

# SPÉCIFICITÉS

## AÎNÉES/HOMMES/FEMMES



Document pour l'atelier de sensibilisation  
Prévention détresse psychologique et suicide chez les aînés

Dans un contexte intergénérationnel, la vie d'une personne aînée et celle d'un enfant sont d'égale valeur. Ce n'est que l'angle d'approche qui diffère, car la valeur de la vie ne se définit pas par les années qui restent à vivre, mais bien par la contribution de la personne à ce que sa vie fasse du sens, qu'il s'agisse de mettre à profit son passé ou de construire son futur. Dans ces deux pôles de référence, c'est dans le ici et maintenant que la personne s'investit.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Source : Association québécoise de prévention du suicide, mémoire : *Prévenir le suicide chez les aînés : avant tout, il y a la vie*

# Spécificités aînéEs

## PRÉVENTION DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET SUICIDE CHEZ LES AINÉES

### Information spécifique concernant les aînéEs

Lorsque vient le moment d'aborder le suicide gériatrique, les auteurs sont unanimes à dire qu'il s'agit d'un problème très sérieux. Paradoxalement, le suicide chez les personnes âgées ne suscite pas beaucoup d'intérêt de la part du public en général (Lapierre et al, 1992, Moamai, 1988) en dépit de l'ampleur du phénomène. En effet, l'attention du public est avant tout dirigée vers le suicide des jeunes adultes (Lyons, 1984), qui est considéré comme une véritable tragédie, alors que le suicide chez les personnes âgées s'avère plus acceptable lorsqu'il survient chez celles dont la mort est prévisible (Pélicier, 1978).

Pour Jarvis et Boldt (1980), ce manque d'intérêt est manifestement le reflet du désintéressement d'une société qui n'accorde qu'une faible importance aux personnes qui n'appartiennent pas au monde du travail. Peu de travaux ont été réalisés sur le sujet à ce jour, ce qui nuit à la compréhension de ce phénomène complexe. Par conséquent, une partie substantielle des connaissances actuelles sur le suicide gériatrique est équivoque et mériterait d'être étayée davantage (Miller, 1979).

Avant de donner quelques statistiques sur l'ampleur du phénomène du suicide chez les personnes âgées au Canada et au Québec, il convient de mentionner quelques difficultés de cette approche statistique. Premièrement, il n'y a pas de procédures standards d'identification des suicides. Ceux qui rapportent les suicides (coroners, juges, médecins) ont souvent des définitions différentes du suicide. De plus, la stigmatisation sociale entourant le suicide entraîne souvent une sous-déclaration du phénomène (Charron, 1982). Selon Miller (1979), la non-déclaration de mortalité par suicide serait plus fréquente encore pour les personnes âgées que pour les autres groupes d'âge. Dans les travaux de recherches, on entend donc par suicide : tout acte posé volontairement par un individu dans le but conscient de s'enlever la vie et dont l'issue est fatale; lorsque l'on parle de tentative de suicide, on parle d'un acte qui n'entraîne pas la mort.

Notre société a tendance à accepter le suicide d'une personne âgée, alors qu'elle refuse celui d'un jeune. Ces attitudes sont partagées par les personnes âgées elles-mêmes, ce qui peut contribuer à augmenter le risque de suicide dans ce groupe d'âge (Lucie Charbonneau, 1999).

Des chercheurs du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et de l'Université de Montréal ont démontré qu'au Québec le taux de décès par suicide des personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté de 85,4 % entre 1977 et 1999 (22 ans).

## **Professionnels de la santé mal équipés**

Les personnes aînées consultent leur médecin de famille plutôt que tout autre professionnel de la santé pour leurs problèmes de santé mentale.

La prévention du suicide doit être orientée sur le développement de services de psychothérapie mieux adaptés aux besoins des personnes aînées. En effet, plusieurs professionnels de la santé croient encore que l'intervention psychologique avec les personnes âgées est inutile ou impossible, ce qui n'est évidemment pas le cas. Ils considèrent aussi que le suicide au troisième âge est justifié ! Particulièrement lorsque celui-ci a pour but de libérer la personne de la détresse associée à une qualité de vie réduite par la maladie. Il semble exister une acceptation du suicide des personnes âgées dans la société, sans doute, parce que leur vie est jugée terminée et qu'elles ne semblent plus aussi productives pour l'économie du pays. Toutefois, il ne faut pas oublier que le suicide des personnes âgées est aussi tragique que celui des jeunes, car il reflète également le désespoir d'un être humain (Lapierre, 1999).

Selon des données de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la proportion des décès par suicide concernant des personnes âgées de 50 ans et plus est passée de 27,2 % à 37,9 % entre 1999 et 2007. C'est donc dire que près de 40 % des décès par suicide au Québec touchent une personne de 50 ans et plus. En 2007, cela représentait 414 décès sur un total de 1091 décès pour tous les groupes d'âge. L'importance relative qu'occupe le groupe des 50 ans et plus parmi l'ensemble des décès par suicide au Québec s'explique notamment par deux tendances.

D'une part, la baisse importante du nombre de décès et des taux de mortalité par suicide chez les jeunes, conjuguée à une faible diminution des taux de mortalité chez les 50 ans et plus, a eu pour effet d'accroître l'importance du groupe des 50 ans et plus parmi l'ensemble des décès par suicide.

D'autre part, l'augmentation du nombre et de l'importance relative des personnes âgées de 50 ans et plus dans la population québécoise entre 1999 et 2006 contribue également à accroître l'importance de ce groupe parmi l'ensemble des décès par suicide.

## **Les taux de suicide des aînéEs sont sous-estimés**

Tous les chercheurs s'entendent sur le fait que les taux de suicide des aînéEs sont sous-estimés par rapport aux taux réels. On sait que les coroners ont moins tendance à enquêter sur le décès d'une personne aînée déjà malade, morte dans son lit et sans signes suicidaires, que sur le décès d'une personne plus jeune. On n'a cependant aucune raison de croire que cette tendance à la sous-estimation est plus élevée au Québec qu'ailleurs.

## **Ratio tentatives de suicide/suicides**

Le bulletin du *Suicide Information and Education Centre* (SIEC) de l'été 98 (vol 24, no 2), rapporte que chez les personnes aînées, le ratio de suicide complété est d'un décès pour

quatre tentatives de suicide alors que, dans la population en général, ce ratio est d'un décès pour vingt-cinq. Comment peut-on expliquer cette observation? Les personnes âgées sont moins résistantes que les plus jeunes et leurs chances de survie ou de récupération à la suite d'une tentative de suicide sont moindres. De plus, comme les personnes âgées vivent souvent seules, les possibilités d'être secourues sont minimales.

### **Facteurs de risque**

Comme toutes les autres phases développementales de la vie, la vieillesse est une période de croissance qui comporte de nouvelles exigences auxquelles la personne doit s'adapter en utilisant les compétences qu'elle possède. La vieillesse, comme les autres périodes de la vie, dissimule donc un « état de crise ».

Spécifiquement, la personne âgée doit faire face à des pertes multiples et variées liées à des événements extérieurs (retraite, veuvage, changement de lieu de résidence, etc.) et à des transformations physiques (diminution des fonctions motrices et sensorielles, diminution de la vitalité et de la santé). Plusieurs de ces changements ont de profondes répercussions sur la personne puisqu'ils s'accompagnent souvent d'une perte d'autonomie fonctionnelle, d'une dépendance financière et émotionnelle envers l'entourage et d'une menace d'institutionnalisation. De plus, ces pertes ont un impact direct sur l'image et l'estime de soi de l'individu ainsi que sur sa vision de l'avenir (Lavigne-Pley, 1987). Ces changements peuvent donc devenir des facteurs de risque de suicide (Lapierre, Pronovost, Dubé et Delisle, 1992). En effet, pour 80 % des individus, le suicide est associé à des expériences de pertes significatives (Saarinen, Hintikka et Lehtonen, 1998).

L'isolement social est souvent un facteur contribuant (qui exacerbe le risque de suicide) important chez les suicidaires personnes âgées. Cet isolement peut découler de la retraite, des pertes des lieux familiers et des attaches (déménagement forcé), des pertes sensorielles (surdité, trouble visuel) qui provoquent un retrait du monde environnant.

Le passage à la retraite apparaît comme un facteur précipitant ou déclencheur de suicide, lorsque le travail était un élément essentiel de l'identité et que sa perte entraîne une perte du sens de la vie et ce, plus particulièrement chez les hommes. Le sentiment d'inutilité et d'impuissance souvent engendré par le passage à la retraite, semble être un élément déterminant du taux de suicide chez les hommes âgés (Hendin, 1982), de même que la perte du statut et du rôle social. De plus, la perte de revenu combinée à la prise de la retraite influe sur le réseau social et diminue souvent le nombre des activités, ce qui pourrait augmenter le taux de suicide chez les personnes âgées (Lépine, 1982).

Selon la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998 : 68), les troubles psychiatriques sont un des facteurs prédispositions individuelles associées au suicide chez les personnes âgées. Selon les recherches, 60 % à 80 % des personnes âgées qui se suicident souffrent d'une dépression. Cette dépression est souvent attribuable aux pertes physiques et sociales. Les maladies chroniques, les handicaps physiques et la dépendance combinée à certains problèmes, de même que la douleur chronique sont aussi rattachés à la dépression et au suicide.

Un réseau social déficient représente un des facteurs de vulnérabilité au suicide et aux gestes suicidaires. En effet, le fait de vivre seul et de ne pas avoir de confident est lié au suicide chez les personnes âgées. Les conditions d'hébergement des personnes âgées sont également rapportées dans la littérature comme étant associées au suicide (Lucie Charbonneau, 1999).

Pourquoi les aînéEs se suicident-ils? Il s'agit habituellement d'une combinaison de facteurs et non d'un seul facteur qui rend la personne vulnérable au suicide :

- La pauvreté
- La retraite
- Le veuvage
- L'appui social
- La solitude affective
- Les valeurs sociétales et culturelles
- Le placement en résidence pour personnes âgées et qualité de l'environnement institutionnel
- La disponibilité des moyens de se suicider
- La mauvaise utilisation des médicaments
- La réticence à chercher de l'aide
- Les problèmes de santé mentale
- La maladie chronique et les maladies terminales

Facteurs de risque :

1. Les pertes
2. Les maladies physiques
3. La dépression
4. Les difficultés d'adaptation aux changements de la vie
5. L'isolement

Limites :

1. Malgré l'amélioration considérable de la condition de vie et de santé des personnes aînées, beaucoup n'ont pas de médecin de famille.
2. Négligence quant à l'accumulation de médicaments périmés dans les pharmacies personnelles, car l'impact de la tentative s'accroît lorsqu'il y a une facilité à obtenir des moyens.

Comme dans tous les autres groupes d'âge, un trouble mental, particulièrement une dépression, est le facteur de risque de suicide le plus élevé chez les aînéEs.

### **Événements déclencheurs**

Habituellement, il y a un événement déclencheur identifiable dans le cas du suicide des aînéEs. Ces événements constituent souvent une perte soit d'emploi, d'un être cher, de capacité physique ou encore le retrait du permis de conduire. Dans le cas de perte d'un

conjoint, on remarque une différence importante entre les hommes et les femmes. La perte de son épouse constitue un facteur de risque important pour un homme vulnérable. Cependant, lorsque c'est l'époux qui meurt, l'espérance de vie de la femme augmente de façon significative. Lorsqu'on regarde ces données, ce qui est important c'est la signification de la perte pour la personne, et non forcément l'importance de l'événement. La mort d'un animal domestique peut donc sembler une perte considérable pour une personne âgée isolée et pour une autre personne le diagnostic d'un cancer incurable peut s'avérer davantage comme étant un défi que comme une épreuve insurmontable, ce qui fait que cet événement ne représente pas un risque suicidaire. Dans le cas de perte d'un conjoint, on remarque une différence importante entre les hommes et les femmes. Le veuvage constitue un facteur de risque important pour un homme vulnérable. Cependant, lorsque c'est l'époux qui meurt, l'espérance de vie de la femme augmente de façon significative (CRISE, 2011). En effet, la femme a souvent un réseau social bien établi, accepte de l'aide lorsqu'elle fait face à des difficultés et elle a habituellement développé les habiletés nécessaires pour réaliser la plupart des activités de la vie quotidienne ou domestique alors que l'homme a non seulement perdu sa confidente mais aussi celle qui gérait l'organisation de la vie quotidienne.

### **Particularités des limites à l'intervention face à la clientèle aînée :**

- Les intervenants sont confrontés à leur peur de leur propre vieillissement ou à celui de leurs parents, et il est parfois difficile de prendre une distance.
- L'attitude de la population et des professionnels, face à l'acceptabilité (banalisation) du suicide en fonction du sexe et de l'âge, pourrait être un autre facteur ayant un impact sur la surmortalité des hommes âgés par suicide.
- Âgisme : cette attitude amène à considérer comme « normal » la dépression et les idées suicidaires chez les personnes âgées et malades (Butler, 1987 ; cité par Conwell, 1995).
- Hospitalisation ou placement envisagée plus souvent dans les autres groupes d'âge, car le suicide est davantage associé à des maladies chroniques.

### **Les effets de la solitude selon l'état civil**

Certaines études indiquent qu'uniquement 5 % à 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus disent ressentir occasionnellement de la solitude (Pinquart, 2003; Prince, Harwood, Blizard, Thomas et Mann, 1997) tandis que d'autres affirment que 80 % des personnes âgées de 80 ans et plus ressentent souvent de la solitude (Smith et Baltes, 1997). Ces résultats apparemment contradictoires dépendent de la perception des personnes aînées quant aux ressources sociales dont elles disposent pour faire face aux difficultés. Certaines personnes âgées tirent des bénéfices de la solitude. Les femmes âgées seraient, entre autres, particulièrement propices à percevoir les aspects positifs de la solitude. Pour pallier à cette solitude, elles ont un réseau social plus grand et varié avec lequel elles échangent fréquemment. Elles ont davantage d'amis avec qui elles peuvent donner et recevoir du soutien (Tomassini, Glaser et Askham, 2003).



Des recherches ont démontré que les femmes sont plus enclines que les hommes à partager leur douleur, leurs sentiments d'anxiété et de solitude (Rokach et Sharma, 1996). C'est pourquoi, il est important pour elles d'avoir un réseau de contacts pour échanger. De plus, le stigma de la solitude semble affecter plus les hommes que les femmes, réduisant ainsi la capacité des hommes à percevoir les aspects positifs et la possibilité d'en grandir (Perlman, 2004).

### **Les exigences émotionnelles engendrées par les réseaux sociaux et la détresse psychologique**

Une étude a démontré l'existence de liens entre les exigences émotionnelles engendrées par les réseaux sociaux et la détresse psychologique. Il a été observé qu'en l'absence de soutien émotionnel, les pressions émotionnelles de l'entourage peuvent mener à la détresse psychologique. Écouter les épreuves souffrantes d'amis ou de membres de la famille peut engendrer des sentiments tels que l'anxiété, l'inquiétude, la sympathie et la tristesse. Lorsque plusieurs amis et membres de la famille comptent sur une seule et même personne pour du soutien émotionnel, ces sentiments peuvent s'accumuler ou s'amplifier. Écouter les problèmes et les difficultés des autres peuvent engendrer le désir de les résoudre. Toutefois, ce désir peut être incompatible avec les habiletés que possède la personne pour venir en aide, menant à des sentiments de frustration et d'impuissance (Durden, Hill et Angel, 2004).

Le contraire a aussi été observé. Lorsqu'il y a présence de soutien émotionnel dans le réseau social, les exigences émotionnelles de l'entourage n'engendrent pas de détresse psychologique. Cela dit, le fait de donner et de recevoir beaucoup de soutien émotionnel indique habituellement une bonne intégration sociale. Et dans le cas contraire, le fait d'obtenir ou de donner peu de soutien émotionnel peut représenter une moins bonne intégration sociale, ce qui pourrait favoriser la détresse psychologique (Durden, Hill et Angel, 2004).

Dans un contexte de soutien social inadéquat, les exigences émotionnelles peuvent contribuer à l'augmentation de la détresse psychologique.

### **Les effets bénéfiques de l'attachement aux animaux de compagnie sur la solitude et sur la santé**

L'attachement aux animaux de compagnie peut servir de mécanismes d'adaptation pour améliorer la santé des femmes âgées. Les mécanismes d'adaptation agissent comme des médiateurs entre le stress et l'adaptation. Qui plus est, des résultats de recherche suggèrent que l'amélioration de la santé des femmes âgées peut survenir grâce à la cohabitation avec un animal de compagnie. Un lien positif a été prouvé entre le fait de briser la solitude et l'attachement à un animal de compagnie. Plus le sentiment de solitude augmente chez les femmes âgées, plus le lien d'attachement augmente avec l'animal de compagnie. L'attachement à un animal de compagnie peut aussi agir comme ressource pour aider à maintenir les femmes âgées actives, et ce, dans une relation réciproque (Krause-Parello, 2008; Keil, 1998).

## Particularités du suicide selon le sexe

Différentes observations démontrent bien les particularités des suicides selon chaque sexe. Une étude des dossiers du Bureau des coroners du Québec sur les suicides de 447 personnes âgées de plus de 65 ans survenus au cours des années 1992 et 1995 révèle que les hommes se suicident quatre fois plus que les femmes (Legault et Pinard, 1999). Ils totalisent 81 % des suicides de la période étudiée. Les hommes se suicident en plus grand nombre que les femmes dans tous les groupes d'âge au-dessus de 65 ans, même à un âge très avancé.

On note aussi des différences en fonction du sexe quant au statut matrimonial des aînés qui se suicident. Chez les femmes, ce sont les célibataires qui présentent le plus fort taux de suicide (8,9 par 100 000 habitants), suivi des divorcées (6,5), des veuves (4,7) et des femmes mariées (3,2). Du côté des hommes, ce sont les veufs qui arrivent en tête avec un taux de 58,9 par 100 000 habitants, suivi des célibataires (46,2), des divorcés (43,8), des séparés (18,5) et des hommes mariés (17,5).

On remarque également des différences en regard des tentatives antérieures de suicide. Les femmes âgées décédées par suicide avaient tenté de se tuer à au moins une reprise dans 68 % des cas, contre 51 % des hommes décédés par suicide. Santé Canada (1987) estime que le ratio de décès par suicide versus les tentatives de suicide est de 1 pour 2 pour les hommes âgés et de 1 pour 4 pour les femmes âgées. Finalement, on note la présence d'alcool chez 25 % des hommes décédés par suicide comparativement à 11 % chez les femmes (Pinard, 1997).

Les mécanismes d'adaptation identifiés par Canetto (1992) diffèrent chez les hommes âgés et les femmes âgées. Ce qui expliquerait l'écart de leur taux respectif de décès par suicide. Elle soutient que les hommes âgés ont des mécanismes d'adaptation plus rigides et moins diversifiés que ceux des femmes âgées. En effet, la socialisation des hommes les amène à rechercher plus de contrôle sur leur environnement et à utiliser davantage des stratégies d'adaptation agressives. De plus, les hommes âgés ont habituellement moins pris le temps de développer la prise en charge de leurs besoins personnels et de leurs relations interpersonnelles. Ils se trouvent donc démunis après la retraite lorsque leur santé diminue et que les relations familiales prennent plus de place. Bien souvent, ils s'en remettent entièrement à leur conjointe pour tout ce qui touche les relations interpersonnelles et celle-ci est bien souvent leur seule confidente.

Il ne faut donc pas s'étonner de constater que les veufs âgés soient l'un des groupes le plus à risque de suicide (Charron, 1982 ; Legault et Pinard, 1999). Dans le même ordre d'idée, Clark (1993) explique le suicide des personnes âgées par une carence majeure dans le développement de leur personnalité. Cette lacune n'est pas apparente à la personne, ni à son entourage, avant les premières manifestations du vieillissement. On remarque alors un manque total des capacités fondamentales d'adaptation. Ces capacités ne seraient pas temporairement absentes, elles n'auraient jamais été développées chez l'individu.

Cette conclusion pousse plus loin l'hypothèse de Canetto quant au nombre restreint de mécanismes d'adaptation que possèdent les hommes âgés qui se suicident. Maltzberger



(1997) comprend le suicide des hommes âgés comme une réaction négative aux changements entraînés par le vieillissement à cause de l'impact qu'ils ont sur l'image du « soi idéal » de l'aîné.

Ce soi idéal se bâtit au cours de l'enfance par les assimilations passives des valeurs et croyances parentales que fait le jeune enfant au contact de son environnement. Par exemple, des valeurs très élevées de réussite professionnelle et familiale pourraient être rigidement intégrées dans les croyances des personnes âgées suicidaires. Clark (1993) mentionne que les hommes âgés suicidaires se définissent comme fiers, indépendants et s'identifiant à ce qu'ils sont capables de produire. Lorsque ces valeurs et croyances sont très investies émotivement par la personne et qu'elle ne peut les atteindre, il s'ensuit une destruction de l'image de l'idéal de soi.

Une croyance comme « ma valeur provient de ce que je fais » est bien souvent remise en question lorsqu'on vieillit. Maltzberger (1997) note également que des croyances, par exemple « les vrais hommes peuvent régler leurs problèmes en se suicidant » amènent bon nombre d'entre eux à se tuer pour correspondre à un idéal rigide de ce qu'est un homme. Le suicide des hommes âgés peut donc s'expliquer par un surinvestissement dans des valeurs très élevées de réussite de vie et par une trop grande rigidité à l'égard du soi idéal. On retrouverait moins cette dynamique chez les femmes âgées. Par ailleurs, il semble que celles-ci font preuve de plus de souplesse face à leur croyance et que leur idéal de soi soit plus en contact avec l'image réelle qu'elles ont d'elles-mêmes (Canetto, 1992). Ceci pourrait expliquer leur taux plus faible de suicide.

## Spécificités concernant les femmes

### Résilience des femmes

Les chercheurs émettent l'hypothèse que les femmes, lorsqu'elles vivent des difficultés, sont plus résilientes que les hommes, qu'elles s'en sortent mieux. Ainsi, face à certaines situations, elles seraient mieux en mesure de les affronter.

Pour plusieurs femmes plus âgées, leur statut social à la retraite change moins que chez les hommes. Les femmes de cette génération ont davantage investi la sphère privée puisqu'elles se sont chargées des responsabilités familiales et domestiques. Ainsi à leur retraite, leur statut social demeure intact. Plusieurs hommes, quant à eux, se définissent davantage par rapport à leur travail et non pas à leur rôle familial ou à la sphère privée. À leur retraite, ils ressentent davantage cette perte.

Les femmes consultent davantage que les hommes quand elles éprouvent des ennuis de santé (Drapeau, Boyer & Lesage, 2009). Elles peuvent être diagnostiquées plus rapidement si elles éprouvent de la détresse psychologique. Ce qui explique aussi qu'elles sont davantage médicamentées que les hommes.

L'Institut de la statistique du Québec révélait, dans un rapport d'enquête publié en 2000, que 22 % des femmes âgées de 45 à 64 ans avaient un taux de détresse psychologique élevé. (ISQ, 2000, p. 339.)

### **Les facteurs psychologiques chez les femmes âgées avec des intentions suicidaires ou qui ont fait une tentative de suicide**

Les comportements suicidaires chez les femmes âgées, qui comprennent les idées suicidaires et les tentatives de suicide, peuvent être considérés comme étant fortement liés à des facteurs psychologiques. Les femmes âgées qui affichent des comportements suicidaires ont indiqué vivre des niveaux plus élevés de détresse psychologique et de désespoir, une diminution de la résilience et du contrôle personnel et interpersonnel. De façon surprenante, ce sont les femmes, disant disposer d'un contrôle personnel et interpersonnel rigoureux, qui entretiennent de façon légèrement plus élevée, des comportements suicidaires (Lau, Morse et Macfarlane, 2010). Curieusement, le contrôle personnel et interpersonnel est habituellement associé à un sentiment élevé de bien-être émotionnel.

### **La désintégration sociale**

La pauvreté, le faible niveau d'instruction, la dépendance économique et l'oppression patriarcale sont des facteurs aggravants de la désintégration sociale et, par conséquent, de la morbidité psychologique chez les femmes. Le rapport de 1993 sur le développement mondial de la Banque mondiale montre clairement que l'instruction des femmes est un facteur important pour leur santé et celle de leurs enfants.

### **Propice à la « surmédication »**

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, instauré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, propose une organisation de services dans une vision biomédicale, axée sur le dépistage et le traitement, où la hiérarchisation des services est au centre des préoccupations. On se dirige vers la standardisation et la spécialisation des services et on ne tient pas compte de la santé globale des femmes et de leurs conditions sociales. Ainsi, il y aura un plus grand risque de « surmédicaliser » et de « surdiagnostiquer » de nombreuses femmes, surtout si elles sont âgées, pauvres, etc.

### **Diagnostic de cancer**

Dans un couple où un des partenaires a un diagnostic de cancer, les femmes vivent en moyenne plus de détresse que les hommes, indépendamment qu'elles soient ou non la personne malade, selon une recherche parue dans le Psychological Bulletin (Hagedoorn, 2007). Les femmes ayant le cancer du sein sont en moyenne en plus grande détresse que leur conjoint, mais les conjointes des hommes ayant le cancer de la prostate sont aussi en moyenne en plus grande détresse que ces derniers. (Sources : PsychoMédia, Eurekalert, Newswise).

## Spécificités concernant les hommes

C'est au cours de la dernière étape de vie que la personne prend conscience de sa finitude, ce qui entraîne un bilan de sa vie. Au terme de cette évaluation, l'individu peut éprouver un sentiment d'intégrité si sa vie a un sens pour lui. Par ailleurs, un bilan de vie fortement teinté de regrets peut entraîner un sentiment de découragement chez la personnes aînée. Ce sentiment serait plus fréquent chez les hommes qui ont accordé peu d'importance à leurs relations personnelles alors qu'en vieillissant celles-ci deviennent très importantes. Ces hommes suicidaires ont le sentiment que leur vie a peu de signification et de cohérence. Leur bilan est négatif et entraîne le désespoir. Le sentiment d'intégrité peut aussi être menacé par une difficulté à résoudre les trois crises de la vieillesse telles que définies par Laforest (1989) : crise d'identité, crise d'autonomie et crise d'appartenance.

L'attitude de la population et des professionnels face à l'acceptabilité du suicide en fonction du sexe et de l'âge pourrait être un autre facteur ayant un impact sur la surmortalité des hommes âgés par suicide. Deux études américaines ont mis en évidence que le suicide était plus acceptable (socialement) lorsqu'il était le fait d'un homme et, encore plus, d'un homme âgé. Une étude (Dulac, 1997) effectuée auprès d'hommes québécois conclut que la demande d'aide est perçue par les hommes comme un signe de faiblesse. La peur du ridicule, l'orgueil et l'atteinte à leur estime de soi peuvent les faire renoncer à demander de l'aide.

Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ont de la difficulté à reconnaître et à répondre aux demandes d'aide des hommes. Les hommes se présentent souvent en crise lorsqu'ils demandent de l'aide. Celle-ci s'actualise par une demande d'assistance immédiate et très affirmative. Ce comportement est souvent interprété comme un geste agressif par nombre d'intervenants de première ligne habilités à accueillir une clientèle féminine moins revendicatrice. Les centres de santé offrent leurs services sur rendez-vous et se prêtent donc moins aux demandes d'aide immédiate des hommes.

### La dépression

Des entrevues réalisées par Hinton et al. (2006) auprès de personnes âgées déprimées montrent que les hommes expriment leur dépression de façon atypique, rendant ainsi la maladie plus difficile à diagnostiquer. Il semble que les hommes expriment moins que les femmes les symptômes principaux de la dépression, tels que la perte d'intérêt pour les activités et l'humeur triste. D'un autre côté, ils expriment plus fréquemment leur détresse par des symptômes somatiques (physiques) et du stress dans leurs relations interpersonnelles. De plus, ils semblent avoir plus de difficulté à évaluer et à reconnaître leurs émotions et cherchent à cacher leur dépression pour éviter la stigmatisation et la honte associées à leur perception négative de la maladie mentale. Les auteurs suggèrent aux intervenants d'aborder les attitudes qui empêchent les hommes de chercher de l'aide, de mettre moins d'emphase sur le diagnostic mais plutôt sur les symptômes ressentis et les stressors vécus en discutant les thèmes qui inquiètent fréquemment les hommes

suicidaires : retraite involontaire, problèmes de sommeil, tracas quotidiens, perte d'autonomie et dépendance, perte du permis de conduire, douleur associée aux maladies chroniques, veuvage ainsi que l'abus d'alcool.

### **Pourquoi les hommes âgés sont-ils plus nombreux à mourir par suicide?**

Une hypothèse fréquemment avancée soutient que les hommes âgés meurent plus, car ils utilisent des méthodes plus létales pour se suicider. L'arme à feu est la méthode la plus utilisée par les hommes âgés décédés par suicide au Québec de 1992 à 1995, suivi par la pendaison.

Au premier abord, ces données semblent expliquer à elles seules le taux plus élevé de suicide chez les hommes âgés. Cependant, elles n'offrent pas d'explication sur le processus qui a amené les hommes âgés québécois à choisir des méthodes plus létales que les femmes. L'explication de cette différence au niveau des méthodes utilisées serait attribuable à l'accessibilité des méthodes ainsi qu'aux attitudes culturelles face aux différentes méthodes. Ainsi, dans notre culture, l'accès aux armes à feu a été traditionnellement beaucoup plus grand et facile pour les hommes que pour les femmes.

Cette étude (Lester, 1991) concernant l'importance de la culture sur le choix des méthodes se trouve renforcée par le fait que dans certains pays il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes dans le choix des méthodes. Lazarus et Folkman (1984) notent également que, face à des difficultés, les hommes utilisent davantage que les femmes les mécanismes d'adaptation orientés vers la résolution active des problèmes associés aux événements stressants. Ainsi en se suicidant, les hommes croient régler définitivement leur souffrance. Malheureusement, ils ne voient pas que plusieurs alternatives sont disponibles et leur impulsivité et leur isolement les empêchent de les identifier et de les essayer.

Ces dernières explications mettent en lumière que la méthode utilisée se révèle moins importante pour notre compréhension de la surmortalité masculine par suicide que d'autres facteurs.

## **Urbain vs rural**

Puisque la région du Centre-du-Québec regroupe majoritairement des milieux ruraux et quelques villes plus urbaines, il est devenu apparent de soulever les éléments précurseurs de détresse psychologique souvent rencontrés en milieux ruraux, plus précisément chez les agriculteurs et agricultrices.

### **Les producteurs ont le moral à terre**

Une vaste enquête sur la santé psychologique de milliers de producteurs agricoles du Québec révèle d'inquiétantes conclusions. En outre, un agriculteur sur deux (50,9 %)

ressent un niveau élevé de détresse psychologique, ce qui serait trois fois plus qu'il y a à peine 9 ans.

C'est un des constats qui se dégagent d'une vaste étude menée pour le compte de La Coop fédérée par deux chercheuses en psychologie.

Pourtant, aux yeux de nombreux Québécois, la vie rurale est souvent associée à un style de vie bucolique, loin des soucis et des tracas quotidiens que l'on retrouve en milieu urbain. Malheureusement, et c'est à cela que se greffent tous les constats de l'enquête précédemment citée, une partie importante de sa population, les producteurs agricoles, doit composer avec de nombreux facteurs de stress.

La crise du revenu, le manque de reconnaissance sociale, la crise de la vache folle, les risques entourant la grippe aviaire, les négociations de l'OMC, les maladies des animaux et la pression environnementale ne sont que quelques exemples expliquant le stress qui affecte la santé psychologique des producteurs. D'ailleurs, ceux-ci sont proportionnellement plus nombreux que la population québécoise à avoir des idées suicidaires sérieuses.

Malheureusement, seule une petite proportion (un sur cinq) de ceux ayant éprouvé de tels symptômes a consulté des spécialistes pour avoir de l'aide.

### **La détresse psychologique des agriculteurs et agricultrices**

La détresse psychologique des agricultrices et des agriculteurs figure maintenant au nombre des priorités de l'UPA. Selon une étude de Santé Canada réalisée en 1999, le taux de suicide des agriculteurs est deux fois plus élevé au Québec que dans les autres provinces. De plus, on évalue que près d'un agriculteur sur cinq est touché par la détresse psychologique.

Une enquête récente auprès des comptables et fiscalistes de l'UPA qui rencontrent annuellement plus de 20 000 agriculteurs et agricultrices révèle qu'au cours de la dernière année, 56 % d'entre eux avaient été en contact avec un agriculteur ou une agricultrice en situation de détresse psychologique.

L'enquête révèle que la fierté et l'indépendance sont les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer pourquoi les agriculteurs et agricultrices ne cherchent pas davantage à obtenir de l'aide pour parler de leurs problèmes de stress ou de santé mentale.

Selon un sondage réalisé en 2005, un peu moins de la moitié des agriculteurs et agricultrices sondés connaissent les ressources vers lesquelles se tourner pour mieux gérer leur stress ou leur santé mentale. Ce sondage révèle également que la plupart des agriculteurs préfèrent rencontrer quelqu'un individuellement pour parler de stress ou de santé mentale, plutôt que de prendre part à des rencontres ou obtenir de l'aide par téléphone. Si, en général, ils ne jugent pas important de parler à quelqu'un de leur région quand il s'agit de stress ou de santé mentale, ils jugent toutefois extrêmement important que la personne à laquelle ils font part de leurs problèmes connaisse bien l'agriculture.



## **Facteurs de stress en agriculture**

### Facteurs de stress EXTRÊME

- Une mauvaise récolte et faible production
- Les politiques gouvernementales (contraintes environnementales, la mondialisation, etc.)
- Les finances de la ferme

### Facteurs de stress ÉLEVÉ

- La température
- La crise de la vache folle
- Le maintien de la ferme familiale

### Facteurs de stress MOYEN

- La santé physique
- Le travail à la ferme
- Les relations familiales
- Les préoccupations quant à la santé mentale

### Facteurs de stress PEU ÉLEVÉ

- L'isolement
- Le manque de service de garde
- L'alcoolisme ou la toxicomanie

## ANNEXE

### Définition de l'analyse différenciée selon les sexes

#### Description

Il est établi que l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) est une approche dont la particularité est de prendre constamment en compte les réalités différentes que vivent les femmes et les hommes en raison de leurs expériences particulières et de l'influence des rôles sociaux.

Elle permet de rechercher, d'évaluer et d'élaborer des stratégies tenant compte des différences et visant le redressement des écarts entre les femmes et les hommes. Elle permet également de concevoir la mise en œuvre de ces stratégies.

#### Intégration de l'ADS au projet

L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) s'est vue intégrer à toutes les étapes de réalisation du projet Prévention détresse psychologique et suicide chez les aînéEs. Celle-ci a donc orienté graduellement la mise en place des étapes suivantes :

- Recueillir des données quantitatives et qualitatives selon les sexes sur le suicide.
- Tracer le portrait des hommes et des femmes touchés par la problématique et des écarts F/H qui en découlent.
- Analyser les écarts qui existent entre les femmes et les hommes.
- Déterminer les objectifs et les indicateurs en fonction des besoins différenciés des femmes et des hommes.
- Tenir compte des besoins des femmes et des hommes lors de l'élaboration des activités et de la conception des outils et activités.
- S'assurer que la collecte, l'analyse et l'interprétation de l'information ainsi que les recommandations tiennent compte des femmes et des hommes.

La fusion de ces objectifs favorise l'éclosion d'un projet novateur qui s'adapte constamment à son public âgé et aux réalités spécifiquement liées aux sexes. Et donc, chaque atelier, chaque document créé, chaque rencontre d'intervenants et intervenantes sont teintés par l'analyse différenciée selon les sexes.

## Références

- Baltes, PB, Smith, J. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging*, 12, 458–472.
- Canetto, Silvia Sara et Lester, David, (1995). *Women and suicidal behavior. Focus on women*. New York, NY, US. Springer Publishing Co. 287 pages.
- Charbonneau, Lucie, (1999). *Le suicide chez les personnes âgées*. Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal. Revue Équilibre en tête, volume 13, numéro 2.
- Charron, Marie-France, (1982). *Avis sur la prévention du suicide*. Comité de la santé mentale du Québec du Gouvernement du Québec, Ministère des affaires sociales.
- Clark, D.C. 1993, Narcissistic crisis of aging and suicidal despair. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 23:21-6.
- CRISE (2008). Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide. *Facteurs de risque du suicide chez les aînés*. <<http://www.criseapplication.uqam.ca/>> (consulté en septembre 2011).
- 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.
- Dulac, G. (1997). Les demandes d'aide des hommes. Montréal, Aidrah éditeur. 44 page.
- Durden, Emily D., Hill, Terrence D. Et Angel, Ronald J., (2007). Social demands, social supports, and psychological distress among low-income women. *Journal of social and personal relationships*, 24 (3), 343-361.
- Folkman, Susan, Lazarus, Richard S., Dunkel-Schetter, Christine; DeLongis, Anita et Gruen, Rand J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003
- Hagestad, Gunhild O., Uhlenberg, Peter, (2006). Should we be concerned about age segregation ? : some theoretical and empirical explorations. *Research on aging*, 28 (6), 638-653
- Hagedoorn, Mariët, Sanderman, Robbert, Bolks, Hilde N., Tuinstra, Jolanda et Coyne, James C., (2007). Distress in couples coping with cancer : a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134 (1), 1-30.
- Haines, Valerie A., Beggs, John J. et Hurlbert, Jeanne S. (2008). Contextualizing health outcomes : Do effects of network structure differ for Women and men ? *Sex Roles* 59: 164-175.
- Hendin, Herbert, (1982). *Suicide in America*. New York: WW Norton & Co., 252 pages.

- 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.
- Jarvis, George K., Boldt, Menno, (1980). Suicide in the Later Years. *Study of Ageing, Dying, and Death*, 4 (3), 45-58.
- Krause-Parello, Cherly A., (2008) .The mediating effect of pet attachment support between loneliness and general health in older females living in the community. *Journal of community health nursing*, 25 : 1-14.
- Lafleur G. & Allard M.-A. (2006). Enquête sur la santé psychologique des producteurs agricoles du Québec : *Rapport final présenté à La Coop fédérée*, np: La Coop fédérée. 77 p.
- Laforest, Jacques. (1989). *Introduction à la gérontologie: croissance et déclin*. Hurtubise HMH, 166 pages.
- Lapierre, S., Boyer, R., Desjardins, S., Dubé. M., Lorrain, D., Préville, M., et Brassard, J. (2011). Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *International Psychogeriatrics*.
- Lapierre, Sylvie, (1999). La prévention du suicide chez l'âgé. *La revue le Vis-à-vie*. Volume 9, numéro 1.
- Lau, Rosalind, Morse, Carol A. et Macfarlane, Stephan (2010). Psychological factors among elderly women with suicidal intentions or attempts to suicide : A controlled comparaison. *Journal of woment & aging*, 22 : 3-14.
- Lavigne-Pley, Claire, (1987). *Étude exploratoire sur les personnes âgées témoins de la mort de leurs pairs en institution*. Université de Montréal, 304 pages.
- Legault, A., Pinard, C. (1999). Pourquoi les hommes âgés sont-ils plus nombreux à mourir par suicide ? *La revue le Vis-à-vie*, volume 9, numéro 3.
- Lépine, Lorraine, Santé et bien-être social Canada. Direction générale de la politique, de la planification et de l'information (1982). *Le suicide chez les personnes âgées au Canada*. Santé et bien-être social Canada, 75 pages.
- Lester, David. (1991). *Psychotherapy for suicidal clients*. Édition illustrée. Université du Michigan. 142 pages.
- Lyons, Michael J., (1984). Suicide in later life: Some putative causes with implications for prevention. *Journal of Community Psychology*. 12 (2), 379–388.
- Maltsberger, J.T. (1997) Culture and ego-ideal in suicide: an adult case. *Suicide and life threatening behavior*. 27, 28-33.
- Miller, Marv, (1979). *Suicide after Sixty: The Final Alternative*. New York: Springer, p.118.

- Pelicier, Y., (1978). Le suicide au cours du troisième âge. *Actualité gérontologique*, N° 15, 54-57.
- Perlman, D. (2004). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 181–188
- Pinquart, Martin, (2003). Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20: 31-53.
- Prince, MJ, Harwood, RH, Blizard, RA, Thomas, A., & Mann, AH (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27(2), 323-332
- Rokach, A., Sharma, M. (1996). The loneliness experience in a cultural context. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11(4), 827-839.
- Rokach, A., Raan, M., Rokach, B. et Safarov, A., (2007). The effects of gender and marital status on loneliness of the aged. *Social behaviour and personality*, 35 (2), 243-254.
- Saarinen, Pino; Hintikka, Jukka et Lehtonen, Johannes (Kuopio University Hosp, Dept of Psychiatry, Kuopio, Finland), 1998. Somatic symptoms and risk of suicide. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(4), 311-317.
- Saint-Laurent, D. & Bouchard, C. (2004). L'épidémiologie du suicide au Québec : Que savons-nous de la situation récente?, [Québec]: *Institut national de santé publique du Québec*.
- Sedlitz, L., Duberstein, R., Cox, C., et Conwell, Y. (1995). Attitudes of older people towards suicide and assisted suicide: Analysis of Gallup poll findings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 993-998.
- Tomassini, C., Glaser, K. et Aksham, j., (2003). Getting by without a spouse : Living arrangements and support of older people in Italy and Great Britain. Changing roles and relationships. McGraw Hill: London.