

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO  
en travail social

Haute École de Travail Social – HES·SO//Valais – Wallis

---



Réalisé par : WERMEILLE Amélie

Promotion : Bach AS 16 PT

Sous la direction de : FAVRE Eliane

Vendlincourt, le 4 septembre 2019



## Remerciements

Je remercie sincèrement **Madame Eliane Favre**, la directrice de ce travail, pour son soutien, ses conseils et sa disponibilité tout au long de cette recherche.

J'adresse un chaleureux merci aux **quatre professionnel-le-s** qui ont accepté de participer à ce travail de recherche, en répondant à mes questions.

Un grand merci à **toutes les personnes** m'ayant aidée et soutenue tout au long de la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

## Avertissement

« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure ».

« Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur-e-s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche. Je certifie également que le nombre de signes de ce document (corps de texte, sans les espaces) correspond aux normes en vigueur ».

Amélie Wermeille

## Résumé

Dans notre société, le suicide des personnes âgées est un thème peu abordé, voire tabou. De nombreuses idées négatives et de nombreux préjugés sur le vieillissement sont véhiculés et cela peut amener les seniors à se sentir inutiles et rejetés. De plus, cette partie de la population est amenée à vivre de nombreux deuils (pertes de proches, perte de mobilité, perte d'autonomie, etc.). Par conséquent, les personnes âgées peuvent manquer de désir de vivre et penser au suicide.

Le suicide semble être toléré lorsque la personne a un âge avancé. En effet, un senior a déjà vécu sa vie et ses bons moments sont derrière lui. Mais, est-ce vraiment le cas dans toutes les situations ? Les seniors n'ont-ils pas encore de beaux moments à vivre ? Est-ce que le grand âge est une raison valable d'accepter le suicide lorsque dans certaines situations il peut être évité si nous réagissons aux signes de détresse ?

À travers cette recherche, nous allons explorer cette vaste thématique et nous découvrirons comment les assistants et assistantes sociales (AS) sont confronté-e-s à cela dans leur quotidien. Cette étude a pour objectif de déterminer les outils de prévention du suicide des seniors et de découvrir comment les AS les utilisent dans leur pratique.

Pour réaliser ce travail, les notions suivantes seront développées : le suicide des personnes âgées, la prévention, les conduites suicidaires, les facteurs de risque et les signes précurseurs d'un danger imminent de suicide.

Pour répondre à l'objectif de cette recherche, trois AS et un directeur adjoint de Pro Senectute ont été interrogé-e-s, afin de mieux comprendre comment nous pouvons prévenir le suicide des personnes âgées lors des entretiens.

## Mots-clés

- Suicide
- Prévention
- Personnes âgées
- Facteurs de risque
- Signes précurseurs
- Assistants et assistantes sociales

## Table des matières

1	Choix de la thématique.....	7
2	Question de départ et objectifs.....	10
3	Le cadre théorique.....	11
3.1	La prévention.....	11
3.2	De la conduite suicidaire au suicide.....	11
3.2.1	Les différentes notions en lien avec le suicide.....	11
3.3	Le processus suicidaire.....	13
3.4	Le suicide des personnes âgées en Suisse.....	13
3.5	Les facteurs de risque.....	15
3.5.1	La dépression.....	17
3.5.2	L'âgisme.....	19
3.6	Les signes précurseurs d'un danger imminent de suicide.....	21
3.7	Entretien centré sur la prévention des conduites suicidaires.....	22
4	Problématique et question de recherche.....	24
4.1	Hypothèses.....	24
5	Méthodologie.....	25
5.1	Choix du terrain d'enquête.....	25
5.2	Population interrogée.....	25
5.3	Outil de recueil des données.....	26
5.4	Prise en compte des aspects éthiques.....	27
5.5	Risques et limites de la démarche.....	27
6	Présentation et analyse des résultats.....	28
6.1	Principes d'analyse.....	28
6.2	Analyse de la première hypothèse.....	28
6.2.1	Les signes alarmants chez les personnes âgées.....	28
6.2.2	Entendre le discours des personnes âgées.....	30
6.2.3	Sensibilité à la prévention du suicide.....	31
6.3	Analyse de la deuxième hypothèse.....	32
6.3.1	Accompagnement vers l'acceptation des changements.....	32
6.3.2	Mobiliser le réseau.....	34
6.3.3	Mobiliser la société.....	36
7	Synthèse.....	38
7.1	Vérification de la première hypothèse.....	38
7.2	Vérification de la deuxième hypothèse.....	39
8	Conclusion.....	41
8.1	Degré d'atteinte des objectifs de la recherche.....	41

8.2	Bilan des apprentissages personnels, professionnels et méthodologiques	41
8.3	Piste d'action professionnelle .....	42
8.4	Limites et perspectives de la recherche .....	42
9	Bibliographie.....	44
10	Annexes.....	47
10.1	Guide d'entretien pour les AS.....	47
10.2	Guide d'entretien pour le directeur adjoint.....	51

## Table des illustrations

Image page de garde : <a href="https://webzine.has-sante.fr/jcms/c_2803297/fr/problemes-de-reperage-mauvais-usage-des-antidepresseurs-la-depression-doit-etre-mieux-identifiee-et-traitee-de-facon-personnalisee">https://webzine.has-sante.fr/jcms/c_2803297/fr/problemes-de-reperage-mauvais-usage-des-antidepresseurs-la-depression-doit-etre-mieux-identifiee-et-traitee-de-facon-personnalisee</a> .....	1
Figure 1 : Suicides des personnes âgées et très âgées (Walter, et al., 2016, p. 19)	14
Figure 2 : Savoir repérer les facteurs de risque suicidaire du sujet âgé (Lefebvre des Noettes, 2014, p. 248) .....	16
Figure 3 : Mini-GDS (Yesavage, 1988, cité par Lefebvre des Noettes, 2015, p.232)	17
Figure 4 : Symptômes pour détecter une dépression (Fiske, 2015, p.162) .....	18
Figure 5 : Réflexe RUD (Lefebvre des Noettes, 2015, p. 242) .....	21
Figure 6 : COQ (Reynard, 2018, p. 11) .....	21
Figure 7 : Population interrogée .....	26

## 1 Choix de la thématique

Pour mon Travail de Bachelor (TB), j'ai décidé de développer le thème de la prévention du suicide des personnes âgées.

Je pense qu'il est important que les travailleurs et travailleuses sociales puissent déceler les comportements à risque de leurs bénéficiaires et qu'ils-elles sachent comment intervenir en fonction des situations.

D'une part, je reconnais la liberté de suicide et la possibilité d'assistance au suicide en tant que choix individuel. Cela me semble entièrement relever de la responsabilité de la personne concernée, pour autant qu'elle soit encore capable de discernement et qu'elle puisse exprimer sa volonté lucidement. Ainsi, je respecte le droit de vouloir mettre un terme à sa vie seul·e ou avec l'assistance d'EXIT qui est l'Association suisse pour le Droit de Mourir dans la Dignité. (Baechler, 2019)

D'autre part, j'aimerais promouvoir et renforcer les alternatives à ce choix. De ce fait, j'ai voulu en savoir plus sur les approches en matière de prévention du suicide chez les personnes âgées.

Ma pratique professionnelle accentue mon intérêt pour ce sujet, car j'ai réalisé ma première formation pratique (FP1) à Pro Senectute Arc Jurassien en tant qu'assistante sociale (AS). J'ai beaucoup apprécié travailler avec les personnes âgées, cependant, j'ai été confrontée plusieurs fois à des menaces suicidaires et j'ai constaté que beaucoup de seniors souffrent de dépression.

Ce genre de situations m'a amenée à me questionner sur mes valeurs professionnelles et m'a poussée à me poser de nombreuses questions :

- Lors d'une tentative de suicide, quel est le rôle de l'AS ?
- Comment agir et comment accompagner les personnes concernées ?
- Comment faire pour prévenir les récurrences ?
- Quels indicateurs permettent de suspecter des envies suicidaires ? Quels sont les signes à prendre en compte ?
- Comment en parler avec les seniors ?
- Cette population est-elle particulièrement confrontée au risque suicidaire ?
- Existe-t-il des précautions particulières à adopter avec ces personnes ?
- Où et comment accueillir ceux qui se relèvent d'une crise suicidaire ?
- Qu'existe-t-il en Suisse pour prévenir le suicide des seniors ?

Face aux menaces de suicide que j'avais rencontrées lors de ma pratique, je m'étais sentie dépassée et limitée dans mes capacités à continuer les entretiens. En effet, je m'étais rendu compte que je manquais de connaissances ainsi que de ressources pour accompagner ces personnes.

Nous pouvons prendre l'exemple de Madame Blanchard<sup>1</sup>, chez qui nous nous rendons une fois par mois pour l'accompagner dans sa gestion administrative. Un jour, elle nous avait annoncé qu'elle risquait d'avoir un retrait de permis. Elle nous avait expliqué qu'elle utilisait sa voiture quotidiennement pour se rendre en ville et qu'elle

---

<sup>1</sup> Nom d'emprunt

n'envisageait pas sa vie sans ce moyen de locomotion. Si le médecin lui retirait son permis, elle voulait se suicider.

Nous avons alors essayé de prendre le temps d'écouter Madame Blanchard. Nous lui avons demandé si elle en avait déjà parlé avec sa fille. Elle nous avait dit que non et qu'elle nous interdisait d'en parler à sa famille, car elle savait que nous étions tenues par le secret professionnel.

De ce fait, nous nous sentions démunies et nous avons décidé d'en parler à un colloque. Nous avons remarqué que l'équipe était partagée : certain-e-s pensaient qu'il était nécessaire de parler de nos inquiétudes avec la famille de Madame Blanchard et d'autres pensaient qu'il fallait trouver une autre solution.

Finalement, ma collègue avait décidé de prendre régulièrement des nouvelles de cette bénéficiaire par téléphone, en lui expliquant que ses menaces nous avaient beaucoup inquiétées et qu'il serait important d'en discuter avec ses proches.

Suite à cela, j'avais mené seule l'entretien qui avait succédé notre dernière visite chez cette personne âgée. Elle m'avait expliqué que le médecin ne lui avait finalement pas retiré le permis et qu'elle ne voulait donc plus se suicider.

Toutefois, j'avais le sentiment que d'autres événements négatifs pouvaient amener Madame Blanchard à penser à nouveau au suicide. Je me sentais désemparée : je ne savais pas du tout comment intervenir et accompagner au mieux cette dame.

Il me semble que le suicide est encore un sujet tabou dans notre société. Lors de ma FP1, il avait été difficile pour moi de parler de mes inquiétudes avec les bénéficiaires. En prenant du recul, je trouve qu'il est nécessaire d'en parler avec la personne concernée et d'offrir un espace d'écoute. En effet, je pense qu'il faut toujours prendre les menaces au sérieux et ne jamais minimiser les envies suicidaires.

Je pense notamment à un autre client de Pro Senectute, Monsieur Berberat<sup>2</sup>, que je n'avais jamais eu l'occasion de rencontrer. En effet, j'avais eu contact avec lui à plusieurs reprises par téléphone et par courrier.

Monsieur Berberat avait de nombreux problèmes de santé : il avait notamment un cancer depuis plusieurs années qui l'affaiblissait beaucoup. Il avait également des problèmes de couple, car il ne s'entendait plus avec sa conjointe et il voulait divorcer au plus vite.

Lorsque j'avais eu contact avec lui, il m'avait longuement parlé de ses problèmes (entre 30 et 40 minutes au téléphone ou des lettres de plus de cinq pages). Il m'expliquait que plus rien ne le retenait en vie et qu'il voulait en finir une fois pour toutes. Néanmoins, j'avais l'impression que cela lui faisait beaucoup de bien de pouvoir en parler avec quelqu'un ; c'est pourquoi je prévoyais toujours du temps de discussion lors de nos entretiens téléphoniques.

Toutefois, Monsieur Berberat me mettait parfois mal à l'aise. Par exemple, il m'expliquait qu'il hésitait entre se pendre ou se tirer une balle. Je ne savais pas comment réagir face à ces propos crus et directs.

C'est pourquoi, dans le cadre de ce travail, j'ai décidé d'explorer les différentes réactions possibles des AS face à une menace suicidaire d'une personne âgée. Cepen-

---

<sup>2</sup> Nom d'emprunt

nant, j'ai conscience que chaque professionnel-le réagit différemment selon sa personnalité et ses valeurs. En somme, cette thématique englobe de nombreux enjeux éthiques qui peuvent influencer les AS.

« La seule théorie du suicide est finalement qu'il n'y en a pas, là-dessus les auteurs s'accorderaient pour la plupart. S'il n'y a pas une théorie, il y en a plusieurs, plus que des théories ce sont des pistes de travail, des voies de compréhension. » (André, 2016, p. 22)

## 2 Question de départ et objectifs

La question à laquelle je vais essayer de répondre tout au long de ce travail est la suivante :

**« Comment les assistants et assistantes sociales (AS) peuvent-ils-elles prévenir le suicide des personnes âgées ? »**

Cette recherche devrait permettre d'atteindre les objectifs suivants :

- Identifier les facteurs de risque chez les personnes âgées
- Mettre en évidence les signes avant-coureurs du suicide
- Savoir comment prévenir les conduites suicidaires chez les seniors
- Identifier les outils qui permettent de mener un entretien avec une personne présentant un risque suicidaire

Dans cette optique, je vais dans un premier temps poser le cadre théorique nécessaire pour comprendre les différents aspects de cette thématique. Je vais notamment définir certains termes qui sont en lien avec la notion de suicide.

Après avoir cerné la complexité de la problématique, je vais définir la question de recherche et proposer des hypothèses.

J'ai réalisé une enquête sur le terrain et je vais exposer dans ce travail la méthodologie retenue : le choix du terrain d'enquête, la population interrogée, les outils de recueil des données, la prise en compte des aspects éthiques ainsi que les risques et les limites de la démarche.

Je vais ensuite analyser les données recueillies et je vais réaliser une synthèse des résultats par hypothèse, afin de répondre à la question de recherche.

En guise de conclusion, je vais reprendre les objectifs ci-dessus et vérifier leur degré d'atteinte. Finalement, je vais aborder des réflexions personnelles et professionnelles.

### 3 Le cadre théorique

#### 3.1 La prévention

Pour commencer, il est important de clarifier ce que signifie la prévention. Ce terme va, en effet, nous accompagner tout au long de ce travail.

« Au sens étymologique, le terme « prévention » signifie « devancer, aller au-devant de » et « avertir de ». Dans le sens courant, la prévention est d'une part l'ensemble des mesures prises pour empêcher que ne se produisent des phénomènes entraînant un dommage pour l'individu ou la collectivité, et d'autre part l'organisation chargée de les appliquer. » (Bouquet, 2005, p. 10)

La prévention est souvent décrite dans le domaine de la santé. Toutefois, dans ce TB nous allons parler en matière de prévention sociale.

La prévention sociale est l'ensemble des actions visant à empêcher certains risques de se réaliser. Cela implique qu'il existe des risques avérés et établis, dont l'importance est socialement reconnue. (Bouquet, 2005)

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) distingue trois catégories de prévention sociale : la première est liée à l'amélioration des conditions de vie, la deuxième vise à aider les personnes en difficultés en vue de leur maintien en milieu ordinaire et finalement la dernière représente l'aide à la réinsertion après une prise en charge institutionnelle. (Bouquet, 2005)

#### 3.2 De la conduite suicidaire au suicide

En principe, l'individu se trouve dans un état de bien-être. Lorsqu'il est soumis à des événements stressants, les mécanismes d'adaptation lui permettent de maintenir un état d'équilibre et de ramener la situation « à la normale ».

« Parfois, il est des situations où ces mécanismes d'adaptation ne sont pas suffisants ou plus assez développés et cette perte de capacité à faire face met l'individu en position de faiblesse, de tension interne telle qu'il se retrouve confronté à un ensemble d'émotions négatives. » (Lefebvre des Noettes, 2014, p. 249)

À ce moment-là, les problèmes semblent insurmontables et l'individu glisse dans la confusion émotionnelle et la désorganisation. Le suicide semble une solution possible, l'individu suicidaire commence alors à élaborer un plan pour mettre un terme à sa vie.

##### 3.2.1 Les différentes notions en lien avec le suicide

**Le suicide** est l'action de se donner volontairement la mort, c'est donc avant tout un acte d'autodestruction et non une maladie. (Romano, 2013)

La notion de suicide vient du latin et signifie « le meurtre de soi-même ». Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, nous entendons par suicide l'acte à issue fatale commis dans l'intention de mettre fin à ses jours. (Stoppe, Wiesli, Kohn, Schmugge, & Suter, 2011)

**La tentative de suicide** est un terme utilisé pour décrire les gestes intentionnels d'une personne pour mettre fin à sa vie. L'individu est dit « suicidant ». (Romano, 2013)

C'est un acte sans issue fatale par lequel une personne aspire à la mort à travers un comportement délibéré, mais qui reste en vie suite à l'intervention d'un tiers par exemple. (Stoppe, Wiesli, Kohn, Schmutz, & Suter, 2011)

**Un acte suicidaire** consiste à s'infliger une ou plusieurs blessures graves conduisant à la mort dans le cas d'un suicide accompli ou n'y conduisant pas dans le cas d'une tentative de suicide. Toutefois, les comportements autodestructeurs sur de longues périodes, comme l'anorexie ou l'abus de drogue, ne sont pas considérés comme de formes de suicide ou de tentative de suicide. (Romano, 2013)

**Les idées suicidaires** correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. L'individu présentant ces idées est appelé « patient suicidaire » (Romano, 2013) ;

**La crise suicidaire** est une période où la personne présente un risque suicidaire élevé. Les causes peuvent être multiples : contexte socio-environnemental, pathologie psychiatrique, etc. Cet état est réversible et temporaire. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise. (Romano, 2013)

Toutefois, cette crise psychique est marquée par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes face à un sentiment d'impasse. Le suicide apparaît à la personne comme la seule issue possible à cet état de souffrance. (Lefebvre des Noettes, 2015)

**Les équivalents suicidaires (ou syndrome de glissement)** sont des comportements à risque qui témoignent d'un désir inconscient de mort. Néanmoins, il n'y a pas d'intention directement formulée. (Romano, 2013)

Les équivalents suicidaires peuvent entraîner un certain nombre de décès, comme lors d'inattention volontaire sur la voie publique (traverser une route sans regarder la circulation) ou encore lors d'un arrêt d'un traitement ayant des conséquences graves. Toutefois, ces exemples ne sont pas considérés comme des suicides et ne sont pas comptabilisés dans les statistiques. (Lefebvre des Noettes, 2015)

Les conduites autodestructives indirectes ne sont pas rares chez les personnes âgées.

« Elles prennent alors la forme d'un refus alimentaire, d'une diminution de l'activité physique, d'une perte ou d'un refus actif de la communication verbale, d'une évolution rapidement dramatique vers une altération de l'état général associé, à un risque élevé de décès. » (Camus, 2008, p. 67)

Ces conduites ont été regroupées sous le terme de « syndrome de glissement ». Souvent, elles sont l'expression d'une difficulté adaptative provoquée par la chute de l'état de santé, la perte d'autonomie, le changement du cadre de vie ou une rupture relationnelle.

Ces seniors se laissent aller et la mort vient les cueillir rapidement. Le syndrome de glissement est un lâcher-prise général de l'individu âgé qui, à défaut de ne plus savoir vivre, préfère mourir pour ne plus souffrir d'une vie dont le sens a été perdu.

« Il s'agit donc d'une forme de suicide « passif ». Ainsi en est-il pour toutes ces personnes âgées qui se sentent « perdues », « ignorées », « délaissées », qui ont tendance à ne plus vouloir sortir, à ne plus prendre soin d'elles, à moins manger et qui, en définitive, se laissent mourir d'esseulement. » (Lefebvre des Noettes, 2014, p. 249)

### 3.3 Le processus suicidaire

Avant de développer davantage la prévention du suicide chez les seniors, il est important de comprendre le processus suicidaire qui évolue en plusieurs étapes :

La première est celle de la **recherche de solutions**. À ce moment, la personne fait l'inventaire des solutions possibles, afin de diminuer sa souffrance. Lorsqu'elle a épuisé toute son énergie et ses ressources sans avoir pu résoudre sa situation, elle songe vaguement au suicide. (Reynard, 2018)

Le deuxième stade est celui de l'**apparition des idées suicidaires**. À cet instant, l'idée du suicide apparaît comme une solution envisageable afin de mettre fin à la souffrance. L'énergie diminue et la personne se sent de plus en plus impuissante. Alors, l'idée suicidaire peut traverser régulièrement son esprit. (Reynard, 2018)

La troisième étape est celle de la **ruminantion de l'idée suicidaire**. À ce moment, la personne est submergée par son impuissance et elle a le sentiment qu'il n'existe plus aucune solution. En somme, elle est envahie par sa souffrance et y pense toute la journée. Le suicide devient sa seule échappatoire. (Reynard, 2018)

L'avant-dernier stade est la **crystallisation et planification suicidaire**. La personne a pris la décision de mettre fin à sa vie et son scénario suicidaire est élaboré (comment, où et quand). Le suicide n'est pas un choix, mais plutôt l'absence de choix. L'entourage peut alors observer une amélioration, car la personne se sent soulagée d'avoir pris sa décision. (Reynard, 2018)

Pour finir, la cinquième et dernière étape est celle de l'**élément déclencheur et du passage à l'acte**. Lorsque le processus suicidaire est avancé et que l'idée du suicide est cristallisée, le passage à l'acte est imminent. Il peut être lié à un événement qui peut être perçu comme banal, mais qui est « la goutte qui fait déborder le vase ». (Reynard, 2018)

### 3.4 Le suicide des personnes âgées en Suisse

Le suicide est l'un des plus importants problèmes de santé publique présents dans le monde. De ce fait, de nombreux pays prennent très au sérieux les mesures de prévention à mettre en place pour limiter les phénomènes suicidaires. (Stoppe, et al., 2011)

Cette problématique concerne donc l'ensemble de la population, mais nous allons plus particulièrement nous intéresser aux résultats concernant les personnes âgées.

« En 2012, 1037 personnes se sont donné la mort par suicide en Suisse, dont 312 personnes de plus de 65 ans. » (Croubalian, 2015, p. 1)

En 2014, le Parlement charge la Confédération suisse de présenter et de mettre en œuvre un plan d'action pour la prévention du suicide. En effet, chaque année près d'un millier de personnes se suicident en Suisse.

Le plan d'action, publié en novembre 2016, se concentre sur les suicides non assistés et s'appuie sur les recommandations internationales concernant les programmes de prévention. Il vise à favoriser et à pérenniser la baisse du taux de suicides non assistés (et de tentatives de suicide) à l'échelle nationale. (Walter, et al., 2016)

« C'est également parmi les adolescents et les jeunes adultes (de 16 à 29 ans) et les personnes très âgées (85 ans et plus) que le taux de tentatives de suicide (nombre de tentatives pour 100 000 habitants de la classe d'âge considérée) est le plus élevé. » (Steffen et al., 2011, cité par Walter, et al., 2016, p. 13)

Selon le tableau ci-dessous, en moyenne 227 personnes âgées de 70 ans et plus ont mis fin à leurs jours en Suisse entre 2009 et 2013 chaque année sans compter les suicides assistés. Cela représente quasiment deux fois plus que les adolescent-e-s et les jeunes adultes.

14. *Suicides – personnes âgées et très âgées : moyenne 2009-2013 (chiffres absolus)*

Âge	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Total	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1050
Hommes	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Femmes	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Source : OFS, Statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

Figure 1 : Suicides des personnes âgées et très âgées

La personne âgée qui accomplit un geste suicidaire a en général une grande détermination. Les moyens fréquemment utilisés illustrent bien cela : précipitation d'un lieu élevé, armes à feu, pendaison. La plupart du temps, ces gestes entraînent le décès de la personne. (Lefebvre des Noettes, 2015)

Nous pouvons également remarquer que dans toutes les classes d'âge le taux de suicide est supérieur chez les hommes que chez les femmes. Cela peut s'expliquer par le fait que la gent féminine a généralement recours à des méthodes plus « douces » qui ne conduisent pas forcément à l'issue fatale. (Walter, et al., 2016)

« Le taux de suicide (nombre de suicides pour 100 000 habitants de la classe d'âge) augmente continuellement chez les hommes et les femmes tout au long de l'âge adulte (de 30 à 59 ans). À partir de la soixantième année environ, cette évolution se stabilise pour les deux sexes, puis le taux diminue légèrement chez les femmes de 85 ans et plus, tandis qu'il augmente à nouveau fortement chez les hommes à partir de 75 ans. » (Walter, et al., 2016, p. 19)

En somme, les politiques préventives restent plus centrées sur la prévention du suicide des adolescent-e-s et des adultes. En effet, les personnes de plus de 65 ans sont rarement considérées comme les cibles prioritaires.

Même si l'isolement des seniors est un problème mis régulièrement en avant, un chapitre de ce travail expliquera qu'il existe une discrimination des personnes âgées dans notre société (âgisme) et qu'elle peut jouer un rôle important dans leur volonté de mettre fin à leurs jours.

On parle sans problème de l'isolement des personnes âgées et des nombreuses conséquences sur leur santé. Toutefois, cette thématique est la plupart du temps abordée sous l'angle de la santé physique (dénutrition, chutes), et il est moins fréquent d'évoquer la question des répercussions sur la santé mentale, dont notamment celle du suicide. (Saïas, Véron, & Lapiere, 2013)

« De plus, le suicide de la personne âgée ne produit en général que peu d'émoi médiatique, le sujet est encore fortement sous-estimé et banalisé, y compris chez les professionnels. » (Pelège, 2011, p. 51)

En d'autres mots, les seniors sont considérés comme malades, incurables et leur état ne suscite aucun espoir. De ce fait, leur suicide est un geste compréhensible et légitime. Or, ils ont besoin que leur existence garde un sens, soit reconnue et fasse l'objet d'une attention relationnelle et sociale.

Pour conserver une existence humaine, le maintien de l'estime personnelle et la considération d'autrui sont des valeurs centrales. (Pelège, 2011)

Une grande partie des seniors vit dans un état de grand isolement même si elle est médicalement entourée. Le sentiment de vide affectif entraîne la rupture de l'estime de soi et peut conduire au suicide.

Ainsi, il est intéressant de mettre en évidence les fausses idées qui sont véhiculées sur le suicide des personnes âgées. Nous pouvons souligner les croyances erronées suivantes :

- Il s'agit d'un évènement non prédictible.
- Les adolescent·e·s se suicident plus que les personnes âgées.
- Il n'existe pas d'équivalent suicidaire ou de conduite à risque avec le grand âge.
- Lorsqu'une personne âgée est déterminée à se suicider, elle n'en parle pas.
- Parler des idées suicidaires en donne.
- Les personnes âgées qui se suicident ne sont pas dépressives.
- Les campagnes et formations de prévention du risque suicidaire ne sont pas efficaces.

(Lefebvre des Noettes, 2014)

### 3.5 Les facteurs de risque

« Nos résultats ont montré que les évènements stressants les plus fréquents chez les personnes âgées décédées par le suicide durant les six mois précédant le décès étaient :

- la maladie ou le décès d'un membre de la famille ou d'un·e ami·e ;
- la séparation ou un conflit avec un membre de la famille ou un·e ami·e ;
- les problèmes financiers. » (Chavagnat, 2005, p. 100)

« Outre la dépression, d'autres facteurs peuvent contribuer à des actes suicidaires chez les personnes âgées, notamment des troubles du sommeil, des maladies physiques, des douleurs et des handicaps. À la multimorbidité s'ajoutent le désespoir, l'isolement social, le veuvage ou la charge que représentent les soins apportés à un proche. » (Stoppe, 2012, cité par Walter, et al., 2016, p. 19)

D'une part, après un veuvage, le risque de suicide est élevé, en particulier chez les hommes. Ce risque est à son maximum durant la première semaine qui suit le veuvage, toutefois, il reste sensiblement élevé encore une année après. (Ajdacic-Gross et al., 2008, cités par Walter, et al., 2016) D'autre part, les situations de rupture telles que : le déménagement, le deuil ou l'entrée en établissement favorisent le risque suicidaire.

« Chez le sujet âgé, l'évènement déclenchant un état de souffrance extrême (veuvage, maladie, etc.) peut suffire à lui seul à entraîner le risque suicidaire ; beaucoup passent à l'acte alors qu'ils ne présentaient auparavant ni idées suicidaires ni pathologie particulière, et ces états de crise sont difficiles à diagnostiquer et à prévenir. » (Pelège, 2011, p. 51)

Plus nous vieillissons, plus le risque d'être veuf ou veuve, isolé-e, infirme, atteint-e de maladies chroniques augmente et ces facteurs peuvent favoriser des idées suicidaires. En tant qu'AS, il est nécessaire d'allumer un petit signal d'alarme lorsqu'une personne âgée subit une perte importante dans sa vie.

« La crise suicidaire des personnes âgées est souvent plus discrète, masquée par des plaintes somatiques au premier plan. L'approche doit être douce en raison des craintes éprouvées : peur de gêner, peur d'être jugé, peur de perdre le peu de contrôle sur sa vie en évoquant ses pensées et qu'une hospitalisation s'ensuive. » (Lefebvre des Noettes, 2015, p. 242)

Pour les personnes d'un très grand âge (plus de 90 ans), la dépendance physique constitue un des facteurs prédisposant à la dépression. Un niveau d'éducation bas ou un niveau socio-économique faible peuvent également avoir des effets similaires. (Lefebvre des Noettes, 2015)

Voici quelques pistes pour les professionnel-le-s pour repérer les facteurs de risque suicidaire chez les personnes âgées. Il est en effet essentiel de reconnaître les éléments de vulnérabilité chez les seniors pour pouvoir prévenir leur suicide.

#### **Savoir repérer les facteurs de risque suicidaire du sujet âgé :**

- Le sexe masculin
- L'âge (plus de 65 ans)
- Évènements de vie stressants (séparations, deuils, hospitalisation, institutionnalisation, etc.)
- Troubles psychiatriques antérieurs actuels ou anciens (dépression, alcoolisme, etc.)
- Les antécédents de tentatives de suicide (2/3 vont récidiver dans l'année)
- Les antécédents familiaux de suicides
- L'alcoolisme
- Les maladies somatiques (diabète, troubles cardiaques et AVC, cancer, démences, etc.)
- Le handicap sévère (dépendance physique, aphasie, AVC, etc.)

Figure 2 : Savoir repérer les facteurs de risque suicidaire du sujet âgé

« Bien que les facteurs de risque suicidaire soient assez bien déterminés chez la personne âgée, il est plutôt rare qu'un seul de ces facteurs soit la cause unique du geste suicidaire. Il s'agit le plus souvent d'une interaction entre la vulnérabilité personnelle, des évènements vécus douloureusement

et pouvant être des facteurs déclencheurs ravivant d'autres pertes, qui conduisent progressivement la personne dans une impasse existentielle. » (Caillard & Chastang, 2010, p. 157)

En effet, chaque difficulté est vécue comme une perte affectant l'intégrité de la personne. Il peut être difficile pour les seniors de survivre à ces pertes et cela peut les amener à la dépression ou au suicide. Néanmoins, chaque personne réagit différemment dans les temps de crise selon sa propre représentation de la vie.

« C'est souvent suite à un évènement déclencheur (même parfois minime) que l'individu ne voit plus d'autre alternative que de passer à l'acte afin de mettre fin à une situation qu'il juge insupportable » (Lefebvre des Noettes, 2014, p. 249)

La prévention peut ainsi s'avérer complexe, car ces évènements ne sont pas rares chez les seniors.

### 3.5.1 La dépression

Les pensées suicidaires sont en fait l'un des symptômes qui définissent la dépression. Le risque de suicide associé à la dépression majeure est au moins de 15% et le risque augmente de façon exponentielle quand la dépression s'accompagne d'autres diagnostics tels que les troubles liés à l'abus de substances. (Romano, 2013)

Lefebvre des Noettes utilise la Mini-GDS (*Geriatric Depression Scale*) de Yesavage qui est un tableau pour le dépistage de la dépression chez les sujets âgés en pratique courante.

Les professionnel-le-s doivent poser les questions ci-dessous aux personnes en leur précisant que, pour répondre, elles doivent se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent :

1. Vous sentez-vous découragé-e et triste ?	Oui (1)	Non (0)
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui (1)	Non (0)
3. Êtes-vous heureux-se la plupart du temps ?	Oui (0)	Non (1)
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui (1)	Non (0)

Score > 1 : forte probabilité de dépression / Score = 0 : forte probabilité d'absence de dépression

Figure 3 : Mini-GDS (*Geriatric Depression Scale*)

Il existe différents types de symptômes pour détecter une dépression : physiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Voici une liste détaillée qui peut être utile pour dépister une dépression :

Physiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles du sommeil</li> <li>- Troubles de l'appétit, de l'alimentation</li> <li>- Perte d'énergie, fatigue</li> <li>- Perte de désir sexuel</li> <li>- Problèmes digestifs</li> <li>- Douleur</li> </ul>
Émotionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristesse</li> <li>- Honte, dévalorisation</li> <li>- Culpabilité irrationnelle</li> <li>- Irritabilité, ressentiment</li> <li>- Anhédonisme (absence de plaisir/intérêt)</li> <li>- Impuissance/désespoir</li> <li>- Souffrance</li> </ul>
Cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés de concentration</li> <li>- Problèmes de mémoire</li> <li>- Indécision</li> <li>- Idées suicidaires</li> <li>- Perte d'intérêt</li> <li>- Pessimisme, négativité</li> </ul>
Comportementaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repli sur soi</li> <li>- Crises de larmes ou absence de réaction</li> <li>- Ralentissement ou agitation</li> <li>- Fuite des responsabilités</li> <li>- Négligence de l'hygiène corporelle</li> <li>- Difficultés à se débrouiller</li> <li>- Doléances</li> <li>- Abus de substances</li> </ul>

Figure 4 : Symptômes pour détecter une dépression

La dépression chez les personnes âgées n'est souvent pas reconnue ou est mal diagnostiquée, car elle peut facilement être attribuée au processus de vieillissement et être masquée par des troubles somatiques. (Minder et Harbauer, 2015, cités par Walter, et al., 2016)

« On a longtemps considéré la santé des sujets âgés uniquement en termes d'espérance de vie. Plus que la dépendance physique, il apparaît de plus en plus clairement que la dépendance psychique représente une dimension majeure de la santé des personnes âgées. » (Lefebvre des Noettes, 2015, p. 228)

En effet, cette dépendance est un facteur important pour l'autonomie de la personne âgée. Elle peut limiter le maintien à domicile. De plus, la dépression est la pathologie psychiatrique la plus souvent rencontrée, mais, elle n'est pas toujours correctement diagnostiquée et traitée : « La dépression est une maladie psychique fréquente chez

le sujet âgé, mais elle ne fait pas partie du processus normal de vieillissement. » (Lefebvre des Noettes, 2015, p. 247)

En somme, la dépression a un impact important sur la qualité de vie. La personne âgée dépressive tend à s'isoler, à éviter les contacts sociaux, ce qui ne fait qu'aggraver ses troubles : « En l'absence de traitement, le pronostic de la dépression est mauvais. Il est marqué par un risque important de passage à l'acte suicidaire [...]. » (Lefebvre des Noettes, 2015, p. 228)

« Même à un âge avancé, les suicides sont rarement le fruit de décisions mûrement réfléchies. Une maladie psychique, le plus souvent une dépression, est présente dans environ 90 % des cas de suicide à cet âge. » (Stoppe, 2012, cité par Walter, et al., 2016, p. 19)

À partir de ces constats, il s'avère donc indispensable, dans le cadre de la prévention du suicide des seniors, de ne pas négliger les symptômes liés à la dépression et d'organiser sa prise en charge.

La dépression et le suicide ne sont pas synonymes. La dépression majeure est la plus traitable des maladies mentales : la plupart des gens en guérissent. Pourtant, il ne fait pas de doute que du point de vue de la santé publique, la prévention du suicide est à tous les niveaux liée au soulagement de la dépression. (Lefebvre des Noettes, 2015)

En tant qu'AS, nous pouvons accompagner ces personnes âgées qui ont enduré des souffrances à utiliser leurs ressources sociales pour surmonter les épreuves difficiles. Par exemple, nous pouvons promouvoir la participation sociale et lutter contre l'isolement pour prévenir le suicide des personnes âgées.

« Nombre de personnes âgées et très âgées qui ont enduré des souffrances et des coups du sort ne deviennent pas pour autant suicidaires. Les ressources individuelles et sociales (résilience, spiritualité, intégration sociale, possibilité de parler de ses difficultés, p. ex.) assurent une protection contre le suicide également à un âge avancé. » (Stoppe, 2011, cité par Walter, et al., 2016, p. 19)

### 3.5.2 L'âgisme

L'âgisme est une forme particulière de discrimination envers la personne âgée, très souvent dénoncée par les seniors eux-mêmes. C'est donc une violence exercée par la société.

« L'âgisme reflète le profond malaise des jeunes et des adultes d'âge mûr face à la vieillesse. Il correspond à une aversion qu'ils ont à l'égard du vieillissement, de la maladie et de l'incapacité ainsi qu'à une peur de l'impuissance et de l'inutilité. » (Butler, 1969, cité par Bizzini, 2007, p. 264)

À ce propos, « [...] dans la plupart des pays, le nombre de suicides augmente avec l'âge, surtout chez les hommes. Pourtant, cette situation ne suscite guère l'attention de l'opinion publique, au contraire: le suicide chez les personnes âgées est un fait accepté. » (Stoppe, et al., 2011, p. 1)

Ainsi, le sentiment d'inutilité, élément de vulnérabilité psychologique, peut amener à la dépression ou au suicide. Ce fait se produit davantage chez les seniors ayant privilégié

leurs rôles familiaux et professionnels et qui n'ont pas d'engagement communautaire (associatif, militant, etc.).

Pour appuyer cette idée, Lefebvre des Noettes explique que : « [...] l'appartenance à un groupe que l'on investit et, surtout, où on a le sentiment d'être investi constitue un renfort narcissique de l'identité. » (Lefebvre des Noettes, 2014, p. 249)

De plus certaines propositions publiques du type : interdiction de conduire, retrait du droit de vote, etc. stigmatisent toujours plus les seniors.

« Le taux de participation politique des personnes âgées de plus de 75 ans est disproportionnellement élevé [...] ce désir d'engagement citoyen ne semble pas résister à l'entrée en institution qui s'accompagne plutôt d'une forme de retrait civique. » (Sgier & Lucas, 2012, p. 83)

Ce retrait ne s'explique pas uniquement par un désintérêt des seniors, mais également par une sorte de désactivation de leur citoyenneté. Nous leur enlevons leur capacité à exister en tant qu'individus dignes d'intérêt et en tant que membres de la communauté politique. (Sgier & Lucas, 2012)

Ces discriminations peuvent même être présentes au sein de la famille avec par exemple un droit à la parole restreint. (Lefebvre des Noettes, 2014)

De ce point de vue, les actes suicidaires doivent toujours être replacés dans un contexte culturel, car l'image du vieillissement que la société véhicule joue un rôle essentiel. La façon dont la société conçoit la dignité et l'autonomie est également cruciale :

« [...] les personnes vulnérables et affaiblies par le handicap, la maladie ou le grand âge courent le risque de subir une pression sociale les incitant, sans que cela soit clairement formulé, à mettre rapidement fin à leurs jours pour ne pas être un poids (et un coût) pour la société. » (Pro Senectute Suisse, 2013, p. 2)

De cette façon, les personnes âgées doivent faire face à la stigmatisation de la vieillesse, car les stéréotypes négatifs sont très répandus. Par exemple, le désespoir et la solitude chez le senior sont considérés comme des faits normaux. (Stoppe, et al., 2011)

Un autre aspect intéressant est que le suicide du troisième âge suscite moins d'émotions que celui d'une personne plus jeune. Ainsi, une certaine « compréhension » envers le suicide des seniors est observée dans la population suisse.

« Il s'agit notamment ici de lutter chez les personnes âgées ou les malades contre l'idée d'une vie indigne d'être vécue. Il faut également, par une information adéquate, éradiquer l'idée que la vieillesse rime automatiquement avec dépression et tristesse. » (Stoppe, et al., 2011, p. 4)

Il est primordial de clarifier l'image d'une vieillesse normale ainsi que les enjeux particuliers de la vie des personnes âgées. Les aspects positifs de la vieillesse pourraient davantage être mis en avant et être suggérés dans la représentation médiatique. Par exemple l'expérience de la vie, la maturité et la spiritualité peuvent être citées.

Afin d'éviter le sentiment d'inutilité des personnes très âgées et leur perte d'intérêt à vivre, la société doit promouvoir et repenser la participation sociale des seniors. (Balard, 2018)

### 3.6 Les signes précurseurs d'un danger imminent de suicide

Il n'est pas évident d'identifier le danger imminent de suicide, c'est pourquoi le tableau ci-dessous a pour but de sensibiliser la population pour mieux reconnaître l'état de crise. Cette évaluation est triple : tout d'abord les facteurs qui précèdent l'apparition du geste sont repérés, puis les facteurs rendant compte de l'imminence du passage à l'acte et finalement les facteurs de danger. (Lefebvre des Noettes, 2014)

#### Savoir repérer la crise suicidaire : le réflexe RUD (risque, urgence, danger)

Risque	- Faible : pense au suicide, pas de scénario précis - Moyen : scénario envisagé, mais reporté - Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir
Urgence	- Existence d'idées suicidaires - Passage à l'acte planifié - Absence d'autre alternative
Dangerosité	- Létalité des moyens de passage à l'acte - Accessibilité aisée à ces moyens

Figure 5 : Réflexe RUD

Pour repérer la crise suicidaire, nous pouvons également utiliser le « COQ » qui est une méthode consistant à poser des questions claires pour avoir des réponses claires. Cette technique est enseignée aux bénévoles qui répondent aux lignes téléphoniques de l'Association Pars Pas. (Reynard, 2018)

<b>Comment ?</b>	Comment voulez-vous vous suicider ?
<b>Où ?</b>	Où voulez-vous vous suicider ?
<b>Quand ?</b>	Quand voulez-vous vous suicider ?

Figure 6 : COQ

Plus la personne a précisé son plan suicidaire, plus l'urgence est élevée. De plus, si son moyen comme un fusil ou une corde est accessible, l'éventualité du passage à l'acte est très élevée. (Reynard, 2018)

L'Association Prévention Suicide Fribourg et l'Association Résiste ont créé des guides d'intervention. Ces derniers contiennent des recommandations pour aider les professionnel-le-s à réagir de manière appropriée et à savoir à qui s'adresser pour demander du soutien lorsqu'ils-elles sont en contact avec des personnes suicidaires.

De plus, ces guides nous rendent attentifs et attentives aux symptômes d'alarme. Voici une liste des situations à risque et des signes généraux chez les seniors :

- Profonde tristesse
- Troubles sévères du sommeil
- Troubles de l'alimentation
- Indifférence face aux événements de vie majeurs
- Repli sur soi-même et refus du contact avec l'entourage
- Isolement social
- Désinvestissement de la vie quotidienne

- Manque d'élan vital
- Difficultés dans l'acceptation de la perte d'autonomie physique et psychique
- Conduites à risque ne respectant pas les limites physiologiques
- Peurs fantasmatiques d'un futur difficile (douleurs, immobilité, dépendance, longue agonie ou autres souffrances quotidiennes)
- Arrêt volontaire du traitement médicamenteux

(Résiste (Jura et Jura bernois), 2018)

Les signes les plus alarmants sont :

- Mention répétitive de mort et de suicide
- Rédaction d'un désir de suicide
- Désir soudain de mettre de l'ordre dans ses affaires personnelles
- Élaboration précipitée du testament, rédaction impulsive d'un message d'adieu
- Antécédent familial de suicide
- Antécédent de tentative de suicide
- Projets concrets de mettre fin à ses jours

(Association Prévention Suicide Fribourg, 2007)

Il est également nécessaire de relever que « Les personnes âgées ont tendance à planifier davantage, à être plus déterminées à mourir et à utiliser des moyens létaux plus radicaux [...] » (Lefebvre des Noettes, 2014, p. 248) que le reste de la population.

Parfois, les seniors ne verbalisent pas leurs intentions suicidaires. Il est alors aussi important de rechercher l'existence de comportements qui expriment la préparation de l'acte. Certaines personnes mettent par exemple leurs affaires en ordre avant de se suicider ou alors se sentent soudainement sereines.

Lorsque la personne verbalise ses intentions suicidaires, il est essentiel de ne pas banaliser ses propos ou de croire qu'une discussion va l'inciter au suicide.

« En revanche, il faut repérer l'importance de ce risque. En effet, plus le scénario est précis et plus la date est proche, plus le risque est important, surtout si les moyens de suicide envisagés sont à la portée du patient. » (Lefebvre des Noettes, 2015, p. 242)

En tant qu'AS, il faut assurer la sécurité de la personne suicidaire. Si cela est possible, il est nécessaire de lui retirer son moyen de suicide envisagé.

### 3.7 Entretien centré sur la prévention des conduites suicidaires

Lors de son entretien, l'AS peut accomplir des gestes préventifs pour réduire les risques de passage à l'acte suicidaire. Par exemple, il est possible de demander à la personne d'évaluer son niveau de bien-être à la fin de l'entretien en comparant avec celui au début de la rencontre. (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010)

Pour mener un entretien centré sur la prévention des conduites suicidaires, il est important d'être conscient·e que l'ambivalence est un aspect significatif des comportements associés au suicide. La personne veut à la fois mourir et vivre. De ce fait, il est aussi primordial de se focaliser sur les raisons de vivre. (Fiske, 2015)

Si la personne suicidaire éprouve un sentiment d'impuissance, l'AS se doit d'essayer de l'amener à trouver des solutions pour améliorer sa situation : « Il arrive parfois que

la personne suicidaire ne parvienne pas à trouver d'éléments positifs dans sa situation présente. Vous devrez peut-être l'inviter à retourner dans son passé un peu plus lointain afin de découvrir si elle a déjà vécu un épisode suicidaire semblable. » (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010, p. 45) Cela va nous permettre de comprendre comment elle s'en est relevée.

Ensuite, pour définir et mettre en place un plan d'action, il est nécessaire que la personne suicidaire se soit préalablement fixé des buts précis à atteindre et qu'elle ait envisagé plusieurs possibilités pour y parvenir.

Dans ce cas, l'AS doit réfléchir à des tâches qui mobilisent les forces, les ressources et les compétences de la personne suicidaire.

« En prévention du suicide, définir et suivre un plan d'action s'échelonne sur plus d'un rendez-vous. Il est possible de commencer à élaborer le plan d'action dès la première rencontre. [...] À cette étape, différentes tâches seront proposées à la personne suicidaire dans l'optique de lui faire prendre conscience de ses habiletés ou de mettre en œuvre des solutions. » (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010, p. 47)

Pour cette étape, il faut s'attaquer aux soucis que l'on pourra résoudre, mais toujours un problème à la fois. Il est important de tenir compte de ce qui est essentiel pour la personne suicidaire. Pour l'encourager, il est possible de se séparer les tâches. De cette manière, elle ne se sent plus seule à affronter la situation, car elle est soutenue.

Toutefois, il faut rester vigilant-e à aider les individus à fixer des objectifs accessibles et suffisamment pratiques pour qu'ils puissent rapidement les mettre en œuvre et en voir les conséquences positives. (Fiske, 2015) En effet, obtenir des résultats immédiats est générateur d'espoir pour les personnes qui envisagent le suicide comme solution.

## 4 Problématique et question de recherche

En articulant la question de départ avec le cadre théorique ainsi que mon expérience professionnelle, je remarque d'autant plus que la prévention du suicide des personnes âgées est une thématique actuelle qu'il faut prendre en compte en tant qu'assistant et assistante sociale.

Grâce à l'éclairage du cadre théorique, nous comprenons que les seniors doivent faire face à de nombreux facteurs à risque, tels que la dépression qui est présente dans plus de 90% des cas de suicide chez les personnes âgées.

Nous avons aussi remarqué que dans notre société les personnes âgées sont stigmatisées et que leur suicide n'est pas reconnu. En effet, il y a une certaine « banalisation » de leur suicide, car c'est un fait accepté par la société qui ne suscite que peu d'intérêt.

Nous avons également remarqué que les professionnel-le-s ont des outils à disposition pour prévenir le suicide et gérer les crises suicidaires, comme les guides d'intervention. De plus, il existe des signes précurseurs qui peuvent être identifiés par les professionnel-le-s pour prévenir les gestes suicidaires.

Dans ces contextes délicats, l'AS a donc plusieurs moyens à disposition pour intervenir de la meilleure façon possible. Cependant, il existe parfois de bien grandes différences entre la théorie et la pratique. De ce fait, j'ai voulu rencontrer quelques professionnel-le-s de ce domaine, pour découvrir la réalité du terrain.

Dès lors, la question de recherche retenue se pose en ces termes :

**« Lors d'une confrontation avec une personne âgée aux envies suicidaires, comment identifier sa détresse et agir en conséquence en tant qu'AS ? »**

Pour cela, j'ai décidé de ne pas dévoiler avant les entretiens la thématique abordée. En effet, j'ai voulu avoir accès à des discours spontanés et non préparés.

Cette technique m'a permis d'identifier si les AS sont sensibles ou non à la question du suicide, et de profiter de leurs expériences pour découvrir des pistes d'action face à ces situations à risque.

### 4.1 Hypothèses

En guise de réponses provisoires, j'ai retenu les deux hypothèses ci-dessous :

**Hypothèse 1 : Les AS prêtent attention aux signes démontrant un risque suicidaire et les considèrent comme alarmants, ils-elles réagissent alors en conséquence auprès des personnes âgées.**

La dépression des personnes âgées est considérée comme anormale par les AS. Cela les inquiète et ils-elles prennent des mesures pour prévenir le suicide des seniors.

**Hypothèse 2 : Les AS ont des ressources à disposition pour prévenir le suicide des personnes âgées.**

Les AS ont des ressources à disposition pour intervenir auprès des seniors ayant des envies suicidaires. Ils-elles ont un réseau ainsi que des ressources théoriques, institutionnelles et personnelles.

## 5 Méthodologie

### 5.1 Choix du terrain d'enquête

Il s'agit à ce stade du travail de présenter la démarche méthodologique retenue pour la partie empirique de la recherche.

Les terrains d'enquêtes choisis sont les services sociaux de Pro Senectute. En effet, je pense que les professionnel-le-s qui y travaillent ont beaucoup d'expérience avec les seniors et qu'ils-elles pourront m'apporter de nombreuses pistes pour ce travail de recherche.

En somme, Pro Senectute Suisse est la plus grande et la plus importante organisation de services destinés aux personnes âgées et à leurs proches en Suisse. Elle agit dans tout le pays par ses organisations cantonales et intercantionales, qui sont les interlocutrices directes. (Pro Senectute Suisse, 2016)

Pro Senectute s'engage pour que les personnes âgées puissent rester autonomes. Ses prestations permettent aux seniors de vivre leur vieillesse dans la dignité, tout en restant actifs et intégrés dans la société.

Pro Senectute Suisse aide ses vingt-quatre organisations cantonales et régionales à accomplir leur travail, dans tous leurs domaines d'intervention. (Pro Senectute Suisse, 2019)

Les fondations cantonales de Pro Senectute travaillent en étroite collaboration avec d'autres organisations, tout en poursuivant des missions telles que :

- Défendre les intérêts des seniors
- Prendre en compte leurs besoins et améliorer leur qualité de vie
- Valoriser leurs compétences et renforcer leur indépendance
- Améliorer le statut social des personnes âgées en favorisant le dialogue entre les générations
- Etc.

(Pro Senectute Arc Jurassien, 2018) (Pro Senectute Valais, 2019)

Un service de consultation sociale propose un accompagnement confidentiel et gratuit. Les personnes âgées et leurs proches peuvent y obtenir des conseils, des informations ou du soutien pour effectuer certaines démarches. (Pro Senectute Suisse, 2016)

De ce fait, je trouve intéressant d'identifier comment les professionnel-le-s de Pro Senectute agissent lorsqu'il y a un risque suicidaire et de mieux comprendre quel est leur rôle dans la prévention du suicide. De plus, j'ai voulu découvrir les directives et outils employés par Pro Senectute dans deux différents cantons.

### 5.2 Population interrogée

À travers le contexte institutionnel décrit ci-dessus, nous pouvons remarquer que les travailleurs et travailleuses sociales de Pro Senectute peuvent vraisemblablement me permettre de trouver des réponses à ma question de recherche. En effet, le bien-être des personnes âgées est placé au centre de leur travail et cette institution est devenue la principale interlocutrice du pays en matière d'aide aux personnes âgées.

Ainsi, j'ai décidé de rencontrer des professionnel-le-s ne venant pas tous et toutes du même canton pour avoir divers points de vue. J'ai principalement rencontré des AS, car ils-elles me semblent être les mieux placé-e-s pour répondre à des questions concernant leur vécu professionnel, ainsi que leur identité.

J'ai également rencontré un directeur adjoint qui a partagé son point de vue et a amené quelques nuances, tout en sachant qu'il s'agit d'une personne ayant autrefois exercé la fonction d'assistant social.

De cette manière, l'échantillon me semble garantir une certaine représentativité, puisqu'il recueille plusieurs types de points de vue : une personne ayant exercé le métier d'AS avec aujourd'hui un regard de directeur adjoint, une personne étant en poste depuis plus de quinze ans et ayant un recul permettant peut-être de distinguer une évolution des pratiques depuis ces dernières années, une personne engagée depuis environ neuf ans permettant d'avoir une vision bien établie et, finalement, une personne travaillant depuis quatre ans et ayant peut-être un regard plus neuf sur le sujet.

Avec chaque individu, j'avais prévu de réaliser une rencontre d'environ 45 à 50 minutes. Les entretiens ont approximativement respecté ces durées, toutefois, certains ont été un peu plus courts et d'autres un peu plus longs que prévu.

Prénom d'emprunt	Genre	Poste	Années d'expérience
Patrick	Homme	Assistant social	15
Julie	Femme	Assistante sociale	4
Maude	Femme	Assistante sociale	9
Gauthier	Homme	Directeur adjoint	2

Figure 7 : Population interrogée

### 5.3 Outil de recueil des données

Mon outil de recueil des données est l'entretien semi-directif. Ainsi, j'ai pu laisser à la personne interviewée un grand degré de liberté. J'ai adopté une attitude non directive, de compréhension et de neutralité. Cela permet à la personne rencontrée de s'exprimer avec le maximum de liberté tout en favorisant la sincérité.

Grâce à cet outil, j'ai pu collecter des données qualitatives. Cela signifie que je n'ai pas mené un grand nombre d'entretiens, mais que ceux-ci ont été précis, détaillés et de qualité.

L'entretien semi-directif favorise un degré de liberté important, mais les thèmes devant être abordés dans l'entrevue sont déterminés à l'avance. Cela permet d'encadrer le contenu de l'échange tout en gardant un fil rouge. Ainsi, j'ai dû garder une certaine souplesse en mettant en place les conditions favorisant l'expression de la pensée de la personne interviewée tout en veillant à ce qu'elle ne s'éloigne pas trop des thèmes de la recherche.

Pour ce faire, j'ai préparé deux guides d'entretien comportant une série de questions ouvertes. (cf. : annexe 10.1 « Guide d'entretien pour les AS » et annexe 10.2 « Guide d'entretien pour le directeur adjoint »)

« Le guide d'entretien se distingue ainsi du protocole du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogation, mais ne dirige pas le discours. » (Blanchet & Gotman, 2007, p. 62) Il faut toutefois veiller à ce que le degré de liberté ne soit pas réduit par la formulation des questions, car l'interviewé-e doit rester totalement maître de son discours. (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, & Turcotte, 2000)

Lors des entretiens, j'ai parfois dévoilé une partie de mon expérience personnelle pour relancer la discussion et recourir au savoir ou au souvenir des personnes. Il a été important pour moi que ces entretiens de recherche soient des interactions et se rapprochent au maximum d'une conversation pour réduire l'artificialité de la situation d'entretien. En effet, je ne voulais pas que mon guide d'entretien m'enferme dans une liste de questions. Je voulais qu'il me serve de « pense-bête » et que je puisse improviser selon les interactions des entretiens.

#### 5.4 Prise en compte des aspects éthiques

Tout d'abord, afin de respecter l'éthique de cette recherche, j'ai attribué des noms d'emprunt aux personnes interviewées pour conserver leur anonymat.

Ensuite, j'ai demandé le consentement des différent-e-s participant-e-s avant chaque entretien. Pour garantir que les rencontres se déroulent de manière éthique, j'ai privilégié la liberté de participation ainsi que la confidentialité, le non-jugement de leurs propos, la destruction des données et leur utilisation exclusive dans le cadre de ce Travail de Bachelor.

De plus, j'ai restitué leurs propos avec fidélité et les informations ont été traitées avec la plus grande objectivité possible. En effet, j'ai enregistré les entretiens avec l'accord des participant-e-s pour pouvoir retranscrire mot à mot leurs témoignages. Les enregistrements ont ensuite été détruits après leur analyse.

#### 5.5 Risques et limites de la démarche

Je trouve qu'il n'est pas facile de mener ces entretiens semi-directifs. En effet, il n'a pas toujours été évident pour moi de trouver le juste milieu entre le fait de donner beaucoup de liberté à la personne interviewée, tout en cadrant la rencontre pour respecter le sujet de la recherche.

Avant les entretiens, je redoutais de gérer le temps qui m'était imparti et d'accueillir les imprévus le mieux possible pour tenir le fil rouge tout au long des rencontres. Avec le recul, je trouve qu'à ce niveau-là les rencontres se sont bien déroulées et que j'ai su rebondir lorsqu'il y a eu des imprévus ou lorsque la discussion avait de la peine à continuer.

En préparant ces entretiens, j'étais consciente du risque que les personnes amènent des éléments ne répondant pas à mes besoins, car il se pouvait qu'une personne ne soit pas sensible à la question de la prévention du suicide ou qu'elle refuse d'aborder cette thématique. Par chance, je n'ai pas dû gérer ce problème.

Je suis aussi consciente que les quatre professionnel-le-s que j'ai rencontré-e-s ont des expériences personnelles et professionnelles différentes. Ainsi, il n'est pas possible de garantir une représentativité optimale.

## 6 Présentation et analyse des résultats

Dans ce chapitre, je vais tout d'abord expliquer comment je m'y suis prise pour analyser le contenu de chaque entretien. Puis, les données seront analysées et les résultats obtenus présentés.

### 6.1 Principes d'analyse

Lors des rencontres, j'ai réalisé des enregistrements audio des conversations avec chaque professionnel·le. Cela m'a ensuite permis de retranscrire les entretiens en intégralité. Ensuite, je les ai lus et j'ai identifié les différents thèmes liés à ma recherche. Pour cela, j'ai utilisé une méthode de classement par couleur en fonction des hypothèses, des thèmes et des sous-thèmes présents dans les réponses.

Pour la rédaction du rapport, trois niveaux d'informations ont été utilisés : tout d'abord, la compilation des résultats en fonction des réponses obtenues, ensuite la mise en avant d'extraits significatifs en guise d'illustration, et la mise en perspective théorique. Ceci a pour but de confronter la théorie à la réalité du terrain et de répondre à ma question de recherche tout en vérifiant mes hypothèses.

### 6.2 Analyse de la première hypothèse

Dans cette partie du travail, les réponses des participant·e·s sont analysées en fonction de la première hypothèse :

**« Les AS prêtent attention aux signes démontrant un risque suicidaire et les considèrent comme alarmants, ils-elles réagissent alors en conséquence auprès des personnes âgées »**

#### 6.2.1 Les signes alarmants chez les personnes âgées

En demandant aux personnes interrogées les signes inquiétants présents chez les personnes âgées, nous constatons en premier lieu qu'ils-elles repèrent une grande liste de caractères préoccupants chez les seniors.

**Julie** nous dévoile :

« Il faut être attentive quand il y a un changement par rapport à avant. Si une personne aimait bien quelque chose et que tout d'un coup elle ne l'aime plus, elle n'a plus d'intérêt. [...] Être attentive, déjà à leur état de santé quand tu arrives, si la personne est encore au lit. [...] Être attentive à l'hygiène de l'appartement [...] s'ils sont habillés, s'ils sont sales. [...] Alors, on a quelques personnes qui sont alcoolisées, donc c'est aussi de voir pourquoi. [...] Ce n'est pas en une fois, ce sont des choses qui ont une durée dans le temps : des tensions, irritabilités, troubles du sommeil, impatiences, grandes fatigues, perte d'appétit. »

Nous pouvons observer que l'AS repère la plupart des signes démontrant un risque suicidaire que nous avons cités auparavant. Toutefois, même si tous ces signes doivent être pris au sérieux, aucun ne permet de prouver que la personne veut se suicider. Seule la combinaison de différents signes permet d'identifier l'existence de graves problèmes. (Résiste (Jura et Jura bernois), 2018)

**Patrick** ajoute :

« Il y a le déclin lié à l'âge, il y a beaucoup de difficultés, beaucoup de solitude. [...] Ce qui m'interpelle c'est justement les gens qui n'ont plus très envie, pour qui tout est un peu égal. [...] Dans beaucoup de situations, ce sont des gens peu entourés et pour beaucoup nous sommes les seuls à qui ils parlent. »

D'une part, nous constatons que l'isolement des seniors est une réalité à laquelle les AS sont confronté-e-s. Cette solitude est fréquente dans le cercle familial, mais également dans la société.

D'autre part, le fait d'avoir un réseau social soutenant est un facteur de protection important permettant de réduire les effets des facteurs qui accentuent la vulnérabilité de la personne. (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010)

Il est également essentiel de rapporter que lorsque : « La personne suicidaire exprime des sentiments de désespoir et d'impuissance, vous devez tenter d'évaluer objectivement l'ampleur de sa détresse à l'aide d'un outil efficace. » (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010, p. 39)

Au sein d'un service social, il peut être pratique d'avoir un outil servant à évaluer le risque suicidaire : le réflexe RUD (risque, urgence, danger), concept développé auparavant, représente un exemple qui est pratique pour estimer la dangerosité du passage à l'acte de la personne.

Dans un premier temps, les AS repèrent ces signes inquiétants, mais ne font pas forcément un lien avec le risque suicidaire. **Gauthier** est le seul à l'avoir fait lorsque j'avais présenté la vignette d'une personne âgée présentant plusieurs signes inquiétants :

« Ce grand-papa qui a perdu son épouse, il a peut-être juste une envie... C'est de la rejoindre ! Et de se laisser aller. [...] Tu as toutes ces approches que tu dois développer pour essayer de redonner un sens à sa vie, parce que là il n'a peut-être que cette envie, tous les signes vont dans ce sens-là. »

Ainsi, il est essentiel de vérifier si un plan précis de suicide est établi, si la personne peut s'enquérir facilement des moyens pour se suicider, ou encore si elle a fixé le moment précis. Toutes ces questions doivent être posées avec attention, intérêt et compassion. (Association Prévention Suicide Fribourg, 2007)

Le suicide est souvent décrit comme un malaise multidimensionnel. La plupart du temps, les problèmes s'entremêlent et donnent l'idée du suicide comme une solution. Toutefois, si nous regardons la liste des problèmes qui affectent la personne, il y a presque toujours un aspect qui peut être traité immédiatement. Peut-être que les professionnel-le-s peuvent offrir du réconfort, de la reconnaissance et du respect lorsqu'une personne résiste à la douleur. Cela peut déjà aider l'individu en situation de crise : « Contenir la crise, c'est apporter un début d'espoir, laisser entrevoir qu'au moins une certaine souffrance peut être évitée, va finir par passer, et en attendant, peut être supportée. » (Fiske, 2015, p. 31) Un tel espoir vient contrer la croyance selon laquelle les problèmes ne peuvent jamais se terminer.

À ce sujet, nous pouvons souligner que : « Identifier, mettre en valeur, et renforcer les raisons de vivre, c'est la clé pour s'engager dans des entretiens de soutien avec des

individus qui envisagent le suicide comme une solution à leurs problèmes. » (Fiske, 2015, p. 22)

Donner du sens à sa vie et se satisfaire de cette dernière sont des facteurs préventifs contre les idées suicidaires. En d'autres mots, s'intéresser aux raisons de vivre des personnes signifie s'occuper de tout ce qui est significatif, pertinent et important pour elles.

### 6.2.2 Entendre le discours des personnes âgées

Lors des entretiens, j'ai demandé aux participant·e·s s'ils·elles sont régulièrement confronté·e·s au suicide ou à la prévention du suicide.

Tout d'abord, **Gauthier** contextualise la situation des services de Pro Senectute dans son canton :

« On a des situations où c'est deux-trois heures par années de travail, mais c'est juste pour des démarches administratives très ponctuelles. Donc ceux-là on ne va rien voir du tout. [...] Pour 400 personnes, on fait plus d'accompagnement. Mais ceux-là on les connaît déjà mieux, ce n'est peut-être pas parmi ceux-là qu'on aura forcément des gens qui disjonctent. Parce que là il y a l'encadrement qui est mis en place, il y a des garde-fous, il y a du soutien, ils sont suivis par des bénévoles... »

Il n'est pas explicitement décrit dans le cahier des charges des AS de Pro Senectute qu'ils·elles doivent prévenir le suicide. Toutefois, il semblerait que pour les personnes âgées qui bénéficient d'un accompagnement régulier, c'est ce qui est fait indirectement.

Il existe plusieurs façons d'intervenir pour prévenir le suicide des personnes âgées. Certains procédés visent à réduire les facteurs de risques en améliorant le diagnostic, les traitements et en luttant contre l'isolement des seniors. D'autres visent plutôt à augmenter les facteurs protecteurs en favorisant la qualité de vie, « le bien vieillir ». En tant qu'AS, nous écoutons et accompagnons les personnes pour essayer de leur redonner un peu d'espoir. De cette manière, cela peut les aider à sortir de la spirale de l'échec et ainsi prévenir leur détresse existentielle. (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010)

**Maude** nous explique :

« J'ai rarement eu des personnes qui m'ont parlé de suicide. [...] J'ai aussi de temps en temps des personnes qui me posent des questions sur EXIT : comment ça se passe, qu'est-ce qu'il faut faire, combien ça coûte, etc. [...] »

Parfois, les gens ont peur d'affronter et de gérer leurs émotions les plus douloureuses et cela peut être une raison qui les empêche de demander de l'aide. En tant que professionnel·le, il est primordial de montrer aux bénéficiaires qu'ils contrôlent le contenu de la conversation et que ce qui nous intéresse c'est ce qui pourrait être bénéfique pour eux, plutôt que de découvrir les causes de leurs problèmes. Ainsi, les personnes sont davantage disposées à s'ouvrir librement, à revenir chercher de l'aide quand ils en ont besoin ou encore à s'engager dans un processus de rétablissement. (Fiske, 2015) En effet, « La personne suicidaire peut éprouver de la difficulté à communiquer

ses pensées. La relation thérapeutique que vous allez tisser ensemble sera déterminante. » (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010, p. 35)

Néanmoins, le suicide peut représenter un sujet tabou. De ce fait, créer un climat propice à la confiance en adoptant une attitude calme, ouverte, bienveillante, acceptante et non jugeante est la base pour permettre la communication. (Association Prévention Suicide Fribourg, 2007)

**Julie** nous donne son point de vue à propos des seniors qui parlent de leur mort :

« Je pense qu'une personne âgée, quand elle dit « Je me suicide », elle va le faire. Mais moi, je n'ai jamais eu quelqu'un qui m'a dit « Je vais me suicider », c'est plus « Oh j'aimerais bien mourir ». Mais entre « J'aimerais bien mourir » et « Je vais me suicider » il y a quand même une différence. Et ceux qui aimeraient mourir, beaucoup ne feraient jamais le geste, parce que c'est quand même violent. »

Même lorsque le risque suicidaire nous semble faible, nous pouvons libérer la parole autour de la thématique de la mort qui est importante chez les seniors. En effet, « Plus une personne parle ouvertement de ses deuils, de son isolement, de la perte de son estime de soi, moins elle sera perturbée émotionnellement et mieux elle pourra réfléchir. » (Association Prévention Suicide Fribourg, 2007, p. 4)

Cependant, il n'est pas nécessaire de tout savoir sur la personne, mais il est essentiel d'obtenir les informations nécessaires et suffisantes pour comprendre la situation de manière nuancée. D'une part, il faut comprendre les faits objectifs et d'autre part la réalité ressentie par la personne. Si cette dernière peut soulager une souffrance psychologique en abordant ce qui la préoccupe, cela peut faire diminuer sa tension intérieure. (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010)

### 6.2.3 Sensibilité à la prévention du suicide

Nous avons vu dans le cadre théorique que la détresse existentielle des seniors est bien présente. Toutefois, nous ne ciblons pas tous et toutes notre travail sur les mêmes actions, selon notre parcours de vie.

**Patrick** nous explique :

« Je pense qu'on essaie de faire bien, le problème c'est que l'on est tellement pris dans une vague où il y a beaucoup de travail. Peut-être que l'on axe justement sur « Est-ce que tout est à jour administrativement et financièrement ? » Peut-être que des fois on passe à côté de détresses qui sont liées à d'autres choses. [...] Sur quoi se focalise-t-on quand on est en lien professionnel avec quelqu'un ? C'est un peu ça la question... Si l'on m'a sollicité en disant qu'il y a un problème administratif, est-ce que je viens pour ça ? Ou est-ce que j'entends ce qu'il y a derrière tout ça ? C'est propre à chacun, je crois. »

Le problème administratif peut être le cœur de la demande, mais il est possible que d'autres demandes gravitent autour. Pour analyser cela, nous pouvons faire une exploration systémique de la demande en vérifiant : son contexte, les acteurs concernés, ses enjeux, le rôle attendu de l'intervenant, la redéfinition du problème, etc.

En sachant cela, il convient à chaque professionnel-le de décider s'il-elle répond uniquement à la demande en considérant être dans une relation de service ou alors s'il-elle l'utilise pour créer du lien et ensuite intervenir plus loin. (Amiguet & Julier, 1996)

**Patrick** ajoute :

« Par contre, j'ai la malchance d'avoir eu beaucoup de suicides autour de moi [...] et je pense que c'est par rapport à ça qu'on commence aussi à se poser des questions. [...] Et puis, je pense que là aussi ça dépend de la sensibilité de chacun. »

Ces résonances sont également un outil de travail, car lorsqu'elles se manifestent elles peuvent avoir une utilité pour l'autre. En effet, elles réveillent des émotions, des expériences ou encore des représentations que nous pouvons interroger pour mieux orienter notre intervention. (Cyrulnik & Elkaim, 2010)

### 6.3 Analyse de la deuxième hypothèse

À la suite des entretiens, j'ai compris que l'un des rôles de l'AS dans ce type de situation est, comme me l'a expliqué Gauthier, de : « tirer la sonnette d'alarme ! ». Pour mieux comprendre cela, nous allons analyser les réponses des participant-e-s en fonction de la deuxième hypothèse :

**« Les AS ont des ressources à disposition pour  
prévenir le suicide des personnes âgées »**

#### 6.3.1 Accompagnement vers l'acceptation des changements

Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, les personnes âgées doivent faire face à de nombreux changements. Identifier les pertes fragilisant les personnes âgées représente déjà une ressource importante pour les AS. Ainsi, il est primordial de comprendre comment la situation est vécue par la personne, peu importe si cela est vrai ou non : il ne faut en aucun cas minimiser et banaliser les situations. (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010)

**Julie** explique un point intéressant :

« Je pense qu'à un certain âge il y a toutes ces pertes : perte du mari ou de l'épouse, perte de l'autonomie où l'on ne peut plus se déplacer comme on veut. On devient dépendant des autres, on se rend compte qu'on n'arrive plus à faire les choses tout seul : on a besoin de quelqu'un pour faire les commissions, on a besoin de quelqu'un qui vient nous doucher. Je pense que c'est très difficile à accepter et les personnes qui sont seules n'ont pas forcément leur famille, des enfants qui viennent leur remonter le moral. [...] Je pense qu'ils sont seuls et qu'ils n'ont que ça à ruminer. Des personnes seules, il y en a pas mal je trouve. »

**Patrick** ajoute :

« Je pense que le défi le plus important c'est en lien justement avec l'acceptation du changement pour les personnes concernées. [...] Il y a aussi beaucoup de soutien en lien avec évidemment le fait d'être placé. Pour les personnes concernées, c'est un gros changement dans la vie puisqu'ils ne rentrent pas à domicile. [...] C'est vraiment un soutien par rapport au deuil, quelque part, que peut représenter un non-retour à domicile. »

La crise est synonyme de transition, car elle est un moment de « déséquilibre » entre deux phases. Elle devient l'incapacité à assurer le contrôle de son parcours de vie. Elle peut être un long processus (déli de la réalité, fin de l'espoir, dépression temporelle, mobilisation de soi, etc.). Lorsque la personne accepte sa situation, cela ne signifie pas que le deuil est fait, mais qu'elle passe à la phase suivante. La phase de négociation débute quand s'amorce un réengagement dans l'action et lorsque les individus entrevoient les possibilités qui s'offrent à eux. L'ouverture des possibles est progressive : au départ, nous voyons peu de solutions et finalement, nous remarquons des issues possibles. (Mazade, 2011)

De cette manière, l'AS essaie de faire émerger les ressources d'une personne. Il est important d'explorer les possibilités de changement en tenant compte des capacités physiques et affectives de la personne accompagnée. Pour cela, il est possible d'utiliser la question miracle. Le but de cette dernière est d'entraîner les individus dans une conversation sur d'autres perspectives et d'envisager un avenir où la vie est meilleure pour eux. Le suicide est alors mis de côté. Cette question consiste donc à demander aux personnes d'imaginer leur futur sans les problèmes actuels. La question miracle demande aux bénéficiaires de se centrer sur les solutions et non pas sur le problème. (Fiske, 2015)

« Si des gens sont coincés dans une vision de leurs problèmes qui leur paraissent interminables, intolérables, et inévitables à un point tel que le suicide leur semble la seule réponse, ils peuvent saisir l'idée d'un miracle pour s'en évader. [...] Je ne veux pas dire par là qu'il est nécessaire que le client et le thérapeute croient ou espèrent qu'un miracle se produise. La question miracle, quand elle est énoncée et utilisée comme il se doit, ne suggère pas aux clients qu'un miracle est en train de se produire. C'est une question hypothétique, en commençant par ce mot tellement utile « Supposons... ». C'est l'idée d'un miracle qui est utile, parce qu'elle surprend les gens et attire leur attention, qu'elle libère leurs solutions de leurs problèmes. » (Fiske, 2015, p. 78)

Bien évidemment, dans les interventions en situation de crise, le sentiment de devoir comprendre et résoudre chaque problème avant de s'orienter vers des solutions peut être un fardeau pour la personne. Ainsi, nous encourageons l'individu à changer de perspective pour qu'il se focalise sur les possibilités de changement qui peuvent augmenter ou renforcer ses raisons de vivre. (Fiske, 2015)

Dans ces situations délicates, **Gauthier** nous propose une autre intervention :

« Mais c'est surtout de pouvoir montrer les enjeux, c'est toujours aussi d'essayer un maximum de dire à la personne : « Voilà, si vous ne faites pas ça, quel est le risque ? ». De l'interpeller : « Si vous ne vous soignez pas, qu'est-ce qu'il va se passer ? » [...] Mais là, c'est vraiment d'explorer, de comprendre ce qu'il se passe, d'interroger, d'interpeller, que la personne elle aussi amène ses solutions. [...] Mais pour moi, c'est important de faire ce chemin de réflexion, d'orientation, d'accompagnement. »

Soutenir la réflexion des personnes accompagnées est un outil du développement du pouvoir d'agir. En effet, cela permet à l'individu de prendre du recul face

à sa situation et de tirer des enseignements de ses expériences. Il est ainsi pleinement impliqué dans la conduite du changement recherché. Cependant, en tant que professionnel-le-s, nous ne pouvons pas développer le pouvoir d'agir des autres, nous pouvons uniquement contribuer à créer les conditions de son émergence. Pour cela, Yann Le Bossé nous conseille de travailler sur quatre axes :

Dans le premier volet, il est nécessaire de remettre l'acteur ou l'actrice dans son contexte en se posant la question : « Qui veut changer quoi, pour quoi et pour qui ? » De ce fait, nous pouvons identifier les enjeux présents ainsi que les marges de manœuvre.

Dans la deuxième étape, il est primordial de rendre les personnes concernées actrices dans la définition de leur problème et des solutions envisageables. Pour ce faire, nous pouvons nous poser la question : « Qu'en pensent les personnes concernées ? » Cela va nous permettre de prendre appui sur leur réalité, car elles sont les mieux placées pour définir la spécificité des problèmes qu'elles rencontrent et des solutions qui seraient viables pour elles.

Lors du troisième axe, nous devons prendre en compte les contextes d'application en nous posant la question : « Compte tenu de ces éléments, qu'est-ce qui peut être tenté ici et maintenant ? » Cette étape va nous permettre de définir l'espace des possibles et d'adapter notre intervention suivant l'évolution de la situation.

Finalement, dans le dernier volet, nous pouvons introduire une démarche d'action conscientisante en posant la question : « Qu'est-ce qui a été tenté et quels enseignements pouvons-nous en tirer ? » Grâce à cela, la personne pourra tirer ses propres enseignements de ses expériences. En effet, nous pouvons inviter la personne âgée à la réflexion à partir des actions qu'elle réalise encore, en se centrant sur ses forces et ses atouts. Ainsi, la personne âgée peut prendre appui sur son expérience et conscientiser tout ce qu'elle fait et sait encore. (Le Bossé, 2016)

### 6.3.2 Mobiliser le réseau

J'ai remarqué en participant aux entretiens que la question du réseau est centrale. **Gauthier** nous expose son point de vue sur le sujet :

« C'est vrai que si tu as le réseau, c'est beaucoup plus facile de réfléchir objectivement sur la situation. Si tu es tout seul, tu n'as que ton expérience. [...] Souvent, on arrive bien après dans le réseau qui est déjà souvent constitué des soins à domicile, éventuellement du toubib. Mais, je ne sais pas si tu as déjà pu te rendre compte à travers tes expériences que ce n'est pas toujours celui qui voit le plus de choses. »

Lorsqu'un individu présente des idées suicidaires, nous pouvons alors, pendant notre visite, lui proposer de consulter une personne-ressource de son réseau : son ou sa thérapeute, son médecin, son ou sa psychiatre, sa famille, etc. (Résiste (Jura et Jura bernois), 2018) En somme, pour favoriser la prévention du suicide et assurer une prise en charge adéquate du sujet âgé, il est nécessaire de collaborer étroitement avec l'entourage familial et amical, ainsi qu'avec les différent-e-s intervenant-e-s. Il s'agit donc d'un travail d'équipe et d'une prise en charge globale qui sont indispensables. (Lefebvre des Noettes, 2015)

**Julie** appuie cela en expliquant que : « Quand tu te dis que ça devient un peu dangereux, il faut peut-être voir avec le médecin. On fait beaucoup avec l'accord des personnes, on dit « Là, je m'inquiète pour vous, est-ce que vous êtes d'accord qu'on appelle ensemble votre médecin ? » »

**Maude** partage également ce point de vue en ajoutant :

« Les personnes dont on voit qu'elles ne vont vraiment pas bien, on essaiera de les inciter d'aller voir leur médecin, d'en parler et de se faire traiter. Mais oui, c'est quelque chose qu'on voit beaucoup beaucoup, moi en tout cas. »

De ce fait, le médecin semble avoir une position centrale dans la prévention du suicide des personnes âgées. Toutefois, nous pouvons alors nous demander : quel est son rôle ?

« L'engagement des médecins de famille du territoire est essentiel en prévention du suicide. [...] Quelques auteurs disent qu'entre 40 % et 70 % des personnes décédées par suicide ont consulté leur médecin de famille moins d'un mois avant de mettre un terme à leurs jours. » (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010, p. 27)

Le médecin a effectivement un rôle important à jouer, car il est probablement en lien avec un certain nombre de personnes suicidaires. (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010)

L'Organisation mondiale de la Santé affirme pour sa part que les médecins jouent un rôle majeur dans la prévention du suicide : ils doivent évaluer et prendre en charge les personnes suicidaires. (Organisation mondiale de la Santé, 2001)

« En cas d'urgence, en premier lieu contactez le médecin traitant ou le médecin référent de l'institution, les proches. Accompagnez la personne collabore dans un service d'urgence de l'hôpital le plus proche (jamais seul, avec deux ou trois collègues). En cas de refus, appelez l'ambulance. » (Résiste (Jura et Jura bernois), 2018, p. 13)

En effet, il est nécessaire d'orienter la personne vers un spécialiste de santé mentale ou vers un médecin. Lorsque le risque suicidaire est élevé, il faut contacter immédiatement le docteur ou la doctoresse pour proposer une hospitalisation. (Association Prévention Suicide Fribourg, 2007)

En Suisse, il existe le placement à des fins d'assistance (PAFA). Les buts sont de protéger un individu, si nécessaire contre lui-même, ainsi que de lui fournir l'aide et les soins dont il a besoin. Cette mesure va restreindre sa liberté de mouvement et elle doit être décidée avec prudence. « Une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. » (Code Civil Suisse, Art. 426, al. 1, 2019)

« Toute personne qui souhaite quitter l'institution dans laquelle elle est entrée de son plein gré en raison de troubles psychiques peut être retenue sur ordre du médecin-chef de l'institution pendant trois jours au plus si elle met

en danger sa vie ou son intégrité corporelle; si elle met gravement en danger la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui. » (Code Civil Suisse, Art. 427, al. 1, 2019)

« Les cantons peuvent désigner des médecins qui, outre l'autorité de protection de l'adulte, sont habilités à ordonner un placement dont la durée est fixée par le droit cantonal. Cette durée ne peut dépasser six semaines. » (Code Civil Suisse, Art. 429, al. 1, 2019) Théoriquement, l'autorité de protection de l'adulte et de l'enfant (APEA) a la compétence d'ordonner de tels placements en urgence, mais pratiquement elle ne possède pas les connaissances médicales nécessaires pour établir l'existence d'un trouble psychique et les conséquences possibles de ce dernier. Le PAFA est ainsi prononcé par un médecin autorisé à pratiquer sur le territoire cantonal (Minger, 2016)

Pour placer quelqu'un dans une institution, le médecin doit rédiger une décision qui indique les raisons du placement. La personne doit recevoir en mains propres un exemplaire de la décision qui doit, si possible, être également communiqué à un ou une proche. Il est possible de faire recours à cette décision. (SantéPsy.ch , 2019)

### 6.3.3 Mobiliser la société

Dans le cadre de cette recherche, **Maude** nous fait part d'une de ses observations :

« De ce que moi je perçois, les gens se sentent mis de côté parce qu'ils sont vieux et qu'ils ne sont plus désirés, désirables. [...] Il faut vraiment faire quelque chose contre l'isolement, le sentiment d'isolement et de stigmatisation par la population. [...] Il y a un très grand sentiment de se dire que l'on ne sert à plus rien, que l'on ne nous veut plus nulle part, que les gens ne s'intéressent plus à nous.»

Selon Christian Maggiori, professeur à la Haute École de travail social de Fribourg, l'âgisme ou la stigmatisation des personnes âgées est un phénomène répandu et la Suisse n'y échappe pas. C'est d'ailleurs plus présent dans notre société que le sexisme ou le racisme, mais il n'y a aucune loi contre cette discrimination. Dans le domaine de la santé, 30% des personnes de 70 ans et plus ont le sentiment d'être traitées de manière injuste à cause de leur âge. (ATS, 2018)

« Les sociétés démocratiques dans leur ensemble se voient comme actives, jeunes et industrielles et ne s'habituent pas à la présence des aînés dans l'espace public ni à leur participation sociale et politique visible. » (Thomas, 2007, p. 101)

Lorsqu'un senior subit des discriminations liées à son âge, il peut avoir l'impression de perdre le contrôle de son existence et ainsi croire que sa vie n'a aucun sens.

En tant qu'AS, il est important d'amener la personne suicidaire à imaginer un futur qui vaut la peine d'être vécu. Ainsi, il faut l'aider à trouver un but à atteindre. (Lane, Archambault, Collins-Poulette, & Camirand, 2010) L'objectif doit être concret et possible, il doit être réalisable et réaliste pour la personne.

Nous pouvons par exemple imaginer un but en lien avec un projet qui valorise la personne âgée dans la société, car il est primordial qu'elle prenne conscience de ses points forts et de ses ressources. En effet, il faut essayer de trouver des solutions pour concrétiser le futur qu'elle a imaginé.

La France essaie également de mobiliser toute sa société pour donner de nouvelles réponses aux enjeux du vieillissement. Une loi a effectivement été mise en place pour dynamiser la prévention individuelle et collective.

« La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement met en exergue le besoin d'une mobilisation de tous les acteurs. Qu'il s'agisse du secteur associatif, des collectivités locales ou des entreprises, il est nécessaire d'œuvrer nationalement, dans une dynamique de mobilisation collective, pour porter un nouveau regard sur la vieillesse. » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016, p. 7)

En Suisse, Pro Senectute est un acteur important qui favorise l'insertion des personnes âgées dans la société. Le projet « Win3 » a, par exemple, été lancé par plusieurs fondations cantonales dans l'idée de favoriser les échanges entre les générations. Plusieurs seniors bénévoles sont ainsi actifs dans des classes d'école. (Bassin, 2018) Pendant deux à quatre périodes chaque semaine, ces bénévoles sont amené·e·s à seconder l'enseignant·e selon un cahier des charges établi ensemble. Les seniors accomplissent ainsi une tâche utile et valorisante, tandis que les enfants bénéficient de l'expérience des aîné·e·s. L'enseignant·e, de son côté, gagne un soutien pour gérer sa classe. (Loup & Dubois, 2019)

À ce propos, **Maude** ajoute :

« Il y a les activités de Pro Senectute. C'est vrai que moi je suis dans la consultation sociale, mais j'ai des collègues qui travaillent dans l'animation, enfin dans le sport, tout ce qui est des activités, des clubs d'aînés, des groupes pour lutter justement contre l'isolement et pour que les gens sortent, bougent, se rencontrent. Il y a toujours plus de nouvelles choses qui se sont développées et j'ai l'impression, ces dernières années, de plus en plus pour toucher la population vulnérable. »

## 7 Synthèse

Ce chapitre vise à synthétiser les principaux résultats obtenus dans le cadre de ce TB. Dans un premier temps, nous reprendrons les hypothèses établies au début de cette étude, puis nous les confirmerons ou les infirmerons. Les résultats obtenus permettront de répondre à la question de recherche :

**« Comment les assistants et assistantes sociales (AS) peuvent-ils-elles prévenir le suicide des personnes âgées ? »**

### 7.1 Vérification de la première hypothèse

« Les AS prêtent attention aux signes démontrant un risque suicidaire et les considèrent comme alarmants, ils-elles réagissent alors en conséquence auprès des personnes âgées »

Nous avons vu lors de l'analyse des entretiens que les AS accordent une grande attention aux signes inquiétants chez les personnes âgées. Nous pouvons notamment citer :

- Les pertes (du mari ou de la femme, de l'autonomie, de la mobilité, etc.)
- La solitude
- Les changements d'habitude
- Le manque d'appétit, d'envie
- La fatigue
- L'irritabilité, l'impatience
- Etc.

La prévention du suicide n'est pas un axe principal du cahier des charges des professionnel-le-s de Pro Senectute. Toutefois, nous avons pu remarquer qu'elle est réalisée de manière indirecte pour les personnes qui bénéficient d'un suivi régulier. En effet, l'écoute, l'accompagnement, le soutien, l'encadrement des travailleurs et travailleuses sociales sont des facteurs protecteurs qui permettent de favoriser la qualité de vie des seniors et de lutter contre leur isolement.

Ainsi, les personnes suivies régulièrement par les AS présentent peu de risques suicidaires, mais il est difficile de repérer ces signes chez les client-e-s bénéficiant d'une aide uniquement ponctuelle. En effet, les professionnel-le-s connaissent moins bien ces bénéficiaires et n'ont peut-être pas encore pu établir un lien de confiance mutuel. De plus, pour considérer ces facteurs comme alarmants, il est nécessaire de les observer sur une certaine durée. Ce n'est pas en une rencontre qu'il est possible de tirer des conclusions. Ainsi, il est très complexe d'identifier si une personne présente des signes révélant une volonté suicidaire lorsque nous ne la voyons pas régulièrement. Ce constat peut expliquer pourquoi les assistants et assistantes sociales semblent peu confronté-e-s au suicide des seniors dans leur quotidien.

De ce fait, il est difficile de nous positionner sur cette hypothèse, car cette dernière est structurée en plusieurs parties :

Le premier volet est « Les AS prêtent attention aux signes démontrant un risque suicidaire ». Nous pouvons valider cette partie de l'hypothèse, car les AS remarquent facilement les changements significatifs et les signes inquiétants sur lesquels ils-elles doivent être vigilant·e·s.

Pour la partie « ils-elles les considèrent comme alarmants », il faudrait définir plus en détail ce que signifie le terme « alarmant ». Si nous estimons qu'il équivaut à mettre ces signes en lien avec le risque suicidaire, nous pouvons dire que cette partie de l'hypothèse n'est pas validée. En effet, la plupart des professionnel·le·s rencontré·e·s dans le cadre de ce travail n'ont pas directement fait le lien avec le suicide. Cela dépend de qui ils-elles sont, de leurs expériences et de leur parcours.

Pour terminer, le dernier volet de cette hypothèse est « ils-elles réagissent alors en conséquence auprès des personnes âgées. » Nous pouvons valider cette partie de l'hypothèse, car nous avons remarqué que les AS préviennent le suicide de leurs bénéficiaires sans le savoir et sans mettre des mots sur ce qu'ils-elles font. En effet, nous avons remarqué qu'ils-elles sont finalement assez peu confronté·e·s au suicide des personnes âgées, ce qui montre bien qu'ils-elles font de la prévention qui porte ses fruits.

## 7.2 Vérification de la deuxième hypothèse

« Les AS ont des ressources à disposition pour prévenir le suicide des personnes âgées »

Lors des entretiens menés avec les différent·e·s professionnel·le·s, la plupart m'ont expliqué qu'ils-elles ne connaissaient pas d'outils spécifiques pour prévenir le suicide des personnes âgées. Toutefois, j'ai de nombreuses fois pu faire des liens entre leur pratique professionnelle et des outils théoriques au fil des discussions. Cela nous montre que les AS mobilisent bel et bien des ressources pour prévenir le suicide chez les seniors. Nous pouvons les catégoriser en plusieurs domaines :

Il y a tout d'abord les savoir-être qui sont propres à chacun. Pour cela, les AS vont mobiliser leurs compétences pour créer une relation de confiance avec la personne et pour communiquer en toute liberté, afin d'explorer la demande et de réaliser un chemin de réflexion.

Ensuite, il y a les savoir-faire qui sont issus principalement du travail social et de l'expérience. Dans ce domaine, les AS peuvent identifier les pertes fragilisant les seniors et les accompagnent à accepter ces changements. Ils-elles valorisent leurs compétences et les amènent à trouver des solutions à leurs problèmes.

Il y a aussi les savoir-agir. Dans une situation de prévention de suicide, les AS pourraient uniquement se centrer sur le travail prescrit, par exemple : « Accompagner la personne dans sa gestion administrative ». Toutefois, ils-elles sont amené·e·s à la prise d'initiatives : il ne suffit pas d'être capable d'exécuter le prescrit, mais d'aller au-delà en soutenant l'individu dans ses besoins les plus urgents.

Pour agir avec professionnalisme, les AS combinent et mobilisent leurs propres ressources (savoir-être, savoir-faire, savoir-agir, etc.), mais également des ressources issues de leur environnement (réseaux professionnels, collègues, etc.). En effet, lors de situations complexes les assistants et assistantes sociales ont la possibilité de se référer aux conseils d'autres intervenant·e·s et d'examiner l'avis du collectif. Chaque professionnel·le a effectivement affirmé s'appuyer sur le réseau pour intervenir dans ce type de situation. En somme, nous avons remarqué que le médecin est une personne importante à mobiliser, mais également les aides et soins à domicile ou encore la famille de la personne concernée.

Pour finir, une autre ressource que les AS ont à disposition est d'exposer la situation des seniors à la société. Nous avons constaté que notre civilisation véhicule de nombreux préjugés et visions négatives du vieillissement. Pour éviter que les personnes âgées se sentent mises de côté et soient stigmatisées par la population, il serait nécessaire de valoriser leur âge ainsi que leur nécessité dans la société.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc valider cette deuxième hypothèse.

## 8 Conclusion

### 8.1 Degré d'atteinte des objectifs de la recherche

Au début de ce travail de recherche, quatre objectifs ont été fixés. Arrivant désormais à la fin du TB, nous pouvons évaluer leur degré d'atteinte.

Le premier objectif consiste à **identifier les facteurs de risque chez les personnes âgées**. Cet objectif me semble atteint, car j'ai pu m'appuyer sur de nombreux éléments théoriques pour approfondir mes connaissances concernant les situations critiques chez les personnes âgées. De plus, je me suis rendu compte qu'en tant qu'AS je serai souvent confrontée à des individus ayant des problématiques importantes. Ainsi, je suis consciente qu'il ne suffit pas de connaître les facteurs de risques, mais il faut également pouvoir les identifier sur une durée plus ou moins longue.

Le deuxième objectif vise à **mettre en évidence les signes avant-coureurs du suicide**. Je pense que cet objectif a également été atteint et qu'il est fortement en lien avec le premier. En effet, j'ai découvert le processus suicidaire et les différentes étapes de ce dernier.

Le troisième objectif est de **savoir comment prévenir les conduites suicidaires chez les seniors**. J'ai également l'impression d'avoir atteint cet objectif. Je garde toutefois en tête qu'il n'y a pas de « solution miracle » pour prévenir le suicide des personnes âgées. Dans mes futurs entretiens, il sera important que je sois attentive aux signes alarmants et que je n'hésite pas à en parler avec l'individu concerné, mes collègues et le réseau. Je crois fermement qu'en parler, c'est déjà agir.

Pour finir, le dernier objectif consiste à **identifier les outils qui permettent de mener un entretien avec une personne présentant un risque suicidaire**. Il me semble que cet objectif a également été atteint. Lorsque j'ai rencontré les professionnel·le·s, j'ai pu mieux cerner quelles techniques d'entretien étaient utilisées lorsqu'une personne montre des signes de détresse. Il a été difficile pour eux de définir concrètement les outils utilisés, mais j'ai l'impression d'avoir trouvé des pistes théoriques qui étayaient leurs discours.

### 8.2 Bilan des apprentissages personnels, professionnels et méthodologiques

Construire ce Travail de Bachelor sur trois semestres a été un réel défi pour moi. J'ai appris à concevoir une démarche de recherche sur le long terme en articulant une approche théorique, une investigation empirique et une réflexion personnelle. Il n'a pas toujours été facile pour moi de mettre en forme le cheminement et les résultats de mon travail, mais en prenant du recul je trouve avoir progressé et je me sens satisfaite de ce dernier.

À travers ce TB, j'ai pu développer mon esprit critique, ce qui m'a demandé une certaine curiosité, mais aussi une distanciation face à ma pratique et aux informations récoltées. En effet, j'ai tout d'abord perçu une situation qui m'a interpellée, je l'ai donc contextualisée pour en connaître plus sur le sujet. Après cela, j'ai pu déconstruire ce que je pensais savoir en interrogeant les évidences et en émettant des hypothèses. Je suis ensuite allée sur le terrain pour comparer et confronter la théorie à la pratique. J'ai finalement analysé les résultats de ces enquêtes et j'ai développé une conclusion.

Ce travail a été enrichissant pour moi, car avant de le débiter je me sentais impuissante face au suicide des seniors. Désormais, je repars avec des pistes de réflexions et d'actions. En effet, j'ai fait de nombreuses découvertes dans le domaine de la prévention du suicide des personnes âgées et j'ai ainsi réalisé à quel point cette problématique est importante et encore minimisée.

Je pense que les outils que j'ai pu découvrir pour prévenir le suicide des seniors pourront me servir tout au long de mon parcours professionnel et personnel, car ils peuvent parfois être mis en lien avec d'autres types de populations.

Il est important pour la suite que je puisse communiquer et mettre en pratique ce que j'ai appris, tout en espérant percevoir un changement autour de moi. En somme, je trouve primordial de repérer les aprioris présents dans mon contexte professionnel ou personnel, pour pouvoir les questionner et ainsi déconstruire certaines idées reçues. Il est essentiel pour moi d'être une praticienne réflexive en prenant ma propre pratique comme objet de réflexion.

### 8.3 Piste d'action professionnelle

En tant qu'assistante sociale, je trouve intéressant de mobiliser les personnes touchées par cette thématique de près ou de loin pour mettre des changements en œuvre. Le domaine artistique peut, selon moi, être un moyen d'aborder des problématiques difficiles ou taboues.

En France, dans la région de Bourgogne-Franche-Comté, le pôle de gérontologie et d'innovation mobilise un réseau pluridisciplinaire au service de la qualité de vie aux différentes étapes de la progression en âge et de l'adaptation de notre société au vieillissement. Il a demandé à la Compagnie des Trois Sœurs de monter une pièce de théâtre interactive sur l'isolement et le suicide des personnes âgées. Dans cette pièce intitulée « Je voudrais être loin », le spectateur ou la spectatrice est acteur ou actrice et peut apporter sa contribution en montant sur scène pour changer le cours des choses. Après ce spectacle, le pôle de gérontologie de Bourgogne-Franche-Comté a organisé une conférence-débat ainsi qu'une table ronde. (Colle & Bourgeot, 2018)

Un tel projet est pour moi inspirant et est une piste d'action professionnelle concrète à réaliser. En effet, je trouve qu'il est intéressant d'utiliser la pratique artistique pour sensibiliser la population à une telle problématique. La collaboration des disciplines de l'art et du travail social offre des occasions multiples de transmettre des messages, de créer des liens, de questionner, etc.

Avec le théâtre-forum, nous donnons la parole au public sur des sujets plus ou moins importants, afin que leur imagination prenne le pouvoir. C'est une façon de faire passer des messages en douceur et d'imaginer collectivement des alternatives aux problèmes.

C'est aussi un lieu pouvant réunir les professionnel-le-s, les familles, les personnes concernées, etc. De plus, nous avons souligné dans le cadre de cette recherche que le suicide des seniors est encore méconnu, un tel projet pourrait donc sensibiliser la société à cette problématique.

### 8.4 Limites et perspectives de la recherche

Lorsque j'ai commencé l'analyse des données récoltées, j'ai tout d'abord fait l'erreur de prendre les témoignages pour illustrer mes apports théoriques. Par la suite, j'ai pu changer ma manière de procéder pour que les apports des témoignages et les apports

théoriques se complètent l'un l'autre. La théorie approfondit ainsi les discours des personnes interrogées. Toutefois, je pense qu'il aurait aussi été intéressant de trouver des apports théoriques qui ne correspondent pas à la réalité des professionnel-le-s pour montrer les différences entre le prescrit et le réel.

J'ai pris la décision de ne pas dévoiler ma thématique avant de rencontrer les travailleurs et travailleuses sociales. Cela m'a permis d'accéder à des discours sincères et spontanés, car personne n'a pu concevoir des réponses à l'avance.

À travers cette technique d'entretien, je désirais que les professionnel-le-s amènent d'eux-mêmes la thématique du risque suicidaire. Lors de la première partie des rencontres, nous avons donc abordé toutes sortes de concepts qui n'étaient pas liés à la prévention du suicide chez les seniors. Ainsi, la question du suicide n'a peut-être pas été assez approfondie et est parfois restée en surface. Toutefois, je ne regrette pas d'avoir choisi les entretiens semi-directifs comme technique de récolte des données, car les personnes interrogées m'ont emmenée là où elles en avaient envie et mon guide d'entretien m'a permis de souligner les points importants à aborder. J'ai ainsi appris à m'adapter et modifier mes questions selon la direction prise lors des rencontres qui pouvait être totalement imprévisible.

Je pense que pour aller plus en profondeur dans la thématique, il aurait été nécessaire de rencontrer un plus grand nombre de professionnel-le-s venant de divers horizons.

Il a été intéressant et pertinent pour moi de faire une recherche qualitative et non quantitative, car cela m'a permis de rencontrer les personnes interrogées et de pouvoir prendre du temps avec elles pour aborder cette thématique sensible. De plus, j'ai pu accéder directement à leurs expériences professionnelles et personnelles.

De même, il est évident qu'avec cette recherche réalisée avec quatre travailleurs et travailleuses sociales, il est impossible de tirer des généralités, mais cela nous permet d'avoir des pistes de réflexion.

En somme, ce travail donne un aperçu de l'implication des AS de Pro Senectute dans la prévention du suicide en 2019, mais il n'a pas été possible de traiter ce sujet dans sa totalité. En effet, il serait intéressant de réaliser une recherche plus affinée en interrogeant des professionnel-le-s venant d'autres institutions, par exemple : l'APEA, les hôpitaux, les aides et soins à domicile, etc. Une telle démarche permettrait de mieux cerner le fonctionnement de la prévention du suicide des seniors à une échelle plus grande. De plus, je trouverais intéressant d'obtenir l'avis des personnes âgées concernées et de leurs proches.

Pour ce travail, j'ai décidé de me centrer uniquement sur la prévention du suicide et non du suicide assisté, car il me semble que ce dernier est déjà au centre des débats en Suisse. Toutefois, j'ai pu remarquer que ces thématiques sont intimement liées et que la question d'EXIT a été abordée par chaque travailleur ou travailleuse sociale interrogé-e. Étudier les liens et les différences entre ces concepts pourrait faire l'objet d'une prochaine recherche.

Je vais débiter mon parcours professionnel par un remplacement de quelques mois chez Pro Senectute. Cette expérience est pour moi une occasion rêvée de mettre en pratique mes nouvelles connaissances apprises dans le cadre de mon Travail de Bachelor. De plus, je pense être plus sensible et attentive à cette thématique. En effet, j'ai maintenant en main de nombreux outils pour remarquer, évaluer et prévenir le suicide des personnes âgées.

## 9 Bibliographie

- Amiguet, C., & Julier, C. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social : repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Genève : I.E.S.
- André, J. (2016). *La vie après le suicide*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Association Prévention Suicide Fribourg. (2007). Guide d'intervention pour les professionnels-les. Personnes âgées. *Suicide*, pp. 1-5.
- ATS. (2018). Les personnes âgées sont les plus stigmatisées. *Le Temps*.
- Baechler, A. (consulté le 12.08.2019). *Exit A.D.M.D. Suisse romande*. Récupéré sur EXIT Suisse romande: <https://exit-romandie.ch/>
- Balard, F. (2018). Repenser la participation sociale dans la grande vieillesse. *La Santé en action*, pp. 17-18.
- Bassin, M. (2018). Trois générations réunies quelques heures par semaine. *Le Journal du Jura*, 8.
- Bizzini, L. (2007). L'âgisme. Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence. *Gérontologie et société*, pp. 263-278.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*. Paris: Armand Colin.
- Bouquet, B. (2005). *La prévention : concept, politiques, pratique en débat*. Paris: L'Harmattan.
- Caillard, V., & Chastang, F. (2010). *Le geste suicidaire*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS.
- Camus, V. (2008). De quelques questions éthiques posées par l'intentionnalité et les conduites suicidaires. *Revue d'éthique et de théologie morale*, pp. 59-78.
- Chavagnat, J.-J. (2005). *Prévention du suicide*. Esher: John Libbey Eurotext .
- Colle, D., & Bourgeot, S. (2018). *Un spectacle pour prévenir le suicide des personnes âgées et rompre leur isolement*. Récupéré sur France 3 Bourgogne-Franche-Comté: <https://www.youtube.com/watch?v=AmBM2OVBKjQ>
- Croubalian, A. (2015, juin 25). *Le suicide des personnes âgées demeure un tabou en Suisse*. Récupéré sur RTS INFO: <https://www.rts.ch/info/suisse/6894258-le-suicide-des-personnes-agees-demeure-un-tabou-en-suisse.html>
- Cyrulnik, B., & Elkaim, M. (2010). *Psychothérapies créatives, entre résilience et résonance*. Paris: Editions Fabert.
- Fink, B. (2016). Favoriser l'autonomie et en bénéficier. *Rapport de gestion*, p. 21.
- Fiske, H. (2015). *L'entretien centré sur les solutions dans la crise suicidaire : Ranimer l'espoir*. Bruxelles: SATAS s.a.
- Huber, A. (2016). Accompagner le changement. *Rapport de gestion*, p. 11.
- Koller, A. (2012). *Planète Santé*. Récupéré sur Parler du suicide, oui. Mais comment?: <https://www.planetesante.ch/Magazine/Psycho-et-cerveau/Suicide/Parler-du-suicide-oui.-Mais-comment>
- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., & Camirand, R. (2010). *Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse. (2019). *Code civil suisse*. Berne.
- Le Bossé, Y. (2016). *Soutenir sans prescrire - Aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC)*. Québec: ARDIS.
- Lefebvre des Noettes, V. (2014). Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique . *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* , pp. 246-251.

- Lefebvre des Noettes, V. (2015). Dépister et prévenir la dépression et le suicide. *Dépression*, pp. 228-249.
- Lièvre, P. (2006). *Manuel d'initiation à la recherche en travail social*. Paris : Editions de l'école nationale de la santé publique.
- Loup, A.-F., & Dubois, F. (2019, consulté le 18.07.19). *Pro Senectute Arc Jurassien*. Récupéré sur Le projet WIN 3 démarre à Neuchâtel: <https://www.arcjurassien.prosenectute.ch/cours-formation/projet-win3-demarre-neuchatel.html>
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal: Gaetan Morin Editeur.
- Mazade, O. (2011). Temps de crises et crise des temps. *La crise dans les parcours biographiques : un régime temporel spécifique*.
- Minger, C. (2016). *Petit mémento et protocole d'intervention à l'intention des communes*. Delémont, Jura, Jura: Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2016, janvier). La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Paris, France. Récupéré sur Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relatives-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillesse/article/mobiliser-toute-la-societe>
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes. *Prise en charge des troubles mentaux et neurologiques, Département de santé mentale et toxicomanies*, pp. 1-13.
- Pelège, P. (2011). Le suicide des personnes âgées . In Yves Jeanne, *Vieillir handicapé*, pp. 51-66.
- Pro Senectute Arc Jurassien. (2017). *Rapport d'activité 2017*. Zurich: Pro Senectute.
- Pro Senectute Arc Jurassien. (2018). *Vieillir, un art de vivre : Pro Senectute Arc Jurassien*. Récupéré sur Arc Jurassien Pro Senectute: <https://www.arcjurassien.prosenectute.ch/>
- Pro Senectute Suisse. (2013). Prise de position de Pro Senectute sur les questions de l'assistance au suicide des personnes âgées. *Pro Senectute pour la vieillesse*, pp. 1-3.
- Pro Senectute Suisse. (2016). *Rapport de gestion*. Zurich: Editions Pro Senectute Suisse.
- Pro Senectute Suisse. (2019, Consulté le 16.07.19). *Pro Senectute, l'organisation au service de la vieillesse*. Récupéré sur Pro Senectute: <https://extranet.prosenectute.ch/pro-senectute/fr/qui-sommes-nous.html>
- Pro Senectute Valais. (consulté le 13.08.2019). *Présentation de la fondation*. Récupéré sur Vieillir en Valais avec Pro Senectute: <http://www.vs.prosenectute.ch/cours-formation/presentation-fondation-63.html>
- Résiste (Jura et Jura bernois). (2018). *Prévenir le suicide, Prévention du suicide et dépistage du risque suicidaire de la personne âgée*. Sonceboz: Résiste.
- Reynard, N. (2018). Détresse existentielle et processus suicidaire . *Pars Pas - Association Valaisanne pour la Prévention du Suicide*. Sion.
- Romano, H. (2013, Septembre). Suicide et conduite suicidaire, Repérage et perspectives de prise en charge. *Références en santé au travail*, pp. 89-95.
- Saias, T., Véron, L., & Lapierre, V. (2013). Prévention du suicide de la personne âgée : la place des interventions communautaires. *Pratiques psychologiques*, pp. 103-117.

- SantéPsy.ch . (2019, consulté le 18.07.19). *PAFA, placement à des fins d'assistance*. Récupéré sur Pour la promotion de la santé mentale dans les cantons latins: <https://www.santepsy.ch/fr/pages/pafa-445>
- Sgier, L., & Lucas, B. (2012). Soutenir la citoyenneté des personnes âgées en institution. *Gérontologie et société*, pp. 83-86.
- Stoppe, G., Wiesli, U., Kohn, J., Schmutz, B., & Suter, E. (2011). Prise de position "Prévention du suicide chez les personnes âgées". *Santé Publique Suisse*, pp. 1-6.
- Thomas, H. (2007). La promotion de la citoyenneté sociale et politique dans le grand âge à l'ère de la protection rapprochée. *Gérontologie et société*, pp. 99-114.
- Walter, E., Duetz Schmucki, M., Bürli, C., Amstad, F., Haas, A., Schibli, D., & Kaufmann, M. (2016). *La prévention du suicide en Suisse ; Contexte, mesures à prendre et plan d'action*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

## 10 Annexes

### 10.1 Guide d'entretien pour les AS

Dans le cadre de mon Travail de Bachelor, je m'intéresse au fait d'accompagner les personnes âgées en tant qu'assistante sociale. J'essaie de mieux discerner quels sont les enjeux présents. Pour cela, je vais vous poser une série de questions en lien avec votre activité professionnelle au sein de Pro Senectute.

Cet entretien est anonyme et confidentiel. Vous êtes libre d'y participer ou de refuser de répondre à une question. Mon but est de recueillir des données analysables dans le cadre de mon travail, et non d'émettre des jugements sur vos propos. Je traiterai les informations que j'aurai recueillies avec le plus d'objectivité possible. Toutes les données récoltées au moyen de cet entretien seront strictement et uniquement utilisées dans le cadre de mon Travail de Bachelor.

Afin de pouvoir les analyser, j'ai besoin d'enregistrer l'entretien qui va suivre ; est-ce que vous me donnez votre accord ? Une fois la recherche terminée, tous les enregistrements seront détruits.

#### Questions d'introduction

Pouvez-vous me parler de votre parcours et des formations que vous avez réalisées ?

Depuis combien de temps travaillez-vous à Pro Senectute ?

Quels sont les plus grands défis auxquels vous êtes confrontés dans votre travail de tous les jours dans l'accompagnement des seniors ?

- Auriez-vous quelques exemples types à donner ?
- Comment vous y prenez-vous pour faire face à ces défis ? Comment les gérez-vous ?

Présentez-moi, en quelques mots, le travail que vous faites auprès des personnes âgées et votre rôle d'assistant·e social·e

- Quelles sont les qualités/compétences nécessaires ?

#### Hypothèse 1 :

##### Vignette :

Un homme de 76 ans demande de l'aide à Pro Senectute pour sa gestion administrative. Vous vous rendez pour la première fois à son domicile. Monsieur vit seul, il n'a plus de contact avec ses deux enfants et a perdu son épouse il y a deux mois. Depuis son décès, il a arrêté de payer ses factures. De plus il refuse de prendre son traitement médical « car ça ne sert à rien » selon lui.

Monsieur semble avoir une mauvaise hygiène (ses habits sont sales et sentent mauvais, son appartement n'est ni rangé ni nettoyé).

→ Comment intervenez-vous dans cette situation ?

- Quels sont les éléments clés à vérifier ?  
 → Vous fait-elle penser à une situation que vous avez vous-même vécue ?  
 → Si oui, pouvez-vous me la décrire et m'expliquer votre réaction ?

- Lorsqu'une personne vous inquiète, à quoi êtes-vous particulièrement attentif ou attentive lorsque vous vous rendez à son domicile ?
- Et si la personne vient au bureau, à quoi êtes-vous attentif ou attentive ?

J'ai lu que la dépression est une maladie psychique fréquente chez les seniors, comment cela se manifeste-t-il dans votre quotidien ?

- Est-ce que ça vous semble représentatif de la réalité ? Expliquez-moi votre réponse.
- En connaissant ce fait, que faites-vous dans votre accompagnement auprès des personnes âgées ?

Que pensez-vous de la prévention du suicide des seniors dans notre société ?

- Est-ce que vous en avez déjà entendu parler ?
- En parlez-vous aux seniors ? Si oui, comment/pourquoi ? Si non, pourquoi ?
- Comment prévenez-vous le suicide des seniors dans votre travail ?
- Selon vous, quel est votre rôle pour prévenir le suicide des seniors ?
- Quel est le rôle de Pro Senectute ?

Avez-vous déjà été confronté-e à une personne en crise suicidaire ?  
 Si oui, pouvez-vous me décrire cette situation et m'expliquer votre réaction ?  
 Avec le recul, réagiriez-vous différemment ? Pourquoi ? Comment ?

Le suicide des personnes âgées vous semble-t-il fréquent ? Avez-vous l'impression d'être régulièrement confronté à une personne âgée en détresse existentielle dans le cadre de votre travail ?

## Hypothèse 2

Comment réagissez-vous si une personne âgée vous dit :

- « Je ne peux plus continuer, je préférerais être mort-e. »
- « Certains jours, j'aimerais avaler d'un coup tous mes médicaments pour en finir. »
- « J'ai décidé de prendre tous mes médicaments mercredi prochain, ma fille ne vient pas ce jour-là et je n'ai pas envie que ce soit elle qui me retrouve. »

Selon vous, quels sont les signes perceptibles d'un risque suicidaire ? Comment vous voyez, vous sentez, vous savez que le risque devient réel ?

- Et si la personne ne dit pas clairement qu'elle pense au suicide ?
- Connaissez-vous des outils/aide-mémoire pour repérer les signes d'alarme ?

(Où trouvez-vous des pistes, des conseils pour prendre les décisions dans une situation de risque suicidaire ?)

(Pouvez-vous me décrire une situation vécue lorsqu'une personne âgée se trouvait en détresse existentielle ?)

**Vignette :**

Si l'on reprend l'exemple de la personne qui parle de son désir de suicide.

Comment agissez-vous dans cette situation complexe, et avec qui ?

- Avez-vous mobilisé un réseau ? Si oui, lequel ?
- Est-ce que vous vous êtes appuyé-e sur vos collègues ?
- Est-ce que vous vous êtes appuyé-e sur les professionnel-le-s qui interviennent également auprès de la personne ? (Médecin-s, soignant-e-s, psychiatre-s, psychologue-s, etc.)
- Est-ce que vous vous êtes appuyé-e sur les proches de la personne ? (Famille, ami-e-s, voisin-e-s, etc.)

→ Si vous avez fait appel à des personnes-ressources, avez-vous toujours prévenu la personne concernée ?

→ Si elle ne donne pas son accord pour contacter un proche, comment réagissez-vous ?

(Selon ce que la personne a dit avant)

- Vous dites que vous vous appuyez sur le travail en réseau, pouvez-vous en donner les raisons ?

- Vous dites que vous travaillez le plus souvent seul-e, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

Connaissez-vous l'association Résiste (JU) / Pars Pas (VS) ?

- En quoi cette association peut aider les professionnel-le-s ?
- En quoi cette association peut aider les personnes âgées ?

(Montrer les canevas du Jura et de Fribourg) → demande ?

Existe-t-il une directive/des procédures dans l'institution pour guider l'AS lors de crises suicidaires ?

- Utilisez-vous un canevas ? (Résiste a créé une brochure pour les professionnel-le-s avec le soutien de Pro Senectute, comment l'utilisez-vous ?)

- Si oui, est-ce que cela vous aide ou avez-vous l'impression qu'il n'est pas adapté à toutes les situations ?

- Si non, pensez-vous qu'il serait nécessaire d'en adopter un ou sein de votre service ?

→ Repérer quels savoirs et quelles techniques la personne utilise dans sa pratique

- Où avez-vous appris cet outil ?
- Pourquoi utilisez-vous ces techniques ? Qu'est-ce que ça vous apporte ?

En Suisse, selon vous, la formation de base en travail social est-elle suffisante pour intervenir auprès de personnes suicidaires ?

- Pourquoi me dites-vous cela, pouvez-vous me donner des exemples ?
- Dans quelles situations vous sentez-vous démuni-e ?

Faudrait-il changer quelque chose dans cette formation ?

- Si oui/non, pourquoi ?
- Quelle place/quelle importance faudrait-il donner à la prévention du suicide dans la formation d'AS ?

### Questions de conclusion

Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre cadre de travail en lien avec l'accompagnement des personnes en détresse existentielle ? Donnez-moi au maximum deux priorités.

### Renseignements généraux :

Date de l'entretien:

Lieu:

Durée :

Profil de la personne interrogée :

## 10.2 Guide d'entretien pour le directeur adjoint

Dans le cadre de mon Travail de Bachelor, je m'intéresse au fait d'accompagner les personnes âgées en tant qu'assistante sociale. J'essaie de mieux discerner quels sont les enjeux présents. Pour cela, je vais vous poser une série de questions en lien avec votre activité professionnelle au sein de ce service social.

Cet entretien est anonyme et confidentiel. Vous êtes libre d'y participer ou de refuser de prendre part à cette recherche. Mon but est de recueillir des données analysables dans le cadre de mon travail, et non d'émettre des jugements sur vos propos. Je traiterai les informations que j'aurai recueillies avec le plus d'objectivité possible. Toutes les données récoltées au moyen de cet entretien seront strictement et uniquement utilisées dans le cadre de mon travail de Bachelor.

Afin de pouvoir les analyser, j'ai besoin d'enregistrer l'entretien qui va suivre ; est-ce que vous me donnez votre accord ? Une fois la recherche terminée, tous les enregistrements seront détruits.

### Questions d'introduction

Pouvez-vous me parler de votre parcours et des formations que vous avez réalisées ?

Depuis combien de temps travaillez-vous à Pro Senectute ?

Quels sont les plus grands défis auxquels vous êtes confrontés dans votre travail de tous les jours ?

- Auriez-vous quelques exemples types à donner ?
- Comment vous y prenez-vous pour faire face à ces défis ? Comment les gérez-vous ?

Présentez-moi, en quelques mots, votre travail/votre rôle de responsable de la consultation sociale.

- Quelles sont les qualités/compétences nécessaires ?

### Hypothèse 1

#### Vignette :

Imaginons qu'un-e AS amène une situation en colloque :

Elle se rend chez un homme de 76 ans suite à la demande de son fils. En effet, ce dernier s'inquiète pour son père, car il vit seul et son comportement l'inquiète depuis le décès de son épouse.

Depuis son décès, Monsieur a arrêté de payer ses factures et de prendre son traitement médical « car ça ne sert à rien » selon lui. Il semble avoir une mauvaise hygiène (ses habits sont sales et sentent mauvais, son appartement n'est ni rangé ni nettoyé).

Son fils explique que ce comportement n'est pas habituel et qu'il se sent dépassé.

→ Pensez-vous que les AS de Pro Senectute peuvent être confronté·e·s à ce genre de situation ?  
 → Vous fait-elle penser à une situation qui a déjà été amenée lors d'un colloque ? Si oui, pouvez-vous me la décrire et m'expliquer votre réaction ?  
 (Quel est votre rôle lorsque des situations complexes sont amenées par exemple lors d'un colloque ?  
 → Comment soutenez-vous l'AS ?  
 → Comment intervenez-vous dans cette situation ?

J'ai lu que la dépression est une maladie psychique fréquente chez les seniors, comment cela se manifeste-t-il dans votre quotidien ?

- Est-ce que ça vous semble représentatif de la réalité ? Expliquez-moi votre réponse.
- Est-ce que Pro Senectute est sensibilisé à cela ? Si oui/non, pourquoi, comment ?

Comment le suicide touche-t-il les personnes âgées dans notre société ?

- Est-ce un phénomène courant ?
- Comment cela se manifeste-t-il à Pro Senectute ?

Que pensez-vous de la prévention du suicide des seniors dans notre société ?

- Est-ce que vous en avez déjà entendu parler ?
- Pensez-vous qu'il est nécessaire d'en parler aux seniors ? Si oui, comment/pourquoi ? Si non, pourquoi ?
- Comment prévenez-vous le suicide des seniors dans votre travail ?
- Selon vous, quel est votre rôle pour prévenir le suicide des seniors ?
- Quel est le rôle de Pro Senectute ?

Est-ce que des membres de votre équipe ont déjà été confrontés à une personne en crise suicidaire ?

Avez-vous l'impression que les différent·e·s professionnel·le·s de Pro Senectute sont régulièrement confronté·e·s à une personne âgée en détresse existentielle ?

Pouvez-vous me décrire une situation de détresse existentielle et m'expliquer comment cela est géré au sein de ce service ?

## Hypothèse 2

Comment conseillez-vous un·e AS qui a été confronté à une personne âgée qui lui dit :

- « Je ne peux plus continuer, je préférerais être mort·e. »
- « Certains jours, j'aimerais avaler d'un coup tous mes médicaments pour en finir. »
- « J'ai décidé de prendre tous mes médicaments mercredi prochain, ma fille ne vient pas ce jour-là et je n'ai pas envie que ce soit elle qui me retrouve. »

Selon vous, quels sont les signes perceptibles d'un risque suicidaire ? Comment savez-vous que le risque devient réel ?

- Et si la personne ne dit pas clairement qu'elle pense au suicide ?
- Connaissez-vous des outils/aide-mémoire pour repérer les signes d'alarme ?

Vous m'avez décrit avant une situation vécue lorsqu'une personne âgée se trouvait en détresse existentielle

Où trouvez-vous des pistes, des conseils pour prendre les décisions dans une situation de risque suicidaire ?

Comment le réseau est-il mobilisé ?

- Est-ce que vous vous êtes appuyé-e sur vos collègues ?
- Est-ce que vous vous êtes appuyé-e sur les professionnel-le-s qui interviennent également auprès de la personne ? (Médecin-s, soignant-e-s, psychiatre-s, psychologue-s, etc.)
- Est-ce que vous vous êtes appuyé-e sur les proches de la personne ? (Famille, ami-e-s, voisin-e-s, etc.)

→ Si vous avez fait appel à des personnes-ressources, avez-vous toujours prévenu la personne concernée ?

→ Si elle ne donne pas son accord pour contacter un proche, comment réagissez-vous ?

(Selon ce que la personne a dit avant)

- Vous dites que vous vous appuyez sur le travail en réseau, pouvez-vous en donner les raisons ?

- Vous dites que vous travaillez le plus souvent seul-e, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

Connaissez-vous l'association Résiste (JU) / Pars Pas (VS) ?

- En quoi cette association peut aider les professionnel-le-s ?
- En quoi cette association peut aider les personnes âgées ?

Existe-t-il des protocoles institutionnels pour guider les professionnel-le-s lors de crises suicidaires ?

- Utilisez-vous un canevas ? (Résiste a créé une brochure pour les professionnel-le-s avec le soutien de Pro Senectute, comment l'utilisez-vous ?)

- Si oui, est-ce que cela vous aide ou avez-vous l'impression qu'il n'est pas adapté à toutes les situations ?

- Si non, pensez-vous qu'il serait nécessaire d'en adopter un ou sein de votre service ? (canevas à montrer)

Parler du suicide, informer, sensibiliser et augmenter les possibilités de prévention : est-ce que cela fait partie des missions de Pro Senectute ?

Quelles actions de prévention serait-il possible de faire auprès des personnes âgées ?

Comment les différent-e-s professionnel-le-s de Pro Senectute peuvent avoir accès à des outils/techniques pour gérer de telles situations ?

- Existe-t-il des formations continues ?

En Suisse, selon vous, la formation de base en travail social est-elle suffisante pour intervenir auprès de personnes suicidaires ? (Pour les AS)

- Pourquoi me dites-vous cela, pouvez-vous me donner des exemples ?

Faudrait-il changer quelque chose dans cette formation ?

- Si oui/non, pourquoi ?
- Quelle place/quelle importance faudrait-il donner à la prévention du suicide dans la formation d'AS ?

### Questions de conclusion

Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans votre cadre de travail en lien avec l'accompagnement des personnes en détresse existentielle ? Donnez-moi au maximum deux priorités.

### Renseignements généraux :

Date de l'entretien:

Lieu:

Durée :

Profil de la personne interrogée :