

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL (PROFIL MÉMOIRE)

PAR
SAMANTHA PHILIBERT

LES PRATIQUES D'INTERVENTION DES TRAVAILLEUSES SOCIALES
ŒUVRANT AUPRÈS DES AÎNÉS AYANT DES IDÉES SUICIDAIRES

27 août 2021

Table des matières

Remerciements	1
Résumé	2
Introduction.....	5
Chapitre 1. La problématique	7
1.1 Ampleur et reconnaissance du suicide comme problème social au Québec	7
1.2. Recension des écrits.....	10
1.2.1 Définition du suicide.....	11
1.2.2 Facteurs de risque	12
1.2.2.1 Facteurs sociétaux.....	13
1.2.2.2 Facteurs psychosociaux	15
1.2.2.3 Facteurs biologiques	17
1.2.2.4 Facteurs liés au genre	19
1.2.2.5 Facteurs individuels.....	21
1.2.3 L'utilisation des services de santé et de services sociaux.....	24
1.2.4 Le travail social en contexte d'intervention suicidaire	25
1.2.5 Les pratiques en contexte d'intervention suicidaire	28

1.2.5.1 Prévention du suicide.....	28
1.2.5.2 Intervention en contexte d'idées suicidaires.....	31
1.2.5.3 Postvention d'un acte suicidaire	34
1.3 Problématisation	35
Chapitre 2. Le cadre conceptuel	41
2.1. Définition de la gérontologie critique.....	41
2.2. La NGP et la modulation des pratiques d'intervention	44
2.3. La pertinence de la gérontologie critique et de la modulation du travail	48
Chapitre 3. Le cadre méthodologique.....	51
3.1 Une approche qualitative	51
3.2. Critères d'échantillonnage et techniques de recrutement des participantes	52
3.3. Méthode de collecte de données	54
3.4. Déroulement des entrevues.....	55
3.5. Méthode d'analyse des données	56
3.6. Limites et considérations éthiques.....	57
Chapitre 4. Présentation des résultats	60

4.1. Présentation des participantes.....	61
4.1.1. Tableau de présentation des participantes	61
4.1.2. Présentation du SAPA	63
4.1.2.1. Les rôles des travailleuses sociales en contexte d'intervention auprès des personnes âgées.....	64
4.2. Le portrait des personnes âgées perçu par les travailleuses sociales ...	67
4.2.1. Problématiques vécues chez les aînés.....	68
4.2.2. Les idées suicidaires chez les personnes âgées.....	72
4.3. Les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés ayant des idées suicidaires	75
4.3.1. L'intervention des TS auprès des aînés ayant des idées suicidaires	76
4.3.2. Les pratiques d'intervention utilisées lors de l'évaluation du risque suicidaire	78
4.3.3. Les pratiques d'intervention utilisées après l'établissement du risque suicidaire	83
4.3.4. Les pratiques d'intervention utilisées durant tout le processus d'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires.....	85
4.3.5. Pratiques d'intervention à éviter auprès des aînés ayant des idées suicidaires.....	91

4.4. Développement des compétences des TS dans leurs pratiques d'intervention auprès d'aînés ayant des idées suicidaires.....	92
4.4.1. Supervision clinique	93
4.4.2. Formation.....	94
4.5 Enjeux et défis des travailleuses sociales dans leurs pratiques d'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires.....	96
4.5.1. Enjeux organisationnels.....	96
4.5.2. Dilemmes éthiques des travailleuses sociales.....	102
4.5.3. Les défis d'interventions auprès des aînés ayant des idées suicidaires	104
5.1. Les effets de l'âgisme sur les idées suicidaires des aînés et sur l'intervention des travailleuses sociales	107
5.2. Les contraintes organisationnelles des travailleuses sociales intervenant auprès des aînés ayant des idées suicidaires et les effets sur ces derniers	111
5.3. L'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires : proposition d'une modélisation.....	115
Schéma 1. Processus d'intervention des travailleuses sociales intervenant auprès des aînés ayant des idées suicidaires.	124
Chapitre 6. Conclusion	125

6.1. Faits saillants	125
6.2. Retombées pour les travailleuses sociales et le domaine du travail social	129
6.3. Recommandations pour l'amélioration des pratiques d'intervention	130
6.4. Suggestions de recherches futures	131
6.5. Retombées pour les personnes âgées	132
Références.....	134
Annexe 1. Guide d'entrevue	142
Annexe 2. Vignette clinique	148
Annexe 3. Formulaire de consentement	150
Annexe 4. Présentation de la recherche	152
Annexe 5. Affiche de recrutement.....	153
Annexe 6. Certificat éthique de l'UQO	154

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier les participantes qui ont participé à cette recherche. Malgré la pandémie actuelle et votre surcharge professionnelle, vous avez pris de votre temps personnel pour partager votre réalité, ce qui est un cadeau inestimable. Merci de votre dévouement envers la profession du travail social et envers les personnes âgées.

J'aimerais aussi remercier ma directrice de recherche, Isabelle Marchand. Ta présence, ton recul et ton accompagnement dans toutes les étapes du mémoire m'ont permis de réaliser cette recherche, mais surtout de croire que je pouvais accomplir une maîtrise. Ton expérience a su me rassurer et me permettre de concrétiser les différentes étapes de ce projet. Aucun mot ne peut exprimer ma gratitude. Merci pour tout.

Un merci sincère à ma chère amie, Martine Alarie, qui définit le sens d'amitié véritable. Ton support indéfectible et ta sincérité m'ont aidé à prendre du recul et à croire en moi lors des moments les plus difficiles. Merci d'être ma cheerleader et ma confidente.

Finalement, mes remerciements les plus chaleureux s'adressent à mon mari, Alexandre Tranchemontagne. Tu m'as accompagné dans des montagnes russes lors de la réalisation de mes études supérieures. Tu as toujours réussi à m'encourager, à me faire persévérer, et surtout à me faire rire à tous moments de ce parcours. Sans toi, je n'aurais pu accomplir ce mémoire. Merci d'avoir cru en moi dès le départ et de m'avoir tenu la main au cours des 11 dernières années.

Résumé

Ce mémoire s'intéresse aux pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés vivant avec des idées suicidaires, problématique qui sera une réalité d'intervention de plus en plus présente avec le vieillissement de la population. Cette recherche qualitative poursuit divers objectifs, soit 1) d'étudier les types de pratiques d'intervention des travailleuses sociales qui se déploient après une évaluation du risque suicidaire auprès de cette population, 2) mieux comprendre l'effet des facteurs sociaux contribuant à l'apparition d'idées suicidaires des personnes âgées de 65 ans et plus et les pratiques d'intervention qui y sont associées, et ce, à partir de la perception des travailleuses sociales et 3) identifier les enjeux et défis rencontrés par les professionnelles dans l'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires. Pour ce faire, une approche qualitative a été privilégiée et dix entrevues semi-dirigées ont été réalisées avec des travailleuses sociales du Grand Montréal. Une analyse thématique a pu montrer que le processus d'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires est circulaire et dynamique. Une exploration exhaustive de la situation est aussi nécessaire pour arriver à faire cette évaluation en continu. Ces principes de l'intervention en contexte d'idéation suicidaire auprès d'aînés apparaissent fondamentaux afin de mesurer l'augmentation ou la diminution des idées suicidaires pendant toute la durée de l'intervention. De plus, une des particularités rapportées de l'intervention en contexte suicidaire auprès des aînés est la difficulté de faire émerger l'espoir d'un mieux-être, étant donné leur problème de santé ou leur perte d'autonomie. Pour pallier cette limite rencontrée par les intervenantes, nous

proposons un changement central dans la pratique auprès des aînés et dans la façon de concevoir le processus d'intervention en contexte suicidaire. Plutôt que de diriger les interventions sur l'émergence du sentiment d'espoir pour réduire les idées suicidaires, nous proposons de travailler à amener la personne âgée à trouver un sens à ses expériences et à son histoire de vie, et ce, afin qu'elle arrive à trouver un certain sentiment de satisfaction face à la vie jusqu'ici vécue. Pour ce faire, les travailleuses sociales doivent identifier et mobiliser les apprentissages acquis antérieurement afin de les utiliser dans le présent contexte. Plus précisément, la mobilisation des acquis antérieurs, et des forces déployées face aux épreuves, peut permettre de confronter les perceptions négatives de l'aîné, lesquelles génèrent des insatisfactions face à la vie. À cet égard, nos résultats témoignent du fait que les aînés vivent différentes conséquences de l'âgisme, et ce, à des niveaux individuel et structurel, ce qui peut influencer la présence des pensées suicidaires. Enfin, il importe de favoriser le maintien de leurs affiliations sociales, et ce, tout en créant un lien de confiance avec l'individu.

Finalement, des contraintes organisationnelles sont présentes pour les intervenantes, ce qui les oblige à moduler leurs pratiques d'intervention pour répondre aux attentes de leur employeur et aux besoins des aînés qu'elles accompagnent. Cette réalité de travail entraîne aussi des dilemmes éthiques pour elles étant donné le décalage vécu entre leur culture de profession (Thurler et Progin, 2013), qui s'incarne notamment dans les valeurs du travail social, et le contexte organisationnel, orienté vers l'approche de la nouvelle gestion publique. Par exemple, celles-ci doivent prioriser certaines actions et pratiques, au

détriment d'autres, qu'elles savent pourtant bénéfiques (ex. : faire des démarches à la place de l'aîné afin de sauver du temps alors qu'un accompagnement favoriserait davantage l'empowerment). Devant ces dilemmes éthiques, celles-ci doivent alors moduler leurs pratiques d'intervention pour arriver à intervenir face à la complexité des situations des aînés, et ce, tout en se conformant aux attentes liées à leur contexte de travail.

Introduction

Le suicide est un sujet délicat et peu couvert au quotidien par les médias. En effet, l'acte suicidaire ou la tentative suicidaire constituait un crime jusqu'en 1972, ce peut expliquer les attitudes taboues, toujours présentes en 2019, face à cette problématique (Spiwak, Elias, Sareen, Chartier et Bolton, 2018). Une nouvelle stratégie nationale de prévention du suicide est réclamée par les centres de prévention du suicide, afin d'augmenter le financement octroyé pour ce problème social et diminuer le nombre de décès annuel (Radio-Canada, 2019). Le suicide représente la 9^e cause principale de décès, tout âge confondu, au Canada (Statistiques Canada, 2016). Il passe le plus souvent inaperçu chez les personnes âgées, alors qu'il représente la 12^e cause de décès chez les 65 ans et plus au Canada (Ibid). À titre d'exemple, la dernière stratégie québécoise en prévention du suicide de 1998 prenait peu en compte ce groupe d'âge au profit des jeunes adultes. Le silence de la société au sujet du suicide des personnes âgées a pour conséquence de renforcer son caractère tabou dans l'avancée en âge.

Dans le contexte de vieillissement de la population, il apparaît nécessaire de s'attarder sur ce phénomène, dont l'ampleur risque d'augmenter avec le portrait démographique qui se modifie actuellement. En effet, la proportion d'aînés augmente un peu plus chaque année. Selon Statistiques Canada (2016), le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus¹ au Canada en 2011 était d'environ 5 millions, représentant près de 15 %

¹ Nous retiendrons l'âge de 65 ans et plus lorsque nous parlerons de personnes âgées ou d'aînés afin d'être en cohérence avec les statistiques et la majorité des études.

de la population totale. En 2031, il est prévu qu'il y aura environ 9,6 millions d'aînés, représentant ainsi un peu plus de 23 % de la population. Le nombre de personnes de ce groupe d'âge doublera presque en 20 ans. Ceux-ci devraient représenter 25 % de la population canadienne en 2051 (Ibid).

Ce mémoire s'intéresse à la problématique du suicide chez les personnes aînées. Plus précisément, nous nous questionnerons sur les pratiques d'intervention des travailleuses sociales² en contexte d'intervention suicidaire, ce qui constituera l'objet de notre mémoire. La première partie présente la problématique. Nous nous pencherons sur le contexte du suicide au Québec, puis notre recension des écrits traitera des facteurs de risque qui sont liés aux idées suicidaires des personnes âgées. Nous examinerons aussi le rôle du travail social en contexte d'intervention suicidaire, puis les différentes pratiques actuelles. Au regard de l'état des connaissances, une problématisation de la situation suivra. Le deuxième chapitre abordera le cadre théorique choisi. Le troisième chapitre examinera le cadre méthodologique et portera sur les limites et les considérations éthiques. Le quatrième chapitre exposera les résultats des entrevues effectuées avec les travailleuses sociales œuvrant auprès de cette population. Finalement, le cinquième chapitre portera sur la discussion, soit l'analyse des résultats obtenus.

² Les métiers de relation d'aide sont occupés en majorité par des femmes au Québec. En conséquent, une écriture au féminin est utilisée dans notre projet de mémoire. Le choix de ce style d'écriture se veut inclusif des deux sexes.

Chapitre 1. La problématique

Nous examinerons dans le premier chapitre les différentes dimensions du suicide. Tout d'abord, nous exposerons l'ampleur du suicide au Québec. Nous définirons ensuite ce qu'est le suicide ainsi que la notion du risque. Par la suite, nous préciserons les différentes catégories de facteurs de risque pour les aborder plus en détail. Les modalités d'utilisation des services de santé et de services sociaux par les personnes ayant fait une tentative suicidaire seront ensuite explorées. Ensuite, nous nous pencherons sur le travail social en contexte d'intervention suicidaire, et nous préciserons les différentes formes de pratiques de travail social dans ce contexte. Nous terminerons avec une problématisation de notre objet de recherche.

1.1 Ampleur et reconnaissance du suicide comme problème social au Québec

Au Québec, près de 12,1 personnes sur 100 000 habitants se retirent la vie annuellement, ce qui place la province en cinquième position par rapport au reste du Canada (Institut National de Santé Publique du Québec, 2019). Dans le groupe d'âge des 65 ans et plus, il y a environ 22 décès par 100 000 habitants par suicide chez les hommes de 65 ans et plus contre 4 à 5 décès chez les femmes de ce groupe d'âge (INSPQ, 2019). Il faut considérer qu'aucun protocole n'existe pour déterminer avec précision que le suicide est la cause du décès, car il faut démontrer hors de tout doute raisonnable que la personne a elle-même commis un acte pour se retirer la vie, ce qui peut influencer la précision des données statistiques disponibles sur le suicide (Pritchard et Hansen, 2015). Les attitudes autour de ce sujet tabou peuvent aussi contribuer à sous-estimer les données

sur la prévalence du suicide (INSPQ, 2019; Pritchard et Hansen, 2015). Également, les décès par suicide peuvent être déguisés sous d'autres formes. Il peut s'agir de décès de type naturel, accidentel ou encore indéterminé (Ibid). Ainsi, il est difficile de mesurer exactement l'ampleur de la situation.

Une augmentation importante du taux de suicide a été notée vers la fin des années 1990, particulièrement chez les hommes et les jeunes (Lesage, St-Laurent, Gagné, et Légaré, 2012). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a décidé de réagir en implantant une Stratégie québécoise d'action face au suicide en 1998. Reconnaissant les nombreuses difficultés présentes face à ce problème, le MSSS souhaitait notamment augmenter les services disponibles, les compétences professionnelles et l'intervention des groupes à risque en favorisant la recherche et diminuant l'accès aux moyens³. Lors de l'évaluation de l'implantation de cette stratégie (MSSS, 2004), des résultats mitigés ont été soulevés. D'un côté, ils ont reporté des améliorations sur le plan des services, comme une plus grande accessibilité à des lignes téléphoniques d'urgence ou une augmentation du nombre de formations donné aux intervenantes. D'un autre côté, les résultats démontrent que les différents services d'intervention d'urgence (ex. : ligne téléphonique des centres de prévention du suicide ou hébergement en situation de crise) offerts dans la communauté restent peu ou pas disponibles dans plusieurs régions du Québec. Ainsi, les résultats demeurent inégaux

³ Se référer à la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* et à son évaluation pour connaître tous les objectifs et problèmes identifiés par le MSSS (2004).

selon le territoire selon la présence de ces ressources. Malgré tout, cette action gouvernementale a contribué à une plus grande reconnaissance du problème au sein de la province. Des partenariats ont aussi pu être créés pour favoriser le soutien et l'aide aux personnes ayant des idées suicidaires, notamment entre les services policiers, les centres de prévention du suicide et les intervenantes des milieux institutionnels et communautaires.

Depuis cette stratégie, le suicide est désormais inclus dans le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (MSSS, 2017). En effet, la prévention du suicide est associée avec la promotion de la santé mentale dans ce plan. Des mesures concrètes sont proposées, comme l'implantation d'un centre de crise sur chaque territoire, une formation accrue des intervenantes et une adaptation des guides des bonnes pratiques. Le programme de santé publique du Québec 2015-2025 (MSSS, 2015) vise également une prévention du suicide en développant un plus grand réseau de sentinelle⁴ dans les milieux de vie et une consolidation des lignes téléphoniques en place. Ainsi, ces politiques en matière de santé mentale et les actions déployées pour prévenir le suicide témoignent du fait que le suicide est reconnu comme un problème social.

De plus, les stratégies de prévention du suicide du MSSS et les services professionnels qui en découlent sont assumés principalement par du personnel intervenant sur le terrain. Les travailleuses sociales sont en l'occurrence les professionnelles qui

⁴ Nous définirons le programme de sentinelle plus loin dans la recension des écrits.

agissent le plus souvent en première ligne en intervenant auprès des personnes ayant des idées suicidaires (Chan, 2018; Manthorpe et Iliffe, 2010; Maple, Pearce, Sanford et Cerel 2016; Osteen, 2016; Petrakis et Joubert, 2013; Ruth, Gianino, Muroff, McLaughlin et Feldman, 2013; Scott, 2015; Tremblay, 2012). Elles sont ainsi des partenaires importantes qui assurent des accompagnements personnalisés auprès de ce groupe d'âge dans leur détresse.

1.2. Recension des écrits

Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé les bases de données *Cairn*, *Érudit*, *Psycarticles*, *SocINDEX* et *Sociological Abstracts* pour effectuer notre recension des écrits. Nous avons utilisé les mots-clés suivants selon différentes combinaisons : suicide, aîné, personne âgée, intervention, prévention, pratiques, travail social, elderly, older adults et social work. Considérant le grand nombre d'articles sur le suicide en général, nous avons restreint les mots-clés pour qu'ils n'apparaissent que dans le résumé ou dans le titre afin de pouvoir cibler davantage les écrits concernant les idées suicidaires chez les aînés. Pour la section traitant des pratiques d'intervention des intervenantes, nous avons élargi notre recension aux pratiques envers des personnes avec des idées suicidaires de tout âge, afin d'avoir un portrait plus large de l'ensemble des pratiques d'intervention dans ce domaine. Nous avons finalement exclu les articles traitant de l'aide médicale à mourir ou de l'euthanasie, considérant qu'il s'agit d'un concept qui s'inscrit dans un contexte socio-légal bien spécifique, ce qui nous renvoie à un tout autre objet de recherche que le nôtre.

1.2.1 Définition du suicide

L'Organisation mondiale de la Santé (2019) définit le suicide comme : « l'acte de mettre fin à ses jours ». Alessi, Szanto et Bombrovski (2019) bonifient cette définition en ajoutant qu'il s'agit de commettre un ou des actes volontaires envers soi-même avec l'intention de mettre fin à ses jours; ces actes causeront des blessures suffisamment sérieuses entraînant la mort. Nous retiendrons cette définition pour notre projet de mémoire⁵.

De plus, le suicide est le résultat d'un processus complexe et d'une décision réfléchie (Kjolseth, Ekeberg et Steihaug, 2010; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Plus précisément, une détresse importante doit être présente chez les personnes présentant des idées suicidaires pour que cette option soit considérée. Lorsqu'elles passent à l'acte, ces dernières ont utilisé toutes les solutions et les ressources qui leur paraissaient disponibles. Le suicide est ainsi une perception d'absence d'alternatives satisfaisantes, où l'option de mourir devient la seule envisageable face à des souffrances importantes (Kjolseth, Ekeberg et Steihaug, 2010; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). De plus, le suicide est considéré comme un continuum (Bonnewyn, Shah, Bruffaerts et Demyttenaere, 2016), c'est-à-dire que les idées de mort s'installent à travers le temps pour évoluer vers des idées suicidaires. Celles-ci aboutiront éventuellement vers un plan concret de suicide et à la

⁵ Plusieurs définitions existent pour le suicide et les idées suicidaires. Toutefois, les auteurs ne précisent pas toujours la terminologie retenue lorsqu'ils abordent ce sujet. Dans un but d'allègement de notre recension des écrits, nous ne tiendrons pas en compte des disparités qu'ils pourraient y avoir dans l'utilisation de ces termes.

réalisation du geste, si aucun soulagement de la détresse ne survient durant ce processus d'idéation suicidaire (Bogers, Zuidersma, Boshuisen, Comijs et Oude Voshaa, 2013).

1.2.2 Facteurs de risque

Les personnes âgées ayant des idées suicidaires présentent des caractéristiques communes qui ont été répertoriées dans de nombreuses études. Celles-ci sont identifiées comme des facteurs de risque, principalement dans les disciplines de psychologie et de psychiatrie. Selon Payne (2011, dans Heller, 2014 : p. 16) : « le risque serait une possibilité, et pas une certitude, que quelque chose se produise. Évaluer le risque signifie qu'il y a plus ou moins une probabilité [que cet évènement survienne] [traduction libre] ». De plus, la présence d'un ou plusieurs facteurs n'est pas nécessairement un indicateur du risque suicidaire en soi. Plusieurs modèles théoriques proposent des hypothèses expliquant pourquoi certaines personnes auront ces idées, comparativement à d'autres. Par exemple, une plus grande vulnérabilité individuelle est l'élément décisif d'un passage à l'acte suicidaire dans le modèle stress-vulnérabilité (Richard-Devantoy et Jollant, 2012), alors qu'un faible sentiment d'appartenance combiné à une perception d'être un fardeau sont les éléments explicatifs de la théorie interpersonnelle du suicide (Kim, Lee et Lee, 2016; Rushing, Corsentino, Hames, Sachs-Ericsson et Steffens, 2013). Considérant le nombre important, la complexité de ces modèles et surtout du fait que cette littérature reste périphérique à notre objet d'étude, qui s'intéresse aux personnes âgées ayant des idées suicidaires, nous n'aborderons pas ces modèles dans notre mémoire.

Dans le cadre de cette recension concernant les facteurs de risque, nous n'avons retenu que les éléments liés aux personnes âgées puisqu'elles sont les sujets de notre étude. La littérature rapporte que de nombreux facteurs de risque chevauchent parfois la réalité des autres groupes d'âge. Toutefois, une plus grande hétérogénéité des facteurs de risques est notée auprès des personnes âgées de 65 ans et plus qu'au sein que du reste de la population, considérant les nombreuses cohortes d'âges présentes (65 à 74 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus) (Cheung, Merry et Sundram, 2015-2018). Nous traiterons cependant des facteurs relatifs à l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus, et nous n'aborderons pas les différences répertoriées dans chacune de ces cohortes.

1.2.2.1 Facteurs sociétaux

Tout d'abord, Pritchard et Hansen (2015) montrent que le suicide est influencé par des facteurs ethnoculturels et se présente différemment d'un pays à l'autre. Les auteurs mentionnent, par exemple, que des pays catholiques ou islamiques ont tendance à sous-estimer le suicide. En effet, le suicide est perçu négativement dans leur culture, ce qui résulte en une absence de recensement du phénomène dans leurs bases de données. De plus, dans une étude comparative des taux de suicide, mesurée par le niveau d'inclusion sociale des aînés dans différents pays, les auteurs ont démontré qu'il y a moins de mortalité par suicide dans les pays où les personnes âgées ont un meilleur statut socio-économique, une meilleure reconnaissance de leur contribution à la société et des comportements plus amicaux envers eux (Yur'yev, Leppik, Tooding, Sisask, Varnik, Wu et Varnik, 2010).

Ainsi, une meilleure inclusion sociale est corrélée avec un faible taux de suicide chez ce groupe d'âge.

Dans cet ordre d'idées, nous pouvons faire un lien avec le problème de l'âgisme, défini par Butler en 1975 (dans Gamliel et Levi-Belz, 2016, page 2) : « [l'âgisme] un processus de stéréotypisation systémique et de discrimination contre les personnes qui sont âgées et qui se manifestera par des préjugés, de la discrimination, des attitudes et des stéréotypes envers eux [traduction libre] ». De plus, ces auteurs ont démontré, dans leur étude examinant les impacts de l'âgisme sur l'acceptation sociale du suicide, que plus la personne âgée a des comportements et attitudes âgistes envers elle-même ou envers les autres, plus elle voit le suicide comme une solution acceptable pour mettre fin à ses jours si le niveau de souffrance est trop grand. La normalisation de l'acte suicidaire à un âge avancé contribue aussi à alimenter l'âgisme en soi.

Ainsi, les attitudes négatives face au vieillissement, additionné à une sorte de formulation « tolérable » du suicide (exemple, ne pas prolonger ses souffrances à la suite d'évènements de vie difficiles) influencent aussi la permissivité des personnes âgées envers l'acte en soi (Gamliel et Levi-Belz, 2016). Le suicide est également perçu comme plus acceptable lorsqu'il y a une maladie physique affectant l'autonomie ou la qualité de vie chez une personne (Winterrrowd, Canetto et Benoit, 2017). Aussi, l'étude de Chen, Tsai, Ku, Lee et Lee, (2014), examinant les croyances et attitudes des aînés envers le suicide de leur groupe d'âge à Taiwan, indique que la majorité des personnes interrogées percevaient négativement le suicide de leurs pairs, notamment en raison des

représentations négatives des personnes âgées promulguées par les médias. Ainsi, l'âgisme, qui se matérialise via les stéréotypes âgistes et les représentations sociales négatives, impacte les idées suicidaires des personnes âgées et les risques associés.

Par ailleurs, de faibles conditions socioéconomiques, et le stress vécu associé, ont été corrélés avec un plus grand niveau de symptômes dépressifs, donc un plus grand risque suicidaire (Gilman, Bruce, Have, Alexopoulos, Mulsant, Reynolds et Cohen, 2013). Selon les statistiques de l'Institut national de santé publique du Québec (2019, page 5) : « les taux de suicide augmentent progressivement avec les inégalités matérielles et sociales ». De plus, une étude faite en Corée a démontré que l'insécurité alimentaire, le faible revenu économique et le fait de vivre seul étaient associés à une plus grande reconnaissance d'idées suicidaires des personnes âgées elles-mêmes (Ju, Park, Han, Choi, Kim, Cho et Park, 2016). Ainsi, le faible statut socioéconomique est un facteur de risque important (Alessi, Szanto et Bombrovski, 2019; Kim, Lee et Lee, 2014)

1.2.2.2 Facteurs psychosociaux

Les personnes âgées ayant fait une tentative de suicide ou ayant des idées suicidaires présentent un isolement social et affectif important (Harisson, Dombrovski, Morse, Houck, Schlernitzauer, Reynolds et Szanto, 2010; Kim, Ha, Yu, Park et Ryu, 2014; Li, Theng et Foo, 2015; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Différentes études démontrent que les aînés ont un plus grand risque suicidaire lorsqu'ils perçoivent un faible soutien social de leur entourage (Bogers et al., 2013; Bonnewyn et al., 2016; Harrison et al., 2010; Li, Think et Foo, 2015; Rushing et al., 2013).

De plus, des conflits interpersonnels et familiaux, des relations distantes avec ses proches, des changements dans le type de relation à la suite d'un évènement de vie (ex. : perte d'autonomie nécessitant de l'aide à la suite d'une maladie), ou encore des évènements de vie stressants (ex. : problèmes financiers) sont tous des éléments pouvant influencer le soutien reçu et actuel de la personne (Bogers et al., 2013; Cheung, Merryet et Sundram, 2018; Harrison et al., 2010; Li, Thenk et Foo, 2015; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Finalement, le sentiment d'aliénation et d'incompréhension de la part de son réseau de soutien peut également amener à un retrait social de la personne et ainsi contribuer à son isolement (Bonnewyn et al., 2016; Cheung, Merryet et Sundram, 2018).

D'autres caractéristiques psychosociales peuvent constituer des facteurs de risque, tel que vivre seul, d'avoir vécu une séparation, un divorce ou un veuvage (Koo, Kolves et De Leo, 2017; Racine, 2018; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). L'étude de Koo, Kolves et De Leo (2017), examinant les données sociodémographiques de personnes décédées par suicide de diverses cohortes d'âge (65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus), notent que plusieurs différences sont à prendre en compte entre les groupes d'âge ayant des idées suicidaires. Notamment, les conditions de vie (par exemple, le fait de vivre seul ou non, d'être marié ou veuf), le choix de moyens de passage à l'acte, les conflits familiaux et interpersonnels ainsi que les problèmes financiers sont tous des éléments à prendre en considération au sein des groupes d'âge étudiés. Afin de pouvoir maintenir une vue d'ensemble de l'objet d'étude, nous ne prendrons pas en compte les facteurs de risque

associés à ces classifications d'âge dans le vieillissement lorsque nous référons aux personnes âgées⁶.

1.2.2.3 Facteurs biologiques

Tout d'abord, la présence d'un trouble psychiatrique serait une des causes principales du suicide, selon les études recensées dans le champ de la psychologie et psychiatrie (Kim et al., 2014; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Dans cette perspective, la dépression apparaît le diagnostic le plus souvent identifié dans plusieurs études (Bogers et al., 2013; Bonnewyn et al., 2016; Cheung, Merryet et Sundram, 2018; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Les troubles anxieux (Bogers et al., 2013; Richard-Devantoy et Jollant, 2012), les tentatives de suicide antérieures (Cheung, Merryet et Sundram, 2018; Heller, 2015) et la dépendance à l'alcool (Richard-Devantoy et Jollant, 2012) sont également des causes répertoriées. Selon certains, une anomalie serait également présente dans le cerveau des personnes ayant des idées suicidaires, ce qui pourrait expliquer en partie pourquoi certaines personnes auraient ces idées comparativement à d'autres (Richard-Devantoy et Jollant, 2012).

Ensuite, la présence d'un diagnostic touchant la santé physique et ayant des symptômes physiques chroniques peut contribuer à la présence d'idées suicidaires. Ceci aurait parfois plus d'impact qu'un diagnostic de maladie mentale dans le développement

⁶ Au Québec, comme dans plusieurs pays occidentaux, on devient vieux ou vieille lorsqu'on atteint l'âge de la retraite au regard des classifications traditionnelles, telles que celles de Statistiques Canada, soit à partir de 65 ans (Marchand, Quéniart et Charpentier, 2014).

d'idées suicidaires selon une étude (Koo, Kolves et De Leo, 2017). La présence d'une maladie somatique (Bogers et al., 2013; Richard-Devantoy et Jollant, 2012) ainsi que la présence d'une maladie avec des symptômes physiques (Alessi, Szanto et Bombrovski, 2019; Bermang Levy, Barak, Sigler et Aizenberg., 2011; Cheung, Merryet et Sundram, 2018; Kim et al., 2014) sont également des facteurs de risque significatifs. De plus, les diagnostics de cancer, de maladies neurologiques et de maladies cardiovasculaires auraient la plus grande incidence sur l'apparition des idées suicidaires (Bermang Levy et al., 2011). L'apparition d'une démence serait aussi significative. L'annonce de ce diagnostic et le début du développement de la maladie augmenteraient le risque suicidaire, mais le lien causal reste peu compris au sein de recherches (Richard-Devantoy et Jollant, 2012).

De plus, la douleur chronique et l'insomnie sont des éléments fréquemment étudiés dans les recherches sur le suicide (Bergman Levy et al., 2011; Bonnewyn et al., 2016; Cheung, Merryet et Sundram, 2018; Racine, 2018). Le type de douleur et les caractéristiques de celle-ci peuvent augmenter le fardeau vécu de la maladie physique présente. Dans une étude menée par Bergman Levy et ses collaborateurs (2011), l'utilisation d'analgésiques était également un élément différenciant les aînés ayant des idées suicidaires des autres groupes d'aînés en raison de leur douleur accrue et de la difficulté de vivre avec cette douleur. La gestion de la douleur peut aussi soulever d'autres conséquences, comme de l'insomnie (Racine, 2018). Selon une étude de Kay et ses collaborateurs (2016), l'insomnie constitue un des plus grands facteurs de risque, tout

particulièrement lorsque la personne obtient un diagnostic de dépression. La fatigue physique ressentie, découlant de ce problème, amène une moins grande capacité à évaluer son état de santé physique, ce qui augmente la difficulté de gestion de sa condition et le risque suicidaire (Bonnewyn et al., 2016).

Finalement, les différentes maladies que les personnes âgées peuvent avoir en matière de santé mentale et physique peuvent se manifester avec des symptômes qui affecteront la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique. Ainsi, la perte d'autonomie qui peut survenir dans les cas de graves maladies (ex. : parkinson) a été démontrée comme un facteur de risque considérant le sentiment d'être un fardeau sur les autres (Cheung, Merryet et Sundram, 2018; Park, 2014; Zhang, Ding, Su, Duan, Chen, Long, Du, Xie, Jin, Hu, Sun, Gong et Tian, 2016).

1.2.2.4 Facteurs liés au genre

Les hommes âgés ont un taux plus grand de suicide que les femmes selon les données de plusieurs études (Kim et al., 2014; INSPQ, 2019; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Depuis la dernière décennie, il y a environ 22 décès par 100 000 habitants par suicide chez les hommes de 65 ans et plus, comparativement 4 à 5 décès chez les femmes de ce groupe d'âge (INSPQ, 2019). Cette différence importante est notamment expliquée par le choix des moyens plus létaux qui sont utilisés pour mettre fin à ses jours chez les hommes que chez les femmes, et par un plus grand nombre de tentatives de suicide non complétées des femmes, car elles privilégient d'autres méthodes, tel que la prise de médicaments (INSPQ, 2019; Kim et al., 2014; Richard-Devantoy et Jollant, 2012;

Statistiques Canada, 2017). Elles ont aussi un plus haut taux d'hospitalisation pour les tentatives de suicide que les hommes au Québec (Burrows et al., 2010). Cependant, il n'existe pas de registre officiel au Québec répertoriant toutes les tentatives de suicide et leur contexte, ce qui permettrait le cas échéant de mieux contextualiser les résultats et ainsi détailler les données (INSPQ, 2019).

De plus, les hommes vivraient plus difficilement la retraite que les femmes, considérant que le travail est traditionnellement leur contribution sociale à la société (Yur'yev et al., 2010). Il est aussi avancé que ces derniers tentent de conserver davantage leur sentiment de masculinité et d'indépendance dans leurs difficultés liées à l'âge, et qu'ils seront ainsi plus affectés par les différentes maladies physiques que les femmes (Winterrowd, Canetto et Benoit, 2017). Ensuite, les hommes vivraient plus fréquemment un sentiment de défaite face à des événements de vie difficile, ainsi qu'un plus grand sentiment d'être attaqué par autrui (Alessi, Szanto et Bombrovski, 2019). L'hypothèse apportée pour expliquer ces sentiments est la perte de dominance patriarcale des hommes dans les dernières décennies avec les avancées en matière d'égalité des sexes (Alessi, Szanto et Bombrovski, 2019). Le suicide serait alors une réponse perçue comme plus virile face aux difficultés vécues. En outre, les hommes expriment leur détresse le plus souvent avec des symptômes d'ordre physique (ex. : plus grande fatigue ressentie) comparativement aux femmes. Il est ainsi plus difficile de repérer les facteurs de risque présents chez eux, car leurs symptômes ne sont pas toujours reliés immédiatement à leur

détresse (Lapierre, Erlangsen, Waern, De Leo, Oyama, Scocco, Gallo, Szanto, Conwell, Draper et Quinnett, 2011).

Une autre différence expliquant les différences entre les hommes et les femmes ayant des idées suicidaires serait l'utilisation de services de santé mentale. En effet, il a été démontré que les femmes utilisent plus souvent les ressources disponibles, que leurs homologues masculins même si elles rapportent moins souvent qu'elles vivent avec des symptômes dépressifs (Vasiliadis, Gagné, Jozwiak et Préville, 2013). Pour les hommes, ceux ayant une meilleure santé mentale auront également plus souvent recours aux services offerts, que ceux ayant une moins bonne santé mentale (Vasiliadis et al., 2013). Ainsi, les hommes utilisant peu les services d'aide risquent de vivre plus longtemps avec leur détresse psychologique.

1.2.2.5 Facteurs individuels

Les personnes âgées ayant des idéations suicidaires présentent des caractéristiques spécifiques à leurs groupes d'âge qui se distinguent du reste de la population faisant face aux mêmes enjeux. Ceux-ci n'ont pas nécessairement d'antécédents suicidaires et ont une intentionnalité plus grande comparativement aux autres groupes d'âge (Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Ceux-ci ont aussi plus souvent des symptômes dépressifs, et les premiers signes sont également plus souvent somatiques, ce qui peut être confondu avec d'autres problèmes de santé physique (Cheung, Merry et Sundram, 2018; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). De plus, les personnes âgées sont généralement plus fragiles physiquement que les autres groupes d'âges (les plus jeunes), ce qui contribuerait à augmenter la létalité

de leurs tentatives de suicide (Kim et al., 2014; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Ceci explique ainsi le plus grand taux de complétion des tentatives de suicide des personnes âgées versus celles qui n'ont pas été complétées.

Certains signes avant-coureurs au passage à l'acte ont également été recensés durant ce processus. Les personnes elles-mêmes diront qu'elles souhaitent se retirer la vie et elles feront des recherches pour trouver les moyens qu'elles utiliseront (Kjolseth et Ekeberg, 2012). Elles parleront également ou écriront à propos de la mort ou du suicide à leurs proches et endosseront, d'une certaine façon, cette décision qu'elles percevront comme une échappatoire acceptable pour leurs fins de vie (Alessi, Szanto et Bombroski, 2019; Bonnewyn et al., 2016; Kjolseth et Ekeberg, 2012).

Par ailleurs, les situations de vie des aînés sont également différentes du reste de la population. Tout d'abord, des changements liés à l'avancée en âge peuvent entraîner des difficultés d'adaptation, un sentiment de perte de contrôle face à sa vie et un isolement social accru (Kjolseth, Ekeberg et Steihaug, 2009-2010). Un sentiment d'invisibilité et une faible estime de soi peuvent aussi être des conséquences de nos sociétés âgistes, considérant les différents changements du corps qui peuvent survenir avec l'avancée en âge et la perception sociétale négative de ces modifications (Kjolseth, Ekeberg et Steihaug, 2009). Les personnes âgées vivant avec ces difficultés sont ainsi plus à risque que ceux qui n'éprouvent pas ces mêmes émotions.

De plus, certains traits de personnalité spécifiques sont souvent présents chez les aînés présentant des idées suicidaires. Le pragmatisme, une personnalité décrite comme

forte, une volonté d'accomplir les mêmes activités qu'auparavant, un désir de contrôle sur les autres et un grand besoin d'autodétermination seraient tous des éléments déterminants dans l'apparition de l'envie de se retirer la vie (Kjølseth, Ekeberg et Steihaug, 2009; Kjølseth et Ekeberg, 2012). La faible capacité de s'ouvrir envers autrui et aux nouvelles expériences, une rigidité face aux événements de sa vie, la difficulté d'établir des relations de proximité, la faible expression et reconnaissance des émotions présentes sont aussi des facteurs de risque significatifs (Bonnewyn et al., 2014; Kjølseth, Ekeberg et Steihaug, 2009; Kjølseth et Ekeberg, 2012; Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Finalement, ces personnes ont une réserve émotionnelle plus grande, vivent un sentiment de désespoir et de solitude, perçoivent une faible qualité de leur vie et ont une faible capacité d'aller chercher de l'aide (Cheung, Merry et Sundram, 2015; Kjølseth et Ekeberg, 2012; Racine, 2018; Richard-Devantoy et Jollant, 2012).

Plusieurs conséquences découlent de ces facteurs de risque. Les personnes âgées ayant des idées suicidaires vivent un changement dans la perception de soi dans leur rapport au vieillissement et n'entretiennent pas ou peu d'objectifs de vie (Kjølseth et Steihaug, 2010). Ils vivront une anxiété face à l'anticipation de leur fin de vie, mais seront en mesure d'envisager un geste suicidaire pour mettre fin à leurs souffrances (Ibid). Ils perçoivent la vie comme un fardeau et pensent que la mort est plus attrayante que leur vie actuelle (Ibid). Ainsi, la tension intérieure qu'ils vivent contribue à ce qu'ils perdent un sens à leur vie (Kjølseth et Steihaug, 2010 ; Jonson, Skoog, Marlow, Mellqvist Fässberg et Waern, 2012). Finalement, une faible capacité d'adaptation au vieillissement et de

multiples deuils vécus au sein du parcours de vie ont aussi des impacts négatifs sur l'apparition d'idées suicidaires pour cette population (Kjølseth, Ekeberg et Steihaug, 2009).

1.2.3 L'utilisation des services de santé et de services sociaux

Les personnes âgées ayant des idées suicidaires ont, à différents niveaux, des contacts avec des professionnelles de la santé et des services sociaux. Les statistiques diffèrent d'un pays à l'autre. En effet, 65 % des personnes âgées auraient consulté leurs médecins de famille un mois avant qu'ils se soient retirés la vie (Cheung, Merry et Sundram, 2018). Au Québec, il est mentionné que 78 % des personnes décédées par suicide auraient consulté un omnipraticien l'année avant leur geste, et 32 % auraient eu recours à une ressource professionnelle en santé mentale (Routhier, Leduc, Lesage et Benigeri, 2013). Les taux d'utilisation de services seraient également plus élevés chez les aînés et les femmes en général (Routhier et al., 2013).

Plusieurs craintes et raisons de ces faibles taux de consultation sont documentées : un manque de confiance envers les soins considérant une pauvre évaluation des besoins par les professionnelles, une peur d'être relocalisé de force, une peur de perdre leur autonomie, un sentiment d'être peu compris et d'être peu aidé par l'intervenante (Kjølseth, Ekeberg et Steihaug, 2010). Une mauvaise évaluation de la santé mentale par les médecins serait également un élément justifiant le faible recours aux services de santé et de services sociaux (Kjølseth, Ekeberg et Steihaug, 2010).

De plus, des attitudes négatives de la part de différentes travailleuses du milieu de la santé face aux propos suicidaires peuvent influencer les craintes ressenties par les personnes âgées. Une étude a été conduite auprès des proches, d'infirmières pivots et de médecins ayant côtoyé des personnes âgées qui ont exprimé leurs idéations suicidaires avant leur décès par suicide (Kjølseth et Ekeberg, 2012). Le but de la recherche était d'examiner leurs réactions à la suite de la révélation d'idées suicidaires de la part d'aînés. Les chercheurs distinguent quatre catégories de réactions, soit la 1) faible prise au sérieux des propos; 2) l'impuissance face à la situation et aux possibilités d'action pour offrir de l'aide; 3) l'acceptation des propos et du raisonnement suicidaire; et 4) la fatigue d'entendre le même discours récurrent dans le temps. Toutes ces réactions ont ainsi pu contribuer à renforcer et normaliser les idées suicidaires des aînés.

1.2.4 Le travail social en contexte d'intervention suicidaire

Le suicide est un champ vaste d'intervention qui touche plusieurs problèmes connexes. En effet, Maple et ses collaborateurs (2016) mentionnent que les travailleuses sociales ne sont pas nécessairement impliquées dans un premier temps avec les personnes âgées que pour des problèmes reliés à leur âge (ex. : perte d'autonomie), mais aussi pour d'autres raisons, par exemple des problèmes de consommation ou pour une maladie chronique. Ainsi, le contexte d'intervention lié à un premier contact peut être large.

Si le geste menant au suicide est un processus multifactoriel, il est aussi abordé de façon multidisciplinaire. Toutes les professions des services de la santé et des services sociaux peuvent être impliquées à un certain moment dans ce processus. Un consensus est

présent au sein de la littérature face à l'implication importante des travailleuses sociales auprès des personnes âgées présentant des idées suicidaires. En effet, il s'agit de la profession qui est la plus touchée par la problématique du suicide en matière d'intervention (Chan, 2018; Manthorpe et Iliffe, 2010; Maple et al., 2016; Osteen, 2016; Petrakis et Joubert, 2013; Ruth et al., 2013; Scott, 2015; Tremblay, 2012). Selon Tremblay (2012), les travailleuses sociales suivent les personnes dans leur milieu de vie et leur environnement, ce qui serait pertinent en contexte d'intervention suicidaire.

Des auteurs identifient cependant une dichotomie entre la prédominance de la profession œuvrant auprès de cette clientèle âgée ayant des idées suicidaires et le faible taux de référence vers les travailleuses sociales pour leur expertise (Manthorpe et Ilife, 2010; Petrakis et Joubert, 2013). De plus, malgré leur implication active en intervention auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires, les travailleuses sociales sont sous-représentées dans les recherches sur le suicide. Conséquemment, une faible représentation de leur expertise au sein du corpus scientifique traitant du suicide est présente (Maple et al., 2016; Tremblay, 2012). De plus, la majorité des études qui existent dans la littérature sont réalisées dans les champs de la psychologie (Ruth et al., 2013); cela a également été constaté dans notre recension des écrits.

Par ailleurs, Ruth et ses collaborateurs (2013) montrent qu'il y a peu de formation initiale sur le suicide dans les programmes universitaires de travail social en Amérique du Nord, particulièrement au niveau de la maîtrise. Selon des sondages effectués auprès de travailleuses sociales aux États-Unis, ces dernières rapportent aussi un manque de

formation face aux enjeux du suicide (Mirick, McCauley, Bridger et Berkowitz, 2016; Ruth et al., 2013). De plus, le suicide serait peu abordé comme problématique dans les différentes revues, scientifiques et professionnelles, en travail social, alors que ce type de contenu et la formation continue aideraient à améliorer les pratiques en travail social. En outre, les différents types de formation aideraient également les travailleuses sociales à se sentir plus confiantes en intervention auprès des populations ayant des idées suicidaires (Ruth et al., 2013; Saïs, Véron et Lapierre, 2013).

Dans le même ordre d'idées, Scott (2015) relève que des sentiments d'impuissance et d'incompétence sont vécus par les intervenantes sociales face au suicide. En plus du manque de formation des étudiantes, les stagiaires ou les nouvelles employées dépendent de leurs collègues ou superviseures pour apprendre les rouages des interventions en contexte d'idéations suicidaires. Cependant, il ne s'agirait pas toujours des meilleures pratiques⁷ (Heller, 2015; Scott, 2015; Saïs, Véron et Lapierre, 2013). Ainsi, le manque d'informations et de formation des travailleuses sociales de même que d'outils concrets d'intervention est grandement documenté dans les recherches portant sur le suicide.

⁷ Le contrat de non-suicide est un exemple de pratiques qui est utilisé par les intervenantes les moins expérimentés. Il s'agit d'une entente écrite que la professionnelle fera signer à la personne ayant des idées suicidaires afin que cette dernière s'engage à ne pas commettre de geste suicidaire. Cependant, le contrat a été démontré comme étant inefficace comme moyen de protection et comme levier d'intervention (Heller, 2015).

1.2.5 Les pratiques en contexte d'intervention suicidaire

Sur le plan des pratiques auprès des personnes âgées présentant des idées suicidaires, il existerait trois types d'approches en matière d'intervention sociale, soit la prévention, l'intervention clinique et la postvention (Spiwak et al., 2018). Ces différentes catégories sont étroitement liées et se chevauchent le plus souvent.

1.2.5.1 Prévention du suicide

La prévention du suicide est un des aspects les plus couverts en matière d'intervention. Cependant, comme l'exposent Heiseil et ses collaborateurs (2016), une partie des études sur le sujet datent d'une vingtaine d'années, ce qui ne prend pas en compte la réalité de la prévention du suicide dans notre contexte sociétal actuel. De plus, nous n'avons pas été en mesure de trouver une définition exacte de la prévention du suicide dans les études consultées. Nous faisons ainsi l'hypothèse qu'il s'agirait d'actions, initiées le plus souvent par l'État, pour prévenir un geste suicidaire. Ruth et ses collaborateurs (2013) rappellent que la prévention vise, d'une part, à augmenter la conscientisation de la population en général pour déconstruire les préjugés à l'égard de cette problématique et, d'autre part, l'amélioration des interventions faites par les professionnelles.

Selon Lesage et al. (2012), il y a une dizaine de stratégies populationnelles qui sont développées afin de réduire le taux de suicide, de façon générale, et qui seraient utilisées à différents niveaux. Dans ces différentes stratégies, celle qui aurait démontré l'impact le

plus significatif serait le fait d'offrir une meilleure formation aux médecins en matière de dépistage et de traitement de la dépression, ce qui permettrait aux personnes ayant des idées suicidaires d'avoir un suivi adéquat (Lesage et al., 2012; Saïs, Véron et Lapierre, 2013). La réduction de l'accès aux moyens létaux serait aussi efficace, quoique mitigée pour diminuer réellement le taux de suicide (Lesage et al., 2012). Peu d'évaluations ont été faites pour démontrer l'efficacité réelle de la prévention du suicide en général, et particulièrement au Québec (Caine, 2013; Lesage et al., 2012).

En continuité, Caine (2013) présente cinq défis importants pour effectuer une prévention efficace dans l'ensemble des pratiques d'intervention en matière de suicide, soit : 1) le repérage adéquat du véritable risque suicidaire des personnes; 2) le dépistage global du risque suicidaire de toutes les différentes catégories d'individus identifiés comme étant à risque; 3) la capacité de rejoindre toute la population qui ne présente pas un risque suicidaire selon les facteurs préétablis; 4) la mobilisation des facteurs de protection par les intervenantes; et finalement 5) la coordination des différentes actions en matière de prévention. La présence et la combinaison de ces défis contribuent ainsi à une difficulté de déploiement de stratégies de prévention efficaces, et ce, dans tous les niveaux d'intervention.

À travers le monde, un des seuls programmes de prévention dans la communauté existant est un programme de sentinelle, ou de *gatekeeper* en anglais. En effet, il s'agirait du programme le plus utilisé dans le monde afin de mettre en place un filet de sécurité jusqu'à l'arrivée d'aide professionnelle. Ces sentinelles sont des personnes de la

communauté qui ont des chances plus élevées d'être en contact avec des personnes présentant des idées suicidaires ou des groupes considérés à risque (enseignant par exemple). Ces derniers effectueraient une évaluation constante du risque pour prévenir le geste suicidaire et s'assureraient de référer la personne en détresse au bon endroit (Evans et Price, 2013; Osteen, 2016). Cette formation vise ainsi à maximiser une bonne évaluation du risque et diminuer les comportements négatifs reliés à la détresse vécue. Cependant, il est difficile d'évaluer le réel succès de ce programme (Osteen, 2016). Ce programme aussi s'inscrit dans les dix stratégies populationnelles rapportées par Lesage et ses collaborateurs (2012).

Plus particulièrement au Québec, selon Lesage et ses collaborateurs (2012), trois activités de prévention sont priorisées, soit le développement du programme de sentinelle, une sensibilisation accrue envers la population concernant les risques de la présence d'armes à feu et de médication au domicile ainsi que le traitement de la problématique du suicide dans les médias. Celles-ci font également partie des stratégies populationnelles rappelées par les auteurs. Nous constatons également dans notre pratique qu'une autre stratégie est déjà mise en place, soit la création de centres de prévention du suicide dans chaque région, ce qui ne semble pas avoir été exploré dans les études recensées à titre de stratégie de prévention. Ces centres ont notamment des lignes téléphoniques accessibles en tout temps avec des intervenantes au bout du fil pour évaluer le risque suicidaire et mettre un filet de sécurité en place avec la clientèle (Spiwak et al., 2018). Ceux-ci effectuent également des activités de prévention dans la communauté selon nos

observations. Finalement, Spiwak et ses collaborateurs (2018) affirment qu'il serait nécessaire de créer un outil afin d'accompagner le gouvernement dans la mise en place de ses stratégies de prévention.

1.2.5.2 Intervention en contexte d'idées suicidaires

L'intervention se fait sur cinq milieux d'intervention au Québec : par les omnipraticiens, à l'urgence, au Centre Local de Services Communautaires (CLSC)⁸, par le psychiatre en clinique externe et pendant une hospitalisation (Routhier et al., 2013). Il existerait également plusieurs approches, pratiques et services pour l'intervention en contexte de suicide; l'intervention de crise (Petrakis et Joubert, 2013; Tremblay, 2012; Zeltner, Fousson, Stéfant, Luttenbacher, Boudon et Pastour, 2018), l'approche basée sur les forces, l'empowerment, l'approche féministe (Tremblay, 2012), la défense des droits, le *counselling* (Petrakis et Joubert, 2013; Tremblay, 2013), les pratiques anti-oppressives et inclusives (Tremblay, 2012), les lignes téléphoniques et associations spécialisées en santé mentale (Spiwak et al., 2018), le mouvement de rétablissement (Heller, 2015) ainsi que la psychothérapie (Zeppegno, Gattoni, Mastrangelo, Gramaglia et Sarchiapone, 2018).

⁸ Les CLSC font désormais partie de Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux (CISSS) depuis la réforme des services de santé et de services sociaux en 2015. Le terme CLSC est moins utilisé depuis ce moment et est plutôt désigné comme un point de services. Cependant, les établissements sont toujours présents et appelés ainsi dans la communauté.

De plus, la recension des pratiques et les études en matière de suicide indiquent les balises sur lesquelles les intervenantes devraient se baser lors de leurs interventions. Elles devraient se préparer adéquatement à la rencontre avec l'utilisateur, effectuer une cueillette de données exhaustives de la situation globale, obtenir une définition commune de la situation, convenir d'un plan d'action en partenariat avec la personne ayant des idées suicidaires, de tenir le moyen envisagé de passage à l'acte loin de la personne et, pour ce faire, mobiliser l'entourage de la personne aidée (Zeltner et al., 2018). Sur le plan médical, des antidépresseurs pourraient également être prescrits pour faciliter le traitement pendant le suivi avec une professionnelle (Zeltner et al., 2018). Il faut ainsi intervenir sur l'individu de façon concrète et sur son environnement, utiliser les ressources communautaires, mettre l'accent sur la résolution de problème, gérer le niveau de dépression, évaluer constamment le risque suicidaire et établir un filet de sécurité (Heller, 2015; Petrakis et Joubert, 2013).

Ensuite, les intervenantes doivent accompagner les personnes ayant des idées suicidaires à trouver une signification à leur vie et à travailler les facteurs psychologiques positifs (Heiseil, Neufeld et Flett, 2016). Elles devraient aider à mettre en perspective les événements de vie vécus, travailler la rigidité cognitive de certains clients ainsi que les problèmes interpersonnels à résoudre les déficits et augmenter leur espoir d'amélioration de la situation (Petrakis et Joubert, 2013). Finalement, les personnes ayant des idées suicidaires qui présenteraient des facteurs de protection particuliers auraient plus de chances de diminuer leur risque suicidaire en général. Notamment, si l'individu est

activement impliqué dans le traitement, qu'il a une bonne condition physique, une flexibilité cognitive, une capacité à résoudre des problèmes et un soutien social accessible et disponible, ce qui contrebalancera les facteurs de risque et aura le potentiel de diminuer ses idées suicidaires (Petrakis et Joubert, 2013). Tous ces éléments contribueraient ainsi à intervenir adéquatement auprès des personnes ayant des idées suicidaires, et ce, peu importe leur âge.

Plus récemment, un cadre de référence a été mis en place en 2018 par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS ODIM). Il comporte les principes de base pour le processus d'évaluation du risque suicidaire ainsi qu'un guide précis pour l'évaluation qui s'adresse directement aux intervenantes. Ceci s'ajoute au *Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, qui a été créé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2010. Ce dernier expose plus particulièrement les rôles des différents acteurs agissant en contexte suicidaire et explore les bonnes pratiques des professionnelles. Ces documents sont ainsi des balises pour l'évaluation du risque suicidaire en général.

Finalement, Chan (2018) rapporte que le rôle de l'intervenante est d'évaluer le risque suicidaire via l'utilisation d'un outil standardisé, ce qui corrobore la pertinence de l'existence des guides mentionnés. Cependant, la capacité à utiliser un outil dépendra grandement de l'expérience de la travailleuse sociale et de la formation reçue en matière de suicide.

1.2.5.3 Postvention d'un acte suicidaire

La postvention est des interventions qui surviennent après un acte suicidaire ou une tentative suicidaire selon notre lecture des études recensées. Cependant, aucune définition n'a été précisée en ce sens. Peu de recherches sont faites sur la postvention et sur son efficacité considérant la stigmatisation des personnes qui expriment avoir des idées suicidaires ou qui expriment avoir commis un geste suicidaire et considérant le manque de programme offrant du soutien après une tentative de suicide (Maple et al., 2016; Manthrope et Ilife, 2010; Spiwak et al., 2018). Des auteurs indiquent l'absence de normes de pratique après un geste suicidaire, mais qu'un délai de 4 semaines à 3 mois pour une prise en charge professionnelle serait préférable afin d'assurer la sécurité de la personne et prendre avantage de sa motivation, le cas échéant, à changer sa situation (Petrakis et Joubert, 2013; Routhier et al., 2013). Toutefois, nous observons, dans nos pratiques au CLSC, que les délais de suivi par une équipe appropriée peuvent facilement dépasser ces recommandations, considérant les listes d'attentes.

Malgré l'absence d'études sur le sujet, Petrakis et Joubert (2013) rapportent qu'une intervention à court terme n'est pas optimale pour gérer les idées suicidaires. La thérapie narrative, la thérapie centrée sur les solutions ainsi que la thérapie cognitivo-comportementale seraient les plus adaptées selon les recherches effectuées (Petrakis et Joubert, 2013; Zeppegno et al., 2018). Finalement, dans les pratiques de postvention, l'intervention auprès de proches endeuillés par le suicide est considérée dans deux études (Spiwak et al., 2018; Visser, Comans et Scuffman, 2014). Les groupes de soutien, de

l'intervention de crise et du *counselling* de deuil seraient des façons d'intervenir après un acte suicidaire (Spiwak et al., 2018; Visser, Comans et Scuffman, 2014).

1.3 Problématisation

Dans le contexte du vieillissement de la population, et du nombre de plus en plus élevé de personnes âgées qui composeront nos sociétés, les difficultés reliées à l'âge risquent d'être grandissantes, compte tenu des problèmes, d'ordre divers, que peuvent vivre les personnes âgées (isolement social, précarité socioéconomique et appauvrissement, veuvage, etc.). Malgré les discours publics positifs sur l'avancée en âge (Rudman Laliberte, 2015), les personnes âgées, comme groupe social, occupent une position sociale peu valorisée au sein de nos sociétés occidentales, notamment en raison de l'âgisme ambiant. Plus précisément, la « jeunesse éternelle » fait partie des valeurs sociétales occidentales dominantes, ce qui s'oppose au processus normal de la vie humaine, soit de naître, de grandir et de vieillir (Amyot, 2012). Également, les préjugés envers les aînés demeurent : être âgé veut dire ne plus être autonome, ne plus être en mesure de prendre soin seul de soi et ne plus être en mesure de prendre des décisions pour sa personne (Amyot, 2012). Les personnes âgées doivent en ce sens combattre les stéréotypes les décrivant comme des citoyens « inactifs », des « boulets pour la société » ou encore des « receveurs passifs de soins » (Endo, 2018; van Hees et al., 2015). De plus, leurs pratiques sociales (actions, comportements, etc.) continuent d'être appréhendées par des représentations agistes (Trentham et Neysmith, 2017). Ces visions simplistes de la réalité du vieillissement contribuent à alimenter la stigmatisation basée sur l'âge et à (re)construire une vision

négligence des personnes âgées (Gamliel et Levi-Belz, 2016). Qui plus est, ces catégorisations homogénéisantes de la vieillesse et du vieillissement contribuent à l'exclusion et à la ségrégation sociale des personnes âgées (Ennuyer, 2011). Tous ces facteurs sociaux peuvent possiblement augmenter la détresse vécue des aînés à l'heure actuelle. Combinés à d'autres facteurs, identifiés dans la recension des écrits, nous pouvons ainsi soulever l'hypothèse que, dans le contexte du vieillissement démographique qui s'accélère, de plus en plus d'aînés risquent d'être aux prises avec des idées suicidaires dans l'avancée en âge.

Par ailleurs, les facteurs de risque contribuant aux idées suicidaires sont amplement répertoriés dans les différentes études sur le sujet, particulièrement dans les champs de la psychiatrie, de la psychologie et des soins infirmiers. Ainsi, il est possible de croire que la vaste littérature disponible sur les facteurs de risque suicidaire permettrait une meilleure identification de ces personnes dites à risque. Or, il semble y avoir un décalage entre les connaissances acquises sur le sujet et les pratiques des intervenantes face au dépistage des facteurs de risque puisque les travailleuses sociales verbalisent un sentiment d'impuissance face à l'intervention en contexte suicidaire (Scott, 2015). De plus, les études sur les facteurs de risque sont concentrées sur l'individualité de la personne, laissant peu de place à une analyse globale des personnes et de leur environnement. Ces études tiennent aussi peu compte de l'intersection des facteurs de risque (par exemple, l'imbrication des facteurs sociaux et psychologiques et leurs effets) ou des problèmes vécus dans une perspective de parcours de vie ou d'avancée en âge. Dans la même optique,

les études qui portent exclusivement sur les caractéristiques individuelles contribuent à classer les personnes âgées dans des catégories bien définies (ex. un aîné ayant une dépression, sans tenir compte des deuils vécus au courant de sa vie). Or, nous savons que les aînés représentent le groupe d'âge qui présente le plus d'hétérogénéité au sein de leur cohorte d'âges en termes de profil sociodémographique, de conditions de vie, de dynamiques familiales et interpersonnelles ainsi que de situations financières (Koo, Kolves et De leo, 2017).

Les stratégies de prévention du suicide actuelles présentent plusieurs défis et démontrent peu d'efficacité en général, ce qui met en doute la capacité d'intervention réelle de nos institutions envers les aînés vivant de la détresse (Caine, 2013; Lesage et al., 2012). Finalement, la majorité des recherches concernant les facteurs de risque suicidaire sont faites aux États-Unis ou en Asie, ce qui ne rend pas nécessairement compte de la réalité québécoise d'aujourd'hui, et des pratiques d'intervention déployées en matière de suicide auprès des personnes âgées.

Rappelons aussi que le travail social est la profession qui est la plus exposée à intervenir sur la problématique du suicide selon de nombreuses études (Chan, 2018; Manthorpe et Iliffe, 2010; Maple et al., 2016; Osteen, 2016; Petrakis et Joubert, 2013; Ruth et al., 2013; Scott, 2015; Tremblay, 2012). Toutefois, au sein du corpus scientifique, peu de recherches sont effectuées dans le champ du travail social en matière de suicide chez les personnes âgées (Ruth et al., 2013; Tremblay, 2012). De plus, une faible inclusion des expertises des travailleuses sociales dans les recherches de disciplines

connexes est aussi observée, car ces dernières ne sont pas souvent interrogées lors des études sur le sujet (Maple et al., 2016). Ainsi, le domaine académique du travail social est faiblement représenté dans la littérature scientifique sur le suicide et, dans le champ professionnel, les travailleuses sociales sont peu reconnues dans leurs expertises lorsqu'il s'agit d'intervention auprès des personnes ayant des idées suicidaires. Malgré leur présence importante dans ce champ d'intervention, les travailleuses sociales rapportent un manque de formation au sujet du suicide dans leur formation initiale, mais également dans leur formation continue (Mirick et al., 2013; Ruth et al., 2013; Saïs, Véron et Lapierre, 2013). Ce manquement contribue à un sentiment d'impuissance face à leur capacité d'intervention (Scott, 2015). Nous soulevons dès lors l'incohérence majeure entre leur implication importante dans l'intervention en contexte d'idéations suicidaires en général, et le manque de données probantes sur les pratiques d'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires, et ce, tout particulièrement au Québec.

À cet égard, rappelons que les différents guides de pratiques émis par le MSSS et par un CIUSSS sont des balises intéressantes pour évaluer le risque suicidaire pour les intervenantes. Cependant, ces pratiques demeurent dans la prescription d'action centrée sur l'évaluation du risque actuel et les recommandations émises sont centrées sur l'individu seulement. Or, le travail social tient aussi compte de la personne, mais dans son environnement social plus large (Tremblay, 2012). Ces balises prennent ainsi faiblement en compte la complexité de la réalité des aînés dans leurs applications, notamment en ce qui concerne les effets de l'âgisme dans l'avancée en âge, les pertes successives (ex. les

deuils des proches, l'étiollement du réseau social, ou encore l'impact d'une maladie physique affectant l'autonomie d'une personne).

Ainsi, qu'advient-il après cette évaluation initiale du risque suicidaire à l'aide de ces bonnes pratiques édictées par les institutions? Comment, dans la réalité du « terrain », les travailleuses sociales accompagnent-elles les personnes âgées ayant des idées suicidaires dans leur quotidien? Comment ces guides de pratiques s'arriment-ils réellement avec le contexte d'intervention contemporain et les pratiques mises de l'avant par les travailleuses sociales auprès des populations âgées?

À la lumière de ces éléments, il semble pertinent de documenter et de mieux comprendre les pratiques d'intervention spécifiques au travail social déployées auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires. Ainsi, notre question de recherche se formule comme suit : Quelles sont les pratiques d'intervention mises en œuvre par les travailleuses sociales intervenant auprès des personnes âgées de 65 ans et plus ayant des idées suicidaires en CISSS/CIUSSS dans le Grand Montréal?

Plus précisément, les objectifs spécifiques suivants seront poursuivis, soit de :

- 1) Étudier les types de pratiques d'intervention qui se déploient après une évaluation du risque suicidaire des aînés ayant des idées suicidaires;
- 2) À partir de la perception des travailleuses sociales, mieux comprendre les effets des facteurs sociaux (tel que l'âgisme) contribuant à l'apparition d'idées suicidaires des personnes âgées de 65 ans et plus et les pratiques d'intervention qui y sont associées;

- 3) Identifier les enjeux et défis rencontrés par les travailleuses sociales dans l'intervention auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires.

Chapitre 2. Le cadre conceptuel

À la lumière des différents éléments abordés dans le premier chapitre, nous avons utilisé une perspective théorique ainsi qu'un concept issu de la sociologie des organisations pour former un cadre conceptuel, et ce, afin d'analyser les données que nous avons recueillies durant notre recherche. Ceci nous a permis d'examiner notre question de recherche et nos objectifs sous un angle précis, et ce, pour répondre aux lacunes observées dans notre problématique. Nous avons choisi la gérontologie critique comme perspective macrosociale, et le concept de modulation comme notion mesosociale, afin de pouvoir analyser les pratiques d'intervention des travailleuses sociales que nous avons rencontré dans le cadre de ce mémoire et tenir en compte leur contexte organisationnel. Après les avoir respectivement définis, nous expliquerons ensuite en quoi ce courant théorique et ce concept sont cohérents et se complètent au regard de notre objet de recherche. Finalement, nous justifierons la pertinence de ces choix théoriques.

2.1. Définition de la gérontologie critique

La gérontologie critique est une perspective qui avance que le vieillissement est une construction sociale qui varie selon les contextes sociohistoriques et culturels (Baars, Dannefer, Phillipson et Walker, 2006; Baars, Dohmen, Grenier et Phillipson, 2013; Moulaert, 2013). Selon Moulaert (2013), la gérontologie critique se caractérise :

« par un intérêt pour le rapport entre la recherche, la pratique et le politique, par la recherche de l'équation entre les facteurs socioculturels et expérience personnelle du vieillissement et [...] par un réel désir de changement social (p.6) ».

La gérontologie critique est un courant théorique qui entrevoit les problèmes reliés au vieillissement de façon socio-structurelle, et non pas individuelle (Minkler, 2007; Moulaert, 2013). Elle se distancie des approches normatives (ex. celles du vieillissement réussi, actif et productif) qui contribuent à blâmer et responsabiliser les personnes âgées en individualisant les problèmes vécus (Baars et al., 2013). Cette perspective appréhende les difficultés comme étant aussi influencées par des facteurs extérieurs, et non seulement par des facteurs individuels (Baars et al., 2013). Par conséquent, la gérontologie critique appréhende le vieillissement comme une expérience sociale et souhaite mieux comprendre les multiples sens des vieillissements en s'intéressant aux parcours de vie des aînés. Elle postule également que l'âgisme, avec ses discours ambiants, influence la perception sociétale de la vieillesse, y compris celle des personnes âgées. Ces messages et discours négatifs à propos de l'âge teintent en ce sens la vision que les aînés ont d'eux-mêmes face à leur vieillissement, ce qui influence leur expérience sociale dans l'avancée en âge (Baars et al., 2006; Minkler, 2007).

De plus, la gérontologie critique examine les relations entre différentes dimensions qui influencent l'expérience sociale du vieillissement (ex. les politiques sociales, les services de santé et de services sociaux, les pratiques d'intervention), afin de tendre vers une amélioration des problèmes reliés au vieillissement. Par exemple, l'État et ses institutions sont des structures sociales en place qui ont un effet sur les attitudes et comportements âgistes, car ils sont des régulateurs et des reproducteurs des inégalités dans les opportunités de vie des aînés (Baars et al., 2006; Hafford-Letchfield, 2014; Minkler,

2007). Plus globalement, ce courant s'intéresse à l'intersection entre les rapports sociaux (ex. de genre et d'âge), c'est-à-dire à la complexité des rapports de pouvoir entrecroisés et leurs effets sur les trajectoires des personnes vieillissantes (Minkler, 2007). Il permet aussi une analyse pluridisciplinaire des inégalités sociales et leurs impacts dans la vie quotidienne (Baars et al., 2013; Minkler, 2007).

En outre, la gérontologie critique étudie le caractère collectif des problèmes liés à l'âge et considère que les expériences individuelles sont toujours influencées par les rapports sociaux, les contextes et processus sociaux dans lesquelles s'insèrent les trajectoires des personnes âgées (Minkler, 2007; Moulaert, 2013). Elle remet en question les structures en place, les rapports de pouvoir, les idéologies dominantes et les croyances normatives ou stéréotypées liées au vieillissement (Baars et al., 2006; Hafford-Letchfield, 2014; Ray, 2008). En somme, la gérontologie critique aspire à changer les discours ambiants et enrayer l'âgisme par des actions collectives transformatives visant une plus grande justice sociale; elle vise en cela le changement social.

Cette perspective a été pertinente pour notre objet d'étude, car en comprenant mieux le discours des travailleuses sociales face à leurs pratiques d'intervention auprès d'aînés ayant des idées suicidaires, et en examinant leur compréhension des problèmes vécus par ces derniers et leur demande d'aide, nous avons pu mieux cerner l'impact des facteurs sociaux favorisant l'apparition de leurs idées suicidaires (objectif 2). Nous avons aussi été en mesure d'analyser les liens entre certaines réalités des personnes âgées qui ont été

décrites par les intervenantes, et un contexte sociétal marqué par l'âgisme, entre autres. De plus, en termes de portée pour le travail social, la gérontologie critique nous a permis d'analyser le potentiel des pratiques d'intervention des travailleuses sociales pouvant contribuer à déconstruire les représentations négatives accolées aux personnes âgées et à l'avancée en âge. Plus largement, ce cadre théorique a offert la possibilité de penser le travail social et ses pratiques auprès des personnes âgées de façon macrosociale afin de promouvoir un changement social.

Par ailleurs, afin de pouvoir étudier de plus près (analyse micro et meso sociale) les pratiques des travailleuses sociales déployées auprès des aînés ayant des idées suicidaires (objectif 1), ainsi que les défis et enjeux rencontrés sur le « terrain » (objectif 3), nous avons utilisé le concept de la modulation du travail, emprunté au champ de la sociologie des organisations. Afin de mieux contextualiser ce concept au regard de nos objectifs, nous devons d'abord l'ancrer dans le contexte organisationnel contemporain du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

2.2. La NGP et la modulation des pratiques d'intervention

Les travailleuses sociales interrogées sont employées au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec (RSSS). Celles-ci doivent alors répondre aux attentes et exigences de leurs employeurs dans leurs interventions. Ces dernières ont été influencé par les réformes survenues dans les dernières années par l'émergence de ce que d'aucuns ont nommé la Nouvelle Gestion Publique (NGP) (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014). Il est alors pertinent de s'attarder brièvement aux changements organisationnels survenus

dans le RSSS pour mieux contextualiser cette influence, ce qui permettra aussi de mieux comprendre l'utilisation du concept de modulation de l'intervention des travailleuses sociales.

Le travail social déployé en institution a été témoin de nombreux changements au cours de son histoire, étant donné que de nombreuses réformes du RSSS au Québec sont survenues depuis les années 1970 (Bourque, 2009). L'approche de la NGP a été implantée dans le secteur de la santé et des services sociaux à partir des années 1990 (Grenier, Marchand et Bourque, sous presse). Dans les années 90, les réformes Côté et Rochon modifient en profondeur le système de santé et services sociaux (*Ibid*). La mise œuvre de la NGP se poursuivra avec plus d'insistance sous les gouvernements libéraux qui suivront, à commencer par celle de 2003, sous le gouvernement Charest, par la création de Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS), soit des regroupements d'établissements publics (CLSC, centre hospitalier, CHSLD, CRD) sur un territoire donné (Bourque, 2009). Le but de cette restructuration du réseau était d'augmenter l'accessibilité, la continuité et la qualité des services (*Ibid*). En 2015, une nouvelle fusion a eu lieu entre les différents CSSS pour créer les Centres Intégrés (Universitaire) de Santé et de Services Sociaux (CISSS-CIUSSS). Ces méga-infrastructures visent notamment une plus grande standardisation des pratiques et des processus d'intervention et une diminution des coûts (Grenier et al, 2021). Plus largement, retenons que la NGP :

« [...] est une pratique de gestion décentralisée, dont la prise de décision devrait être horizontale plutôt que verticale (Pollitt et Bouckaert, 2011). Dans les pratiques, elle a pour but une amélioration de l'efficacité, de l'efficience et de la qualité des services en misant sur la gestion par résultats en vue de l'atteinte de cibles et du

contrôle des coûts (Couturier, Gagnon et Belzile, 2013). Enfin, le contrôle des ressources et des activités professionnelles, la reddition de compte, la mise en place de stratégies visant l'efficacité des modalités d'intervention, la satisfaction des usagers des services reçus et l'imputabilité sont au centre des principes de la NGP (Couturier, Gagnon et Belzile, 2013; Grenier et Bourque, 2014) (Grenier, Marchand et Bourque, sous presse)

En conséquence, la finalité d'obligation de résultats est plus importante que le processus, et la quantité des interventions réalisées dans le réseau apparaît privilégiée, au détriment de leur qualité (Grenier, Bourque et St-Amour, 2016). Ainsi, avec l'accroissement des systèmes de surveillance dans le système public (Curie, 2010; Evetts, 2006), les travailleuses sociales doivent répondre aux exigences de leur employeur par des résultats quantitatifs. Cette méthode de gestion fait alors en sorte de limiter leur autonomie professionnelle, ce qui contribue à une confusion de leurs rôles, de leurs identités professionnelles et à un sentiment de déqualification (Beddoe, 2013; Curie, 2010). Une érosion de leurs identités professionnelles est également ressentie à un niveau individuel et collectif (Hotho, 2008). En somme, ces nombreuses réformes issues de la NGP ont ainsi contribué au changement des modes et conditions de travail au sein du réseau de SSS; ces changements ont aussi eu des répercussions sur les valeurs, les normes et les attentes des membres œuvrant au sein du réseau, autrement dit, sur la culture organisationnelle⁹ des institutions (Denison, Niemien et Kotrba, 2012).

⁹ Selon Thurler et Progin (2013), la culture organisationnelle est : « un système d'orientation universel d'un collectif d'individus, qui se construit à partir de symboles (par ex., langage, signes, comportements particuliers) systématiquement transmis et influençant la perception, la pensée, une série de valeurs en fonction desquelles ces individus agiront tout en affirmant leur appartenance au collectif. La

Dans un contexte où les intervenantes doivent déployer différentes stratégies pour trouver un équilibre entre les besoins des personnes, ici celles âgées ayant des idées suicidaires, et les attentes professionnelles de leur employeur, le concept de modulation de Zarifian (2004) permet de mieux saisir les défis et enjeux dans l'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires. Nous nous sommes intéressé, plus précisément, à la modulation de l'activité professionnelle des intervenantes dans le contexte organisationnel du RSSS, ce qui nous a permis de comprendre comment les travailleuses sociales s'ajustent à leur réalité et contexte de travail.

La modulation est une forme d'adaptation individuelle permettant aux employés de répondre aux exigences et contraintes de l'emploi (Zarifian, 2004). En effet, malgré les effets omniprésents de la NGP, l'employeur laisse une forme de liberté et d'autonomie aux intervenantes, en leur donnant la flexibilité de gérer leurs pratiques d'intervention au quotidien. Toutefois, la présence de systèmes de surveillance (via par exemple la reddition de comptes plus serrée) continue d'exercer un certain contrôle « à distance » sur les travailleuses, ce que Zarian (2004) qualifie de « contrôle élastique ». Ainsi, les travailleuses sociales peuvent travailler à leur guise « en tirant l'élastique », pour reprendre la métaphore de l'auteur, notamment en choisissant l'organisation de leur temps de travail ou leurs façons d'intervenir. Toutefois, elles doivent continuer à rendre des comptes et à fonctionner à l'intérieur du cadre et des principes managériaux, ici de

culture est formée et transformée au fil du temps par les membres du collectif, selon un processus dynamique et multiforme, dont l'orientation dépendra de ses savoirs d'expérience. » (p.71)

performance et de productivité, imposés par l'employeur. Par conséquent, elles doivent moduler leurs pratiques d'intervention et user de créativité dans leurs interventions, et ce, en réponse avec ce contrôle « du haut », dit élastique, pour arriver à répondre à la fois aux besoins des personnes, en l'occurrence des aînés ayant des idées suicidaires, en plus de répondre aux exigences de rendement de l'employeur. Ce concept permet ainsi de comprendre comment les intervenantes autorégulent leurs pratiques d'intervention en réponse avec la réalité organisationnelle actuelle.

2.3. La pertinence de la gérontologie critique et de la modulation du travail

Dans notre mémoire, la gérontologie critique contribue à éclairer différentes sphères du travail social dans le champ du vieillissement, notamment en étant attentive aux dynamiques relatives à l'âgisme dans l'intervention sociale et dans les problèmes vécus par les personnes qui avancent en âge et en reconnaissant l'expérience vécue des personnes vieillissantes (Hafford-Letchfield, 2014). Elle permet également d'étudier les liens entre les discours ambiants sur le vieillissement et les pratiques d'intervention des travailleuses sociales auprès de ce groupe d'âge. Rappelons également que la profession du travail social considère, dans son analyse professionnelle, la personne dans son environnement, et elle reconnaît la présence d'inter influences entre l'individu et son contexte (Tremblay, 2012). Le travail social, comme champ spécifique d'intervention, entretient dès lors plusieurs points en commun avec les concepts de la gérontologie critique, c'est-à-dire qu'ils privilégient tous deux une analyse multifactorielle de

l'environnement et des institutions, et reconnaissent les relations entre les facteurs microsociologiques et macrosociologiques.

Le choix épistémologique de nous situer dans les perspectives critiques nous a permis d'aborder les dimensions plus macrosociales ayant trait aux idées suicidaires chez les aînés afin de mieux connaître, à travers le regard des intervenantes, les facteurs sociaux qui contribuent à l'apparition de ces idées, et leurs impacts sur les expériences personnelles et demandes d'aide formulées, ainsi que d'analyser les pratiques d'intervention de façon plus globale. La gérontologie critique, en mettant l'accent sur l'influence des structures, des contextes et des processus sociaux pour aborder les problèmes liés au vieillissement dans le champ du travail social, nous a permis également d'éviter une individualisation des facteurs de risque liés aux idées suicidaires des personnes âgées. Rappelons que l'analyse des facteurs individuels liés à cette problématique est bien documentée dans la littérature scientifique. Ce cadre a favorisé en outre l'adoption d'une vision critique et socio structurelle dans l'analyse de la situation d'intervention et des résultats.

Quant à l'utilisation du concept de la modulation, il a pu éclairer la façon dont les travailleuses sociales interviennent dans leur réalité, qui est marquée par les principes de la NGP (Chénard et Grenier, 2012; Grenier, Bourque et St-Amour, 2014; Grenier et al., sous presse). Ces principes orientent l'ensemble de l'organisation du travail, les modes de gestion de l'intervention et son déploiement auprès des populations, ici, celle âgées. Il importait dès lors de contextualiser les récits sur les pratiques d'intervention dans une

culture d'organisation donnée afin de mieux saisir les types de pratiques, ainsi que les défis et enjeux rencontrés par les professionnelles en intervention avec les personnes âgées ayant des idées suicidaires (objectifs 1 et 3). En somme, ce cadre théorique a permis d'étudier la problématique à l'étude sous des angles moins explorés, et de produire une analyse de l'intervention déployée auprès des aînés en contexte d'idéations suicidaires dans une perspective plus globale (et non seulement clinique ou individuelle).

Chapitre 3. Le cadre méthodologique

Afin de pouvoir répondre à nos objectifs de recherche sur les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés, un cadre méthodologique est nécessaire. Nous présenterons d'abord le type d'approche choisi. Par la suite, nous détaillerons les critères d'échantillonnage et les techniques de recrutement de participantes. La description de la méthode de collecte de données et du déroulement des entrevues suivra. Ensuite, la méthode d'analyse des données sera explicitée. Pour conclure, les limites et les considérations éthiques de la réalisation de cette recherche en travail social seront exposées.

3.1 Une approche qualitative

Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé une méthodologie qualitative et nous avons réalisé une étude exploratoire. Ce choix a été motivé par le désir d'analyser en profondeur des pratiques selon la perception des actrices (Gauthier et Bourgeois, 2016), soit les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés ayant des idées suicidaires, ce qui a peu été explorées au Québec. Ce cadre méthodologique a permis une description et une interprétation de la réalité d'intervention à partir du regard des participantes. Ce cadre s'est inscrit aussi en cohérence avec une perspective constructiviste, où la compréhension du sens que les acteurs sociaux donnent aux réalités vécues est centrale (Gauthier et Bourgeois, 2016).

3.2. Critères d'échantillonnage et techniques de recrutement des participantes

Les intervenantes devaient répondre à certains critères afin de pouvoir participer à la recherche. Comme nous avons visé les travailleuses sociales œuvrant au sein du réseau de la santé et des services sociaux dans le Grand Montréal comme population, celles-ci devaient être membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) et occuper un emploi dans un CISSS/CIUSSS dans la communauté métropolitaine de Montréal (le Grand Montréal), laquelle comprends les régions suivantes : Laurentides, Lanaudière, Laval, Montérégie. De plus, 2 ans d'expériences professionnelles ont été demandés lors du premier contact téléphonique, afin que les intervenantes aient suffisamment d'expérience en intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires. Aussi, les participantes devaient s'exprimer en anglais ou en français. Ainsi, les autres types de professions (ex. : technicienne en travail social ou psychologue), l'occupation d'un emploi en intervention dans un organisme communautaire ou l'expérience professionnelle inférieure 2 ans ont fait partie des critères d'exclusion de cette recherche.

Ensuite, pour les techniques de recrutement, nous avons utilisé notre réseau de contacts professionnels. Étant donné la réalisation de nos études en travail social (technique et baccalauréat), et de nos expériences d'intervention dans différentes régions du Grand Montréal, nous connaissions plusieurs travailleuses sociales travaillant auprès des personnes âgées. De plus, du fait que nous œuvrons comme travailleuse sociale dans un CIUSSS, nous avons eu accès à un réseau intéressant de candidates potentielles. Nous

avons donc envoyé notre affiche de recrutement à ce large réseau professionnel. Nous avons aussi recruté des personnes via des annonces faites sur les réseaux sociaux. Un courriel a aussi été envoyé à l'OTSTCFQ pour qu'ils diffusent un appel à la participation à cette recherche à leurs membres par courriel. Nous avons également utilisé la technique boule-de-neige pour favoriser le recrutement. Cette dernière implique que les premières participantes recrutées nous réfèrent vers d'autres personnes qui pourraient potentiellement participer à notre recherche, jusqu'à l'atteinte de l'échantillon visé (Beaud, 2016). De plus, lorsque les personnes intéressées ont manifesté leur intérêt (par courriel ou par d'autres participantes), nous avons communiqué avec elles par téléphone pour leur expliquer les buts, le déroulement et les modalités de la recherche. Leur admissibilité au projet était validée lors de cet appel. Nous avons aussi convenu d'un moment pour réaliser l'entrevue, propice à la préservation de la confidentialité et de leur confort. Par la suite, le formulaire de consentement leur a été envoyé par courriel (puisque les entrevues se sont déroulées en non présentiel, nous y reviendrons).

Finalement, notre échantillon était non probabiliste et reposait sur le volontariat des intervenantes à participer à notre recherche (Beaud, 2016). Au total, nous avons réalisé 11 entrevues, d'une durée d'environ une heure et demie chacune. En raison d'un problème technique, une des entrevues effectuées n'a pas pu être analysée; 10 entrevues ont été alors retenues dans la présentation des résultats. Avec l'échantillon obtenu, nous avons atteint une saturation empirique des données des interventions en contexte institutionnel auprès

des aînés ayant des idées suicidaires, au sens que toutes les entrevues ont convergées vers l'identification de thèmes communs au fur et à mesure de l'analyse de nos données.

3.3. Méthode de collecte de données

L'entrevue semi-dirigée a été utilisée pour effectuer la cueillette d'informations afin de permettre aux intervenantes d'expliquer de façon exhaustive leurs pratiques d'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires et de mieux comprendre le sens qu'elles donnent à celles-ci (Savoie-Zajc, 2016). Ce type d'entrevue a constitué en une série de questions ouvertes sur différents thèmes prédéterminés qui ont été formulées au regard des objectifs de recherche et à la réalité des participantes (ex. : quels sont les défis d'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires? Qu'est-ce qui fait en sorte qu'un aîné développe des idées suicidaires ?). Une vignette clinique a aussi été intégrée à notre canevas d'entrevue (voir annexes 1 et 2). Cette dernière se voulait une mise en situation vraisemblable d'une personne âgée ayant des idées suicidaires et qui nécessitait une intervention professionnelle. Les travailleuses sociales devaient alors expliquer comment elles répondraient à la mise en situation et détailler leur raisonnement clinique derrière leurs choix d'actions. Cette vignette a permis aux travailleuses sociales de faciliter l'explication de leurs pratiques d'intervention avec un exemple concret (Wilks, 2004).

De plus, la façon semi-directive de mener l'entrevue a permis de cadrer l'entrevue sur les thèmes définis, tout en laissant de l'espace et de la flexibilité aux réponses des travailleuses sociales sur les questions (Savoie-Zajc, 2016). L'ouverture dans la formulation des questions a favorisé l'expression spontanée des intervenantes, et ce, dans

l'angle qu'elles souhaitent le faire selon leur compréhension des questions. Elles ont pu alors réfléchir et approfondir leur réalité d'intervention, en plus de partager leur expertise de professionnelles (*Ibid*).

3.4. Déroulement des entrevues

Les entrevues ont dû se faire à distance, en visioconférence via l'application *Teams*. En effet, notre recrutement s'est fait au printemps 2020, durant la période de crise sanitaire liée au COVID-19. Cette pandémie a nécessité entre autres le respect des mesures de distanciation sociale émises par le gouvernement, ce qui nous a empêchée de réaliser nos rencontres en personne. Avant la réalisation des entrevues, nous avons repris contact par courriel avec les personnes intéressées afin de revalider leur désir de participation et confirmer le rendez-vous.

Durant les entrevues, des techniques d'écoute active ont été utilisées avec les travailleuses sociales, telles que la reformulation pour assurer notre compréhension des propos tenus, ou encore, pour enrichir l'approfondissement des réponses. Nous avons été sensible aux partages de leurs expériences, en nous adaptant à leur rythme personnel de discussion, en démontrant de l'ouverture et du non-jugement afin de pouvoir établir un climat de confiance et de respect (Savoie-Zajc, 2016; Mirick et Wladkowski, 2019). Nous avons pris également des notes durant les discussions afin de noter les réactions non verbales des participantes, comme des émotions ou des postures à l'aide d'un journal de bord, ce qui nous a servi lors de l'analyse des données (Baribeau, 2005; Savoie-Zajc, 2016).

3.5. Méthode d'analyse des données

Tout au long de la recherche, nous avons aussi pris des notes à l'aide de notre journal de bord pour consigner et contextualiser certains événements (ex. : idées, pensées, réactions, faits, liens théoriques, etc.) afin de pouvoir nous souvenir adéquatement des entrevues et afin de pouvoir établir des liens entre nos connaissances et l'expérience sociale des travailleuses sociales (Baribeau, 2005). Cet outil nous a permis d'obtenir un matériel qui a reflété le plus fidèlement les discussions et a permis une description en profondeur des données recueillies (leur sens, le contexte, etc.) ce qui a enrichi notre analyse thématique (Baribeau, 2005; Savoie-Zajc, 2016). Toutes les entrevues réalisées ont été enregistrées, avec l'accord des participantes, afin de faciliter l'analyse subséquente des données. Nous avons effectué une retranscription manuelle des verbatim afin de pouvoir obtenir le contenu exact des discussions effectuées et pour nous approprier le contenu des entrevues. Nous avons ensuite effectué une lecture flottante des données recueillies pour nous imprégner des résultats (Bardin, 1977).

Par la suite, nous avons utilisé l'analyse thématique pour traiter nos données. Nous avons codé attentivement chacun des verbatim pour identifier les thèmes émergents. Une première analyse des thèmes a été faite avec l'ensemble des entrevues pour créer de grandes catégories de thèmes. Par la suite, nous avons créé des sous-catégories de plus en plus précises en vue d'en faire une analyse horizontale (Paillé et Mucchielli, 2012). L'exercice de thématization et de construction des catégories a été fait de façon itérative, c'est-à-dire au fur et à mesure de l'analyse des différents thèmes, jusqu'à épuisement de

l'émergence de nouvelles catégories, et ce, en faisant de nombreux allers-retours avec les verbatim pour assurer que le sens des thèmes et catégories soit fidèle aux discussions. Nous avons utilisé aussi la carte conceptuelle, permettant de tisser des liens dynamiques entre les catégories établies, et favorise l'analyse des inter-influences présentes entre les différents thèmes (Ibid). Au final, cette analyse du matériel nous a permis de répondre à nos objectifs de recherche, soit d'étudier les pratiques d'intervention des travailleuses sociales après l'évaluation du risque suicidaire (objectif 1), de mieux comprendre les effets des facteurs sociaux dans l'apparition des idées suicidaires chez les aînés, à partir de la perception des TS (objectif 2), et d'identifier les enjeux et défis de ces interventions auprès de cette population (objectif 3).

3.6. Limites et considérations éthiques

Tout d'abord, nous avons effectué une demande de certificat éthique auprès du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais puisque notre recherche s'effectuait auprès de sujets humains. Ce certificat assure le respect de leurs droits en tant qu'individus (Université du Québec en Outaouais, 2019). De plus, étant donné la crise sanitaire du COVID-19 et la réalisation des entrevues à distance, nous avons envoyé par courriel aux participantes un formulaire de consentement avant les entrevues afin de leur expliquer les buts de la recherche ainsi que la politique de confidentialité. Celles-ci nous ont renvoyé une copie signée par courriel avant notre rencontre virtuelle. Des mesures ont été prises afin de préserver la confidentialité des données et la vie privée des participantes, notamment en codifiant les informations confidentielles et en classant

les entrevues audiovisuelles dans des fichiers verrouillés par un mot de passe. Finalement, nous nous sommes assurée de l'absence de conflits d'intérêts avec les participantes (Crête, 2016).

Concernant les limites de la recherche, nous n'avons également pas été en mesure de couvrir tous les contextes d'intervention possible auprès des aînés étant donné nos critères d'inclusion. Par exemple, nous n'avons pas rencontré des travailleuses sociales qui travaillent dans des organismes communautaires (ex. : centre de prévention du suicide) ou encore des techniciennes en travail social, ce qui a pu faire en sorte que les résultats présentés ne soient pas nécessairement résonnants avec tous les contextes d'intervention. De plus, la majorité des intervenantes rencontrées ont travaillé ou travaillent auprès d'aînés en perte d'autonomie vivant à domicile, car elles rencontrent plus souvent ce groupe dans leur contexte d'emploi. Ainsi, elles ont alors souvent fait référence à cette clientèle précise, et non à l'ensemble des personnes âgées qui pourrait faire une demande d'aide, ce qui peut faire en sorte que toutes les réalités de vie des personnes âgées ne soient pas couvertes dans les pratiques d'intervention auprès de ce groupe d'âge. Finalement, nous n'avons pas documenté certaines données descriptives des participantes (ex. : nombre d'années d'expérience en intervention et auprès des aînés), ce qui aurait pu nous permettre de mieux comprendre leurs expériences et récits d'intervention.

Par ailleurs, la réalisation des entrevues à distance a contribué à certains défis supplémentaires. La création d'une relation avec les participantes a été plus difficile. En effet, certains comportements effectués lors d'une première rencontre, comme se serrer la

main, contribuent à établir une certaine intimité avec les autres, ce qui n'a pas pu être réalisé étant donné le caractère des entrevues (Mirick et Wladkowski, 2019). De plus, le langage non verbal a été difficilement observable. En effet, certaines latences se sont manifestées en raison de la connexion Internet et les expressions ou émotions des participantes étaient alors moins saisissables. Finalement, les participantes ont majoritairement effectué leurs entrevues à leur domicile, et celles-ci ont parfois été dérangées par leurs enfants, ce qui a constitué un défi pour le déroulement des rencontres, car elles perdaient le fil de la conversation.

Finalement, un risque de désirabilité sociale de la part des participantes a pu être présent, et plus particulièrement lorsque nous connaissons professionnellement l'intervenante. Les travailleuses sociales pouvaient vouloir montrer en quoi elles déploient de bonnes pratiques d'intervention et, dans la même logique, démontrer qu'elles sont des professionnelles connaissant suffisamment bien l'intervention en contexte d'idéations suicidaires. Afin de diminuer ce risque, nous avons expliqué en début d'entrevue les buts de la recherche et notre désir de mieux comprendre les pratiques d'intervention. L'utilisation de la vignette clinique a également permis de distancer l'intervenante de son contexte professionnel d'intervention, ce qui a pu contribuer à amoindrir la pression ressentie face à une situation fictive (Wilks, 2004).

Chapitre 4. Présentation des résultats

Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats obtenus lors des rencontres avec les intervenantes. À titre de rappel, nous nous sommes intéressées aux pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés ayant des idées suicidaires.

Nous présenterons tout d'abord les participantes de cette recherche, le programme du Soutien à l'Autonomie de la Personne Âgée (SAPA) ainsi que les rôles des travailleuses sociales qui interviennent auprès des aînés ayant des idées suicidaires. Par la suite, nous présenterons le portrait perçu des personnes âgées par les participantes. Les pratiques d'intervention dans ce contexte d'intervention seront ensuite abordés. Nous présenterons par la suite une section sur le développement des compétences des TS. Finalement, nous aborderons les différents enjeux et défis de ces pratiques d'intervention dans ce contexte spécifique.

Afin de préserver l'anonymat de nos participantes, des codes ont été utilisés pour les identifier (TS 1 à 10). Les entrevues se sont réalisées en anglais et en français. 8 des 10 travailleuses sociales ont réalisé les entrevues totalement en français, et les 2 autres ont utilisé le français et l'anglais pendant les rencontres. Afin d'alléger le texte, les extraits de témoignage anglophones seront traduits en français. Afin de préserver la confidentialité des participantes, nous n'identifierons pas leurs employeurs individuels, car certaines participantes sont la seule employée à occuper un poste spécifique au sein de leur organisation, comme les emplois d'agents de planification, de programmation et de

recherche (APPR). Nous présenterons plutôt les différents CIUSSS/CISSS pour lesquels les intervenantes travaillent.

4.1. Présentation des participantes

Dans le cadre de cette recherche, nous avons rencontré 10 travailleuses sociales travaillant activement au sein d'un CISSS ou d'un CIUSSS. 5 d'entre elles travaillent pour le CISSS des Laurentides et 2 travaillent pour le CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal. Finalement, 1 intervenante est à l'emploi pour chacune des organisations suivantes : CIUSSS du Centre-Sud-De-Montréal, CISSS de Laval et CISSS de la Montérégie-Centre. Les 10 travailleuses sociales sont des femmes.

Dans notre échantillon, quatre professionnelles rencontrées travaillent actuellement au Soutien à Domicile (SAD) (dont une exerçant une pratique privée en même temps) et une en Centre d'Hébergement en Soins de Longue Durée (CHSLD). Une est en Groupe de Médecine Familiale (GMF), une est en Centre Hospitalier (CH) en hémodialyse et une est à Info-Social. Finalement, les deux dernières participantes sont des Agentes de Programmation, de Planification et de Recherche (APPR), dont une pour le SAPA et l'autre en partenariat de soins. Celles-ci occupent ainsi des mandats spécifiques au sein de leur organisation.

4.1.1. Tableau de présentation des participantes

Participantes	Secteurs d'emploi actuels
TS 1	Groupe de médecine familiale (GMF)

TS 2	Soutien à domicile (SAD) et pratique privée
TS 3	Agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) en partenariat de soins
TS 4	Centre d'hébergement de soins et de longue durée (CHSLD)
TS 5	Soutien à domicile (SAD)
TS 6	APPR pour le SAPA
TS 7	Santé mentale adulte
TS 8	Info-social
TS 9	Soutien à domicile (SAD)
TS 10	Centre hospitalier - Hémodialyse
Employeurs	Nombre
CISSS des Laurentides	5
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	2
CIUSSS du Centre-Sud de Montréal	1
CISSSS de la Montérégie-Centre	1
CISSS de Laval	1

4.1.2. Présentation du SAPA

La majorité de travailleuses sociales interrogées a des expériences avec les personnes âgées au sein du SAPA, et elles ont toutes côtoyé de près ou de loin des aînés ayant des idées suicidaires dans ce contexte. En effet, 9 des 10 participantes ont travaillé ou travaillent activement au sein de cette direction. Ainsi, certaines participantes ont souvent référé à des situations vécues dans leurs expériences passées lors de leur passage au SAPA. Nous jugeons en ce sens pertinent de présenter brièvement ce programme afin de pouvoir mieux mettre en perspective les résultats obtenus.

La direction programme du Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) regroupe 2 principaux volets¹⁰. Tout d'abord, il y a le volet du soutien à domicile (SAD) qui comprend de nombreux services d'aide à domicile afin d'assurer que la personne âgée demeure à la maison le plus longtemps possible (ex. : soutien aux activités de la vie quotidienne, services professionnels de santé et de services sociaux, etc.). Ensuite, il y a le volet de l'hébergement lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, ce qui comprend les ressources non institutionnelles (RNI), les ressources intermédiaires (RI) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). La majorité de la clientèle du SAPA sont alors des personnes âgées en perte d'autonomie de différents niveaux. Toutefois, il est possible qu'une partie de la clientèle soit des personnes âgées de moins de 65 ans vivant avec un problème de déficience physique (ex : présence de sclérose

¹⁰ Les informations descriptives sur le SAPA proviennent de nos expériences professionnelles en tant que travailleuse sociale au sein de cette direction.

en plaques à 45 ans), et ce, à travers les 2 volets du SAPA. L'inclusion de cette clientèle au sein du SAPA dépend des régions et des choix organisationnels des CISSS/CIUSSS. Alors, le SAPA regroupe la plus grande proportion des aînés par leur mission, et ce, par rapport aux autres programmes des CISSS/CIUSSS.

4.1.2.1. Les rôles des travailleuses sociales en contexte d'intervention auprès des personnes âgées

Les TS poursuivent plusieurs objectifs dans leurs interventions et exercent plusieurs rôles au quotidien. Parmi ces rôles, les participantes mentionnent que les TS doivent aider la personne âgée en défendant ses droits et en assurant le respect de ses choix. Elles accompagnent les aînés, favorisent leur reprise de pouvoir et explorent les solutions disponibles avec eux. De plus, les TS doivent mettre en place un filet de sécurité pour assurer le bien-être de la personne. Finalement, elles sont tenues de rapporter « la réalité du terrain » d'intervention aux gestionnaires, c'est-à-dire de noter les défis présents et les problématiques vécues des personnes âgées, et de documenter les interventions et les suivis accomplis.

La majorité des participantes ont précisé les rôles qu'elles avaient plus spécifiquement au SAD, étant donné que la réalité d'intervention est différente dans ce programme comparativement à d'autres, qu'elles agissent le plus souvent comme des intervenantes pivots et ne réalisent pas que des interventions disciplinaires. Selon deux travailleuses sociales, le rôle d'une TS au SAD est très large, englobe différentes tâches, ce qui le rend difficile à définir, comme l'exprime la répondante ici-bas :

« Le rôle de la TS là, depuis que je suis en SAD que l'équipe demande "définissez, mettez des balises, c'est quoi notre rôle?". C'est où que ça commence pis c'est où que ça fini? J'ai toujours pas de réponse, c'est très large. C'est comme un peu de toute. » TS2

Malgré cette difficulté, des participantes sont en mesure de définir des tâches plus précises qu'elles effectuent. Ainsi, elles doivent apprendre à connaître la personne, évaluer sa situation globalement, évaluer son niveau d'autonomie et effectuer l'évaluation du fonctionnement social. Également, elles organisent et coordonnent les services d'aide à domicile, l'implication des différents acteurs autour des personnes et les accompagnent sur le plan psychosocial ou les réfèrent à un médecin selon les cas. Selon une participante, les TS au SAD font plus de gestion de services d'aide à domicile que d'accompagnement psychosocial en soi :

« J'ai plus l'impression que comme TS, je fais plus de la gestion de services, la gestion de problème de service d'aide à domicile. Je ne fais pas beaucoup de... tsé, je fais du psychosocial mettons à la première rencontre où si il y a vraiment une situation de crise. Sinon, en temps normal, avec quelqu'un qui va bien, ben ça va plus être la gestion de services, pis de faire le suivi des demandes d'hébergements. » TS5

De plus, l'intervenante au SAD est tenue de défendre et protéger les droits et besoins de la personne, par exemple, le droit de consentir ou non à un soin proposé par l'équipe traitante. Elle doit s'assurer de mettre un filet de sécurité en place pour la personne âgée, ce qui est plus facile au SAD que dans d'autres services selon certaines, en raison des ressources disponibles pour assurer une présence accrue auprès des aînés (par exemple, les services d'aide à domicile).

En contexte d'intervention suicidaire, le rôle d'une TS, selon les participantes, est d'offrir un soutien psychosocial, ce qui implique de faire de la relation d'aide, d'amener la personne à faire des réflexions sur sa situation et d'aller chercher le soutien psychologique requis. Celles-ci se considèrent comme des personnes-ressources pour la personne âgée ayant des idées suicidaires et elles font les liens avec les autres professionnels au besoin. De plus, la totalité des TS rencontrée indique qu'elles sont tenues d'évaluer et d'amoindrir le risque suicidaire. Concrètement, cette tâche implique de faire en sorte que les idées suicidaires soient moins préoccupantes, d'assurer la sécurité de la personne et de réduire le risque de passage à l'acte. La plupart d'entre elles se sentent en mesure d'effectuer cette évaluation du risque. Elles doivent également apprendre à connaître la personne, développer les facteurs de protection et favoriser sa reprise de pouvoir. Finalement, la TS est appelée à répondre à ses obligations professionnelles, soit de préserver la confidentialité de la personne, à moins d'un risque suicidaire imminent où, le cas échéant, elle devra porter assistance rapidement en contactant les services d'urgence en vue de protéger la personne. Ainsi, la professionnelle porte plusieurs chapeaux selon le contexte d'intervention et selon son contexte d'emploi. Nous développerons plus spécifiquement les modalités de l'intervention en contexte suicidaire plus loin dans le chapitre, après avoir donné un portrait des représentations des personnes âgées qui entretenues par les TS.

4.2. Le portrait des personnes âgées perçu par les travailleuses sociales

Tout d'abord, il est pertinent de s'intéresser à la façon dont les travailleuses sociales perçoivent les personnes âgées et les différentes problématiques qu'elles vivent. Ces représentations permettront de mieux comprendre la vision des participantes à propos de ce groupe d'âge, mais de voir également la compréhension qu'elles ont de leur réalité dans l'avancée en âge. Il est important de noter que les intervenantes, par leur rôle professionnel, fréquentent une clientèle vulnérable et ayant des besoins d'aide variés, ce qui influence forcément la perception qu'elles ont d'une personne âgée.

Lorsqu'il a été demandé aux participantes de décrire les caractéristiques d'une personne âgée en général, la majorité d'entre elles ont trouvé difficile de trouver une réponse. Plusieurs éléments sont à considérer et leurs caractéristiques seraient évolutives dans le temps selon l'une d'entre elles. Les travailleuses sociales rappellent que définir les personnes âgées dépend de la perception individuelle de la personne envers son vieillissement, de son mode de vie et de son lieu de résidence. Ainsi, un aîné peut être vu comme étant « jeune », s'il se voit lui-même comme tel et qu'il maintient un mode de vie dit actif.

Quelques participantes ont associé l'aîné à des catégories d'âge variées, soit tantôt dans les 50 ans et plus, dans 65 ans et plus, ou encore dans les 70 ans et plus. D'autres sont restées plus vagues en mentionnant qu'une personne âgée est « plus âgée qu'un adulte », et que les aînés sont un groupe vieillissant. Bon nombre des participantes ont évoqué que les personnes deviennent âgées lorsqu'elles vivent avec une perte d'autonomie

ou une maladie. Selon les travailleuses sociales, les aînés auprès desquels elles interviennent sont des personnes « plus lentes », plus vulnérables, plus fragiles et sont souvent dans une situation de dépendance. Cependant, elles sont conscientes que cette vision ne représente pas l'ensemble de la population âgée et que les aînés peuvent être des personnes actives et en santé.

Finalement, selon les TS, les personnes âgées ont une grande expérience de vie et ont une plus grande difficulté à exprimer leurs émotions en raison de leur éducation. Ces dernières mentionnant que les aînés souhaitent garder leur autonomie le plus longtemps possible et pour qui les valeurs de famille et de religion sont importantes. Ces représentations qu'ont ou développent les TS influencent forcément leurs pratiques d'intervention avec cette clientèle.

4.2.1. Problématiques vécues chez les aînés

Au regard de notre objectif 2 de recherche, soit de mieux comprendre l'impact des facteurs sociaux dans l'apparition des idées suicidaires chez les aînés, nous avons aussi questionné les participantes sur les difficultés vécues par les personnes âgées ayant des idées suicidaires qu'elles rencontraient. La majorité des problématiques soulevée par les participantes ont été identifiées dans notre recension des écrits. Ainsi, afin d'alléger les résultats présentés, nous aborderons seulement les problèmes d'accessibilité aux services, l'isolement, la maltraitance, les deuils, l'âgisme et les craintes vécues des aînés par rapport au vieillissement. Ces problématiques vécues peuvent ainsi constituer des facteurs de risque du suicide chez certains aînés.

Tout d'abord, la majorité des travailleuses sociales rencontrées indique que les services offerts aux personnes âgées sont peu accessibles. En effet, les aînés ont souvent besoin de ressources pour répondre à leurs besoins multiples. Les participantes mentionnent que les aînés ont une faible connaissance des ressources disponibles et démontrent peu d'initiatives en termes de demande d'aide. De plus, des barrières culturelles et linguistiques pourraient aussi être des obstacles à l'accessibilité selon les participantes. Une faible confiance en leur médecin de famille ou en leur professionnel de la santé peut être aussi présente, selon ces dernières.

Certaines travailleuses sociales expliquent aussi que l'enjeu d'accessibilité aux services s'exprime par une difficulté des aînés à demander de l'aide, car ils ont peur de déranger ou qu'ils ont honte de le faire. Ceux-ci auraient parfois peur des services sociaux, car ils craignent « d'être placés de force » et « d'aller en CHSLD ». Ils ont aussi peur d'avoir une mauvaise qualité de vie et de mourir en raison d'un problème de santé dégénératif. En conséquence, selon les participantes, les aînés rencontrés ont peur de vieillir, mais surtout de devenir dépendants des autres, ce qui peut créer de l'anxiété et de l'anticipation face à un futur incertain. Ainsi, ceci pourrait faire en sorte qu'ils sont parfois plus réticents à demander et à recevoir de l'aide. De plus, lorsqu'ils font une demande en ce sens, ils doivent être alors accompagnés pour pouvoir accéder aux services.

Ensuite, toutes les travailleuses sociales ont mentionné que l'isolement était une problématique chez les aînés. L'isolement social se manifeste par un faible réseau social ou son étiolement, un manque d'activités sociales et un faible sentiment d'appartenance à

une communauté. Les personnes âgées sollicitent peu leur entourage lorsqu'ils en ressentent le besoin, car ils ne veulent pas les déranger et ils ont l'impression d'être un fardeau pour leurs proches, ce qui contribue à maintenir leur isolement social. De plus, l'isolement peut être géographique pour certains aînés. La perte du permis de conduire, l'éloignement de plusieurs territoires par rapport aux centres urbains et la proximité des services offerts dans la région peuvent aussi augmenter la difficulté de la personne à briser son isolement. Finalement, la pauvreté matérielle, qui se manifeste par des conditions de vie difficiles et précaires et par un faible accès au marché locatif apparaît aussi comme un facteur contribuant également à l'isolement des personnes âgées.

Par la suite, la maltraitance est également une autre problématique qu'ils peuvent vivre. Plusieurs formes de maltraitance sont répertoriées par les participantes, comme l'abus financier, la négligence, la violence ou la violation de leurs droits d'autodétermination. Cette dernière forme s'exprime par une faible ou l'absence de consultation des personnes âgées concernées par des décisions les concernant, par une perte de pouvoir décisionnel et par une infantilisation. Ceci pourrait être causé notamment par l'âgisme, laquelle contribue à diminuer la valeur des personnes âgées selon une participante :

« La violation des droits, c'est comme si la personne qu'ils sont n'est plus à part entière, souvent on voit ça aussi. La perception extérieure vient à les diminuer beaucoup dans leurs droits, dans leur pouvoir de décision. » TS2

Dans un autre ordre d'idées, les deuils sont fréquemment vécus chez les personnes âgées étant donné leur avancée en âge. Plusieurs événements peuvent être la source des

deuils, comme la perte d'autonomie, le vieillissement, le décès d'un proche, la perte du réseau social, la perte d'un permis de conduire, la transition vers la retraite ou le changement de milieu de vie. Toutes ces pertes s'additionnent les unes aux autres et viennent ainsi complexifier les deuils. Selon une participante, la capacité de résilience peut être aussi plus difficile à mobiliser chez les aînés qui ont vécu de nombreux événements de vie difficiles :

« C'est sûr qu'un moment donné, à force de vivre beaucoup de deuils, beaucoup d'évènements marquants, ben là, un moment donné, c'est plus difficile, pis tu as plus de difficulté à être résilient. » TS5

De plus, les deuils entraînent des changements dans la vie des aînés et des difficultés d'adaptation peuvent en résulter. Celles-ci se manifestent à différents niveaux selon les travailleuses sociales, comme par la perte du goût de vivre, l'ennui, l'absence de motivation, la perte du sentiment d'utilité sociale, la perte d'un rôle social, la perte d'espoir, la perte de plaisirs de la vie, la peur de mourir et la peur du jugement des autres. Toutes ces difficultés d'adaptation des personnes âgées à la suite de deuils rejoignent les facteurs de risque du suicide recensés au chapitre 1.

Finalement, l'âgisme reste une problématique préoccupante selon certaines TS. Selon une participante, la société a une vision négative des personnes âgées, en raison notamment d'une croyance qu'elles coûtent cher au réseau de santé et des services sociaux. De plus, selon cette dernière, la survalorisation de la jeunesse au détriment de la vieillesse contribue à l'âgisme, alors que le vieillissement « fait partie de l'évolution normale de la vie » rappelle-t-elle, en ajoutant que :

« On a une tendance à regarder la jeunesse comme idéal. Qu'est-ce qu'on veut tout le monde? Être jeune. Mais honnêtement, ce n'est pas la réalité de la vie. On est tous sur le chemin d'[être] âgé. » TS7

Selon une autre participante, l'âgisme se manifeste par le fait que la société serait plutôt indifférente aux personnes âgées. Leurs expériences de vie sont peu valorisées. Ainsi, l'âgisme se manifeste par ces croyances et par des comportements stéréotypés basés sur l'âge, par exemple, comme le fait d'augmenter systématiquement le ton de la voix lorsqu'on s'adresse à une personne âgée, alors que plusieurs ont une très bonne audition. Tous ces éléments contribuent à la stigmatisation des personnes âgées et à une autodépréciation individuelle de leur valeur.

4.2.2. Les idées suicidaires chez les personnes âgées

Le suicide, spécifiquement chez les personnes âgées, rappelons-le, est un sujet peu abordé dans la littérature. Pourtant, la majorité des travailleuses sociales rencontrées rappellent qu'il y a une présence importante d'idées suicidaires chez les aînés, et ce, à différents niveaux. Selon elles, les idéations suicidaires se développent dans l'avancée en âge et se décuplent en fin de vie. En effet, certaines personnes âgées reconnaissent difficilement vivre avec des pensées qu'elles vont qualifier de suicidaires, car elles auraient peur que la travailleuse sociale interfère avec le passage à l'acte. Il est alors important d'avoir un lien de confiance avec la personne en détresse, ce qui contribue à favoriser le dévoilement de difficultés vécues selon une participante :

« En général, les personnes âgées, en tout cas, celles que j'ai beaucoup côtoyées, qui était peut-être plus en souffrance, demandaient de l'aide s'il y

avait un lien significatif. Donc, si on avait déjà des suivis d'entamés et qu'elles se sentaient déjà à l'aise, là, elles finissaient par nommer des choses. » TS3

Également, selon les travailleuses sociales interrogées, les personnes âgées expriment aussi leurs idées suicidaires, à travers leur discours, ce qui peut être difficile pour les membres de leur famille de reconnaître les signes indicateurs d'une envie de mourir. Les aînés auraient aussi plus tendance à évoquer un moyen de passage à l'acte, sans réelle intention suicidaire, mais plutôt dans la visée de lancer un appel à l'aide. D'autre part, l'expression de ces idées serait plutôt indirecte selon la majorité des participantes, c'est-à-dire que ces derniers s'exprimeraient sur la mort ou sur leur fatigue de vivre. Parfois, les aînés feraient le bilan de leur vie en mentionnant « avoir assez vécu », ou avoir une faible valeur, ce qui pourrait parfois indiquer la présence d'idées suicidaires cristallisées selon une participante.

« Il y en a qui vont dire qu'ils ont hâte qu'il [Dieu] vienne me chercher. Les petites phrases un peu plus "j'ai hâte de mourir", "j'ai plus d'amis", "je suis tout seul". » TS1

« Je dirais pas que c'est des idées suicidaires franches, mais c'est plus des idéations de mort qui dirait "pourquoi est-ce que je vie encore, je sers à rien, pourquoi le bon Dieu ne vient pas me chercher?". Ça, on l'entend. Moi, je l'entends vraiment souvent. » TS5

« De mon expérience, c'est souvent dans les phrases où ils disent "il ne me reste plus de raison de vivre". » [traduction libre] TS7

Les idées suicidaires pourraient aussi s'exprimer par une perte de motivation, une perte de goût de vivre et un sentiment de honte face à leur détresse. De plus, il y a aussi une perte ou une remise en question du sens de la vie. Tous ces éléments s'expriment par des émotions négatives, comme le désespoir, la dépression, le sentiment de débordement

et l'anxiété. Finalement, les idées suicidaires pourraient aussi s'exprimer par des changements dans les habitudes de vie, comme des modifications de l'appétit ou par un arrêt d'activités généralement réalisées. L'autonégligence de sa personne (ex. : hygiène corporelle négligée) et de son environnement (ex. : désordre au domicile) pourrait également être un signe indicateur d'idées suicidaires. De plus, selon les intervenantes, le suicide est une problématique taboue chez les personnes âgées. La présence d'idées suicidaires peut parfois passer inaperçue ou être sous-estimée, comme l'explique l'une d'elles :

« Je trouve que parfois le suicide chez les aînés peut être vu ou perçu comme un peu tabou, dans le sens ou “ben non, ça va passer, c'est juste une phase”. [...] C'est comme un peu de l'infantilisation. C'est une forme d'âgisme de la part ou des aidants, de la famille ou, des fois, du personnel. Ils vont le prendre moins en importance que par exemple un jeune de 13 ans qui va verbaliser des idées suicidaires. C'est comme si cette population est [vue] comme [de] seconde classe. » TS9

Ainsi, les aînés ayant des idées suicidaires ou ayant des antécédents suicidaires peuvent alors être stigmatisés lorsqu'ils consultent des ressources, et ceci pourrait expliquer que certains d'entre eux ne les sollicitent pas avant de commettre un geste suicidaire. De plus, lorsque les propos suicidaires sont fréquents, ceci peut faire en sorte que le risque réel d'un passage à l'acte soit minimisé par les proches et, qu'en cela, la détresse de la personne ne soit pas prise au sérieux. Cette stigmatisation peut résulter en un étiquetage de la personne, ce qui contribue à ce qu'elle ne reçoive pas l'aide requise pour sa détresse, comme l'illustre cette intervenante :

« Si on a une personne qui a une comorbidité [...], [des] pertes liées au vieillissement et santé mentale pis multirécidiviste au niveau des idéations suicidaires, ben elle était clairement étiquetée à l'urgence. Donc, aussitôt qu'on la faisait admettre, eux, ils la sortaient tout de suite, parce que pour eux, bah, c'est pas nouveau. Elle y a tout le temps été, elle a fait plusieurs passages à l'acte qui ont pas été..., qui sont non complétés. Donc elle était étiquetée, pis elle avait peut-être pas le même niveau de service qu'elle aurait dû avoir certaines fois. » TS3

4.3. Les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés ayant des idées suicidaires

Les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés ayant des idées suicidaires sont nombreuses et multiples. Mentionnons d'entrée de jeu que les travailleuses sociales rencontrées ont éprouvé des difficultés à identifier des techniques d'intervention précise, comme l'exprime l'une d'elles :

« Les techniques d'intervention, c'est difficile pour moi de te répondre là-dessus [...], j'y vais beaucoup au *feeling* dans qu'est-ce que je veux utiliser pour intervenir [...]. Je ne mets pas une étiquette sur ma technique d'intervention. » TS1

À cet égard, l'utilisation d'une vignette clinique lors des entrevues a permis d'obtenir des exemples concrets de pratiques d'intervention, et ce, à partir d'une situation réelle, ce qui nous a permis de mettre des mots sur les techniques et pratiques utilisées par les participantes. Notons que les pratiques d'interventions recensées se chevauchent souvent et se retrouvent dans différentes étapes du processus d'intervention suicidaire. En effet, le processus d'intervention suicidaire avec les aînés est similaire à un processus avec le reste de la population, selon les TS rencontrées, et ce, même s'il présente des particularités. Selon les participantes, il est nécessaire de commencer par une évaluation de la

dangerosité, soit une évaluation du risque suicidaire ou le risque d'un passage à l'acte. Il n'y aurait alors pas d'étapes prédéfinies dans ce processus.

Dans cette section, nous survolerons l'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires pour mieux situer le contexte d'utilisation de ces pratiques. Par la suite, dans un souci de clarté, nous avons divisé ces types d'interventions en trois grandes catégories. Nous verrons d'abord celles utilisées lors l'évaluation du risque suicidaire et, ensuite, celles utilisées après l'établissement du risque suicidaire. Ces dernières répondront à notre objectif 1, soit d'étudier les pratiques d'intervention déployées après l'évaluation du risque suicidaire. Finalement, nous aborderons ces pratiques utilisées à travers tout le processus d'intervention et terminerons avec celles à éviter selon les répondantes.

4.3.1. L'intervention des TS auprès des aînés ayant des idées suicidaires

Lorsque les participantes ont été questionnées sur l'intensité du suivi à assurer dans leurs interventions auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires, toutes se sont entendues sur le fait qu'un suivi régulier et rapproché doit être fait. Certaines ont précisé qu'un suivi hebdomadaire est nécessaire dans un premier temps, ensuite, la fréquence des rencontres peut être modulée selon la situation. Un équilibre doit être trouvé dans l'intensité des interventions afin d'éviter de surinvestir l'intervention et ainsi de susciter un sentiment de dépendance chez de l'aîné. Les TS mentionnent également la nécessité d'échelonner ses interventions sur plusieurs rencontres et de maintenir régulièrement le contact avec la personne âgée et le filet de sécurité en place.

De plus, les travailleuses sociales interviennent auprès de personnes vivant des difficultés et une détresse importante. Ainsi, leurs attitudes et les compétences interpersonnelles sont déterminantes dans ce contexte. La majorité des participantes rappellent l'importance de créer un lien de confiance et de respect avec la personne. Une d'entre elles exprime cette idée comme suit :

« C'est leur vie, c'est leur volonté. [...] Nous devons entrer dans leur vie avec le plus profond respect face à leurs décisions, pour qu'ils partagent ce qu'ils veulent partager avec nous. Nous ne sommes pas en charge de leur vie. [...] Alors, la relation thérapeutique, je trouve que c'est d'établir vraiment avec quelqu'un... quand il [va] sentir qu'on a ce respect profond pour eux autres, pour leur vie, pour leur décision de [vivre] comme il veut, avec raison. [...] Je pense que les personnes veulent être écoutées et veulent que nous les écoutions. [...] Comment pouvons-nous établir une relation avec l'autre personne? Je pense que c'est avec un respect pour leur vie, et d'être un témoin dans leur histoire et de respecter ce qu'il en est. Donc, pour moi, c'est l'élément le plus important avec lequel il faut commencer. [...] On veut que la personne puisse ressentir une confiance envers nous et puisse savoir que nous pouvons être là pour elle d'une certaine façon. » [traduction libre] TS7

Selon les participantes, il importe de mettre la personne à l'aise, de « connecter avec elle » et de la rassurer sur la disponibilité de l'intervenante en remettant ses coordonnées. L'échange d'un regard ou d'un toucher (ex. : mettre sa main sur la main) peut aussi aider à la création de cette confiance. De plus, laisser le temps à la personne âgée vivant des idées suicidaires de se réapproprier son pouvoir d'agir en lui laissant l'espace de faire ses propres choix est important selon les TS. Ce savoir-être souligne aussi la capacité de s'adapter à son rythme. Finalement, l'empathie, l'objectivité, l'authenticité et l'adaptation à la personne sont des attitudes primordiales à adopter selon les répondantes.

4.3.2. Les pratiques d'intervention utilisées lors de l'évaluation du risque suicidaire

Dans les interventions des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés suicidaires, une place primordiale est accordée à l'exploration de leur vécu et leurs besoins. Cette technique semble être un élément de départ pour mieux connaître la personne, mais aussi pour effectuer une évaluation adéquate de la situation. Les informations recueillies à ce stade-ci permettront de déterminer les prochaines étapes des interventions et de créer un filet de sécurité pour la personne âgée ayant des idées suicidaires.

Les participantes rappellent l'importance de s'intéresser à la personne âgée ayant des idées suicidaires. Les croyances, les valeurs, les forces et intérêts passés et actuels sont des éléments à mieux comprendre pour connaître l'aîné. Elles mentionnent également qu'il faut explorer les attentes et anticipations de la personne face au futur, par exemple leurs attentes par rapport à leurs relations interpersonnelles. Les besoins présents et les besoins non répondus de la personne âgée ayant des idées suicidaires sont aussi des éléments à considérer. Finalement, il faut questionner la personne âgée au sujet de ses attentes face aux interventions d'une TS :

« J'essayerais de voir dans un premier temps, comment elle se sent par rapport à l'idée de me rencontrer? C'est quoi ses attentes? » TS8

De plus, les TS reconnaissent que les aînés ont une grande expérience de vie comparativement au reste de la population, et qu'il faudrait s'y intéresser pour mieux les

comprendre. Il faut donc examiner leur réalité de vie actuelle, mais aussi les épreuves passées. Ainsi, les participantes évoquent la pertinence d'aborder le contexte de vie et l'environnement de la personne, telles que le statut marital, leurs réalités socio-territoriales (ex. : ville où la personne demeure, est-elle à proximité des commodités ou des services), la composition familiale, les relations actuelles et les relations passées avec des personnes décédées. De plus, il importe de cerner les difficultés vécues antérieurement et d'identifier la façon dont la personne a pu les surmonter afin d'utiliser les forces déployées antérieurement dans le contexte actuel. Finalement, les participantes rappellent également le besoin de considérer les antécédents suicidaires de la personne, en cherchant ce qui aurait pu amener vers un isolement social.

Ensuite, la santé physique et la santé mentale sont aussi des éléments à prendre en compte chez les aînés selon les TS. Elles indiquent que les personnes âgées peuvent être plus enclines à vivre une perte d'autonomie que le reste de la population, ce qui augmente l'importance d'évaluer la santé générale. Ainsi, elles mentionnent vouloir connaître les diagnostics et vérifier la présence d'une douleur chronique. Il est suggéré d'examiner s'il y a des signes physiques (diminution de l'appétit, perte de poids dans le dernier mois, manque d'énergie, modification des rythmes de vie, variations de l'humeur dans la journée, difficultés d'endormissements, nombreux réveils nocturnes ou réveils matinaux précoces) ou un trouble de l'humeur (anxiété, tristesse, absence de réaction, irritabilité, troubles de comportements, agitation, ralentissement moteur, pertes fonctionnelles multiples ou perte d'intérêts) sous-jacente à une dépression gériatrique, ce qui pourrait

permettre de mieux détecter le risque suicidaire chez la personne âgée. Finalement, si la personne âgée reçoit un traitement médicamenteux, il faut valider si l'effet souhaité du médicament est atteint.

De plus, les habitudes de vie des personnes âgées ayant des idées suicidaires peuvent être révélatrices de leurs situations et leur niveau de détresse vécue. À cet égard, il est important d'aborder le rythme de vie de la personne et son hygiène de vie par rapport à son sommeil, son alimentation ou son exercice :

« C'est quoi le rythme de sa journée? Comment est le sommeil? Qu'est-ce qu'elle mange le matin? Est-ce qu'elle se lève très tôt ou très tard? Est-ce qu'elle se lève à 11 h ou est-ce qu'elle se lève à 8 h le matin? À ce point-là, est-ce qu'elle mange? Est-ce qu'elle prend des médicaments? C'est quoi le rythme de sa journée? Est-ce qu'elle reste dans le lit presque toute la journée? Il y a beaucoup de choses que j'aimerais clarifier [...] dans l'hygiène de vie. Comment elle mange? Est-ce qu'elle a de l'exercice? »TS7.

Cette participante ajoute également qu'il faut identifier les potentiels changements dans l'apparence physique ou dans les habitudes de vie à la maison pour mieux comprendre l'impact de symptômes dépressifs sur la vie de la personne. Dans la même logique, il est nécessaire de porter attention aux changements dans les comportements (par exemple : apathie soudaine, perte d'intérêts à des activités qui apportait du plaisir auparavant) et de valider si la personne a commencé à faire des dons d'objets, ce qui pourrait indiquer une plus grande cristallisation des idées suicidaires.

Les intervenantes mentionnent le besoin d'explorer fréquemment les idées suicidaires tout au long du processus d'intervention pour procéder à l'évaluation du risque suicidaire. Une participante précise qu'il ne faut pas aborder le sujet directement en début

de rencontre, alors qu'une autre suggère de discuter du « comment, quoi, ou, qui et pourquoi » qui amène vers les idées suicidaires rapidement. Il est également évoqué par les travailleuses d'examiner la temporalité des idées suicidaires, c'est-à-dire d'identifier à quel moment les idées sont le plus présentes dans la journée ou dans la semaine. En ce sens, il faut également regarder les enjeux pouvant augmenter le risque suicidaire et pouvant précipiter un acte suicidaire. Finalement, il faut aussi valider s'il y a une présence de troubles idéatoires, comme une forte autodépréciation, un pessimisme constant ou des délires, ce qui pourrait augmenter le risque suicidaire.

De plus, les éléments de dangerosité sont également importants à évaluer dans le processus d'intervention suicidaire. Les grilles d'évaluation du risque suicidaire sont des outils fréquemment utilisés par les participantes, tels que la grille de Suicide-Action-Montréal (SAM) ou la grille du GÉRIS. Les TS utilisent les éléments présents dans ces grilles et s'en servent comme un guide de référence lors d'évaluations. Ainsi, les habitudes de consommation, tels que les changements ou abus dans la consommation de substances psychoactives (drogues, alcool, médicaments) sont abordées. Les TS jugent aussi important d'identifier les comportements à risque passé ou actuel (ex. : automutilation), le niveau d'impulsivité et la capacité de se contrôler. La présence d'arme à feu, le passé psychiatrique, les tentatives de suicide antérieures sont aussi à identifier. Finalement, l'établissement du « COQ » (Comment-Où-Quand)¹¹, ou le plan de passage à l'acte, sont

¹¹ Le COQ est une expression fréquemment utilisée en intervention pour valider si la personne suicidaire a un plan de passage à l'acte concret.

les éléments le plus souvent rapportés par les participantes qui sont à aborder. Elles exposent l'importance d'évaluer le COQ, mais aussi de le réévaluer constamment lors de prochaines interventions. Finalement, elles explorent si la personne présente une certaine mobilisation ou une adhésion concernant le recours à un suivi professionnel.

Les personnes âgées ayant des idées suicidaires vivent une détresse importante face à leur situation, et les difficultés qu'elles vivent peuvent être plus larges que seulement des pensées suicidaires. Les participantes estiment essentiel de s'intéresser à ce vécu actuel. Il faut ainsi examiner les sentiments et les émotions ressenties face à la détresse vécue, mais aussi la perception et la compréhension de leur situation. Il importe alors d'identifier ce qui est le plus intolérable actuellement et ce qui fait en sorte que la détresse vécue est difficile à nommer. Il est également nécessaire de porter attention au langage utilisé de l'ainé pour parler de ses difficultés afin de l'utiliser dans des interventions futures :

« C'est d'essayer de trouver une façon de parler dans son langage à elle. [...] Peut-être qu'elle a un langage elle-même pour [parler de] ça. » TS7

Au-delà des difficultés vécues, certaines des travailleuses sociales rapportent qu'il faut aussi s'intéresser aux éléments positifs dans la vie de la personne. Il importe alors d'explorer les activités valorisantes, les sources de plaisirs et les raisons qui amènent la personne à vivre, afin de pouvoir renforcer ces éléments et les utiliser comme moyen d'intervention par la suite. La TS9 exprime cette stratégie :

« Qu'est-ce qu'elle aime? Qu'est-ce qui l'anime, qu'est-ce qu'elle aime faire? Pour essayer de travailler justement, de renforcer finalement... trouver avec elle ce qui lui fait plaisir et ce qui lui fait du bien. » TS9

Miser sur des éléments positifs peut contribuer à identifier des pistes de solutions en intervention. Les travailleuses sociales indiquent en ce sens qu'il faut tabler sur ce qui favorise le mieux-être de la personne, et ce qui pourrait la soulager le plus rapidement. Il est nécessaire de cibler les dimensions de vie où l'aîné a du pouvoir pour d'agir sur celles-ci en vue transformer les éléments insatisfaisants. Les participantes proposent aussi certaines pistes d'intervention, comme suggérer aux personnes de reprendre contact avec certains membres de son entourage après une rupture du lien, ou avec des activités valorisantes antérieures ou adopter un animal de compagnie afin de briser son isolement. Certaines participantes recommandent aussi aux aînés de faire un suivi médical et, au besoin, d'avoir une médication pour les symptômes présents ou avoir un suivi avec une travailleuse sociale.

4.3.3. Les pratiques d'intervention utilisées après l'établissement du risque suicidaire

Après avoir établi le niveau du risque suicidaire, certaines participantes précisent l'importance de réévaluer fréquemment la situation des personnes âgées. Ainsi, il apparaît que le niveau du risque suicidaire peut se modifier dans le temps. Parallèlement, il faut déterminer le niveau de risque suicidaire « assumable » comme professionnelle, c'est-à-dire le niveau de risque acceptable quant au fait de laisser la personne seule dans la communauté, sans crainte d'un passage imminent à l'acte, et ajuster ses interventions en

conséquence. De plus, les propos suicidaires des aînés doivent toujours être pris au sérieux selon certaines participantes, et il faut leur refléter les inquiétudes présentes en tant qu'intervenante au besoin.

Ensuite, le contrat de non-suicide est un moyen d'intervention suggéré par certaines TS pour empêcher un passage à l'acte. Toutes les participantes ont affirmé qu'elles mettaient en place un filet de sécurité autour de la personne âgée. Il peut s'agir de mesures légales contre le gré de la personne si le risque suicidaire est trop élevé (ex. : hospitalisation forcée dans le cadre d'une P-38¹²) ou d'établir un plan d'action concret en cas d'augmentation du niveau de la détresse vécue, comme le précise la participante suivante:

« De faire des plans avec la personne [...] pour mettre en place le filet de sécurité, le répéter, le planifier avec la personne, le pratiquer avec la personne, pour que ce soit comme des jeux de rôles pour... c'est peut-être plus dans les techniques, mais se pratiquer avec des petits jeux de rôles : « s'il vous arrive ça, vous faites quoi? » TS2

Diminuer l'accessibilité au moyen léthal pressenti et encourager l'aîné à contacter des organismes de prévention du suicide en cas d'augmentation des idées suicidaires apparaissent aussi comme d'autres moyens pour établir ce filet de sécurité. Finalement, les participantes réitérent le besoin de semer un doute dans le désir de se retirer la vie et de créer l'espoir chez la personne ayant des idées suicidaires.

¹² La P-38 est la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Ainsi, si le risque suicidaire est imminent et que la personne représente un danger par elle-même à cause de l'ampleur de ses idées suicidaires, la professionnelle se doit de contacter les services d'urgence pour appliquer la P-38 (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2021).

4.3.4. Les pratiques d'intervention utilisées durant tout le processus

d'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires

Tout d'abord, les participantes ont mentionné qu'elles consultent le dossier antérieur des personnes et les évaluations qui ont été réalisées, le cas échéant, avant de rencontrer l'aîné. Prévoir le temps nécessaire à une rencontre est également important afin que ce dernier puisse avoir suffisamment d'espace pour s'exprimer, comme l'évoque cette participante :

« Quand j'ai un gros cas, je ne mets jamais quelque chose de très précis après, parce qu'il n'est pas question pour moi de me lever à 45 minutes et que la personne commence juste à déployer ses choses, parce qu'enfin, elle se laisse aller pis qu'[elle] parle pis qu'elle pleure. Lui dire : “c'est fini pour aujourd'hui”, c'est impossible pour moi. » TS10

Ensuite, il faut être en mesure de nommer son mandat d'intervention, cibler les objectifs d'intervention avec la personne et valider régulièrement leurs attentes. Ainsi, il faut refléter clairement le plan d'intervention convenu, et identifier le moment de son retrait éventuel du dossier afin de préparer la fin de ses interventions selon certaines TS. Finalement, afin de préciser son mandat auprès de la personne, les limites de l'intervention doivent être présentées (ex. : nombre de rencontres possibles), sans trop les formaliser, et ce, pour favoriser l'établissement ou le maintien du lien de confiance.

Dans un autre ordre d'idées, la majorité des travailleuses sociales rencontrées mentionnent d'emblée qu'il est nécessaire d'obtenir l'autorisation de la personne de communiquer avec les ressources et l'entourage avant de le faire, et ce, dans le but de respecter la confidentialité, comme elles le rappellent :

« J'essayerais de faire en sorte d'avoir l'autorisation pleine et entière pour pouvoir communiquer avec le proche de cette personne-là. » TS1

« Je ferais vraiment un travail d'équipe, avec toujours le consentement [de la personne]. » TS6

« Je parle avec le monsieur, la madame, peu importe, la fille, tout le monde qui me donne le consentement [de communiquer de l'information]. » TS6

Après avoir obtenu ce consentement, elles peuvent utiliser la technique de mobilisation, soit de solliciter différentes ressources internes ou externes (ex. : des aptitudes personnelles ou interpeller le réseau) dans un but précis, soit de favoriser le bien-être de la personne âgée ayant des idées suicidaires. Ainsi, les forces de la personne âgée sont utilisées à travers les interventions. Un processus d'auto-empathie doit se développer chez l'aîné afin d'augmenter sa capacité à prendre soin d'elle-même :

« Je la guiderais à avoir un processus d'auto-empathie pour vraiment accorder de l'importance à ce qu'elle vit [...] pis de l'amener à prendre soin d'elle, pas juste que ça vienne de l'extérieur. » TS2

De plus, les proches de la personne, autant le réseau social que le réseau familial, sont aussi des ressources à mobiliser lorsqu'il est possible de le faire. La plupart des travailleuses sociales rappellent l'importance de favoriser l'implication des proches, de leur parler des difficultés que l'aîné vit, et de faire des rencontres avec eux pour discuter et confronter au besoin les perceptions qu'ils ont de leurs relations avec leurs proches. Il est aussi important de s'assurer de la disponibilité et de la stabilité du réseau social de la personne afin que ce dernier puisse constituer un facteur de protection. Si les personnes âgées vivant avec des idées suicidaires ont peu ou pas de réseau de soutien autour d'elles,

il est également nécessaire de favoriser le développement de ce réseau selon les participantes. Notamment, il est possible de le faire en aidant l'aîné à trouver des activités valorisantes et adaptées à ses capacités et l'encourager à y participer pour faciliter son insertion au sein d'une communauté, et ce, afin qu'il y développe un sentiment d'appartenance. Il peut aussi s'agir de trouver des occasions pour que les personnes âgées créent des liens avec des personnes plus jeunes ou mettre en place plus de services d'aide à domicile pour contribuer à élargir le réseau de soutien dans des activités de vie quotidienne ou domestique. Ainsi, la création d'un réseau de soutien contribue à augmenter l'utilité sociale de l'aîné, briser son isolement et diminue la présence des idées suicidaires.

De plus, la mobilisation peut se faire auprès des ressources communautaires et professionnelles. Une bonne partie des travailleuses sociales indiquent l'importance d'utiliser et de référer les personnes vers les services accessibles, comme ceux d'aide à domicile. Selon les participantes, le médecin de famille semble être une des premières ressources à solliciter. Elles jugent pertinent de l'informer de la présence d'idées suicidaires afin qu'il puisse ajuster ses interventions, s'assurer du bon diagnostic afin que la personne âgée reçoive un traitement médical au besoin. De plus, la ressource à laquelle les participantes réfèrent le plus souvent est la ligne téléphonique régionale de crise suicidaire, qui permet d'obtenir un soutien psychosocial en tout temps :

« Je lui demanderais de me contacter s'il y a une recrudescence [des idées suicidaires] ou de contacter et je donnerais le numéro 1 800, parce que c'est plus facile dépendamment de la région. 1-866-appelle, j'y demanderais d'appeler si mettons je ne suis pas disponible à ce moment. » TS 1

« Je fournirais, définitivement avant que je la laisse quitter seule, je lui fournirais des numéros de centres de prévention du suicide. » TS 4

En outre, des organismes communautaires, des services de crises ou l'urgence sociale sont aussi des partenaires à mobiliser en contexte d'intervention suicidaire. Des services de thérapie, d'un psychologue ou d'autres professionnelles selon les besoins sont également suggérés selon les participantes. Un suivi en travail social pourrait aussi être proposé selon les critères d'admissibilité du programme.

D'autres techniques d'intervention de base sont également utilisées dans le processus d'intervention suicidaire, comme le reflet. Les travailleuses exposent l'importance de refléter les émotions et de faciliter l'expression de celles-ci, notamment en rappelant le courage que cela nécessite de parler de sa détresse. Il y a aussi la reformulation et la clarification des propos tenus, ce qui peut également permettre de s'assurer de la bonne compréhension de la situation de la personne. L'utilisation des questions ouvertes contribue également à explorer la situation et faciliter l'expression de l'aîné. Avec ces techniques, l'utilisation « du pire et du meilleur » scénario peut permettre de pouvoir mettre les événements survenus en perspective. Deux participantes mentionnent qu'elles utilisent la stratégie de la « baguette magique » pour identifier ce que la personne souhaiterait changer immédiatement :

« Est-ce qu'on peut regarder, si j'ai une baguette magique et qu'on peut changer quelque chose aujourd'hui, c'est quoi les choses qu'on peut travailler, même les petits pas? [...] Qu'est-ce que tu voudrais ici et maintenant? »
[Traduction libre] TS7

Ensuite, la valorisation et la validation de la valeur de la personne et de ses propos sont aussi des techniques d'intervention à utiliser. En ce sens, l'encouragement est aussi pertinent pour motiver la personne à accomplir certaines choses. En outre, il faut inviter la personne âgée à prendre soin d'elle, travailler à briser l'isolement vécu et aider sa libre expression avec les proches pour favoriser son mieux-être, selon les intervenantes.

La transmission de connaissances, ou l'éducation, fait également partie des pratiques d'intervention des travailleuses sociales et de techniques utilisées. Certaines des participantes exposent l'importance de sensibiliser et d'outiller l'entourage à prendre soin de la personne âgée. Il faut également apprendre à l'aîné ayant des idées suicidaires à communiquer ses difficultés à ses proches. De plus, une partie de cet enseignement sert également à démystifier les problèmes de santé mentale, ce qui permettra de normaliser et de mieux déceler la présence d'une détresse psychologique et d'idées suicidaires. Finalement, il faut être capable de vulgariser et expliquer les avantages d'une médication pour les problèmes de santé mentale, comme une dépression, afin que les personnes âgées acceptent plus facilement ce type de traitement, qui pourrait leur être bénéfique.

Par la suite, laisser l'aîné « ventiler », c'est-à-dire exprimer ses émotions est une façon de laisser place à son expression face aux difficultés vécues et d'effectuer, pour les TS rencontrées, de l'écoute active. Il faut alors être en mesure d'accueillir et de reconnaître le vécu, les émotions, la détresse et le parcours de vie de l'aîné et y accorder de l'importance. Par exemple, il peut s'agir de laisser la personne âgée parler d'une personne

défunte, qui était importante pour elle. Ainsi, il faut être en mesure de « voir l'humain devant soi », et pas seulement les difficultés vécues, comme l'affirme cette intervenante :

« Je vais commencer par un sujet de conversation très long. Je vais vraiment jaser [de] qui ils sont. Ils me disent “ben là, je suis venue pour tel problème”. Je dis : je sais, mais je veux connaître l'humain. » TS10

De plus, l'accompagnement de la personne âgée ayant des idées suicidaires est également une partie importante des interventions en contexte suicidaire selon les travailleuses sociales. Cet accompagnement peut se faire dans des démarches plus concrètes, comme en allant avec l'aîné à des activités ou l'aider à solliciter des ressources pour diminuer le sentiment de honte de demander de l'aide. Ainsi, cette technique permet d'offrir un soutien personnalisé à la personne âgée tout au long des interventions, comme le mentionne cette TS :

« [...] Dans ce que j'ai compris dans mes années de pratique [auprès des personnes âgées], l'accompagnement aussi est une clé maitresse. » TS10

Finalement, la technique de création d'ambivalence lors de présence d'idées suicidaires chez un individu permet de remettre en doute ses idées suicidaires, dont celle que le suicide soit une solution aux problèmes vécus. Les participantes décrivent cette technique par une déstabilisation de l'envie de mourir au profit d'une création d'espoir, et ce, en instaurant des doutes face à cette option. Il faut alors faire « grandir la partie qui veut vivre » en trouvant un sens à la vie :

« Éliminer le risque, [...] c'est d'essayer de travailler l'ambivalence. La personne est là et nous appelle, elle a quelque chose à quelque part, elle essaie

de s'accrocher à quelque part possiblement. Donc, c'est d'aller voir comment on peut travailler cette ambivalence-là. » TS8

Alors, il faut remettre en doute les limitations nommées par la personne âgée et confronter ses perceptions, notamment celle d'être un fardeau pour les autres. L'utilisation de la métaphore peut également être utile dans ce contexte pour normaliser les difficultés vécues et normaliser le fait d'interpeller son entourage lorsque l'aîné en ressent le besoin.

4.3.5. Pratiques d'intervention à éviter auprès des aînés ayant des idées suicidaires

Les participantes ont identifié quelques pratiques d'intervention à ne pas faire avec des personnes âgées ayant des idées suicidaires afin d'éviter des conséquences négatives. Notamment, il faut éviter de mettre trop d'accent sur les difficultés vécues, afin de laisser place à l'émergence des éléments positifs dans le parcours de vie. En même temps, il importe également de ne pas surcharger l'aîné avec trop d'informations ou de solutions à la fois pour assurer sa rétention de la discussion et sa compréhension de la démarche d'intervention. Il est aussi nécessaire d'éviter de trop formaliser les suivis avec des plans d'intervention, ce qui pourrait alourdir les discussions. Donner des solutions trop rapidement peut aussi créer des émotions négatives chez la personne âgée, car elle pourrait se sentir jugée et incapable de gérer seule ses difficultés.

Finalement, l'utilisation d'une approche sympathisante et trop « maternante » est à proscrire. En effet, cette approche qualifiée « d'âgiste » par une participante peut retirer

de l'autodétermination à l'aîné et normaliser ses idées suicidaires, ce qui peut contribuer à ce qu'il ne reçoive pas le support psychosocial requis :

« Il y avait comme même la sympathie je dirais, encore plus que l'empathie [de la part des intervenantes]. Dans le sens que “je le comprends, sa vie c'est l'enfer, je comprends qu'il veule mourir”. En même temps, ok c'est là, mais encore là, il faut remettre le chapeau professionnel pis [...] mettre un filet de sécurité en place. Mais je pense que c'est ça, c'est pas perçu comme toute autre personne dans le “ tout autre tranche d'âge”. C'est pas perçu comme si c'était une génération qui avait des risques suicidaires ou des enjeux suicidaires. Il y a comme plus de... je sais pas... une compréhension. Plus de sympathies. En même temps, je trouve que c'est un piège [...] On est vite dans le maternage d'une certaine façon. En même temps, cette approche-là, c'est réducteur pour la personne aînée. [...] C'est pas parce qu'elle a 80 qu'elle a pas besoin de support psychologique pis qu'a peut pas traversé sa crise suicidaire. Je trouve que là, il y a de l'âgisme qui peut venir se rattacher vraiment aux enjeux suicidaires chez les personnes aînées. » TS2

4.4. Développement des compétences des TS dans leurs pratiques

d'intervention auprès d'aînés ayant des idées suicidaires

La majorité des participantes affirment qu'une plus grande expérience de travail comme intervenante diminue le sentiment d'impuissance, augmente la capacité d'intervention auprès de la personne âgée ayant des idées suicidaires et permet d'élargir davantage ses moyens d'intervention. Par exemple, la TS1 explique que son implication antérieure à Suicide Action Montréal (SAM) comme bénévole fait en sorte qu'elle se sent mieux outillée dans ses interventions par rapport à ses collègues. Toutefois, certaines TS rapportent vivre des incertitudes et avoir l'impression d'être peu outillées en contexte d'intervention suicidaire, tel que l'exprime cette dernière:

« [...] J'avais plusieurs, plusieurs épisodes d'usagers présentant des idéations suicidaires, pis j'étais pas certaine d'être toute à faite adéquate toujours. [...] »

Moi, personnellement, je ne me sens pas assez outillée pour gérer ce type de crise-là. » TS3

La TS2 explique cette situation par le fait que les TS sont de moins en moins appelées à faire des suivis psychosociaux au SAD étant donné que la gestion de services d'aide à domicile est prédominante dans le quotidien des TS de ce programme. Les répondantes ont en outre exprimé le besoin d'avoir un soutien supplémentaire pour augmenter leur sentiment de compétence.

Ainsi, le soutien clinique disponible est un élément important qui peut influencer les pratiques d'intervention des TS en contexte d'intervention suicidaire auprès des aînés. Il est pertinent d'examiner le type de soutien qu'elles reçoivent au quotidien pour mieux comprendre leur réalité au travail, mais aussi pour mieux comprendre les effets du soutien disponible, ou lorsque celui est non disponible, sur le développement des compétences dans ce contexte d'intervention. Deux types de soutien offerts aux participantes ont été répertoriés dans cette recherche, soit la supervision clinique et la formation.

4.4.1. Supervision clinique

Tout d'abord, il est important d'avoir accès à ce type de soutien, car la supervision est utile pour exprimer les émotions vécues et pour revenir sur certains aspects des interventions. Certaines TS rapportent qu'elles ont des rencontres de supervision clinique individuelle ou de groupe. Quelques-unes ont aussi des rencontres d'équipe, et ce, à différentes fréquences. La TS8, travaillant à Info-Social, évoque que certaines de ses interventions, qui sont exclusivement téléphoniques, sont enregistrées puis écoutées par

ses supérieures, afin de recevoir de la rétroaction par la suite. Pour d'autres, peu de supervision est offerte en général.

Plusieurs personnes effectuent la supervision clinique selon les participantes, majoritairement les coordonnatrices cliniques et les collègues, mais aussi les spécialistes en activités cliniques (SAC), la cheffe de service ou un formateur du Guide d'évaluation de la personne suicidaire (GÉRIS). Malgré la présence à différents niveaux de supervision, la TS1 expose que ce n'est pas toujours aidant cliniquement pour elle :

« Je parle plus avec la coordonnatrice clinique... j'avais pas nécessairement l'impression... j'avais l'impression que c'était une oreille de plus, c'est drôle de comment je le dis peut-être. J'avais pas toujours l'impression que c'était supportant, mais ça, c'est peut-être plus une question de perception aussi. »
TS1

Selon les participantes, la présence de supervision clinique n'augmente pas nécessairement le sentiment d'être à l'aise dans l'intervention en contexte suicidaire. Deux participantes soulèvent que malgré la présence de ce type de soutien offert, la supervision n'est pas toujours disponible au moment opportun :

« Malgré la bonne volonté de tout le monde de vouloir se supporter dans ce type d'intervention-là [les interventions en contexte d'idéation suicidaire], ça veut pas dire qu'ils ont le temps au moment où tu as en a besoin. » TS3

4.4.2. Formation

La formation est un autre type de soutien offert pour les intervenantes travaillant auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires. Les participantes ont parfois reçu des formations sur le sujet, provenant soit de Suicide Action Montréal (SAM), soit du Guide d'évaluation de la personne suicidaire (GÉRIS), ou encore de petites capsules de

formation ont été offertes par leur employeur. D'autres ont fait la demande de cette formation et attendent toujours de la recevoir. Le choix des formations offertes aux intervenantes est sélectionné majoritairement par l'employeur selon deux TS. La TS2 mentionne qu'elle est en mesure de choisir ses formations selon ses intérêts personnels, alors que la TS7 indique qu'elle a peu de choix, ce qui peut entrer en conflit avec son développement professionnel, estime-t-elle. De plus, la TS1 expose qu'elle a ressenti un faible niveau d'écoute et d'ouverture au SAD concernant sa demande à l'effet que l'équipe reçoive une formation sur le suicide.

Certaines des participantes estiment que la formation offerte est minimale et que le nombre offert a diminué dans les dernières années. Un manque de formation sur le processus du deuil et sur les problèmes de santé mentale est aussi rapporté. Selon deux participantes, les TS ont une responsabilité individuelle de se former en continuité, en mettant à jour leurs pratiques d'intervention. De plus, le financement des formations est problématique, car le montant octroyé par l'employeur n'est pas suffisant selon les professionnelles. Pour certaines TS, le syndicat finance leurs formations.

En somme, pour une majorité, les formations aident à développer les interventions, car elles permettent de développer de nouveaux outils pour intervenir auprès des aînés ayant des idées suicidaires, comme l'évoque la TS4 :

« Je pense que j'ai bien apprécié la formation GÉRIS, d'avoir l'outil au moins, de me fier là-dessus pour que je puisse intervenir dans une situation et avoir une idée de [...] qu'est-ce que je dois faire. » TS4

Cette dernière ajoute un bémol aux besoins de formation évoqués des TS. Selon elle, les intervenantes ont tendance à vouloir obtenir une façon d'intervenir « prémâchée », alors que les situations sont en réalité plus complexes, et que les interventions doivent être personnalisées. Néanmoins, le type de soutien offert et sa qualité sont importants pour les TS.

4.5 Enjeux et défis des travailleuses sociales dans leurs pratiques d'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires

Les travailleuses sociales rencontrées travaillent pour des CISSS et CIUSSS. Ainsi, leurs pratiques d'intervention sont influencées par différents éléments, notamment par la culture de leurs organisations et leurs réalités de travail. Elles doivent également travailler avec l'humain, ce qui peut représenter des défis au quotidien et soulever des dilemmes éthiques. Dans la dernière section, nous examinerons ces enjeux et les défis liés aux pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés ayant des idées suicidaires. Cet exercice permettra de répondre à notre objectif 3 de recherche.

4.5.1. Enjeux organisationnels

Les travailleuses sociales font partie du réseau de santé et de services sociaux (RSSS), ce qui peut amener son lot de défis. Tout d'abord, les travailleuses sociales notent un accès difficile aux services offerts, notamment aux services d'aide à domicile¹³ et aux

¹³ Dans le discours des professionnelles du SAD, le terme de services d'aide à domicile réfère vers les services directs, tel que l'aide pour se laver ou de l'aide pour l'habiller. Les autres services de professionnels ne sont pas inclus dans la plupart du temps dans cette appellation.

services médicaux spécialisés. Plus largement, l'accès aux services reste difficile lorsque la personne nécessite de l'aide pour plus d'une problématique à la fois; les programmes respectifs refusent de les prendre en charge, référant les personnes vers l'autre programme. Deux TS rapportent que l'approche par programme contribue à cette difficulté d'accéder à des services dans les cas de comorbidité. Cette réalité fait en sorte que les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ayant des idées suicidaires ne sont pas répondus de façon globale :

« C'est comme si on m'avait dit [l'employeur], on en a assez de notre tâche, on a assez de nos gens en perte d'autonomie. C'est que s'ils sont suicidaires, on les enverra en crise. C'est parce que tu peux être en perte d'autonomie et suicidaire. Mais c'est ça, il y avait pas vraiment beaucoup de place pour ça. »
TS1

De plus, certaines TS affirment qu'il y a un manque de ressources pour répondre aux besoins d'aide de la population âgée depuis la dernière réforme. Les services ont été réduits dans les dernières années, notamment les ressources pour les personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale, les hébergements publics et les services d'aide à domicile. Le recrutement de personnel est également difficile dans le RSSS. La majorité des TS affirme qu'il y a un roulement important d'employés en plus d'une pénurie et une difficulté à recruter du personnel. Par conséquent, les expertises des intervenantes se perdent avec le temps. Finalement, le SAD n'est pas un secteur d'emploi attirant pour du personnel potentiel selon les participantes à cause de la vision négative des aînés, ce qui contribue à accentuer l'instabilité des services d'aide à domicile.

Par conséquent, les délais de prise en charge par des programmes du RSSS sont longs en raison des listes d'attente. Les participantes mentionnent que l'accès à des TS ou à des ressources spécifiques comme le SAD prend un temps important en raison de la réduction des services. Les délais d'attente font aussi en sorte qu'il est difficile de répondre aux besoins de la population âgée en temps opportun. De plus, il y a un danger de ne pas pouvoir bien repérer le risque suicidaire chez une personne âgée, étant donné le délai d'attente actuel.

Également, les modalités des services offerts dans le RSSS ne semblent pas adéquates selon les participantes. Les cadres d'intervention sont rigides selon elles. En effet, les interventions sont limitées dans le temps et de plus en plus standardisées, ce qui les dépersonnalise. Un faible nombre de rencontres est offert et les suivis psychosociaux, ou les épisodes de services, sont fermés rapidement, ce qui crée des frustrations chez les TS, comme l'exprime l'une d'elle :

« Quand j'ai commencé sur l'équipe de santé mentale, je pense qu'on pouvait voir quelqu'un jusqu'à 32 sessions. Je pense que c'était 32 sessions. Puis maintenant, c'est 10 à 15. [...] Il y a toujours cette pression de faire plus avec moins, tout le temps. Je crois qu'en santé mentale, il faut introduire les thérapies brèves, le rétablissement... J'y crois à tout ça. Je crois que c'est tout utile c'est sûr, mais pas pour tout le monde. Ce n'est pas une formule unique qui fonctionne pour tout le monde. On parle de personnes ici. On parle de personnes avec des vies complexes, avec des situations complexes et avec beaucoup de besoins différents. Ce n'est pas une formule qui convient à tous. Ça ne peut pas. [...] On reçoit beaucoup de pression de faire les choses différemment. Et... je ne sais pas... c'est très frustrant parfois. » [traduction libre] TS7

De plus, l'omniprésence de la question du budget est un autre enjeu organisationnel présent selon les participantes, ce qui fait en sorte que leurs employeurs refusent parfois

d'intervenir sur des problématiques pour cette raison. Ainsi, une reddition de compte plus étroite est exigée des professionnelles, notamment par des statistiques. Les changements organisationnels, dus à la réforme, ont amené une prédominance de la vision administrative des problèmes sociaux, ce qui ne tient pas compte de la réalité d'intervention des travailleuses sociales. La TS3 revient sur la fermeture rapide des épisodes de services qui semble être une stratégie pour maximiser les services donnés dans une logique financière managériale :

« On y va selon des épisodes de services qui tendent à vouloir être plus courts, pour fermer les dossiers, quitte à les reprendre, parce que c'est considéré comme un autre épisode de services, pis que financièrement, c'est plus payant pour le CISSS. Il y a une vision administrative qui éloigne de l'humain. » TS3

Par voie de conséquence, la majorité des participantes sont aux prises avec une surcharge importante de travail et une pression en raison de ces enjeux organisationnels. La TS2 illustre la surcharge vécue en mentionnant que les intervenantes sont « des poules pas de tête ». Un des éléments centraux causant cette surcharge de travail est le nombre élevé de dossiers attribués par TS. Ainsi, elles doivent diminuer la longueur et l'intensité des suivis pour être en mesure de voir toutes les personnes. De plus, une bureaucratie importante est rapportée par les participantes, ce qui contribue à la surcharge de travail des intervenantes et augmente le risque de commettre des erreurs professionnelles. Par exemple, la TS3 mentionne qu'il est difficile d'effectuer la rédaction des notes évolutives dans le délai demandé par l'OTSTCFQ, soit de 48 h à 72 h après l'intervention. La surcharge administrative occasionne ainsi un manque de temps pour faire des suivis selon les répondantes :

« J'aimerais faire plus de psychosocial, d'avoir plus de temps pour aller voir mes usagers plus souvent, parce que souvent, on manque de temps pis on essaie de les aider comme qu'on peut » TS5

En SAD, le rythme de travail est rapide selon certaines participantes, ce qui peut faire en sorte que les personnes âgées n'ont pas toute l'écoute nécessaire face à leurs situations. Le fait de se déplacer à domicile au SAD contribue aussi à diminuer le temps disponible. Ainsi, les intervenantes ont aussi tendance à référer d'autres ressources (ex. : programme de santé mentale ou organisme communautaire), lorsqu'il y a des idées suicidaires pour arriver à diminuer leur charge de travail. De plus, comme les travailleuses sociales interviennent souvent en réaction aux urgences, il y a peu de prévention du suicide et de suivis psychosociaux qui sont faits selon elles. Les possibilités de faire des suivis sur le deuil sont aussi limitées et il est difficile de prendre des stagiaires, soulignent les TS. En somme, les contraintes vécues au regard de la gestion et les critères imposés engendrent de la surcharge de travail constante, créant par conséquent une omniprésence de gestion de situations urgentes :

« [...] J'aimerais ça faire plus de psychosocial, parce que on intervient souvent en gestion de crise, pis là, on met en place plein de services, mais après ça, on priorise d'autres crises et d'autres urgences. Fak c'est rare qu'on a le temps d'aller les voir juste pour savoir comment ça va. » TS5

Ces pressions apportent plusieurs conséquences chez les TS, notamment, un stress élevé, un contexte de travail fatiguant, et une souffrance face à l'incapacité de répondre aux besoins de la population en même temps qu'aux exigences de l'employeur. Cette situation contribue à augmenter le nombre d'épuisements professionnels. La pression et

la surcharge de travail ressentie sont peu écoutées par les instances décisionnelles; certaines décrivent cette gestion centralisée par « le haut » (top-down) :

« Je trouve que notre travail est très important. Je pense que les travailleuses sociales, c'est pas toujours un travail facile. C'est pas toujours un travail avec des résultats qu'on veut avoir. Mais, [il faut] continuer notre travail avec nos valeurs, le plus que possible. De faire des choses comme ça [référant à ses interventions], de faire plus de dialogue autour de nos pratiques. Je souhaite... ce que je souhaite vraiment, c'est que les hauts gestionnaires nous demandent ce qu'on pense. Ce que nous voyons comme étant important. Parce que, je trouve que c'est encore des décisions venant du haut vers le bas. Je pense qu'en tant que travailleurs de première ligne, on n'est pas assez consultés sur ce qu'on a besoin, ou sur ce que la population a besoin. Il faut plus du dialogue, beaucoup plus de dialogue. » [traduction libre] TS7

Dans le même registre, la TS7 ressent une diminution de son autonomie professionnelle et décisionnelle depuis les dernières années. Quant à la TS1, celle-ci mentionne qu'elle a une certaine lassitude professionnelle depuis qu'elle est en Groupe de Médecine Familiale (GMF), ce qui n'était pas présent en SAD. Finalement, la supérieure immédiate de l'intervenante n'est pas toujours une TS, ce qui pourrait augmenter la méconnaissance du rôle de TS. Tous ces éléments contribuent à ce que leur profession occupe moins d'espace et de reconnaissance dans le RSSS selon les participantes.

Somme toute, malgré ces enjeux organisationnels, les TS doivent arriver à répondre aux besoins de la personne âgée en faisant preuve d'imagination, et ce, même si cela ne respecte pas toujours les balises d'intervention définies :

« C'est pas de la délinquance-là, mais je pense que des fois, j'ai su, [...] à travers le temps, démontrer que même si je pense en dehors de la boîte puis que des fois, je respecte pas toujours les lignes convenues, ça a un impact positif sur mettons la personne, sur l'équipe. Pis ça, ça prouve que mon *boss*,

il peut faire des exceptions des fois, ou fermer les yeux sur certaines choses, parce que ça répond aux besoins. » TS10

4.5.2. Dilemmes éthiques des travailleuses sociales

Les travailleuses sociales vivent souvent des dilemmes éthiques en raison notamment du décalage vécu entre leurs valeurs et les exigences organisationnelles évoquées, et les avenues d'interventions qui peuvent être utilisées dans ce contexte sont multiples.

Tout d'abord, le premier dilemme soulevé est la tension ressentie entre l'importance d'assurer la sécurité de la personne âgée et respecter son autodétermination et ses choix. Il faut parfois composer avec des décisions qui ne sont pas nécessairement les meilleures pour l'autodétermination de l'aîné selon une participante. De plus, les TS doivent parfois gérer des refus d'obtenir de l'aide de la part des personnes ayant des troubles neurocognitifs, car ils ne comprennent pas totalement l'impact de leur choix. Ainsi, des questionnements fréquents émergent entre des décisions mettant en tension l'autodétermination et sécurité des aînés, comme l'exprime la TS4 :

« On veut encore que les personnes fassent elles-mêmes leur choix. On veut pas qu'elles se fassent mal, mais de l'autre côté, c'est leur choix aussi. Alors, on peut mettre tout ce qu'il y a de disponible pour les protéger, mais à quel point est-ce qu'on enlève leurs choix à eux aussi de décider? » TS4

Ensuite, il y a un dilemme éthique entre les attentes de l'employeur et les décisions professionnelles. Deux TS expliquent qu'elles doivent souvent faire un choix entre effectuer des démarches et des interventions pour un aîné ou prendre ce temps pour compléter les documents administratifs demandés par l'employeur, comme les notes ou

les évaluations. Le temps restreint peut entraîner d'autres dilemmes éthiques selon certaines participantes, comme le fait de devoir choisir entre effectuer un accompagnement de la personne âgée dans ces démarches, ce qui demande plus de temps, ou sinon de le faire pour la personne, ce qui permet de sauver du temps. Ainsi, une tension est fréquemment présente entre les attentes organisationnelles et les réponses aux besoins de la population.

Finalement, un autre dilemme est la difficulté de jongler entre les attentes de l'OTSTCFQ et de l'employeur. La surcharge de travail, reliée aux exigences et à la réalité du RSSS, peut faire en sorte que les travailleuses sociales ne sont pas toujours en mesure de répondre aux exigences et au code déontologie de la profession. La TS2 donne l'exemple de l'évaluation du fonctionnement social, à savoir une évaluation disciplinaire obligatoire, qui est souvent perçue comme une tâche bureaucratique supplémentaire. De plus, elle précise que l'OTSTCFQ valorise le rôle de la travailleuse sociale alors que l'employeur veut répondre aux besoins de la population :

« C'est comme si notre employeur ne valorise pas nécessairement ça [l'évaluation du fonctionnement social]. Notre ordre valorise ça pis nous ramène à c'est quoi un travailleur social. Notre employeur va nous demander beaucoup de procédures en lien avec les rôles d'intervenant, si je pense au SAPA. Le rôle, c'est de conjuguer avec ces deux, il n'y en a pas un qui a la bonne vision pis l'autre qui a la mauvaise vision. Parce que notre employeur, il nous demande de répondre aux besoins de la population. » TS2

Ces dilemmes éthiques soulèvent certaines inquiétudes chez les travailleuses sociales. En résumé, la peur de commettre une erreur ou une faute professionnelle, et la

crainte de ne pas dépister les idées suicidaires chez une personne âgée sont les inquiétudes les plus souvent exprimées par les participantes.

4.5.3. Les défis d'interventions auprès des âgés ayant des idées suicidaires

Intervenir auprès d'une clientèle gériatrique comporte certains défis. Tout d'abord, les personnes âgées peuvent avoir certains problèmes de santé, comme des pertes de mémoires, ce qui ferait en sorte qu'elles oublient les interventions faites. Il y a aussi les problèmes d'audition et de compréhension entre l'intervenante et l'âgé, ce qui pourrait parfois rendre les discussions ardues. De plus, certains âgés mettent en échec les interventions des travailleuses sociales, c'est-à-dire qu'ils refuseront toutes les solutions proposées pouvant permettre d'améliorer leur bien-être. Le consentement aux interventions peut ainsi être plus difficile à obtenir.

Certains outils d'évaluation utilisés présentent un défi supplémentaire pour obtenir la collaboration des personnes âgées, car ils prennent du temps à remplir. Tous ces éléments peuvent faire en sorte que les âgés ne peuvent pas toujours fournir un consentement libre et éclairé, ou ne veulent pas le faire :

« C'est sûr qu'au niveau du consentement, c'est difficile d'avoir leur consentement, faut travailler quand même un peu plus fort pour arriver à, pas les convaincre, mais si on sait que la personne se met en danger chez elle, là on est pris entre son désir à elle de rester, mais en même temps, on le sait qu'il manque des fois de jugement et pis de se mettre à risque. [...] C'est toujours de jongler avec le consentement avec des gens qui ont des fois des problèmes cognitifs pis manquent un petit peu de jugement. Pis de faire la part des choses entre les deux [...] » TS5

De plus, un autre défi de l'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires est de créer un lien de confiance. La TS3 mentionne certains enjeux supplémentaires à la création de ce lien :

« C'est pas toujours facile pour eux de s'ouvrir. Pis quand on va à la maison, c'est peut-être pire à ce niveau-là. Quand tu vas pas bien, ça veut pas dire que ton ménage est fait, ça veut pas dire que tu as pas le goût que les gens rentrent dans ta bulle pis voit ton intimité. Donc, il faut vraiment les mettre à l'aise à ce niveau-là. Souvent, ils vont voir des intervenants beaucoup plus jeunes qu'eux. Fak, l'âge de l'intervenant peut être un enjeu pour eux. Ça veut pas dire qu'ils se disent que tu es assez outillé pour les aider. » TS3

De plus, certaines personnes âgées peuvent être peu rassurées face à l'implication d'une TS dans leur vie, et ce, en raison de craintes présentes, telles que répertoriées plus haut¹⁴. Cette inquiétude peut augmenter la difficulté de l'intervenante à créer un lien de confiance avec l'aîné. Une participante précise que la faible connectivité émotionnelle avec un aîné, c'est-à-dire une incapacité à établir une relation de proximité, rend les interventions parfois plus difficiles. Finalement, l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI) peut freiner la création d'une relation thérapeutique, ce qui est d'autant plus présent en contexte de pandémie.

Ensuite, l'évaluation des idées suicidaires est ardue chez les personnes âgées selon les participantes. Comme mentionné précédemment, les aînés verbalisent peu leurs idées suicidaires, ils contactent peu les ressources disponibles et leurs demandes d'aide initiales ne mentionnent pas toujours la présence de ces idées. Les participantes notent ainsi qu'il

¹⁴ Voir section 1.2.3.

est difficile de cibler les personnes les plus à risque et de prévenir des actes suicidaires. Il est parfois complexe de savoir si les idées suicidaires sont le problème en soi ou un symptôme d'un autre problème :

« L'enjeu, ça serait que c'est difficile à discerner, à mettre le doigt dessus. Parce que, tsé, souvent la personne âgée est tellement multiproblématique, que ça peut peut-être venir difficile de bien cerner c'est quoi le problème. Tsé, c'est tu la médication? C'est tu un diagnostic, une maladie mal diagnostiquée? C'est tu les pertes? C'est tu une petite dépression passagère, ça va passer? Tsé, il a comme ça aussi, il y a beaucoup de comorbidité qui vient que c'est difficile à mettre le doigt dessus. » TS6

Enfin, une partie des participantes rappelle que l'intervention sur les idées suicidaires en contexte de perte d'autonomie engendre des défis considérant la grande incertitude vécue par les personnes dans l'avancée en âge et vers la finitude. L'âge avancé de la personne diminue sa capacité de se projeter dans le temps et rend plus difficile les interventions visant à solliciter de l'espoir, ce qui est un défi supplémentaire en intervention comme l'explique cette TS :

« On peut traduire l'espoir par l'espérance de vie, t'espère vivre longtemps. Fak quand tu es jeune, cette espérance-là ou cet espoir-là, est toujours là. [...] Tu peux quand même aller chercher de l'espoir en te projetant loin en avant, parce que quand tu es âgé, cette capacité d'espoir ou d'aller chercher de l'espoir, pas qu'elle est moins présente, elle est plus raccourcie. » TS1

Chapitre 5. Discussion

Cette dernière partie vise à ouvrir une discussion sur les résultats obtenus. Rappelons que notre objectif de recherche est de mieux comprendre les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés suicidaires. À la lumière des résultats obtenus avec les participantes, ce chapitre se déclinera en trois grandes sections. Tout d'abord, nous examinerons les effets de l'âgisme sur les idées suicidaires des aînés et sur l'intervention des professionnelles dans ce contexte. Par la suite, nous examinerons les contraintes organisationnelles des pratiques d'intervention des travailleuses sociales et leurs effets sur les personnes âgées. Finalement, nous exposerons les pratiques d'interventions utilisées auprès de ce groupe et proposerons une modélisation.

5.1. Les effets de l'âgisme sur les idées suicidaires des aînés et sur l'intervention des travailleuses sociales

Tout d'abord, rappelons que la gérontologie critique, perspective faisant partie de notre cadre conceptuel, postule que l'âgisme, avec ses discours ambiants, influence la perception du vieillissement à différents niveaux (Baars & al., 2006; Minkler, 2007). Chang et ses collaborateurs (2020) définissent deux niveaux d'âgisme. D'une part, il y a l'âgisme individuel qui affecte directement les aînés. Ce niveau regroupe notamment les effets des stéréotypes et les discours ambiants sur le vieillissement. L'intériorisation de ces discours sur l'âge influence à leur tour la perception des personnes âgées concernant leur âge. D'autre part, il y a l'âgisme structurel, qui concerne des politiques explicites ou implicites, des pratiques ou des procédures des établissements qui discriminent,

explicitement ou implicitement, les personnes âgées en raison de leur âge. Nous utiliserons ces deux niveaux d'âgisme, qui sont au cœur des postulats de la gérontologie critique, afin d'expliquer leurs effets sur les idées suicidaires et sur l'intervention des professionnelles dans ce contexte.

Tout d'abord, les travailleuses sociales considèrent qu'une personne devient « âgée » lorsqu'il y a une perte d'autonomie quelconque. Selon elles, les personnes âgées ont généralement un rythme plus lent que le reste de la population et dépendent plus souvent d'autrui, ce qui est conséquent avec ce qu'elles observent dans leur pratique auprès des personnes âgées. Ainsi, être âgé n'est pas tant relié à un âge numérique précis, mais bien à une condition de santé entraînant une perte d'autonomie. Les représentations du vieillissement et des personnes âgées apparaissent dès lors polarisées. D'une part, il y a l'aîné qui est actif et qui reste intégré à la population dite adulte. D'autre part, il y a la personne âgée qui est dépendante de la société en raison de ses besoins d'aide, et qui devient donc vulnérable (Adam, Joubert et Missotten, 2013). Cette vision dichotomique des personnes qui ressort des récits des intervenantes, et soutient l'idée de la gérontologie critique qui avance que le vieillissement est une construction sociale qui varie selon les contextes sociohistoriques et culturels (Baars & al., 2006; Baars & al., 2013; Moulart, 2013). Bien que cela soit influencé par la réalité de leur pratique et que cela soit probablement inconscient, les travailleuses sociales peuvent jouer un rôle dans la transmission de cette image, car elles ne sont pas à l'abri du monde social qui intériorise ces représentations binaires du vieillissement, lesquels restent encore dominantes (Lagacé

et Rodrigues-Rouleau, 2021). Toutefois, ceci contribue à maintenir l'image de la personne âgée comme étant fragile, en plus d'homogénéiser le groupe des aînés, ce qui contribue à l'âgisme structurel (Kjolseth, Ekeberg et Steihaug, 2010). Il est alors d'autant plus important, en travail social, de prendre conscience de ce mécanisme pour minimiser les effets de l'âgisme sur les pratiques d'intervention.

Ensuite, toujours dans la perspective de la gérontologie critique qui entrevoit les problèmes reliés au vieillissement de façon socio-structurelle, et non pas individuelle (Minkler, 2007; Moulaert, 2013), l'organisation des services de santé et des services sociaux actuels contribue à véhiculer l'âgisme structurel. En effet, tel que rapporté par les travailleuses sociales, les aînés ayant des idées suicidaires ont une difficulté à recevoir de l'aide psychosociale au sein du programme SAPA, car ceux-ci sont plutôt référés vers un autre programme (ex. : programme de santé mentale) pour aborder leurs idéations suicidaires. Cette idée d'approche par programme (ou par problématique ou clientèle) fait en sorte que les personnes ayant des comorbidités ne reçoivent pas l'aide requise par rapport au problème vécu dans sa globalité. Cette façon de faire est particulièrement nuisible envers les aînés en perte d'autonomie ayant des idées suicidaires, car ceux-ci ne peuvent pas toujours sortir facilement de leurs domiciles pour recevoir des services spécialisés, et ainsi bénéficier d'une intervention globale. Or, une approche d'intervention globale est pourtant jugée nécessaire par les répondantes, compte tenu de la complexité des problématiques vécues par les aînés. Cette absence de ressources psychosociales, notamment due à la réduction des services et des effectifs dans l'émergence de la NGP,

contribue à discriminer toute une population sur la base de l'âge, qu'elle soit en perte ou pas d'autonomie. Nous verrons plus précisément en quoi le contexte de travail et les contraintes organisationnelles actuelles contribuent à véhiculer l'âgisme structurel dans la prochaine section.

De plus, les travailleuses sociales ont rapporté que les aînés pouvaient parfois se retrouver stigmatisés lorsqu'ils vivaient une détresse psychologique depuis un certain temps. En effet, des attitudes sympathisantes, une normalisation de leurs idées suicidaires ou une banalisation de leurs difficultés peuvent être présentes dans l'intervention et au niveau sociétale, ce qui fait en sorte qu'ils ne reçoivent pas l'aide requise en temps opportun. Ainsi, ceux-ci sont victimes d'une double stigmatisation, soit d'avoir des problèmes de santé mentale et être âgé. Cette stigmatisation contribue à ce que les aînés intériorisent une perception négative de leur vieillissement, ce qui est aussi rapporté par Adam, Joubert et Missotten (2013). Ainsi, les effets de l'âgisme structurel ambiant peuvent contribuer à créer de l'âgisme individuel, compte tenu de leurs interrelations (Chang, Kanno, Levy, Wang, Lee et Levy, 2020). En outre, les pratiques qui contribuent à l'âgisme, qu'elles soient individuelles ou institutionnelles et structurelles, peuvent faire en sorte que les aînés aient de la difficulté à demander ou recevoir de l'aide, car ils craignent des réactions négatives ou le jugement d'autrui. Cette dynamique représente un obstacle important à la prestation de services, et crée alors un cercle vicieux : en ne demandant pas d'aide, ils n'en recevront probablement pas, et le fait de ne pas demander de l'aide renforce à son tour les représentations de la vulnérabilité et de la fragilité des

ânés « qui n'osent pas rien demander ». En somme, la faible réponse sociale du RSSS face à l'âgisme en général, qui se manifeste notamment dans les pratiques institutionnelles, contribue tant à l'invisibilité des besoins des aînés qu'au manque de services d'aide, ce qui fait qu'il est un régulateur et reproducteur d'inégalités dans le parcours de vie des aînés, tel que soutenu par la gérontologie critique (Baars & al., 2006; Hafford-Letchfield, 2014; Minkler, 2007). Dans la même logique, le fait d'être aux prises avec des problèmes de santé mentale dans l'avancée en âge, additionnés avec des pratiques âgistes du RSSS, pourraient être des facteurs de risque menant vers le développement d'idées suicidaires chez ce groupe. L'intersection entre l'âgisme et d'autres problèmes de santé apparaît ainsi importante à considérer pour améliorer l'accès aux services et l'intervention déployée auprès des aînés.

5.2. Les contraintes organisationnelles des travailleuses sociales intervenant auprès des aînés ayant des idées suicidaires et les effets sur ces derniers

La majorité des travailleuses sociales rencontrées ont soulevé des défis et des enjeux de type organisationnel au regard de leur quotidien d'intervention. Par exemple, les intervenantes vivent une pression « du haut » afin d'arriver à produire des résultats quantitatifs, notamment en réalisant un certain nombre d'interventions par semaine, et en accomplissant de nombreuses tâches administratives. Rappelons que ces procédés augmentent la bureaucratie de la profession (Bourque, Grenier et Rullac, 2019; Grenier, Bourque et St-Amour, 2016). De plus, les intervenantes ont évoqué avoir moins de liberté d'action dans leurs interventions en raison de ce contexte de travail, ce qui rencontre

également les données des études sur les effets de la NGP concernant la perte d'autonomie professionnelle (*Ibid*). Les participantes ont aussi rapporté vivre des pressions pour qu'elles accomplissent davantage de suivis auprès des aînés, et ce, avec des ressources limitées. Des conflits de loyauté entre les valeurs et rôles du travail social et le contexte de pratique actuel semble ainsi émerger des entrevues réalisées auprès des TS, ce qui renvoie également aux conséquences de la NGP selon plusieurs études (Chénard et Grenier, 2012; Grenier, Bourque et St-Amour, 2016; Pauzé, 2016). L'approche de la NGP privilégierait une « culture d'entreprise », laquelle apparaît contradictoire, sinon dichotomique avec les valeurs et pratiques du travail social :

« Les exigences d'efficacité et d'efficience en matière de productivité visent une meilleure performance organisationnelle par la mise en place d'une culture d'entreprise misant sur des valeurs de responsabilité, de l'imputabilité des employé(es) en insistant sur le travail d'équipe, la participation, le respect de l'autorité et de la hiérarchie, la productivité, l'excellence et les résultats à atteindre » (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014, p.15).

Cette culture de performance promeut une vision administrative des problèmes sociaux, ainsi qu'une vision biomédicale des situations. Cette vision ne tient pas compte des déterminants sociaux de la santé, ni de la complexité des situations des personnes âgées avec des idées suicidaires. Ces effets de la NGP contribuent à complexifier les pratiques d'intervention des professionnelles, ce qui les amène à moduler leurs interventions face aux contraintes rencontrées. Notamment, comme stratégie ou modulation principale de leurs interventions, les travailleuses sociales priorisent les interventions à faire auprès des personnes âgées selon une échelle de gradation des situations les plus urgentes en premier au moins urgentes. Cet ajustement des pratiques au

regard du contexte d'intervention modelé par la NGP a aussi été rapporté par Chénard et Grenier (2012). Cette modulation implicite des interventions réalisées selon leur urgence fait en sorte que les TS font des suivis courts en plus grande quantité (ce qui répond aux exigences de l'emploi), en même temps qu'elles tentent de répondre aux besoins les plus pressants des aînés ayant des idées suicidaires. Cette stratégie de modulation n'est pas une panacée car elle entraîne néanmoins d'autres dilemmes éthiques. Par exemple, elles sont fréquemment confrontées à des conflits de valeurs, notamment entre « faire pour la personne » et « faire avec elle » (ce qui nécessite plus de temps que le premier). « Faire pour la personne » permet d'arriver à répondre à la fois aux attentes de son employeur et aux besoins de la personne âgée, mais peut susciter des conflits éthiques par rapport aux valeurs du travail social, qui promeut notamment l'auto-détermination et la capacité d'agir (empowerment) des personnes (Fontaine, 2012).

Elles vivent également des pressions d'ordre éthique, car elles doivent assurer des suivis multiples auprès de plus en plus d'aînés, alors qu'elles jugent que des suivis intensifs, auprès de moins de personnes, seraient plus bénéfiques pour leur mieux-être. Plus largement, les dilemmes éthiques vécus témoignent d'un décalage ressenti entre « la culture de profession » qui colore le travail social, et la culture de travail, mise en place avec la NGP. La culture de profession renvoie ici à l'identité professionnelle des intervenantes, ce qui s'acquiert avec la formation académique, les stages, les pratiques d'intervention, etc. (Thurler et Progin, 2013). Cette dernière est indépendante du contexte de travail, car elle se base sur les valeurs, les attentes et l'éthique du travail social. Ainsi,

les cultures organisationnelles et professionnelles peuvent se renforcer si elles partagent les mêmes valeurs, ou être en opposition, comme dans le cas présent (*Ibid*). La modulation des pratiques d'interventions permet alors aux intervenantes de réduire la dissonance entre les impératifs managériaux et leur culture de profession, et ce, en tentant de trouver des stratégies pour diminuer l'écart entre les deux et trouver un sens à leurs pratiques. Elles usent de leur créativité et de leur débrouillardise pour faire face à la complexité des enjeux en présence et pour arriver à des solutions qu'elles jugeront acceptables (et non optimales) dans leurs interventions (*Ibid*). En conséquence, il est difficile pour les travailleuses sociales d'intervenir à long terme avec les personnes âgées ayant des idées suicidaires, et encore plus d'agir en prévention de l'émergence des idées suicidaires avec cette clientèle.

De plus, ces effets de la NGP sont également ressentis auprès des aînés. Plus précisément, pour les aînés, des problèmes d'accessibilité aux services de santé et de services sociaux et un manque de ces ressources semblent omniprésents selon les participantes. La pandémie du COVID-19 a d'ailleurs largement démontré que les aînés subissent des graves conséquences de la gestion déficiente du continuum de soins en vieillissement, à commencer par le manque chronique de services de soutien à domicile (Grenier, Marchand et Bourque, sous presse). Cette situation révèle une forme d'âgisme structurel véhiculé indirectement par le RSSS (Lagacé et Rodigues-Rouleau, 2021).

Les personnes âgées sont aussi peu écoutées dans les discours publics, en partie en raison de leur position dans la société et des valeurs sociétales âgistes (Marchand, 2020), mais également en raison de l'organisation actuelle des soins de santé et de services

sociaux. En l'occurrence, les pratiques âgistes institutionnelles, incluant les discours, contribuent à une absence de reconnaissance de la valeur des aînés, ce qui contribue aussi à l'intériorisation de l'âgisme chez eux et à des conséquences négatives sur la santé mentale et physique (Chang et al., 2020). Elles participent aussi à véhiculer une impression de faible utilité sociale de ce groupe, ce qui influence négativement la perception sociétale du vieillissement (Adam, Joubert et Missotten, 2013; Marchand, 2020). Finalement, ce discours ambiant implicite âgiste et ses effets dans les pratiques (et vice-versa, les pratiques alimentent le discours) semblerait aussi contribuer à ce que les ressources disponibles continuent à être insuffisantes pour cette clientèle, étant donné la moindre importance accordée à cette population par les décideurs, mais aussi par le reste de la société.

5.3. L'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires : proposition d'une modélisation

Les situations des personnes âgées ayant des idées suicidaires présentent une complexité importante. Les intervenantes ont besoin de temps et de réflexivité pour développer leur jugement professionnel face à une situation problématique, ce qui est parfois contradictoire ou en décalage avec les exigences organisationnelles, qui visent plutôt la standardisation des pratiques d'intervention. La résolution des problèmes est une démarche complexe, ce qui nécessite une adaptation des interventions selon les situations (Grenier, Bourque et St-Amour, 2016). Il est alors nécessaire de prendre en compte les parcours individuels des aînés, et ce, malgré des expériences collectives qui peuvent être

similaires. De nombreux outils d'évaluation clinique existent pour guider les travailleuses sociales à intervenir dans un contexte d'idéation suicidaire, mais leur application sur le « terrain » engendre certains défis selon elles, considérant la singularité des situations des aînés. Ainsi, les théories et les données probantes à ce sujet servent à alimenter les pratiques d'intervention, leur opérationnalisation et leurs mises en application. À son tour, l'expérimentation des pratiques d'intervention alimente aussi la production de connaissances sur l'intervention en produisant des savoirs dans l'action. Dans la pratique réflexive de Kolb (1984), ces savoirs produits par l'observation réflexive nécessitent d'être conceptualisés dans une théorie ou un modèle transférable à des situations similaires; cette modélisation peut ensuite être opérationnalisée dans l'action. C'est ainsi en s'inspirant de ce cycle d'apprentissage réflexive de Kolb que nous avons utilisé les résultats de notre recherche pour arriver à modéliser les pratiques d'intervention auprès des aînés suicidaires, et ce, tout en visant un certain changement social dans les pratiques d'interventions des intervenantes envers cette clientèle, tel que promu dans les fondements de la gérontologie critique (Baars & al., 2006; Hafford-Letchfield, 2014; Minkler, 2007). Par-delà notre matériau, nous avons également mobilisé différentes approches, telles que l'approche psychosociale d'Erikson et l'approche globale.

Les pratiques d'intervention des travailleuses sociales en matière de suicide ne sont pas linéaires, comme nous l'avons décrit dans notre recension des écrits. En effet, bien qu'une intervention individuelle débute nécessairement par une évaluation initiale du risque suicidaire selon les participantes, l'évaluation du risque se poursuit de façon

dynamique à travers tout le processus d'intervention auprès des aînés. Il s'agit d'une façon de mesurer l'évolution des idées suicidaires et d'ajuster les prochaines actions en vue de soulager la détresse. L'évaluation des idées suicidaires demeure ainsi transversale au processus d'intervention suicidaire auprès des aînés, et ce dernier comporte deux étapes principales, soit l'exploration de la situation et l'intervention subséquente qui est déployée (voir schéma 1). Ces étapes, qui seront détaillées dans la section suivante s'ajustent selon l'évaluation du risque suicidaire faite par les travailleuses sociales.

La première étape qui consiste à l'exploration de la situation de l'aîné doit se faire globalement selon les participantes. Ce qui signifie qu'il faut porter attention à toutes les sphères de vie de l'aîné, soit la personne elle-même (ex. : vécu, besoins, difficultés, forces, intérêts, attentes, peurs, santé physique, etc.), son entourage (ex. : composition familiale et sociale, réseau social et familial) et son environnement (ex. : milieu de vie, conditions socioéconomiques, etc.). Il est également nécessaire d'explorer les idées suicidaires ainsi que les éléments de dangerosité s'y rattachant (ex. : moyens et moments de passage à l'acte) (voir schéma 1). Ainsi, cette exploration globale de la situation de la personne permet une lecture transversale de différents aspects de la situation, ce qui rejoint l'angle de vue de l'approche globale. Selon Fontaine (2012), cette dernière :

« Cherche à éviter la réduction autant macrosociologique que micropsychologique des réalités. Cet angle de vue propose de ne pas sous-estimer les facteurs sociaux qui affectent les conditions de vie, en particulier les inégalités sociales, tout en ne négligeant pas de considérer l'expérience subjective des personnes. Ainsi, l'approche globale est d'abord teintée d'une lecture globale de la réalité prenant en compte les aspects structurels et relationnels des situations, c'est-à-dire autant les enjeux économiques,

politiques, institutionnels, sociaux, culturels que les considérations biographiques, affectives, symboliques et circonstanciées. » (p.25)

À travers ce processus d'intervention, les participantes ont affirmé l'importance des compétences en lien avec le savoir-être, notamment les attitudes de bienveillance, de non-jugement, de respect et d'ouverture. En effet, l'emphase principale a été mise sur la création d'un lien de confiance avec l'aîné, ce qui constitue la prémisse sur laquelle peut se fonder l'intervention. Il est aussi nécessaire d'avoir des attitudes d'empathie, de respect du rythme et d'authenticité pour arriver à développer ce lien avec les personnes âgées. Ainsi, l'établissement d'une relation de confiance, qui constituera un lien thérapeutique tout au long du processus d'intervention, est requis dès la première intervention (voir schéma 1). Il est également nécessaire que l'intervenante se positionne dans un rôle d'accompagnatrice dans cette démarche, et non d'experte, pour arriver à créer une relation qui tend à l'égalité, ce qui rejoint les principes de l'approche globale de Fontaine (2012). De plus, des compétences en matière de savoir-faire sont également essentielles pour préparer les rencontres (ex. : réfère à la capacité de se préparer et s'informer avant d'intervenir, cadrer le but de l'intervention, etc.), et sont utilisées dans tout le processus d'intervention. Notamment, les techniques d'intervention et de relation d'aide se retrouvent dans cette catégorie, comme la mobilisation de la personne, le reflet, la reformulation, la formulation de questions ouvertes, la valorisation de l'aîné et la validation du vécu (les difficultés, sentiments vécus).

De plus, une des particularités du processus d'intervention suicidaire chez les aînés qui a été soulevée par des participantes est la difficulté de créer de l'espoir face à

l'amélioration de leurs conditions de vie ou de leur détresse psychologique. En effet, cette technique semble avoir une portée plutôt limitée dans le contexte de vie des aînés ayant des idées suicidaires étant donné leurs conditions de santé qui sont généralement précaires ou encore en raison de la perte d'autonomie. Dans ces cas, les aînés sont souvent confrontés à une impuissance face à leur situation de vie et à leur capacité, vue comme limitée, d'effectuer des changements sur leurs conditions d'existence. Les intervenantes partagent aussi ce sentiment d'impuissance, car il est aussi difficile pour elles de les aider à (re)trouver l'espoir de jours meilleurs considérant l'imprévisibilité de leurs conditions dans lesquelles ils continueront de vieillir. Ainsi, agir pour diminuer la présence des idées suicidaires présente des défis certains, et ce, malgré l'utilisation d'outils standardisés pour l'évaluation du risque pendant toute l'intervention. Les outils existants apparaissent donc limités lorsqu'il s'agit de soutenir la personne aînée aux prises avec de la détresse, souvent chronique. En réponse à cette difficulté, nous proposons un changement de paradigme pour adapter le processus d'intervention suicidaire à leurs réalités d'aînés. Pour ce faire, nous proposons de nous appuyer sur la théorie du développement d'Erikson.

En 1963, Erikson percevait huit stades de développement psychosocial de la personnalité de l'individu, qui s'étend de la naissance jusqu'à la mort (Brown et Lewis, 2003; Erickson et Erickson, 1998). À travers chacune des étapes, la personne est confrontée à une crise ou à un conflit interpersonnel en raison d'un changement radical dans sa perspective de soi (*Ibid*). Chaque individu peut résoudre de deux façons différentes cette crise ou conflit intérieur selon Erikson, et sa réponse changera ses réactions et sa

façon d'appréhender la situation ou les problèmes vécus. Nous nous intéressons particulièrement au huitième et dernier stade des étapes déclinées par Erikson, soit le vieillissement. Selon ce dernier, après avoir mené une vie active, l'aîné effectue une rétrospective et un bilan réflexif de sa vie puisque qu'il se rapproche de sa fin de vie (*Ibid*). Si la personne ressent une satisfaction face à la vie vécue, et une certaine acceptation d'une mort imminente à venir, elle atteint un sentiment de plénitude et d'intégrité envers soi. Au contraire, si la personne ressent que sa vie a été insatisfaisante et qu'il est impossible de changer les évènements, elle vivra ainsi des regrets, du ressentiment et un désespoir. C'est en se basant sur ce processus cognitif qui s'accomplit dans l'avancée en âge, plus particulièrement lorsque la personne prend conscience d'une finitude à venir, que nous proposons un changement de posture dans l'intervention auprès d'aînés aux prises avec des idées suicidaires.

En effet, les intervenantes vivent une impuissance dans leurs interventions lorsque les aînés se situent dans le pôle du désespoir, sentiment qui semblerait omniprésent pour les personnes âgées vivant avec des idées suicidaires. Elles ont aussi peu d'influence sur le passé et sur leurs conditions de vie actuelles (qui peuvent aussi résulter de choix faits dans leur passé). Ainsi, au lieu de tenter de diminuer les idées suicidaires comme but premier de l'intervention et à accroître l'espoir d'une amélioration de leurs conditions (de santé, de vie, etc.), il apparaît davantage important que les aînés puissent trouver un certain sens à leur vie actuelle, mais aussi à leurs expériences antérieures. Les personnes âgées ayant des idées suicidaires ont vécu différentes expériences de vie et ont probablement

dû surmonter de nombreuses adversités, ce qui leur ont permis de développer de la résilience. Selon le stade de développement d'Erikson, il est nécessaire d'arriver à trouver un sentiment de satisfaction face à la vie qui a été menée, et celle qui reste à vivre (*Ibid*). C'est sur cet aspect fondamental que nous proposons d'agir pour la deuxième d'étape du processus d'intervention et différentes stratégies peuvent y contribuer.

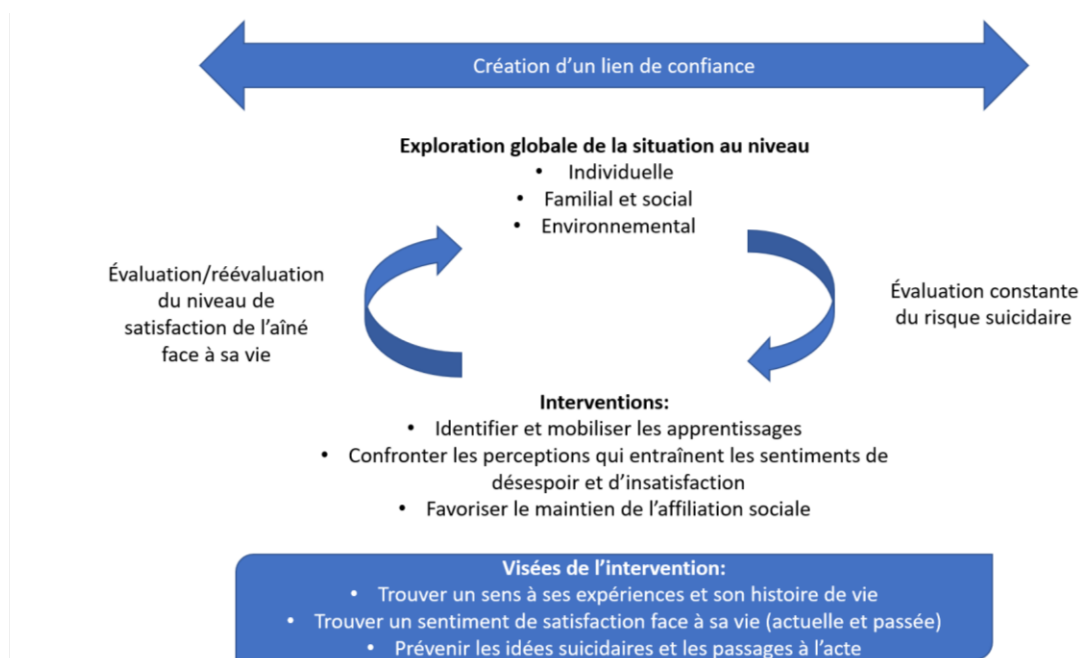
Tout d'abord, les travailleuses sociales doivent utiliser les apprentissages et les expériences antérieures de la personne âgée afin de l'amener graduellement à réinterpréter ses expériences de vie et ses apprentissages au regard des forces développées pour qu'elle puisse arriver à identifier son potentiel de résilience. Pour ce faire, il est nécessaire de confronter les perceptions qui entraînent les sentiments de désespoir et d'insatisfaction de l'ainé face à sa vie afin qu'il puisse arriver à retirer un sens de ses expériences et, graduellement, réécrire la trame de son histoire de vie. Concrètement, les techniques d'exploration de la situation (présente et passé) permettent l'identification des apprentissages « clés » (sur lesquels il apparaît prometteur de miser), et ce, afin de faciliter l'identification des forces déployées au cours de la vie (malgré l'adversité vécue), ce qui pourrait favoriser une certaine acceptation ou valorisation du vécu antérieur. À partir de là, il faut mobiliser et valoriser les forces et apprentissages effectués pour que la personne puisse, à partir de son bassin de forces et de potentiel de résilience, tenter de trouver des moyens pour diminuer la présence de sa détresse vécue. Ce changement de pensée dans la façon d'appréhender la trajectoire antérieure pourrait possiblement faire cheminer la personne qui avance en âge vers une acceptation de son vécu actuel.

Parallèlement à ce processus d'intervention, les affiliations sociales de l'aîné doivent être maintenues. Selon Marchand, Quéniart et Charpentier (2014, p.6) : « Les activités du quotidien mettent ainsi en relief une dimension relationnelle importante : le rapport aux autres (ne pas être ou se sentir isolé), au monde (garder un sentiment de familiarité vis-à-vis de celui-ci) (Caradec, 2007) et à soi-même (maintenir du bien-être) ». La création (ou le maintien) des liens sociaux permet aux aînés de participer socialement à la société, ce qui favorise, en retour, la consolidation des liens et le sentiment d'appartenance (Boudiny, 2013; Marchand, Quéniart et Charpentier, 2014). Dans cette perspective, il est important que les personnes âgées puissent maintenir un sentiment d'engagement dans leur vie, notamment via la poursuite d'activités quotidiennes et ordinaires (ex. : lecture, mots croisés, jardinage, faire faire ses ongles, etc.). Ces activités, banales en apparence, sont parmi les indicateurs les importants qui démontrent que ces dernières maintiennent cet engagement *dans* la vie, selon Boudiny (2013). Plusieurs types d'activités de la vie quotidienne sont accessibles pour tous les aînés, y compris les personnes en perte d'autonomie et celles ayant des idées suicidaires. Ainsi, les intervenantes doivent aussi favoriser et encourager les aînés à maintenir ou développer cet engagement à travers leurs interventions, et ce, en explorant avec eux leurs intérêts et la mise en action possible d'activités.

En résumé, en misant à la fois sur les forces et le potentiel de résilience des aînés pour favoriser la continuité de la vie, sur la consolidation ou création de liens sociaux ainsi que la réalisation d'activités qui permettent de se maintenir *dans* la vie, les aînés pourraient

vivre une plus grande satisfaction et éprouver un plus grand sentiment de plénitude. Plus concrètement, l'utilisation des apprentissages antérieurs, la confrontation des perceptions amenant des insatisfactions et le soutien dans le maintien de l'affiliation sociale pourraient permettre à ce que l'aîné ayant des idées suicidaires trouve un certain sens à sa vie actuelle, ce qui pourrait lui permettre d'être un peu plus en paix avec son avenir et possiblement, diminuer la présence d'idées suicidaires par la suite. Finalement, ces interventions, mises en place après l'évaluation du risque suicidaire, pourraient constituer en même temps des formes d'action de prévention d'actes suicidaires. Dès lors, la prévention du suicide est faite à un niveau individuel auprès des aînés directement touchés, et ce, dans un processus d'intervention dynamique. Le schéma ci-dessous résume la modélisation des pratiques d'intervention proposées auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires.

Schéma 1. Processus d'intervention des travailleuses sociales intervenant auprès des aînés ayant des idées suicidaires.



Chapitre 6. Conclusion

Cette recherche a mis en lumière les pratiques d'intervention des travailleuses sociales qui interviennent auprès des aînés ayant des idées suicidaires. Notre objectif principal était de mieux comprendre leurs pratiques dans ce contexte d'intervention, et nous avons 3 objectifs spécifiques, soit 1) étudier les types de pratiques d'intervention des travailleuses sociales qui se déploient après une évaluation du risque suicidaire des aînés ayant des idées suicidaires, 2) à partir de la perception des travailleuses sociales, mieux comprendre les effets des facteurs sociaux contribuant à l'apparition d'idées suicidaires des personnes âgées de 65 ans et plus et 3) identifier les enjeux et défis dans l'intervention auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires. Dans ce chapitre, nous relèverons d'abord les faits saillants en lien avec ces objectifs. Par la suite, nous discuterons des retombées de cette étude sur le plan de la profession du travail social ainsi qu'au plan académique et de la recherche. Finalement, nous émettrons des recommandations pour l'amélioration des pratiques d'intervention ainsi que des suggestions pour des recherches futures.

6.1. Faits saillants

Tout d'abord, pour l'objectif 1, soit d'étudier les types de pratiques d'intervention des travailleuses sociales qui se déploient après une évaluation du risque suicidaire des aînés ayant des idées suicidaires, nous avons pu déterminer que la perception linéaire qui est présente dans les écrits scientifiques face à l'intervention en contexte suicidaire ne se reflète pas dans les données obtenues (évaluation ou prévention du risque suicidaire,

intervention et postvention) et l'analyse faite démontre plutôt que ce processus est en réalité plutôt dynamique et circulaire. En effet, l'évaluation du risque était transversale au processus d'intervention dans sa globalité. Les intervenantes doivent alors être attentives au risque de façon continue. Une exploration exhaustive de la situation (individuelle, familiale, sociale et environnementale) est aussi nécessaire pour arriver à faire cette évaluation en continue. Ces principes de l'intervention en contexte d'idéation suicidaire auprès d'aînés apparaissent fondamentaux afin de mesurer l'augmentation ou la diminution des idées suicidaires pendant toute la durée de l'intervention. Tout au long de ce processus, l'utilisation du savoir-faire des travailleuses sociales, via différentes techniques d'intervention, est requise afin de pouvoir intervenir sur la détresse vécue. En cela, la prémisse de l'intervention dans ce contexte est l'établissement d'une relation de confiance avec la personne âgée afin de favoriser et faciliter l'atteinte des visées des interventions. De plus, une des particularités rapportées de l'intervention en contexte suicidaire auprès des aînés est la difficulté de créer l'espoir d'un mieux-être chez ce groupe étant donné leur problème de santé ou leur perte d'autonomie. Pour pallier cette limite rencontrée par les intervenantes, nous proposons un changement central dans la pratique auprès des aînés. Le but de l'intervention auprès de ce groupe est de miser sur la recherche d'un sens aux expériences actuelles et passées, et de favoriser le sentiment de satisfaction face à la vie vécue, plutôt que de focaliser (uniquement) sur la diminution idées suicidaires. Les travailleuses sociales doivent travailler à identifier et mobiliser les apprentissages et les forces acquis antérieurement de façon à les réinvestir dans le contexte

présent, tout en confrontant les perceptions amenant des insatisfactions, et en favorisant le maintien des différentes affiliations sociales et l'engagement *dans* la vie. L'objectif sous-jacent vise à ce que l'aîné développe un plus grand sentiment d'acceptation et de satisfaction face à ses conditions de vie, ce qui pourrait, nous en faisons l'hypothèse, diminuer la présence de ses idées suicidaires par la suite.

Ensuite, l'objectif 2 était de mieux comprendre les effets des facteurs sociaux contribuant à l'apparition d'idées suicidaires des personnes âgées de 65 ans et plus et les pratiques d'intervention qui y sont associées, et ce, à partir de la perception des travailleuses sociales. Ainsi, cette recherche a pu faire montrer qu'il y a une difficulté d'accès aux services et une insuffisance de ressources psychosociales pour les aînés ayant des idées suicidaires. Ces problématiques d'accès et de manque de services, entraînant une réponse inadéquate aux besoins des personnes âgées, ont d'ailleurs été documentées depuis plusieurs années, notamment en ce qui concerne les services de soutien à domicile (Grenier, Marchand et Bourque, sous presse). Selon nous, il s'agit là des effets de l'âgisme structurel avec l'organisation des services de santé et de services sociaux actuelle, qui présente certaines lacunes dans le continuum de services pour cette population. Dans la foulée des « gérontocides » (Simard, 2020) qu'a révélés la pandémie, la question de l'âgisme a été d'ailleurs soulevée par divers acteurs pour expliquer les lacunes mises en lumière dans le continuum de soins de longue durée (Hébert et Couturier, 2020; Lagacé et Rodrigues-Rouleau, 2021; Simard, 2020). Les récits des travailleuses sociales témoignent aussi des pratiques âgistes que vivent les aînés (notamment par les employés

du RSSS) lorsqu'ils demandent de l'aide ou expriment leurs difficultés. Les représentations âgistes et cette vision de l'aîné « inutile et boulet pour la société » contribuent à l'exclusion et la ségrégation de ce groupe (Endo, 2018; Ennuyer, 2011; van Hees et al, 2015). Tous ces éléments peuvent contribuer à ce que les aînés intériorisent des représentations négatives de leur propre vieillissement, ce qui a engendré des conséquences sur leur propre santé (Adam, Joubert et Missotten, 2013; Chang et al., 2020).

Finalement, l'objectif 3 était d'identifier les enjeux et défis rencontrés par les travailleuses sociales dans l'intervention auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires. Cette recherche a montré qu'un bon nombre de difficultés vécues par les travailleuses sociales étaient reliées aux contraintes et exigences organisationnelles en place, ce qui est fortement influencé par l'approche de la NGP dans le RSSS. Cette réalité de travail force ainsi les intervenantes à moduler leurs pratiques d'intervention en priorisant certaines actions et pratiques, au détriment de d'autres, qu'elles savent pourtant bénéfiques (ex. : faire des démarches à la place de l'aîné afin de sauver du temps au lieu de l'accompagner à le faire, assurer un suivi seulement lorsque c'est urgent). Elles gèrent ainsi les situations urgentes en premier, et ce, afin de pouvoir répondre tant aux attentes en matière de reddition de compte (i.e des critères quantitatifs) qu'aux besoins des aînés qu'elles accompagnent (i.e des critères qualitatifs). Cet équilibre fragile entraîne toutefois des dilemmes éthiques pour les travailleuses sociales dans leurs interventions auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires. De fait, un décalage est vécu entre leur culture

de profession (Thurler et Progin, 2013), intimement liée aux valeurs et à l'éthique de la profession du travail social, et leur contexte organisationnel. Face à ces dilemmes éthiques, celles-ci doivent user de créativité et de débrouillardise pour arriver à répondre et intervenir face à la complexité des situations des aînés, et ce, tout en se conformant aux attentes liées à leur contexte de travail.

6.2. Retombées pour les travailleuses sociales et le domaine du travail social

Cette recherche a mis en lumière les pratiques d'intervention utilisées par les travailleuses sociales dans un domaine très spécifique, peu abordé dans la littérature scientifique en travail social. Rappelons que les recherches sur les interventions en contexte d'idéations suicidaires se trouvent majoritairement en psychologie et en psychiatrie. Les savoirs liés au travail social sont peu présents dans les écrits scientifiques alors que, paradoxalement, le travail social est la profession le plus souvent touchée par la problématique du suicide dans le quotidien (Chan, 2018; Manthorpe et Iliffe, 2010; Maple et al., 2016; Osteen, 2016; Petrakis et Joubert, 2013; Ruth et al., 2013; Scott, 2015; Tremblay, 2012). Sur le plan académique, nos travaux apparaissent ainsi fort pertinents pour le développement des objets étudiés dans le champ du travail social, alors que sur le plan de la pratique, nos résultats permettront aussi l'intégration de nouvelles connaissances. À cet égard, une modélisation des pratiques d'intervention utilisée auprès des aînés ayant des idées suicidaires a été proposée, ce qui permettra possiblement d'outiller les travailleuses sociales sur le terrain, mais aussi de personnaliser davantage le processus d'intervention auprès de cette population précise. Enfin, cette recherche a

permis de se pencher spécifiquement sur la problématique du suicide auprès des personnes âgées alimentant ainsi les connaissances cet enjeu contemporain.

6.3. Recommandations pour l'amélioration des pratiques d'intervention

Les travailleuses sociales rencontrées vivent un sentiment d'impuissance dans leurs pratiques d'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires, ce qui est cohérent avec les recherches précédemment menées (Scott, 2015). D'ailleurs, la majorité des participantes ont elles-mêmes émis des recommandations concernant l'amélioration de leurs pratiques d'intervention et pour le développement de leurs compétences. Toutefois, leurs suggestions n'ont pas été entendues ou mises en place par leur employeur. Notamment, il est suggéré qu'elles reçoivent plus régulièrement des formations et des discussions cliniques, ce qui pourrait favoriser leur sentiment de compétence et les outiller davantage à intervenir dans ce contexte d'intervention. Cette recommandation s'applique plus particulièrement pour celles travaillant au programme SAPA, étant donné que les intervenantes de cette direction au sein des CIUSSS-CISSS sont en première ligne auprès des aînés présentant une perte d'autonomie. De plus, à l'instar du dernier rapport de recherche commandé par la Société Royale du Canada en 2020, nous recommandons également que les employeurs soient à l'affût des besoins verbalisés des intervenantes et écoutent leurs suggestions, puisqu'elles sont en contact étroit avec les personnes aidées. En ce sens, il est tout aussi nécessaire d'écouter les personnes âgées dans l'expression de leurs besoins, car celles-ci sont au cœur de ces interventions.

Dans le même ordre d'idées, une amélioration de la réalité de travail semble nécessaire. De nombreux effets négatifs sont attribués à l'approche managériale de la NGP dans le RSSS, ce qui affecte plus particulièrement les intervenantes, selon plusieurs études (Beddoe, 2013; Chénard et Grenier, 2012; Couturier, Gagnon et Belzile, 2013; Curie, 2010; Evetts, 2006; Grenier, Bourque et St-Amour, 2014; Hotho, 2008). Ainsi, un changement de vision dans la compréhension et l'analyse des problèmes sociaux semble nécessaire afin que les personnes âgées soient considérées dans leur globalité, et non seulement de façon administrative ou comme des « cas » à quantifier. Ceci permettrait aussi que les professionnelles puissent exercer leurs rôles de travailleuses sociales au quotidien, et ce, sans toujours devoir moduler leurs pratiques d'intervention afin de rencontrer les exigences « du haut », comme exposé dans notre discussion. Nous recommandons enfin une charge de travail moindre afin de diminuer la pression ressentie par les travailleuses sociales. Avoir l'opportunité d'effectuer de suivis psychosociaux de meilleure qualité et de maintenir des pratiques éthiques qui correspondent aux valeurs du travail social devrait être la ligne directrice à poursuivre.

6.4. Suggestions de recherches futures

Notre recherche s'est principalement intéressée aux travailleuses sociales travaillant dans le RSSS et intervenant auprès des aînés ayant des idées suicidaires. Pour de recherches futures, nous suggérons d'élargir les critères d'échantillonnage pour inclure les techniciennes en travail social et les intervenantes des organismes communautaires, car elles peuvent intervenir tout autant auprès de cette clientèle. Cette diversité d'expertise

permettrait d'élargir la recension des pratiques d'intervention utilisées spécifiquement auprès des aînés ayant des idées suicidaires, et d'alimenter la modélisation proposée, tout en restant dans le champ de l'intervention sociale. De plus, il serait aussi pertinent de faire davantage de recherche sur le thème du suicide dans l'avancée en âge, mais en impliquant acteurs concernés par cette problématique, c'est-à-dire les aînés directement. En effet, peu de recherches-action participatives ont été faites directement avec cette population. L'inclusion des personnes âgées dans la recherche *par et pour* permettrait de mieux comprendre leurs points de vue, ce qui contribuerait à explorer le sujet sous des angles nouveaux et permettrait d'améliorer les pratiques d'intervention des professionnelles intervenant auprès d'elles. Finalement, nous suggérons d'effectuer des études portant sur l'âgisme dans les pratiques d'intervention de différents professionnels et dans l'organisation des services de santé et de services sociaux afin de mieux établir les effets présents sur les personnes âgées.

6.5. Retombées pour les personnes âgées

Bien que cette recherche s'intéresse principalement aux travailleuses sociales, les personnes âgées étaient également au cœur de ce mémoire. L'utilisation de la gérontologie critique et de son angle d'analyse macrosociale et critique a permis de mettre en lumière les inégalités que vivent les aînés et de dénoncer les rapports de pouvoirs à l'œuvre lorsqu'ils utilisent des services de santé et de services sociaux. Rappelons que l'âgisme s'immisce dans les pratiques d'intervention des travailleuses sociales, mais aussi dans la culture organisationnelle et dans l'organisation du RSSS. Ainsi, il est nécessaire de

sensibiliser la communauté face à la problématique de l'âgisme (au même titre que celles du sexisme et du racisme). Agir sur la présence d'âgisme dans l'organisation des services de santé et de services sociaux nous apparaît d'autant plus important considérant le vieillissement actuel de la population. Il est aussi impératif d'octroyer des ressources suffisantes pour les aînés et de valoriser leurs savoirs et expertises. Une reconnaissance adéquate de leurs rôles et de leurs besoins semble être aussi primordiale pour favoriser leur plus grande inclusion au sein de la société. Finalement, c'est en promouvant la transformation des pratiques vers une plus grande justice sociale, via des actions pour enrayer les stéréotypes, comportements et attitudes âgistes, qu'il sera possible de reconnaître la juste valeur des personnes âgées dans nos sociétés occidentales, et d'obtenir des conditions favorisant le vieillissement dans la dignité pour tous et toutes.

Références

- Adam, S., Joubert, S. et Missotten, P. (2013). L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs! *Revue de neuropsychologie*, 5(1), 4-8. doi : 10.16884/nrp,2013.0248
- Alessi, M., Szanto, K., et Dombrowski, A. (2019). Motivations for attempting suicide in mid- and late-life. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 109-121. doi: 10.1017/S1041610218000571
- Amyot, J.-J. (2012). Vieillesse, contrôle social et idéologie sécuritaire. *Vie sociale*, 1(1), 125-143. doi:10.3917/vsoc.121.0125
- Baars, J., Dannefer, D. Phillipson, C. et Walker, A. (2006). *Aging, Globalization and Inequality: The New Critical Gerontology*. New York: Routledge.
- Baars, J., Dohmen, J., Grenier, A. et Phillipson, C. (2013). *Ageing, meaning and social structure: Connecting critical and humanistic gerontology*. Bristol: Policy Press.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris, PUF.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives, Hors série* (2), 98-114.
- Beaud, J-P. (2016). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale, De la problématique à la collecte des données* (6^e éd., p. 251-286). Presses de l'Université du Québec.
- Bergman Levy, T., Barak, Y., Sigler, M., et Aizenberg, D. (2011). Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), 115-117. doi: 10.1016/j.archger.2010.02.012
- Bogers, I. C., Zuidersma, M., Boshuisen, M. L., Comijs, H. C., et Oude Voshaar, R. C. (2013). Determinants of thoughts of death or suicide in depressed older persons. *International Psychogeriatrics*, 25(11), 1775-1782. doi:10.1017/S1041610213001166
- Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R., et Demyttenaere, K. (2016). Are religiousness and death attitudes associated with the wish to die in older people? *International Psychogeriatrics*, 28(3), 397-404. doi:10.1017/S1041610215001192
- Boudiny, K. (2013). 'Active ageing': from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society*, 1(1), 1-22.
- Bourque, D. (2009). La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales. *Intervention*, 131, 161-171.
- Bourque, M., Grenier, J. et Rullac, S. (2019). Travail social : des pratiques en tension? *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 19-27. doi : 10.7202/1066098ar

- Brown, C. et M. J. Lewis (2003). Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies*, 17(4), 415-426.
- Burrows, S., Auger, N., Roy, M. et Alix, C. (2010). Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Quebec, Canada, 1990-2005. *Public Health*, 124(2), 78-85.
- Caine, E. D. (2013). Forging an agenda for suicide prevention in the United States. *American Journal of Public Health*, 103(5), 822-829.
- Caradec, V. (2007). L'épreuve du grand âge. *Retraite et Société*, 52, 11-37.
- Centre de prévention du suicide Le Faubourg. (2014). *Le suicide chez les personnes âgées*. Repéré à <http://cps-le-faubourg.org/le-suicide-chez-les-personnes-agees/>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS ODIM), (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*. Repéré à <https://aqiism.org/wp-content/uploads/2018/11/Mai-07-Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-G%C3%89RIS-2018-07-17.pdf>
- Chang, E., Kanno, S., Levy, S., Wang, S-Y., Lee, J. E. et Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on oldest persons' health: A systematic review. *Plos One*, 15(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Chan, W. C. H. (2018). Assessing Suicidal Risk in Practice: A Validation Study Initiated by Medical Social Workers. *The British Journal of Social Work*, 48(8), 2332-2345.
- Chen, Y. J., Tsai, Y-F., Ku, Y-C., Lee, S-H. et Lee, H-L. (2014). Perceived reasons for, opinions about, and suggestions for elders considering suicide: elderly outpatients' perspectives. *Aging & Mental Health*, 18(5), 593-599.
- Chénard, J. et Grenier, J. (2012), Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité, *Intervention*, 136, 18-29.
- Cheung, G., Merry, S., et Sundram, F. (2018). Do suicide characteristics differ by age in older people? *International Psychogeriatrics*, 30(3), 323-330. doi: 10.1017/S1041610217001223
- Cooper, M.D. (2000), Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36, 111-136.
- Couturier, Y., Gagnon, D. et Belzile, L. (2013). La gestion de cas comme analyseur des paradoxes de la nouvelle gestion publique. Dans Bresson, M., Jetté, C. et Bellot, C. (dir), *Le travail social et la nouvelle gestion publique* (1^{ère} éd., p. 105-119). Presses Universitaires du Québec.
- Crête, J. (2016). L'éthique en recherche sociale. Dans B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale, De la problématique à la collecte des données* (6^e éd., p. 289-312). Presses de l'Université du Québec.

- Curie, R. (2010). *Le travail social à l'épreuve du néo-libéralisme: Entre résignation et résistance*. Paris : L'Harmattan.
- Denison, D., Nieminen, L. et Kotrba, L. (2012). Diagnosing organizational cultures: A conceptual and empirical review of culture effectiveness surveys. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(1), 145-161.
- Dextras-Gauthier, J. et Marchand, A. (2016). Culture organisationnelle, conditions de l'organisation du travail et épuisement professionnel. *Relations industrielles*, 71(1), 156-187.
- Endo, C. (2018). Creating a common world through action: what participation in community activities means to older people. *Ageing et Society*, 40(6), 1175-1194. doi:10.1017/S0144686X18001587
- Ennuyer, B. (2011). À quel est-on vieux? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et Société*, 138, 127-142.
- Erikson, E. et Erikson, J. (1998). *Life Cycle Completed: Extended Version with New Chapters on the Ninth Stage of Development by Joan M. Erikson*. W. W. Norton & Company.
- Evans, R. E. et S. Price (2013). Exploring organisational influences on the implementation of gatekeeper training: a qualitative study of the Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) programme in Wales. *Critical Public Health*, 23(2), 213-224.
- Evetts, J. (2006). Short Note: The Sociology of Professional Groups. *Current Sociology*, 54(1), 133-143.
- Fontaine, A. (2012). Réflexions théoriques sur l'approche globale. Dans Lamoureux, H., Fontaine, A., Parazelli, M., Labbé, F., Gauvin, A., Dusablon, S. et Beaulieu, M. (dir.), *L'approche globale : contexte et enjeux* (1^{ère} éd., p. 24-36). Regroupement des organismes communautaires de la région 03.
- Gamliel, E. et Y. Levi-Belz (2016). To end life or to save life: ageism moderates the effect of message framing on attitudes towards older adults' suicide. *International Psychogeriatrics*, 28(8), 1383-1390.
- Gauthier, B. et Bourgeois, I. (2016). L'introduction. Dans B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale, De la problématique à la collecte des données* (6^e éd., p. 1-19). Presses de l'Université du Québec.
- Gilman, S. E., Bruce, M. L., Have, T. T., Alexopoulos, G. S., Mulsant, B. H., Reynolds, C. F. et Cohen, A. (2013). Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 59-69.

- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (2014). L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec : La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux. Université du Québec en Outaouais. http://www.cocqsida.com/assets/files/MSSS_Dementement_Progressif.pdf
- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (2016). La souffrance au travail: une affaire de gestion? *Intervention*, 144, 9-20.
- Grenier, J., Marchand, I. et Bourque, M. (2021). Les services de soutien à domicile au Québec: une analyse des réformes (1980-2020). *Nouvelles pratiques sociales*, 32 (1), 26-46
- Hafford-Letchfield, T. (2014). Critical educational gerontology: what has it got to offer social work with older people? *European Journal of Social Work*, 17(3), 433-446.
- Harrison, K. E., Dombrowski, A. Y., Morse, J. Q., Houck, P., Schlernitzauer, M., Reynolds, C. F. et Szanto, K. (2010). Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *International Psychogeriatrics*, 22(3), 445-454.
- Hébert, R. et Couturier, Y. (2020). Un âgisme systémique révélé par la pandémie. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/589996/un-agisme-systemique-revele-par-la-pandemie>
- Heisel, M. J., Neufeld, E. et Flett, G. F. (2016). Reasons for living, meaning in life, and suicide ideation: investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community-residing older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 195-207.
- Heller, N. R. (2015). Risk, Hope and Recovery: Converging Paradigms for Mental Health Approaches with Suicidal Clients. *British Journal of Social Work*, 45(6), 1788-1803.
- Hotho, S. (2008). Professional identity – product of structure, product of choice: Linking changing professional identity and changing professions, *Journal of Organizational Change Management*, 21 (6), 721-742.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), (2017). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2016 – Mise à jour 2019*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2497_suicide_quebec.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), (2019). *Ampleur des comportements suicidaires au Québec*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-auto-infligee-le-suicide-et-les-tentatives-de-suicide/ampleur-des-comportements-suicidaires-au-quebec>
- Jonson, M., Skoog, I., Marlow, T., Mellqvist Fässberg, M. et Waern, M. (2012). Anxiety symptoms and suicidal feelings in a population sample of 70-year-olds without dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(11), 1865-1871.

- Ju, Y. J., Park, E.-C., Han, K.-T., Choi, J. W., Kim, J. L., Cho, K. H. et Park, S. (2016). Low socioeconomic status and suicidal ideation among elderly individuals. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 2055-2066.
- Kay, D. B., Dombrowski, A. Y., Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Begley, A. et Szanto, K. (2016). Insomnia is associated with suicide attempt in middle-aged and older adults with depression. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 613-619.
- Kim, J., Lee, Y.-L. et Lee, J. (2016). Living arrangements and suicidal ideation among the Korean older adults. *Aging & Mental Health*, 20(12), 1305-1313.
- Kim, S., Ha, J. H., Yu, J., Park, D.-H. et Ryu, S.-H. (2014). Path analysis of suicide ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 509-515.
- Kjolseth, I. and O. Ekeberg (2012). When elderly people give warning of suicide. *International Psychogeriatrics*, 24(9), 1393-1401.
- Kjolseth, I., Ekeberg, O., et 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. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 903-912.
- Kjolseth, I., Ekeberg, O., et Steihaug, S. (2010). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 209-218. doi: 10.1017/S1041610209990949
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2e éd., vol. 1). Pearson FT Press.
- Koo, Y. W., Kolves, K. et De Leo, D. (2017). Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *International Psychogeriatrics*, 29(8), 1297-1306.
- Lamoureux, H., Fontaine, A., Parazzelli, M., Labbé, F. Relais-Femmes, Gauvin, A., Dusablon, S. et Beaulieu, M. (2012). *L'approche globale : contexte et enjeux*. Regroupement des organismes communautaires de la région 03.
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B. et Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88-98.
- Lesage, A., St-Laurent, D., Gagné, M. et Légaré, G. (2012). Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 239-255.
- Li, J., Theng, Y.-L. et Foo, S. (2015). Depression and Psychosocial Risk Factors among Community-Dwelling Older Adults in Singapore. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30(4), 409-422.

- Manthorpe, J. et S. Iliffe (2010). Social Work with Older People--Reducing Suicide Risk: A Critical Review of Practice and Prevention. *British Journal of Social Work*, 41(1), 131-147.
- Marchand, I. (2018). Stories of contemporary aging : An analysis of “lived” citizenship in later life. *Journal of gerontological social work*, 61(5), 472-491. doi:10.1080/0163437212017.1420001
- Marchand, I. (2020, 15 octobre). Sortir de l’ombre : les personnes âgées et la gestion de la crise sociale et sanitaire au Québec [balado audio]. Dans *Sur le vif*. CREMIS. <https://www.cremis.ca/publications/articles-et-medias/sur-le-vif-17-sortir-de-lombre-les-personnes-agees-et-la-gestion-de-la-crise-sociale-et-sanitaire-au-quebec-avec-isabelle-marchand/>
- Marchand, I., Quéniart, A. et Charpentier, M. (2014). Les classifications du vieillissement : quelle résonance dans les représentations des femmes âgées. *Émulations*, 13, 95-110.
- Maple, M., Pearce, T., Sanford, R. L. et Cerel, J. (2016). The Role of Social Work in Suicide Prevention, Intervention, and Postvention: A Scoping Review. *Australian Social Work*, 70(3), 289-301.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (1998). *Stratégie québécoise d’action face au suicide : S’entraider pour la vie*. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_237.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (2004). *Évaluation de l’implantation de la stratégie québécoise d’action face au suicide*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-825-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (2010). *Guide des bonnes pratiques à l’intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2015). *Programme national de santé publique 2015-2015 : pour améliorer la santé de la population du Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017). *Plan d’action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Ministère du travail, de l’Emploi et de la Solidarité Sociale (2021). *Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/p-38.001>
- Minkler, M. (2007). Two Critical gerontology: reflections for the 21st century Critical perspectives on ageing societies. Dans M. Bernard et

- T. Scharf (dir.), *Critical perspectives on ageing societies* (1^{ère} éd., p. 13-23). Policy Press.
- Mirick, R., McCauley, J., Bridger, J. et Berkowitz, L. (2016). Continuing Education on Suicide Assessment and Crisis Intervention: What Can We Learn About the Needs of Mental Health Professionals in Community Practice? *Community Mental Health Journal*, 52(5), 501-510.
- Mirick, R. et Wladkowski, S. (2019). Skype in Qualitative Interviews: Participant and Researcher Perspectives. *The Qualitative Report*, 24(12), 3061-3072.
- Moulaert, T. (2012). Pourquoi les francophones préfèrent-ils la sociologie du vieillissement à la gérontologie critique? *Gérontologie et société*, 35(142), 81-99.
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *Suicide*. Repéré à <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>
- Osteen, P. J. (2016). Suicide Intervention Gatekeeper Training. *Research on Social Work Practice*, 28(7), 848-856.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). L'analyse thématique. Dans Paillé, P. et Mucchielli, A. (dir.) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd. p. 231-314). Armand Colin.
- Park, S. M. (2014). Health status and suicidal ideation in Korean elderly: the role of living arrangement. *Journal of Mental Health*, 23(2), 94-98.
- Pauzé, M. (2016). Regard sur le social et la souffrance psychique: réflexion sur les enjeux actuels auxquels font face les travailleurs sociaux œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, *Intervention*, 144, 21-27.
- Petrakis, M. et L. Joubert (2013). A social work contribution to suicide prevention through assertive brief psychotherapy and community linkage: use of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Social Work in Health Care*, 52(2-3), 239-257.
- Pritchard, C. et L. Hansen (2015). Examining undetermined and accidental deaths as source of 'under-reported-suicide' by age and sex in twenty Western countries. *Community Mental Health Journal*, 51(3), 365-376.
- Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 87, 269-280. doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.08.020
- Radio-Canada. (2019). *La prévention du suicide, l'oubliée des politiciens?*. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1294309/prevention-suicide-sante-mentale-politique>

- Richard-Devantoy, S., et Jollant, F. (2012). Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge? *Santé mentale au Québec*, 37(2), 151-173. doi:10.7202/1014949ar
- Routhier, D., Leduc, N., Lesage, A. et Benigeri, M. (2012). Portrait du recours aux services de santé mentale avant et après une tentative de suicide qui requiert une hospitalisation. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 223-237.
- Rudman Laliberte, D. (2015). Embodying positive aging and neoliberal rationality: Talking about the aging body within narratives of retirement. *Journal of Aging Studies*, 34, 10-20.
- Rushing, N. C., Corsentino, E., Hames, J. L., Sachs-Ericsson, N. et Steffens, D.C. (2013). The relationship of religious involvement indicators and social support to current and past suicidality among depressed older adults. *Aging & Mental Health*, 17(3), 366-374.
- Ruth, B. J., Gianino, M., Muroff, J., McLaughlin, D. et Feldman, B. N. (2013). You Can't Recover From Suicide: Perspectives on Suicide Education in MSW Programs. *Journal of Social Work Education*, 48(3), 501-516.
- Saias, T., Véron, L. et Lapierre, V. (2013). Prévention du suicide de la personne âgée : la place des interventions communautaires. *Pratiques Psychologiques*, 19(2), 103-117.
- Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale, De la problématique à la collecte des données* (6^e éd., p. 337-362). Presses de l'Université du Québec.
- Scott, M. (2015). Teaching Note—Understanding of Suicide Prevention, Intervention, and Postvention: Curriculum for MSW Students. *Journal of Social Work Education*, 51(1), 177-185.
- Simard, J. (2020). Le gérontocide, forme extrême de l'âgisme? *À babord*, 83. <https://www.ababord.org/Le-gerontocide-forme-extreme-de-l-agisme>
- Spiwak, R., Elias, B., Sareen, J., Chartier, M. et Bolton, J. M. (2018). Un nouvel enjeu de santé publique au Canada : l'accompagnement des personnes endeuillées à la suite d'un suicide. *Criminologie*, 51(2), 136-166. <https://doi.org/10.7202/1054238ar>
- Statistiques Canada. (2016). *Faits saillants sur la santé et le vieillissement*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2016001-fra.htm>
- Statistiques Canada (2016). *Le suicide au Canada : infographique*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/suicide-canada-infographique.html>
- Statistiques Canada. (2017). *Les taux de suicide : un aperçu*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>

- Thurler, M. G. et Progin, L. (2013). Culture professionnelle, culture organisationnelle. Dans Jorro, A. (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. (vol. 1, p. 71-74). De Boeck Supérieur.
- Trentham, B. L., et Neysmith, S. M. (2017). Exercising senior citizenship in an ageist society through participatory action research: A critical occupational perspective. *Journal of occupational science*, 25(2), 174-190. doi:<https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1402809>
- Tremblay, G. (2012). Service social : une longue tradition d'intervention lors d'une crise suicidaire. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 209-221.
- Université du Québec en Outaouais. (2019). Éthique de la recherche avec des êtres humains. Repéré à <https://uqo.ca/ethique>
- Université du Québec en Outaouais. (2017). Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains. Repéré à <https://uqo.ca/docs/11909>
- van Hees, S., Horstman, K., Jansen, M., et Ruwaard, D. (2015). Conflicting notions of citizenship in old age: An analysis of an activation practice. *Journal of Aging Studies*, 35, 178-189.
- Vasiliadis, H. M., Gagné, S., Jozwiak, N. et Préville, M. (2013). Gender differences in health service use for mental health reasons in community dwelling older adults with suicidal ideation. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 374-381.
- Visser, V. S., Comans, T. A. et Scuffham, P. A. (2014). Evaluation of the Effectiveness of a Community-Based Crisis Intervention Program for People Bereaved by Suicide. *Journal of Community Psychology*, 42(1), 19-28.
- Voélin, S. (2014). Valeurs fondatrices du travail social dans un monde en mouvement, dans Von, H (dir). *Le travail social entre résistance et innovation*, IES Editions: Genève, p. 23-35.
- Wilks, T. (2004). The Use of Vignettes in Qualitative Research into Social Work Values. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 3(1), 78-87.
- Winterrowd, E., Canetto, S. et Benoit, K. (2017). Permissive beliefs and attitudes about older adult suicide: a suicide enabling script? *Aging & Mental Health*, 21(2), 173-181.
- Yur'yev, A., Leppik, L., Tooding, L. M., Sisask, M., Varnik, P., Wu, J., et Varnik, A. (2010). Social inclusion affects elderly suicide mortality. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1337-1343. doi:10.1017/S1041610210001614
- Zeltner, L., Fousson, J., Stéfant, P., Luttenbacher, C., Boudon, J. et Pastour, N. (2018). Crise suicidaire, trauma, intervention de crise, quels aménagements proposés? *L'information psychiatrique*, 94(4), 247-252.

- Zeppegno, P., Gattoni, E., Mastrangelo, M., Gramaglia, C. et Sarchiapone, M. (2018). Psychosocial Suicide Prevention Interventions in the Elderly: A Mini-Review of the Literature. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-7.
- Zhang, W., Ding, H., Su, P., Duan, G., Chen, R., Long, J., Du, L., Xie, C., Jin, C., Hu, C., Sun, Z., Gong, L. et Tian, W. (2016). Does disability predict attempted suicide in the elderly? A community-based study of elderly residents in Shanghai, China. *Aging & Mental Health*, 20(1), 81-87.

Annexe 1. Guide d'entrevue**Guide d'entrevue****Les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des personnes âgées de 65 ans et plus**

Samantha Philibert, étudiante à la maîtrise en travail social, UQO

Questions	Objectifs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parlez-moi de votre expérience professionnelle et de votre parcours en tant que travailleuse sociale 	Connaître la TS, son expérience professionnelle
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qu'est-ce qui amène une personne âgée à demander de l'aide? ▪ Pouvez-vous me parler-moi des difficultés que les personnes âgées peuvent vivre à la lumière de votre expérience? ▪ Quelles sont leurs caractéristiques des personnes âgées? <ul style="list-style-type: none"> ○ Au niveau individuel, familial, social et sociétal? ▪ En considérant l'ensemble des difficultés évoquées, quelle est votre analyse des problématiques que les aînés peuvent vivre dans l'avancée en âge? 	Avoir un portrait des personnes âgées que la TS voit dans son contexte de travail et des raisons qui poussent les aînés à demander de l'aide

	<p>Connaître l'impression clinique des TS sur les problématiques liées au vieillissement</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Et si nous parlons plus précisément des personnes âgées ayant des idées suicidaires, comment s'expriment les difficultés vécues ? ▪ Selon vos expériences et observations auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires, quels étaient les facteurs ayant une influence? effet sur l'apparition de leurs idées suicidaires? <ul style="list-style-type: none"> ○ À un niveau individuel, sociétal ○ Quels sont les facteurs revenant le plus souvent? Pour quelles raisons? ▪ Selon votre analyse, comment ces facteurs peuvent devenir des facteurs de risque dans l'apparition ou le maintien des idées suicidaires ▪ Au fil du temps, selon votre expérience, est-ce que d'autres facteurs contribuent au maintien des idées suicidaires dans l'avancée en âge ? 	<p>Obtenir un aperçu des difficultés des personnes âgées ayant des idées suicidaires selon les TS</p> <p>Mieux comprendre le parcours de vie et les facteurs sociaux ayant un impact sur l'apparition des idées suicidaires</p>

	Comprendre l'analyse professionnelle des TS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentation de la vignette 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ À la lumière de la lecture de la vignette clinique, quelles sont les interventions que vous mettriez en œuvre pour cette personne? ▪ Pour quelles raisons? ▪ Quel type de suivi effectueriez-vous? Pour quelles raisons? ▪ Quels types de techniques d'intervention utiliseriez-vous? Pour quelles raisons? 	Comprendre les pratiques d'intervention des TS appliquées dans un cas concret, comprendre leur raisonnement professionnel et leur jugement clinique
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel serait le processus d'intervention en contexte d'idées suicidaires auprès des aînés? <ul style="list-style-type: none"> ○ Au niveau de la prévention du risque suicidaire? ○ Pendant l'évaluation du risque? ○ Après l'évaluation du risque? ▪ Comment décrivez-vous ce processus avec des aînés? 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est-ce qu'il y a des particularités dans l'intervention auprès des personnes âgées? 	<p>Comprendre les différentes d'interventions s'articulant à travers les étapes du processus d'intervention en TS</p> <p>Savoir s'il y a des spécificités reliées à l'âge lorsqu'il y a des idées suicidaires</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les difficultés et les enjeux que vous rencontrez lors de vos interventions auprès de cette clientèle? <ul style="list-style-type: none"> ○ Avec la personne elle-même (âge, sexe, parcours de vie, relations) ○ Avec vous-mêmes en tant que professionnelle (contexte d'intervention, contexte de travail et organisationnel, éthique et déontologie du travail social, formation)? ▪ Quels sont les impacts de votre parcours personnel sur vos pratiques en TS auprès des aînés ayant des idées suicidaires? ▪ Avant de terminer, j'aimerais que vous me parliez de votre contexte organisationnel en lien avec votre intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires. <ul style="list-style-type: none"> ○ Quel est l'impact de votre contexte organisationnel sur votre processus d'intervention? (critères d'admissibilité des personnes âgées dans le 	<p>Connaître les enjeux et défis liés à ce contexte d'intervention face à la personne, mais face à la TS, son contexte de travail.</p>

<p>programme du CLSC, types de services offerts vs besoins de la personne, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quel est votre rôle en tant que travailleuse sociale intervenant dans ce contexte d'intervention? (perçu par l'intervenante et demandé par l'institution) Est-ce qu'il a des écarts importants entre les attentes de l'organisation et votre rôle de travailleuse sociale? ○ Avez-vous de la supervision disponible/formation en cas de questions face à vos interventions? Quel est l'espace que vous avez pour discuter de ce processus d'intervention avec vos pairs, supérieurs ou organisation? 	<p>Connaître l'impact du contexte organisationnel sur le processus d'intervention des TS</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans un monde idéal, quel processus d'intervention mettriez-vous en place pour répondre aux besoins des personnes âgées ayant des idées suicidaires? 	

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Souhaitez-vous ajouter quelque chose face au sujet ou rajouter des éléments de réponses à une question précédente? | |
|--|--|

Annexe 2. Vignette clinique

Vous rencontrez Claire, une femme âgée de 75 ans, dans le cadre de votre travail. Celle-ci vous a été référé par son médecin de famille, et lui a diagnostiqué une dépression.

Mme est veuve depuis une quinzaine d'année et n'a jamais entretenu de relations amoureuses depuis le décès de son conjoint. Elle a eu 3 enfants de son mariage, et ceux-ci ont des contacts hebdomadaires avec elle. Claire dit que ses enfants n'ont plus besoin d'elle, car ils sont des adultes maintenant. Elle vit depuis 1 an dans un condo à la suite de la vente de sa maison. Claire a peu de contacts avec ses voisins, car la majorité des foyers sont des familles avec de jeunes enfants. Elle ne souhaite pas entretenir des liens significatifs avec eux, car elle partage peu de points en communs avec eux. Claire avait 1 bonne amie dans le passé, qui est décédé à la suite d'un cancer il y a 2 ans.

Elle se sent isolée et dit avoir des idées noires depuis cette perte. Elle vous dit qu'elle ne sait plus quoi faire pour aller mieux et elle ne voit plus de raisons de vivre. Elle vous nomme qu'elle souhaite mettre fin à ses jours étant donné la souffrance qu'elle vit. Claire dit ne plus voir d'autres options pour diminuer sa tristesse.

Vous procédez à l'évaluation de son risque suicidaire. Son risque se situe à un niveau faible à moyen. Claire présente un faible niveau d'impulsivité, n'a pas fait de tentative suicidaire dans le passé et ne consomme pas de drogue, à l'exception d'alcool environ 3 fois par semaine. Elle n'a pas de plan imminent de passage à l'acte, mais sait qu'elle peut prendre des médicaments en grande dose pour apaiser ses souffrances. Elle possède un faible réseau social et familial sur qui elle peut compter, et elle ne leur exprime

pas sa détresse vécue. Elle dit avoir peur de les déranger et elle ne souhaite pas les inquiéter. Elle vous assure qu'elle ne tentera pas de se retirer la vie dans les prochaines semaines, mais ne sait pas comment elle pourra passer au travers de ses difficultés.

Quelles sont les interventions que vous mettez en place avec Claire à court terme, moyen terme et long terme?

Annexe 3. Formulaire de consentement



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
 Comité d'éthique de la recherche

Formulaire de consentement

Les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés ayant des idées suicidaires

*Samantha Philibert, département de travail social,
 sous la direction d'Isabelle Marchand*

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des aînés ayant des idées suicidaires. Les objectifs de ce projet de recherche sont :

1. Étudier les types de pratiques d'intervention des travailleuses sociales qui se déploient après une évaluation du risque suicidaire des aînés ayant des idées suicidaires;
2. À partir de la perception des travailleuses sociales, mieux comprendre les effets des facteurs sociaux contribuant à l'apparition d'idées suicidaires des personnes âgées de 65 ans et plus et les pratiques d'intervention qui y sont associées;
3. Identifier les enjeux et défis rencontrés par les travailleuses sociales dans l'intervention auprès des personnes âgées ayant des idées suicidaires.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui consiste à participer à une entrevue semi-dirigée, qui sera d'une durée d'environ 1 h 30. L'entrevue se déroulera par une visioconférence et sera enregistrée. Une vignette clinique sera utilisée.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais¹. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification puisqu'une codification des données sera faite et que des noms fictifs seront utilisés. Les données recueillies ne seront utilisées pas à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés dans le cadre de la réalisation d'un mémoire en travail social. Les données recueillies seront conservées sous clé dans un bureau de travail et les données numériques seront conservées avec un mot de passe dans un ordinateur à l'usage exclusif de la chercheuse. Les seules personnes qui auront accès aux résultats sont la chercheuse et la directrice de recherche. Les données seront détruites un an après la fin de la rédaction du mémoire, soit au printemps 2022. Les données numériques et les enregistrements seront supprimés de l'ordinateur et les formulaires de consentement seront déchetés de façon confidentielle à ce moment par la chercheuse.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps du processus de recherche sans préjudice en avisant la chercheuse par courriel à tout moment. Les risques associés à votre participation sont jugés minimaux. Cependant, il est possible que l'entretien soulève des inconforts émotionnels ou une impuissance professionnelle. La chercheuse s'engage à diminuer autant que possible ces risques, notamment en respectant votre rythme, en prenant des pauses si nécessaire ou en respectant vos moments de silence le cas échéant. Si

¹ Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

vous le souhaitez, l'entretien pourra se terminer à tout moment. Dans le cas où vous auriez besoin de soutien additionnel, la chercheuse pourra vous référer à des ressources appropriées à vos besoins si vous le désirez.

Le partage de votre expérience comporte également des bienfaits. Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances au sujet des pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des personnes âgées de 65 ans et plus ayant des idées suicidaires. Ainsi, vous contribuerez à mettre en lumière l'expertise du travail social en intervention, à faire rayonner la profession au sein du corpus scientifique, et à mieux faire connaître la réalité des aînés de notre société québécoise. Un sentiment de bien-être quant au partage de votre expérience professionnel peut aussi être ressenti. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Samantha Philibert à l'adresse suivante : phis03@uqo.ca. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais au 819-595-3900 poste 1791.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer.

Le formulaire est signé en deux (2) exemplaires et j'en conserve une copie.

CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :

Nom du participant : _____ Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____ Signature du chercheur : _____

Date : _____

Annexe 4. Présentation de la recherche



Personnes participantes recherchées

Nous sommes présentement à la recherche de personnes participantes pour prendre part à un projet de recherche s'intitulant *Les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des personnes âgées de 65 ans et plus ayant des idées suicidaires*. Les personnes participantes que nous recherchons doivent :

- Être membre de l'Ordre des Travailleurs Sociaux et des Thérapeutes Conjugaux et Familiaux du Québec (OTSTCFQ);
- Œuvrer au sein du Réseau de la Santé et des Services Sociaux
- Travailler dans la région du Grand Montréal (Laurentides, Lanaudière, Laval, Montréal ou Montérégie)
- Posséder 2 années d'expérience dans l'intervention auprès des aînés ayant des idées suicidaires
- Parler français ou anglais

Ce projet est mené par Samantha Philibert, étudiante à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec en Outaouais.

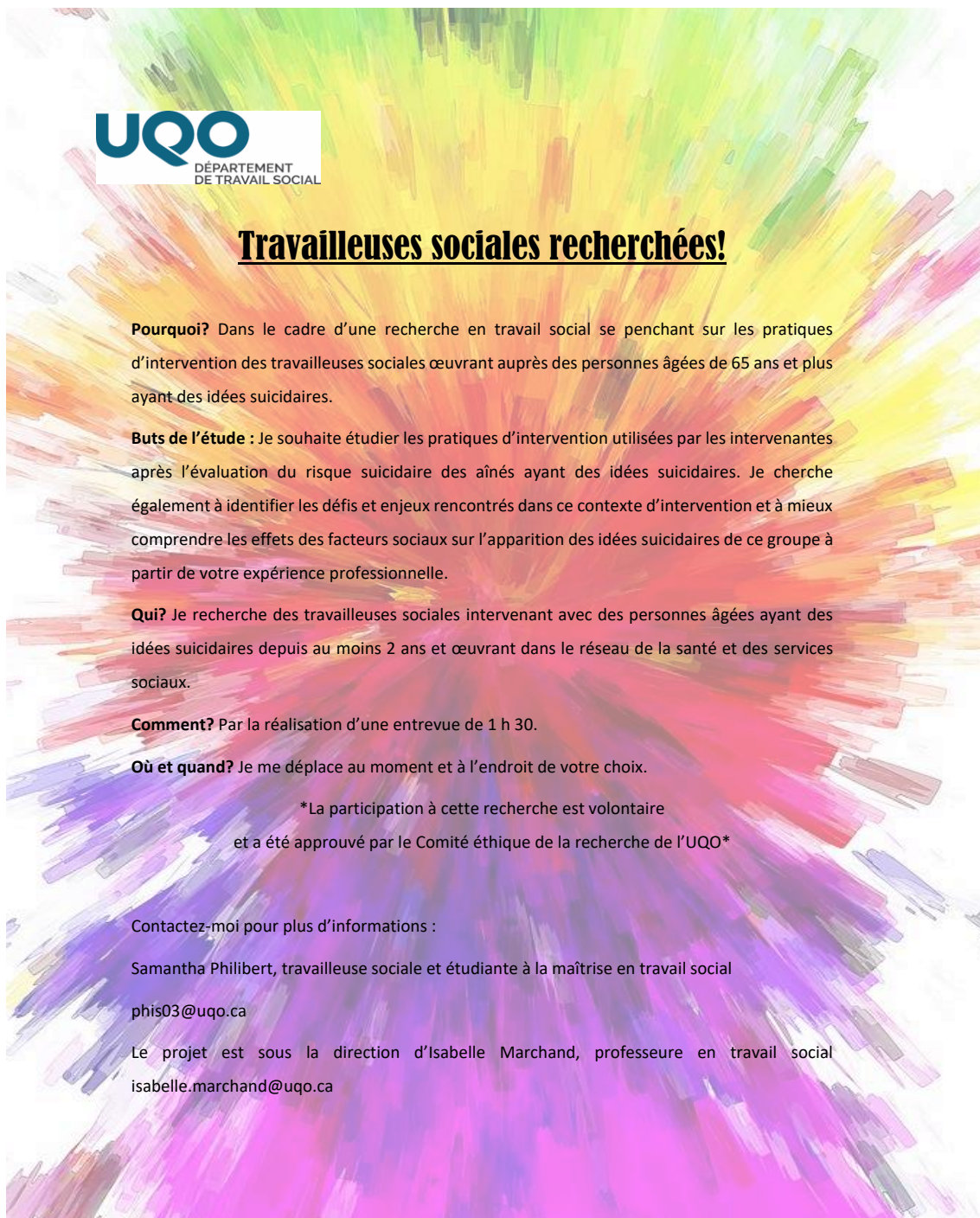
Le but du projet est de connaître les pratiques d'intervention mises en œuvre par les travailleuses sociales intervenant auprès des personnes âgées de 65 ans et plus ayant des idées suicidaires. Nous visons également à comprendre les effets des facteurs sociaux contribuant à l'apparition d'idées suicidaires chez les aînés à partir de la perception des travailleuses sociales et à identifier les enjeux et défis rencontrés dans ce contexte d'intervention.

Votre participation implique une entrevue de 1 h 30 portant sur vos pratiques d'interventions et sur votre expérience professionnelle auprès de ce groupe.

Pour en savoir plus, veuillez contacter Samantha Philibert par courriel au phis03@uqo.ca. Le projet est sous la direction de Isabelle Marchand, professeure en travail social, que vous pouvez contacter au besoin par courriel au isabelle.marchand@uqo.ca.

*Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO.

Annexe 5. Affiche de recrutement



UQO
DÉPARTEMENT
DE TRAVAIL SOCIAL

Travailleuses sociales recherchées!

Pourquoi? Dans le cadre d'une recherche en travail social se penchant sur les pratiques d'intervention des travailleuses sociales œuvrant auprès des personnes âgées de 65 ans et plus ayant des idées suicidaires.

Buts de l'étude : Je souhaite étudier les pratiques d'intervention utilisées par les intervenantes après l'évaluation du risque suicidaire des aînés ayant des idées suicidaires. Je cherche également à identifier les défis et enjeux rencontrés dans ce contexte d'intervention et à mieux comprendre les effets des facteurs sociaux sur l'apparition des idées suicidaires de ce groupe à partir de votre expérience professionnelle.

Qui? Je recherche des travailleuses sociales intervenant avec des personnes âgées ayant des idées suicidaires depuis au moins 2 ans et œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Comment? Par la réalisation d'une entrevue de 1 h 30.

Où et quand? Je me déplace au moment et à l'endroit de votre choix.

*La participation à cette recherche est volontaire
et a été approuvé par le Comité éthique de la recherche de l'UQO*

Contactez-moi pour plus d'informations :

Samantha Philibert, travailleuse sociale et étudiante à la maîtrise en travail social
phis03@uqo.ca

Le projet est sous la direction d'Isabelle Marchand, professeure en travail social
isabelle.marchand@uqo.ca

Annexe 6. Certificat éthique de l'UQO



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2020-536, 3140

Titre du projet de recherche : Les pratiques d'intervention des travailleuses sociales oeuvrant auprès des aînés ayant des idées suicidaires.

Chercheur principal :

Samantha Philibert,
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Directrice de recherche:

Isabelle Marchand
Professeure, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 02 avril 2020

Date d'entrée en vigueur du certificat : 02 avril 2020

Date d'échéance du certificat : 02 avril 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'André Durivage', is written over a light blue circular stamp. The signature is fluid and cursive.

André Durivage
Président du CER de l'UQO