

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
SYLVIE BERNIER

LA QUALITÉ DES RELATIONS INTERPERSONNELLES
CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AYANT LE DÉSIR DE MOURIR

MARS 2019

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.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Sylvie Lapierre, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Sylvie Lapierre, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Sophie Desjardins, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Thomas Saïas Ph.D.

Université du Québec à Montréal

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom de la directrice de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Lorsqu'une personne n'arrive pas à accepter les pertes que peut entraîner le vieillissement ou à s'y adapter, elle peut développer l'idée que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue et, éventuellement, le désir de mourir. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la prévalence du suicide est plus élevée chez les personnes âgées de 70 ans et plus. Étant donné que le désir de mourir est l'une des premières étapes du processus suicidaire, développer les connaissances sur les enjeux affectant ce segment de la population est primordial, entre autres en ce qui a trait aux aspects psychosociologiques de leur vécu. L'objectif de la présente recherche était de connaître les perceptions des personnes âgées de 65 ans et plus, exprimant le désir de mourir, à propos de la qualité des relations interpersonnelles qu'elles entretiennent avec leurs proches. L'analyse des données recueillies lors de l'Enquête sur la Santé des Aînés, auprès d'un échantillon probabiliste représentatif de la population vivant dans la communauté ($N = 2787$, $M = 73,8$ ans), a révélé que 39 hommes et 100 femmes avaient exprimé le désir de mourir, soit une prévalence de 5 %. Les résultats ont montré une différence significative entre les personnes ayant le désir de mourir et celles qui ne rapportaient pas un tel désir en ce qui a trait au genre, au statut matrimonial, au niveau de scolarité et au revenu. De plus, comparés aux participants qui n'exprimaient pas le désir de mourir, ceux qui rapportaient ce souhait affirmaient significativement plus souvent ne pas avoir de confident (surtout les hommes), avoir des conflits avec leurs enfants, se sentir isolés, ne pas avoir autant d'amis que souhaité, être distant avec les autres, passer la majorité de leur temps libre seuls, être insatisfaits de leur vie matrimoniale et sociale et ne pas appartenir à une association. Une

analyse de régression logistique a été effectuée pour vérifier si les variables sociodémographiques, la dépression et les variables sociales prédisent la présence du désir de mourir. Cette analyse a montré que le revenu, la présence d'un trouble dépressif au cours des douze mois précédents, être distant avec les autres et l'insatisfaction à l'égard de la vie sociale expliquaient 34 % de la variance du désir de mourir. Le modèle complet a permis de classer correctement 94,5 % des participants selon leur désir de mourir. Les résultats de la présente étude appuient la théorie interpersonnelle du suicide de Van Orden et al. (2010) qui considère que le désir de mourir est lié à un sentiment d'appartenance non comblé. Les études subséquentes devraient continuer à s'intéresser aux relations interpersonnelles et prendre en considération d'autres variables sociales, comme le sentiment d'être un fardeau pour autrui ou l'âgisme, pour expliquer le désir de mourir chez les personnes âgées.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	ix
Remerciements.....	x
Introduction générale	1
Conceptualisation du désir de mourir	4
Prévalence du désir de mourir et caractéristiques sociodémographiques	6
Relations sociales et bien-être psychologique	10
Relations interpersonnelles et désir de mourir.....	11
Théorie interpersonnelle du suicide	12
Relations sociales, dépression et désir de mourir	14
Statut matrimonial.....	15
Soutien social	16
Conflits.....	17
Isolement.....	17
Solitude	18
Objectif et hypothèses	19
Article scientifique. La qualité des relations interpersonnelles chez les personnes âgées ayant le désir de mourir.....	22
Résumé.....	24
Abstract	25
Conceptualisation du désir de mourir	29

Prévalence du désir de mourir et caractéristiques sociodémographiques	31
Relations sociales, dépression et désir de mourir	33
Objectif et hypothèses	35
Méthode	38
Déroulement.....	38
Participants.....	39
Instruments de mesure	41
Résultats	44
Discussion	53
Forces et limites	59
Recherches futures	60
Interventions	62
Références.....	65
Conclusion générale	75
Références générales.....	78

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Différences sociodémographiques entre les personnes âgées ayant ou non le désir de mourir (N = 2787).....40
- 2 Différences des perceptions des personnes âgées ayant ou non le désir de mourir à propos du soutien reçu et des relations avec les proches (N = 2787)....47
- 3 Différences entre les personnes âgées ayant le désir de mourir ou non sur les variables d'isolement et du réseau communautaire (N = 2787).....50
- 4 Résultats de la régression logistique52

Liste des figures

Figure

- 1 Modèle explicatif de l'origine et du développement du désir de mourir selon Rurup et al. (2011) [traduction libre]5
- 2 Modèle explicatif de l'origine et du développement du désir de mourir selon Van Orden et al. (2010) [traduction libre]..... 13
- 3 Modèle explicatif de l'origine et du développement du désir de mourir selon Van Orden et al. (2010) [traduction libre].....28
- 4 Modèle explicatif de l'origine et du développement du désir de mourir selon Rurup et al. (2011) [traduction libre]30

Remerciements

Un projet d'une telle envergure ne peut être mené à terme sans la contribution et le soutien de personnes exceptionnelles. J'ai eu le privilège d'être entourée par de telles personnes et je souhaite leur témoigner toute ma gratitude en soulignant à quel point leur patience et leur réconfort ont été d'une valeur inestimable pour moi. Tout d'abord, je souhaite exprimer 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 expertise, sa patience, sa disponibilité et ses encouragements. Son aide a été d'une valeur inestimable pour moi.

J'aimerais aussi témoigner mon appréciation aux membres du comité d'évaluation de ce travail qui, par leurs judicieux conseils, ont largement contribué à la qualité de l'essai dans sa version finale. Il s'agit de madame Sophie Desjardins, Ph.D. et de monsieur Thomas Saïs, Ph.D.

Je souhaite également témoigner à mes proches, en particulier à mon conjoint, à mes enfants et à mon amie Marie Lemaire, à quel point leur amour, leur écoute, leur soutien indéfectible et leur compréhension m'ont été précieux et indispensables pour persévérer dans les moments difficiles.

Finalement, je tiens à remercier le comité scientifique de l'étude ESA, et plus particulièrement monsieur Djamel Berbiche pour ses conseils sur le plan statistique. Cette étude a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (200403MOP).

Introduction générale

En 2009, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 14 % de la population canadienne et cette proportion continuera d'augmenter dans les années à venir (Statistique Canada, 2010). Ainsi, les personnes de 65 ans et plus représenteront plus du cinquième de la population en 2026 (Statistique Canada, 2011). Il est donc primordial de développer les connaissances quant aux enjeux affectant ce segment de la population, entre autres en ce qui a trait aux aspects psychosociologiques de leur vécu, et ce, afin de mieux cibler les interventions visant à réduire le risque suicidaire, en particulier le désir de mourir.

La vieillesse entraîne des changements dans divers aspects de la vie (Fiksenbaum, Greenglass, & Eaton, 2006; Jahn, Cukrowicz, Linton, & Prabhu, 2011). Malgré les pertes physiques et les deuils qui peuvent survenir avec le vieillissement, la plupart des personnes âgées ont la capacité de maintenir un niveau de bien-être psychologique élevé (Brummel-Smith, 2007; Heckhausen & Heckhausen, 2008; Kampfe, 2015; Pope & Tarlov, 1991; Rowe & Kahn, 1998). Les relations positives avec l'entourage constituent une dimension essentielle de ce bien-être (Akashi, 2012; Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Glasberg, Pellfolk, & Fagerström, 2014; Jopp & Rott, 2006; Mui, 2001; Newsom, Rook, Nishishiba, Sorkin, & Mahan, 2005; Pinquart & Sörensen, 2001; Ryff, 1989) et contribuent au vieillissement optimal chez les personnes âgées (Carstensen, 1993; Fung, Carstensen, & Lang, 2001; Ryff, 1989, 2014), entre autres, par le biais du soutien social. D'ailleurs, ce dernier est positivement corrélé avec la satisfaction face à la vie (Hsu &

Tung, 2010) et le bien-être psychologique chez les personnes âgées (Li, Fok, & Fung, 2011; Wong, Yoo, & Stewart, 2007). Inversement, lorsque la personne âgée est insatisfaite de ses relations sociales, son besoin fondamental d'appartenance peut être contrarié, ce qui peut l'amener à vivre de la dépression (Cheng, Lee, & Chow, 2010; Choi & Marks, 2008; Cummings, 2002; Fuller-Iglesias, 2015; Hank & Wagner, 2013; Holahan, Holahan, & Wonacott, 2001; Palombo, 2003, Pinquart & Sörensen, 2001; Van Dussen, 2006; Walker, Isherwood, Burton, Kitwe-Magambo, & Luszcz, 2013), et même à avoir le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue (Van Orden et al., 2010). Étant donné que le désir de mourir constitue la première étape du processus suicidaire, il est primordial d'y porter un intérêt particulier (Lapierre et al., 2012; Rurup et al., 2011).

Cet essai doctoral comporte trois sections : une introduction générale suivie d'un article scientifique, ainsi qu'une conclusion générale sur les résultats de la présente étude. Afin de bien cerner la problématique d'intérêt, l'introduction générale sera divisée en cinq parties. La première partie présentera la conceptualisation du désir de mourir, tandis que la deuxième traitera de sa prévalence et de ses liens avec diverses variables sociodémographiques. Dans la troisième partie, les relations sociales seront mises en relation avec le bien-être psychologique, alors que la quatrième abordera spécifiquement les liens qui existent entre les relations sociales, la dépression et le désir de mourir, ainsi que la théorie interpersonnelle du suicide. Finalement, la dernière partie exposera l'objectif et les hypothèses de la présente étude.

Conceptualisation du désir de mourir

Le désir de mourir est le thème principal de cet essai. Il se caractérise par le souhait et l'envie d'être mort. Chez la personne âgée, le désir de mourir peut s'exprimer par le souhait que « Dieu vienne la chercher » ou que « la maladie ou la mort l'emporte bientôt ». Il se différencie des pensées de mort qui réfèrent plutôt au fait de songer à sa mort à venir et de l'envisager. D'ailleurs, le thème de la mort et son anticipation sont des pensées fréquentes et normales au cours de la vieillesse. Toutefois, ces deux concepts ne doivent pas être confondus avec les idéations suicidaires qui représentent l'intention de mettre fin à ses jours, et dont le niveau de gravité est plus élevé que le désir de mourir sur le continuum du processus suicidaire.

Rurup et al. (2011) proposent un modèle permettant de mieux comprendre les facteurs impliqués dans le désir de mourir des personnes âgées. La Figure 1 présente ce modèle. Selon les auteurs, les événements impliquant des pertes significatives pour l'individu (relationnelles ou autres) ou encore l'accumulation de limitations physiques dues au vieillissement (déclencheurs) peuvent amener l'individu à percevoir un écart important entre sa situation actuelle (perte) et la situation désirée, ce qui peut susciter une intense frustration de la satisfaction de ses besoins. Si le soutien social, la personnalité ou les stratégies d'adaptation employées ne lui permettent pas de diminuer cet écart, la personne peut avoir le sentiment de perdre le contrôle sur sa propre vie. Cette situation entraîne l'apparition de l'impuissance et du désespoir.

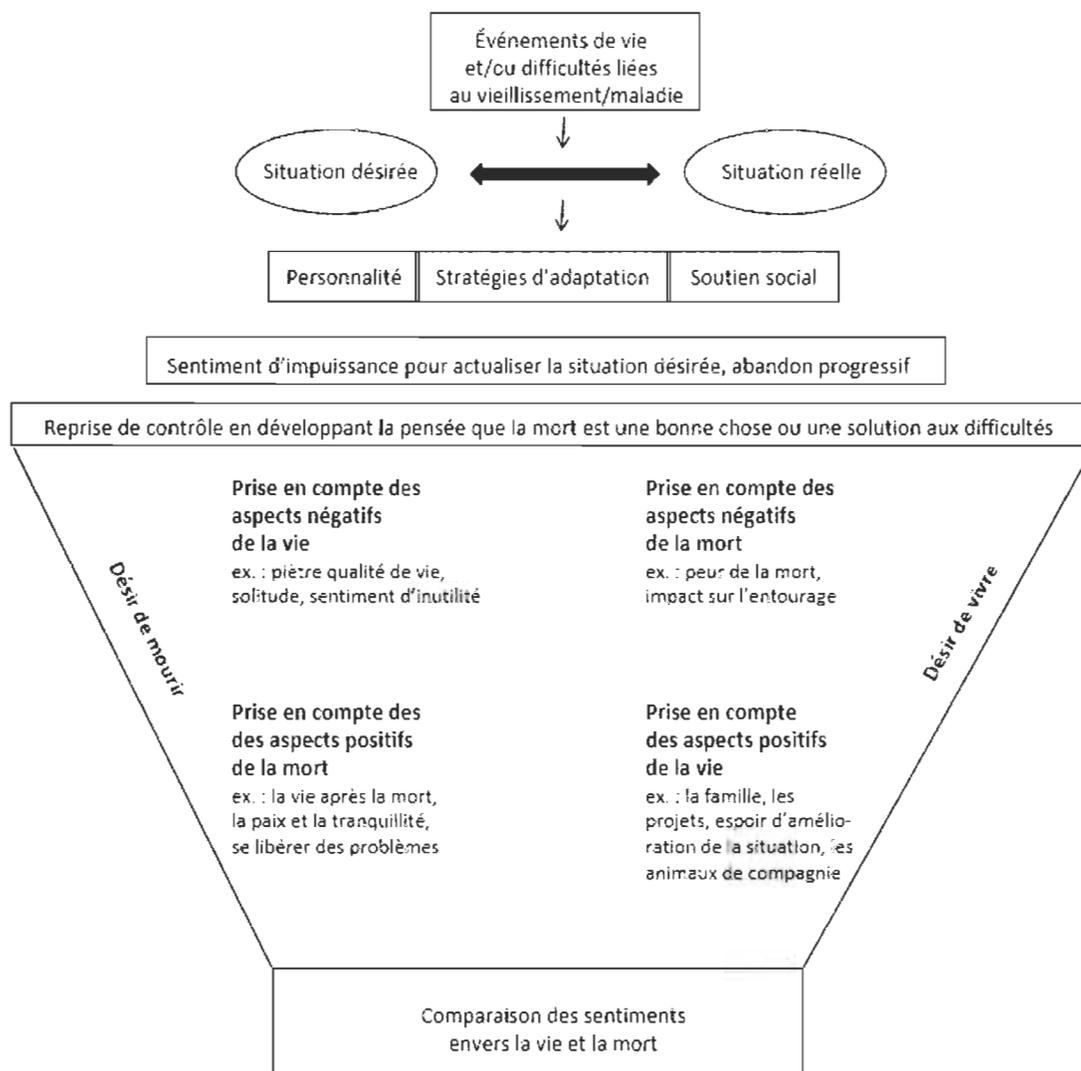


Figure 1. Modèle explicatif de l'origine et du développement du désir de mourir selon Rurup et al. (2011) [traduction libre].

Selon Rurup et al. (2011), la mort est envisagée comme une solution et une manière de récupérer le contrôle sur sa vie. Il faut noter que l'ambivalence entre la vie et la mort caractérise toute réflexion face à cette solution envisagée et, dans ce contexte, la personne évaluera 1) les aspects négatifs de la vie; 2) les aspects négatifs de la mort; 3) les aspects

positifs de la vie; et 4) les aspects positifs de la mort. La comparaison des différentes raisons de vivre et de mourir ne s'effectue pas de manière rationnelle, bien que cela puisse le sembler en apparence (Kennedy, 2010; Mackenzie & Popkin, 1990; Werth & Cobia, 1995), car la personne se base généralement sur ses émotions et sur de fausses croyances à propos de sa situation (Kennedy 2010; Werth & Cobia, 1995). Le désir de mourir se concrétisera si les aspects négatifs de la vie et les aspects positifs de la mort prédominent sur les aspects négatifs de la mort et les aspects positifs de la vie.

Prévalence du désir de mourir et caractéristiques sociodémographiques

Au Québec, bien que les taux de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus aient diminué au cours des trois dernières décennies, le nombre absolu de suicides dans ce groupe d'âge a augmenté de 40 % à cause du vieillissement de la population (Association québécoise de prévention du suicide, 2014). En 2015, le taux se situait à 12,5 par 100 000 personnes (Levesque, Gagné, Pelletier, & Perron, 2018). Cependant, il est près de quatre fois plus élevé chez les hommes (21,1) que chez les femmes (5,5), et touche particulièrement les hommes âgés de 80 ans et plus, où le taux atteint plus de 30 suicides par 100 000 (Association québécoise de prévention du suicide, 2014; Levesque et al., 2018).

Comparativement aux idéations suicidaires, le désir de mourir est plutôt fréquent chez les personnes âgées, avec une prévalence se situant généralement entre 4 et 7 %. Il faut noter que les prévalences varient selon la manière dont ce concept est mesuré, la période

temporelle à laquelle réfère la question, ainsi qu'en fonction des caractéristiques de l'échantillon, telles que l'âge, la santé mentale, le lieu de résidence ou la nationalité.

Ainsi, dans leur étude épidémiologique, menée en Allemagne, sur la suicidalité des personnes âgées vivant à domicile, Barnow et Linden (2000) ont constaté que 5,4 % des 516 hommes et femmes âgés de 70 ans et plus souhaiteraient être mort et que 1 % avait des idées de suicide. De leur côté, Scocco et De Leo (2002) ont observé dans un échantillon de 611 personnes de 65 ans et plus, vivant en Italie ou en Australie dans leur domicile, des prévalences de 4,2 % pour le désir de mourir et 2,1 % pour les pensées suicidaires. Par ailleurs, Yip et al. (2003) ont obtenu une prévalence de 6 % chez des personnes âgées de 60 ans et plus vivant en Chine, tandis que Rurup et ses collègues (2011) ont obtenu une prévalence de 3,4 % du désir de mourir, au cours de la semaine précédant les entrevues menées auprès de 1794 Néerlandais âgés de 58 à 98 ans.

Les études ayant mesuré la présence de la dépression ont obtenu des résultats similaires. Par exemple, dans une étude réalisée en Belgique et au Royaume-Uni, 4,1 % des personnes âgées de 62 à 89 ans, hospitalisées en psychiatrie, et présentant des troubles dépressifs et de l'anxiété, exprimaient le désir de mourir (Bonnewyn, Shah, Bruffaerts, & Demyttenaere, 2014). Par ailleurs, avec un échantillon provenant d'études de populations de 11 villes européennes, Mellqvist Fässberg et ses collègues (2014) ont établi que 6 % des 15 890 participants âgés de 65 à 104 ans, qui rapportaient des difficultés de fonctionnement et de la dépression, exprimaient le désir de mourir. Quant à l'étude de

Kim, Bogner, Brown et Gallo (2006), réalisée auprès de patients âgés américains traités par les services de santé primaires, la prévalence du désir de mourir était de 6,1 %. Par contre, une autre étude américaine a comparé le désir de mourir de 1202 personnes âgées de 60 ans et plus en fonction de leur niveau de dépression (Raue et al., 2010). Les auteurs ont trouvé des différences importantes entre chacun des groupes. En effet, ce désir était présent chez 7 % des gens n'ayant aucun symptôme dépressif, tandis que 11 % des gens présentant une dépression mineure et 29 % de ceux souffrant de dépression majeure rapportaient un tel désir (Raue et al., 2010).

Par ailleurs, tandis que de rares études n'ont montré aucun lien entre l'âge et la présence du désir de mourir chez les personnes âgées (Bartels et al., 2002; Lapierre et al., 2015; Yip et al., 2003), les résultats de la plupart des travaux de recherche ont plutôt observé que le désir de mourir était davantage présent chez les personnes les plus âgées de leurs échantillons respectifs (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Dennis et al., 2007; Forsell, Jorm, & Winblad, 1997; Heisel & Flett, 2016; Saïas, Beck, Bodard, Guignard, & Roscoät, 2012). Ainsi, dans l'étude longitudinale « Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE) », comportant un échantillon de 11 425 personnes, cet élément a été pris en compte et les chercheurs ont obtenu une prévalence de 4,6 % chez les répondants âgés entre 50 et 65 ans, 7,3 % chez ceux âgés entre 66 et 75 ans et 15,6 % chez ceux de plus de 75 ans (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011). Alors que les deux premiers groupes étaient comparables, les participants de 75 ans et plus avaient un score plus élevé d'isolement et moins d'années de scolarité, étaient majoritairement des femmes,

rapportaient plus de symptômes dépressifs et de maladies chroniques et vivaient davantage seuls.

D'autres études montrent que la prévalence est plus élevée chez les personnes très âgées. Au Royaume-Uni, la prévalence du désir de mourir était plus élevée chez les personnes de 80 ans et plus ($M = 86,1$ ans). De fait, Rao, Dening, Brayne et Huppert (1997) ont noté une absence du désir de vivre (au cours des deux dernières années) chez 5 % de leur échantillon ($N = 125$), un faible désir de vivre chez 11 %, un fort désir de mourir chez 16 % et un désir d'en finir chez 7 %. De même, dans une étude plus récente effectuée auprès de 269 personnes très âgées (97 ans et plus), vivant soit en institution ou dans la communauté, 10,5 % rapportaient avoir eu le désir de mourir au cours du mois précédent (Mellqvist Fässberg, Östling, Borjesson-Hanson, Skoog, & Waern, 2013). Finalement, chez des aînés évalués pour leurs besoins de soutien à domicile ou de soins en établissement de longue durée, Cheung, Edwards et Sundram (2017) ont établi la prévalence du désir de mourir à 9,5 % chez 3734 Néozélandais âgés entre 65 et 109 ans.

En ce qui a trait au genre, une étude récente, menée auprès de 173 participants âgés de 65 ans et plus, dont 71 % étaient des femmes, n'a montré aucune différence entre les genres pour la sous-échelle du *Geriatric Suicidal Ideation Scale* évaluant le désir de mourir (Heisel & Flett, 2016). Toutefois, les résultats de la majorité des recherches ont montré que ce désir est plus présent chez les femmes que chez les hommes âgés (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Barnow & Linden, 2000; Bartels et al., 2002; Dennis et al., 2007;

Émond-Provencher et al., 2018; Forsell et al., 1997; Ghazinour, Mofidi, & Richter, 2010; Lapierre et al., 2012, 2015; Rurup et al., 2011; Saïas et al., 2012; Scocco, Meneghel, Caon, Buono, & De Leo, 2001; Shah, Hoxey, & Mayadunne, 2000; Vasiliadis, Gagné, & Prévaille, 2012; Yip et al., 2003). Par exemple, avec l'échantillon de 11 425 participants de l'étude européenne SHARE, Saïas et ses collègues (2012) ont trouvé une prévalence du désir de mourir de 6,9 % chez les hommes et de 13,0 % chez les femmes. Néanmoins, il semble que les hommes exprimant le désir de mourir soient significativement plus âgés (75,8 ans) que les femmes (73,4 ans) (Émond-Provencher et al., 2018).

Relations sociales et bien-être psychologique

Il existe un lien clairement établi entre la qualité des relations interpersonnelles et le bien-être psychologique (Ryan & Willits, 2007). Par exemple, chez les personnes âgées, le fait de vivre avec leurs enfants, comparativement au fait de vivre seul, est associé à un plus grand bien-être psychologique, bien que cela semble apporter moins de satisfaction que de vivre avec un(e) conjoint(e) (Gee, 2000; Wang, Chen, & Han, 2014). Par ailleurs, la qualité de la relation conjugale, c'est-à-dire le fait que la relation soit empreinte de réciprocité, contribue au bien-être psychologique et à moins de dépression (Hank & Wagner, 2013).

Plusieurs autres aspects des relations sociales influencent le bien-être psychologique. Qu'il s'agisse de la qualité du soutien social, de la taille du réseau social (nombre d'enfants, nombre d'amis, etc.) ou de la fréquence des contacts avec les proches, le lien

existant entre ces différentes dimensions et le bien-être psychologique chez les personnes âgées est bien établi par les chercheurs (Akashi, 2012; Cummings, 2002; Fuller-Iglesias, 2015; Greenfield & Reyes, 2014; Jang, 2002; Jopp & Rott, 2006; Li et al., 2011; Pinquart & Sörensen, 2001; Van Dussen, 2006; Wong et al., 2007). Par exemple, certaines études montrent que les perceptions positives des personnes âgées à l'égard de la qualité du soutien social, instrumental ou émotionnel prédisent leur bien-être psychologique (Akashi, 2012; Cummings, 2002; Greenfield & Reyes, 2014; Jang, 2002; Wong et al., 2007) et sont associées à moins de dépression (Van Dussen, 2006; Wong et al., 2007). D'autres études indiquent également que la taille du réseau social est significativement associée au sentiment de bonheur chez les centenaires (Jopp & Rott, 2006), ainsi qu'à moins de symptômes dépressifs chez les personnes de 60 à 100 ans (Fuller-Iglesias, 2015). La fréquence et la qualité des contacts avec les proches prédisent le bien-être psychologique des personnes âgées (Akashi, 2012; Li et al., 2011; Pinquart & Sörensen, 2001). Des relations interpersonnelles satisfaisantes semblent donc avoir un effet bénéfique dans la vie des personnes âgées.

Relations interpersonnelles et désir de mourir

Cette section abordera tout d'abord la théorie interpersonnelle du suicide, puis présentera les liens qui existent entre les relations sociales, la dépression et le désir de mourir.

Théorie interpersonnelle du suicide

Van Orden et al. (2010) ont développé la théorie interpersonnelle du suicide afin d'expliquer et de prédire les idéations et les comportements suicidaires, létaux ou non. Cette théorie peut également permettre de mieux comprendre le désir de mourir. Elle sera donc brièvement explicitée ci-après, en mettant l'accent sur les variables sociales associées au désir de mourir. La Figure 2 présente les éléments de la théorie associés au désir de mourir et aux idéations suicidaires.

La théorie interpersonnelle du suicide stipule que les idéations suicidaires se développent en raison d'un besoin d'appartenance non comblé qui se manifeste dans les relations interpersonnelles par un sentiment de solitude et l'absence de relations réciproques. D'ailleurs, une étude a montré que l'appartenance contrariée est un prédicteur des idéations suicidaires, et ce, davantage chez les hommes que chez les femmes (Christensen, Batterham, Soubelet, & Mackinnon, 2013). De plus, le risque suicidaire est associé à l'isolement. Ainsi, Duberstein et ses collègues (2004) ont interrogé des proches de 86 personnes suicidées et des proches de 86 participants d'un groupe contrôle, équivalents sur les plans de l'âge, du genre, de la race et du lieu de résidence. Ils ont trouvé que les personnes suicidées étaient plus souvent célibataires et sans enfants, qu'elles étaient moins engagées dans la communauté et avaient peu d'interactions sociales. De leur côté, Turvey et ses collègues (2002) ont montré que l'absence d'un confident était associée au suicide chez leurs participants âgés. D'autres chercheurs ont observé que la présence de conflits familiaux ainsi que la solitude étaient liées au suicide chez leurs participants

âgés de 75 ans et plus (Waern, Rubenowitz, & Wilhelmson, 2003) et que ces mêmes variables constituaient les raisons par lesquelles des personnes âgées, hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide, expliquaient leur geste (Van Orden et al., 2015).

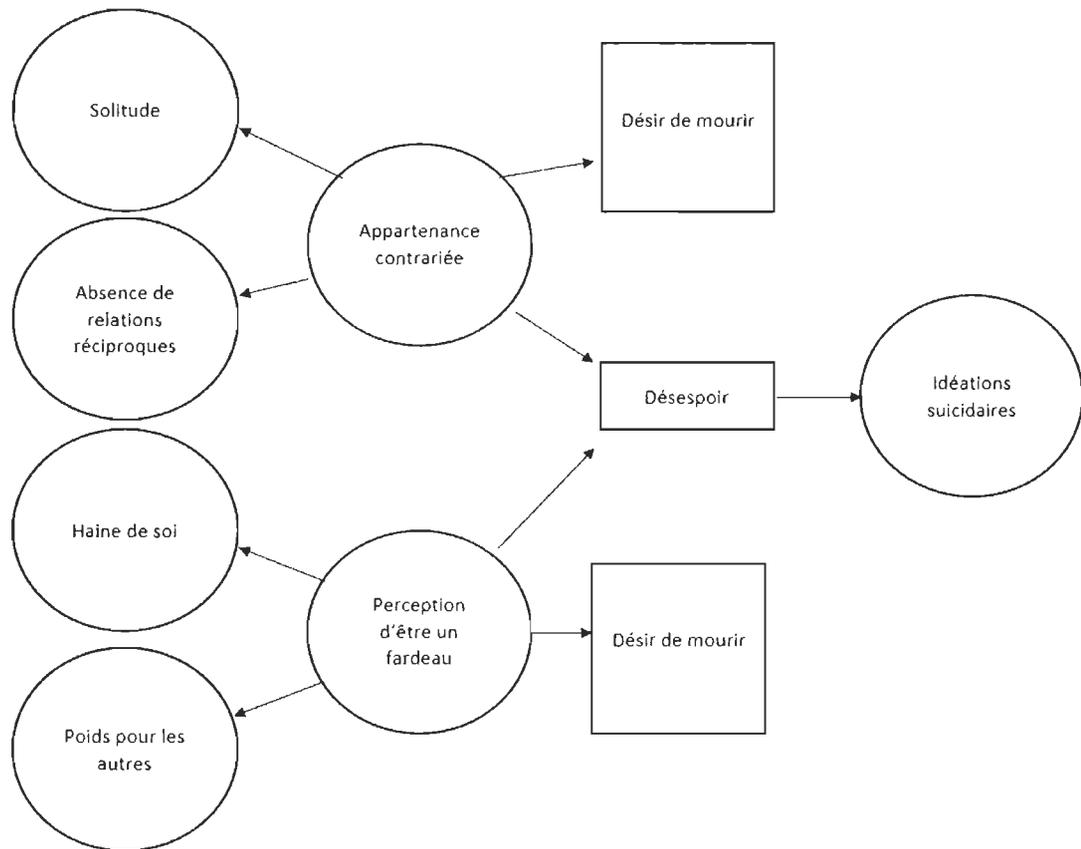


Figure 2. Modèle explicatif de l'origine et du développement du désir de mourir selon Van Orden et al. (2010) [traduction libre].

Selon Van Orden et al. (2010), la présence de maladies chroniques et d'incapacités peut entraîner la perception d'être un fardeau pour l'entourage. Le fonctionnement interpersonnel se caractérise alors par la croyance que le soi est tellement imparfait que l'individu est un poids ou une responsabilité pour les autres. Il se caractérise aussi par une

haine de soi qui peut amener la personne âgée à envisager le suicide pour soulager les personnes qui s'occupent d'elle. De fait, des études ont montré que le sentiment d'être un fardeau pour leur famille est une variable médiatrice de la relation entre la dépression et les idées suicidaires chez les personnes âgées (Cukrowicz, Cheavens, Van Orden, Ragain, & Cook, 2011; Jahn & Cukrowicz, 2011; Jahn et al., 2011). Par ailleurs, dans une étude menée auprès de participants âgés de 55 ans et plus, la perception d'être un fardeau pour l'entourage était associée significativement aux idéations suicidaires, et ce, même après avoir contrôlé pour les symptômes dépressifs, le désespoir et les limitations fonctionnelles (Cukrowicz et al., 2011). À l'inverse, le sentiment d'être utile à sa famille et à ses amis est associé de façon significative avec une plus faible probabilité d'avoir des pensées suicidaires (Rowe, Conwell, Schulberg, & Bruce, 2006).

Selon la théorie interpersonnelle du suicide, la présence simultanée d'un besoin d'appartenance contrarié et de la perception d'être un fardeau pour l'entourage entraîne, chez la personne, un sentiment de désespoir à l'égard de ses relations interpersonnelles et ceci est une cause proximale et suffisante de l'intention suicidaire (Van Orden et al., 2010). Il semble donc important d'étudier la qualité des relations interpersonnelles chez les personnes âgées ayant le désir de mourir.

Relations sociales, dépression et désir de mourir

Bien qu'il existe un lien reconnu entre le désir de mourir et la dépression ou d'autres troubles mentaux (Forsell, 2000; Lapierre et al., 2015; Raue et al., 2010; Rurup et

al., 2011), les difficultés dans les relations sociales sont aussi régulièrement associées à un faible bien-être psychologique, à la dépression et au désir de mourir chez les personnes âgées. D'ailleurs, une équipe de chercheurs a mené une recension systématique des publications sur les facteurs sociaux associés aux différentes étapes du processus suicidaire, dont le désir de mourir, chez les personnes âgées (Mellqvist Fässberg et al., 2012). Ces chercheurs ont répertorié des études portant sur différentes variables sociales telles que le statut matrimonial, le soutien social, les difficultés dans les relations, la solitude/l'isolement, la fréquence des contacts sociaux, l'intégration sociale et la satisfaction conjugale. Les résultats qui traitaient spécifiquement du désir de mourir et de la dépression (le désir de mourir est l'un des symptômes de ce trouble mental), dans la publication de Mellqvist Fässberg et al. (2012), seront résumés dans les différentes sections qui suivent et complétés par d'autres études pertinentes.

Statut matrimonial. En ce qui a trait à la vie matrimoniale, des chercheurs ont trouvé que, comparativement aux personnes mariées, les veufs et les veuves rapportent un plus faible degré de bonheur et moins de zeste dans leur vie, c'est-à-dire qu'ils ont moins d'énergie et de détermination pour tenter de nouvelles expériences et sont moins satisfaits de leur vie. Ils rapportent également plus de désespoir et de symptômes dépressifs que les personnes mariées (Glasberg et al., 2014; Hank & Wagner, 2013; Roff, Durkin, Sun, & Klemmack, 2007), particulièrement lorsqu'ils ont perdu leur époux ou leur épouse récemment (Winter, Lawton, Casten, & Sando, 2000). De plus, le manque de satisfaction conjugale est associé à la dépression chez les personnes âgées de 65 à 92 ans (Walker et

al., 2013). Par ailleurs, alors que seulement deux des études consultées par Mellqvist Fässberg et al. (2012) n'ont trouvé aucun lien entre le désir de mourir et le statut matrimonial (Barnow, Linden, & Freyberger, 2004; Bartels et al., 2002), les chercheurs observent généralement une prévalence accrue du désir de mourir chez les personnes célibataires, séparées, veuves ou divorcées et chez les personnes vivant seules (Ayalon, 2011; Burnette & Mui, 1997; Dennis et al., 2007; Émond-Provencher et al., 2018; Forsell et al., 1997; Ghazinour et al., 2010; Heisel & Flett, 2016; Jorm et al., 1995; Kim et al., 2006; Lapierre et al., 2012, 2015; Raue, Meyers, Rowe, Heo, & Bruce, 2007; Rurup et al., 2011).

Soutien social. La perception d'un manque de soutien social est corrélée avec la dépression (Cummings, 2002), tandis que la perception d'un soutien émotionnel inadéquat prédit les symptômes dépressifs (Palombo, 2003). Dans une étude portant sur les liens entre le soutien social et les idéations suicidaires, incluant le désir de mourir (ISDM), Rowe et al. (2006) ont observé que l'aspect objectif du soutien social, c'est-à-dire la présence ou l'absence d'un tel soutien, n'est pas associé avec les ISDM. En revanche, l'aspect subjectif, soit la perception d'un soutien social insuffisant, est associé de manière significative aux ISDM. Dans une autre étude, l'association entre la perception d'un soutien social insuffisant et le désir de mourir était davantage présente chez les femmes que chez les hommes (Dennis et al., 2007).

Conflits. Les relations difficiles semblent associées à un état de santé mentale amoindri (Kawachi & Berkman, 2001). Par exemple, deux études ont montré que, chez les personnes âgées de 65 et plus, les conflits familiaux et conjugaux étaient significativement associés à la dépression (Burnette & Mui, 1997; Choi & Marks, 2008). Parmi les études recensées par Mellqvist Fässberg et al. (2012), deux d'entre elles rapportent une association entre le désir de mourir et les difficultés dans les relations avec l'entourage (Yip et al., 2003), ou des conflits avec les personnes significatives, plus particulièrement lorsque le conflit a eu lieu au cours des trois années précédant l'étude (Rurup et al., 2011). De leur côté, Kim et al. (2006) ont observé une association significative entre le désir de mourir et un fonctionnement social réduit, c'est-à-dire que le désir de mourir interfère avec les activités sociales habituelles avec la famille, les amis et l'entourage.

Isolement. Un individu isolé est une personne dont le réseau social est de petite taille et qui a peu ou pas de contacts sociaux. Comme le mentionnent Rurup et ses collègues (2011), cette situation peut résulter d'un manque de disponibilité de l'entourage ou du décès des proches (amis, famille ou connaissances). Elle peut aussi être la conséquence d'un divorce difficile ou de tout autre type de conflit. Il peut également s'agir d'une difficulté de la personne à entrer en contact avec les autres. Néanmoins, quelle qu'en soit la cause, l'isolement diminue le bien-être psychologique (Cheng et al., 2010; Halleröd & Seldén, 2013; Pinquart & Sörensen, 2001). Par exemple, les gens qui estiment avoir peu de personnes avec lesquelles ils sont en contact de façon régulière (au moins une fois par

mois), de même que ceux qui expriment une insatisfaction à l'égard de leurs relations avec leurs amis et ceux qui participent à peu d'activités sociales rapportent plus de dépression (Cummings, 2002; Dennis et al., 2007; Forsell, 2000; Kim, Sangalang, & Kihl, 2012) et moins de satisfaction face à la vie (Fuller-Iglesias, 2015; Glasberg et al., 2014), ce qui peut, ultimement, mener au désir de mourir (Kim et al., 2012; Rurup et al., 2011). Inversement, dans les études recensées par Mellqvist Fässberg et al. (2012), la dépression et le désir de mourir diminuaient à mesure que le nombre d'amis proches augmentait ou que les contacts avec les amis ou les membres de la famille étaient plus fréquents (Bartels et al., 2002; Rowe et al., 2006; Rurup et al., 2011).

Solitude. Il est possible d'être isolé sans souffrir de solitude ou même d'apprécier les moments de solitude. Cependant, les personnes qui expriment un sentiment de solitude rapportent plus fréquemment un faible degré de bonheur, moins de zeste dans leur vie, et rapportent également plus de désespoir et de symptômes dépressifs (Glasberg et al., 2014; Ryan & Willits, 2007). La solitude est également associée au désir de mourir (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011) et à la présence d'idéations suicidaires (Vilhjalmsson, Kristjansdottir, & Sveinbjarnardottir, 1998). Par exemple, dans l'étude de Rurup et al. (2011), 70 % des personnes ayant le désir de mourir rapportaient également un sentiment de solitude.

Objectif et hypothèses

Malgré l'importance de connaître et de comprendre les facteurs en cause dans le développement du désir de mourir, peu d'études se sont penchées spécifiquement sur le lien qui existe entre la qualité des relations interpersonnelles et le désir de mourir chez les personnes âgées. Bien que certains facteurs sociaux aient déjà été étudiés, il est essentiel de porter attention à cette relation, puisque le désir de mourir constitue la première étape du processus suicidaire (Rurup et al., 2011).

L'objectif de la présente recherche était donc d'étudier le lien qui existe entre la qualité des relations interpersonnelles et la présence (ou l'absence) du désir de mourir, par le biais d'une analyse des données provenant de l'Enquête sur la Santé des Aînés (ESA) réalisée au Québec par une équipe de chercheurs du regroupement thématique Santé mentale du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement en 2005-2006. L'enquête comportait de l'information sur plusieurs variables sociodémographiques et sociales qui pouvaient permettre de répondre à l'objectif de l'étude. L'auteure du présent essai a pu accéder aux données recueillies et analyser celles portant spécifiquement sur le désir de mourir et la qualité des relations interpersonnelles. En plus du genre, du statut matrimonial et de l'âge, l'enquête incluait des questions sur le soutien émotionnel, le soutien instrumental, la taille du réseau, les conflits avec les proches, la perception d'isolement, la contrariété à propos du nombre de relations d'amitié souhaitées, la perception d'une attitude distante envers les gens, la satisfaction à l'égard de sa vie sociale, la participation à un réseau formel (associations) ou à des activités sociales, ainsi que la satisfaction

conjugale. Les analyses effectuées ont permis de comparer les personnes rapportant un désir de mourir à celles qui n'exprimaient pas ce souhait quant à leurs perceptions des différentes facettes de leurs relations avec l'entourage.

À partir de la recension des études présentées précédemment, il est possible d'émettre les hypothèses suivantes :

1. Il y aura une différence significative entre les genres quant à la présence du désir de mourir, c'est-à-dire que le désir de mourir sera davantage présent chez les femmes âgées que chez les hommes;
2. Il y aura une association significative entre le statut matrimonial et le désir de mourir, c'est-à-dire que le désir de mourir sera davantage présent chez les personnes sans partenaire que chez les personnes ayant un(e) partenaire;
3. Parmi les personnes ayant un(e) partenaire, le niveau de satisfaction conjugale sera plus faible chez celles qui ont un désir de mourir comparativement à celles qui n'expriment pas ce souhait;
4. Il y aura des différences significatives entre les personnes exprimant le désir de mourir et celles qui ne rapportent pas ce souhait pour chacune des dimensions des relations sociales étudiées. Comparativement aux personnes sans désir de mourir, les personnes ayant ce désir considéreront :
 - qu'elles n'ont pas de confident;
 - qu'elles ne reçoivent pas de soutien émotionnel ou d'affection;
 - qu'elles ne bénéficient pas d'un soutien instrumental suffisant;

- qu'elles sont en conflit avec les membres de leur entourage;
- qu'elles vivent de l'isolement et qu'elles se sentent seules;
- qu'elles sont insatisfaites de leur vie sociale.

Article scientifique

La qualité des relations interpersonnelles chez les personnes âgées
ayant le désir de mourir

**LA QUALITÉ DES RELATIONS INTERPERSONNELLES CHEZ LES
PERSONNES ÂGÉES AYANT LE DÉSIR DE MOURIR¹**

**QUALITY OF INTERPERSONAL RELATIONSHIPS AMONG OLDER
ADULTS WHO WISH TO DIE**

Sylvie BERNIER

Université du Québec à Trois-Rivières

sylvie.bernier@uqtr.ca

Sylvie LAPIERRE

Université du Québec à Trois-Rivières

sylvie.lapierre@uqtr.ca

¹ Article soumis à la *Revue québécoise de psychologie*.

Résumé

L'objectif de cette étude était de connaître, chez les personnes âgées exprimant le désir de mourir, leurs perceptions à propos de la qualité de leurs relations interpersonnelles. Les résultats ont montré que 5 % des participants rapportaient avoir le désir de mourir et qu'il existe des différences significatives avec ceux qui n'exprimaient pas ce souhait sur les plans sociodémographique et interpersonnel. Un faible revenu, la présence d'un trouble dépressif au cours des douze mois précédents, la perception d'être distant avec les autres et l'insatisfaction à l'égard de la vie sociale expliquent 34 % de la variance du désir de mourir. Le modèle final permet de classer adéquatement 94,5 % des participants selon leur désir de mourir. Les résultats de la présente étude appuient la théorie interpersonnelle du suicide de Van Orden et al. (2010) qui considère que le désir de mourir est lié à un sentiment d'appartenance non comblé. En plus de traiter la dépression, les interventions auprès des personnes âgées devraient viser l'augmentation des contacts sociaux en favorisant des suivis à long terme.

Mots-clés : Désir de mourir, personnes âgées, relations interpersonnelles, interaction sociale, réseau social, isolement

Abstract

The aim of this study was to look at the perceived quality of interpersonal relationships among older adults who wish to die. Results showed that 5% of participants expressed the wish to die, and that there were significant differences on sociodemographic and interpersonal variables with participants who did not wish to die. Low income, depression within the last 12 months, being distant toward others, and dissatisfaction with social life explained 34% of the variance of the wish to die. The final model adequately classified 94.5% of participants according to their wish to die. Results of the present study confirm Van Orden's et al. (2010) interpersonal theory of suicide which considers that the wish to die is associated to thwarted belongingness. In addition to treating depression, interventions for older adults should be designed to increase social skills and contacts through long-term follow-ups.

Keywords: Wish to die, elders, interpersonal relationships, social interaction, social network, isolation

Les personnes de 65 ans et plus représenteront plus du cinquième de la population en 2026 (Statistique Canada, 2011). Malgré les pertes physiques et les deuils qui peuvent survenir avec le vieillissement, la plupart des personnes âgées ont la capacité de maintenir un niveau de bien-être psychologique élevé (Brummel-Smith, 2007; Heckhausen & Heckhausen, 2008; Kampfe, 2015; Pope & Tarlov, 1991; Rowe & Kahn, 1998). Les relations positives avec l'entourage constituent une dimension essentielle de ce bien-être (Akashi, 2012; Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Fuller-Iglesias, 2015; Glasberg, Pellfolk, Fagerström, 2014; Greenfield & Reyes, 2014; Jopp & Rott, 2006; Li, Fok, & Fung, 2011; Mui, 2001; Newsom, Rook, Nishishiba, Sorkin, & Mahan, 2005; Pinquart & Sörensen, 2001; Ryff, 1989) et contribuent au vieillissement optimal chez les personnes âgées (Carstensen, 1993; Fung, Carstensen, & Lang, 2001; Ryff, 1989, 2014), entre autres, par le biais du soutien social (Li et al., 2011; Wong, Yoo, & Stewart, 2007), qui est d'ailleurs positivement corrélé avec la satisfaction face à la vie (Hsu & Tung, 2010). Toutefois, lorsque la personne âgée est insatisfaite de ses relations sociales, son besoin fondamental d'appartenance peut être contrarié, ce qui peut l'amener à vivre de la dépression (Cheng, Lee, & Chow, 2010; Choi & Marks, 2008; Cummings, 2002; Fuller-Iglesias, 2015; Hank & Wagner, 2013; Holahan, Holahan, & Wonacott, 2001; Palombo, 2003; Pinquart & Sörensen, 2001; Van Dussen, 2006; Walker, Isherwood, Burton, Kitwe-Magambo, & Luszcz, 2013), et même à avoir le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue (Van Orden et al., 2010). Étant donné que le désir de mourir constitue la première étape du processus suicidaire, il est primordial d'y porter un intérêt particulier (Lapierre et al., 2012; Rurup et al., 2011).

Van Orden et al. (2010) ont développé la théorie interpersonnelle du suicide afin d'expliquer et de prédire les idéations et les comportements suicidaires. La Figure 3 présente les éléments de la théorie qui sont pertinents pour la compréhension du désir de mourir. Cette théorie stipule que le désir de mourir et les idéations suicidaires se développent en raison d'un besoin d'appartenance non comblé qui se manifeste par un sentiment de solitude et l'absence de relations réciproques. De fait, plusieurs études ont démontré que le risque suicidaire est associé à l'isolement. Ainsi, Duberstein et ses collègues (2004) ont constaté que les personnes suicidées étaient plus souvent célibataires et sans enfants, qu'elles étaient moins engagées dans la communauté et avaient peu d'interactions sociales, comparativement à un groupe contrôle équivalent (âge, genre, race et lieu de résidence). Le risque suicidaire est également lié à l'absence de relations réciproques et bienveillantes. Par exemple, des chercheurs ont montré que l'absence d'un confident était associée au suicide chez leurs participants âgés (Turvey et al., 2002), et que la présence de conflits familiaux ainsi que la solitude étaient liées au suicide chez des personnes âgées de 75 ans et plus (Waern, Rubenowitz, & Wilhelmson, 2003). De plus, l'appartenance contrariée est un prédicteur des idéations suicidaires, et ce, davantage chez les hommes que chez les femmes (Christensen, Batterham, Soubelet, & Mackinnon, 2013).

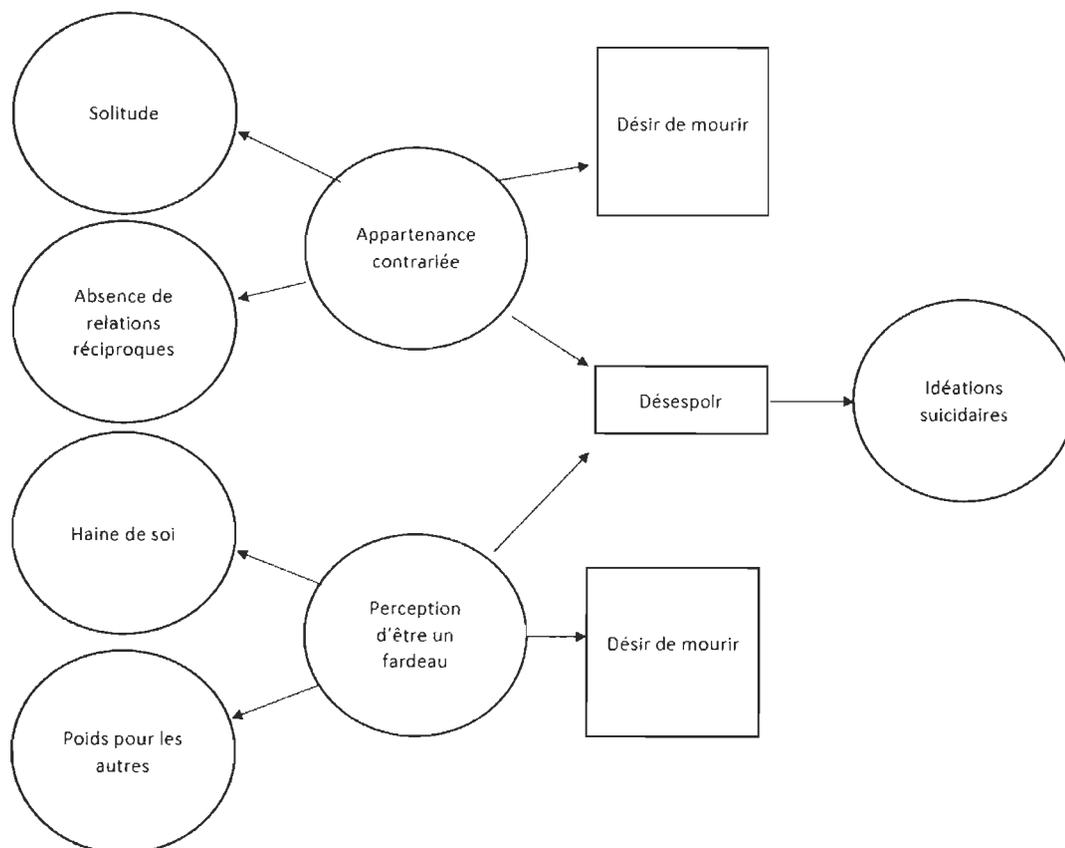


Figure 3. Modèle explicatif de l'origine et du développement du désir de mourir selon Van Orden et al. (2010) [traduction libre].

Par ailleurs, dans une étude menée auprès de participants âgés de 55 ans et plus, la perception d'être un fardeau pour l'entourage (caractérisée par une haine de soi et par la croyance que le soi est tellement imparfait qu'il est devenu un poids ou une responsabilité pour les autres) était associée significativement aux idéations suicidaires, et ce, même après avoir contrôlé pour les symptômes dépressifs, le désespoir et les limitations fonctionnelles (Cukrowicz, Cheavens, Van Orden, Ragain, & Cook, 2011). Cette

perception agit également comme une variable médiatrice de la relation entre la dépression et les idéations suicidaires (Jahn, Cukrowicz, Linton, & Prabhu, 2011).

La théorie interpersonnelle du suicide suggère que la présence simultanée d'un besoin d'appartenance contrarié et de la perception d'être un fardeau pour l'entourage entraîne, chez la personne, un sentiment de désespoir à l'égard de ses relations interpersonnelles et ceci est une cause proximale et suffisante de l'intention suicidaire (Van Orden et al., 2010). Toutefois, à notre connaissance, aucune étude n'a vérifié les liens possibles entre la qualité des relations interpersonnelles chez les aînés et le désir de mourir.

Conceptualisation du désir de mourir

Le désir de mourir se caractérise par le souhait et l'envie d'être mort. Chez la personne âgée, le désir de mourir peut s'exprimer par le souhait que « Dieu vienne la chercher » ou que « la mort l'emporte bientôt ». Il se différencie des pensées sur le thème de la mort qui sont normales au cours de la vieillesse et qui réfèrent plutôt au fait de songer à sa mort à venir et de l'envisager. Toutefois, ces deux premiers concepts ne doivent pas être confondus avec les idéations suicidaires qui représentent l'intention de mettre fin à ses jours et dont le niveau de gravité est plus élevé sur le continuum du processus suicidaire.

Rurup et al. (2011) proposent un modèle permettant de mieux comprendre les facteurs impliqués dans le désir de mourir des personnes âgées. La Figure 4 présente ce modèle. Selon les auteurs, les événements impliquant des pertes significatives pour l'individu

(relationnelles ou autres) ou encore l'accumulation de limitations physiques dues au vieillissement (déclencheurs) peuvent amener l'individu à percevoir un écart important entre sa situation actuelle (perte) et la situation désirée, ce qui peut susciter une intense frustration de ses besoins. Si le soutien social, sa personnalité ou les stratégies d'adaptation employées ne lui permettent pas de diminuer cet écart, la personne peut avoir le sentiment de perdre le contrôle sur sa propre vie. Cette situation entraîne l'apparition de l'impuissance et du désespoir.

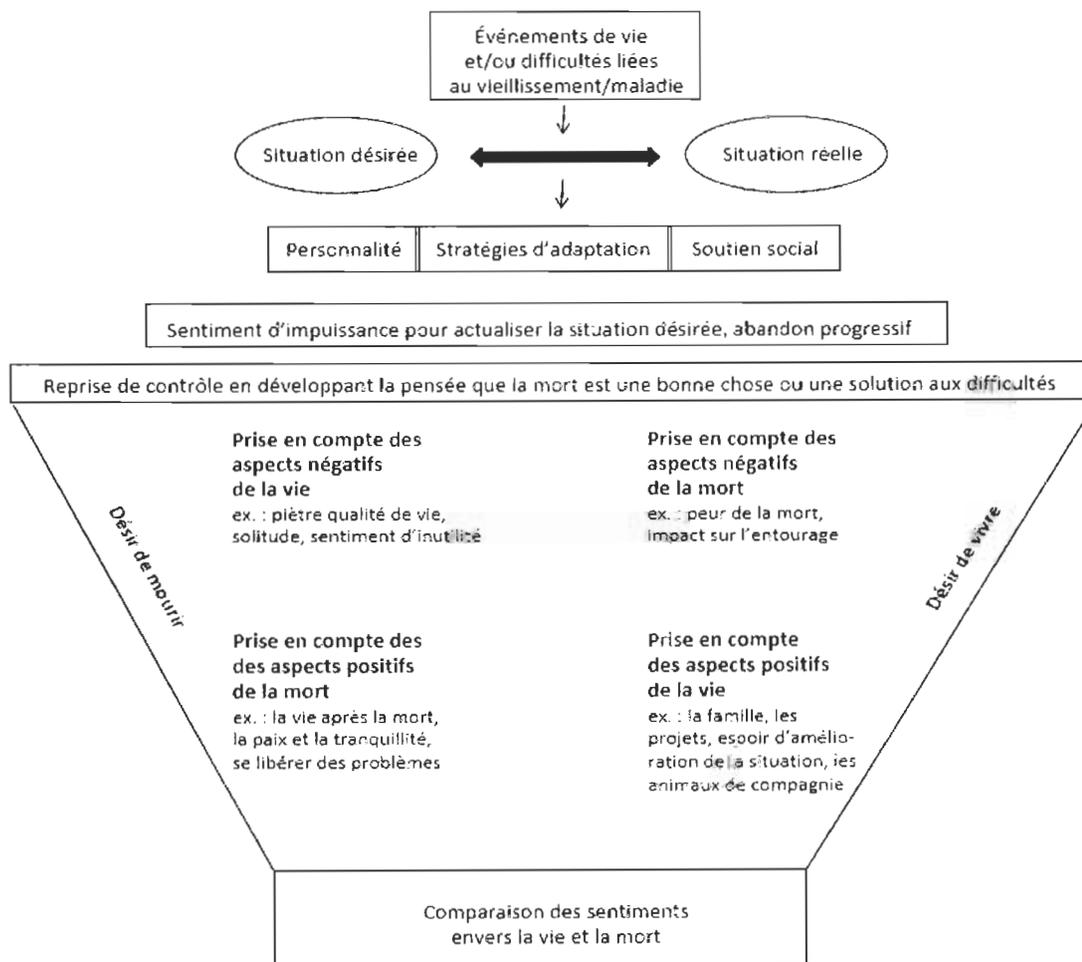


Figure 4. Modèle explicatif de l'origine et du développement du désir de mourir selon Rurup et al. (2011) [traduction libre].

Selon Rurup et al. (2011), la mort est envisagée comme une solution et une manière de récupérer le contrôle sur sa vie. Il faut noter que l'ambivalence entre la vie et la mort caractérise toute réflexion face à cette solution envisagée et, dans ce contexte, la personne évaluera 1) les aspects négatifs de la vie, 2) les aspects négatifs de la mort, 3) les aspects positifs de la vie et 4) les aspects positifs de la mort. La comparaison des différentes raisons de vivre et de mourir ne s'effectue pas de manière rationnelle, bien que cela puisse le sembler en apparence (Kennedy, 2010; Mackenzie & Popkin, 1990; Werth & Cobia, 1995), car la personne se base généralement sur ses émotions et sur de fausses croyances à propos de sa situation (Kennedy 2010; Werth & Cobia, 1995). Le désir de mourir se concrétisera si les aspects négatifs de la vie et les aspects positifs de la mort prédominent sur les aspects négatifs de la mort et les aspects positifs de la vie.

Prévalence du désir de mourir et caractéristiques sociodémographiques

Au Québec, bien que les taux de suicide chez les aînés de 65 ans et plus aient diminué au cours des trois dernières décennies, le nombre absolu de suicides dans ce groupe d'âge a augmenté de 40 % à cause du vieillissement de la population (Association québécoise de prévention du suicide, 2014). En 2015, le taux se situait à 12,5 par 100 000 personnes (Levesque, Gagné, Pelletier, & Perron, 2018). Cependant, au sein de ce groupe d'âge, le taux de suicide est près de quatre fois plus élevé chez les hommes (21,1) que chez les femmes (5,5), et touche particulièrement les hommes âgés de 80 ans et plus, où le taux atteint plus de 30 suicides par 100 000 (Association québécoise de prévention du suicide, 2014; Levesque et al., 2018).

Comparativement aux idéations suicidaires, le désir de mourir est plutôt fréquent chez les personnes âgées de 60 ans et plus, avec une prévalence se situant généralement entre 4 et 7 % (Barnow & Linden, 2000; Kim, Bogner, Brown, & Gallo, 2006; Scocco & De Leo, 2002; Yip et al., 2003). L'âge semble associé positivement à la prévalence du désir de mourir (Dennis et al., 2007; Forsell, Jorm, & Winblad, 1997; Heisel & Flett, 2016; Saïas, Beck, Bodard, Guignard, & Roscoät, 2012). Ainsi, dans l'étude longitudinale « Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE) », avec un échantillon de 11 425 personnes, les chercheurs obtenaient une prévalence de 4,6 % chez les répondants âgés entre 50 et 65 ans, 7,3 % chez ceux âgés entre 66 et 75 ans et 15,6 % chez ceux de plus de 75 ans (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011).

Avec un échantillon provenant d'études de populations de 11 villes européennes, Mellqvist Fässberg et ses collègues (2014) ont observé une prévalence du désir de mourir de 6 % chez les 15 890 participants âgés de 65 à 104 ans, qui rapportaient des difficultés de fonctionnement et de la dépression. D'autre part, chez des personnes âgées souffrant de dépression majeure, la proportion de celles rapportant avoir le désir de mourir était de 29 % (Raue et al., 2010).

Les résultats de la majorité des recherches montrent que ce désir est davantage présent chez les femmes que chez les hommes âgés (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Émond-Provencher et al., 2018; Lapierre et al., 2012, 2015; Rurup et al., 2011; Saïas et al., 2012; Scocco, Meneghel, Caon, Buono, & De Leo, 2001; Vasiliadis, Gagné, & Prévaille, 2012).

Néanmoins, les hommes exprimant le désir de mourir sont significativement plus âgés (75,8 ans) que les femmes (73,4 ans) (Émond-Provencher et al., 2018).

Relations sociales, dépression et désir de mourir

Bien qu'il existe un lien reconnu entre le désir de mourir et la dépression ou d'autres troubles mentaux (Forsell, 2000; Lapierre et al., 2015; Raue et al., 2010; Rurup et al., 2011), les difficultés dans les relations sociales sont aussi régulièrement associées à un faible bien-être psychologique, à la dépression et au désir de mourir chez les personnes âgées. D'ailleurs, une équipe de chercheurs a mené une recension systématique des publications sur les facteurs sociaux associés aux différentes étapes du processus suicidaire, dont le désir de mourir, chez les personnes âgées (Mellqvist Fässberg et al., 2012). Ces chercheurs ont répertorié des études portant sur différentes variables sociales telles que le statut matrimonial, le soutien social, les difficultés dans les relations, la solitude/l'isolement, la fréquence des contacts sociaux, l'intégration sociale et la satisfaction conjugale. Les résultats qui traitaient spécifiquement du désir de mourir et de la dépression (le désir de mourir est un des symptômes de ce trouble mental) seront résumés ci-dessous et complétés par d'autres études pertinentes.

En ce qui a trait au statut matrimonial, seulement deux des études consultées par Mellqvist Fässberg et al. (2012) ne rapportent aucun lien avec le désir de mourir (Barnow, Linden, & Freyberger, 2004; Bartels et al., 2002); les autres observent généralement une prévalence accrue du désir de mourir chez les personnes célibataires, séparées, veuves ou

divorcées et chez les personnes vivant seules (Ayalon, 2011; Dennis et al., 2007; Émond-Provencher et al., 2018; Ghazinour Mofidi, & Richter, 2010; Heisel & Flett, 2016; Kim et al., 2006; Lapierre et al., 2012, 2015; Raue, Meyers, Rowe, Heo, & Bruce, 2007; Rurup et al., 2011). Par ailleurs, comparativement aux personnes mariées, les veufs et les veuves expriment plus de désespoir et de symptômes dépressifs que les personnes mariées (Glasberg et al., 2014, Hank & Wagner, 2013; Roff, Durkin, Sun, & Klemmack, 2007), particulièrement lorsqu'ils ont perdu leur partenaire récemment (Walker et al., 2013; Winter, Lawton, Casten, & Sando, 2000).

De plus, il existe une relation significative entre la dépression et la perception d'un manque de soutien social (Cummings, 2002), tandis que la perception d'un soutien émotionnel inadéquat prédit les symptômes dépressifs (Palombo, 2003). Rowe, Conwell, Schulberg et Bruce (2006) ont observé que la perception d'un soutien social insuffisant est associée de manière significative aux idées suicidaires, incluant le désir de mourir. L'association entre la perception d'un soutien social insuffisant et le désir de mourir était davantage présente chez les femmes que chez les hommes dans l'étude de Dennis et al. (2007).

Les conflits familiaux (Burnette & Mui, 1997) et les conflits conjugaux (Choi & Marks, 2008) sont également associés à la dépression, alors qu'il existe un lien entre les difficultés dans les relations avec l'entourage et le désir de mourir (Kim et al., 2006; Yip et al., 2003). Par ailleurs, le sentiment d'être un fardeau pour leur famille est une variable

médiatrice de la relation entre la dépression et les idées suicidaires chez les personnes âgées (Cukrowicz et al., 2011; Jahn & Cukrowicz, 2011; Jahn et al., 2011).

Il faut souligner également que les gens qui estiment avoir peu de contacts, qui expriment une insatisfaction à l'égard de leurs relations avec leurs amis et qui participent à peu d'activités sociales rapportent plus de dépression (Cummings, 2002; Dennis et al., 2007; Forsell, 2000; Kim, Sangalang, & Kihl, 2012) et moins de satisfaction face à la vie (Fuller-Iglesias, 2015; Glasberg et al., 2014), ce qui peut, ultimement, mener au désir de mourir (Kim et al., 2012; Rurup et al., 2011).

Il est possible d'être isolé sans souffrir de solitude. Cependant, les personnes qui expriment un sentiment de solitude rapportent plus de désespoir et de symptômes dépressifs (Glasberg et al., 2014; Ryan & Willits, 2007). La solitude est également associée au désir de mourir (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Rurup et al., 2011).

Objectif et hypothèses

Peu d'études se sont penchées spécifiquement sur le lien qui existe entre la qualité des relations interpersonnelles et le désir de mourir chez les personnes âgées. Il est essentiel de porter attention à cette question, puisque le désir de mourir constitue la première étape du processus suicidaire (Rurup et al., 2011).

L'objectif de la présente recherche était donc d'étudier le lien qui existe entre la qualité des relations interpersonnelles chez les personnes âgées ayant ou non le désir de mourir, par le biais d'une analyse des données provenant de l'Enquête sur la Santé des Aînés (ESA), réalisée au Québec par une équipe de chercheurs du regroupement thématique Santé mentale du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement en 2005-2006. L'enquête comportait de l'information sur plusieurs variables sociodémographiques et sociales qui pouvaient permettre de répondre à l'objectif de l'étude. L'auteure du présent article a pu accéder aux données recueillies et analyser celles portant spécifiquement sur le désir de mourir et la qualité des relations interpersonnelles. La présente étude portera sur les caractéristiques sociodémographiques et sur les variables sociales telles que le soutien émotionnel, le soutien instrumental, la taille du réseau, les conflits avec les proches, la perception d'isolement, la présence d'une attitude distante envers les autres, la satisfaction à l'égard de sa vie sociale, la participation à un réseau formel (associations) et à des activités sociales, ainsi que la satisfaction conjugale. Plus précisément, il s'agira de comparer les personnes rapportant le désir de mourir à celles qui n'expriment pas ce souhait sur le plan de leurs perceptions de la qualité de leurs relations sociales.

À partir de la recension des études présentées précédemment, il est possible d'émettre les hypothèses suivantes :

1. Il y aura une différence significative entre les genres quant à la présence du désir de mourir, c'est-à-dire que le désir de mourir sera davantage présent chez les femmes âgées que chez les hommes;
2. Il y aura une association significative entre le statut matrimonial et le désir de mourir, c'est-à-dire que le désir de mourir sera davantage présent chez les personnes sans partenaire que chez les personnes ayant un(e) partenaire;
3. Parmi les personnes ayant un(e) partenaire, le niveau de satisfaction conjugale sera plus faible chez celles qui ont un désir de mourir comparativement à celles qui n'expriment pas ce souhait;
4. Il y aura des différences significatives entre les personnes exprimant le désir de mourir et celles qui ne rapportent pas ce souhait pour chacune des dimensions des relations sociales étudiées. Comparativement aux personnes sans désir de mourir, les personnes ayant ce désir considéreront :
 - qu'elles n'ont pas de confident;
 - qu'elles ne reçoivent pas de soutien émotionnel ou d'affection;
 - qu'elles ne bénéficient pas d'un soutien instrumental suffisant;
 - qu'elles sont en conflit avec les membres de leur entourage;
 - qu'elles vivent de l'isolement et qu'elles se sentent seules.

Méthode

Déroulement

L'Enquête sur la Santé des Aînés (ESA) a été menée auprès d'un échantillon probabiliste de personnes âgées francophones provenant de 16 régions administratives du Québec (Canada). Cette enquête visait à établir la prévalence des troubles mentaux chez les personnes âgées québécoises (Prévillie et al., 2008). Les participants devaient être âgés de 65 ans ou plus et résider dans leur domicile. Ils ont été recrutés à l'aide d'une méthode de composition téléphonique aléatoire. Le taux de participation a été de 76 %.

La cueillette des données a été effectuée par 20 professionnels de la santé affiliés à une firme de sondage. Ces derniers ont contacté les répondants potentiels par téléphone afin de leur offrir de participer à l'enquête. Une lettre explicative décrivant les objectifs de l'étude et la tâche des participants a été expédiée aux candidats ayant manifesté leur intérêt et une rencontre était ensuite prévue pour procéder à l'entrevue. Une seule personne âgée par ménage a été incluse dans l'étude. Les entrevues, d'une durée approximative de 90 minutes, ont été effectuées au domicile des participants, dans un délai de deux semaines suivant l'appel téléphonique. Les personnes ont reçu un dédommagement monétaire de 15 \$ CDN pour leur participation à l'étude et elles ont donné leur consentement par écrit avant le début de l'entrevue. Le *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) a d'abord été administré à tous les participants afin de s'assurer qu'aucun d'entre eux ne présentait des difficultés notables pour répondre adéquatement aux questions de l'enquête. Un score inférieur à 22, indiquant un problème

cognitif modéré ou sévère (Crum, Anthony, Basset, & Folstein, 1993), entraînait une exclusion de l'étude. Finalement, il est à noter que la procédure de recherche a été autorisée par le Comité d'éthique de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Participants

L'échantillon a été stratifié par zones géographiques, c'est-à-dire rurale, urbaine ou métropolitaine. Les données ont été pondérées afin d'assurer une représentation adéquate des personnes âgées dans chaque région et dans chaque zone géographique. L'échantillon final pondéré était constitué de 2787 personnes âgées de 65 à 96 ans ($M = 73,8$; $ET = 6,05$), dont 59 % étaient des femmes et 41 % des hommes (voir Tableau 1). Plus de la moitié de l'échantillon (53,9 %) était composé de personnes sans partenaire (32,7 % veufs; 13,2 % séparés/divorcés et 8 % célibataires) et 46,1 % avec partenaire. Environ 60,1 % cumulaient moins de 12 années de scolarité, tandis que les deux tiers des participants (65,5 %) disposaient d'un revenu inférieur à 35 000 \$ CDN.

Tableau 1

Différences sociodémographiques entre les personnes âgées ayant ou non le désir de mourir (N = 2787)

		Désir de mourir <i>n</i> = 139		Sans désir de mourir <i>n</i> = 2648		Total (%/M)	X^2 /test <i>t</i>	<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Genre	Hommes	39	28,1	1103	41,7	41,0	10,10	0,001
	Femmes	100	71,9	1545	58,3	59,0		
État civil	Avec partenaire	44	31,9	1236	46,9	46,1	11,85	0,001
	Sans partenaire	94	68,1	1401	53,1	53,9		
Éducation	0-12 ans	69	75,8	997	59,2	60,1	9,03	0,003
	≥ 13 ans	22	24,2	687	40,8	39,9		
Revenu (\$ CND)	< 35 000 \$	102	76,7	1560	64,9	65,5	7,77	0,005
	≥ 35 000 \$	31	23,3	844	35,1	34,5		
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne		
Âge		74,1	6,02	73,8	6,04	73,8	0,60	0,547

Instruments de mesure

Le désir de mourir a été mesuré par le biais de la question « Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une période d'au moins deux semaines, où vous avez pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e)? » Les participants répondaient par « oui » ou « non ». Afin de s'assurer que le désir de mourir ne serait pas confondu avec les idées suicidaires, une question supplémentaire était posée aux répondants : « 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? ». Les participants ($n = 139$) ayant répondu « oui » à la première question et « non » à la seconde ont été considérés comme présentant un désir de mourir « pur », c'est-à-dire qu'ils ne présentaient pas d'idées suicidaires. Les participants présentant des idées suicidaires ont été retirés des analyses.

L'ESA évaluait l'état de santé mentale des répondants à l'aide du Questionnaire diagnostique ESA (Préville et al., 2008). Ce questionnaire fournissait un diagnostic des troubles psychiatriques majeurs à partir des critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), pour une période de 12 mois précédant l'entrevue. Pour les besoins de la présente étude, seuls les diagnostics de dépression majeure ou mineure ont été considérés afin de tenir compte de la présence de cette problématique dans l'analyse des données.

Dans l'ESA, plusieurs questions ont servi à mesurer la perception des participants à propos de la qualité de leurs relations interpersonnelles. Elles ont été tirées de l'Enquête sociale et de santé réalisée quelques années auparavant (Institut de la statistique du Québec, 1998). Afin de vérifier si les participants bénéficiaient de la présence d'un confident et de soutien émotionnel, l'ESA a utilisé les deux questions suivantes : « Y a-t-il dans votre entourage quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes (argent, transport, etc.)? » et « Y a-t-il dans votre entourage quelqu'un de qui vous vous sentez proche et qui vous démontre de l'affection (de qui vous pouvez obtenir de l'aide pour combattre votre découragement; qui vous offre sa compagnie)? » Quant au soutien instrumental, il a été évalué à l'aide de la question suivante : « Y a-t-il dans votre entourage quelqu'un qui vous aide si vous êtes mal pris(e)? ». Les participants répondaient à ces trois questions par « oui » ou par « non ». Finalement, un indice de la taille du réseau social a été calculé en additionnant le nombre de personnes composant l'entourage des participants (enfants, fratrie, amis). Afin de connaître le niveau de satisfaction des participants quant à la taille de leur réseau amical, l'ESA a utilisé la question « Avez-vous le sentiment de ne pas avoir autant de relations d'amitié que vous le désirez? ». Les participants devaient répondre sur une échelle de type Likert en choisissant entre *Presque toujours* (1), *La moitié du temps* (2) ou *Presque jamais* (3).

Trois questions ont permis de mesurer la présence de conflits avec l'entourage. Elles étaient formulées de la façon suivante : « Sentez-vous que [vos enfants] [vos frères et sœurs] [vos amis] vous critiquent ou vous désapprouvent dans ce que vous dites ou

faites? » Les participants devaient déterminer à quelle fréquence cela se produisait à l'aide d'une échelle de type Likert allant de *Jamais* (1) à *Toujours* (5).

Quatre questions ont servi à mesurer les perceptions des participants sur l'isolement et la solitude. D'abord, la question « Comment diriez-vous que vous avez passé votre temps libre au cours des six derniers mois? ». Les répondants avaient trois choix de réponses : (1) *presqu'entièrement seul ou plus de la moitié du temps seul*; (2) *moitié seul, moitié avec d'autres* et (3) *plus de la moitié du temps avec d'autres ou presqu'entièrement avec d'autres*. Ils ont également été invités à répondre à ces trois questions : « Vous sentez-vous seul, isolé? », puis « Avez-vous le sentiment d'avoir été isolé toute votre vie? », et finalement, « Êtes-vous distant envers les gens? », questions auxquelles ils devaient répondre en choisissant entre *Presque toujours* (1), *La moitié du temps* (2) ou *Presque jamais* (3).

Les participants devaient également qualifier leur satisfaction à l'égard de leur vie sociale en répondant à la question « Comment trouvez-vous votre vie sociale (vos relations avec les autres)? » en utilisant une échelle de type Likert allant de *Très satisfaisante* (1) à *Très insatisfaisante* (5).

La présence d'un réseau communautaire a été vérifiée par les questions « Appartenez-vous à une organisation professionnelle, associative, syndicale, sportive ou autre? » et « Fréquentez-vous régulièrement des centres sociaux récréatifs ou culturels (sportifs,

intellectuels, de loisirs, centres pour personnes du troisième âge...)? », questions auxquelles les participants devaient répondre par « oui » ou par « non ».

La satisfaction conjugale a été mesurée à l'aide du Questionnaire d'ajustement dyadique (QAD) (Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986), traduction française de l'instrument élaboré par Spanier (1976). La version française a été validée par Baillargeon et ses collègues (1986) auprès de 76 couples ($M = 37,6$ ans) présentant les mêmes caractéristiques que l'échantillon original et avait un degré de consistance interne élevé ($\alpha = 0,91$). Composé de 32 items, ce questionnaire permet de mesurer quatre dimensions du fonctionnement conjugal : le consensus (le degré d'accord entre les partenaires), la cohésion (le degré d'engagement dans des activités communes), la satisfaction conjugale et l'expression affective, c'est-à-dire le degré de satisfaction du couple en ce qui a trait à l'expression d'affection et la sexualité. De plus, ce questionnaire offre un score global de satisfaction au sein du couple (score de 0 à 151). Les données psychométriques obtenues auprès de 895 couples âgés ($M = 73,9$ ans) rapportent un alpha de Cronbach de 0,90 pour l'échelle globale, de 0,87 pour la sous-échelle consensus, de 0,69 pour la cohésion, de 0,80 pour la satisfaction conjugale et de 0,61 pour l'expression affective (Villeneuve et al., (2015).

Résultats

Les analyses menées sur l'échantillon pondéré de 2787 participants ont révélé que 139 personnes ont exprimé un désir de mourir sans idéation suicidaire, soit une prévalence

de 5 %. Il y avait une proportion plus grande de femmes (71,9 %) que d'hommes (28,1 %) chez les personnes ayant le désir de mourir. La prévalence était plus élevée chez les femmes (6,1 %) que chez les hommes (3,4 %). Cette différence entre les genres s'est avérée significative ($\chi^2(1, N = 2787) = 10,10, p < 0,001$), ce qui appuie la première hypothèse. Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants en fonction de la présence ou non d'un désir de mourir. Les résultats ont révélé une relation significative entre le désir de mourir et l'état civil ($\chi^2(1, N = 2775) = 11,85, p < 0,001$). Ainsi, il y avait une plus grande proportion de personnes exprimant le désir de mourir qui vivaient sans partenaire (68,1 %) que d'individus vivant en couple (31,9 %), ce qui appuie la seconde hypothèse. De plus, le niveau d'éducation était significativement lié ($\chi^2(1, N = 1775) = 9,03, p < 0,01$) au désir de mourir, les personnes ayant moins de 13 années de scolarité exprimant davantage un tel souhait (75,8 %). Il y avait également une proportion significativement plus grande ($\chi^2(1, N = 2537) = 7,77, p < 0,01$) de personnes exprimant le désir de mourir chez les participants ayant un revenu inférieur à 35 000 \$ (76,7 %). Les résultats n'ont montré aucune relation entre l'âge et le désir de mourir.

Les analyses comparatives ont également permis de vérifier s'il existait des différences entre les personnes âgées ayant ou non le désir de mourir pour les divers types de soutien social et pour la qualité des relations avec les proches (voir Tableau 2). Les résultats ont montré une différence significative entre les deux groupes ($\chi^2(1, N = 2772) = 7,06, p = 0,01$) pour la présence d'un confident. Ainsi, chez les

personnes souhaitant mourir, il y avait une plus forte proportion de personnes qui n'avait pas de confident (19,7 %), comparativement à celles n'exprimant pas ce désir (12,0 %). Toutefois, cette différence apparaissait plutôt chez les hommes ($X^2(1, N = 1142) = 5,71, p = 0,02$) que chez les femmes ($X^2(1, N = 1630) = 3,21, p = 0,07$).

Les résultats n'ont montré aucune relation entre le désir de mourir et le soutien émotionnel ($X^2(1, N = 2773) = 1,83, p = 0,18$), ni avec le soutien instrumental ($X^2(1, N = 2768) = 0,001, p = 0,98$), pas plus qu'avec la taille du réseau ($t(2565) = 0,02, p = 0,99$). De fait, les deux groupes avaient en moyenne le même nombre de personnes dans leur entourage ($M = 11,22$). Précisons toutefois que 93,5 % des répondants souhaitant mourir bénéficiaient d'un soutien émotionnel, tandis que 6,5 % d'entre eux disaient ne pas pouvoir bénéficier d'un tel soutien. La majorité des participants ayant le désir de mourir (96,3 %) ont aussi rapporté pouvoir compter sur une aide instrumentale lorsqu'ils sont mal pris.

Pour ce qui est des conflits avec les proches, les résultats ont permis de constater que la fréquence des conflits avec les enfants était significativement liée au désir de mourir des personnes âgées ($t(136,86) = 3,09, p < 0,01$). Toutefois, les résultats ont indiqué qu'il n'y avait pas de relation entre le désir de mourir et la fréquence des conflits avec la fratrie ou avec les amis.

Tableau 2

Différences des perceptions des personnes âgées ayant ou non le désir de mourir à propos du soutien reçu et des relations avec les proches (N = 2787)

	Désir de mourir n = 139		Sans désir de mourir n = 2648		Total	X ² / test t
	n	%	n	%		
Avec confident	110	80,3	2318	88,0	87,6	7,06**
Sans confident	27	19,7	317	12,0	12,4	
Hommes Avec confident	29	72,5	948	86,0	85,6	5,71*
Sans confident	11	27,5	154	14,0	14,4	
Femmes Avec confident	81	83,5	1370	87,6	89,0	3,21
Sans confident	16	16,5	163	10,6	11,0	
Avec soutien émotionnel	129	93,5	2526	95,9	95,7	1,83
Sans soutien émotionnel	9	6,5	109	4,1	4,3	
Avec soutien instrumental	131	96,3	2534	93,3	96,3	0,00
Sans soutien instrumental	5	3,7	98	3,7	3,7	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Nombre de personnes dans le réseau	11,22	5,14	11,22	4,71		0,02
Conflits avec leurs enfants ¹	2,12	1,11	1,81	0,90		3,09**
Conflits avec leurs fratrie ¹	1,74	1,10	1,69	0,95		0,49
Conflits avec leurs amis ¹	1,52	0,78	1,65	0,81		1,71
Satisfaction conjugale ²	109,10	18,62	119,37	15,26		3,47***

Notes. ¹ Échelle de perception de la présence d'un conflit sur 5 : 1 = *Jamais*, 5 = *Toujours*

² Score global de satisfaction au sein du couple variant de 0 à 151 * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En ce qui concerne la satisfaction conjugale, les résultats ont révélé qu'il existait une différence significative entre les aînés exprimant un désir de mourir et leur contrepartie ($t(856) = 3,47, p < 0,001$). De fait, les répondants disant avoir le désir de mourir avaient un score plus faible de satisfaction conjugale ($M = 109,10, ET = 18,62$) que les participants n'exprimant pas un tel désir ($M = 119,37, ET = 15,26$), ce qui appuie la troisième hypothèse. Soulignons que les analyses comparatives pour les sous-échelles *consensus*, *satisfaction* et *expression affective* du questionnaire d'ajustement dyadique ont révélé une différence significative entre les deux groupes. Plus spécifiquement, les personnes souhaitant mourir considéraient qu'il y avait moins de consensus ($M = 51,01, ET = 8,49$ vs $M = 55,84, ET = 7,16$) et de marques d'affection au sein de leur couple ($M = 9,41, ET = 2,09$ vs $M = 10,28, ET = 2,00$) et qu'elles se sentaient moins satisfaites dans leur relation ($M = 35,65, ET = 6,86$ vs $M = 38,77, ET = 5,75$) que les aînés n'ayant pas le désir de mourir. Finalement, aucune différence n'a été observée pour la sous-échelle *cohésion*.

Par ailleurs, selon les hypothèses précédemment formulées, il était prévu que les perceptions des personnes âgées quant à leur niveau d'isolement seraient associées au désir de mourir. Le Tableau 3 résume les résultats des analyses menées sur les variables qui mesurent cet aspect. Les analyses ont montré que les personnes ayant le désir de mourir rapportaient plus fréquemment ($t(142,716) = 5,53, p < 0,001$) que leur contrepartie se sentir isolées. De plus, elles avaient significativement plus fréquemment ($t(141,89) = 4,11, p < 0,001$) le sentiment d'avoir été isolées toute leur vie, la perception

de ne pas avoir suffisamment d'amis ($t(146,60) = 3,97, p < 0,001$) et se percevaient plus fréquemment distantes envers les gens ($t(145,21) = 3,59, p < 0,001$) que celles qui n'avaient pas ce souhait. Par ailleurs, les personnes ayant le désir de mourir rapportaient davantage avoir passé la majorité de leur temps seules au cours des six mois précédents ($t(150,88) = 3,54, p = 0,001$) et se disaient plus souvent insatisfaites de leur vie sociale ($t(144,49) = 5,64, p = 0,001$).

Finalement, les résultats ont permis d'observer une dernière différence ($\chi^2(1, N = 2774) = 9,36, p = 0,01$) entre les deux groupes pour l'appartenance à une organisation (professionnelle, associative, syndicale, sportive ou autre). Les personnes souhaitant mourir participaient significativement moins fréquemment à une organisation, ce qui n'était pas le cas pour la fréquentation régulière des centres sociaux, récréatifs ou culturels.

En conclusion, on peut donc constater que la quatrième hypothèse est en grande partie appuyée. Les personnes ayant le désir de mourir considèrent qu'elles n'ont pas de confident et qu'elles vivent des conflits avec leurs enfants. De plus, elles se perçoivent isolées, sont insatisfaites de leur vie sociale et sont peu impliquées dans des organisations.

Tableau 3

Différences entre les personnes âgées ayant le désir de mourir ou non sur les variables d'isolement et du réseau communautaire (N = 2787)

	Désir de mourir (n = 139)		Sans désir de mourir (n = 2648)		X ² / test t	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Perception d'isolement ¹	2,44	0,76	2,81	0,48	5,53***	
Sentiment d'avoir été isolé toute leur vie ¹	2,61	0,71	2,86	0,44	4,11***	
Pas avoir autant d'amis que désiré ¹	2,33	0,84	2,62	0,68	3,97***	
Distant envers les gens ¹	2,46	0,76	2,69	0,57	3,59***	
Temps libre seul ²	1,94	0,82	2,19	0,80	3,54***	
Insatisfaction envers vie sociale ³	2,32	1,16	1,75	0,83	5,64***	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Appartenance à une organisation/association						
	OUI	29	21,0	885	33,6	9,36**
	NON	109	79,0	1751	66,4	
Fréquentation centres de loisirs						
	OUI	60	43,2	1113	42,2	0,05
	NON	79	56,8	1526	57,8	

Notes. ¹ Échelle de fréquence de cette perception sur 3 : 1 = *Presque toujours*, 2 = *La moitié du temps*; 3 = *Presque jamais*;

² Échelle de fréquence du temps passé seul sur 3 (6 mois précédents) : 1 = *Presqu'entièrement seul et plus de la moitié du temps seul*, 3 = *Plus de la moitié du temps avec d'autres et presque entièrement avec d'autres*

³ Échelle de satisfaction sur 5 : 1 = *Très satisfaisante*, 5 = *Très insatisfaisante* * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Le Tableau 4 présente les résultats de la régression logistique qui a été effectuée afin de vérifier si les variables sociales expliquent le désir de mourir lorsque l'on tient compte des variables sociodémographiques et de la dépression. Toutes les variables ont été incluses dans l'analyse en une seule étape. Le modèle final permet de classer correctement 94,5 % des participants selon leur désir de mourir et explique 34 % de la variance (R^2 de Nagelkerke) du désir de mourir ($\chi^2(11) = 195,97, p < 0,001$). Le revenu (OR = 2,77), la dépression (OR = 14,60), la perception d'être distant envers les gens (OR = 1,61) et l'insatisfaction face à leur vie sociale (OR = 1,35) contribuent de manière significative à expliquer la variance du désir de mourir chez les participants. On peut noter que lorsque d'autres variables comme le revenu et la dépression sont prises en compte, les femmes ne présentent pas davantage le désir de mourir que les hommes.

Tableau 4

Résultats de la régression logistique

Variables	B	E.S	Statistique de Wald	<i>p</i>	OR	IC 95 %
Sexe	0,033	0,290	0,013	0,909	1,034	0,585 – 1,825
Scolarité ¹	0,446	0,306	2,133	0,144	1,563	0,858 – 2,844
Revenu ²	1,017	0,480	4,484	0,034	2,766	1,079 – 7,092
Avec ou sans partenaire	0,120	0,292	0,167	0,683	1,127	0,635 – 1,999
Présence de dépression ³	2,681	0,273	96,610	0,001	14,601	8,555 – 24,921
Confident	-0,141	0,336	0,176	0,675	0,868	0,449 – 1,678
Perception d'isolement	0,005	0,235	0,000	0,984	1,005	0,634 – 1,592
Non-participation associations	-0,634	0,339	3,496	0,062	0,531	0,273 – 1,031
Pas autant d'amis que voulu	-0,184	0,175	1,114	0,291	0,832	0,591 – 1,171
Distant envers les gens	0,475	0,194	6,003	0,014	1,608	1,100 – 2,351
Insatisfaction vie sociale	0,296	0,131	5,126	0,024	1,345	1,041 – 1,738

Notes. Modèle global : $R^2 = 0,34$; $X^2(11) = 195,97$, $p < 0,001$;

¹ Scolarité < 13 ans; ² Revenu < 35 000 \$ par année; ³ Trouble dépressif majeur/mineur au cours des 12 derniers mois

Discussion

Les analyses effectuées sur les données de l'ESA ont permis d'estimer à 5 % la prévalence du désir de mourir dans la population âgée québécoise. Ce résultat est similaire à ceux obtenus dans les recherches précédentes de divers pays qui estimaient entre 4 et 7 % la prévalence du désir de mourir chez des aînés vivant dans la communauté (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Barnow & Linden, 1997, 2000; Bonnewyn, Shah, Bruffaerts, & Demyttenaere, 2014; Émond-Provencher et al., 2018; Kim et al., 2006; Lapierre et al., 2015; Mellqvist Fässberg et al., 2014; Raue et al., 2010; Rurup et al., 2011; Scocco & De Leo, 2002; Vasiliadis et al., 2012; Yip et al., 2003). Toutefois, certaines études ont plutôt obtenu une prévalence se situant entre 9,5 et 16 % (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Cheung, Edwards, & Sundram, 2017; Dennis et al., 2007; Forsell et al., 1997; Heisel & Flett, 2016; Mellqvist Fässberg, Östling, Börjesson-Hanson, Skoog, & Waern, 2013; Rao, Denning, Brayne, & Huppert, 1997) chez des participants âgés de plus de 80 ans ou présentant des difficultés importantes au plan du fonctionnement physique. On peut noter que, dans la présente étude, les résultats n'ont révélé aucune relation entre l'âge et le désir de mourir, un résultat qui appuie ceux obtenus par d'autres chercheurs (Bartels et al., 2002; Lapierre et al., 2015; Yip et al., 2003). Soulignons que 71,9 % des répondants ayant le désir de mourir présentaient un trouble dépressif majeur (64,7 %) ou mineur (7,2 %) au cours des douze mois précédant l'entrevue et que parmi les personnes présentant un de ces troubles, 26,3 % exprimaient le désir de mourir.

La première hypothèse stipulait qu'il y aurait une différence significative entre les genres quant à la présence du désir de mourir, c'est-à-dire que le désir de mourir serait davantage présent chez les femmes que chez les hommes. Les résultats de l'analyse univariée appuient cette hypothèse, mais lorsque l'on tient compte du revenu et de la dépression, la différence entre les genres disparaît. Cette observation va à l'encontre de celles des études précédentes qui indiquaient une différence entre les genres (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Émond-Provencher et al., 2018; Ghazinour et al., 2010; Lapierre et al., 2012, 2015; Vasiliadis et al., 2012). Sur le plan démographique, il est reconnu qu'au Québec davantage de femmes âgées que d'hommes vivent avec un faible revenu (Gouvernement du Québec, 2012). Cette caractéristique démographique a d'ailleurs été associée au désir de mourir dans les études précédentes (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Kim et al., 2006; Lapierre et al., 2012; Ghazinour et al., 2010; Glasberg et al., 2014; Rurup et al., 2011) et semble donc avoir davantage de poids que le genre dans l'apparition de cette problématique.

Quant à la deuxième hypothèse, bien que l'analyse univariée indique une association significative entre le statut matrimonial et le désir de mourir, cette relation disparaît dans le modèle global lorsque l'on tient compte d'autres variables. Ainsi, la présence d'un partenaire de vie ne semble pas constituer un facteur de protection contre le désir de mourir comme l'indiquaient certaines études précédentes (Ayalon, 2011; Raue et al., 2007; Rurup et al., 2011). Néanmoins, tel que formulé dans la troisième hypothèse, la satisfaction conjugale, c'est-à-dire la présence d'une relation réciproque et bienveillante chez les

couples, rend les personnes âgées moins à risque de souhaiter mourir, comme l'ont observé les études sur les idéations suicidaires (Hank & Wagner, 2013; Van Orden et al., 2010).

Selon la quatrième hypothèse, une différence significative était attendue entre les personnes exprimant le désir de mourir et celles ne rapportant pas ce souhait, pour chacune des dimensions sociales étudiées. Tout d'abord, les résultats ont montré que l'absence de confident est associée au désir de mourir et que cette association est plus forte chez les hommes que chez les femmes. Il semble que l'absence de confident rendrait les hommes plus vulnérables au désir de mourir lorsqu'ils vivent des pertes (Rurup et al., 2011). Les études rapportent d'ailleurs que les hommes ont tendance à minimiser leurs symptômes dépressifs (Hinton, Zweifach, Oishi, Tang, & Unützer, 2006) et montrent une attitude plus négative quand vient le temps de demander de l'aide pour des difficultés sur le plan de la santé mentale (Addis & Mahalik, 2003; Möller-Leimkühler, 2003). Legault et Pinard (1997) soulignent également que les exigences de la masculinité vont à l'encontre d'une démarche de demande d'aide, par le biais d'attitudes telles que le besoin de maintenir le contrôle, de montrer sa force, d'être invincible, ou encore, de nier sa douleur et sa souffrance. Une étude a toutefois trouvé que chez les personnes présentant des troubles psychiatriques, l'association entre le désir de mourir et la perception d'un soutien social insuffisant était davantage présente chez les femmes que chez les hommes (Dennis et al., 2007).

Étonnamment, la présence de soutien aux plans émotionnel et instrumental n'est pas associée au désir de mourir. Il est possible que ce soit un soutien perçu comme inadéquat, plutôt que sa simple présence ou absence, qui soit lié au désir de mourir, tel que démontré par Rowe et al. (2006). Cet aspect n'a pas été investigué dans la présente recherche, puisque les participants devaient simplement indiquer s'ils bénéficiaient ou non d'un soutien émotionnel ou instrumental, sans se prononcer sur la qualité de ce soutien. Une autre étude n'a pas relevé d'association entre le désir de mourir et le soutien instrumental (Corna, Cairney, & Streiner, 2010), possiblement en raison du fait que la mesure utilisée englobait plusieurs autres aspects du soutien (affection, interaction sociale positive et soutien émotionnel). Cependant, bien que les instruments de mesure aient varié considérablement d'une étude à l'autre, certains chercheurs ont trouvé une association entre le désir de mourir et l'absence d'un soutien instrumental ou émotionnel (Cummings, 2002; Dennis et al., 2007; Palombo, 2003; Van Dussen, 2006; Wong et al., 2007).

Pour les résultats concernant les conflits, seules les difficultés avec les enfants semblent associées au désir de mourir, ce qui n'est pas le cas pour les conflits avec la fratrie ou les amis. Les études antérieures ont trouvé une association entre le désir de mourir et les conflits, quel que soit le groupe dont il est question (Cukrowicz et al., 2011; Jahn & Cukrowicz, 2011; Jahn et al., 2011; Rurup et al., 2011; Van Orden et al., 2010; Yip et al., 2003). Le résultat observé ici semble indiquer que la relation avec les enfants est plus importante que celle que la personne âgée entretient avec le reste de son entourage. En effet, il apparaît plausible qu'un lien plus fort existe entre la personne âgée et ses

enfants, particulièrement dans le cas d'un lien de dépendance, et que la critique provenant de ces derniers ait plus d'impact que si elle émane de quelqu'un d'autre. Il se peut également que, pour la personne âgée, les conflits ou les critiques impliquant ses enfants soient perçus comme un échec de la relation et que l'effet en soit d'autant plus grand.

Les analyses ont également montré qu'il n'y a pas de lien entre le désir de mourir et la taille du réseau. Ceci semble signifier que le nombre de personnes dans l'entourage de la personne âgée n'est pas si important, ce qui est contraire aux résultats obtenus par d'autres chercheurs qui se sont intéressés à cette question (Bartels et al., 2002; Dennis et al., 2007; Forsell, 2000; Rowe et al., 2006; Rurup et al., 2011). Il est fort probable que la « perception » de la qualité des relations interpersonnelles soit davantage déterminante que le nombre de personnes composant le réseau (Akashi, 2012; Li et al., 2011; Pinquart & Sörensen, 2001). Cependant, la perception de ne pas avoir autant d'amis que voulu est associée de manière significative au désir de mourir. Bien que certaines recherches montrent que les amis jouent un rôle protecteur dans la vie des aînés (Bartels et al., 2002; Rowe et al., 2006; Rurup et al., 2011; Saïas et al., 2012), dans ces recherches, la question référait surtout aux attentes de l'individu à propos de sa vie sociale et il ne faudrait pas négliger l'effet de l'écart entre la vision d'un idéal et la perception de sa situation actuelle sur le désir de mourir (Rurup et al., 2011). De plus, les résultats obtenus ont montré une association significative entre le désir de mourir et le fait de se sentir isolé, de considérer avoir été isolé toute sa vie, le fait d'être distant envers les gens et la perception d'avoir passé la majorité de son temps seul au cours des six mois précédents. Ces associations

recourent celles observées par d'autres chercheurs (Cheung et al., 2017; Kim et al., 2006; Ribeiro, Teixeira, Araújo, Afonso, & Pachana, 2015; Rurup et al., 2011).

Les résultats de la régression logistique ont montré que seules quatre variables expliquent significativement la présence du désir de mourir chez les personnes âgées. Sur le plan sociodémographique, la seule variable qui explique la présence du désir de mourir est le revenu. Il est probable que de faibles ressources financières suscitent, chez les personnes âgées, le sentiment de ne pas pouvoir participer à plusieurs des activités sociales offertes aux retraités ou diminuent l'estime de soi dans une société qui valorise l'argent et la réussite matérielle. Comme dans les recherches précédentes (Forsell, 2000; Lapierre et al., 2015; Raue et al., 2010; Rurup et al., 2011), la dépression est fortement associée au désir de mourir. D'ailleurs, Raue et ses collègues (2010) ont observé que 29 % des personnes âgées ayant un diagnostic de dépression majeure exprimaient le désir de mourir, un pourcentage similaire (26,3 %) à celui obtenu dans la présente étude. Sur le plan social, deux variables expliquent la présence du désir de mourir chez les aînés. Le fait que l'insatisfaction à l'égard de la vie sociale soit significative dans le modèle global suggère que la frustration du besoin d'appartenance semble rendre les aînés plus vulnérables au développement du désir de mourir, tel que stipulé par Van Orden et al. (2010) dans sa théorie interpersonnelle du suicide. Quant à la perception d'être distant, elle indique peut-être un sentiment de vulnérabilité ou une difficulté de l'individu à établir des relations sociales significatives. Ceci pourrait appuyer l'idée d'améliorer les habiletés sociales des personnes qui expriment le désir de mourir. Soulignons finalement que ce modèle

n'explique que 34 % de la variance du désir de mourir. Bien que ce pourcentage soit satisfaisant, il y aurait vraisemblablement plusieurs autres variables qui pourraient influencer l'apparition de ce souhait et qui mériteraient d'être étudiées dans des travaux subséquents, tel que le sentiment d'être un fardeau pour l'entourage.

Forces et limites

La présente étude comporte des forces qu'il est important de souligner. Tout d'abord, l'échantillon de grande taille, représentatif, et sélectionné au hasard, confère une plus grande crédibilité aux résultats obtenus. Il faut mentionner également que l'utilisation d'une variable isolant uniquement le désir de mourir apporte un éclairage nouveau aux connaissances actuelles, puisque la plupart des recherches confondent ce concept avec les idéations suicidaires.

En contrepartie, certaines limites doivent être considérées pour l'interprétation des résultats. Tout d'abord, puisqu'il s'agit d'une étude portant sur l'association entre certaines variables sociales et le désir de mourir, il n'est pas possible d'inférer un lien de causalité dans ces relations. De plus, bien que les données aient été recueillies auprès d'un échantillon représentatif de personnes âgées vivant dans la communauté, le niveau de santé des participants n'a pas été considéré et pourrait jouer un rôle majeur dans le désir de mourir par le biais du sentiment d'être un fardeau pour l'entourage, tel que le suggère la théorie interpersonnelle du suicide. Il faut également souligner que les données utilisées

pour mener les analyses de la présente étude sont relativement anciennes et que la situation a vraisemblablement changé au cours des dernières années.

Recherches futures

Les résultats obtenus ouvrent de nouvelles pistes pour des recherches futures. Par exemple, il serait intéressant de reproduire cette étude auprès d'un échantillon de personnes vivant en institution ou encore en ciblant des répondants vivant avec des membres de leur famille, afin de comparer l'association entre la perception de la qualité des relations interpersonnelles et le désir de mourir chez des personnes vivant dans des contextes différents de celui des participants de la présente recherche. Également, de nombreuses études ont observé que le sens à la vie est une variable associée au bien-être. Le sens à la vie est également associé négativement au sentiment de solitude et aux humeurs dépressives (Takkinen & Ruoppila, 2001) et semble être un facteur de protection des idéations suicidaires chez les personnes âgées (Heisel & Flett, 2014). Il serait donc intéressant de vérifier si les relations interpersonnelles sont un élément essentiel au développement du sens à la vie des aînés et que ce dernier soit une variable médiatrice de la prévention du désir de mourir.

Par ailleurs, tenant compte du fait que les données utilisées pour mener à bien le présent projet sont relativement anciennes, il serait intéressant de refaire une recherche similaire auprès d'une nouvelle cohorte. De plus, puisque les variables sélectionnées ont permis d'expliquer seulement 34 % de la variance du désir de mourir, il est clair que

d'autres facteurs sont impliqués dans le développement de ce souhait chez les personnes âgées. Il serait pertinent de tenter d'identifier ces autres facteurs afin de favoriser des interventions mieux ciblées et ainsi éviter que les personnes vulnérables s'engagent dans des comportements suicidaires pour mettre fin à leurs difficultés (Fleischmann et al., 2008; Heisel, Talbot, King, Tu, & Duberstein, 2015; Lapierre et al., 2011; Linehan et al., 2006; Motto & Bostrom, 2001). Par exemple, tout en contrôlant pour la présence d'un trouble dépressif, il serait intéressant de considérer d'autres variables sociales, telles que le sentiment d'être un fardeau pour la société, le sentiment d'inutilité, ou même l'âgisme (attitude négative à l'égard du vieillissement et des aînés), dans l'explication du désir de mourir. En effet, il est possible que les aînés, soumis à des discours sociétaux teintés d'âgisme implicite (Lagacé, Laplante, & Davignon, 2011), intègrent les attitudes négatives de la société à leur endroit et puissent développer le désir de mourir. Il faut rappeler que, selon le modèle de Rurup et al. (2011), le désir de mourir serait lié au fait d'attribuer plus d'importance aux aspects négatifs qu'aux aspects positifs de la vie. Finalement, Lapierre et al. (2015) ont montré que la présence de maladies chroniques pouvait expliquer la présence du désir de mourir. Il est fort probable que ces maladies empêchent les personnes âgées de réaliser des projets en compagnie de personnes de leur entourage et augmentent le sentiment d'isolement ou de solitude, de même que le sentiment d'être un fardeau pour leur entourage.

Interventions

Certaines interventions pourraient être envisagées selon le genre, puisqu'une recension systématique des programmes de prévention du suicide chez les personnes âgées souligne que les programmes actuels (ateliers, soutien téléphonique ou groupes d'entraide) sont plus efficaces chez les femmes que chez les hommes (Lapierre et al., 2011). Les hommes sont d'ailleurs peu enclins à faire appel aux ressources d'aide (Drapeau, Boyer, & Lesage, 2009). Hinton et al. (2006) suggèrent que les interventions s'adressant aux hommes âgés devraient tenir compte de leur attitude rébarbative à demander de l'aide. Ainsi, elles devraient mettre moins l'accent sur le diagnostic comme tel, mais davantage sur les symptômes et les facteurs de stress vécus par les hommes. Afin de contourner la réticence des hommes à demander de l'aide, il est suggéré de former des sentinelles capables de repérer les hommes âgés à risque et de les référer vers les ressources appropriées (Matthieu, Cross, Batres, Flora, & Knox, 2008). Ainsi, dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide chez les personnes âgées, la Table régionale de concertation des personnes aînées du Centre-du-Québec, en collaboration avec les Centres de Prévention du Suicide de la région, a organisé des activités de sensibilisation dans diverses associations de personnes retraitées, afin de les sensibiliser à la problématique du suicide chez les aînés. Les personnes intéressées à devenir sentinelles ont suivi une formation visant à les rendre plus aptes à repérer les personnes présentant des signaux de détresse et à les référer vers des ressources d'aide appropriées. Lapierre et Vachon (2017) ont étudié l'effet de la formation sur les participants en comparant leurs connaissances et leurs attitudes à propos du suicide avant et après la formation

(Vachon, 2017). Les résultats ont montré une amélioration significative de ces deux aspects et indiqué que les sentinelles avaient aidé plusieurs personnes à risque après avoir terminé la formation. Il s'agit donc d'un programme prometteur et il y aurait lieu de le reproduire à plus grande échelle, particulièrement dans les régions éloignées des grands centres urbains où la stigmatisation peut accentuer la réticence à demander de l'aide.

Parmi les interventions suggérées par Lapierre et al. (2011) pour la prévention du suicide des aînés, on retrouve le soutien à l'élaboration et à la réalisation de projets personnels qui donnent un sens à la vie et favorisent les contacts humains qui sont si valorisés à la dernière étape de la vie (Akashi, 2012; Carstensen, 1993; Li et al., 2011; Pinquart & Sörensen, 2001). De plus, puisque les hommes sont particulièrement à risque d'adopter des comportements suicidaires, il pourrait être pertinent de les aider à développer leur réseau social afin qu'ils puissent bénéficier de soutien, particulièrement celui d'un confident, lorsqu'ils vivent des difficultés. Certains programmes ont été développés spécifiquement pour les hommes ayant des idéations suicidaires ou qui ont de la difficulté avec certaines transitions de la vie (p. ex., retraite) (Heisel, 2016). Ils se déroulent sous forme de groupe de discussion axés sur des sujets tels le sens du travail, la retraite, les loisirs, les relations et la générativité. Ils favorisent le développement du sens à la vie afin de promouvoir un plus grand bien-être psychologique et une meilleure santé mentale et ainsi neutraliser les troubles dépressifs et le risque suicidaire chez les hommes âgés.

Finalement, il y a lieu de s'assurer que les services de première ligne soient bien outillés pour dépister la détresse psychologique associée à des relations interpersonnelles conflictuelles ou à la solitude des aînés et ainsi proposer le traitement approprié, puisque des études indiquent que jusqu'à 66 % des personnes s'étant suicidées ont consulté un service de première ligne au cours du mois précédant leur décès (Mann et al., 2005). On peut donc constater qu'il y a encore beaucoup de travail à faire pour aider les personnes âgées qui voient dans la mort la solution aux problèmes de la vie.

Références

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist, 58*(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.5
- Akashi, R. K. (2012). *Psychological well-being among three age groups of older Americans living in the community*. (Dissertation). Columbia University, New York, États-Unis.
- American Psychiatric Association. (APA, 1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Author.
- Association québécoise de prévention du suicide. (2014). *La prévention du suicide des aînés au Québec : comprendre, s'inspirer et agir*. Repéré à <https://www.aqps.info/aines/prevention-suicide-des-aines-quebec-comprendre-389.html>
- 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*(9), 923-929.
- Ayalon, L., & Shiovitz-Ezra, S. (2011). The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *International Psychogeriatrics, 23*(10), 1677-1685.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique = French translation of the Dyadic Adjustment Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 18*(1), 25-34. doi: 10.1037/h0079949
- 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*(3), 171-182. doi: 10.1023/A:1009689431168
- Barnow, S., & Linden, M. (2000). Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 21*(4), 171-180.
- Barnow, S., Linden, M., & Freyberger, H. (2004). The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly: Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Psychological Medicine, 34*(4), 741-746.

- Bartels, S. J., Coakley, E., Oxman, T. E., Constantino, G., Oslin, D., Chen, H., ... Sanchez, H. (2002). Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*(4), 417-427.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine, 51*, 843-857.
- Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R., & Demyttenaere, K. (2014). Are religiousness and death attitudes associated with the wish to die in older people? *International Psychogeriatrics, 28*(3), 397-404. doi: 10.1017/S1041610215001192
- Brummel-Smith, K. (2007). Optimal aging, part I: Demographics and definitions. *Annals of Long-Term Care, 15*(11). Repéré à <http://www.annalsoflongtermcare.com/>
- Burnette, D., & Mui, A. C. (1997). Correlates of psychological distress among old-old Hispanics. *Journal of Clinical Geropsychology, 3*(3), 227-244.
- Carstensen, L. L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. Dans J. E. Jacobs (Éd.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1992: Developmental perspectives on motivation* (pp. 209-254). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Cheng, S., Lee, C. L., & Chow, P. K. (2010). Social support and psychological well-being of nursing home residents in Hong Kong. *International Psychogeriatrics, 22*(7), 1185-1190.
- Cheung, G., Edwards, S., & Sundram, F. (2017). Death wishes among older people assessed for home support and long-term aged residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 32*, 1371-1380. doi: 10.1002/gps.4624
- Choi, H., & Marks, N. F. (2008). Marital conflict, depressive symptoms, and functional impairment. *Journal of Marriage and Family, 70*(2), 377-390.
- Christensen, H., Batterham, P. J., Soubelet, A., & Mackinnon, A. J. (2013). A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. *Journal of Affective Disorders, 144*(3), 225-234. doi: 10.1016/j.jad.2012.07.002
- Corna, L. M., Cairney, J., & Streiner, D. L. (2010). Suicide ideation in older adults: Relationship to mental health problems and service use. *The Gerontologist, 50*(6), 785-797. doi: 10.1093/geront/gnq048

- Crum, R. M., Anthony, J. C., Basset, S. S., & Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the mini-mental state examination by age. *Journal of the American Medical Association, 269*, 2386-2391.
- Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Orden, K. A., Ragain, R. M., & Cook, R. L. (2011). Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology and Aging, 26*(2), 331-338.
- Cummings, S. M. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work, 27*(4), 293-302.
- 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*(6), 795-805.
- Drapeau, A., Boyer, R., & Lesage, A. (2009). The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 36*(3), 372-384. doi: 10.1007/s11414-009-9168-0
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Conner, K. R., Eberly, S., Evinger, J. S., & Caine, E. D. (2004). Poor social integration and suicide: Fact or artifact? A case-control study. *Psychological Medicine, 34*(7), 1331-1337. doi: 10.1017/S0033291704002600
- Émond-Provencher, A., Lapierre, S., Desjardins, S., Vézina, J., Préville, M., & Berbiche, D. (2018). Différences entre les genres chez les aînés ayant le désir de mourir. *La Revue de Gériatrie, 43*(3), 139-147.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wassermann, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., ... Thanh, H. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization, 86*, 703-709.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198.
- Forsell, Y. (2000). Death wishes in the very elderly: Data from a 3-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(2), 135-138.
- Forsell, Y., Jorm, A. F., & Winblad, B. (1997). Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 95*(2), 108-111.

- Fuller-Iglesias, H. R. (2015). Social ties and psychological well-being in late life: The mediating role of relationship satisfaction. *Aging & Mental Health, 19*(12), 1103-1112.
- Fung, H. H., Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (2001). Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: Implications for socioemotional selectivity across the life span. *International Journal of Aging and Human Development, 52*(3), 185-206.
- Ghazinour, M., Mofidi, N., & Richter, J. (2010). Continuity from suicidal ideations to suicide attempts? An investigation in 18-55 years old adult Iranian Kurds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(10), 973-981.
- Glasberg, A.-L., Pellfolk, T., & Fagerström, L. (2014). Zest for life among 65- and 75-year-olds in Northern Finland and Sweden - A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*, 328-336.
- Gouvernement du Québec (2012). *Les aînés du Québec. Quelques données récentes*. Repéré à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Egalite/Les_aines_du_Quebec.pdf
- Greenfield, E. A., & Reyes, L. (2014). Continuity and change in relationships with neighbors: Implications for psychological well-being in middle and later life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 70*(4), 607-618.
- Hank, K., & Wagner, M. (2013). Parenthood, marital status, and well-being in later life: Evidence from SHARE. *Social Indicators Research, 114*(2), 639-653.
- Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (Éds, 2008). *Motivation and action* (2^e éd.). New York, NY: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511499821
- Heisel, M. J. (2016). Enhancing psychological resiliency in older men facing retirement with meaning-centered men's groups. Dans A Batthyány (Éd.), *Logotherapy and existential analysis. Proceedings of the Viktor Frankl Institute, Vienna, Volume 1* (pp. 165-173), Switzerland: Springer International Publishing.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2014). Do meaning in life and purpose in life protect against suicide ideation among community-residing older adults? Dans A. Batthyány & P. Russo-Netzer (Éds), *Meaning in positive and existential psychology* (pp. 303-324). New York, NY: Springer Science + Business Media. doi: 10.1007/978-1-4939-0308-5pass:[]18

- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2016). Investigating the psychometric properties of the Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS) among community-residing older adults. *Aging & Mental Health, 20*(2), 208-221.
- Heisel, M. J., Talbot, N. L., King, D. A., Tu, X. M., & Duberstein, P. R. (2015). Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(1), 87-98.
- Hinton, L., Zweifach, M., Oishi, S., Tang, L., & Unützer, J. (2006). Gender disparities in the treatment of late-life depression: Qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(10), 884-892. doi: 10.1097/01.JGP.0000219282.32915.a4
- Holahan, C. K., Holahan, C. J., & Wonacott, N. L. (2001). Psychological well-being at age 80: Health-related and psychosocial factors. *Journal of Mental Health and Aging, 7*(4), 395-411.
- Hsu, H.-C., & Tung, H.-J. (2010). What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health, 14*(7), 851-860. doi: 10.1080/13607861003800997
- Institut de la statistique du Québec (1998). *Enquête sociale et de santé 1998*. [En ligne]. Consulté le 8 octobre 2018 à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/enquete-sociale-sante.html>
- Jahn, D. R., & Cukrowicz, K. C. (2011). The impact of the nature of relationships on perceived burdensomeness and suicide ideation in a community sample of older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41*(6), 635-649.
- Jahn, D. R., Cukrowicz, K. C., Linton, K., & Prabhu, F. (2011). The mediating effect of perceived burdensomeness on the relation between depressive symptoms and suicide ideation in a community sample of older adults. *Aging & Mental Health, 15*(2), 214-220.
- Jopp, D., & Rott, C. (2006). Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging, 21*(2), 266-280.
- Kampfe, C. M. (2015). *Counseling older people: Opportunities and challenges*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kennedy, M. G. (2010). *Psychologists and psychologists-in-training: Predictors of attitudes toward rational suicide*. Ann Arbor, MI: ProQuest Dissertations Publishing.

- 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(2), 183-198.
- Kim, B. J., Sangalang, C. C., & Kihl, T. (2012). Effects of acculturation and social network support on depression among elderly Korean immigrants. *Aging & Mental Health*, 16(6), 787-794. doi: 10.1080/13607863.2012.660622
- Lagacé, M., Laplante, J., & Davignon, A. (2011). Construction sociale du vieillir dans les médias écrits canadiens : de la lourdeur de la vulnérabilité à l'insoutenable légèreté de l'être. *Communication & organisation*, 40(2), 87-102. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2011-2-page-87.htm>
- Lapierre, S., Boyer, R., Desjardins, S., Dubé, M., Lorrain, D., Préville, M., & Brassard, J. (2012). Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *International Psychogeriatrics*, 24(2), 243-252.
- Lapierre, S., Desjardins, S., Préville, M., Berbiche, D., Marcoux, L., & Dubé, M. (2015). Wish to die and physical illness in older adults. *Psychology Research*, 5(2), 125-137.
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., ... Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(2), 88-98.
- Lapierre, S., & Vachon, K. (Décembre 2017). Des personnes aînées devenues sentinelles en prévention du suicide. *Le Propageur. Bulletin d'information de la Table régionale de concertation des personnes aînées du Centre-du-Québec*.
- Legault, A., & Pinard, C. (1997). Le suicide chez les hommes âgés : quand la vieillesse se termine prématurément. *Le Gérontophile*, 19(4), 21-26.
- Levesque, P., Gagné, M., Pelletier, É., Perron, P. A. (2018). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018*. Québec, QC : Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- Li, T., Fok, H. K., & Fung, H. H. (2011). Is reciprocity always beneficial? Age differences in the association between support balance and life satisfaction. *Aging & Mental Health*, 15(5), 541-547.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.

- Mackenzie, T. B., & Popkin, M. K. (1990). Medical illness and suicide. Dans S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Éds), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (pp. 205-232). Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Hass, A.,... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294, 1064-1074.
- Matthieu, M. M., Cross, W., Batres, A. R., Flora, C. M., & Knox, K. L. (2008). Evaluation of gatekeeper training for suicide prevention in veterans. *Archives of Suicide Research*, 12(2), 148-154. doi: 10.1080/13811110701857491
- Mellqvist Fässberg, M. M., Östling, S., Börjesson-Hanson, A., Skoog, I., & Waern, M. (2013). Suicidal feelings in the twilight of life: A cross-sectional population-based study of 97-year-olds. *BMJ Open*, 3(2), e002260. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002260
- Mellqvist Fässberg, M. M., Östling, S., Braam, A. W., 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(9), 1475-1482. doi: 10.1007/s00127-014-0840-1
- Mellqvist Fässberg, M. M., Van 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.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(1), 1-8. doi: 10.1007/s00406-003-0397-6
- Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of post crisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828-833. doi: 10.1176/appi.ps.52.6.828
- Mui, A. C. (2001). Stress, coping, and depression among elderly Korean immigrants. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 3(3/4), 281-299.
- Newsom, J. T., Rook, K. S., Nishishiba, M., Sorkin, D. H., & Mahan, T. L. (2005). Understanding the relative importance of positive and negative social exchanges: Examining specific domains and appraisals. *The Journals of Gerontology*, 60B(6), 304-312.

- Palombo, R. D. (2003). Addressing the social lives of older Americans: A new challenge for public health. *Dissertation Abstracts International Section A*, 64, 1798.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. doi: 10.1207/153248301753225702
- Pope, A. M., & Tarlov, A. R. (1991). *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention*. Washington, DC: National Academies Press.
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., ... Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry / La revue canadienne de psychiatrie*, 53(12), 822-832.
- Rao, R., Dening, T., Brayne, C., & Huppert, F. A. (1997). Suicidal thinking in community residents over eighty. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 337-343.
- Raue, P. J., Meyers, B. S., Rowe, J. L., Heo, M., & Bruce, M. L. (2007). Suicidal ideation among elderly homecare patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(1), 32-37.
- Raue, P. J., Morales, K. H., Post, E. P., Bogner, H. R., Have, T. T., & Bruce, M. L. (2010). The wish to die and 5-year mortality in elderly primary care patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 341-350.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Afonso, R. M., & Pachana, N. (2015). Predictors of anxiety in centenarians: Health, economic factors, and loneliness. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1167-1176. doi: 10.1017/S1041610214001628
- Roff, L. L., Durkin, D., Sun, F., & Klemmack, D. L. (2007). Widowhood, religiousness, and self-assessed well-being among older adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 19(4), 43-59.
- 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(9), 758-766.
- Rowe, J. L., & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New York, NY: Pantheon Books.
- Rurup, M. L., Pasma, H. R. W., Goedhart, J., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: A qualitative interview study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(4), 204-216.

- Ryan, A. K., & Willits, F. K. (2007). Family ties, physical health, and psychological well-being. *Journal of Aging and Health, 19*(6), 907-920.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*(1), 10-28.
- Saias, T., Beck, F., Bodard, J., Guignard, R., & Roscoät, E. D. (2012). Social participation, social environment and death ideations in later life. *Plos ONE, 7*(10), e46723.
- 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*(9), 842-846.
- Scocco, P., Meneghel, G., Caon, F., Buono, M. D., & De Leo, D. (2001). Death ideation and its correlates: Survey of an over-65-year-old population. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(4), 210-218.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38*(1), 15-28.
- Statistique Canada. (2011). *Rapport sur l'état de la population du Canada – Structure par âge et sexe : Canada, provinces et territoires, 91-209-X, 2010*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-209-x/2011001/article/11511-fra.pdf?st=0gHaMnk9>
- Takkinen, S., & Ruoppila, I. (2001). Meaning in life as an important component of functioning in old age. *The International Journal of Aging & Human Development, 53*(3), 211-231. doi: 10.2190/H6H6-YAT0-181Y-5BR3
- Turvey, C. L., Conwell, Y., Jones, M. P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J. L., & Wallace, R. (2002). Risk factors for late-life suicide: A prospective community-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*(4), 398-406. doi: 10.1176/appi.ajgp.10.4.398
- Vachon, K. (2017). *Formation des personnes âgées au rôle de sentinelle en prévention suicide : impact sur les connaissances et les attitudes des participants* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec.

- Van Dussen, D. J. (2006). Perceived emotional quality of kin relations and psychological well-being among residents of continuing care retirement communities. *Dissertation Abstracts International Section A*, 68, 4425.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. J. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600.
- Vasiliadis, H., Gagné, S., & Prévile, M. (2012). Gender differences in determinants of suicidal ideation in French-speaking community living elderly in Canada. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 2019-2026.
- Villeneuve, L., Trudel, G., Prévile, M., Dargis, L., Boyer, R., & Bégin, J. (2015). Dyadic Adjustment Scale: A validation study among older French-Canadians living in relationships. *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement*, 34(01), 26-35. doi: 10.1017/S0714980814000269
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49(5), 328-334. doi: 10.1159/000071715
- Walker, R., Isherwood, L., Burton, C., Kitwe-Magambo, K., & Luszcz, M. (2013). Marital satisfaction among older couples: The role of satisfaction with social networks and psychological well-being. *The International Journal of Aging & Human Development*, 76(2), 123-139.
- Werth, J. L., Jr., & Cobia, D. C. (1995). Empirically-based criteria for rational suicide: A survey of psychotherapists. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 25, 231-240.
- Winter, L., Lawton, M. P., Casten, R. J., & Sando, R. L. (2000). The relationship between external events and affect states in older people. *The International Journal of Aging & Human Development*, 50(2), 85-96.
- Wong, S. T., Yoo, G. J., & Stewart, A. L. (2007). An empirical evaluation of social support and psychological well-being in older Chinese and Korean immigrants. *Ethnicity & Health*, 12(1), 43-67.
- Yip, P. F., Chi, I., Chiu, H., Wai, K. C., Conwell, Y., & Caine, E. (2003). A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 1056-1062.

Conclusion générale

Le but de cet essai était de comparer les personnes âgées ayant le désir de mourir et celles qui n'expriment pas un tel souhait sur leurs perceptions de la qualité de leurs relations avec leurs proches. Compte tenu des pertes et des deuils inhérents au vieillissement, ce segment de la population représente un groupe particulièrement vulnérable au développement du désir de mourir. L'étude a permis de mettre en lumière plusieurs différences significatives entre ces deux groupes sur le plan des relations interpersonnelles et de montrer que l'isolement est associé significativement au désir de mourir. Bien que le genre et l'absence de partenaire soient associés au désir de mourir dans les analyses univariées, l'effet de ces deux variables disparaît lorsque l'on tient compte du revenu et de la dépression. Il est fort possible que le genre et le statut matrimonial cachent d'autres difficultés comme le manque de ressources financières pour réaliser des projets personnels qui donnent du sens et de la qualité à la vie. Néanmoins, la troisième hypothèse, relative à la satisfaction conjugale, est confirmée et indique que les personnes ayant le désir de mourir sont plus fréquemment insatisfaites de leur relation que celles qui n'expriment pas ce souhait. La quatrième hypothèse a été partiellement confirmée, les résultats ayant mis en lumière que les conflits et l'isolement sont davantage présents chez les répondants ayant le désir de mourir. De plus, ce souhait est particulièrement associé à la perception d'être distant avec les autres et à une insatisfaction à l'égard de la vie sociale. Cette étude confirme donc que la frustration du besoin d'appartenance est un élément associé à ce premier stade du processus suicidaire.

Néanmoins, le modeste pourcentage de la variance du désir de mourir expliquée par le modèle final montre qu'il est essentiel de poursuivre les recherches dans ce domaine afin de mieux dépister les personnes les plus vulnérables.

Les recherches futures pourraient donc cibler d'autres variables sociales comme le sentiment d'être un fardeau pour autrui ou l'âgisme dans l'étude de cette problématique. Par ailleurs, le sens à la vie semble être un facteur de protection contre le risque suicidaire et il pourrait donc s'avérer pertinent de vérifier si la perception de la qualité des relations interpersonnelles est un élément permettant de trouver un sens à sa vie ou si ce dernier pourrait jouer un rôle médiateur dans la prévention du désir de mourir.

Finalement, afin d'aider à contrer le désir de mourir et le risque suicidaire chez les personnes âgées, il serait souhaitable de s'assurer que les programmes soient efficaces, particulièrement chez les hommes, en veillant à contourner la réticence à demander de l'aide, entre autres par la formation de sentinelles permettant d'identifier les personnes à risque et de les référer à temps vers des ressources appropriées. Il y aurait lieu de poursuivre et développer les programmes de dépistage de la dépression au sein des services de première ligne, sachant que jusqu'à 66 % des personnes s'étant suicidées ont consulté ces services dans les semaines précédant leur décès et que cette façon de faire a été démontrée comme étant efficace pour prévenir le risque suicidaire chez les personnes âgées.

Références générales

- Akashi, R. K. (2012). *Psychological well-being among three age groups of older Americans living in the community*. (Dissertation). Columbia University, New York, États-Unis.
- Association québécoise de prévention du suicide. (2014). *La prévention du suicide des aînés au Québec : comprendre, s'inspirer et agir*. Repéré à <https://www.aqps.info/aines/prevention-suicide-des-aines-quebec-comprendre-389.html>
- 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(9), 923-929.
- Ayalon, L., & Shiovitz-Ezra, S. (2011). The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *International Psychogeriatrics*, 23(10), 1677-1685.
- Barnow, S., & Linden, M. (2000). Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21(4), 171-180.
- Barnow, S., Linden, M., & Freyberger, H. (2004). The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly: Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Psychological Medicine*, 34(4), 741-746.
- Bartels, S. J., Coakley, E., Oxman, T. E., Constantino, G., Oslin, D., Chen, H., ... Sanchez, H. (2002). Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 417-427.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R., & Demyttenaere, K. (2014). Are religiousness and death attitudes associated with the wish to die in older people? *International Psychogeriatrics*, 28(3), 397-404. doi: 10.1017/S1041610215001192
- Brummel-Smith, K. (2007). Optimal aging, part I: Demographics and definitions. *Annals of Long-Term Care*, 15(11). Repéré à <http://www.annalsoflongtermcare.com/>

- Burnette, D., & Mui, A. C. (1997). Correlates of psychological distress among old-old Hispanics. *Journal of Clinical Geropsychology*, 3(3), 227-244.
- Carstensen, L. L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. Dans J. E. Jacobs (Éd.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1992: Developmental perspectives on motivation* (pp. 209-254). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Cheng, S., Lee, C. L., & Chow, P. K. (2010). Social support and psychological well-being of nursing home residents in Hong Kong. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1185-1190.
- Cheung, G., Edwards, S., & Sundram, F. (2017). Death wishes among older people assessed for home support and long-term aged residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 1371-1380. doi: 10.1002/gps.4624
- Choi, H., & Marks, N. F. (2008). Marital conflict, depressive symptoms, and functional impairment. *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 377-390.
- Christensen, H., Batterham, P. J., Soubelet, A., & Mackinnon, A. J. (2013). A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 225-234. doi: 10.1016/j.jad.2012.07.002
- Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Orden, K. A., Ragain, R. M., & Cook, R. L. (2011). Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology and Aging*, 26(2), 331-338.
- Cummings, S. M. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*, 27(4), 293-302.
- 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(6), 795-805.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Conner, K. R., Eberly, S., Evinger, J. S., & Caine, E. D. (2004). Poor social integration and suicide: Fact or artifact? A case-control study. *Psychological Medicine*, 34(7), 1331-1337. doi: 10.1017/S0033291704002600
- Émond-Provencher, A., Lapierre, S., Desjardins, S., Vézina, J., Prévaille, M., & Berbiche, D. (2018). Différences entre les genres chez les aînés ayant le désir de mourir. *La revue de gériatrie*, 43(3), 139-147.
- Fiksenbaum, L., Greenglass, E., & Eaton, J. (2006). Perceived social support, hassles, and coping among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 25, 17-30.

- Forsell, Y. (2000). Death wishes in the very elderly: Data from a 3-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*(2), 135-138.
- Forsell, Y., Jorm, A. F., & Winblad, B. (1997). Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*(2), 108-111.
- Fuller-Iglesias, H. R. (2015). Social ties and psychological well-being in late life: The mediating role of relationship satisfaction. *Aging & Mental Health*, *19*(12), 1103-1112.
- Fung, H. H., Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (2001). Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: Implications for socioemotional selectivity across the life span. *International Journal of Aging and Human Development*, *52*(3), 185-206.
- Gee, E. M. (2000). Living arrangements and quality of life among Chinese Canadian elders. *Social Indicators Research*, *51*(3), 309-329.
- Ghazinour, M., Mofidi, N., & Richter, J. (2010). Continuity from suicidal ideations to suicide attempts? An investigation in 18-55 years old adult Iranian Kurds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(10), 973-981.
- Glasberg, A.-L., Pellfolk, T., & Fagerström, L. (2014). Zest for life among 65- and 75-year-olds in Northern Finland and Sweden – A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *28*, 328-336.
- Greenfield, E. A., & Reyes, L. (2014). Continuity and change in relationships with neighbors: Implications for psychological well-being in middle and later life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *70*(4), 607-618.
- Halleröd, B., & Seldén, D. (2013). The multi-dimensional characteristics of wellbeing: How different aspects of wellbeing interact and do not interact with each other. *Social Indicators Research*, *113*(3), 807-825.
- Hank, K., & Wagner, M. (2013). Parenthood, marital status, and well-being in later life: Evidence from SHARE. *Social Indicators Research*, *114*(2), 639-653.
- Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (Éds, 2008). *Motivation and action*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2016). Investigating the psychometric properties of the Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS) among community-residing older adults. *Aging & Mental Health*, *20*(2), 208-221.

- Holahan, C. K., Holahan, C. J., & Wonacott, N. L. (2001). Psychological well-being at age 80: Health-related and psychosocial factors. *Journal of Mental Health and Aging, 7*(4), 395-411.
- Hsu, H.-C., & Tung, H.-J. (2010). What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health, 14*(7), 851-860. doi:10.1080/13607861003800997
- Jahn, D. R., & Cukrowicz, K. C. (2011). The impact of the nature of relationships on perceived burdensomeness and suicide ideation in a community sample of older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41*(6), 635-649.
- Jahn, D. R., Cukrowicz, K. C., Linton, K., & Prabhu, F. (2011). The mediating effect of perceived burdensomeness on the relation between depressive symptoms and suicide ideation in a community sample of older adults. *Aging & Mental Health, 15*(2), 214-220.
- Jang, Y. (2002, April). The role of personality and social resources in a stress process model of functional disability in later life. *Dissertation Abstracts International Section A, 62*, 3516.
- Jopp, D., & Rott, C. (2006). Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging, 21*(2), 266-280.
- Jorm, A., Henderson, A., Scott, R., Korten, A., Christensen, H., & Mackinnon, A. (1995). Factors associated with the wish to die in elderly people. *Age and Aging, 24*, 389-392.
- Kampfe, C. M. (2015). *Counseling older people: Opportunities and challenges*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New-York Academy of Medicine, 78*(3), 458-467.
- Kennedy, M. G. (2010). *Psychologists and psychologists-in-training: Predictors of attitudes toward rational suicide*. Ann Arbor, MI: ProQuest Dissertations Publishing.
- Kim, B. J., Sangalang, C. C., & Kihl, T. (2012). Effects of acculturation and social network support on depression among elderly Korean immigrants. *Aging & Mental Health, 16*(6), 787-794. doi: 10.1080/13607863.2012.660622

- 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*(2), 183-198.
- Lapierre, S., Boyer, R., Desjardins, S., Dubé, M., Lorrain, D., Préville, M., & Brassard, J. (2012). Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *International Psychogeriatrics*, *24*(2), 243-252.
- Lapierre, S., Desjardins, S., Préville, M., Berbiche, D., Marcoux, L., & Dubé, M. (2015). Wish to die and physical illness in older adults. *Psychology Research*, *5*(2), 125-137.
- Levesque, P., Gagné, M., Pelletier, É., & Perron, P. A. (2018). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2015 – Mise à jour 2018*. Québec, QC : Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- Li, T., Fok, H. K., & Fung, H. H. (2011). Is reciprocity always beneficial? Age differences in the association between support balance and life satisfaction. *Aging & Mental Health*, *15*(5), 541-547.
- Mackenzie, T. B., & Popkin, M. K. (1990). Medical illness and suicide. Dans S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Éds), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (pp. 205-232). Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
- Mellqvist Fässberg, M. M., Östling, S., Börjesson-Hanson, A., Skoog, I., & Waern, M. (2013). Suicidal feelings in the twilight of life: A cross-sectional population-based study of 97-year-olds. *BMJ Open*, *3*(2), e002260. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002260
- Mellqvist Fässberg, M. M., Östling, S., Braam, A. W., 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*(9), 1475-1482. doi: 10.1007/s00127-014-0840-1
- Mellqvist Fässberg, M. M., Van 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.
- Mui, A. C. (2001). Stress, coping, and depression among elderly Korean immigrants. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *3*(3/4), 281-299.

- Newsom, J. T., Rook, K. S., Nishishiba, M., Sorkin, D. H., & Mahan, T. L. (2005). Understanding the relative importance of positive and negative social exchanges: Examining specific domains and appraisals. *The Journals of Gerontology, 60B*(6), 304-312.
- Palombo, R. D. (2003). Addressing the social lives of older Americans: A new challenge for public health. *Dissertation Abstracts International Section A, 64*, 1798.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology, 23*(4), 245-266. doi: 10.1207/153248301753225702
- Pope, A. M., & Tarlov, A. R. (1991). *Disability in America: Toward a national agenda for prevention*. Washington, DC: National Academies Press.
- Rao, R., Denning, T., Brayne, C., & Huppert, F. A. (1997). Suicidal thinking in community residents over eighty. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 12*(3), 337-343.
- Raue, P. J., Meyers, B. S., Rowe, J. L., Heo, M., & Bruce, M. L. (2007). Suicidal ideation among elderly homecare patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(1), 32-37.
- Raue, P. J., Morales, K. H., Post, E. P., Bogner, H. R., Have, T. T., & Bruce, M. L. (2010). The wish to die and 5-year mortality in elderly primary care patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(4), 341-350.
- Roff, L. L., Durkin, D., Sun, F., & Klemmack, D. L. (2007). Widowhood, religiousness, and self-assessed well-being among older adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 19*(4), 43-59.
- 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*(9), 758-766.
- Rowe, J. L., & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New York, NY: Pantheon Books.
- Rurup, M. L., Pasma, H. R. W., Goedhart, J., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: A qualitative interview study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32*(4), 204-216.
- Ryan, A. K., & Willits, F. K. (2007). Family ties, physical health, and psychological well-being. *Journal of Aging and Health, 19*(6), 907-920.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Saïas, T., Beck, F., Bodard, J., Guignard, R., & Roscoät, E. D. (2012). Social participation, social environment and death ideations in later life. *Plos ONE*, 7(10), e46723.
- 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(9), 842-846.
- Scocco, P., Meneghel, G., Caon, F., Buono, M. D., & De Leo, D. (2001). Death ideation and its correlates: Survey of an over-65-year-old population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(4), 210-218.
- Shah, A., Hoxey, K., & Mayadunne, V. (2000). Suicidal ideation in acutely medically ill elderly inpatients: Prevalence correlates and longitudinal stability. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2), 162-169.
- Statistique Canada. (2010). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 91-520-X, 2009-2036*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/2010001/aftertoc-aprestdm1-fra.htm>
- Statistique Canada. (2011). *Rapport sur l'état de la population du Canada – Structure par âge et sexe : Canada, provinces et territoires, 91-209-X, 2010*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-209-x/2011001/article/11511-fra.pdf?st=0gHaMnk9>
- Turvey, C. L., Conwell, Y., Jones, M. P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J. L., & Wallace, R. (2002). Risk factors for late-life suicide: A prospective community-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 398-406. doi: 10.1176/appi.ajgp.10.4.398
- Van Dussen, D. J. (2006). Perceived emotional quality of kin relations and psychological well-being among residents of continuing care retirement communities. *Dissertation Abstracts International Section A*, 68, 4425.
- Van Orden, K. A., Wiktorsson, S., Duberstein, P., Berg, A. I., Fässberg, M. M., & Waern, M. (2015). Reasons for attempted suicide in later life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 536-544. doi: 10.1016/j.jagp.2014.07.003

- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. J. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575-600.
- Vasiliadis, H., Gagné, S., & Prévile, M. (2012). Gender differences in determinants of suicidal ideation in French-speaking community living elderly in Canada. *International Psychogeriatrics*, *24*(12), 2019-2026.
- Vilhjalmsson, R., Krisjansdottir, G., & Sveinbjarnardottir, E. (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*(3), 97-103.
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, *49*(5), 328-334. doi: 10.1159/000071715
- Walker, R., Isherwood, L., Burton, C., Kitwe-Magambo, K., & Luszcz, M. (2013). Marital satisfaction among older couples: The role of satisfaction with social networks and psychological well-being. *The International Journal of Aging & Human Development*, *76*(2), 123-139.
- Wang, J., Chen, T., & Han, B. (2014). Does co-residence with adult children associate with better psychological well-being among the oldest old in China? *Aging & Mental Health*, *18*(2), 232-239.
- Werth, J. L., Jr., & Cobia, D. C. (1995). Empirically-based criteria for rational suicide: A survey of psychotherapists. *Suicide and Life-threatening Behavior*, *25*, 231-240.
- Winter, L., Lawton, M. P., Casten, R. J., & Sando, R. L. (2000). The relationship between external events and affect states in older people. *The International Journal of Aging & Human Development*, *50*(2), 85-96.
- Wong, S. T., Yoo, G. J., & Stewart, A. L. (2007). An empirical evaluation of social support and psychological well-being in older Chinese and Korean immigrants. *Ethnicity & Health*, *12*(1), 43-67.
- Yip, P. F., Chi, I., Chiu, H., Wai, K. C., Conwell, Y., & Caine, E. (2003). A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*(11), 1056-1062.