



Centre de  
prévention du suicide  
de Québec



UNIVERSITÉ  
LAVAL



L'évaluation des  
besoins en matière de  
prévention du suicide  
chez les aînés :  
étude exploratoire

RAPPORT DE  
RECHERCHE

## RAPPORT DE RECHERCHE

### L'ÉVALUATION DES BESOINS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES AINÉS

Équipe de recherche :

Sophie Éthier, Université Laval  
Lynda Poirier, Centre de prévention du suicide de Québec  
Jean Vézina, Université Laval  
Dr. Michèle Morin, Université Laval  
Eddy Larouche, auxiliaire de recherche, Université Laval  
Catherine G. Grégoire, auxiliaire de recherche, Université Laval

Rédaction :

Sophie Éthier  
Eddy Larouche  
Catherine G. Grégoire

École de service social  
Faculté des sciences sociales  
Université Laval  
Québec, novembre 2014

On est comme un vieux meuble  
Qu'on cire de temps en temps

Une table ou un lit  
Qu'on n'aime plus vraiment  
Alors, on s'habitue  
À vivre doucement  
À ne pas faire de bruit  
À respirer seulement

Et quand comme un oiseau  
On sent l'heure du départ  
Les ailes au ras du dos  
On éteint son histoire  
C'est pas qu'ça fait souffrir  
Ca fait même pas pleurer  
C'est pas dur de partir  
Quand on n'veut plus rester

Extrait de la chanson *Devenir Vieux* de Jean-Paul Dréau, 1988

## REMERCIEMENTS

Nous désirons tout d'abord exprimer notre gratitude envers les participants aux groupes de discussion, aînés et intervenants, qui nous ont généreusement offert leur temps, leur expertise et leur histoire. Ces rencontres de groupe ont offert un temps d'arrêt à chacun des membres pour réfléchir au vieillissement en général et au suicide des aînés en particulier. Pour des raisons de confidentialité, nous ne voulons pas nommer les organismes communautaires impliqués dans le recrutement, car cela permettrait plus facilement d'identifier les aînés et les intervenants concernés. Nous savons toutefois qu'ils sauront se reconnaître. Merci de votre générosité.

Nous ne pouvons passer sous silence la contribution exceptionnelle du Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ). Non seulement sa directrice, Lynda Poirier, a été l'initiatrice du projet de recherche, mais la Fondation CPSQ a fourni une grande partie des fonds nécessaires à sa réalisation. Plusieurs membres du personnel ont également été impliqués. Saluons d'abord la collaboration de M<sup>me</sup> Audrey Simard pour ses commentaires avisés sur les documents de recherche. Soulignons également la collaboration de Sylvie Bolduc, Célia Varachaud, Michell Drouin et Sébastien Pelletier qui ont agi à titre d'observateurs dans les groupes de discussion, demeurant disponibles pour soutenir les participants qui en ont ressenti le besoin après les rencontres. Nous avons pu procéder à la collecte de données avec l'assurance que des professionnels compétents pourraient nous seconder en cas de besoin. Merci de votre professionnalisme et de votre discrétion.

Enfin, nous nous devons de souligner que le fonds Micheline-Massé de l'École de service social de l'Université Laval a également soutenu financièrement le projet de recherche.

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	8
MISE EN CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	9
1 Les connaissances par rapport au suicide chez les aînés.....	9
2 La perception du suicide et de la détresse des aînés.....	11
3 Les facteurs de risque du suicide associés aux aînés.....	12
4 Les facteurs de protection du suicide associés aux aînés.....	14
5 Les stratégies de prévention du suicide.....	15
MÉTHODOLOGIE.....	19
6 La procédure de recrutement des participants.....	20
7 La logique de la composition des groupes d'aînés.....	20
8 Le choix de la méthode de cueillette des données.....	20
9 La méthode d'analyse des données.....	21
10 Les considérations éthiques.....	22
RÉSULTATS.....	23
1 Présentation des groupes de discussion et de leurs membres.....	23
2 Présentation des thèmes ressortis dans les groupes de discussions.....	24
2.1 THÈME 1 : Connaissances et perceptions par rapport au suicide en général.....	24
2.2 THÈME 2 : Perceptions du suicide chez la population âgée.....	28
2.3 THÈME 3 : Perception des services de prévention du suicide.....	41
2.4 THÈME 4 : Stratégies de prévention du suicide.....	48
2.5 THÈME 5 : La formation <i>Agir en sentinelles pour la prévention du suicide</i> .....	56
CONCLUSION/DISCUSSION.....	65
BIBLIOGRAPHIE.....	67
ANNEXE 1 : Les questions couvertes lors des groupes de discussion.....	74

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Description des participants aux groupes de discussion (n=42).....	23
Tableau II Facteurs de risque du suicide des aînés selon les participants aux groupes de discussion focalisée (n=42).....	33
Tableau III Facteurs de protection du suicide des aînés selon les participants aux groupes de discussions focalisées (n=42).....	39

## LISTE DES ACRONYMES

Centre de prévention du suicide de Québec	CPSQ
Comité d'éthique à la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval	CERUL
Centre hospitalier de longue durée	CHSLD
Centre de santé et de services sociaux	CSSS

## AVANT-PROPOS

Le Centre de prévention du suicide de Québec est un chef de file en matière de prévention du suicide, tant dans l'intervention que dans la postvention. Nos services et nos formations s'adaptent en fonction des caractéristiques et des besoins des différents groupes et personnes qui nous sollicitent.

En terme de prévention, nos programmes récents ciblent, en plus de la population en général, les hommes de 35 à 49 ans, les jeunes de 15 à 24 ans et les aînés.

Pour bien ou mieux rejoindre les aînés, nous avons sollicité un groupe de chercheurs de l'Université Laval, dont la professeure Sophie Ethier. Nous voulions mener une recherche qualitative auprès des aînés, des travailleurs du milieu de la santé œuvrant auprès d'eux et des pairs aidants qui les accompagnent. Pour nous, adapter nos programmes à partir des besoins est essentiel. À ce titre, plusieurs questions ont été soulevées : comment les aînés perçoivent-ils le suicide ? Se sentent-ils appuyés et outillés pour identifier la détresse de leur proche ou de leur propre détresse ? Que connaissent-ils de l'aide disponible ? Qu'est-ce qui peut faciliter la demande d'aide ? Quels en sont les obstacles ?

Les résultats de cette recherche apportent non seulement des réponses à ces questions, mais comportent également de précieux éléments qui nous guideront dans les actions à poser. Ils nous aideront de plus à mettre en perspective les différentes variables à considérer et nous confirment l'importance d'éviter les pièges de la généralisation, sinon des préjugés. En effet, chaque personne est unique et chaque détresse a sa propre histoire dont nous devons impérieusement tenir compte. Les pistes de réflexion de cette étude nous éclairent et nous poussent à poursuivre notre analyse relative à nos pratiques. Elles nous permettront d'adapter nos interventions et nos programmes de prévention en tenant compte des réalités nouvelles du vieillissement.

Lynda Poirier  
Directrice générale  
Centre de prévention du suicide de Québec

## INTRODUCTION

Parler du suicide des aînés, c'est d'abord admettre qu'il existe comme l'a fait il y a déjà bien longtemps Émile Durkheim (1897), dans son célèbre livre *Le Suicide, étude de sociologie*. Une fois cette réalité admise, il nous faut tenter d'y trouver des solutions correspondant à la réalité du 21<sup>e</sup> siècle. C'est ce que ce rapport de recherche tente de réaliser en outillant le plus adéquatement possible le Centre de prévention du suicide de Québec (CPQ) qui espère mieux répondre aux besoins des personnes qui s'adressent à lui en matière de prévention du suicide des aînés sur son territoire.

Ce rapport est le résultat d'un travail s'étant échelonné sur une année. Après une analyse de base, il nous est alors apparu essentiel de procéder à une première étape par le biais d'une démarche qualitative pour cerner non seulement les besoins perçus, mais également les connaissances des aînés et des intervenants en matière de suicide gérontologique. C'est ainsi qu'ont été recrutés puis formés six groupes de discussion d'aînés, de bénévoles et d'intervenants travaillant auprès d'aînés.

Le rapport comprend cinq parties. La première s'articule autour de la mise en contexte de l'étude. Il présente un état des connaissances actuelles sur le suicide et la détresse psychologique des aînés, les facteurs de risque et de protection reconnus chez les aînés, ainsi que de quelques stratégies de prévention ayant été évaluées. La seconde partie aborde la méthodologie de l'étude à travers la procédure de recrutement des groupes de discussion, la logique derrière leur composition, la justification de leur pertinence et la procédure d'analyse utilisée. Les résultats arrivent en troisième partie. Le profil des participants y est d'abord détaillé, puis, de manière systématique, les cinq thèmes ayant émergé de l'analyse sont explicités. Pour ce faire, les données recueillies ont été classées en catégories. Afin de rendre plus conviviale la lecture des résultats, des encadrés reprenant le discours des participants ont été insérés dans le texte pour illustrer l'analyse présentée et des questions, parfois surprenantes, sont posées en début de section afin de faire réfléchir le lecteur. Enfin, une conclusion permet de synthétiser les résultats et de revenir sur ce que nous croyons être les principaux éléments susceptibles de contribuer à prévenir le suicide des aînés.

Nous espérons que cette étude aura permis d'élargir les connaissances sur cette problématique peu connue du suicide des aînés.



## MISE EN CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Dans cette section du rapport, nous proposons d'aborder la documentation traitant du suicide des aînés selon la structure de notre étude, soit en fonction des objectifs de recherche, lesquels ont également guidés l'analyse des données. Ainsi, nous nous arrêterons sur quelques connaissances actuelles par rapport au suicide des aînés afin de mieux saisir l'étendue de la problématique et, par la même occasion, contribuer à déboulonner certains mythes. La perception du suicide et de la détresse des aînés forme la deuxième partie. Puis, seront abordés les signes de détresse et les moments critiques, communément appelés facteurs de risque, ainsi que les facteurs de protection spécifiques à la clientèle gériatrique. Enfin, différentes stratégies de prévention du suicide s'adressant aux personnes âgées seront présentées afin d'illustrer concrètement des exemples d'interventions possibles pour lutter contre le phénomène.

### 1 Les connaissances par rapport au suicide chez les aînés

À travers le monde, le suicide est considéré à juste titre comme une problématique à enrayer et de nombreuses interventions psychosociales s'y attèlent. Présentement, une tendance se dessine vers un déclin général des taux de suicide dans les pays industrialisés (Shah et al., 2008), comme au Québec (Thibodeau, 2007; Légaré, Gagné et St-Laurent, 2013). Il est toutefois difficile de dresser un portrait global réel du taux de suicide chez les aînés. Effectivement, les statistiques varient selon les sources consultées, comme il le sera démontré dans cette section.

Selon l'Infocentre de santé publique du Québec, 140 aînés québécois se suicident par année, dont 108 sont des hommes. Au Canada, approximativement 12 aînés de plus de 65 ans sur 100 000 meurent par suicide annuellement (Heisel et al., 2006), c'est 11 pour 100 000 aînés au Québec, ce qui représente toutefois le second taux de suicide le plus bas après les adolescents (Légaré, Gagné et St-Laurent, 2013). Les taux de suicide au Québec augmentent effectivement selon l'âge jusqu'à 49 ans pour redescendre par la suite. Par ailleurs, les aînés de 75 ans et plus étaient parmi les plus élevés en 2000 dans les sociétés industrialisées (Cattell et al., 2000). Selon le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique au Canada (2010), le taux de suicide chez les hommes de plus de 85 ans (29 cas sur 100 000) est, en moyenne, plus élevé que dans tous les autres groupes d'âge.

Le taux de suicide chez les hommes canadiens de plus de 85 ans est le plus élevé de tous les groupes d'âge.

Certaines caractéristiques spécifiques aux aînés sont inquiétantes, soit le nombre de suicide par rapport aux tentatives. Selon les sources consultées, on dénombre chez les aînés un suicide complété pour quatre (Conwell et al., 2002) ou huit (Infocentre) tentatives, alors que

Plus de la moitié des aînés québécois décédés par suicide entre 2007 et 2009 ont utilisé la pendaison, la strangulation ou la suffocation.

le ratio est de 25 (Infocentre) ou 33 (Conwell et al., 2002) tentatives pour un suicide dans la population générale. Ces données indiquent une tendance des aînés à être plus déterminés et à utiliser des moyens généralement plus létaux pour mettre fin à leurs jours (Conwell et al., 2002). En effet, les moyens les plus utilisés par les aînés seraient en premier lieu la pendaison, suivie du saut dans le vide, puis des armes à feu et de l'empoisonnement (Purcell et al., 1999; Zeppegno et al., 2005; Kapusta et al., 2007). Au Québec, pour la période 2007-2009, 55 % des aînés hommes et des femmes qui se sont suicidés l'ont fait par pendaison, strangulation et suffocation. Les armes à feu auraient été utilisées par 35 % d'entre eux et le saut dans le vide par 4 % des aînés (Légaré, Gagné et St-Laurent, 2013).

Dans les pays industrialisés, la prévalence des idées suicidaires chez les aînés est également préoccupante. Selon les études, entre 1 et 13 % des aînés rapportaient avoir eu des idées suicidaires au cours des dernières semaines (Camirand et Légaré, 2010 ; Forsell et al., 1997 ; Malfent et al., 2009 ; Rurup et al., 2011b). Les idées suicidaires seraient fréquentes chez les aînés déprimés qui consultent les services de santé, d'où l'importance que les professionnels du réseau de la santé s'y attardent (Vannoy et al., 2007). Pourtant, une étude récente indique que 50 % des aînés décédés par suicide avaient vu un médecin la semaine avant le passage à l'acte (Juurlink et al. 2012). Près de 70 % des aînés qui ont commis un suicide avaient été en contact avec les services de santé, mais très peu ont communiqué leurs intentions suicidaires ou ont été référés en psychiatrie pour recevoir des services adéquats (Pitkälä et al., 2000). Il semblerait que même parmi les aînés qui avaient montré des signes évidents de vouloir mettre fin à leurs jours, la moitié n'ont pas reçu de services pour prévenir leur passage à l'acte (Kjøseth & Ekeberg, 2012). Cette réalité met en lumière le besoin de mieux sensibiliser le corps médical à la détresse des aînés. Également, elle fait ressortir l'importance d'offrir des services plus proactifs envers cette clientèle.

Toutefois, les professionnels de la santé ne sont pas les seuls à négliger la détresse des aînés. En effet, les proches d'aînés décédés par suicide avaient tendance à minimiser leurs symptômes dépressifs et les signes de risque suicidaire (Heisel et al., 2002). Or, les proches constituent une source d'aide inestimable dans le dépistage des idées suicidaires chez les aînés.

Les aînés hébergés en institutions de soins de longue durée forment une sous-population parmi les aînés dont le risque suicidaire est toujours alarmant, malgré la baisse générale du taux de suicide chez les aînés (Mezuk et al., 2008). En effet, 38,4 % des aînés hébergés présentaient un risque suicidaire dans une étude récente de Magagna et ses collaborateurs (2013), les patients déprimés étant les

Le syndrome de glissement, associé à une grande détresse, touche particulièrement les aînés institutionnalisés.

plus touchés. Le syndrome de glissement, caractérisé par un laisser-aller et par une cessation de s'alimenter, ou par des comportements de repli et d'opposition qui mènent à la mort touche particulièrement les aînés qui sont institutionnalisés (Weinmann, Péru & Pellerin, 2009). Cette forme d'abandon de la vie, au carrefour d'une condition psychologique ou psychosomatique et médicale qui rend complexe sa classification dans les types de suicide demeure néanmoins associée à une grande détresse qu'il importe de traiter (Weinmann Péru & Pellerin, 2009).

## 2 La perception du suicide et de la détresse des aînés

Certaines caractéristiques distinguent le suicide des aînés de celui des autres groupes d'âge. D'abord, tel qu'abordé précédemment, la plus grande détermination à se libérer de leur souffrance des aînés suicidaires en fait une population plus à risque d'une tentative complétée (Conwell et al., 2002; Miret et al., 2010). Les aînés rencontrent plus fréquemment leur médecin avant de passer à l'acte et leur motif de consultation est souvent centré sur une plainte de douleur physique, alors que ce sont les symptômes psychiatriques qui sont plus souvent évoqués chez les plus jeunes (Tadros & Salib, 2007). Le fait que les aînés se présentent moins souvent avec des symptômes psychologiques explique probablement une partie de la difficulté à dépister leur détresse de la part des médecins. Selon la perception des aînés, le suicide gérontologique serait plus acceptable et, entre autres, associé à un manque de convictions religieuses (Segal et al., 2004).

Crocker et son équipe (2006) ont présenté les sources de détresse des aînés suicidaires. Pour eux, il y a d'abord le combat contre leur vieillissement. Ce combat serait fondé sur des stéréotypes liés au vieillissement, sur un manque d'appartenance à leurs pairs et

Le combat contre le vieillissement, la perte de contrôle sur leur vie et le sentiment d'être moins visibles, isolés, inutiles ou l'objet de peu d'attention constituent des sources importantes de détresse des aînés.

d'identification à leur condition et sur une centration sur le passé, voire aux regrets. La deuxième source de détresse importante que les aînés rapportaient est la perte de contrôle de leur vie, par la perte d'indépendance et d'autonomie. Pour terminer, le sentiment d'être moins visibles, isolés, inutiles ou l'objet de peu d'attention caractérisaient les aînés suicidaires. Ce qui corrobore les résultats d'une étude selon laquelle un statut moral et social plus important accordé aux aînés, une contribution économique reconnue, une attitude aimable et une admiration envers eux soient inversement corrélés avec la mortalité par suicide dans un pays (Yur'yev et al., 2010).

### 3 Les facteurs de risque du suicide associés aux aînés

Différents facteurs amènent les aînés à être à risque de présenter des idées suicidaires ou à faire une tentative de suicide. Chez les aînés, tout comme dans la population en général, le facteur le plus associé au risque d'un prochain passage à l'acte est le fait d'avoir des antécédents d'idées ou de comportements suicidaires (Heisel et al., 2006 ; Miret et al., 2010 ; Pfaff & Almeida, 2004 ; Pfaff & Almerida, 2005 ; Vanderhorst & McLaren., 2005 ; Voaklander et al., 2008). En effet, avoir déjà considéré le suicide augmente le risque de revoir cette possibilité comme une solution à ses problèmes.

Les antécédents d'idées ou de comportements suicidaires et les troubles de santé mentale sont les principaux facteurs de risque de suicide pour les aînés.

Ensuite, les problématiques de santé mentale, principalement les troubles de l'humeur et les troubles de contrôle des impulsions et de consommation sont associés à un plus grand risque suicidaire (Awata et al., 2005 ; Barnow et al., 2004 ; Heisel et al., 2006 ; Juurlink et al. 2012 ; Malfent et al., 2009 ; Manthorpe & Iliffe, 2010 ; Miret et al., 2010 ; Pfaff & Almeida, 2004 ; Pfaff & Almerida, 2005 ; Rurup et al., 2011a ; Rurup et al., 2011b ; Sirey et al., 2008 ; Vanderhorst & McLaren., 2005 ; Vasiliadis et al., 2012 ; Voaklander et al., 2008 ; Waern, 2003 ; Yip et al., 2003 ; Zeppegno et al., 2005).

En incluant les symptômes dépressifs sous-cliniques et les dépressions mineures, c'est-à-dire les conditions caractérisées par une humeur dépressive qui n'amène pas d'altération du fonctionnement ou de détresse cliniquement significative, on retrouverait un historique de maladie mentale chez 74,7 % des aînés (Préville et al., 2005). Même si la dépression est le trouble le plus associé à un risque suicidaire élevé, les aînés suicidaires présentent souvent diverses autres problématiques associées (Waern et al., 2002). Il est donc important que les médecins considèrent non seulement une présence de symptômes dépressifs, mais aussi son association avec des moments critiques comme le veuvage (Pompili et al., 2008). Chez les aînés qui révélaient des idées suicidaires au moment de les rencontrer, 67 % présentaient au même moment des symptômes dépressifs et 20 % souffraient d'un trouble dépressif franc (Rurup et al., 2011b). Chez les 75 ans et plus, un diagnostic de dépression majeure serait observé chez 53,8 % des aînés présentant des idées suicidaires (Forsell et al., 1997) et serait associé à un risque 40 fois supérieur de présenter des idées suicidaires (Conwell et al., 1996).

Les aînés à risque suicidaire présentent souvent plusieurs problèmes médicaux concomitants parfois associés à des douleurs importantes (Awata et al., 2005 ; Barnow et al., 2004 ; Duberstein et al., 2004 ; Harwood et al., 2006 ; Heisel et al., 2006 ; Juurlink et al. 2012 ; Li & Conwell, 2010 ; Sirey et al., 2008 ; Vasiliadis et al., 2012 ; Voaklander et al., 2008 ; Yip et al., 2003 ; Zeppegno et al., 2005). Le lien entre la maladie grave et le suicide pourrait être expliqué aussi par la présence de dépression, considérant que 60 % des gens avec des maladies

importantes en souffrent (Harwood et al., 2006). Toutefois, une étude québécoise a mis en évidence que les suicidés ne présentaient pas plus de conditions médicales graves que le groupe contrôle, ce qui jette un doute sur ce facteur de risque, du moins au Québec (Préville et al., 2005).

D'autres facteurs de risque suicidaire chez les aînés relèvent de pertes sociales majeures, comme le veuvage, la perte de proches et le fait de vivre de l'isolement social (Awata et al., 2005 ; Duberstein et al., 2004 ; Florio et al., 1997 ; Harwood et al., 2006 ; Heisel et al., 2006 ; Jorm et al., 1995 ; Rurup et al., 2011a ; Rurup et al., 2011b ; Vasiliadis et al., 2012 ; Yip et al., 2003). Une recension des écrits récente remet toutefois en question l'impact de l'isolement chez les aînés, considérant les résultats très variables d'une étude à l'autre et une minorité d'études qui appuient sa pertinence prédictive (Fässberg et al. 2012). C'est davantage la perception subjective d'appartenance et de soutien social qui prédirait le risque suicidaire que les observations quantitatives (Fässberg et al. 2012). Le lien controversé entre la participation sociale et le risque suicidaire s'expliquerait plutôt par la présence de symptômes dépressifs concomitants à la situation de retrait social (Saïas et al., 2013). Les auteurs soulignent toutefois l'effet potentiellement amplificateur ou de maintien du retrait social sur la symptomatologie dépressive, encourageant tout de même une intervention directe sur ce facteur de risque (Saïas et al., 2013).

La perte des fonctions cognitives, dont le trouble cognitif léger peut provoquer une détresse chez les aînés qui en viennent à craindre un diagnostic de démence lorsque le fonctionnement quotidien s'altère (Awata et al., 2005 ; Osvath et al., 2005 ; Rurup et al., 2011-2). Avec les troubles cognitifs peuvent venir une certaine désinhibition ou impulsivité, aussi objectivée en neuropsychologie (Richard-Devantoy et al., 2012), qui augmente le risque de comportements suicidaires (Neufeld & O'Rourke, 2009). Cette impulsivité s'accompagne parfois d'une capacité de résolution de problèmes plus faible, particulièrement présente chez les aînés déprimés, qui augmente le risque d'en venir au suicide comme solution (Gibbs et al., 2009).

La perte graduelle de leurs capacités fonctionnelles ou de leur autonomie est très difficile à vivre pour les aînés et peut également résulter en des idées suicidaires (Awata et al., 2005 ; Barnow et al., 2004 ; Heisel et al., 2006 ; Jorm et al., 1995 ; Juurlink et al. 2012 ; Lynch et al., 1999 ; Malfent et al., 2009 ; Manthorpe & Iliffe, 2010 ; Rurup et al., 2011b ; Yip et al., 2003). Pour plusieurs, le fait de perdre le contrôle sur leurs facultés et de perdre leur sentiment d'utilité essentiels à leur estime de soi les rendrait vulnérables (Kjøseth et al., 2009). L'institutionnalisation, qui marque la fin d'une certaine autonomie est un moment difficile dans la vie des personnes vieillissantes et est aussi source de détresse suicidaire pour plusieurs (Awata et al., 2005 ; Barnow, 2004 ; Jorm et al., 1995). Il semblerait qu'une peur et qu'une certaine méfiance de la part des aînés envers les services de santé s'installent avec la perte de leurs facultés et que de mauvaises expériences ou une mauvaise communication viennent

souvent confirmer cette méfiance (Kjøseth et al., 2010). Cette méfiance est à la source de plusieurs comportements de refus de l'aide qui caractérise certains aînés.

Plusieurs autres facteurs ont été associés au désir d'en finir avec la souffrance des aînés, comme l'insatisfaction face à la vie (Malfent et al., 2009), la survenue chronique d'événements de vie stressants (Awata et al., 2005 ; Rurup et al., 2011a ; Vasiliadis et al., 2012), l'âge avancé (Awata et al., 2005 ; Barnow et al., 2004 ; Rurup et al., 2011a ; Vasiliadis et al., 2012), la personnalité (Florio et al., 1997 ; Heisel et al., 2006 ; Manthorpe & Iliffe, 2010), les difficultés financières (Awata et al., 2005 ; Duberstein et al., 2004 ; Gilman et al., 2013 ; Voaklander et al., 2008 ; Yip et al., 2003), ainsi qu'une faible capacité de résilience (Awata et al., 2005 ; Heisel et al., 2006).

En résumé, les facteurs de risque du suicide chez les aînés se regroupent essentiellement en cinq catégories. D'abord, on retrouve des antécédents d'idéations ou de comportements suicidaires, comme c'est le cas du reste de la population. Ensuite, des facteurs de risque qui relèvent de conditions médicales, soit des problèmes cognitifs, de santé mentale ou physique. Troisièmement, des facteurs de risque sociaux, dont l'isolement et les pertes sociales. Quatrièmement, on retrouve tous les facteurs conséquents à une perte d'autonomie, comme les difficultés financières et l'institutionnalisation. Enfin, des facteurs de risque seraient plus individuels, comme la personnalité, la faible résilience ou l'insatisfaction face à la vie.

#### 4 Les facteurs de protection du suicide associés aux aînés

Certaines caractéristiques viennent agir à titre de facteurs de protection, réduisant ainsi le risque de commettre un suicide. En effet, les études indiquent que ceux qui ont un plus grand sentiment d'appartenance (Kissane & McLaren, 2006), un engagement plus important envers leur famille (Kissane & McLaren, 2006) et de meilleures stratégies d'adaptation (Kissane & McLaren, 2006 ; Marty et al., 2010 ; Yip et al., 2003) présentent un taux de suicide plus faible. Les troubles cognitifs avancés peuvent aussi avoir un effet protecteur du suicide en raison de la disparition graduelle des capacités et des ressources dont dispose l'aîné pour planifier son passage à l'acte (Conner et al., 2007). La participation à des activités religieuses constitue aussi une façon efficace pour les aînés d'éviter une détresse trop importante, puisque c'est une façon d'être socialement engagé et d'entretenir un sentiment d'appartenance à une communauté (Fässberg et al. 2012 ; Rushing et al., 2013). De plus, le simple fait d'avoir une humeur positive protégerait les aînés du suicide et ce lien serait plus important avec l'avancée en âge (Hirsch et al., 2007).

Le sentiment d'appartenance, l'engagement familial et religieux, de bonnes stratégies d'adaptation, l'humeur positive et les problèmes cognitifs graves protègent les aînés du suicide.

Moins nombreux que les facteurs de risque, les facteurs de protection connus constituent un levier fort important dans la prévention du suicide et il s'avère utile de les considérer dans une approche globale du phénomène du suicide des aînés. Par ailleurs, contrairement aux facteurs de risque que l'on retrouve tant sur le plan individuel que social, il semble que les facteurs de protection relevés dans les études précédentes relèvent davantage d'attitudes et de comportements individuels de l'aîné.

## 5 Les stratégies de prévention du suicide

Plusieurs stratégies de prévention du suicide chez les aînés ont été étudiées, tant au Québec qu'ailleurs. L'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) dresse à cet égard une excellente recension (2014) des pratiques exemplaires d'interventions ciblées (auprès des aînés suicidaires, malades et dépressifs) ; d'interventions préventives sélectives (repérage d'aînés suicidaires, formation de médecins, professionnels et proches des aînés) ; d'interventions préventives universelles (lutte contre l'âgisme, renforcement de soutien social, acquisition de facteurs de protection et restriction de l'accès aux moyens de se suicider) et enfin, d'approches globales incluant plusieurs types d'interventions. Plusieurs de ses interventions ont été évaluées. Nous invitons les lecteurs à consulter ce document pour prendre connaissances des interventions, notamment celles mises sur pied au Québec.

Revenons néanmoins sur le fait que la plupart des interventions évaluées sont centrées sur la réduction des facteurs de risque (Lapierre et al., 2011) comme le dépistage et le traitement de la dépression. Or, en contrôlant pour le genre, les résultats d'interventions s'avèrent particulièrement efficaces pour les femmes (Lapierre et al., 2011). Le taux de suicide étant plus élevé chez les hommes, et ce, pour tous les groupes d'âge (Légaré, Gagné et St-Laurent, 2013 ; Thibodeau, 2007), il s'avère pertinent d'identifier des interventions efficaces chez les hommes. Une étude s'est intéressée à former directement les hommes âgés au risque suicidaire afin de les outiller face à leur détresse (Bartlett et al., 2008). La formation s'est avérée être un bon moyen d'aborder des sujets sensibles comme la détresse suicidaire et d'encourager un échange sur le sujet (Bartlett et al., 2008).

Le programme *Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial* (PROSPECT), un algorithme de traitement qui propose une prise en charge plus étroite des patients aînés et une formation des médecins s'est montré efficace pour réduire la dépression chez les aînés. Après seulement quatre mois, ils ont noté une baisse importante des idées suicidaires (Alexopoulos et al., 2009). Une autre étude a aussi démontré qu'une formation des médecins et d'autres professionnels de la santé à être plus sensibles à la détresse des aînés et à la gestion des aînés suicidaires est un moyen efficace de réduire l'incidence des suicides (Huh et al., 2012). Dans un programme de prévention à grande échelle, la formation des professionnels de la santé à l'utilisation d'un questionnaire de dépistage de la dépression et l'information de la population via des dépliants informatifs distribués a permis de réduire le risque suicidaire,

particulièrement chez les femmes (Ono, 2004). Dans une autre étude, les médecins étaient formés uniquement par le biais de matériel imprimé sur l'évaluation et la gestion de la dépression et des comportements suicidaires chez les aînés, en plus de recevoir une supervision sur quelques rencontres avec des patients (Almeida et al., 2012). La prévalence de la dépression et des idées suicidaires ont été réduites significativement de 10 % pour les patients du groupe de médecins formés comparativement aux médecins du groupe contrôle (Almeida et al., 2012). Cette formation très simple a aussi prévenu la survenue de nouveaux cas de comportements suicidaires (Almeida et al., 2012).

Au-delà des programmes visant la formation des médecins, plusieurs interventions axées sur le traitement de la dépression ont été testées. L'utilisation de stratégies d'adaptation, de désengagement ou de lâcher-prise ont permis une meilleure rémission d'une dépression chez les aînés sévèrement déprimés, qui sont à risque de suicide (Voshaar et al., 2011 ; Wallace et al., 2011). La prise de médication s'est aussi avérée efficace pour réduire le risque suicidaire. Toutefois, la prise d'antidépresseur est risquée chez les aînés suicidaires puisqu'elle est également associée à un haut risque de passage à l'acte (Heisel & Duberstein, 2005). Combinée à un suivi étroit par l'équipe de traitement, la prise de médication peut toutefois devenir un moyen efficace et sécuritaire (Chan et al., 2011). Très peu d'études sur la psychothérapie ont inclus des aînés, mais la thérapie dialectique comportementale a été testée chez les aînés et a obtenu des résultats intéressants pour l'humeur, sans toutefois obtenir de changements significatifs pour les idées suicidaires associées (Lynch et al., 2003).

La prévention du suicide au sein du réseau de la santé et des services sociaux exige une meilleure implication des professionnels dans le processus de dépistage du risque suicidaire chez les aînés. Tel que mentionné plus tôt, plus de la moitié des aînés décédés par suicide ont été en contact avec leur médecin peu de temps avant leur passage à l'acte et la plupart avec des services de santé, et ce, sans qu'une référence à des services adéquats ne soit effectuée. Ce problème relève de plusieurs causes, dont la formation des médecins qui n'inclut pas suffisamment le dépistage de la dépression et des autres troubles de l'humeur chez les personnes âgées (Unützer et al., 2006). Ils devraient aussi être informés de la prévalence de la détresse suicidaire et des moyens utilisés, afin de pouvoir contrer les situations à haut risque de suicide complété (Kaplan et al., 1998). Une formation devrait s'offrir en cours d'études en médecine afin qu'une amélioration s'opère dès les expériences de stage des étudiants (Kaplan et al., 1998). Toutefois, il ne revient pas uniquement aux médecins d'agir, car l'autre moitié des aînés n'aura pas consulté de médecin dans les mois avant le passage à l'acte (Fung & Chan, 2011). La prévention à plus grande échelle et le travail en équipe multidisciplinaire sont donc tout de même nécessaires pour rejoindre le plus d'aînés possible (Fung & Chan, 2011 ; Mills et al., 2013).

À cet égard, il a aussi été suggéré que le personnel infirmier puisse jouer un rôle important dans la prévention du suicide chez les aînés. En effet, comme il est fréquemment en contact avec les aînés hébergés dans les centres de santé et services sociaux, dans les résidences



privées ou semi-privées ou même auprès de ceux qui reçoivent des services à domicile, il est primordial qu'il soit suffisamment formé pour dépister les aînés à risque (Garand et al., 2006 ; Thobaben & Kozlak, 2011). Lorsque la formation lui manque, des outils cliniques de dépistage peuvent être recommandés pour l'assister (Garand et al., 2006). Étant donné sa proximité avec les aînés, une étude a suggéré que le personnel infirmier, comprenant aussi les préposés aux bénéficiaires, serait tout indiqué pour assurer la portion du suivi qui demande des réévaluations fréquentes du risque et qui exige de s'assurer de la sécurité de l'aîné (moyen inaccessible, proches impliqués, etc.) (Thobaben & Kozlak, 2011).

Outre la prévention et le traitement de la dépression, Gunnell et Lewis (2005) ont recommandé que les programmes de prévention du suicide doivent aussi combattre l'influence négative des médias, promouvoir la demande d'aide, réduire l'accès aux moyens et améliorer la prise en charge des comportements autodestructifs. En plus d'avoir un impact sur les symptômes dépressifs, des programmes visant l'amélioration du soutien social autour des aînés réduiraient leur risque suicidaire (Vanderhorst & McLaren, 2005). Il convient de traiter les problèmes psychiatriques que présentent les aînés conjointement à la réduction de leur accès à des moyens de s'enlever la vie. Ceci pourrait aider à prévenir plus de passages à l'acte, particulièrement chez les gens impulsifs ou à haut risque suicidaire (Kapusta et al., 2007).

En somme, les stratégies de prévention sont surtout centrées sur la réduction des facteurs de risque comme l'isolement et la santé mentale, de même que sur la formation des médecins au dépistage de la dépression chez les aînés. Les interventions auprès des aînés consistaient en des séances d'information sur les troubles de l'humeur et le suicide, la prise de médication et l'accès à un service téléphonique d'écoute. Il s'avère important de centrer, au moins en partie, les futures interventions sur des stratégies pour améliorer la résilience, le vieillissement positif et sur l'amélioration des facteurs de protection (Lapierre et al., 2011). La promotion des facteurs de protection a été démontrée comme efficace, particulièrement dans les interventions faisant la promotion de saines stratégies d'adaptation. Les principales recommandations portent sur l'amélioration de la formation des professionnels de la santé à dépister et intervenir auprès des aînés suicidaires. Des lignes directrices pour orienter ces professionnels ont vu le jour, mais il semble qu'un besoin de formation supplémentaire demeure. Bien que la formation auprès des médecins soit essentielle, d'autres professionnels ayant un lien de proximité avec les aînés, dont le personnel infirmier, doivent en bénéficier également.

Cette section sur la mise en contexte de l'étude met en lumière les connaissances actuelles sur le suicide des aînés, les facteurs de risque de passage à l'acte et les facteurs de protection. Nous avons aussi discuté du fait que la plupart des interventions mises en place sont centrées sur la réduction des facteurs de risque. Il semble également que les stratégies de prévention se basent généralement sur la formation des aînés et des professionnels de la santé ou sur le bris de l'isolement, deux moyens prometteurs dans la prévention du suicide des aînés. Par ailleurs,

il s'avère nécessaire d'optimiser les facteurs de protection. Effectivement, la reconnaissance de ces derniers est centrale dans les stratégies de prévention du suicide et peu explorées dans les écrits.

## MÉTHODOLOGIE

Bien que la recension des écrits ait permis de mieux saisir les caractéristiques du phénomène du suicide des aînés, il s'avère pertinent de procéder à une analyse des besoins des aînés en termes de prévention du suicide chez leurs pairs dans la mesure où cet aspect de la problématique n'a pas été étudié au Québec. Afin de remédier à cette lacune, de façon plus précise, cette étude visait trois objectifs spécifiques : comprendre la perception du suicide chez les aînés ; connaître leur point de vue sur les types d'interventions possibles pour prévenir le suicide des aînés ; et valider la pertinence de la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide*<sup>1</sup> auprès des aînés. Pour ce faire, six groupes de discussion avec des aînés et des intervenants ont été effectués. Cette section traitera la procédure de recrutement des participants, la logique de la composition des groupes de discussion, la justification de ce choix de cueillette de données, la méthode d'analyse des données et les considérations éthiques.

Au total, quarante-deux (n=42) participants ont été recrutés dans le cadre de cette étude et regroupés en six groupes. Le recrutement des aînés (n=29), formant quatre des six groupes a été effectué de deux manières distinctes, soit directe et indirecte. Le recrutement indirect consistait à rejoindre des organismes communautaires et d'économie sociale fréquentés par les aînés afin d'obtenir une aide pour rejoindre des aînés. La procédure de recrutement indirecte s'est effectuée en trois principales étapes. Premièrement, des personnes-ressources de ces organismes ont été rencontrées dans le but de les informer du projet de recherche. Un document écrit approuvé par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (CERUL) résumant le projet et les critères d'inclusion leur a alors été remis. Cette rencontre a permis en outre de cerner leur intérêt et de s'assurer de leur collaboration. La seconde étape a été effectuée par les personnes-ressources de ces organismes qui ont identifié des participants potentiels. Les coordonnées de l'auxiliaire de recherche désigné ont été fournies aux participants potentiels qui l'ont contacté eux-mêmes. La dernière étape du recrutement a consisté à fixer une date et à organiser les groupes de discussion. Le recrutement direct a aussi été utilisé afin d'atteindre des aînés sans intermédiaire. Dans ces cas, des dépliants d'informations ont été déposés à des endroits stratégiques susceptibles d'être fréquentés par les participants potentiels comme à la réception d'organismes communautaires offrant des services et des activités aux aînés. Des annonces ont été également publiées dans des journaux locaux. Dans ces cas, les participants potentiels pouvaient téléphoner directement à l'auxiliaire de recherche pour manifester leur intérêt à participer à l'étude.

---

1 Le programme consiste à former des sentinelles, soit des bénévoles, pour détecter la détresse psychologique d'un pair et l'orienter adéquatement vers des ressources pouvant lui venir en aide. Le rôle de la sentinelle consiste à « établir le contact et assurer le lien entre les personnes suicidaires et les ressources d'aide du territoire » (AQPS, 2013, p.1)

Les intervenants et les professionnels (n=13) ont été recrutés par le biais de contacts personnels des membres de l'équipe de recherche à l'aide d'envoi de courriel dans le réseau de contacts du Centre de Prévention du Suicide de Québec (CPSQ). Ces participants ont formé les deux autres groupes de discussion.

## 6 La procédure de recrutement des participants

Les groupes avec les aînés se sont presque tous déroulés dans les locaux des organismes communautaires ou des résidences d'hébergement fréquentés, donc connus, des aînés. Avec l'approbation du CÉRUL, une personne-ressource a pu être impliquée dans le recrutement de participants vivant une détresse plus importante vu leur isolement social et le lien de confiance qui existait entre elle et les participants. Les groupes d'intervenants se sont déroulés soit à l'Université, soit directement dans le milieu de travail.

Le recrutement a débuté dès l'approbation du CÉRUL (# d'approbation 2013-057) et s'est déroulé entre le mois de mai et juillet 2013. Le consentement des participants à être enregistrés a été demandé au moment du premier contact téléphonique avec eux afin d'éviter un déplacement inutile pour qui refuserait que ses propos soient enregistrés, ce qui aurait rendu l'analyse impossible par la suite.

## 7 La logique de la composition des groupes d'aînés

Il avait d'abord été prévu que les groupes d'aînés soient divisés en deux : des groupes composés d'aînés ayant été en contact avec la détresse suicidaire et des aînés n'ayant jamais été en contact avec cette détresse. Durant le recrutement, il s'est rapidement avéré qu'une telle distinction ne serait pas possible. D'une part, la majorité des aînés recrutés avaient été en contact avec de la détresse suicidaire, soit la leur, soit celle d'un proche. D'autre part, ce n'est qu'au courant des entrevues de groupe que certains aînés ont dévoilé avoir été en contact avec le suicide. Ainsi, il aurait été difficile de les assigner dans le bon groupe au départ. Nous avons plutôt choisi de procéder avec des groupes d'aînés bénévoles impliqués en relation d'aide auprès d'autres aînés (2 groupes) versus des groupes d'aînés utilisateurs des services (1 groupe) ou mixtes (1 groupe).

## 8 Le choix de la méthode de cueillette des données

La méthode de cueillette des données choisie pour cette étude est le groupe de discussions focalisées, aussi appelé *focus group*. Plusieurs avantages peuvent être retirés de cette méthode, comme le fait de pouvoir obtenir une importante quantité de données en peu de temps et à relativement peu de coûts (Stewart, Shamdasani et Rook, 2007). Morgan (1988) souligne que la particularité des groupes de discussion est l'utilisation de l'interaction entre les membres du

groupe afin de faire ressortir des données qui ne seraient pas accessibles sans cette interaction. De plus, les interactions entre les membres du groupe permettent de discuter plus en profondeur d'un sujet (Stewart, Shamdasani et Rook, 2007), ce qui n'aurait pu être fait lors d'une entrevue individuelle.

Les groupes de discussions focalisées peuvent être utilisés pour répondre à plusieurs objectifs, par exemple fournir des informations pour une situation ou un domaine nouveau ou encore générer de nouvelles hypothèses basées sur les réponses des participants (Morgan, 1988). C'est ce qui est visé dans le cadre de cette étude où les données fournies par les aînés et les intervenants serviront à orienter la pratique de la prévention du suicide des aînés. En effet, encore peu de choses sont connues sur les stratégies d'intervention appropriées pour les aînés. Leurs commentaires serviront à fournir des pistes de solutions pour optimiser les services de prévention actuels. Il est difficile de contrôler exactement ce qui sera abordé lors des groupes de discussions focalisées en comparaison avec les entrevues individuelles. Toutefois, les groupes de discussions focalisées permettent d'aller au-delà de ce qui est attendu préalablement par le chercheur ou ce qui aurait été possible en entrevue individuelle (Morgan, 1988). Le choix d'une telle méthode est donc particulièrement indiqué selon la visée de l'étude.

Les groupes de discussion ont été conduits selon la méthode proposée par Krueger (2002) : mot de bienvenue, rappel du sujet, règles de participation et question d'ouverture. En moyenne, les groupes ont duré 90 minutes. Deux animateurs (la chercheuse principale et un auxiliaire de recherche) ont mené les groupes dans un environnement confortable et calme. Tel que recommandé, ils n'ont pas excédé 10 personnes (Krueger, 2002 ; Morgan, 1988). Le niveau d'implication de l'animateur, ou modérateur, est voulu plutôt faible. Ainsi, des questions ouvertes étaient posées et l'animatrice encourageait l'interaction entre les participants par différentes habiletés de communication comme le résumé, la reformulation ou la vérification. D'ailleurs, les questions ouvertes ont permis aux participants de s'exprimer dans leurs propres mots et de nuancer leurs réponses (Stewart, Shamdasani et Rook, 2007). Les questions soulevées dans le cadre de la discussion, en lien avec les objectifs spécifiques de l'étude, sont présentées à l'annexe 1.

## 9 La méthode d'analyse des données

Pour la méthode d'analyse des données, nous recourons à la posture interprétative dite « illustrative » selon laquelle « c'est le chercheur qui donne sens au discours des acteurs » (Malo, 2006, p.67) pour interpréter les données. Les catégories d'analyse, étant prédéterminées par les questions ou thèmes abordés dans les groupes de discussion, servent à confirmer, illustrer et à appuyer la pertinence des hypothèses de recherche. Dans cette perspective, il faut donc « réinterpréter les catégories du langage ordinaire à la lumière de certaines déterminations dont l'acteur n'est pas conscient » (Malo, 2006, p.68). L'approche mixte d'analyse des données de Miles et Huberman fait partie de cette posture illustrative.

Cette méthode d'analyse consiste à décrire les rapports de causalité entre les forces en présence dans un phénomène à l'étude. Tout en reconnaissant le caractère subjectif de la construction du monde, le langage, les décisions, les conflits et les hiérarchies sont, selon cette approche, autant des phénomènes sociaux qui existent objectivement dans le monde et qui exercent une influence sur les activités humaines (Miles et Huberman, 2003). La procédure d'analyse proposée suit une logique de processus d'analyse itératif : catégorisation de plus en plus ciblée, comparaison continue et formulation d'hypothèses (Laperrière, 1997). Cette approche très systématique et rigoureuse postule que la validité des résultats provient d'abord d'un « traitement exhaustif et systématique des données » (Laperrière, 1997, p.329).

Les transcriptions des groupes de discussion des aînés et des intervenants ont d'ailleurs été analysées de façon séparée par deux personnes. La séparation dans l'analyse avait pour but de faciliter la différenciation des groupes. Les deux analystes principaux (l'auxiliaire de recherche impliqué dans le projet depuis le début et une autre auxiliaire embauchée pour l'analyse) ont procédé à l'analyse du contenu selon les cinq thèmes déterminés à l'avance : les connaissances par rapport au suicide, les perceptions du suicide et de la détresse, la perception des services, les stratégies de prévention du suicide et la formation sentinelle. À partir de ces grandes catégories, les analystes ont créé leur propre grille de codifications selon les données émergentes. Cette façon de faire en parallèle optimisait l'identification des différences entre les groupes. Les résultats ont été maintes fois discutés et retravaillés ensuite en comité composé des deux auxiliaires de recherche et de la chercheure principale.

## 10 Les considérations éthiques

L'explication de la recherche, incluant l'explication et la signature du formulaire de consentement, a été effectuée au début de la rencontre de groupe. Afin que le consentement soit libre et éclairé, ce formulaire mentionnait notamment le titre du projet, les personnes responsables, la nature de la participation, les avantages et inconvénients pouvant découler de cette participation, la possibilité pour les participants de se retirer du projet et les mesures prises concernant la confidentialité. Il était essentiel en effet que les participants soient assurés que leur témoignage demeurerait confidentiel. Les groupes de discussion ont ensuite eu lieu et ont été enregistrés pour être transcrits littéralement.

Comme il était possible que les thèmes abordés dans les groupes de discussions viennent ébranler certains participants aînés, particulièrement ceux ayant été touchés directement ou indirectement par la problématique, il était possible qu'ils puissent obtenir du soutien à la fin de la rencontre. En effet, au besoin, une brève intervention individuelle a pu être effectuée auprès des participants par une personne intervenant au CPSQ, observatrice dans les groupes d'aînés. Dans la mesure où une situation aurait exigé une intervention plus importante, les participants auraient été référés aux professionnels du CPSQ, qui auraient pu assurer un suivi plus long et adapté, mais cela n'a pas été nécessaire. Seulement un participant a requis une discussion avec l'intervenant à la fin de la tenue du groupe.

## RÉSULTATS

### 1 Présentation des groupes de discussion et de leurs membres

Sur les six groupes de discussion rencontrés dans le cadre de cette étude, quatre d'entre eux étaient composés d'aînés de plus de 65 ans, dont 72 % sont des femmes. Parmi les 29 aînés âgés en moyenne de 76 ans, près de la moitié (48 %) ont fait des études secondaires alors que 14 % n'ont fréquenté que l'école primaire, 21 % ont reçu un diplôme de niveau collégial et 17 % d'entre eux ont obtenu un diplôme universitaire. Les statistiques relatives à la scolarité des Canadiens âgés démontrent que notre échantillon possède un niveau de scolarité similaire à la moyenne canadienne si l'on combine les études primaires et secondaires. Effectivement, 62 % de notre échantillon, contre 66 % pour l'ensemble des Canadiens, possèdent un diplôme de niveau primaire ou secondaire (Statistique Canada, 2010). Par ailleurs, la majorité de participants aînés de notre étude (20/29) effectue du bénévolat de manière régulière, ce qui est nettement supérieur au taux d'aînés bénévoles dans la population qui est de 36,5 % (Cook et Sladowski, 2012). Cependant, nous avons précisément ciblé cette clientèle d'aînés dans le recrutement étant donné qu'ils avaient l'avantage de détenir des opinions personnelles (en tant qu'aînés eux-mêmes) et des connaissances plus larges en tant que bénévoles rencontrant d'autres aînés. Le tableau 1 suivant présente la répartition des participants dans les différents groupes selon le nombre de participants, la moyenne d'âge et le ratio femme/homme.

Tableau I

Description des participants aux groupes de discussion (n=42)

	Groupes d'aînés (n=29)				Groupes d'intervenants (n=13)	
	Groupe 1	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 6	Groupe 2	Groupe 5
Nombre de participants	6	7	6	10	5	8
Moyenne d'âge	73	78,4	74,8	76,5	40	45
Ratio femme/homme	4/2	5/2	4/2	8/2	4/1	4/4

Deux autres groupes étaient constitués d'intervenants du milieu. Au nombre de 13, dont 62 % sont des femmes, ces intervenants occupent des postes d'infirmiers, d'infirmiers auxiliaires, de pharmaciens, de travailleurs sociaux, d'éducateurs spécialisés, de préposés aux bénéficiaires, de cuisiniers, de thérapeutes en réadaptation, d'intervenants en art et d'agents de formation dont 85 % d'entre eux travaillent à temps complet.

## 2 Présentation des thèmes ressortis dans les groupes de discussions

Les grands thèmes dont il est question ici renvoient à ceux abordés lors des groupes de discussion. Le premier thème porte sur les connaissances du suicide en général. Le second thème réfère aux perceptions entretenues par rapport au suicide des aînés plus particulièrement. Le troisième thème cible les services destinés aux personnes ayant des idées suicidaires ou manifestant des symptômes dépressifs. Le quatrième vise à faire ressortir des stratégies possibles en matière de prévention du suicide. Puis, le dernier thème porte sur la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* offerte par le CPSQ. Reprenons en détails chacun de ces thèmes selon ce que l'ensemble des groupes de discussions, aînés et intervenants ont à dire.

### 2.1 THÈME 1 :

#### Connaissances et perceptions par apport au suicide en général

Ce thème comprend les différentes connaissances et perceptions que partagent les personnes interrogées en lien avec le suicide. Les résultats ont été regroupés en quatre volets : la définition du suicide, le profil des personnes suicidées, la médiatisation du suicide et sa représentation sociale. Notons que les connaissances et perceptions des participants abordées dans cette section relèvent de croyances et, par conséquent, plusieurs sont erronées. Nous n'avons cependant pas cherché à recadrer les fausses croyances dans les discussions. L'objectif étant de saisir leurs connaissances et perceptions, que nous analyserons dans la discussion qui suivra les résultats.

#### *Le sens accordé au suicide : une maladie ou un choix ?*

Les participants ont ressorti trois principales caractéristiques du suicide permettant de le définir. Le suicide serait d'abord perçu comme complexe, donc difficile à définir. La détresse n'est effectivement jamais vécue de la même façon par deux individus, elle varie selon une interaction de plusieurs facteurs

Je pense que c'est un cancer de l'âme. Moi j'ai déterminé ça comme ça, en tout cas. (Groupe 1)



comme la personnalité, l'attitude ou le contexte environnemental. En raison de sa complexité, les participants rapportent que le suicide n'est pas pris au sérieux et quand il l'est, c'est souvent trop tard.

Ensuite, le suicide serait vu comme étant pathologique, c'est-à-dire qu'il se manifeste lorsque la personne est dans un état de détresse intense, de souffrance émotionnelle et de désespoir. Le suicide est ainsi perçu comme une conséquence de cette confusion émotionnelle. L'analogie avec le cancer est significative quant à la portée de la détresse suicidaire sur la vie du malade, les chances perçues de rétablissement et le pronostic. Enfin, l'idéation suicidaire peut prendre la forme d'une obsession malade chez la personne souffrante.

L'intentionnalité du suicide en constitue la dernière caractéristique. Situé sur un continuum d'intention, le suicide référerait à une ferme volonté de mourir, à un abandon ou à une demande d'aide lorsque le seuil de tolérance est atteint. Ainsi, il y aurait toujours une

Le suicide, des fois, c'est pas clair clair, mais c'est ça qu'ils veulent. Parce que la personne avec l'Alzheimer, il lui reste une lucidité qui des fois est surprenante.  
(Groupe 1)

intention plus ou moins précise derrière ce geste, et ce, même pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. En ce sens, les surdoses de médicaments ou d'alcool qui altèrent le jugement, pouvant entraîner plus de passages à l'acte et de comportements à risque, ainsi que certaines chutes, parfois considérées comme des accidents sont identifiés comme des tentatives de suicide possibles pour les participants. La seule composante qui distingue le suicide de l'accident est précisément la notion d'intention.

En somme, les participants ont défini le suicide selon trois grandes composantes. Pour eux, le suicide serait à la fois complexe, pathologique et intentionnel. Les participants savent que la détresse est présente, que cette dernière est souvent incomprise et non décelée et sont d'avis que le suicide est une solution à éviter. En même temps, ils insistent sur la notion de choix. Il semble que derrière le suicide des aînés point communément une intention réelle, plus ou moins claire, de mourir.

*Les personnes suicidaires et celles s'étant suicidées partagent-elles un profil particulier ?*

Les participants ont une idée du profil typique des personnes qui font des tentatives de suicide. Selon eux, les trois groupes les plus à risque sont les hommes âgés d'environ 40 ans, les adolescents et les aînés. Des participants ajoutent d'autres caractéristiques à ce portrait, comme le moyen utilisé pour se suicider, c'est-à-dire l'arme à feu et le lieu géographique, soit

le fait de vivre en milieu rural. Par ailleurs, les participants rappellent que malgré les facteurs de risque qu'on peut voir chez un groupe spécifique, le suicide touche tout le monde. Ce commentaire souligne l'importance de garder l'œil ouvert face à la détresse de tous.

À cet égard, certains ont soulevé la question suivante : Est-ce que fondamentalement, c'est pas la crise du désespoir autant chez les jeunes que chez les vieux ? Pour moi, c'est évident que il y a, que les personnes âgées, on le sait qu'il y a des gens seuls, mais est-ce que la problématique est vraiment différente? (Groupe 1).

C'est sûr que là actuellement, dans l'imaginaire collectif ce sont les hommes adultes qui se suicident. [...]. En région, par armes à feu. [...]. Les jeunes, ça colle aussi beaucoup.

(Groupe 2)

### *La médiatisation du suicide : contribution à sa diffusion dans une visée préventive ou promotionnelle ?*

Les participants sont partagés quant au phénomène de la médiatisation du suicide. D'un côté, la médiatisation s'avère positive, car elle permet la sensibilisation de la population au phénomène. Cependant, les suicides reportés concernent essentiellement ceux des jeunes. Il s'en dégage donc une perception sociale selon laquelle ils constituent le groupe le plus à risque de suicide, détournant l'attention des autres groupes touchés. Cette situation fait en sorte que la population reste peu sensibilisée à la réalité du suicide de certaines populations, dont celles des aînés.

De l'autre côté, les participants reconnaissent également l'importance de ne pas trop médiatiser les suicides en raison des conséquences possibles, dont la contamination et les vagues de suicides qui peuvent s'en suivre. Selon eux, la forte couverture médiatique des suicides pourrait en effet entraîner une certaine banalisation et engendrer de nouvelles tentatives. En raison de la récurrence d'événements suicidaires qui sont rapportés dans les médias, un sentiment de normalité pourrait se créer, selon certains. Cette banalisation pourrait faire du suicide une option parmi d'autres pour qui cherche à résoudre ses problèmes. Par ailleurs, les participants semblent croire que la prévalence des suicides s'accroîtra dans les prochaines années, et ce, qu'ils soient ou non médiatisés.

Il y a comme un sentiment de normalité envers le suicide de plus en plus dans la société.

(Groupe 5)

Plutôt que de médiatiser les suicides, ce qui est susceptible de semer l'idée dans l'esprit de certaines personnes plus vulnérables, les participants estiment qu'il serait plus efficace

d'intervenir directement dans le milieu concerné, là où a eu lieu le suicide rapporté pour soutenir les endeuillés.

En somme, ce qui est surtout reproché aux médias est l'aspect sensationnaliste de ce qu'ils présentent, ce qui peut nuire à la sensibilisation de la population. En effet, la nouvelle d'un suicide n'est généralement pas accompagnée d'une analyse de la situation, ni contextualisée, de sorte que la population n'est pas sensibilisée aux signaux d'alarme que peuvent manifester les personnes suicidaires. Le suicide est donc abordé, ce qui est une bonne chose, mais sans que cet événement ne soit utilisé dans une perspective éducative ou préventive.

Si c'est bien analysé, si c'est pas juste du sensationnalisme, ben pourquoi pas ? [...]. Ben souvent on fait une sensation avec ça, on n'analyse pas, on fait rien [...]. Une désinformation peut éviter de faire de la prévention parce qu'on n'est pas sensibilisé et qu'on ne voit pas les signes. D'en parler ça peut nous éveiller. (Groupe 5)

## *La représentation sociale du suicide : vers une banalisation d'un geste fatal ?*

La représentation sociale du suicide soulève des interrogations différentes selon les groupes de participants. D'un côté, on estime que le suicide d'un proche est tabou, de sorte que les proches le dévoileront le moins possible à l'extérieur des gens très proches du défunt ; nous y reviendrons plus loin. De l'autre, les participants croient que le fait de mettre fin à ses jours est socialement plus acceptable aujourd'hui qu'auparavant. À cet effet, les participants mentionnent le dépôt à l'Assemblée nationale du projet de loi 52 intitulé *Loi concernant les soins de fin de vie*. Rappelons que ce projet de Loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie, adaptés à leurs besoins et à leur situation particulière, laquelle permettrait, entre autres, l'aide médicale à mourir.

Dans les 30-40 dernières années, c'est l'avortement, c'est le mariage civil, c'est tout ce qui était la religion a pris le bord... Le suicide, on vient de passer une loi sur la mort digne [...]. La porte est ouverte. [...] Forcément, il y a toujours un petit morceau qui se rajoute socialement sur l'acceptation de ce qui n'était pas accepté avant. (Groupe 5)

En résumé, quatre questions sont soulevées dans ce rapport en ce qui concerne le premier thème sur les connaissances et les perceptions du suicide en général. Les réponses, nuancées, soulèvent peut-être davantage d'interrogations qu'elles ne procurent des réponses. À savoir si le suicide est une maladie ou un choix, il semble, paradoxalement, que les deux options soient possibles. La dimension du choix est par contre abondamment discutée. Quant au profil-

type, les participants mentionnent que plusieurs groupes sont touchés par le phénomène du suicide, mais sa médiatisation ne les ferait pas tous ressortir avec la même acuité. Justement au sujet de la médiatisation, les participants sont plutôt réservés, car ils craignent des répercussions négatives comme la banalisation du suicide. À cet égard, il semble qu'un changement de vision sociale s'opère actuellement concernant la mort, notamment avec le projet de loi sur les soins en fin de vie, que plusieurs réduisent à une porte ouverte sur le suicide. Selon eux, plusieurs aînés la franchiront dans la prochaine génération en raison de cette normalisation du suicide et de la plus grande acceptation sociale de la mort intentionnelle.

## 2.2 THÈME 2 :

### Perceptions du suicide chez la population âgée

D'abord, il est nécessaire de préciser que le segment de la population que nous nommons personnes âgées ne constitue pas un groupe homogène, et par conséquent, la réalité de chacun est fort différente.

Parce que quand on parle des aînés, en fait, on regroupe ensemble les gens de 65 à 110. Mais on s'entend que jusqu'à 110 ans, il y a beaucoup de monde là-dedans !  
(Groupe 1)

Cette section aborde la perception du suicide touchant plus particulièrement la population d'aînés. Pour les participants, le suicide gérontologique reste un phénomène méconnu dans la population. Pourtant, la préparation de sa mort ou les projets suicidaires sont perçus comme une réalité bien présente chez les aînés. Bien que les participants estiment qu'encore relativement peu d'aînés commettent un suicide aujourd'hui, en partie à cause de l'interdit religieux auquel il est associé, les participants croient que cela changera avec la nouvelle génération d'aînés. Les facteurs de risque et de protection du suicide spécifiques aux aînés seront également discutés dans cette section.

### *Le suicide des aînés : reconnu ou méconnu ?*

Il semble que le suicide des aînés soit un phénomène à la fois reconnu et méconnu dans la population, autant parmi les aînés que les intervenants. Effectivement, d'une part, les participants mentionnent que le suicide est une réalité bien présente chez les aînés, et que plusieurs ont effectivement des projets suicidaires. En ce sens, les aînés se préparent à la mort. Que ce soit en prévision

La madame va à la messe à tous les jours et elle prie pour mourir.  
(Groupe 5)

d'obstacles à un vieillissement optimal, comme l'apparition d'incapacités les rendant dépendants d'autrui, ou encore face au refus d'être réanimés en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire, certains aînés vont identifier des moments propices à une fin de vie dans le respect de leur choix, incluant la possibilité de se suicider. Pour certains, cette préparation peut faire l'objet d'une discussion avec les proches ou encore de recherche d'informations sur le processus entourant la mort digne. Cette préparation à la mort est reconnue de l'entourage.

C'est rendu qu'on se prévoit ça d'une façon tout à fait normale de s'enlever la vie s'il nous arrive des incapacités [...]. C'est comme si le contrôle de notre mort fait partie du contrôle de notre vie. (Groupe 5)

D'autre part, paradoxalement, il semble que le suicide des aînés soient peu connu et que les aînés correspondent à un des groupes les moins représentés par le suicide. En fait, il s'agit peut-être d'une méconnaissance du phénomène. Plusieurs raisons sont mises de l'avant pour l'expliquer. La première, tel que discuté plus haut, renvoie au fait que la médiatisation du suicide est peu axée sur la clientèle âgée, cette dernière faisant plutôt l'objet de campagne contre la maltraitance depuis quelques années.

En second lieu, les participants soulèvent la possibilité que le suicide des aînés ne soit pas cohérent avec l'image entretenue sur les personnes âgées, dont celle d'êtres fragiles, pieuses et passives, alors que le suicide est perçu comme un geste actif, soit l'action de mettre fin à ses jours. La population reste donc surprise d'apprendre cette réalité, cette perspective n'étant pas envisagée d'emblée quand on pense aux aînés.

Une personne s'était suicidée dans mon village. Il était enterré seulement que la tête dans le cimetière, le restant du corps était pas dans le cimetière. (Groupe 1)

De plus, les tentatives et les suicides ne sont pas toujours considérés comme tels, mais davantage comme des accidents que l'on attribue à la vieillesse. Cet aspect sera élaboré davantage plus loin lorsque nous traiterons du syndrome de glissement.

Il est possible, troisièmement, que le tabou qui entoure le suicide des aînés contribue à sa méconnaissance. Pour la population âgée, il semble y avoir un interdit de suicide qui est présent, amenant à le camoufler. Les participants des groupes de discussion rattachent cet interdit du suicide à la religion, particulièrement catholique, dans laquelle ils ont été élevés. Dans cette perspective religieuse, de fortes conséquences résultaient d'un suicide :

ne pas être enterré dans le cimetière et ne pas accéder au paradis. S'ajoute à cela l'interdit légal puisque l'article 270 du Code criminel de 1927 stipulait que « quiconque tente de se suicider est coupable d'un acte criminel et passible de deux ans d'emprisonnement ». Ce n'est qu'en 1972 que le suicide fut décriminalisé au Canada.

C'est difficile d'arriver à cerner exactement c'est quoi le suicide chez les gens âgés. (Groupe 1)

Toutefois, cet interdit de suicide n'empêchait pas la détresse, le désir de mort ou même les tentatives plus subtiles.

Tel que mentionné précédemment, il semble toutefois que cette croyance risque de changer avec une nouvelle génération d'aînés qui accepte davantage l'idée du suicide. Les participants anticipent donc des transformations importantes en matière de suicide d'aînés dans les prochaines années. Il semble aussi que la relative accessibilité au suicide assisté ou à l'aide médicale à mourir, contribuera à ce changement.

En résumé, les participants soulignent que le suicide des aînés est peu connu dans la population, tabou, peu dévoilé et pas suffisamment pris au sérieux. Plusieurs hypothèses, dont une sur la faible médiatisation du suicide de ce groupe d'âge, sont amenées pour expliquer le phénomène. Les participants rapportent toutefois que ce n'est pas parce que le phénomène est peu connu qu'il n'est pas présent. En effet, il semble que les aînés aient bel et bien des projets pour leur mort et que l'éventualité du suicide en fasse définitivement partie, notamment pour la génération d'aînés plus jeunes considérant l'acceptation sociale qui l'entoure la rendant moins tabou. Les participants sont conscients de l'impact de la médiatisation du suicide sur sa représentation sociale et sa prévalence. Toutefois, ils affirment du même souffle qu'en dépit du fait qu'on ne publicise pas les suicides des aînés, cela n'aura pas d'impact sur les taux de suicide à long terme, puisqu'ils demeurent convaincus que le nombre est appelé à augmenter dans les prochaines années en raison des changements dans les manières d'envisager la vie et la mort qui se dessinent.

### *Le syndrome de glissement : la forme de suicide des aînés la plus répandue ?*

Le syndrome de glissement est un phénomène qui semble très présent chez les aînés, faisant l'objet de longues discussions dans les groupes. Les participants rencontrés sont familiers avec ce syndrome et son expression. Ils discutent toutefois de la difficulté à l'identifier lorsqu'il se produit et à le distinguer ou à l'associer au suicide.

Ce syndrome, décrit pour la première fois en 1956 par le gériatre français Jean Carrié, touche majoritairement les aînés de plus de 80 ans, fragiles et atteints de multiples pathologies. Il est défini comme « un état de grande déstabilisation physique et psychique marqué par l'anorexie, la dénutrition, un comportement de repli et d'opposition » (Péru & Pellerin, 2009, p. D1). Il se traduit

Ils vont arrêter de manger, ils vont refuser de prendre leur médication, ils vont se désintéresser de tout contact social, ils ne participeront plus aux activités.  
(Groupe 2)

donc par un laisser-aller où la personne cesse ses activités sociales et arrête de répondre à ses besoins de base. Les différents moyens de mourir que les participants ont associés au syndrome de glissement consistent principalement à l'arrêt de manger et au refus de soins ou de médication.

Il semble que, pour les participants, le caractère d'intention du syndrome revêt une grande importance. Rappelons que lorsqu'ils ont défini le suicide, les participants ont traité de la notion d'intention comme d'un point central. Encore ici, qu'ils parlent du syndrome de glissement en le nommant « suicide camouflé », « mort de chagrin » ou « refus de traitement », les participants aux groupes insistent toujours sur l'action volontaire d'abandonner et la volonté de mourir qu'il sous-tend.

La vitesse avec laquelle se produit le syndrome de glissement ne semble toutefois pas faire l'unanimité entre les participants. Certains affirment qu'il s'agit d'un processus rapide, alors que pour d'autres, au contraire il se produit lentement. Or, le temps y joue un rôle crucial. La rapidité avec laquelle se produit le syndrome chez certaines personnes fait en sorte qu'il est difficile d'intervenir à temps. En revanche, la progression plus lente chez d'autres contribue à ce que le syndrome de glissement passe inaperçu. Dans les deux cas, il est difficile d'identifier les personnes qui y sont plus vulnérables et le temps en constitue le principal ennemi.

En outre, ce qui rend difficile l'identification des personnes présentant le syndrome de glissement est le choix de moyens passifs auxquels elles recourent, lesquels sont difficilement détectables. Ainsi, la personne peut sembler relativement bien pour son entourage, mais avoir arrêté de prendre sa médication ou de se nourrir sans qu'on l'ait remarqué. Non seulement il est difficile d'identifier les personnes présentant le syndrome de glissement, mais il est encore plus ardu de reconnaître ou de considérer ce type de décès comme un suicide. D'abord, les moyens subtils utilisés diffèrent des moyens plus violents qui sont plus souvent associés aux suicides, comme les armes à feu ou la pendaison. Ensuite, la notion d'intentionnalité est une composante difficilement identifiable avec le syndrome de glissement. Enfin, la nature progressive du syndrome de glissement par rapport au suicide qui, lui, serait généralement plus brutal.

Est-ce qu'on parle de suicide [dans ce cas-là] ? Parce que je trouve qu'il y a quelque chose dans les comportements agis qui sont peut-être un peu nuancés quand même, ce qui rend le concept plus difficile à décrire. (Groupe 2)

En lien avec la subtilité des moyens utilisés, on souligne que la mort découlant, par exemple, de l'arrêt de se nourrir ne sera pas comptabilisée parmi les suicides, mais plutôt considérée comme la conséquence d'un déficit nutritionnel. Ce qui explique en partie la méconnaissance du suicide des aînés, car plusieurs suicides en lien avec le syndrome de glissement ne sont pas reconnus comme tel. Quoiqu'il en soit, il semble que pour les participants, le syndrome de glissement, nommé suicide ou non, correspond à un désir de mourir acceptable lorsqu'il

s'agit de la clientèle âgée. La passivité des moyens utilisés semble jouer un grand rôle dans cette acceptation.

Tout bien considéré, le syndrome de glissement semble bien présent chez certains âgés. Il se manifeste par le retrait des activités, l'isolement, la cessation de traitement, l'arrêt de se nourrir et de s'hydrater. La subtilité de ce syndrome et la passivité des moyens utilisés rendent difficilement identifiables les personnes atteintes. De plus, la mort qui en résulte n'est pas toujours perçue comme un suicide. Certains expriment même la nécessité d'accepter le désir de mort de la clientèle âgée. Il semble donc que la subtilité et la passivité des moyens utilisés qui caractérisent le syndrome de glissement le rendent à la fois plus acceptable comme suicide et plus difficile à détecter, donc à prévenir.

Quand tu vois que ça arrive, tu te dois de le respecter. [...] Tu respectes ce suicide-là, mais pas l'autre. (Groupe 5)

### *L'aide médicale à mourir : plus acceptable que le suicide ou le syndrome de glissement pour les âgés ?*

Le suicide assisté ou l'aide médicale à mourir réfère à l'obtention d'aide pour mettre fin à ses jours. Selon le projet de Loi 52 : « seule une personne qui satisfait aux conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir : 1) elle est majeure, apte à consentir aux soins et est une personne assurée au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*, 2) elle est atteinte d'une maladie grave et incurable, 3) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités, 4) elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables » (Hivon, 2014, p.11). Les participants en ont longuement parlé sans qu'aucune question à ce sujet n'ait été lancée. Dans les groupes, les participants l'ont abordé en termes de choix de vie ou de mort, justifiable dans certains contextes, afin de préserver une certaine dignité humaine. Un choix personnel qu'on se doit de respecter, tant qu'il est effectué en toute connaissance de cause, notamment par le biais du testament biologique, sachant que ce dernier n'est pas toujours respecté. Notons que la notion de perte de dignité est très relative, se manifestant pour certains dès les premiers signes de la perte d'autonomie ou encore lors de la disparition du réseau social de soutien.

De telle sorte que la réflexion de la personne était à l'effet suivante : Bon, j'ai fait une belle vie, j'ai fait à peu près tout ce que je voulais, j'ai fait une belle vie, tout ça, pis maintenant, il n'y a maintenant personne qui va me mettre une couche de protection. Pis la personne s'est suicidée. (Groupe 4)



Tel que discuté plus haut, dans la réflexion sur le suicide des aînés, il semble que le syndrome de glissement soit une alternative acceptable, dans la mesure où il n'implique pas de poser un geste précis, mais de laisser la nature suivre son cours. Aussi, l'intégralité du soi est préservée, car rien ne va à l'encontre de la religion ou de ce qui est socialement acceptable. Dans le même ordre d'idées, il est ressorti dans les groupes de discussions que le suicide assisté ou l'aide médicale à mourir, de même que la reconnaissance du testament biologique, répondraient en partie à cette ambivalence à laquelle sont confrontés certains aînés malades et leurs proches en proposant un cadre légal et clair, déculpabilisant, pour mettre fin à leurs jours de manière perçue comme plus naturelle.

*Facteurs de risques : les aînés auraient-ils de meilleures raisons que les plus jeunes de se suicider ?*

Tel qu'abordé dans la recension des écrits, de nombreux facteurs de risque ont été répertoriés dans les études concernant le suicide des aînés. Qu'en est-il de la perception des participants des facteurs de risque ? Plusieurs ont été identifiés. Notons que ces facteurs de risque ne sont pas mutuellement exclusifs de sorte qu'ils peuvent se cumuler, augmentant d'autant plus les possibilités de passage à l'acte. Le tableau suivant présente les facteurs de risques identifiés par les participants.

Tableau II

Facteurs de risque du suicide des aînés selon les participants aux groupes de discussion focalisée (n=42)

Facteurs de risque
Maladies
Perte d'autonomie
Hébergement
Pertes et deuils
Isolement
Réseau social inadéquat
Dépendance à l'alcool et aux médicaments
Âgisme

## La maladie et la perte d'autonomie

La maladie représente un important facteur de risque de suicide pour une population âgée. Il semble que ce soit plus particulièrement l'annonce d'un nouveau diagnostic, l'apparition d'un nouvel handicap ou encore la présence de douleurs chroniques qui soient le plus dévastateur.

On a parlé surtout des patients avec des douleurs chroniques, pis je sais que ça fait partie des causes de suicide chez les personnes âgées [...] Moi j'ai quelqu'un dans ma famille qui a l'âge de 65-66 ans, elle a appris qu'elle avait la maladie d'Alzheimer et quand elle a appris, elle m'a dit : j'abandonne, je vais mourir. (Groupe 2)

Mais aussi, le fait de se sentir comme un fardeau pour ses proches en raison de maladies. Le sentiment de culpabilité ressenti envers la fatigue de ses proches pourrait en effet expliquer le geste ou la pensée suicidaire. Pour les uns, le suicide apparaît être envisagé pour libérer les proches. Pour les autres, c'est le moyen de se sortir d'une maladie particulière. Les participants ont également mentionné que le suicide d'une personne malade suscite parfois l'admiration des pairs atteints d'un mal similaire.

Ce que j'ai trouvé dur, c'est que il y en a plusieurs qui sont atteints de la même maladie, pis ils le voyaient un peu comme : il est chanceux, il a réussi ! (Groupe 5)

La maladie entraîne souvent des pertes d'autonomie et d'indépendance, lesquelles constituent un point tournant de leur perception de leur vulnérabilité. C'est une situation difficile à vivre pour les aînés qui voient leurs capacités diminuer en même temps que leur espoir de voir leur qualité de vie s'améliorer. En outre, ces pertes d'autonomie physique se conjuguent généralement à d'autres pertes importantes comme la continence, la capacité de conduire son automobile ou de demeurer dans son domicile, ce qui amène à vivre plusieurs deuils successifs sur lesquels nous reviendront plus loin. Les pertes d'autonomie constituent, dès lors, une limite au-delà de laquelle certains aînés ne souhaitent plus continuer à vivre.

## La perte d'autonomie vers l'hébergement

Bien que l'hébergement présente également certains avantages qui seront discutés dans la section suivante sur les facteurs de protection, sa simple éventualité constitue un facteur de risque majeur pour certains aînés. Selon les participants, beaucoup d'aînés veulent absolument demeurer à domicile le plus longtemps possible et vivent une grande détresse au moment où ils doivent quitter leur maison, notamment en raison de la vision négative de l'hébergement, symbole par excellence de l'irréversibilité de leurs pertes d'autonomie.

Quand il est renté ici, il m'a dit : tu m'amènes ici pour mourir. (Groupe 6)

Certains auront l'impression que le déménagement vers un centre d'hébergement ou une résidence est une atteinte à leur liberté et qu'ils ont dû abandonner tout ce qui leur était cher pour s'y rendre. Ainsi, les aînés dénoncent les préjugés sur les résidences qui sont véhiculés parmi les aînés, ce qui n'aide pas à faciliter le processus d'hébergement. En effet, les aînés rapportaient avoir entendu beaucoup de choses négatives sur la vie en résidence, alors que la réalité était beaucoup plus positive. Or, ils véhiculent eux-mêmes des préjugés en regard de l'hébergement. En effet, ils associent la qualité des soins aux loyers mensuels exigés et la qualité de vie à la taille de la résidence : les centres plus coûteux offriraient de meilleurs soins et services et ceux intimes, avec moins de résidents, mèneraient plus systématiquement les gens vers l'isolement et l'ennui.

Le monde est considéré par leur valeur d'argent. S'ils n'ont pas d'argent, ils sont traités comme des bêtes puantes. (Groupe 4)

La notion de choix dans ce processus d'institutionnalisation ou de relocalisation des aînés s'avère particulièrement déterminante. Les participants sont d'avis que de permettre à l'aîné de décider lui-même de vivre en résidence et de choisir l'endroit selon ses besoins l'aidera à mieux s'adapter. En effet, un aîné qui choisit de déménager volontairement pour assurer sa sécurité et briser son isolement risque de s'y sentir mieux.

Je fais des visites de résidences et toutes les personnes qui sont tristes, on leur demande : est-ce que c'est vous qui avez choisi la résidence? Ben non, c'est mes enfants qui m'ont placé. (Groupe 3)

## Les autres pertes et deuils

Les personnes vieillissantes vivent plusieurs types de pertes, les obligeant à surmonter des deuils. Les participants rapportent que tout sentiment de perte revêt une importance élevée pour la personne vieillissante, car elle provoque la perte de repères, dont les repères identitaires. C'est donc le caractère subjectif de la perte qui influence son impact et l'importance du deuil à affronter.

Bien sûr c'est le deuil permanent ! Deuil de ta mobilité, deuil de ta souplesse, deuil de ta beauté, deuil de tout ! (Groupe 1)

Parmi les deuils les plus importants, nommons la perte des membres de la famille (éloignement, déménagement, décès) et d'animaux de compagnie, le déclin de leurs capacités et la perte de rôles sociaux (à titre de parent ou de travailleur).

Son grand désarroi ça avait été de changer de maison pis de ne pas avoir droit d'avoir son animal de compagnie [...] C'était peut-être son seul lien qu'elle avait, son animal. (Groupe 4)

La perte du conjoint est particulièrement difficile pour les couples ayant partagé plusieurs décennies de vie commune. Pour certaines personnes, la mort prochaine de leur partenaire est un événement insurmontable et peut même déclencher chez elles l'idée suicidaire pour mourir avant ou avec lui.

Le deuil de certains rôles sociaux est aussi particulièrement difficile pour les personnes âgées qui ne travaillent plus et n'ont plus d'enfants à s'occuper. Elles ont de la difficulté à se sentir utiles socialement. Les personnes âgées peuvent évidemment se trouver de nouveaux rôles comme celui de grands-parents, de bénévoles, mais certaines personnes âgées ne parviennent pas à se redéfinir une nouvelle identité dans la vieillesse ni à formuler de nouveaux buts.

À cet âge-là tu te définis comment ? C'est quoi ton rôle dans la société ? (Groupe 5)

Le facteur de risque qui a probablement le plus d'impact sur le suicide est la perte d'espoir. Selon les participants, en vieillissant, on est moins porté à penser à l'avenir, ou on ne voit que la mort en regardant vers leur futur. La perte d'espoir est reliée à la perte du sens à la vie, des rêves et des ambitions. D'ailleurs, les manifestations de cet ennui ou de la détresse vécue semblent être plus présentes en soirée ou durant la nuit chez les aînés, alors qu'ils se retrouvent plus souvent seuls.

## L'isolement

Il semble que l'isolement soit un facteur de risque particulièrement présent pour les aînés. D'une part, les enfants ont quitté la maison, la famille n'est plus toujours là et les amis, pour ce qui en reste, sont assez âgés. Si par exemple leurs enfants se séparent, cela peut réduire la fréquence des visites et des contacts avec leurs petits-enfants. D'autre part, l'état physique de l'aîné atteint de maladies et confrontés à des pertes d'autonomie rend plus difficile les interactions et les sorties contribuant à la solitude, voire à l'isolement des personnes âgées.

Vous savez, quand le téléphone ne sonne jamais, pis quand ça ne frappe jamais à la porte, il se passe bien des affaires dans la tête. (Groupe 4)

Or, selon les participants, l'isolement peut provenir de caractéristiques ou d'attitudes individuelles. Certains aînés sont de nature solitaire et renfermée ce qui accentue leur isolement. Alors que d'autres, même s'ils sont entourés de beaucoup de gens, ressentent de l'isolement et ont de la difficulté à s'intégrer à leur réseau social. Certains s'isolent aussi pour des raisons personnelles, parce qu'ils ont honte de leurs difficultés, de leurs pertes ou de leur niveau d'éducation inférieur à celui de leurs pairs.

D'un autre côté, les contraintes du milieu de vie isolent aussi. En effet, les aînés rapportent que ceux qui vivent dans leur propre maison, surtout en milieu urbain, souffrent davantage de l'isolement. Un milieu de vie malsain ou un voisinage plus difficile peuvent également nuire à la capacité de socialiser ou encore contribuer à l'insécurité d'entrer en interaction avec d'autres.

Enfin, la vie moderne augmente également les possibilités d'isolement des aînés. À titre d'exemple, les participants ont nommé la complexification des communications en partie causée par la place de plus en plus grande accordée aux technologies au détriment de contacts humains. Aussi, l'écart entre les générations créé par les technologies.

T'as fini pis t'as pas parlé à personne. T'as oublié ce que tu voulais dire. Il y a moins de contacts qu'il y avait. Tout était informatisé. (Groupe 3).

C'est toutes des personnes avant l'Internet. Il y a une coupure là. Les gens de la nouvelle société et les autres. (Groupe 1)

## Le réseau social inadéquat

Il semble que certains aînés apparemment bien entourés aient en fait un réseau social inadéquat. Certains enfants, par exemple, prennent les décisions pour leurs parents. Les participants soulignaient qu'il arrive que les proches représentent ainsi la source de la détresse de l'aîné, dans les contextes où il y a du harcèlement psychologique, de l'intimidation, voire de la violence physique ou des abus financiers. Dans la mesure où l'abus provient des proches et que les aînés ont peur des inconnus, ils ne savent plus vers qui se tourner et risquent de se désengager socialement, pour se protéger.

Mon mari, avec lui, c'était pas facile. C'était brusquement, pis il me brusquait, pis battre pis tout ce que tu voudras (Groupe 6)

## Les dépendances à l'alcool et aux médicaments

Ça prend un élan moins grand parce que quand tu utilises bien fort l'alcool, c'est plus facile de prendre une décision qui n'est pas bonne. (Groupe 3)

Les diverses dépendances comme celle liée à l'alcool et aux médicaments amènent un plus grand risque de suicide pour l'aîné dans la mesure où elles altèrent le jugement et augmentent le niveau d'impulsivité. L'incidence des dépendances sur plusieurs sphères de la vie, de plus, accentue l'effritement du réseau social, augmente les risques de problèmes financiers et les symptômes dépressifs. Certains des aînés aux prises avec une dépendance ont vécu et vieilli avec elle, alors que d'autres l'ont développée dans le vieil âge. Bien que les deux types de dépendance

présentent un risque accru de suicide, il y a lieu de se demander si ce n'est pas la détresse liée au vieillissement qui explique la dépendance nouvellement acquise.

## L'âgisme

Un dernier facteur de risque pouvant expliquer la détresse suicidaire des aînés qui semble très important et souvent peu abordé est l'âgisme présent dans la société. L'âgisme, qui désigne le processus de discrimination sur la base de l'âge est utilisé pour la première fois par le gérontologue et psychiatre Robert Butler en 1969. Il comprend les stéréotypes et préjugés à l'égard des aînés et du vieillissement ; des comportements discriminatoires, ainsi que des pratiques et des politiques institutionnelles qui maintiennent les stéréotypes et la discrimination (Lagacé, 2013). A cet égard, les participants ont mentionné que l'absence de prise en compte des aînés et le manque de reconnaissance de leur contribution historique, sociale et économique sont fortement reliés à l'image particulièrement négative qui est souvent véhiculée selon laquelle ils sont passifs et consomment des services de santé. Cette image est par ailleurs propre aux cultures occidentales.

Dans les autres peuples, la culture de l'aîné, les sages, on va référer à eux, on va les respecter. Regarde, il n'y a pas commune mesure dans les autres peuples et nous autres. Comment ça qu'on pense de même ? Je ne sais pas d'où ça vient, mais on a vraiment du travail à faire là-dessus. (Groupe 4)

Selon les participants, cet âgisme proviendrait notamment de la peur du vieillissement, de l'incapacité d'appréhender l'autre vieillissant dans la mesure où il représente le reflet de ce que l'on ne souhaite pas devenir. Les participants rapportaient aussi que certains aînés vivent une relation particulière avec leur propre vieillissement : certains trouvent difficile de bien vieillir, ont peur de vieillir, refusent le rôle social d'aîné et certains refusent même le fait de vieillir.

Dans cet ordre d'idée, la vision entretenue par la population générale à l'égard des aînés et du vieillissement est contributif de l'image qu'ils se feront d'eux-mêmes. Tout d'abord, les participants aînés rapportent qu'ils sont sous-représentés dans les médias de communication et qu'on leur laisse peu de place dans la société. Ainsi, il est plus difficile pour eux de développer un sentiment d'appartenance à une société qui les place en marge. En conséquence, les aînés expriment eux-mêmes des propos âgistes, notamment en regard du suicide. Par exemple, l'idée que la volonté de mourir serait plus acceptable chez un aîné ou encore, qu'il est normal que les aînés vivent des symptômes dépressifs et qu'ils perdent tout intérêt de vivre.

La personne âgée, j'imagine, a ça aussi [la volonté d'arrêter de souffrir], mais elle se dit tant qu'à vivre une vie comme ça, rendue à mon âge, aussi bien de mettre fin à mes jours. (Groupe 1)

En revanche, la déconstruction de la représentation sociale est possible. Dès lors, les participants âgés estiment qu'ils sont partiellement responsables de voir à ne pas perpétrer cette image négative qui est véhiculée d'eux et à se mobiliser pour se mettre en valeur afin de voir à modifier cette image.

Faisons nos devoirs et allons promouvoir ce que nous faisons de beau et de bon dans la société ! C'est à nous autres d'avoir ce rôle-là, de se reconnaître et de se faire reconnaître. (Groupe 4)

En résumé, les participants ont identifiés plusieurs facteurs de risque susceptibles de provoquer des idées ou des tentatives de suicides chez les âgés. Ils ont mentionné les maladies, les diverses pertes et deuils dont les pertes d'autonomie, l'hébergement, l'isolement, le réseau social inadéquat, la dépendance à l'alcool et aux médicaments et l'âgisme.

### *Facteurs de protection : les âgés seraient-ils mieux protégés du suicide ?*

De nombreux facteurs augmentant le risque de suicide des âgés ont été soulevés par les participants comme détaillés plus haut. Heureusement, il existe par ailleurs plusieurs facteurs de protection, quoiqu'évoqués en moins grand nombre dans les groupes qui viennent contrebalancer et réduire les risques de passage à l'acte. Le tableau suivant illustre les facteurs de protection mentionnés par les participants.

Tableau III

Facteurs de protection du suicide des âgés selon les participants aux groupes de discussions focalisées (n=42)

Facteurs de protection
Caractéristiques personnelles
Croyances religieuses
Présence d'un réseau social adéquat
Hébergement

## **Les caractéristiques personnelles : tempérament, attitudes et capacités cognitives**

Des caractéristiques individuelles peuvent contribuer à protéger les aînés du suicide. D'abord, il y a une question de tempérament. Les personnes résilientes, ayant un tempérament extraverti et optimiste ont moins tendance à avoir une vision négative de l'avenir et sont plus susceptibles d'être protégés de la détresse.

On parle de suicide pis tout ça, mais il y a beaucoup de gens qui sont maganés en maudit, pis ils veulent vivre ! (Groupe 5)

Ensuite, il y a une question d'attitude : les personnes qui ont tendance à aller vers les autres, qui sont reconnaissantes et ouvertes, qui présentent une volonté de vivre, qui valorisent la vie et qui sont capables de s'intégrer et de s'adapter sont plus susceptibles de développer des stratégies pour surmonter les moments difficiles.

Enfin, il y a les capacités cognitives : les personnes atteintes de démence ou de troubles cognitifs seraient protégées du suicide en raison des pertes de mémoire et des limites de raisonnement dont elles sont affligées qui les empêchent de prendre les moyens pour organiser leur suicide.

### **Les croyances religieuses**

La spiritualité occupe une place prépondérante dans la vie de certains aînés. Les croyances religieuses particulièrement, parce qu'elles favorisent la vie et rejettent le suicide et parce qu'elles procurent un réseau social, agissent comme facteurs protecteurs du suicide.

Ces personnes-là là, s'ils ont encore cette image-là de la religion, ils ne se suicideront pas. (Groupe 1)

### **La présence d'un réseau social adéquat**

Compter sur le soutien de son entourage est considéré comme un facteur de protection important contre le suicide par les participants. Le réseau social permet notamment de faciliter l'adaptation en centre d'hébergement, d'entretenir des liens valorisants avec sa famille et ses amis et de conserver le désir de vivre.

En effet, être entouré d'un réseau de soutien solide, que ce soit la famille, la communauté ou des professionnels soutenant contribue à supporter l'aîné à travers les difficultés. Certains aînés ont aussi mentionné avoir rencontré des personnes significatives qui les ont supporté et ont en conséquence changé le cours de leur vie. Un réseau soutenant et une famille impliquée sont souvent signe que des mesures de prévention adéquates sont en place auprès de l'aîné.



J'ai connu un prêtre, il m'a aidé beaucoup, il ne me parlait pas tellement d'aller communier, c'était surtout genre psychiatre plutôt psychologie, genre de l'écoute pis tout ça. (Groupe 6)

## **L'hébergement**

Bien que l'hébergement puisse être perçu négativement, les participants affirment qu'un déménagement peut aussi s'avérer être un facteur de protection non négligeable pour deux raisons. D'abord, l'hébergement contribue à contrer l'isolement en offrant des activités et de nombreux contacts avec ses voisins. L'aîné n'est plus seul chez lui, il se retrouve entouré de nouvelles personnes formant une « petite communauté » (Groupe 2). De plus, l'hébergement amène un encadrement où des professionnels peuvent intervenir directement et protéger les aînés en détresse.

En somme, à partir de cinq questions, le thème 2 reprend les données recueillies en ce qui concerne la perception du suicide chez les aînés. L'analyse des discours des participants nous permet de constater que le suicide chez les aînés est, paradoxalement, un phénomène à la fois connu des aînés mais méconnu socialement. Il est associé au syndrome de glissement et à l'aide médicale à mourir dans une perspective où la volonté de mourir de l'aîné est claire et se manifeste de manière intentionnelle. Il est essentiel pour les participants d'entendre et de respecter ce choix. Cependant, en raison des tabous religieux, culturels et légaux, il est très difficile de distinguer les suicides, les suicides assistés, la mort suite aux conséquences du syndrome de glissement, un accident ou encore une mort naturelle. Par ailleurs, il ne ressort pas des données qu'il soit fondamental de faire cette distinction pour les participants. Dans un autre ordre d'idées, la question des facteurs de risque nous indique clairement que les aînés partagent entre eux des conditions les rendant susceptibles de mettre fin à leur jour comme la perte d'autonomie et les pertes et deuils qui s'ensuivent soit l'indépendance, la dignité et l'hébergement. En revanche, les croyances religieuses, les capacités cognitives réduites, l'environnement social sain et aimant peuvent contribuer à protéger un aîné vulnérable. Rappelons que l'hébergement et le réseau social agissent à la fois comme facteurs de protection et de risque pour les aînés.

### **2.3 THÈME 3 :**

#### **Perception des services de prévention du suicide**

Plusieurs services existent dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois au sein des secteurs public, communautaire ou privé pour soutenir les aînés et leur famille, notamment dans la prévention du suicide. Les participants étaient d'avis qu'il y a beaucoup

d'aide formelle aujourd'hui comparativement à ce qu'ils ont connu dans leur passé, et ce, en dépit, et peut-être à cause, du fait que l'entraide informelle était alors très présente. Ainsi, les participants ont beaucoup parlé des services sociaux et de santé, cependant pas toujours en lien direct avec la prévention du suicide. Nous avons donc retenu les commentaires les plus susceptibles de s'appliquer à notre objet d'étude. Le lien avec la prévention du suicide sera donc parfois plus ténu et indirect. Selon les participants, la première difficulté dans la prévention du suicide consiste à la méconnaissance des services, ensuite à son manque d'accessibilité. Ils ont aussi discuté des relations avec les intervenants, et enfin, de la pertinence des services offerts dans une perspective d'inadéquation entre l'offre et la demande. Par ailleurs, un problème plus important est ressurgit : la perception négative de la demande d'aide des aînés.

### *Les aînés connaissent-ils vraiment les services sociaux et de santé auxquels ils ont droit ?*

Selon les participants, la méconnaissance des services pour les personnes âgées est présente sur plusieurs plans. En premier lieu, les professionnels de la santé ne sont pas toujours aux faits des services offerts dans la communauté. Les aînés ont donc de la difficulté à obtenir l'information sur l'aide qu'ils pourraient recevoir. Ensuite, les aînés ou leur entourage ne savent pas comment trouver ni contacter les organismes susceptibles de leur venir en aide. Peu connaissent l'existence de la ressource 211, qui détient l'information sur tous les services offerts sur un territoire donné.

Il y en a des ressources communautaires qui donnent des services aux personnes âgées, il y en a, il y en a ! Mais est-ce qu'ils sont conscients ces gens-là, qu'ils existent ces services-là ? (Groupe 2)

On voit bien que la personne a besoin, mais on la réfère à qui? Il faut donner un suivi, pis des fois on ne connaît pas toutes les ressources qui existent. (Groupe 4)

### *Les aînés ont-ils véritablement accès aux services sociaux et de santé leur étant destinés ?*

L'accessibilité aux soins et services de santé se décline en plusieurs dimensions. Selon Thiede, Akweongo et McIntyre (2007), il s'agit de l'accessibilité physique (proximité, flexibilité des horaires, attentes, etc.), l'accessibilité financière (coûts des services, des transports, etc.) et l'acceptabilité (volonté des gens d'utiliser les services). Pour les participants, même quand les

services sont existants et connus, ils ne seraient pas toujours accessibles dans les délais raisonnables, notamment en raison du manque de ressources humaines et financières. Ce qui renvoie à la dimension de l'accessibilité physique.

Il y a une madame qui a fait 5 semaines sans prendre son bain, parce qu'elle attendait que le CLSC lui envoie quelqu'un. Elle leur téléphonait deux fois par semaine, ils étaient débordés. Jusqu'à ce qu'une personne du bloc commence à lui faire prendre son bain. (Groupe 1)

Même si un service existe, il y a parfois un manque d'accès à cause du transport en commun inexistant, par exemple en milieu rural. Les services s'adresseraient également plus aux femmes qu'aux hommes. Ou encore, les aînés auraient des difficultés à se servir de certains services téléphoniques ou informatisés.

Le 211, il faut téléphoner ou il faut aller sur Internet. Mais c'est pas de notre âge. (Groupe 4)

La disparité dans l'offre de services toucherait aussi le lieu de résidence : un aîné en centre d'hébergement aura plus facilement accès à des professionnels qu'un autre qui demeure à domicile. Les aînés en résidence bénéficient alors d'un encadrement plus serré et constant que les autres. Rappelons que l'hébergement a été nommé à la fois comme facteur de protection et de risque du suicide dans la section précédente. Toutefois, certains intervenants rappellent que l'hospitalisation est particulière : les aînés n'y sont pas toujours les bienvenus.

On leur envoie des personnes âgées, ils sont fâchés : gardez-les... ! Ils n'aiment pas ça qu'on leur envoie du monde à l'hôpital... Donc il y a une espèce d'âgisme dans les institutions. (Groupe 5)

Mais c'est surtout la dimension de l'acceptabilité des services qui semble poser le plus grand défi à l'accès aux services de santé pour les aînés. Pour plusieurs raisons, les aînés refusent les services. Ce refus peut venir confronter les valeurs des intervenants qui trouvent ardu de respecter ce choix.

Il faut qu'on les respecte aussi là, il ne faut pas faire de l'âgisme à l'inverse où on prend en charge contre la volonté. (Groupe 2)

### *Les aînés sont-ils réticents à demander de l'aide ?*

L'acceptabilité de l'aide offerte joue un rôle majeur dans la prévention et l'intervention en matière de suicide. Cette acceptabilité dépend, certes, de la vision que les aînés entretiennent à l'égard du système de santé en général et des bénéfices potentiels des services ou des compétences des intervenants. Or, ce qui ressort le plus dans les groupes de

discussion est le fait que la demande d'aide soit perçue par certains aînés comme étant une démonstration de faiblesse ou de manque d'orgueil. D'autres ont peur de déranger, sont gênés ou encore méfiants à l'idée qu'un étranger puisse accéder à leur intimité et à leur environnement.

Je sais que ce monsieur-là n'appellera jamais, et il ne me le dira jamais, et je ne le verrai pas parce qu'il est trop poli. (Groupe 1)

Par conséquent, recevoir de l'aide est perçu négativement par plusieurs et les ressources d'aide sont considérées comme étant destinées uniquement aux gens très pauvres, mal en point, marginaux, bref, surtout pas à eux. Ceci peut compliquer les contacts avec les familles qui voient l'aîné dans le besoin anéantir ou rejeter toutes leurs tentatives d'apporter du soutien.

Ils ont peur, vois-tu, de se faire aider par des étrangers. (Groupe 4)

Mais il y a des gens que tu vas aller chercher, pis ils ne veulent rien savoir. Ils s'en vont, ils ont quasiment l'air bête comme on dit. (Groupe 6)

La peur du jugement, de déranger, du rejet et de représailles entraînent fréquemment une attitude de repli sur soi. À titre d'exemple, les aînés vont parfois camoufler leur détresse, se priver, ou encore justifier la négligence des autres envers eux plutôt que demander de l'aide. Ces comportements leur permettent de ne pas attirer l'attention de leur entourage sur leurs problèmes et ainsi passer inaperçus.

Quand on vieillit, on n'osera pas parler, de peur, de peut-être se faire mettre à la porte [...] Ou de perdre la visite des enfants [...] Pour ne pas perdre le contact avec la famille, par peur de représailles. (Groupe 3)

Toutefois, comme ils en ressentent malgré tout le besoin, certaines demandes d'aide sont indirectes ou camouflées. À cet égard, l'aide offerte de façon informelle serait davantage acceptée par certains aînés. Quoi qu'il en soit, formelle ou non et pour qu'elle soit efficace, la demande d'aide doit en premier lieu venir de l'individu. Par ailleurs, lorsque demandée, l'aide à un aîné semblerait plus facilement offerte, notamment en raison de l'image véhiculée de vulnérabilité. Mais encore faut-il que l'aîné perçoive l'aide qui lui est offerte, parce que certains ne voient pas passer les opportunités qu'on leur offre. En revanche, certains aînés qui demandent de l'aide sont, à l'autre extrême, très exigeants et vont épuiser leur réseau.

Il y en a qui ont besoin de plus de temps aussi, il y en a qui sont insatiables (rires) ils n'en ont jamais assez. [...] Ben s'ils sont exigeants, ils l'ont été toute leur vie [...] Assez souvent c'est désarmant, parce qu'ils demandent trop. (Groupe 4)

Ainsi, afin de prévenir le suicide chez les aînés, il semble important de modifier la perception que plusieurs entretiennent à l'égard de la demande d'aide. Nous l'avons vu, demander de

l'aide est perçue comme un signe de faiblesse et les aînés en éprouvent souvent de la honte. Pour tenter de contrer ce phénomène, les participants ont suggéré plusieurs options : offrir de l'aide plus indirectement, normaliser ou encore valoriser la demande d'aide. Mais encore faut-il offrir un suivi adéquat suite à la demande pour s'assurer que l'expérience avec les services se déroule bien.

Comment changer leur perception que ce serait une faiblesse s'ils acceptent un téléphone, s'ils acceptent de l'aide ? [...] Les valoriser quand c'est eux qui viennent chercher de l'aide [...] J'y ai dit : Vous donnez de l'ouvrage aux autres ! (Groupe 1)

La solidité du lien de confiance entre les aînés et les intervenants vers lesquels ils se tournent pour demander de l'aide constituera donc un levier pour faciliter l'acceptabilité. Cependant, pour certains, il est préférable que les confidences soient reçues d'un inconnu, voire de façon informelle. Alors que pour d'autres, bien connaître le confident est essentiel.

Ils venaient régulièrement, donc il y avait une confiance, envers cette personne-là, parce que tu ne te confieras pas à n'importe qui, sans savoir où est-ce que ça va aller [...] Non, il ne faut pas que ce soit des inconnus purement. (Groupe 3)

Parce que des fois un étranger fait mieux l'affaire. (Groupe 3)

### *Les relations avec les intervenants : un levier suffisant pour modifier les perceptions de la demande d'aide ?*

Au-delà de la connaissance et de l'accessibilité aux services, le rapport avec les intervenants semble primordial pour les aînés. Cette relation peut-elle constituer un levier permettant de démystifier la demande d'aide ? Cette section regroupe différents éléments en lien avec la relation intervenant-aîné qui peut influencer les services, comme le contexte de travail ou le manque de formation des intervenants. Il semble aussi qu'accompagner des personnes âgées présente ses propres difficultés et les intervenants ont souvent un malaise à aborder les idées suicidaires avec elles.

Les intervenants rencontrent essentiellement les aînés dans un contexte de travail donc leurs contacts sont relativement limités. Il semble que le type d'emploi, le temps consacré aux contacts et le quart de travail procurent un contexte propice aux confidences.

C'est des infirmières, mais elles sont souvent plus proches, pis ils vont les border [...]. C'est plus calme la nuit beaucoup [...] Ca bouge moins, elles ont plus de temps. Nous autres le jour... (Groupe 5)

Les pharmaciens, par exemple, entretiennent des rapports particuliers avec les aînés : bien que leurs contacts soient fréquents, leurs possibilités d'action sont limitées. Les pharmaciens ne sont souvent pas au courant du contexte de vie des aînés et ne connaissent pas leur réseau social. De plus, le contact avec d'autres professionnels de la santé semble plus difficile considérant la place occupée par les pharmacies dans le réseau public de la santé. Ainsi, les pharmaciens ont souvent un contact privilégié et régulier avec les aînés, sans pour autant être en mesure de faire des interventions plus poussées ou de collaborer avec les autres professionnels.

En pharmacie, on est vraiment en contact, on les voit à tous les jours, on les connaît par leur petit nom. Ils nous reconnaissent, on a une bonne relation avec eux autres. J'en vois des fois des personnes où je vois une détresse, mais c'est difficile d'agir. J'ai de la misère à entrer en contact avec le médecin, je n'ai aucune idée s'il y a un travailleur social qui est dans le dossier, moi j'ai pas accès à ça.  
(Groupe 2)

Le médecin, quant à lui, est très valorisé chez les aînés. Ainsi, les personnes âgées semblent plus enclines à suivre ses recommandations, dans la mesure où il prend le temps d'en faire, plutôt que celles d'un travailleur social, encore trop souvent perçu comme celui qui sera responsable de l'hébergement.

Bref, les personnes âgées seront plus ou moins portées à se confier aux intervenants selon leur statut professionnel. Or, ceux qui reçoivent le plus de confidences ne sont pas nécessairement ceux qui ont la compétence et les pouvoirs d'agir dans des circonstances telles que des idées suicidaires. De fait, certaines personnes susceptibles d'intervenir ne possèdent aucune formation, comme c'est le cas par exemple d'un livreur de journaux qui prend le temps d'aider un aîné avec son bac de recyclage. Les participants soulignent que des intervenants comme les préposés aux bénéficiaires pourraient avoir davantage de responsabilités dans la prévention de la détresse. Les participants rapportent la nécessité de revoir ses tâches professionnelles et d'aller au-delà de son offre de services pour combler les besoins de sa clientèle. Les participants croient qu'en étant plus formés, les intervenants seraient plus aptes à identifier les signes de détresse. D'ailleurs, être davantage formés leur permettrait de mieux gérer les situations sensibles et de mieux vivre avec leur intervention en sachant qu'ils sont intervenus adéquatement.

Il y a Dieu, pis il y a le Docteur (Groupe 2). Les médecins ils sont débordés. Commencer à s'occuper de monsieur un tel, ils ont pas le temps, ils ont pas l'intérêt.  
(Groupe 1)

Quand je suis auxiliaire en santé, que je vais donner le bain à la madame, pis qu'elle me dit qu'elle file un mauvais coton, pis qu'elle aimerait aussi bien être morte, je ne sais pas quoi lui dire. Pis je pars de là, j'en ai six autres à aller faire, pis je me rends compte qu'à la fin de la journée, je n'ai pas fait de suivi là-dessus, je ne

suis pas bien. Le lendemain, elle vas-tu être encore là ? Pis si est pas là, moi je ne serai pas encore bien. (Groupe 2)

Formés ou non, les intervenants mettront parfois de côté la discussion des idées suicidaires, car ils ne croient pas que les aînés commettront réellement un suicide. Ce qui corrobore l'idée énoncée plus haut de la non-reconnaissance sociale du suicide des aînés et de la banalisation autour de la détresse. De plus, les intervenants n'explorent pas les idées suicidaires des aînés, car ils ressentent un malaise personnel à le faire. Le processus d'identification des personnes vulnérables est sérieusement entaché à cause de l'évitement des intervenants à aborder le sujet.

Nos personnes qui ont 80-90 ans, on est moins attentifs à ça moi je trouve, parce que... On ne le sait pas, ça n'arrivera pas. (Groupe 5)

Je l'ai déjà demandé à des personnes âgées, pis je marche plus sur des œufs, je suis comme moins, moins à l'aise avec ça. Fouille-moi pourquoi. (Groupe 2)

En dépit de l'accessibilité dont ils ne sont pas responsables, les intervenants ont tout de même un rôle à jouer dans la qualité des services reçus par les aînés en matière de prévention du suicide. Le contexte de travail, le type de profession exercé, l'impression de ne pas être assez formés et le malaise à parler du suicide contribuent à influencer le lien qu'ils entretiennent avec les aînés et faciliteront ou non les confidences, lesquelles mèneront éventuellement à une intervention en matière de prévention du suicide.

### *Pertinence des services offerts : inadéquation entre l'offre et la demande ?*

Peu d'informations ont été recueillies en matière de services spécifiques ou spécialisés en prévention du suicide, les participants ont discutés des services en général. Néanmoins, certains participants rapportent que les services spécialisés sur le suicide sont peu utilisés, notamment parce qu'ils ne répondent pas aux besoins réels des aînés. Par exemple, le suivi offert par le programme SILAR destiné aux adultes admis à l'hôpital pour des idées suicidaires exige que l'aîné ait préalablement exprimé ses idées suicidaires. Malheureusement, plusieurs aînés passent leur détresse sous silence. Ou encore, le Centre de prévention du suicide n'offre pas de visites à domicile.

J'ai appelé une journée au Centre du suicide, je pleurais comme un enfant. J'ai dit que j'avais besoin d'aide, je demandais que quelqu'un vienne me voir chez moi. Le monsieur a dit : on ne fait pas de visites à domicile. Et là j'ai dit : je n'ai pas besoin de vos services. (Groupe 4)

En somme, les participants constatent qu'une partie des rôles qu'occupaient autrefois le curé et le médecin du village auprès des aînés n'a pas réellement été remplacée. Comme ils s'occupaient des visites à domicile et du suivi de leur état, la responsabilité des soins n'incombait pas à l'aîné lui-même. Le système de santé qui a repris ce rôle n'étant pas suffisamment engagé et la communication entre les services étant difficile, les aînés peuvent se retrouver avec l'impression d'être laissés à eux-mêmes. Ce laisser-aller, combiné au manque de communication, entraîne un suivi inefficace des aînés et de leur condition de santé psychologique et physique, ce qui contribue à augmenter leur détresse. Même les services spécialisés en matière de prévention du suicide n'offrent pas, selon eux, la flexibilité nécessaire pour rejoindre toutes les personnes âgées dans le besoin.

## 2.4 THÈME 4 :

### Stratégies de prévention du suicide

Les participants ont nommé un grand nombre de moyens susceptibles de prévenir le suicide des aînés. Pour en faciliter la présentation, ces interventions ont été classées selon les niveaux d'interventions écosystémiques utilisés en service social : micro, méso et macro. Au niveau micro, les interventions consistent à venir en aide aux individus, aux familles et aux petits groupes dans le but d'améliorer leur qualité de vie, leur fonctionnement social ou leurs relations sociales. Au niveau méso, la communauté et les organisations formelles sont davantage la cible de l'intervention. L'objectif consiste le plus souvent à faciliter des changements dans les structures, buts et fonctionnement des groupes ou institutions et dans l'organisation des services. Au niveau macro, l'intervention s'intéresse aux communautés, aux institutions et aux systèmes sociaux dans l'optique de développement ou de changement dans les politiques, les lois ou les structures organisationnelles. L'organisation communautaire, le développement local, l'éducation publique et l'action sociale en font partie. Dans une perspective écosystémique, ces trois niveaux d'interventions sont interreliés puisqu'ils s'influencent les uns les autres.

*Des stratégies de prévention du suicide peuvent-elles relever de l'individu ?*

### **Encourager les aînés à « prendre leur vie en main »**

Les participants, et plus particulièrement les groupes d'aînés ont mis l'accent sur le fait qu'ils ont personnellement un rôle à jouer dans la prévention du suicide. Beaucoup des stratégies nommées par les aînés impliquaient qu'ils se mettent eux-mêmes en action. En effet, ils



soulignaient l'importance de ne pas rester dans l'attente d'aller mieux, mais d'être actifs dans leur rétablissement et dans la recherche d'un sens à leur vie. Ils sont d'avis qu'essayer de nouvelles choses demande beaucoup d'énergie et de courage, mais qu'il s'avère essentiel de prendre des initiatives en ce sens.

J'étais une de ces personnes-là, qu'à l'âge de 60 ans, j'ai allégé mon sac à dos, pis j'ai enlevé ce qu'il y avait qui était lourd pour être capable de le porter jusqu'à la fin de mes jours. (Groupe 1)

## **Former les aînés à distinguer le vieillissement normal des symptômes dépressifs**

Les premiers symptômes dépressifs identifiés chez les aînés semblent être associés à la retraite. Par conséquent, les participants croient qu'informer les travailleurs vieillissants et les jeunes retraités sur l'importance de préparer leur retraite et d'avoir des projets les inciteraient à rester actifs et diminueraient les risques de dépression. En outre, sensibiliser les aînés sur le vieillissement normal les aiderait à identifier les éléments problématiques pour lesquels ils devraient consulter, comme le fait de ne plus sortir de chez soi. Des symptômes de dépression sont effectivement très souvent associés au vieillissement normal et par conséquent sous-estimés, sous-diagnostiqués et non traités.

Tout ce qui est de la reconnaissance des symptômes, les diagnostics, d'outiller les personnes de qu'est-ce qui est un vieillissement normal, qu'est-ce qui n'est plus un vieillissement normal [...] Pour qu'ils puissent faire un peu la différence entre, est-ce que j'ai besoin d'aide, ou est-ce que j'en ai pas de besoin ? (Groupe 2)

Peut-être qu'on pourrait penser à faire des groupes de croissance *de sortie vers l'au-delà* [sur la mort]. (Groupe 4)

Afin de s'outiller pour leur vieillissement, les participants sont également d'avis qu'il est important que les jeunes aînés aient des occasions d'aborder la fin de vie et le testament biologique. Ils n'ont malheureusement pas toujours accès à des contextes favorables pour traiter du sujet ou encore d'un soutien adéquat pour le faire, c'est pourquoi des groupes de « préparation au vieillissement » pourrait constituer en outre une avenue intéressante pour aborder des sujets délicats difficiles à discuter avec ses proches ou des plus jeunes.

Ces rencontres de groupes, autant axé sur les besoins individuels que sur l'échange social, répondent au besoin de continuer de s'actualiser via des discussions avec leurs pairs.

Qu'on évolue nous autres aussi. [...] Je trouve ce qui manque, en tout cas je pense, c'est d'avoir des groupes d'échange, de discussion, ça fait du bien, il me semble, de parler de sujets de conversations. (Groupe 4)

## Faciliter les liens sociaux pour briser l'isolement

J'avais fait le premier pas et là il m'a dit que si je l'avais pas approché, il se serait tué. (Groupe 1)

L'isolement étant considéré comme un facteur de risque important du suicide, les participants ont aussi proposé plusieurs interventions pouvant être effectuées pour la contrer. Les groupes de discussions abordés précédemment en constituent un bon exemple. Comme plusieurs aînés sont isolés à leur domicile ou même dans les centres d'hébergement, les participants mentionnent la nécessité de travailler activement à les rejoindre. Par exemple, par le biais de visites d'amitié. Les centres de jour semblent particulièrement appréciés par les aînés, car ils permettent de rencontrer de nouvelles personnes, tout en contribuant à maintenir leur autonomie.

Les participants ont abordé l'importance d'amener les aînés à s'exprimer et à être en contact avec d'autres personnes sur une base régulière et constante. Toutefois, ils remettent souvent entre les mains de l'aîné la responsabilité de rester actif dans sa propre socialisation, d'établir de nouvelles relations, même si c'est difficile pour certains, et d'entretenir leurs relations existantes.

Il n'y a pas d'âge pour se faire des amis, il n'y a pas d'âge pour créer des liens. (Groupe 4)

T'as 80 ans, tu ne peux plus courir, mais tu peux prendre le téléphone, tu peux appeler un autre aîné. Et ta vie va prendre du sens si tu te tournes vers les autres. (Groupe 1)

## Encourager les projets des aînés

Une autre façon d'intervenir avec des aînés vulnérables est de les encourager à trouver des buts, des projets, même à court terme. Participer à des activités leur permet d'être actifs tout en conservant un sentiment d'utilité, en plus de leur redonner un sens à leur vie qui leur permet d'envisager l'avenir plus positivement. Plusieurs participants parlent de grands projets, comme collaborer à une œuvre murale dans une école, mais plusieurs mentionnent de

De leur amener un but. C'est toutes des personnes qui sont différentes, il n'y a personne qui peut avoir le même but. (Groupe 5)

tout petits projets, plus personnels. Néanmoins, tous semblent d'avis qu'il faille maintenir ou créer des activités auxquelles les aînés accordent de l'importance, celles qui permettent de s'actualiser et qui font ressortir leurs forces et leurs talents.

Ca faisait 15 ans que je m'occupais de mon mari, pis mon mari est parti ça fait 2 ans. Mais là, je suis chez moi, je suis toute seule, c'est pour ça que je viens faire du bénévolat. (Groupe 6)

## **Mettre l'accent sur le positif et susciter l'espoir**

Les participants parlent aussi de susciter l'espoir par la mise en perspective des éléments positifs de la vie en dépit des pertes ou autres éléments négatifs qui sont le plus souvent remarqués. Ils soulignent toutefois la difficulté de le faire dans certaines situations plus complexes.

Ce qui est difficile c'est de miser sur ce qu'il reste et non sur ce qu'ils ont perdu [...] Je ne peux plus marcher, j'ai eu un autre ACV, mais j'ai une tête, pis je suis capable de parler, pis je suis capable de voir le monde, pis je suis capable de vous dire que je vous aime. (Groupe 4)

Ainsi, plusieurs interventions individuelles, de niveau micro, sont possibles pour aider les aînés dans une perspective préventive du suicide. Bien que les participants estiment que cela appartient d'abord aux aînés eux-mêmes de se prendre en main, il n'en demeure pas moins qu'ils doivent être soutenus pour faciliter les liens sociaux, s'informer sur le vieillissement, développer des projets et voir les aspects positifs plutôt que leurs pertes. Toutes ces interventions semblent toutefois plutôt complexes à actualiser avec des personnes aux prises avec des symptômes dépressifs. La mise en place d'autres stratégies de prévention semble donc nécessaire pour bien cibler l'ensemble des aînés vulnérables.

*Comment l'entourage peut-il contribuer à prévenir le suicide des aînés ?*

## **Identifier la détresse et les idées suicidaires**

Les participants soulignent l'importance de mobiliser l'entourage des aînés afin d'identifier les signes de détresse si l'on veut prévenir des tentatives de suicide. La meilleure façon de le faire : vérifier la présence d'idées suicidaires, et ce, quel que soit l'âge des personnes en détresse. Il semble que l'élément clé pour diminuer la détresse est d'être à l'écoute pour

l'accueillir. Les participants rapportent plusieurs anecdotes où des personnes, intervenantes ou non ont eu une attitude d'ouverture face à une personne en détresse. Cette écoute peut parfois faire la différence.

Et qu'elle ait 8 ans, 40 ou 75, 108 ans, ben la seule façon d'avoir l'heure juste ça va être quand même de lui demander : « Monsieur, Madame, avez-vous des idées suicidaires ? ». (Groupe 2)

A l'égard du dépistage de la détresse, les intervenants qui sont en contact avec les aînés doivent jouer un rôle de premier plan. Par exemple, les aînés ont identifié le personnel responsable de l'entretien ménager dans les résidences. Leurs contacts réguliers avec les aînés, et en conséquence leur plus grande possibilité de déceler les changements, le fait d'être en contact avec leur intimité et d'avoir établi un lien de confiance pour certains les qualifient pour ce rôle.

Sais-tu à qui je pensais? Les petites filles qui font le ménage ! [...] Ils rentrent dans l'appartement. Ils peuvent cibler. Eux autres ils les voient régulièrement [...] Peut-être qu'elles pourraient voir des choses anormales, des choses qu'il n'y avait pas habitude d'être comme ça [...]. Souvent il y a des madames, il y a des madames qui, qui se confient à la femme de ménage, parce qu'ils ne peuvent pas se confier à d'autres. (Groupe 3)

Les participants ont aussi abordé l'idée que les aînés eux-mêmes pourraient contribuer au dépistage de la détresse chez leurs pairs. En effet, chaque personne peut jouer un rôle dans le soutien aux personnes en détresse. Par contre, une inquiétude réside chez les participants quant au besoin de formation ou au niveau de compétence pour être en mesure d'effectuer un dépistage d'une personne en détresse.

Il faut que tu sois un petit peu psychologue pour faire ces choses-là. [...] Ce serait pas possible de rencontrer quelqu'un pour nous dire comment travailler avec ces personnes-là un petit peu ? (Groupe 3)

## **Collaborer ensemble pour mieux dépister**

Ainsi, les participants mentionnent l'importance du réseautage et de la collaboration entre intervenants et organismes pour prévenir le suicide. De fait, les divers intervenants et membres de la communauté peuvent avoir des liens privilégiés avec des aînés ou détenir des informations susceptibles de détecter ceux qui passent « sous le radar », soit ceux qui ne sont pas identifiés par le réseau formel de services. Ainsi, la collaboration

C'est d'être en gang qui fait que nous autres on est plus armés, pis on est plus efficaces. Peut-être qu'un réseau, ça peut aider aussi (Groupe 4).

permettrait de rejoindre ces aînés, souvent les plus vulnérables. Pour dépister les aînés à domicile, les participants ont identifié plusieurs types d'intervenants : les bénévoles de la popote roulante, les intervenants des CSSS, le facteur, le pharmacien et le médecin. Les tables de concertation pourraient également permettre un tel dépistage.

La mise sur pied de tables de concertation, semblables à celles déjà en place pour lutter contre la maltraitance des aînés est une solution envisagée par les participants à cet égard. Différents intervenants du réseau de la santé et des services sociaux publics et communautaires, mais aussi des policiers, des bénévoles de la popote roulante, des prêtres notamment pourraient être invités à siéger sur ces tables. Leurs contacts réguliers avec les personnes âgées les placent dans une position favorable pour le dépistage de la détresse. Ces personnes clés peuvent alors sonner l'alarme aux intervenants et discuter avec eux de la meilleure façon d'aborder la situation auprès de la personne.

Il semble que plusieurs stratégies existent déjà en matière de prévention et quelques adaptations aux structures existantes à la réalité des aînés pourraient contribuer à diminuer le suicide. Par exemple, ajouter un volet suicide aux tables de concertation contre la maltraitance des aînés.

## **Être sensibilisé au risque suicidaire des aînés**

Les participants considèrent pertinent d'inclure les familles et l'entourage des aînés pour favoriser la prévention du suicide gériatrique. Les familles ont un rôle particulièrement important pour soutenir les personnes âgées à domicile. Elles pourraient servir de personne-ressource ou pivot, afin de créer un lien entre l'aîné et les services sociaux et les services de santé. De plus, la sensibilisation de l'entourage permettra, d'une part, de contrer la banalisation sociale autour du suicide des aînés. Et, d'autre part, d'offrir un certain soutien aux familles dans l'accompagnement d'un aîné malade ou en perte d'autonomie, car elles éprouvent parfois elles aussi un grand besoin d'aide.

Nos aînés sont encadrés, mais les familles ne le sont pas. Je n'ai pas besoin de vous parler beaucoup pour savoir qu'il y a une couple de familles ici qui auraient plus besoin d'être institutionnalisées que certains patients ! (Groupe 5)

Selon les participants, les médecins devraient aussi être mieux sensibilisés aux symptômes de dépression puisque les antidépresseurs sont généralement peu prescrits aux aînés, malgré leur efficacité reconnue.

Les antidépresseurs chez les personnes âgées, des petites doses c'est super efficace, ça ne prend pas des grosses doses, il y a peu d'effets secondaires. Ça

pourrait les aider beaucoup et je pense que c'est pas beaucoup prescrit. Je pense que les médecins n'ont pas envie d'aller vers ça, peut-être par manque de temps.  
(Groupe 2)

## Développer plus d'initiatives particulières

Les participants ont nommé quelques-unes des activités actuellement offertes pour les aînés dans différents milieux pour contrer l'isolement et favoriser le maintien de l'autonomie. À titre d'exemples, le programme *Rêves d'aînés* qui permet à des aînés de réaliser leur rêve ; les

Si ça va pas dans ta vie c'est clair que tu iras pas dire: « je vais remplir mon petit formulaire pour Rêves d'aînés ».  
(Groupe 2)

activités de Wii qui permettent aux aînés atteints de Parkinson de travailler physiquement, d'être en groupe et de tisser des liens avec les générations plus jeunes en jouant avec leurs petits-enfants ; une activité de réminiscence au musée qui regroupe des personnes âgées qui peuvent discuter de leurs souvenirs.

Or, après discussion, les participants mentionnent que bien qu'intéressantes, les aînés les plus vulnérables isolés et en plus grande perte d'autonomie ont peu de chance de participer à ce genre d'activités. Il est donc important pour les intervenants de se déplacer dans les milieux pour rejoindre ces personnes.

Les participants proposaient l'idée d'une collaboration à relais entre professionnels, employés et bénévoles. D'abord, un employé en contact avec les aînés ou leurs proches, par exemple le personnel d'entretien d'une résidence ou d'un CHSLD pourrait être alerte aux signes de détresse. Ce dernier rapporterait la situation à un professionnel dédié spécifiquement à cela qui lui, interviendrait auprès de l'aîné et sa famille. Par la suite, un bénévole pourrait assurer un suivi.

En somme, il semble que l'entourage immédiat, soit les familles et les services de proximité puissent contribuer à mettre en place des stratégies de prévention du suicide. Que ce soit par le développement de leur capacité à identifier la détresse des aînés et le risque suicidaire, en collaborant ensemble ou en soutenant la création de projets novateurs susceptibles de redonner un sens à la vie des aînés, les familles et l'entourage sont en mesure d'agir sur la prévention du suicide.

## *La société, de manière plus globale, peut-elle mettre en place des stratégies de prévention du suicide des aînés ?*

### **Cibler les aînés dans les campagnes de prévention**

Les participants croient que les campagnes de prévention du suicide pourraient être améliorées en ciblant directement les personnes âgées afin de sensibiliser la population en général sur les risques de suicide de cette population à laquelle on ne songe pas d'emblée.

Dans les campagnes de prévention du suicide, on va référer aux gens plus jeunes, mais peut-être juste d'inclure des aînés, pour démontrer que le suicide n'arrête pas à 55 ans. [...] (Groupe 2)

Aborder, le suicide de front, avec les aînés  
[...] Ça fait peur  
[...] Ça fait peur oui, pis ils ne s'identifieront pas (Groupe 2)

Par contre, il faut aussi tenir compte du tabou entourant le suicide pour cette génération. Les participants soulèvent ainsi que parler directement de suicide aux aînés via la télévision pourrait s'avérer une stratégie parfois trop agressive.

### **Encourager les aînés qui le désirent à demeurer sur le marché du travail**

Les participants rapportent aussi qu'encourager les aînés qui le désirent à demeurer plus longtemps sur le marché du travail contribuerait à soutenir leurs projets personnels, à améliorer leur situation financière et à permettre le prolongement de la vie active. Ceci peut se faire soit en repoussant l'âge de la retraite ou par le biais de programmes d'entreprises qui favorisent l'embauche de retraités. En plus d'être bénéfique pour les aînés, cela aurait sans conteste des conséquences positives au sein de milieux de travail qui pourront profiter de l'expérience des aînés. Les participants ont abordé l'idée que certains aînés, particulièrement les hommes, accordent une grande valeur au travail. Ayant développé peu d'intérêts personnels au cours de leur vie active, ils ne peuvent que difficilement s'accomplir une fois la retraite venue. Combiné à la perte de leurs facultés, la retraite de la vie active réduit leur capacité de se sentir valorisés et appréciés pour leur apport à la société.

C'est un homme qui avait travaillé toute sa vie, il avait aucune scolarité. Pis là, il fallait l'occuper à faire quoi ? (Groupe 1)

En somme, il semble que les participants voient moins comment une intervention plus macro pourrait être un apport important à la prévention du suicide, mis à part des campagnes publiques de sensibilisation et l'incitation à l'emploi des aînés. Pour eux, ce sont surtout les aînés et l'entourage (niveau micro) ainsi que les professionnels et l'organisation des services (niveau méso) qu'il faut viser.

Le thème 4 nous a permis de faire ressortir que des interventions en matière de prévention du suicide des aînés sont envisageables pour les participants. Plusieurs de ces interventions ne nécessitent que de la volonté personnelle et familiale, certes, mais surtout sociale et politique dans la perspective d'approcher, de soutenir ou d'intervenir différemment avec les aînés. Contre l'âgisme, valoriser les aînés et reconnaître leur détresse pourraient permettre d'inclure toutes les interventions nommées par les participants. Il est intéressant de noter que la plupart de ces interventions proposées par les participants figurent également dans l'inventaire des besoins et idées conçu par le CQPS (2014).

## 2.5 THÈME 5 :

### *La formation **Agir en sentinelles pour la prévention du suicide***

Un des objectifs spécifiques de cette étude était de valider la pertinence d'adapter la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* offerte par le CPSQ à une clientèle âgée. Un dernier volet des groupes de discussion a ainsi porté sur la formation. Les participants à l'étude n'avaient pas suivi, pour la grande majorité d'entre eux, la formation de base de sept heures. Or, à la suite d'une brève présentation du contenu de la formation, les participants semblaient la trouver pertinente pour deux groupes cibles. D'abord pour l'ensemble de la population afin d'aider, entre autres, les proches.

La formation  
peut te servir  
n'importe où  
dans la vie.  
(Groupe 3)

Plus il y a de monde qui sont au courant des services qui existent, plus on a de chances d'aider le monde qui ont besoin d'être aidés. (Groupe 4)

Ensuite, pour les professionnels ou intervenants susceptibles de se retrouver en contact avec des aînés suicidaires. Former les préposés aux bénéficiaires semble faire plutôt consensus, car ils entretiennent des contacts de proximité avec les aînés dont ils s'occupent, ce qui peut favoriser les confidences.

Les préposés sont les premiers yeux du matin, les derniers yeux du soir et on est beaucoup en relation avec eux [les aînés] quand on est en soins directs. (Groupe 5)



La formation de sept heures est accessible pour plusieurs intervenants qui ne peuvent se libérer pour de longues périodes. Une formation, même de courte durée, leur permet de se sentir outillés pour dépister et référer les personnes vulnérables. Certains d'entre eux, plus directement interpellés par la question du suicide comme les travailleurs sociaux peuvent accéder à une formation de trois jours plus complète sur ce thème.

Les commentaires généraux des participants indiquent qu'ils sont favorables à la formation et que plusieurs personnes devraient la suivre, autant la population en général que les intervenants dans le domaine de la santé et des services sociaux. Sa flexibilité en termes d'heures favorise notamment son accessibilité pour certains intervenants. Mais au-delà de la pertinence de la formation, d'autres questions demeurent : quel est l'objectif de la formation? quelles sont les personnes ciblées pour devenir des sentinelles? et comment reconnaître ces personnes?

### *Le rôle des sentinelles auprès des aînés : doivent-ils nécessairement être âgés et formés à l'intervention ?*

Les sentinelles occupent des rôles différents des professionnels ou intervenants en prévention du suicide, leur travail étant essentiellement axé sur le dépistage et la référence. Dans ce contexte, les participants endossent ce rôle et doutent de la pertinence de leur offrir une formation plus poussée en termes d'intervention.

Une formation de dépistage serait pertinente. Une formation d'aller plus loin que de dépister? D'intervention? Peut-être pas. (Groupe 5)

Les avis sont en revanche partagés à savoir si les aînés étaient de meilleures sentinelles pour leurs pairs par rapport à d'autres qui ne feraient pas partie de la même génération.

Est-ce que ce serait plus facile de déceler un aîné qui a des idées suicidaires si on est nous-même aîné? Pas nécessairement. (Groupe 3).

Regarde dans les écoles, il y a des élèves qui aident, qui sont aux aguets d'autres élèves pour l'intimidation. Des pairs aidants...Ça peut être, ça peut être à peu près la même chose! (Groupe 1).

Quelqu'un de ma génération qui a les mêmes valeurs, la même éducation, on va pouvoir se parler un peu. (Groupe 2)

Pour certains, une bonne façon d'entrer en contact avec les aînés est de profiter du fait d'être soi-même aîné : faire partie de la même génération rend le bénévole ou l'intervenant moins menaçant. D'ailleurs, il est fort probable que des référents

culturels ou éducationnels soient semblables. Pouvoir discuter de ce qu'elles vivent avec des pairs donne l'impression aux personnes âgées d'être davantage comprises. En effet, l'aide intragénérationnelle a pour avantage de favoriser l'identification de l'aîné à son aidant et vice-versa, ce qui faciliterait la création du lien nécessaire à la confiance.

Parce qu'il y a des choses qu'on a quand même les mêmes racines par rapport à l'époque, alors quand j'y parle de ça, elle devient toute contente. (Groupe 1)

Des bottins vivants, ça pourrait être des personnes formées qui connaissent les ressources. (Groupe 4)

L'aide intergénérationnelle semble aussi être une possibilité intéressante, même si elle n'offre pas l'avantage du groupe de référence. Les aînés ont souligné que l'important est le contact, plus que sa provenance ou l'âge, tant que le contact demeure égalitaire et constant pour que le lien de confiance se crée. Ainsi, les aînés sont d'avis que tant que le jeune est capable de dépister les signes de détresse propres aux aînés, il est à même de les soutenir dans leur détresse. Une difficulté dans l'aide intergénérationnelle se situe dans la communication, dans le sens où il est possible que l'aidant ne comprenne pas bien la réalité de la personne aidée, et vice versa.

La dame qu'elle appelle elle pourrait être sa grand-mère. Et elle est ravie que quelqu'un l'appelle, point... Elle lui a parlé de cœur à cœur. (Groupe 1)

Je pense que la première chose c'est l'écoute des gens, être proche d'eux, être capable de déceler si elle a un petit problème, être capable de comprendre ce qu'elle veut nous dire. Parce que, bien souvent, ils ne le disent pas clair, mais ils le disent un peu. (Groupe 6)

Provoquer le contact avec d'autres générations peut permettre la création de ce lien intergénérationnel. Ces initiatives peuvent prendre la forme de jumelage entre un centre d'hébergement et une école, par exemple, dans le cadre d'une activité d'aide aux devoirs contre des leçons d'informatique.

Quelqu'un qui peut percevoir qu'il peut avoir besoin d'écoute. (Groupe 1)

Un autre rôle possible des sentinelles consiste à les former à référer à des ressources autres que le Centre de prévention du suicide, pour aussi répondre à divers problèmes que les aînés pourraient présenter qui ne seraient pas en lien direct avec le suicide.

Peu importe qu'il s'agisse de sentinelles âgées ou non, formées à l'intervention ou non, certaines aptitudes et attitudes de base semblent toutefois nécessaires pour occuper un rôle de sentinelles. À titre d'exemple, ils ont nommé la capacité de percevoir le besoin chez l'autre, l'humanisme, les aptitudes à la communication, le fait d'être déjà en contact avec d'autres ou avoir une facilité à aller à la rencontre des autres.

Ça prend des humains qui vont rencontrer des humains. (Groupe 4)

Quelqu'un qui est capable de communiquer. (Groupe 3)

Ainsi, qui devrait être ciblé pour devenir des sentinelles ? À cette question, les avis sont partagés. Les participants ont suggéré qu'une telle formation pourrait être pertinente pour compléter celle que reçoivent déjà les bénévoles qui s'impliquent auprès des aînés. Par contre, plusieurs participants estimaient que les bénévoles sont déjà passablement sollicités et impliqués sans devoir en plus devenir sentinelles. Pour d'autres, moins occupés, cela pourrait être intéressant. En fait, les participants sont sensibles au fait de ne pas surcharger les bénévoles ou de ne pas leur transférer trop de responsabilités en leur demandant de devenir sentinelles en plus de leur bénévolat régulier.

Qu'ils deviennent une sentinelle pour rapporter, c'est pas nécessairement eux-autres qui vont régler le cas [...] Au moins le rapporter, soit à l'infirmière où... [...] Je ne te dis pas non, je ne te dis pas non. Il ne faut pas que ça implique trop là, mais... (Groupe 3)

## *L'identification des sentinelles : comment les reconnaître facilement sans trop les étiqueter ?*

Avoir accès à des sentinelles dans son milieu de vie ou de travail est le premier pas vers la prévention du suicide. Encore faut-il pouvoir les reconnaître ou les identifier. Les participants ne s'entendent pas sur la meilleure manière d'y parvenir. Certains croient qu'il est nécessaire d'identifier clairement ou même subtilement les sentinelles formées afin que les personnes vulnérables puissent entrer en contact avec elles pour recevoir de l'aide. Différents moyens permettent de la faire : inscrire leurs noms sur l'intranet de l'organisme ; porter un symbole, comme une carte verte. À l'opposé, d'autres estiment qu'il serait mieux que les sentinelles se fassent discrètes, demeurent anonymes, afin de ne pas rendre méfiantes les personnes plus vulnérables.

Mais c'est un peu pervers comme effet, parce que si les gens ne savent pas que tu donnes le service, comment tu fais pour aller chercher le service ? (Groupe 2)

Parce que le fait qu'il soit identifié, moi je pense que le résident se confierait moins. (Groupe 5)

Comme les rôles des sentinelles (dépistage et références seulement versus intervention) et leur identification (claire versus anonyme) soulèvent des opinions différentes, il semble que la solution soit d'adapter la pratique de sentinelles à la culture du milieu où elles exercent leur rôle.

Souvent on va s'adapter à la culture du milieu [...] des fois il y a des avantages, des fois il y a des pièges, fait que c'est là où on analyse la culture du milieu pour voir qu'est-ce qui fait le plus de sens. (Groupe 2)

À ce propos, les participants ont mentionné divers milieux possibles d'implantation de réseau de sentinelles. Les participants étaient d'avis qu'il devrait y avoir des sentinelles dans tous les milieux où l'on retrouve des aînés, particulièrement là où il peut se vivre de l'isolement. D'après eux, l'idéal pour rejoindre le plus d'aînés possible serait de cibler des milieux où les gens se rejoignent et où ils se côtoient. Par exemple, les CHSLD, les centres de jour les paroisses et les centres communautaires seraient de bonnes cibles d'implantation.

Comme les centres communautaires ou les centres de jours. C'est des gens qui vivent tout seuls généralement dans leur maison, pis ils vont là parce que ils ont leur diner pis des choses comme ça, ils vont jouer au bingo. Alors, dans les centres communautaires, je pense qu'il y aurait plus de facilité à les détecter. (Groupe 6)

*Doit-on adapter la formation Agir en sentinelle pour la prévention du suicide à la clientèle aînée dans la perspective d'un traitement différentiel du suicide selon l'âge ?*

Tel que mentionné, les participants de notre étude n'ont pas suivi la formation et n'étaient donc pas en mesure de répondre adéquatement à la question posée. Toutefois, avec les informations dont ils disposaient, l'adaptation de la formation des sentinelles pour répondre aux besoins spécifiques des aînés ne semble pas faire l'unanimité. Pour certains, une personne suicidaire est quelqu'un en détresse, peu importe son âge. Par conséquent, la

formation devrait pouvoir s'appliquer à tous telle qu'elle, en demeurant centrée sur la détresse.

Peu importe, je veux dire, t'es en détresse pour une raison quelconque. Ou tu vis une solitude, c'est la même base. C'est un humain qui a un problème, qui a un besoin, fait que peu importe l'âge que tu as. (Groupe 4)

Pour d'autres, il faudrait clairement inclure un volet sur le vieillissement normal afin que les sentinelles ne banalisent pas les symptômes des aînés sous prétexte qu'ils font partie du vieillissement.

C'est important peut-être dans la formation de sensibiliser les personnes qui sont formées qu'une personne âgée qui ne va pas bien pis qui est fatiguée, c'est pas juste qu'elle est vieille. (Groupe 2)

Il semble donc que les participants soient favorables au développement d'un réseau de sentinelles, mais adapter entièrement la formation actuelle pour les aînés est remise en question. Il est plutôt proposé d'y ajouter un volet pour sensibiliser les futures sentinelles sur la réalité du suicide des aînés afin qu'elles soient en mesure de dépister de façon optimale les personnes à risque dans ce groupe d'âge également.

Selon la mise en contexte exposée et notre interprétation des résultats de l'étude présentés dans ce rapport, il y aurait lieu de croire que la formation devrait être modifiée pour plusieurs raisons. D'une part, la réalité du suicide des aînés est différente de celle des autres groupes d'âge. D'autre part, elle est méconnue dans la société et donc peu dépistée. Nous reprendrons chacun des modules de la formation afin de discuter de leur adaptation possible. Les propositions présentées ici sont également inspirées de celle présentées par Michel Drouin (2012).

## **Module 1 : Le rôle de la sentinelle**

Dans la mesure où le rôle de sentinelle demeure celui de dépister et de référer, il n'a pas lieu de modifier cette partie de la formation pour les aînés. De même, les raisons pour lesquelles la création d'un réseau de sentinelle est essentielle demeurent les mêmes pour la clientèle âgée, soit rejoindre les personnes les plus isolées, informer sur les ressources d'aide et faciliter la demande d'aide.

## **Module 2 : L'influence des valeurs et des croyances**

L'introduction au module 2 sur l'influence des mythes et des valeurs par le biais de l'activité « Le bonhomme » pourrait par contre être revue dans la perspective de la prévention du suicide des aînés. Effectivement, cette activité prévoit un remue-méninges ou une discussion sur la perception sociale d'une personne suicidaire, le sentiment ressenti par ces personnes et ce qu'elles pensent ou disent d'elles-mêmes. Pour avoir observé la formation à deux reprises, au début et à la fin de l'étude, les sentinelles en formation et les formateurs ne nomment pas ce qui est spécifiques aux aînés et ne parlent pas des aînés non plus. On y aborde le suicide surtout à travers l'expérience des hommes adultes et des jeunes.

Or, les résultats de cette étude nous indiquent une différence notable en ce qui concerne le suicide des aînés. Par exemple, certains signes de détresse verbaux pourraient être confondus avec une référence culturelle générationnelle et ne pas être pris au sérieux comme l'affirmait un membre d'un groupe de discussion : « Pour elle, Dieu est passé à côté pis il n'est pas venu la chercher » (Groupe 5). Outre les idées ou les comportements suicidaires ainsi que les troubles de santé mentale qui constituent les principaux facteurs de risque pour toute la population, les participants de notre étude et les écrits mentionnent des facteurs de risque spécifiques aux aînés. Notamment, les problèmes médicaux dont les maladies chroniques incurables et les problèmes cognitifs, les deuils et les nombreuses pertes sociales, les pertes d'autonomie et l'absence d'un sentiment d'appartenance à un réseau social. Ces facteurs ne sont pas uniques aux aînés, d'autres populations peuvent aussi y faire face. Mais ces facteurs de risque sont plus souvent cumulatifs pour les aînés en plus de s'ajouter au vieillissement qui comporte son propre lot de mythes et de préjugés bien cristallisés dans l'âgisme généralisé dans les sociétés occidentales.

Ainsi, afin de sensibiliser les sentinelles en formation, il s'avère pour nous essentiel de mettre l'accent sur les particularités du vieillissement et sur les impacts de l'âgisme dans le volet sur l'influence des valeurs et des croyances en regard du suicide.

## **Module 3 : Repérer les personnes suicidaires**

Ce module met l'accent sur les clientèles vulnérables, les signes de détresse et les moments critiques associés au suicide. On y associe les personnes ayant des troubles de dépendances et de santé mentale, les hommes et les jeunes. Or, les aînés présentent une clientèle largement vulnérable aux moments critiques nommée, soit les pertes significatives, les échecs touchant les raisons de vivre, les traumatismes et les moments particulièrement anxiogènes. Il serait donc judicieux lors des discussions sur les moments critiques de faire ressortir ceux spécifiques aux aînés : veuvage, hébergement, perte d'autonomie, maladies, mort imminente, etc.

Les hommes ainsi que les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance ciblés dans la formation actuelle peuvent aussi être des aînés, faisant d'eux des personnes doublement vulnérables. Il serait alors tout à fait justifié d'ajouter la clientèle aînée à ce tableau des clientèles vulnérables afin que les sentinelles les reconnaissent également.

Notons que ce module permet aussi d'illustrer le vécu de la personne suicidaire sur un continuum temporel afin de distinguer la situation présente de celles passées ou futures. Il est effectivement possible d'envisager, sans doute pour plusieurs personnes en difficulté que l'avenir sera meilleur. Or, accrocher les aînés à leur futur pourrait s'avérer hasardeux. Leurs problèmes de santé et leurs pertes d'autonomie ne peuvent que rarement s'améliorer avec le temps ils en sont tout à fait conscients. Le futur de l'aîné doit être considéré à plus court terme et dans une toute autre perspective. Toutefois, rien n'empêche de faire ressortir les éléments positifs du moment présent.

#### **Module 4 : Vérifier la présence d'idées suicidaires et module 5 : Recueillir les informations sur la planification suicidaire**

Ces modules consistent en des jeux de rôles afin de mettre en application des techniques apprises durant la formation. Ces techniques sont les mêmes peu importe la clientèle. Il s'agit de pouvoir aborder la question du suicide directement dans un langage simple. Toutefois, il s'avère primordial de tenir compte des termes ou expression plus spécifique aux aînés lorsqu'ils parlent de la mort : vouloir en en finir avec la souffrance, avoir déjà vécu sa vie, la vie est en arrière, si Dieu pouvait venir me chercher, se laisser aller, laisser faire la nature, etc. sont des expressions plus utilisées par les aînés. En outre, le syndrome de glissement, abondamment discuté plus tôt, est une manière d'envisager la mort peu présente chez d'autres clientèles.

#### **Module 6 : Accompagner une personne en détresse**

Il s'agit ici d'encourager la personne en détresse à consulter les services d'aide. Les motifs de refus ou la réticence à demander de l'aide sont assez communs chez toutes les personnes en détresse ou en besoin d'aide. Or, certains ajustements pourraient être effectués pour inclure des raisons spécifiques aux aînés comme l'âgeisme ; la difficulté à utiliser Internet pour s'informer des services offerts ; la difficulté d'accès à certains lieux offrant des services, etc. Aussi, notre étude a mis en évidence la perception négative que les aînés entretiennent à l'égard des services. Cet aspect devrait aussi être pris en compte.

#### **Modules 7 et 8 : Transmettre l'information à l'intervenant désigné et Prendre soin de soi**

Aucun ajustement nécessaire puisque ce module s'intéresse plus particulièrement aux sentinelles et non à la clientèle visée. Toutefois, si des sentinelles aînées sont priorisées, il

pourrait être important d'ajuster le format et la structure de la formation. Deux rencontres de quatre heures pourront remplacer une seule de sept heures. Plus de temps pour la discussion pourrait aussi être prévu afin de permettre aux aînés d'échanger sur leur vécu.

Pour résumer le thème 5 sur la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide*, sans l'avoir eux-mêmes reçue, les participants la trouvent intéressante et pertinente. Quant à savoir si elle devrait être adaptée pour la clientèle âgée, les participants ne possédaient pas suffisamment d'informations sur la formation et sur son contenu spécifique pour se prononcer de manière éclairée à cet égard. Toutefois, ils ont notamment soulevé le fait que dans certains cas, les sentinelles âgées pourraient faciliter le contact avec d'autres aînés. Aussi, qu'une formation en dépistage et référence peut parfois s'avérer insuffisante pour aider des personnes âgées en grande détresse et qu'une intervention plus poussée serait nécessaire. Par ailleurs, ils ne partagent pas nécessairement le point de vue que cela devrait être le rôle des aînés bénévoles, souvent déjà passablement engagés. Par contre, nous avons proposé des changements que nous considérons essentiels afin de tenir compte des écrits sur le suicide des aînés et des résultats de cette étude.



## CONCLUSION/DISCUSSION

Le suicide n'est pas nécessairement le problème social le plus important auquel les aînés sont actuellement confrontés, mais il est certainement le moins abordé et celui dont les impacts sont les plus dommageables en raison notamment de son irréversibilité. Il constitue néanmoins un problème auquel une société vieillissante a la responsabilité de ne plus tenter d'ignorer, notamment pour les hommes âgés de plus de 80 ans qui seront de plus en plus nombreux dans les années à venir. Cette étude nous a permis de corroborer de nombreux résultats d'autres études. Elle a aussi confirmé l'inventaire des besoins en matière de prévention du suicide produit par le CQPS (2014). Mais elle a également fait ressortir des enjeux moins abordés dans les écrits et non moins importants. Nous reviendrons sur trois d'entre eux.

D'abord, les facteurs de risque du suicide. Les participants de notre étude ont nommé comme facteurs de risques du suicide des aînés les problèmes médicaux, les pertes sociales, les pertes d'autonomie et l'isolement, ce qui ressort également des écrits. D'ailleurs, une récente étude montre que la dépression, le manque de soutien social et les pertes d'autonomie sont les prédicteurs les plus importants des idéations suicidaires des aînés recevant des services de soutien à domicile (Park & Chung, 2014). Toutefois, les participants de notre étude n'ont pas mentionné, ou très peu, les antécédents d'idées ou de comportements suicidaires ainsi que la dépression qui constituent les principaux facteurs de risque de suicide actuellement reconnus. Par ailleurs, ils affirment eux-mêmes, dans la section sur les stratégies de prévention du suicide que la formation et l'information auprès des proches et des professionnels de la santé doivent impérativement se concentrer sur le dépistage de la détresse des aînés. Ainsi, on peut en comprendre que les participants reconnaissent empiriquement l'importance de la santé mentale en prévention du suicide lorsqu'on les questionne sur l'intervention, mais nomment d'autres facteurs de risques plus spécifiques aux aînés dès qu'ils y réfléchissent de manière plus théorique. L'origine et les conséquences des maladies mentales chez les aînés, dont la dépression, semblent donc devoir être mieux comprises et mieux articulées dans la réflexion sur la prévention du suicide.

Il nous semble absolument essentiel, à la lumière des résultats de notre étude et de ceux recensés dans les écrits, que soit socialement mieux comprise la dimension de la santé mentale des aînés.

Ensuite, cette étude soulève des questions en ce qui concerne la notion du choix de mourir. Les participants ont maintes fois relevé le caractère intentionnel derrière le suicide, l'aide médicale à mourir et le syndrome de glissement des aînés. L'intention ici, contrairement à celle des plus jeunes, n'est pas d'arrêter de souffrir, mais bien de mettre fin à leurs jours. Et il apparaît selon les participants que ce souhait soit louable après un certain âge et dans certaines circonstances.

Or, cette réflexion sur le choix du moment et des circonstances de sa mort est au centre des enjeux soulevés par la *Loi concernant les soins de fin de vie* au Québec. Il s'agit d'un débat social, pas encore fait au Canada, qui déborde largement les frontières de la gérontologie et de la suicidologie : il renvoie notamment à des considérations sociales, économiques, politiques, religieuses et culturelles plus globales. Le suicide des aînés ne doit pas systématiquement être associé à la réflexion sur le droit de choisir le moment, le lieu et les circonstances de sa mort dans la perspective d'une mort digne. Il s'agit d'enjeux et de débats forts différents qu'il semble impératif de ne pas confondre.

Le suicide des aînés ne signifie pas nécessairement la recherche, ou la réponse, à une mort digne. Il s'agit de deux réalités différentes.

Finalement, dans leur réflexion collective sur le suicide des aînés, les participants ont mis l'accent sur l'âgisme dont ils sont témoins ou eux-mêmes victimes. L'âgisme est « une attitude très répandue et constitue la forme de préjugé social la plus tolérée au Canada » (Revera, 2012, p.3). D'après un sondage produit par Revera auprès de 1 501

Canadiens en 2012, six personnes sur dix âgées de 66 ans et plus affirment avoir été traitées injustement ou différemment en raison de leur âge. Ceci est encore plus marqué pour les aînés de plus de 75 ans puisque huit Canadiens sur dix conviennent qu'ils sont considérés comme étant moins importants et sont plus souvent ignorés que les générations plus jeunes. Les trois formes de discrimination auxquelles font face les aînés le plus souvent sont : être ignorés ou être traités comme s'ils n'existaient pas (41 %) ; être traités comme s'ils ne contribuaient à rien (38 %) ; et être perçus à tort comme des incompetents (27 %) (Revera, 2012).

L'âgisme en perpétrant des stéréotypes et des préjugés concernant les aînés et leur contribution sociale pourrait renforcer l'idée que leur suicide serait plus acceptable en raison de leur âge et de leur condition physique. Les participants de notre étude affirment en ce sens que ces préjugés intériorisés par les aînés peuvent conduire à des comportements suicidaires, particulièrement pour les plus vulnérables et les plus isolés d'entre eux.

L'âgisme est la forme de préjugé social la plus tolérée au Canada.

En terminant, cette étude a permis de faire ressortir le point de vue des aînés et des intervenants travaillant auprès d'eux sur le suicide et les besoins en matière de prévention. De nombreuses actions ont été proposées pour ce faire, dont la majorité est aussi relevée par le CQPS. Toutefois, nous estimons qu'afin de les rendre effectives, il faut s'attarder à la source du problème, soit la santé mentale des aînés et la démystification de la mort digne de même que l'âgisme.

## BIBLIOGRAPHIE

- Administrateur en chef de la Santé publique. (2010). Vieillir. Ajouter de la vie aux années. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*.
- Alexopoulos, G. S., Reynolds, C. F., Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., . . . Prospect Group. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *Am J Psychiatry*, 166(8), 882-890. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121779
- Almeida, O. P., Pirkis, J., Kerse, N., Sim, M., Flicker, L., Snowdon, J., . . . Pfaff, J. J. (2012). A randomized trial to reduce the prevalence of depression and self-harm behavior in older primary care patients. *Ann Fam Med*, 10(4), 347-356. doi: 10.1370/afm.1368
- Association québécoise de prévention du suicide. (2014). *La prévention du suicide des aînés au Québec. Comprendre, s'inspirer et agir*.
- Awata, S., Seki, T., Koizumi, Y., Sato, S., Hozawa, A., Omori, K., . . . Tsuji, I. (2005). Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: a community-based, cross-sectional study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59(3), 327-336. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01378.x
- Barnow, S., Linden, M., & Freyberger, H. J. (2004). The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly: results from the Berlin Aging Study (BASE). *Psychol Med*, 34(4), 741-746. doi: 10.1017/S0033291703008912
- Bartlett, H., Travers, C., & Cartwright, C. (2008). Evaluation of a project to raise community awareness of suicide risk among older men. *Journal of Mental Health*, 17(4), 9. doi: 10.1080/09638230701506010
- Camirand, H., & Légaré, G. (2010). *L'Enquête Québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*.
- Cattell, H. (2000). Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 6.
- Chan, S. S., Leung, V. P., Tsoh, J., Li, S. W., Yu, C. S., Yu, G. K., . . . Chiu, H. F. (2011). Outcomes of a two-tiered multifaceted elderly suicide prevention program in a Hong Kong Chinese community. *Am J Geriatr Psychiatry*, 19(2), 185-196. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181e56d0f
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Beckman, A., Heisel, M. J., Hirsch, J. K., Gamble, S., & Conwell, Y. (2007). Planning of suicide attempts among depressed inpatients ages 50 and over. *J Affect Disord*, 97(1-3), 123-128. doi: 10.1016/j.jad.2006.06.003
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry*, 52(3), 193-204.
- Cook, S. L., & Sladowski, P. S. (2012). Le bénévolat et les aînés. *Bénévoles Canada : Ressources Humaines et développement des compétences Canada*. Direction du développement communautaire et des partenariats.
- Crocker, L., Clare, L., & Evans, K. (2006). Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging Ment Health*, 10(6), 638-647. doi: 10.1080/13607860600640905
- Drouin, M. (2012). *Adaptation de la formation sentinelle pour la prévention du suicide auprès de la population aînée*. Centre de prévention du suicide de Québec. Non publié.

- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Conner, K. R., Eberly, S., & Caine, E. D. (2004). Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychol Med*, 34(1), 137-146.
- 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. *Int J Environ Res Public Health*, 9(3), 722-745. doi: 10.3390/ijerph9030722
- Florio, E. R., Hendryx, M. S., Jensen, J. E., Rockwood, T. H., Raschko, R., & Dyck, D. G. (1997). A comparison of suicidal and nonsuicidal elders referred to a community mental health center program. *Suicide Life Threat Behav*, 27(2), 182-193.
- Forsell, Y., Jorm, A. F., & Winblad, B. (1997). Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatr Scand*, 95(2), 108-111.
- Fung, Y. L., & Chan, Z. C. (2011). A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. *J Clin Nurs*, 20(15-16), 2109-2124. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03649.x
- Garand, L., Mitchell, A. M., Dietrick, A., Hijjawi, S. P., & Pan, D. (2006). Suicide in older adults: nursing assessment of suicide risk. *Issues Ment Health Nurs*, 27(4), 355-370. doi: 10.1080/01612840600569633
- Gibbs, L. M., Dombrowski, A. Y., Morse, J., Siegle, G. J., Houck, P. R., & Szanto, K. (2009). When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24(12), 1396-1404. doi: 10.1002/gps.2276
- Gilman, S. E., Bruce, M. L., Ten Have, T., Alexopoulos, G. S., Mulsant, B. H., Reynolds, C. F., 3rd, & Cohen, A. (2013). Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(1), 59-69. doi: 10.1007/s00127-012-0575-9
- Gunnell, D., & Lewis, G. (2005). Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *Br J Psychiatry*, 187, 206-208. doi: 10.1192/bjp.187.3.206
- Harwood, D. M., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L., & Jacoby, R. (2006). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychol Med*, 36(9), 1265-1274. doi: 10.1017/S0033291706007872
- Heisel, M. J., & Duberstein, P. R. (2005). Suicide prevention in older Adults. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 12(3), 18. doi: 10.1093/clipsy/bpi030
- Heisel, M. J., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Franus, N., Beckman, A., & Conwell, Y. (2006). Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older. *J Affect Disord*, 90(2-3), 175-180. doi: 10.1016/j.jad.2005.11.005
- Heisel, M. J., Flett, G. L., & Besser, A. (2002). Cognitive functioning and geriatric suicide ideation: testing a mediational model. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10(4), 428-436.
- Hirsch, J. K., Duberstein, P. R., Chapman, B., & Lyness, J. M. (2007). Positive affect and suicide ideation in older adult primary care patients. *Psychol Aging*, 22(2), 380-385. doi: 10.1037/0882-7974.22.2.380
- Loi concernant les soins de fin de vie, Projet de loi 52 C.F.R. (2013).

- Huh, J. T., Weaver, C. M., Martin, J. L., Caskey, N. H., O'Riley, A., & Kramer, B. J. (2012). Effects of a late-life suicide risk--assessment training on multidisciplinary healthcare providers. *J Am Geriatr Soc*, *60*(4), 775-780. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03843.x
- Jorm, A. F., Henderson, A. S., Scott, R., Korten, A. E., Christensen, H., & Mackinnon, A. J. (1995). Factors associated with the wish to die in elderly people. *Age Ageing*, *24*(5), 389-392.
- Juurink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med*, *164*(11), 1179-1184. doi: 10.1001/archinte.164.11.1179
- Kaplan, M. S., Adamek, M. E., & Rhoades, J. A. (1998). Prevention of elderly suicide. Physicians' assessment of firearm availability. *Am J Prev Med*, *15*(1), 60-64.
- Kapusta, N. D., Etzersdorfer, E., & Sonneck, G. (2007). Trends in suicide rates of the elderly in Austria, 1970-2004: an analysis of changes in terms of age groups, suicide methods and gender. *Int J Geriatr Psychiatry*, *22*(5), 438-444. doi: 10.1002/gps.1695
- Kissane, M., & McLaren, S. (2006). Sense of belonging as a predictor of reasons for living in older adults. *Death Stud*, *30*(3), 243-258. doi: 10.1080/07481180500493401
- Kjølseth, I., & Ekeberg, O. (2012). When elderly people give warning of suicide. *Int Psychogeriatr*, *24*(9), 1393-1401. doi: 10.1017/S1041610212000312
- Kjølseth, I., Ekeberg, O., & Steihaug, S. (2009). "Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age?" Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *Int Psychogeriatr*, *21*(5), 903-912. doi: 10.1017/S1041610209990342
- Kjølseth, I., Ekeberg, O., & Steihaug, S. (2010). Elderly people who committed suicide--their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging Ment Health*, *14*(8), 938-946. doi: 10.1080/13607863.2010.501056
- Krueger, R. A. (2002). Designing and Conducting Focus Group Interviews., from <http://www.eiu.edu/~ihcc/Krueger-FocusGroupInterviews.pdf>
- Lagacé, M. (2013). Le visage changeant de l'âgeisme ? Réflexions critiques. *Vie et Vieillesse*, *11*(1), 25-30.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pires (Eds.), *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-340). Montréal: Gaëtan Morin, Éditeur.
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., . . . International Research Group for Suicide among the E. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, *32*(2), 88-98. doi: 10.1027/0227-5910/a000076
- Légaré, G., Gagné, M., St-Laurent, D., & Perron, P.-A. (2013). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010 : Mise à jour 2013*.
- Li, L. W., & Conwell, Y. (2010). Pain and self-injury ideation in elderly men and women receiving home care. *J Am Geriatr Soc*, *58*(11), 2160-2165. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03151.x

- Lynch, T. R., Johnson, C. S., Mendelson, T., Robins, C. J., Ranga, K., Krishnan, R., & Blazer, D. G. (1999). Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample. *J Affect Disord*, *56*(1), 9-15.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*, *11*(1), 33-45.
- Magagna, G., de la Fuente, E. I., Vargas, C., Lozano, L. M., & Cabezas, J. L. (2012). Bayesian estimation of the prevalence of suicide risk in institutionalized older people. *Omega (Westport)*, *66*(2), 121-133.
- Malfent, D., Wondrak, T., Kapusta, N. D., & Sonneck, G. (2010). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, *25*(8), 843-849. doi: 10.1002/gps.2426
- Malo, A. (2006). La construction du sens et la part de la voix du chercheur : une illustration basée sur une recherche menée dans le champ de recherche sur la formation à l'enseignement à partir d'une perspective non déficitaire. *Recherches qualitatives*, *26*(2), 64-84.
- Manthorpe, J., & Iliffe, S. (2010). Suicide in later life: public health and practitioner perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry*, *25*(12), 1230-1238. doi: 10.1002/gps.2473
- Marty, M. A., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2010). Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Ageing Ment Health*, *14*(8), 1015-1023. doi: 10.1080/13607863.2010.501068
- Mezuk, B., Prescott, M. R., Tardiff, K., Vlahov, D., & Galea, S. (2008). Suicide in older adults in long-term care: 1990 to 2005. *J Am Geriatr Soc*, *56*(11), 2107-2111. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01990.x
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2 ed.): De Boeck.
- Mills, P. D., Watts, B. V., Huh, T. J., Boar, S., & Kemp, J. (2013). Helping elderly patients to avoid suicide: a review of case reports from a National Veterans Affairs database. *J Nerv Ment Dis*, *201*(1), 12-16. doi: 10.1097/NMD.0b013e31827ab29c
- Miret, M., Nuevo, R., Morant, C., Sainz-Corton, E., Jimenez-Arriero, M. A., Lopez-Ibor, J. J., . . . Ayuso-Mateos, J. L. (2010). Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates. *Am J Geriatr Psychiatry*, *18*(9), 839-847. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181d145b0
- Morgan, D. L. (1988). *Focus groups as qualitative research* (Vol. 16): Sage Publications.
- Neufeld, E., & O'Rourke, N. (2009). Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults. *Can J Psychiatry*, *54*(10), 684-692.
- Ono, Y. (2004). Suicide prevention program for the elderly: the experience in Japan. *Keio J Med*, *53*(1), 1-6.
- Osvath, P., Kovacs, A., Voros, V., & Fekete, S. (2005). Risk factors of attempted suicide in the elderly: The role of cognitive impairment. *Int J Psychiatry Clin Pract*, *9*(3), 221-225. doi: 10.1080/13651500510029020
- Park, J.-I., & Chung, Y.-C. (2014). Predictors of suicidal ideation in older individuals receiving home-care services. *Int J Geriatr Psychiatry*, *29*(4), 367-376.

- Pfaff, J. J., & Almeida, O. P. (2004). Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. *J Affect Disord*, *83*(1), 73-77. doi: 10.1016/j.jad.2004.03.006
- Pfaff, J. J., & Almeida, O. P. (2005). Detecting suicidal ideation in older patients: identifying risk factors within the general practice setting. *Br J Gen Pract*, *55*(513), 269-273.
- Pitkälä, K., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., & Lonnqvist, J. K. (2000). Elderly suicide in Finland. *Int Psychogeriatr*, *12*(2), 209-220.
- Pompili, M., Innamorati, M., Masotti, V., Personne, F., Lester, D., Di Vittorio, C., . . . Amore, M. (2008). Suicide in the elderly: a psychological autopsy study in a North Italy area (1994-2004). *Am J Geriatr Psychiatry*, *16*(9), 727-735. doi: 10.1097/JGP.0b013e318170a6e5
- Préville, M., Hébert, R., Boyer, R., Bravo, G., & Seguin, M. (2005). Physical health and mental disorder in elderly suicide: a case-control study. *Ageing Ment Health*, *9*(6), 576-584. doi: 10.1080/13607860500192973
- Purcell, D., Thrush, C. R., & Blanchette, P. L. (1999). Suicide among the elderly in Honolulu County: a multiethnic comparative study (1987-1992). *Int Psychogeriatr*, *11*(1), 57-66.
- Revera. (2012). *Rapport de Revera sur l'âgisme*.
- Richard-Devantoy, S., Jollant, F., Kefi, Z., Turecki, G., Olie, J. P., Annweiler, C., . . . Le Gall, D. (2012). Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. *J Affect Disord*, *140*(2), 193-199. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.006
- Rurup, M. L., Deeg, D. J., Poppelaars, J. L., Kerkhof, A. J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis*, *32*(4), 194-203. doi: 10.1027/0227-5910/a000079
- Rurup, M. L., Pasman, H. R., Goedhart, J., Deeg, D. J., Kerkhof, A. J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: a qualitative interview study. *Crisis*, *32*(4), 204-216. doi: 10.1027/0227-5910/a000078
- Rushing, N. C., Corsentino, E., Hames, J. L., Sachs-Ericsson, N., & Steffens, D. C. (2013). The relationship of religious involvement indicators and social support to current and past suicidality among depressed older adults. *Ageing Ment Health*, *17*(3), 366-374. doi: 10.1080/13607863.2012.738414
- Saias, T., Beck, F., Bodard, J., Guignard, R., & du Roscoat, E. (2012). Social participation, social environment and death ideations in later life. *PLoS One*, *7*(10), e46723. doi: 10.1371/journal.pone.0046723
- Segal, D. L., Mincic, M. S., Coolidge, F. L., & O'Riley, A. (2004). Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death Stud*, *28*(7), 671-678. doi: 10.1080/07481180490476524
- Shah, A., Bhat, R., MacKenzie, S., & Koen, C. (2008). Elderly suicide rates: cross-national comparisons of trends over a 10-year period. *Int Psychogeriatr*, *20*(4), 673-686. doi: 10.1017/S1041610207006266
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Carpenter, M., Booker, D., Reid, M. C., Newell, K. A., & Alexopoulos, G. S. (2008). Depressive symptoms and suicidal ideation among older adults receiving home delivered meals. *Int J Geriatr Psychiatry*, *23*(12), 1306-1311. doi: 10.1002/gps.2070

- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus Groups : Theory and Practice* (2nd ed. Vol. 20): Sage Publications.
- Tadros, G., & Salib, E. (2007). Elderly suicide in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(8), 750-756. doi: 10.1002/gps.1734
- Thibodeau, L. (2007). *Lecture sociodémographique de l'évolution de la mortalité par suicide au Québec (1926-2004): la question de l'âge et des générations*. (Maîtrise), Université de Montréal, Montréal.
- Thiede, M., Akweongo, P., & McIntyre, D. (2007). Exploring the dimensions of access. In D. McIntyre & G. Mooney (Eds.), *The economics of health equity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thobaben, M., & Kozlak, J. B. (2011). Suicidal clients in the home. *Home Health Care Management & Practice*, 23(2), 4. doi: 10.1177/1084822310384688
- Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J. W., Jr., Hunkeler, E., . . . Investigators, I. (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc*, 54(10), 1550-1556. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00882.x
- Vanderhorst, R. K., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging Ment Health*, 9(6), 10.
- Vannoy, S. D., Duberstein, P., Cukrowicz, K., Lin, E., Fan, M. Y., & Unutzer, J. (2007). The relationship between suicide ideation and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15(12), 1024-1033. doi: 10.1097/JGP.0b013e3180cc2bf1
- Vasiliadis, H. M., Gagne, S., & Preville, M. (2012). Gender differences in determinants of suicidal ideation in French-speaking community living elderly in Canada. *Int Psychogeriatr*, 24(12), 2019-2026. doi: 10.1017/S1041610212001251
- Voaklander, D. C., Rowe, B. H., Dryden, D. M., Pahal, J., Saar, P., & Kelly, K. D. (2008). Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population-based case-control study. *J Epidemiol Community Health*, 62(2), 138-146. doi: 10.1136/jech.2006.055533
- Voshaar, R. C., Kapur, N., Bickley, H., Williams, A., & Purandare, N. (2011). Suicide in later life: a comparison between cases with early-onset and late-onset depression. *J Affect Disord*, 132(1-2), 185-191. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.008
- Waern, M. (2003). Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol Alcohol*, 38(3), 249-254.
- Waern, M., Runeson, B. S., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., Skoog, I., & Wilhelmsson, K. (2002). Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry*, 159(3), 450-455.
- Wallace, M. L., Dombrovski, A. Y., Morse, J. Q., Houck, P. R., Frank, E., Alexopoulos, G. S., . . . Schulz, R. (2012). Coping with health stresses and remission from late-life depression in primary care: a two-year prospective study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(2), 178-186. doi: 10.1002/gps.2706
- Weimann Péru, N., & Pellerin, J. (2010). "Syndrome de glissement": clinical description, psychopathological models, and care management. *Encephale*, 36 Suppl 2, D1-6. doi: 10.1016/j.encep.2008.08.006



- Yip, P. S. 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. *Int J Geriatr Psychiatry, 18*, 7. doi: 10.1002/gps.1014
- Yur'yev, A., Leppik, L., Tooding, L. M., Sisask, M., Varnik, P., Wu, J., & Varnik, A. (2010). Social inclusion affects elderly suicide mortality. *Int Psychogeriatr, 22*(8), 1337-1343. doi: 10.1017/S1041610210001614
- Zeppegno, P., Manzetti, E., Valsesia, R., Siliquini, R., Ammirata, G., De Donatis, O., . . . Torre, E. (2005). Differences in suicide behaviour in the elderly: a study in two provinces of Northern Italy. *Int J Geriatr Psychiatry, 20*(8), 769-775. doi: 10.1002/gps.1354

**ANNEXE 1 :**  
**Les questions couvertes lors des groupes de discussion**

Objectifs spécifiques	Questions pour les groupes d'aînés	Questions pour les groupes de professionnels ou d'intervenants
<p>Connaître la perception du suicide chez les aînés</p>	<p>Que savez-vous du suicide des aînés ?</p> <p>Qu'en pensez-vous ?</p> <p>Quelle est votre expérience par rapport à cela ?</p> <p>En quoi votre expérience a modifié votre façon de voir le suicide des aînés ?</p>	<p>Que savez-vous du suicide des aînés ?</p> <p>Qu'en pensez-vous ?</p> <p>Avez-vous déjà été confronté à la problématique du suicide (idées suicidaires, tentatives, suicides) dans l'exercice de votre travail auprès d'aînés ? Racontez-nous cette expérience.</p>
<p>Connaître leur point de vue sur les types d'interventions possibles pour prévenir le suicide des aînés</p>	<p>Que devrait-on faire pour prévenir le suicide des aînés ?</p> <p>Connaissez-vous les ressources disponibles actuellement pour la prévention du suicide des aînés ?</p> <p>Est-ce que les ressources ont été utiles dans votre expérience ? Si oui, comment et si non, pourquoi ?</p> <p>Qu'est-ce qu'il aurait fallu faire de mieux, de plus ou de différent ?</p>	<p>Que devrait-on faire pour prévenir le suicide des aînés ?</p> <p>Connaissez-vous les ressources disponibles actuelles pour la prévention du suicide des aînés ?</p> <p>Quelle est votre perception des services professionnels en regard de la prévention du suicide ?</p>
<p>Présenter la formation <i>Sentinelles</i> et valider sa pertinence</p>	<p>Que pensez-vous de cette formation de prévention du suicide pour les aînés ?</p> <p>Qu'ajouteriez-vous ou qu'enlèveriez-vous à cette formation pour l'améliorer ?</p> <p>Suivriez-vous cette formation ?</p> <p>La recommanderiez-vous à d'autres ?</p> <p>Qu'est-ce que cette formation aurait changé dans votre expérience ?</p>	<p>Que pensez-vous de cette formation de prévention du suicide pour les aînés ?</p> <p>Qu'ajouteriez-vous ou qu'enlèveriez-vous à cette formation pour l'améliorer ?</p> <p>Suivriez-vous cette formation ?</p> <p>La recommanderiez-vous à d'autres ?</p> <p>Qu'est-ce que cette formation aurait changé dans l'expérience que vous avez vécue (le cas échéant) ?</p>

