif entre ces variables (Barnow et al., 2004; Rurup, Deeg et al., 2011; Scocco et al., 2001; Vasiliadis et al., 2012). Pour expliquer les associations positives relevées par certaines études entre le désir de mourir et un faible revenu ou un faible niveau de scolarité, Ladwig et al. (2010) suggèrent que ces facteurs entraînent des

contraintes matérielles qui restreignent le degré de liberté, altérant ainsi la qualité et la satisfaction de vie.

Un autre facteur associé au désir de mourir concerne les problèmes de santé physique. En effet, plusieurs études indiquent que les personnes âgées ayant le désir de mourir rapportent souffrir d'un plus grand nombre de troubles physiques (Ayalon, 2011; Lapierre et al., 2012; Mellqvist Fässberg et al., 2014; Skoog et al., 1996; Yip et al., 2003) et évaluent plus négativement leur santé physique (Barnow et al., 2004; Jorm et al., 1995; Scocco et al., 2001; Yip et al., 2003) que leurs pairs n'ayant pas le désir de mourir, et ce, même lorsque certaines variables sociodémographiques et la dépression sont contrôlées (Lapierre et al., 2012). Les maladies les plus fréquemment associées avec le désir de mourir sont celles qui suscitent de la douleur (Lapierre et al., 2012; Scocco et al., 2001), tels que les ulcères peptidiques (Skoog et al., 1996), l'arthrite, les migraines ou les problèmes de dos (Lapierre et al., 2012), ainsi que celles qui diminuent la qualité de vie, tel que l'infarctus du myocarde (Kim, Bogner, Brown, & Gallo, 2006; Skoog et al., 1996), l'incontinence urinaire (Kim et al., 2006; Rurup, Deeg et al., 2011; Yip et al., 2003) ou les problèmes respiratoires (Lapierre et al., 2012). Les troubles physiques qui entraînent une certaine incapacité fonctionnelle, des limites sur le plan des activités de la vie quotidienne et domestique, ou une situation de dépendance seraient également en lien avec le désir de mourir (Forsell, Jorm, & Winblad, 1997; Jorm et al., 1995; Mellqvist Fässberg et al., 2014; Rurup, Deeg et al., 2011; Scocco et al., 2001; Yip et al., 2003).

Enfin, une autre variable fréquemment associée au désir de mourir est le fait d'être une femme. Effectivement, sauf dans certaines études (Forsell, 2000, Jorm et al., 1995; Mellqvist Fässberg et al., 2014), la recherche révèle que les femmes rapportent plus souvent le désir de mourir que les hommes (Ayalon, 2011; Barnow et al., 2004; Barnow & Linden, 1997, 2000; Lapierre et al., 2012; Rao et al., 1997; Scocco et al., 2001; Yip et al., 2003). Selon Barnow et Linden (1997), les femmes âgées rapporteraient 1,5 à 2 fois plus le désir de mourir que les hommes âgés. Chez les adultes dépressifs, les femmes penseraient également plus souvent à la mort que les hommes (Romans, Tyas, Cohen, & Silverstone, 2007). Pour expliquer ce constat, différentes hypothèses ont été soulevées dans la littérature. Il est possible que les femmes expriment plus facilement leur détresse psychologique afin d'aller chercher du soutien (Scocco et al., 2001). Il est aussi probable que les hommes rapportent moins leur détresse lorsqu'ils adhèrent fortement au rôle masculin traditionnel et qu'ils craignent la stigmatisation sociale associée à la maladie mentale (Addis & Mahalik, 2003; Pederson & Vogel, 2007). Quoiqu'il en soit, il est permis de croire que les divers facteurs de risque du désir de mourir cités précédemment influencent différemment le désir de mourir des femmes et des hommes âgés. L'étude de ces facteurs distinctifs pourrait permettre d'expliquer la disparité qui existe entre les sexes par rapport à la prévalence du désir de mourir.

Facteurs associés à la suicidalité selon le sexe

À notre connaissance, à l'exception de deux études récentes (Ladwig et al., 2010; Vasiliadis et al., 2012), les analyses sur les variables associées au désir de mourir de

chacun des sexes semblent être inexistantes. Cependant, il est à noter que dans ces deux études, les chercheurs regroupent, sous une même variable dépendante, les idéations suicidaires et le désir de mourir (ISDM) et que l'étude de Ladwig et al. (2010) a été réalisée auprès d'un échantillon âgé entre 35 et 84 ans, et non auprès d'une population composée uniquement d'aînés. Par ailleurs, les autres études examinant les différences entre les hommes et les femmes portent plutôt sur d'autres variables du processus suicidaire comme les idéations et les comportements suicidaires.

Bien que ces deux études ne portent pas uniquement sur le désir de mourir, elles peuvent tout de même apporter quelques indications sur les facteurs qui peuvent distinguer les hommes et les femmes sur ce plan. Parmi les différences relevées par Vasiliadis et al. (2012), on note que les ISDM sont associées à un plus jeune âge (65-74 ans) chez les femmes et à un âge plus avancé (75 ans et plus) chez les hommes. Par ailleurs, les résultats de leur étude montrent que les femmes âgées rapportent un plus grand nombre de tracas quotidiens et un plus grand nombre de maladies chroniques que les hommes. De plus, il n'y a pas de différence entre les sexes sur le plan du manque de soutien social chez les aînés ayant le désir de mourir.

Quant à l'étude de Ladwig et al. (2010), elle rapporte qu'une perception négative de la santé physique est associée à l'ISDM chez les deux sexes. Il semble aussi que souffrir d'un infarctus du myocarde est davantage observé chez les hommes ayant des ISDM et que souffrir de problèmes douloureux est plus fréquent chez les femmes ayant aussi des

ISDM. Par ailleurs, cette même étude montre qu'un faible revenu est associé au désir de mourir chez les deux sexes, contrairement à celle de Vasiliadis et al. (2012) qui ne rapporte aucune association significative pour cette variable. De plus, Ladwig et al. (2010) rapportent que le fait de vivre seul constitue un facteur significatif seulement chez les hommes alors que Vasiliadis et al. (2012) relèvent que le fait d'être sans partenaire est un facteur de risque significatif chez les deux sexes. Par ailleurs, les deux études indiquent que la dépression est associée aux ISDM tant chez les hommes que chez les femmes (Ladwig et al., 2010; Vasiliadis et al., 2012). Finalement, à notre connaissance, aucune recherche à ce jour n'a étudié les distinctions entre les hommes et les femmes âgées ayant le désir de mourir sur le plan des problèmes de sommeil et de diverses variables sociales (isolement social, conflits interpersonnels, etc.).

Objectif

Malgré les nombreuses recherches sur le suicide, peu d'études se sont intéressées au désir de mourir, et celles-ci sont encore plus rares chez les aînés (Scocco & De Leo, 2002). L'association du désir de mourir avec plusieurs aspects négatifs de la vie des personnes âgées, tels la dépression, les relations sociales limitées ou insatisfaisantes et les maladies physiques, montrent l'importance d'étudier davantage cette problématique. D'ailleurs, le désir de mourir demeure un facteur de risque d'idéations et de comportements suicidaires (Kuo et al., 2001). Cela est d'autant plus inquiétant lorsqu'on sait que les aînés ont un plus grand risque de compléter leur geste suicidaire que tout autre groupe de la population. En effet, le ratio suicide complété/tentative de suicide est

de 1 pour 4 chez les aînés, soit deux fois plus élevé que dans la population générale (O'Connell et al., 2004). Par ailleurs, le désir de mourir semble être un facteur de risque de mortalité, toutes causes confondues, chez les personnes âgées, et ce, même lorsque l'âge, le sexe, les troubles cognitifs et la dépression sont contrôlés (Dewey, Davidson, & Copeland, 1993; Macdonald & Dunn, 1982; Raue et al., 2010; Skoog et al., 1996). Raue et ses collaborateurs (2010) considèrent que le désir de mourir influence divers facteurs psychologiques et comportementaux qui contribuent au risque de mourir d'une maladie. Étant donné toutes les conséquences négatives potentielles qu'entraîne le désir de mourir chez la personne âgée, l'étude de ce thème revêt une grande importance afin de favoriser un meilleur dépistage selon le sexe.

L'objectif de la présente étude est donc de vérifier si les hommes et les femmes âgés ayant le désir de mourir se différencient sur le plan des caractéristiques démographiques, physiques, psychologiques ou sociales. Cette étude pourrait permettre d'éclaircir les raisons qui expliquent pourquoi davantage de femmes âgées que d'hommes rapportent le désir de mourir, ainsi que les facteurs qui prédisent le désir de mourir selon le sexe. Par ailleurs, une meilleure connaissance des facteurs distinctifs entre les sexes en regard de ce phénomène pourrait faciliter le développement d'interventions spécifiques à chaque sexe pour diminuer le désir de mourir et prévenir le suicide chez les aînés.

Afin de réaliser cet objectif, une analyse a été effectuée à partir des données recueillies par l'Enquête sur la Santé des Aînés (ESA), réalisée en 2005-2006 auprès

d'un échantillon probabiliste d'ânés francophones québécois. Parmi les variables sociodémographiques incluses dans l'ESA, on retrouve le sexe, le revenu, le niveau de scolarité, l'état civil et l'âge. De plus, certains facteurs liés à la santé psychologique dont la dépression, les tracas quotidiens et la qualité du sommeil ont également été retenus pour l'analyse des données. En ce qui concerne la santé physique, les variables incluses dans l'étude sont les maladies physiques et la perception de la santé physique. Enfin, le soutien social perçu, les relations conflictuelles, la perception de jouer un rôle important auprès de l'entourage, ainsi que l'isolement social, constituent les variables sociales retenues.

Bref, puisqu'il existe peu d'écrits sur les facteurs distinctifs associés au désir de mourir chez les hommes et les femmes âgées, il est difficile d'émettre des hypothèses précises concernant chacune des variables étudiées. Ainsi, l'hypothèse générale proposée stipule qu'il existe des différences significatives entre les hommes et les femmes âgés ayant le désir de mourir sur les diverses variables sociodémographiques, psychologiques, physiques et sociales mentionnées ci-haut.

Article scientifique

Différences entre les sexes chez les aînés ayant le désir de mourir

Titre courant : DÉSIR DE MOURIR CHEZ LES AÎNÉS

Mots clés : Désir de mourir, différences entre les sexes, aînés, dépression, sommeil, tracas quotidiens, maladies chroniques, relations sociales, personnes âgées, 65+

Différences entre les sexes chez les aînés ayant le désir de mourir

Differences between genders in older adults with the wish to die

Ariane Émond Provencher

Département de psychologie, Université du Québec à Trois Rivières, Québec, Canada

Adresse de correspondance :

Ariane Émond Provencher, Candidate au D.Ps.

Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

C. P. 500, Trois-Rivières, Québec, G9A 5H7

Téléphone : (819) 376-5011, poste 3531

Télécopieur : (819) 376-5195

Résumé

Les données de l'Enquête sur la Santé des Aînés ont permis de constater que 4,9 % des répondants (N = 2811) avaient exprimé le désir de mourir. Ces hommes (n = 39) et ces femmes (n = 100), vivant dans la communauté, ont été comparés sur différentes caractéristiques sociodémographiques, psychologiques, physiques et sociales. Les femmes âgées ayant le désir de mourir sont significativement plus jeunes, rapportent un niveau de stress plus élevé, un nombre plus grand de tracas quotidiens, sont plus nombreuses à recevoir un diagnostic de dépression et souffrent davantage de problèmes physiques douloureux. Elles rapportent aussi plus fréquemment une mauvaise qualité de sommeil, une difficulté à s'endormir, un sentiment d'inutilité auprès de leurs enfants ainsi qu'un sentiment d'être incomprises par leurs proches. À l'inverse, les hommes âgés ayant le désir de mourir présentent plus souvent que les femmes des problèmes physiques diminuant leur qualité de vie, des perturbations du sommeil, ainsi qu'une absence de symptôme dépressif. De plus, en comparaison avec leurs pairs féminins, les hommes âgés mentionnent plus fréquemment des relations conflictuelles avec leur conjoint(e), un sentiment de distance avec leur entourage, et un sentiment d'être inutile pour leurs amis. La poursuite des recherches quant aux facteurs de risque du désir de mourir chez les aînés pourrait permettre le développement d'interventions spécifiques à chaque sexe, tôt dans le processus suicidaire.

Abstract

Data from the Older Adults Health Survey found that 4.9 % of respondents (N = 2811) had expressed a wish to die. These men (n = 39) and women (n = 100), living in the community, were compared on socio-demographic, psychological, physical and social characteristics. Elderly women who wish to die were significantly younger, reported higher levels of stress, a greater number of daily hassles, were more likely to be diagnosed with depression and to suffer from painful physical problems. They reported poorer sleep quality and difficulty falling asleep, and they felt useless for their children and misunderstood by their relatives. On the other hand, older men who wish to die showed more frequently physical problems reducing their quality of life, sleep disturbances, and an absence of depressive symptoms. Moreover, compared to their female counterpart, older men reported more conflicting relationships with their spouse, a sense of distance with people around them, and felt useless for their friends. Further research about the risk factors for wishes to die among seniors may ease the development of gender-specific interventions early in the suicidal process.

Le désir de mourir correspond au souhait de ne plus vivre, à l'idée qu'il vaudrait mieux être mort, ou à une impatience de décéder [1]. Il s'agit d'un concept distinct des pensées à propos de la mort et des idéations suicidaires. En effet, le premier renvoie aux réflexions normales sur la mort à venir pour les personnes qui sont à la dernière étape de leur vie, alors que le deuxième correspond plutôt à l'intention de mettre fin à ses jours. Puisque ces différents concepts se chevauchent, plusieurs chercheurs ont tendance à les regrouper. Toutefois, bien que le désir de mourir soit corrélé positivement avec les idées suicidaires [2], il ne mène pas nécessairement au développement de pensées ou de comportements suicidaires. Il est souvent contrebalancé par les raisons de vivre (ex. amis, activités stimulantes) et la conscience des effets négatifs du choix de la mort sur l'entourage. Toutefois, chez les personnes suicidaires, ces deux derniers aspects n'arrivent plus à compenser les aspects négatifs de vivre et les aspects positifs de mourir [3]. Le désir de mourir n'est pas un souhait anodin, puisqu'il indique un mal être chez l'individu et demeure un facteur de risque d'idéations et de comportements suicidaires [4, 5]. En fait, le désir de mourir est plutôt une réponse universelle à la détresse, qu'une réelle envie de ne plus exister [6].

La prévalence du désir de mourir chez les aînés vivant dans la communauté varie d'environ 4 à 6 % [7, 8, 9, 10, 11]. Le désir de mourir est plus fréquent chez les personnes âgées que chez tout autre groupe de la population [12, 13]. Il est observé plus fréquemment chez les adultes de plus de 75 ans (15,6 %), que chez ceux âgés entre 66 et 75 ans (7,3 %), et ceux âgés entre 50 et 65 ans (4,6 %) [12].

Mis à part l'âge, le sexe de la personne joue aussi un rôle important dans la prévalence du désir de mourir. En effet, la plupart des études révèlent que les femmes rapportent plus souvent le désir de mourir que les hommes [2, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16]. Selon Barnow et Linden [9], les femmes âgées rapporteraient 1,5 à 2 fois plus le désir de mourir que les hommes âgés.

Les quelques études qui se sont penchées sur les facteurs associés au désir de mourir chez les personnes âgées observent des liens entre le désir de mourir et certains aspects négatifs de la vie comme la dépression, les maladies physiques, les relations sociales limitées ou insatisfaisantes et les tracas quotidiens [1, 7, 11, 15, 16, 17, 18], mais ne font pas de distinction entre les sexes. À notre connaissance, seulement deux études [14, 19] se sont intéressées aux disparités entre les sexes. Cependant, celles-ci regroupent sous une même variable les idéations suicidaires et le désir de mourir (ISDM). De plus, l'étude de Ladwig et al. [19] a été réalisée auprès d'un échantillon âgé entre 35 et 84 ans, et non auprès d'une population composée uniquement d'aînés.

Parmi les différences relevées par Vasiliadis et al. [14], on note que les ISDM sont associés à un plus jeune âge (65-74 ans) chez les femmes et à un âge plus avancé (75 ans et plus) chez les hommes. Par ailleurs, les résultats de l'étude montrent que les femmes âgées rapportent un plus grand nombre de tracas quotidiens et un plus grand nombre de

maladies chroniques que les hommes. De plus, il n'y a pas de différence entre les sexes sur le plan du manque de soutien social chez les aînés ayant le désir de mourir.

Quant à l'étude de Ladwig et al. [19], elle rapporte qu'une perception négative de la santé physique est associée aux ISDM chez les deux sexes, quelque soit l'âge. Il semble aussi que souffrir d'un infarctus du myocarde est davantage observé chez les hommes ayant des ISDM, tandis que les problèmes occasionnant de la douleur sont plus fréquents chez les femmes. Par ailleurs, cette même étude montre qu'un faible revenu est associé au désir de mourir chez les deux sexes, contrairement aux résultats de Vasiliadis et al. [14] qui n'indiquent aucune association significative pour cette variable. De plus, Ladwig et al. [19] rapportent que le fait de vivre seul est un facteur significatif seulement chez les hommes, alors que Vasiliadis et al. [14] relèvent que le fait d'être sans partenaire est un facteur de risque significatif tant chez les hommes que chez les femmes âgés. En outre, les résultats des deux études indiquent que les ISDM sont associés à la dépression tant chez les hommes que chez les femmes âgés [14, 19]. Divers facteurs semblent influencer différemment le désir de mourir des hommes et des femmes âgés.

Objectif

L'objectif de la présente étude consistait à explorer les différences entre les sexes chez une population d'aînés ayant le désir de mourir. Les données utilisées provenaient de l'Enquête sur la Santé des aînés (ESA) qui visait à établir la prévalence des troubles

mentaux chez les aînés québécois, tout en permettant d'obtenir de l'information complémentaire sur différents aspects de leur vie. Des analyses secondaires ont été effectuées sur les données émanant de cette enquête. Plus spécifiquement, des analyses comparatives ont été effectuées sur diverses variables sociodémographiques, psychologiques, physiques et sociales afin d'acquérir une meilleure connaissance des facteurs distinguant les sexes chez les personnes manifestant le désir de mourir. L'exploration des données pourrait faciliter le développement d'interventions spécifiques à chaque sexe afin de diminuer le désir de mourir, augmenter le désir de vivre et ainsi prévenir le suicide chez les aînés.

Méthode

Participants

L'ESA a été réalisée en 2005-2006 auprès d'un échantillon probabiliste d'aînés francophones provenant des 16 régions administratives du Québec (Canada). Les participants, âgés de 65 ans et plus et vivant à domicile, ont été recrutés en utilisant une méthode de composition téléphonique aléatoire. L'échantillon a été stratifié selon la zone géographique, soit rurale, urbaine ou métropolitaine. Le taux de participation à l'enquête fût de 76 %. Les données ont été pondérées dans les analyses statistiques afin d'assurer une bonne représentation des aînés dans chaque région et dans chaque zone géographique [20]. L'échantillon pondéré comporte 2811 aînés, âgés de 65 à 96 ans ($M = 73,8$). La majorité des participants sont de sexe féminin (59,1 %), sont sans

partenaire (54,3 %), détiennent moins de 12 ans de scolarité (64,8 %) et disposent d'un revenu annuel inférieur à 25000\$ CDN (55,4 %).

Déroulement

Les données ont été recueillies par 20 professionnels de la santé travaillant pour une firme de sondage. Les interviewers ont contacté par téléphone des répondants potentiels afin de leur proposer de participer à l'enquête. Lorsque les répondants étaient intéressés, une lettre décrivant l'étude leur était envoyée et un rendez-vous était fixé pour la réalisation de l'entrevue. Une seule personne âgée était retenue par habitation. Les entrevues ont été réalisées au domicile des sujets moins de deux semaines suivant l'appel téléphonique et duraient en moyenne 90 minutes. Les répondants recevaient une compensation monétaire de 15\$ CDN pour leur implication à l'enquête. Un consentement écrit a été obtenu de chaque participant avant la réalisation de l'entrevue. Le *Mini-Mental State Examination* (MMSE) a été administré au tout début de l'entrevue afin d'exclure de l'échantillon les personnes qui pourraient avoir d'importantes difficultés à répondre avec précision aux questions de l'enquête. Les participants obtenant un score inférieur à 22, indiquant un problème cognitif modéré ou sévère [21], n'ont donc pas répondu aux autres questions de l'enquête. Par ailleurs, la procédure de recherche avait été préalablement autorisée par le Comité d'éthique de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Mesures

Certaines données sociodémographiques ont été recueillies auprès des participants de l'étude dont l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau de scolarité et le revenu annuel. Il est à noter que le terme « sexe » est privilégié dans cette recherche car il renvoie aux caractéristiques biologiques des individus (homme ou femme), une donnée recueillie par le biais de l'enquête, contrairement à la notion de « genre » qui renvoie plutôt aux rôles sociaux et qui n'a pas fait l'objet de l'investigation.

Le désir de mourir a été évalué par deux questions, soit une réponse affirmative à la question suivante: « Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une période d'au moins deux semaines, où vous avez souvent pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e)? » et une réponse négative à la question suivante : « Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une période d'au moins deux semaines, où vous avez sérieusement pensé à vous suicider ou à vous enlever la vie? ». Le choix de ces deux questions permet d'identifier uniquement les participants qui ont le désir de mourir sans les confondre avec ceux qui ont aussi des idéations suicidaires.

La santé mentale des participants a été mesurée par le Questionnaire diagnostique ESA (ESA-Q), développé par Prévaille et al. [20]. Le ESA-Q permet de vérifier la présence ou l'absence des principaux troubles mentaux au cours des 12 derniers mois précédant l'entrevue, à partir des critères diagnostiques du DSM-IV [22]. Pour la présente étude, seuls les diagnostics de dépression majeure et mineure ont été retenus

pour l'analyse des données. Puisque le désir de mourir est un des symptômes de la dépression, toutes les analyses multivariées ont été conduites en retirant ce symptôme de la cotation du diagnostic pour éviter l'effet de colinéarité. Il est à noter que tous les participants ont conservé le même diagnostic de dépression, et ce, même lorsque l'item sur le désir de mourir était retiré des critères diagnostiques.

Les tracas quotidiens sont des « embarras courants et répétitifs suscités par les demandes constantes qui caractérisent les transactions quotidiennes de l'individu avec son environnement » [23]. La présence de tracas a été mesurée par une version courte (30 items) de la traduction française (64 items) adaptée pour les personnes âgées [23] du *Daily Hassles Scale* [24]. Cette version courte présente une liste de 30 tracas quotidiens, tels que les problèmes liés à la famille, la santé, l'argent, la sécurité ou le transport. Les sujets devaient aussi évaluer la sévérité de chacun des tracas auxquels ils avaient dû faire face au cours du dernier mois sur une échelle de type Likert allant de 1 (*pas du tout sévère*) à 5 (*extrêmement sévère*). Un index de l'intensité du stress associé aux tracas est calculé en divisant la somme des scores de sévérité des 30 items par le nombre total d'items rapportés. Plus le score est élevé, plus l'intensité du stress quotidien de l'individu est élevée. Les données psychométriques disponibles auprès d'un échantillon d'aînés concernent principalement la version française à 64 items qui présente un coefficient de consistance interne de 0,90 et des coefficients de fidélité test-retest pour la fréquence et l'intensité des tracas quotidiens de 0,79 et de 0,60, respectivement [23]. L'Alpha de Cronbach pour la version à 30 items est de 0,88.

La qualité de sommeil a été évaluée en utilisant l'adaptation française [25] du *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI) [26]. Le PSQI évalue la fréquence et la sévérité d'une variété de problèmes de sommeil regroupés en sept composantes, soit la qualité subjective du sommeil, la difficulté à s'endormir, la durée du sommeil, l'efficacité du sommeil (temps passé au lit vs. temps de sommeil), les perturbations du sommeil (ronflement, cauchemars, douleur, nycturie, etc.), l'utilisation de médicaments psychotropes et les problèmes de fonctionnement durant la journée (sommolence et manque d'énergie durant le jour). Il est possible d'obtenir un score pour chaque composante ainsi qu'un score global variant de 0 à 21. Un score élevé indique une mauvaise qualité de sommeil. Un score de cinq ou plus établit la présence d'insomnie. La validation française du PSQI rapporte une consistance interne de 0,88 et une stabilité temporelle satisfaisante sur deux semaines ($r = 0,62$) [25].

Les participants ont également indiqué s'ils souffraient de certains des 15 problèmes de santé physique chroniques provenant de la liste de la Classification internationale des maladies (CIM-10). La perception subjective de la santé physique a aussi été évaluée par la question suivante: « Comparativement aux autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé physique est généralement *excellente* (1), *très bonne* (2), *bonne* (3), *moyenne* (4) ou *mauvaise* (5)? ». ».

Les questions sur la dimension sociale de la vie des participants ont été tirées de l'Enquête sociale et de santé [27]. Le soutien social perçu a été évalué à l'aide d'un indice constitué de trois questions portant sur la présence ou non d'un confident à qui parler de divers problèmes personnels, la présence de quelqu'un pouvant fournir une aide instrumentale et la présence de quelqu'un pouvant fournir un soutien émotionnel.

Le sentiment d'isolement social a été évalué par trois questions portant sur le sentiment d'être incompris, d'être seul et d'être distant des gens de son entourage. Les participants devaient répondre sur une échelle de type Likert: *presque toujours* (0), *la moitié du temps* (1), *presque jamais* (2). Par ailleurs, le sentiment d'utilité a été sondé par trois questions référant au sentiment de jouer un rôle important auprès de leurs enfants, des membres de leur fratrie, ou de leurs amis. Les participants indiquaient leurs réponses sur une échelle de type Likert variant de *jamais* (0) à *toujours* (4).

Deux indices ont également permis d'évaluer la présence de relations conflictuelles avec l'entourage. L'indice de relations conflictuelles avec les proches est composé de trois questions concernant le sentiment d'être critiqué par leurs enfants, leur fratrie ou leurs amis [28, 29]. Les participants devaient répondre sur une échelle de type Likert allant de *jamais* (0) à *toujours* (4). Quant à l'indice de relation conflictuelle avec le ou la conjoint(e), il quant à lui porte sur la fréquence des disputes. Les participants devaient répondre sur une échelle de type Likert allant de *jamais* (0) à *toujours* (5).

Résultats

L'analyse des données pondérées indique que 139 des 2811 participants ($M = 74,08$ ans, $ET = 2,06$) expriment le désir de mourir, soit une prévalence de 4,9 %. L'échantillon d'aînés ayant le désir de mourir (voir Tableau 1) est composé d'une majorité de femmes (71,9 %), de gens sans partenaire (68,1 %), détenant moins de 12 ans de scolarité (74,1 %) et disposant d'un revenu inférieur à 25 000\$ CDN (55,6 %). De plus, les participants rapportent avoir en moyenne quatre maladies chroniques ($M = 4,38$, $ET = 2,10$), plusieurs tracas quotidiens ($M = 10,84$, $ET = 8,37$) et des problèmes de sommeil ($M = 5,83$, $ET = 1,38$).

Les résultats montrent également que la prévalence du désir de mourir est de 3,4 % chez les hommes et de 6,0 % chez les femmes. Il n'existe pas de différence significative sur le plan de l'état civil, de la scolarité et du revenu entre les hommes et les femmes ayant le désir de mourir. Cependant, les résultats indiquent une différence significative au niveau de l'âge. La moyenne d'âge des hommes ayant le désir de mourir est significativement plus élevée que celle des femmes (75,79 ans vs. 73,40 ans). Par ailleurs, comparativement aux hommes ayant le désir de mourir, les femmes rapportent un nombre significativement plus grand de tracas quotidiens et un niveau de stress significativement plus élevé. Cependant, aucune différence significative n'a été relevée entre les sexes concernant la santé physique auto-rapportée, le nombre de maladies chroniques et la gravité des problèmes de sommeil.

Concernant la prévalence de la dépression, le Tableau 2 montre qu'il existe une différence majeure entre les sexes sur le plan du diagnostic et de la présence de symptômes. En effet, une proportion significativement plus élevée de femmes (82 %) que d'hommes âgés (46,2 %) ayant le désir de mourir souffre d'un trouble de dépression mineure ou majeure. De plus, significativement plus d'hommes (51,3 %) que de femmes (13 %) ne rapportent aucun symptôme de dépression malgré leur désir de mourir.

Tel que mentionné précédemment, les femmes font face à un plus grand nombre de tracasseries quotidiennes (12,25) que les hommes (7,25). Les inquiétudes liées au sentiment de sécurité semblent faire l'objet de disparité entre les sexes. En effet, les femmes âgées ayant le désir de mourir rapportent significativement plus d'inquiétudes en regard de l'idée qu'il n'y ait personne pour leur venir en aide en cas de besoin ($\chi^2 (1, n = 56) = 7,13, p = 0,008$) et en regard d'un voisinage bruyant et agressif ($\chi^2 (1, n = 36) = 5,03, p = 0,025$). Il n'y a aucune autre différence entre les sexes pour les autres types de tracasseries.

D'autre part, bien qu'aucune différence significative n'apparaisse relativement au nombre de maladies chroniques, certaines maladies sont significativement plus fréquentes chez l'un des deux sexes. Comme l'indique le Tableau 3, l'arthrite, les problèmes de dos, ainsi que les problèmes endocriniens sont des maladies significativement plus souvent observées chez les femmes âgées ayant le désir de mourir. Au contraire, l'anémie, les problèmes respiratoires, ainsi que les problèmes

urinaires, de prostate ou de reins sont significativement plus présents chez les hommes âgés qui expriment le désir d'être mort.

Par ailleurs, bien qu'aucune différence n'apparaisse pour le score global du PSQI, il existe des différences entre les sexes sur le plan de certaines composantes de la qualité du sommeil. Les femmes ayant le désir de mourir souffrent davantage d'une mauvaise qualité subjective du sommeil, d'une difficulté à s'endormir et d'une faible efficacité de sommeil (temps passé au lit vs. temps de sommeil), que leurs homologues masculins. À l'inverse, les perturbations du sommeil (ronflement, cauchemars, douleur, nycturie, etc.), semblent plus importantes chez les hommes âgés ayant le désir de mourir que les femmes.

En outre, aucune différence significative n'a été observée entre les hommes et les femmes ayant le désir de mourir sur le plan du soutien social perçu. En effet, la majorité des participants ayant le désir de mourir mentionnent avoir dans leur entourage un confident pour parler de divers problèmes (Femmes = 95,9 %, Hommes = 94,9 %), de même que la présence de gens pouvant assurer une aide instrumentale (Femmes = 83,5 %, Hommes = 72,5 %) ou un soutien émotionnel (Femmes = 92,9 %, Hommes = 94,9 %). Également, aucune différence entre les sexes n'a été observée en ce qui a trait à l'indice de relations conflictuelles avec les proches. Cependant, les résultats indiquent que les hommes âgés ayant le désir de mourir rapportent davantage de disputes au sein de leur couple ($t(42) = 2,16, p = 0,037$). Concernant le sentiment d'utilité auprès des

proches, les femmes âgées ayant le désir de mourir se sentent moins utiles que les hommes auprès de leurs enfants ($t(108) = 2,48, p = 0,015$), alors que les hommes âgés ayant le désir de mourir se sentent moins utiles que les femmes auprès de leurs amis ($t(120) = 3,80, p = 0,001$). Enfin, bien qu'aucune différence entre les sexes n'ait été relevée en regard du sentiment d'être seul ou isolé, les femmes âgées ayant le désir de mourir se sentent moins comprises que les hommes par les personnes significatives de leur entourage ($t(86) = 2,40, p = 0,019$), alors que les hommes âgés ayant le désir de mourir se sentent plus distants de leur entourage que les femmes ($t(136) = 2,35, p = 0,02$).

Outre les différences observées entre les hommes et les femmes ayant le désir de mourir ($n = 139$), des analyses additionnelles ont été effectuées avec l'échantillon complet de l'ESA ($N = 2811$), afin de comparer les répondants selon la présence ou l'absence de désir de mourir et ce, chez chaque sexe pris séparément. Étant donné le nombre restreint d'hommes ayant le désir de mourir, les analyses étaient limitées. Toutefois, les résultats ont montré que les femmes ayant le désir de mourir avaient significativement plus de tracas et un niveau de stress significativement plus élevé que les femmes n'ayant pas le désir de mourir. Aucune différence n'a été observée entre les hommes avec et sans désir de mourir sur ces variables. Également, aucune différence n'a été observée, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, entre les personnes avec et sans désir de mourir, en ce qui concerne le nombre de maladies chroniques, la dépression, l'état civil, et la santé physique.

Discussion

À la lumière des analyses, les résultats indiquent que la prévalence du désir de mourir est plus élevée chez les femmes âgées. Cette observation appuie les résultats des études antérieures [2, 7, 8, 10, 11, 15, 16]. Par ailleurs, l'absence de différences significatives entre les sexes chez les personnes âgées ayant le désir de mourir sur le plan de l'état civil, de la scolarité, du revenu, de la santé physique auto-rapportée et du soutien social a aussi été constaté dans les études antérieures sur le sujet [14, 19].

Certaines différences peuvent cependant être relevées entre les sexes. Tout d'abord, les résultats indiquent que les femmes âgées ayant le désir de mourir sont plus jeunes, rapportent un plus grand nombre de tracas quotidiens (notamment en lien avec un sentiment d'insécurité) et une plus grande intensité de stress, que les hommes. L'association relevée entre le désir de mourir et les maladies chroniques douloureuses chez les femmes appuie les résultats des études antérieures [14, 19]. Il est possible que les problèmes physiques, notamment les maladies chroniques douloureuses, présents chez une majorité des femmes âgées ayant le désir de mourir, influencent leur sentiment de vulnérabilité et leurs préoccupations face à certains dangers potentiels. Des études contrôlant ces facteurs seraient nécessaires pour vérifier l'effet médiateur du sentiment de fragilité et de l'intensité de la douleur sur le désir de mourir.

En revanche, les hommes âgés ayant le désir de mourir rapportent davantage de problèmes respiratoires, de problèmes du système urinaire ainsi que de problèmes d'anémie. La présence plus élevée d'anémie pourrait être révélatrice d'habitudes alimentaires moins saines des hommes âgés, spécialement chez ceux vivant sans conjointe puisque traditionnellement la préparation des repas étaient laissée aux femmes dans cette génération [30, 31]. D'autre part, il est possible que le désir de mourir des hommes souffrant de problèmes respiratoires et de problèmes du système urinaire soit révélateur d'une difficulté des hommes à faire face à certaines limites de leurs capacités physiques (ex: limites sur le plan sexuel dues à un problème de prostate ou limites de mobilité à cause des problèmes respiratoires). Cette hypothèse rejoint d'ailleurs la proposition de Rurup, Pasman et al. [3] selon laquelle le désir de mourir des aînés est influencé par une faible qualité de vie, conséquence du déclin associé au vieillissement ou d'une maladie chronique. La faible qualité de vie entraîne des incapacités à accomplir certaines activités de la vie quotidienne et une dépendance aux autres [18].

Par ailleurs, les troubles dépressifs, notamment la dépression majeure, semblent être considérablement plus fréquents chez les femmes âgées désirant mourir. Bien que les études antérieures relèvent des associations positives entre la dépression et les idéations suicidaires (incluant le désir de mourir) chez les deux sexes [14, 19], les résultats indiquent une absence de symptôme dépressif beaucoup plus importante chez les hommes aînés. Les raisons pouvant expliquer cette différence majeure entre les sexes sont à explorer puisque la présente étude ne permet pas de les identifier. Toutefois, il est

possible que la prévalence plus élevée des troubles dépressifs chez les femmes âgées reflète leur plus grande facilité à exprimer leur détresse psychologique et facilite l'obtention de soutien [10, 32], prévenant ainsi le passage à l'acte suicidaire. D'un autre côté, l'absence apparente de troubles dépressifs chez les hommes ayant le désir de mourir pourrait être expliquée par leur adhérence au rôle masculin traditionnel et à leur peur de la stigmatisation sociale qui engendrerait une faible expression de leur détresse [33, 34]. Il est également possible que les critères de dépression du DSM-IV ne permettent pas de détecter la dépression chez les hommes puisque celle-ci s'exprimerait sous d'autres formes [35]. En effet, les hommes âgés semblent moins susceptibles de rapporter les principaux symptômes diagnostiques de la dépression (tristesse, perte d'intérêt, etc.) et présenteraient plutôt leur souffrance sous forme de symptômes somatiques, de colère, ou de conflits interpersonnels [35].

En outre, la difficulté à s'endormir et la mauvaise qualité de sommeil semblent plus problématiques chez les femmes alors que ce sont les perturbations du sommeil qui sont plus importantes chez les hommes âgés. Il est fort possible que certains facteurs tels les tracasseries, le stress et la présence de problèmes douloureux puissent engendrer des problèmes de sommeil chez les femmes âgées, et ainsi les rendre plus vulnérables au désir de mourir. Dans le cas des hommes, leur nombre est trop réduit pour savoir quels types de perturbations sont principalement à l'origine de leurs problèmes de sommeil. Néanmoins, il est possible que les problèmes urinaires aient une influence sur les perturbations durant le sommeil (ex: besoin de se lever la nuit pour aller aux toilettes).

Selon les résultats de l'étude, les femmes ayant le désir de mourir se sentent moins comprises et moins utiles auprès de leurs enfants, alors que les hommes âgés se sentent plus détachés des gens et expriment le sentiment d'être inutiles pour leurs amis. Il est possible que ceci reflète l'importance accordée par les femmes âgées à la relation avec leurs enfants et à l'importance accordée par les hommes âgés à leurs relations amicales [36]. Ainsi, l'absence de réciprocité dans les relations privilégiées pourrait contribuer à la susceptibilité de développer le désir de mourir chez les aînés. En outre, les résultats indiquent que l'existence d'une relation conflictuelle au sein du couple soit davantage préjudiciable pour les hommes âgés. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les hommes âgés se fient principalement sur leur partenaire en cas de problèmes, contrairement aux femmes qui s'appuient sur un plus grand réseau social composé de leur partenaire, de leurs enfants et de leurs pairs [37]. Ainsi, en cas de problèmes, les hommes âgés ayant une relation de couple conflictuelle se retrouvent isolés.

Certaines limites en regard de la présente étude sont à relever. Tout d'abord, comme il s'agit d'une recherche exploratoire effectuée à partir de données existantes, le choix des variables était restreint à celles disponibles dans l'enquête. Par exemple, outre la dépression, aucune autre variable psychologique associée au désir de mourir n'a été étudiée. L'étude du sentiment de dépendance, du sentiment d'impuissance ou de l'anxiété aurait pu permettre de mieux comprendre les particularités de chaque sexe en regard du désir de mourir. L'ESA se limitait aussi aux problèmes de santé chroniques sans recenser

d'autres types de maladies physiques (cancer, problème cardiaque, etc.), ni leurs symptômes (intensité de la douleur, incontinence, etc.). Ainsi, bien que les résultats présentent des disparités entre les sexes sur certaines maladies chroniques, l'explication des différences demeure limitée puisque chaque problème de santé entraîne des symptômes et des conséquences particulières et chaque personne vit différemment les effets de sa maladie.

D'autre part, l'échantillon restreint d'hommes âgés ayant le désir de mourir limitait la possibilité d'effectuer certaines analyses. L'étude d'un échantillon plus large, comprenant plus d'hommes, pourrait aussi permettre d'étudier les différences entre les sexes en regard de la présence ou de l'absence du désir de mourir. Cela permettrait de nuancer les résultats tirés de cette étude en distinguant ce qui appartient au sexe, homme ou femme, de ce qui appartient à la situation, désir de mourir ou non.

Bien que l'évaluation du désir de mourir ne comporte qu'une question, ce qui limitait la validité du construit, l'étude a su exclure les idées suicidaires pour viser uniquement les facteurs associés à cette première étape du processus suicidaire afin de ne pas confondre les deux concepts, ce qui est rarement fait dans les études scientifiques. Par ailleurs, une équipe néerlandaise travaille présentement à l'élaboration d'un outil de mesure de ce concept qui comporte quatre dimensions du désir de mourir, soit les aspects positifs de mourir, les aspects positifs de vivre, les aspects négatifs de mourir et les aspects négatifs de vivre [3]. Tel que mentionné, le désir de mourir semble être un

concept multidimensionnel distinct des idéations suicidaires, bien que les deux attitudes puissent se chevaucher. En effet, bien qu'à leur âge, les aînés pensent naturellement à l'approche de la mort, le désir de mourir réfère plutôt à une envie et à une impatience de mourir, tandis que les idéations suicidaires impliquent une volonté de mettre fin par soi-même à sa vie [3, 18]. Le fait que le désir de mourir puisse être contrebalancé par le désir de vivre permet d'expliquer pourquoi un bon nombre d'hommes et de femmes âgés puissent penser à la mort, et même avoir le désir de mourir, sans pour autant penser au suicide. L'étude éventuelle des différences entre les sexes sur le plan des aspects positifs de vivre et des aspects négatifs de mourir pourrait permettre de mieux saisir les facteurs de protection du désir de mourir. Par exemple, il pourrait être intéressant d'examiner si les personnes n'ayant pas le désir de mourir s'impliquent davantage dans leur communauté ou si elles sont conscientes de l'impact de leur mort sur leur entourage, tout en vérifiant s'il y a des différences selon le sexe.

À la lumière des résultats, les interventions chez les hommes aînés ayant le désir de mourir pourraient miser sur l'acceptation des pertes inhérentes au vieillissement. Malheureusement, le manque de services en santé mentale et la réticence des hommes à se prévaloir d'un traitement en raison de la peur de la stigmatisation et du poids des normes sociales liées au genre masculin compliquent les possibilités de prévention [38]. À cet égard, une façon de les rejoindre est de passer par leur réseau social. Par exemple, l'implantation d'un programme de sentinelles pour les hommes âgés démontrant des signes de détresse, comme cela se fait présentement en regard du suicide, pourrait être

fort utile [39]. Les membres de l'entourage pourraient constituer des alliés importants afin de soutenir, accompagner et référer les hommes âgés à des ressources psychologiques. De plus, les attitudes négatives envers la santé mentale et le processus psychothérapeutique reflètent le besoin d'efforts psychoéducatifs auprès de la population âgée masculine [40]. Il semble y avoir une nécessité d'éduquer cette population sur les bénéfices potentiels de la psychothérapie et la démystification du processus psychothérapeutique.

Chez les femmes âgées ayant le désir de mourir, les interventions misant sur le sentiment de sécurité pourraient s'avérer pertinentes. Par exemple, les services d'appel téléphonique quotidien à domicile, comme les programmes PAIR ou Tele-check pourraient permettre de procurer un sentiment de sécurité à cette clientèle et des contacts réguliers avec le monde extérieur, tout en leur permettant de continuer à vivre dans la communauté [41]. De même, le désir de mourir semble lié au sentiment d'utilité et de réciprocité avec l'entourage chez les deux sexes. Cela rejoint les études sur la prévention du suicide chez les aînés qui suggèrent que les liens sociaux limités sont associés aux différentes dimensions de la suicidalité, mais que ceux-ci peuvent être renforcés par le biais d'interventions sociales, comme la psychothérapie de groupe ou les regroupements récréatifs ou artistiques [38]. Somme toute, la prévention du suicide peut se faire dès l'apparition du désir de mourir, soit avant même le développement d'idéations ou de comportements suicidaires. La prévention du suicide demeure une préoccupation sociale

qui nécessite la collaboration entre les chercheurs, les professionnels de la santé et les administrations gouvernementales.

Tableau 1

Différences sociodémographiques et de santé entre les hommes et les femmes ayant le désir de mourir (N = 139¹)

	Hommes (n = 39)		Femmes (n = 100)		Total (% / M)	χ^2 / test t	
	n	%	n	%			
État civil							
	Avec partenaire	14	35,9	30	30,3	31,9	0,40
	Sans partenaire	25	64,1	69	69,7	68,1	
Éducation							
	0-12 ans	26	66,7	77	77,0	74,1	1,56
	13 ans et +	13	33,3	23	23,0	25,9	
Revenu							
	< 25 000 \$	18	47,4	56	58,9	55,6	1,47
	25 000 \$ et +	20	52,6	39	41,1	44,4	
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
	Âge	75,79	6,70	73,40	5,90	74,08	2,06*
	Santé physique auto-rapportée ²	2,86	1,23	3,02	1,02	2,98	0,80
	Nombre de maladies chroniques	4,11	2,06	4,50	2,12	4,38	0,96
	Nombre de tracas quotidiens	7,25	7,97	12,25	8,14	10,84	3,28***
	Intensité du stress ³	2,34	0,74	2,88	0,82	2,73	3,49***
	Problèmes de sommeil ⁴	5,11	3,05	6,13	4,57	5,83	1,38

¹ Les données sont pondérées.

² 1 = Excellente, 5 = Mauvaise.

³ Plus le score est élevé, plus l'intensité du stress est élevée; valeur maximale de 5.

⁴ Un score de 5 ou plus établit la présence d'insomnie.

* $p \leq 0,05$. *** $p \leq 0,001$.

Tableau 2

Prévalence de la dépression chez les hommes et les femmes ayant le désir de mourir (N = 139)

	Hommes (n = 39)		Femmes (n = 100)		χ^2
	n	%	n	%	
Diagnostic de dépression					
Dépression majeure	18	46,2	72	72,0	8,21**
Dépression mineure	0	0,0	10	10,0	4,20*
Sous-total	18	46,2	82	82,0	17,86***
Symp. de dépression sans diagnostic	1	2,6	5	5,0	3,94
Aucun symptôme de dépression	20	51,3	13	13,0	22,71***

* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$. *** $p \leq 0,001$.

Tableau 3

Maladies physiques et problèmes de sommeil chez les hommes et les femmes ayant le désir de mourir (N = 139¹)

	Hommes (n = 39)		Femmes (n = 100)		χ^2
	n	%	n	%	
Maladies physiques ² (dl = 1)					
Pression artérielle	22	56,4	55	55,0	0,02
Arthrite/rhumatismes	9	23,1	70	70,0	25,18***
Problèmes cardiaques	13	33,3	26	26,0	0,75
Problèmes visuels	17	42,5	44	44,0	0,03
Problèmes de dos	6	15,4	48	48,5	12,87***
Problèmes digestifs	7	17,9	26	26,0	1,01
Problèmes endocriniens	4	10,0	29	29,0	5,73*
Diabète	5	12,5	16	16,0	0,28
Anémie	10	25,6	4	4,0	14,51***
Hypercholestérolémie	14	35,9	41	41,0	0,31
Problèmes respiratoires	19	48,7	24	24,2	7,81**
Problèmes de foie	1	2,6	6	6,0	0,69
Problèmes urinaires/de prostate/rein	18	46,2	16	16,0	13,81***

Tableau 3

Maladies physiques et problèmes de sommeil chez les hommes et les femmes ayant le désir de mourir (N = 139¹) (suite)

	Hommes (n = 39)		Femmes (n = 100)		χ^2
	n	%	n	%	
Problèmes de peau	8	21,1	20	20,2	0,01
Migraine/Maux de tête	4	10,3	16	16,0	0,75
Composantes du PSQI ³ (dl = 3)					
Mauvaise qualité subjective de sommeil	1	2,6	17	17,2	5,26*
Difficulté à s'endormir	4	10,0	39	39,0	11,29***
Durée du sommeil < 6 heures	5	14,3	13	14,8	0,01
Faible efficacité du sommeil	5	15,2	27	34,2	4,13*
Perturbations du sommeil	11	27,5	12	12,1	4,88*
Somnifères/hypnotiques	10	25,6	23	23,0	0,11
Mauvais fonctionnement durant la journée	1	2,6	11	11,0	2,53

¹ Les données sont pondérées.

² Les données réfèrent au nombre d'hommes ou de femmes qui souffrent de cette maladie et au pourcentage correspondant dans chaque groupe.

³ La difficulté est présente souvent ou très souvent.

* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$. *** $p \leq 0,001$.

Références

- [1] Skoog I, Aevarsson O, Beskow J, Larsson L, Palsson S, Waern M, et al. Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *The American Journal of Psychiatry*. 1996;153(8):1015-20.
- [2] Rao R, Denning T, Brayne C, Huppert FA. Suicidal thinking in community residents over eighty. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12(3):337-43.
- [3] Rurup ML, Pasman HR, Goedhart J, Deeg DJ, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Understanding why older people develop a wish to die: a qualitative interview study. *Crisis*. 2011;32:204-16.
- [4] Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine*, 2001;31:1181-91.
- [5] O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. *British Medical Journal*. 2004;329(7471):895-9.
- [6] Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*. 1974;124:460-9.
- [7] Ayalon L. The prevalence and predictors of passive death wishes in Europe: a 2-year follow-up of the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 Sep;26(9):923-9.

- [8] Barnow S, Linden M. Suicidality and tiredness of life among very old persons: results from the Berlin aging study (BASE). *Archives of Suicide Research*. 1997;3(3):171-82.
- [9] Scocco P, De Leo D. One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002 Sep;17(9):842-6.
- [10] Scocco P, Meneghel G, Caon F, Dello Buono M, De Leo D. Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001;189(4):210-8.
- [11] Yip PS, Chi I, Chiu H, Chi Wai K, Conwell Y, Caine E. A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Nov;18(11):1056-62.
- [12] Ayalon L, Shiovitz-Ezra S. The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *Int J Psychogeriatrics*. 2011;23:1677-85.
- [13] Ladwig KH, Klupsch D, Ruf E, Meisinger C, Baumert J, Erazo N, et al. Sex- and age-related increase in prevalence rates of death wishes and suicidal ideation in the community: results from the KORA-F3 Augsburg Study with 3,154 men and women, 35 to 84 years of age. *Psychiatry Res*. 2008 Nov 30;161(2):248-52.
- [14] Vasiliadis HM, Gagné S, Prévile M. Gender differences in determinants of suicidal ideation in French-speaking community living elderly in Canada. *International Psychogeriatrics*. 2012;24(12):2019-26.

- [15] Barnow S, Linden M, Freyberger HJ. The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly: results from the Berlin Aging Study (BASE). *Psychol Med.* 2004 May;34(4):741-6.
- [16] Lapierre S, Boyer R, Desjardins S, Dube M, Lorrain D, Preville M, et al. Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *Int Psychogeriatr.* 2012;24(2):243-52.
- [17] Mellqvist Fässberg M, Östling S, Braam A, Bäckman K, Copeland JM, Fichter M, et al. Functional disability and death wishes in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;20:1-8.
- [18] Rurup ML, Deeg DJ, Poppelaars JL, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis.* 2011;32:194-203.
- [19] Ladwig K-H, Klupsch D, Meisinger C, Baumert J, Erazo N, Schneider A, et al. Gender differences in risk assessment of death wishes and suicidal ideation in the community: results from the KORA Augsburg F3 Study with 3079 men and women, 35 to 84 years of age. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 2010;198(1):52-8.
- [20] Préville M, Boyer R, Grenier S, Dube M, Voyer P, Puntieri R, et al. The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Can J Psychiatry.* 2008 Dec;53(12):822-32.

- [21] Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the mini-mental state examination by age. *Journal of the American Medical Association*. 1993;269:2386-91.
- [22] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed.). Washington : APA, 1994.
- [23] Landreville P, Vézina J. A comparison between daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults. *Canadian Journal on Aging*. 1992;11: 137-49.
- [24] Kanner AD, Coyne JC, Schaefer C, Lazarus RS. Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*. 1981;4(1):1-39.
- [25] Blais FC, Gendron L, Mimeault V, Morin, CM. Évaluation de l'insomnie: validation de trois questionnaires. *L'Encéphale*. 1997;23:447-53.
- [26] Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989;28(2):193-213.
- [27] Institut de la statistique du Québec [En ligne]. *Enquête sociale et de santé 1998* [consulté le 2 juillet 2012]. Disponible : <https://www.stat.gouv.qc>
- [28] Umberson D, Chen MD, House JS, Hopkins K, Slaten E. The effect of social relationships on psychological well-being: are men and women really so different? *Am Sociol Rev*. 1996;61(5):837-57.

- [29] Zunzunegui MV, Beland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol.* 2001;30:1090-99.
- [30] Davis MA, Randall E, Forthofer RN, Lee ES, Margen S. Living arrangements and dietary patterns of older adults in the United States. *Journal of Gerontology.* 1985;40(4):434-42.
- [31] Drummond M, Smith J. Ageing men's understanding of nutrition: implications for health. *Journal of Men's Health & Gender.* 2006;3(1):56-60.
- [32] Drapeau A, Boyer R, Lesage A. The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *Journal of Behavioral Health Services & Research.* 2009;36(3):372-84.
- [33] Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist.* 2003;58:5-14.
- [34] Pederson EL, Vogel DL. Men's gender role conflict and their willingness to seek counseling: a mediation model. *Journal of Counseling Psychology.* 2007;54:373-384.
- [35] Hinton L, Zweifach M, Oishi S, Tang L, Unützer J. Gender disparities in the treatment of late-life depression: qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2006;14(10):884-92.
- [36] Roberto KA, Scott JP. Friendships of older men and women: exchange patterns and satisfaction. *Psychology and Aging.* 1986;1(2):103-9.

- [37] Miller M. *Suicide after sixty: the final alternative*. New York: Springer Publishing Company. 1979.
- [38] Mellqvist Fässberg M, Ven Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E. et al. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012;9:722-45.
- [39] Mishara BL. Des pratiques novatrices pour la prévention du suicide au Québec: Un défi de société. *Santé mentale au Québec*. 2003;2:111-25.
- [40] Segal DL, Coolidge FL, Mincic MS, O'Riley A. Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross sectional study. *Aging and Mental Health*. 2005;9:363-7.
- [41] De Leo D, Dello Buono M, Dwyer J. Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181:226-9.

Conclusion

L'étude réalisée dans le cadre de cet essai doctoral représentait un premier pas vers l'étude des facteurs distinctifs chez les hommes et les femmes âgés ayant le désir de mourir. Les analyses exploratoires ont permis de répondre à l'objectif de l'étude. En effet, les résultats ont relevés plusieurs différences notables entre les sexes sur diverses variables sociodémographiques, psychologiques, physiques et sociales. Par ailleurs, l'étude se voulait une contribution à l'élargissement des connaissances sur le désir de mourir en tant que concept différent des idéations suicidaires, et ce, auprès d'une population particulièrement à risque, celle des personnes âgées, puisque celles-ci font face à des pertes importantes dans différents domaines de leur vie. Il s'avère important de poursuivre les recherches afin de comprendre les raisons pouvant expliquer ces différences et faciliter le développement d'interventions spécifiques à chaque sexe pour diminuer le désir de mourir, augmenter le désir de vivre et prévenir le suicide chez les aînés.

Références

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, *58*, 5-14.
- Ayalon, L. (2011). The prevalence and predictors of passive death wishes in Europe: A 2-year follow-up of the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*, 923-929.
- Ayalon, L., & Shiovitz-Ezra, S. (2011). The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *International Journal of Psychogeriatrics*, *23*, 1677-1685.
- Barnow, S., & Linden, M. (1997). Suicidality and tiredness of life among very old persons: Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Archives of Suicide Research*, *3*, 171-182.
- Barnow, S., & Linden, M. (2000). Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis*, *21*, 171-180.
- Barnow, S., Linden, M., & Freyberger, H. J. (2004). The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly: Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Psychological Medicine*, *34*, 741-746.
- Bossé, C., Prévile, M., Vasiliadis, H.-M., Béland, S.-G., Lapierre, S., & Scientific Committee of the ESA Study. (2011). Suicidal ideation, death thoughts, and use of benzodiazepines in the elderly population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *30*, 1-13.
- Caine, E. D., & Conwell, Y. (2001). Suicide in the elderly. *International Clinical Psychopharmacology*, *16*, 25-30.
- Dennis, M., Baillon, S., Brugha, T., Lindesay, J., Stewart, R., & Meltzer, H. (2007). The spectrum of suicidal ideation in Great Britain: Comparisons across a 16-74 years age range. *Psychological Medicine*, *37*, 795-805.
- Dewey, M. E., Davidson, I. A., & Copeland, J. R. (1993). Expressed wish to die and mortality in older people: A community replication. *Age and Ageing*, *22*, 109-113.
- Forsell, Y. (2000). Death wishes in the very elderly: Data from a 3-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*, 135-138.

- Forsell, Y., Jorm, A. F., & Winblad, B. (1997). Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*, 108-111.
- Jorm, A. F., Henderson, A. S., Scott, R., Korten, A. E., Christensen, H., & Mackinnon, A. J. (1995). Factors associated with the wish to die in elderly people. *Age and Ageing*, *24*, 389-392.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 1-39.
- Kim, Y. A., Bogner, H. R., Brown, G. K., & Gallo, J. J. (2006). Chronic medical conditions and wishes to die among older primary care patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *36*, 183-198.
- Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, *57*, 87-94.
- Kuo, W. H., Gallo, J. J., & Tien, A. Y. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: The 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine*, *31*, 1181-1191.
- Ladwig, K.-H., Klupsch, D., Meisinger, C., Baumert, J., Erazo, N., Schneider, A., & Wichmann, H.-E. (2010). Gender differences in risk assessment of death wishes and suicidal ideation in the community: Results from the KORA Augsburg F3 Study with 3079 men and women, 35 to 84 years of age. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*, 52-58.
- Ladwig, K. H., Klupsch, D., Ruf, E., Meisinger, C., Baumert, J., Erazo, N., & Wichmann, H. E. (2008). Sex- and age-related increase in prevalence rates of death wishes and suicidal ideation in the community: Results from the KORA-F3 Augsburg Study with 3,154 men and women, 35 to 84 years of age. *Psychiatry Research*, *161*, 248-252.
- Landreville, P., & Vézina, J. (1992). A comparison between daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults. *Canadian Journal on Aging*, *11*, 137-149.
- Lapierre, S., Boyer, R., Desjardins, S., Dubé, M., Lorrain, D., Preville, M., & Brassard, J. (2012). Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *International Journal of Psychogeriatrics*, *24*, 243-252.
- Macdonald, A. J., & Dunn, G. (1982). Death and the expressed wish to die in the elderly: An outcome study. *Age and Ageing*, *11*, 189-195.

- Mellqvist Fässberg, M., Östling, S., Braam, A., Bäckman, K., Copeland, J. M., Fichter, M., ... & Waern, M. (2014). Functional disability and death wishes in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*, 1475-1482.
- Mellqvist Fässberg, M., Ven Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., ... & Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9*, 722-745.
- O'Connell, H., Chin, A.-V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *British Medical Journal*, *329*, 895-899.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, *124*, 460-469.
- Pederson, E. L., & Vogel, D. L. (2007). Men's gender role conflict and their willingness to seek counseling: A mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, *54*, 373-384.
- Pillow, D. R., Zautra, A. J., & Sandler, I. (1996). Major life events and minor stressors: Identifying mediational links in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, 381-394.
- Rao, R., Dening, T., Brayne, C., & Huppert, F. A. (1997). Suicidal thinking in community residents over eighty. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *12*, 337-343.
- Raue, P. J., Morales, K. H., Post, E. P., Bögner, H. R., Have, T. T., & Bruce, M. L. (2010). The wish to die and 5-year mortality in elderly primary care patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*, 341-350.
- Romans, S. E., Tyas, J., Cohen, M. M., & Silverstone, T. (2007). Gender differences in the symptoms of major depression disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*, 905-911.
- Rowe, J. L., Conwell, Y., Schulberg, H. C., & Bruce, M. L. (2006). Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*, 758-766.
- Rurup, M. L., Deeg, D. J., Poppelaars, J. L., Kerkhof, A. J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Wishes to die in older people: A quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis*, *32*, 194-203.

- Rurup, M. L., Pasma, H. R., Goedhart, J., Deeg, D. J., Kerkhof, A. J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: A qualitative interview study. *Crisis, 32*, 204-216.
- Scocco, P., & De Leo, D. (2002). One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*, 842-846.
- Scocco, P., Meneghel, G., Caon, F., Dello Buono, M., & De Leo, D. (2001). Death ideation and its correlates: Survey of an over-65-year-old population. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 210-218.
- Skoog, I., Aevarsson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M., ... & Ostling, S. (1996). Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *The American Journal of Psychiatry, 153*, 1015-1020.
- Vasiliadis, H.-M., Gagné, S., & Prévaille, M. (2012). Gender differences in determinants of suicidal ideation in French-speaking community living elderly in Canada. *International Psychogeriatrics, 24*, 2019-2016.
- Yip, P. S., Chi, I., Chiu, H., Chi Wai, K., Conwell, Y., & Caine, E. (2003). A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 1056-1062.

Appendice A
Normes de la Revue francophone de gériatrie et de gérontologie



RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

La *Revue francophone de Gériatrie et de Gériatologie* publie des articles concernant la médecine des personnes âgées et les soins qui leur sont donnés. Elle est diffusée auprès de 9 000 médecins généralistes, gériatres ou professionnels de santé paramédicaux concernés, qu'ils travaillent en ville, en hôpital ou en institution. L'objectif de la *Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatologie* est de publier des articles de formation clairs, bien documentés et orientés vers la pratique médicale et soignante, pouvant aider des professionnels à accroître leurs connaissances et à améliorer leur pratique. Ces articles doivent être conçus pour être lus et pour être utiles aux lecteurs, et pas seulement pour être écrits. Une présentation attractive, la clarté et la pertinence du ou des messages sont des éléments essentiels. La *Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatologie* est un journal à comité de lecture. Les manuscrits soumis pour publication à la *Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatologie* doivent être envoyés par email : s.squire@fr.oleane.com ou au Rédacteur en Chef par courrier postal (*Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatologie*, 8, rue Tronchet, 75008 Paris). Ce dernier prend l'avis de deux experts indépendants, membres ou non du Comité de Rédaction de la *Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatologie*. La décision d'accepter, de refuser, ou bien de demander une révision du manuscrit est prise par le Rédacteur en Chef et transmise aux auteurs 4 à 8 semaines après la réception de leur manuscrit. D'une façon générale, le manuscrit doit être dactylographié en double interligne et être accompagné d'une lettre attestant qu'il n'est pas simultanément soumis pour publication dans une autre revue. La première page doit indiquer le titre en français et en anglais, le nom et le prénom de chaque auteur, leurs adresses professionnelles, les mots clés et les résumés en français et en anglais, et les coordonnées de l'auteur désigné pour la correspondance avec la *Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatologie*. Les tableaux et les figures doivent être séparés du texte et accompagnés d'une légende. Sauf exception, il ne faut pas utiliser d'abréviation. Si cela est indispensable, les abréviations doivent être peu nombreuses, ne jamais concerner le titre ou les légendes, et toujours être clairement explicitées lors de leur première apparition. Les références bibliographiques doivent être rédigées selon le style de Vancouver (voir exemples ci-dessous). Les principaux types d'articles publiés par la *Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatologie* sont les suivants :

- **Éditorial** : Il s'agit d'un point de vue personnel sur un sujet d'actualité en gériatologie. Le texte ne doit pas dépasser 2 feuillets A4 et comporter moins de 5 références.
- **Mise au point** : Il s'agit d'une synthèse des connaissances sur un sujet concernant la médecine des personnes âgées. Le manuscrit doit comporter un résumé en français et en anglais. Il est important d'illustrer le propos par des tableaux et figures (schémas, photographies). Le nombre de références est limité à 40, et le manuscrit ne doit pas dépasser 14 feuillets A4, tout compris.

- **Articles originaux** : Il s'agit de manuscrits décrivant un travail de recherche ou une enquête. Leur plan comporte plusieurs parties : résumé en français et en anglais, introduction, méthodes, résultats, et commentaires. Il est important de proposer des figures ou tableaux pour faciliter la lecture des résultats. Le manuscrit ne doit pas dépasser 10 feuillets A4 et le nombre de références est limité à 30.

- **Cas clinique** : La *Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatologie* souhaite publier des cas cliniques, intéressants du fait de leur caractère didactique ou au contraire inhabituel. Les manuscrits de ce type doivent comporter une iconographie. Leur longueur est limitée à 5 feuillets A4 et le nombre de références à 5.

- **Aspects médico-sociaux** : Les manuscrits de ce type traitent d'aspects sociaux, au sens le plus large, pouvant concerner la médecine des personnes âgées. Il peut s'agir de synthèses concernant l'organisation du système de santé, certains aspects juridiques, éthiques, économiques ou encore sociologiques concernant la gériatologie. Ces manuscrits doivent comporter un résumé en français et en anglais. Ils ne doivent pas dépasser 10 feuillets A4 et peuvent comporter des références bibliographiques.

- **D'autres types de manuscrit peuvent être soumis pour publication.**

EXEMPLES DE LIBELLÉS DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Article avec nombre d'auteurs inférieur ou égal à 4 :

[1] FLUCKIGER L, BOMIN JM, QUILLIOT D, JEANDEL C, ZANNAD F. Differential effects of aging on heart rate variability and blood pressure variability. *J Gerontol Biol Sci*, 1999 ; 54 : 219-224.

Article avec nombre d'auteurs supérieur à 4 :

[2] CARMAN F, ELDERAG, WALLACE LA, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care : a randomised controlled trial. *Lancet*, 2000 ; 355 : 93-97.

Ouvrage :

[3] BELMIN J, ARNALBERTI F. *Les soins aux personnes âgées*. Paris : Masson, 1999.

Chapitre d'un ouvrage :

[4] MICHEL JP, HERMANN F, HUBER P, JANSSENS, PITTET D. Épidémiologie des infections chez les sujets âgés. In : Veyssier P, ed. *Infections chez les sujets âgés*. Paris : Ellipses, 1997:40-59.

Les références doivent être numérotées en fonction de leur ordre d'apparition dans le texte. Il ne faut pas citer de communication orale, ni de communications dans des congrès dont les résumés n'ont pas été publiés dans des revues ou livres. Les noms des revues ne disposant pas d'un libellé abrégé doivent être indiqués en toutes lettres.