

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

MIEUX COMPRENDRE LE SUICIDE CHEZ LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS : DES  
REPÈRES POUR INTERVENIR LORSQUE L'ÂGISME ALIMENTE LE DÉSESPOIR

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ROCK-ANDRÉ BLONDIN RUEL

MARS 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je souhaite d'abord remercier ma directrice Valérie Bourgeois-Guérin. Je te remercie pour ton oreille attentive, ta rigueur, tes précieuses questions et ton soutien indéfectible au cours des dernières années. Je me compte chanceux d'avoir reçu un soutien et un encadrement d'aussi grande qualité.

Je souhaite aussi remercier tous les précieux collègues que j'ai côtoyé chez Suicide Action Montréal, au Centre de recherche sur le suicide et les pratiques de fin de vie ainsi qu'à l'Association québécoise de prévention du suicide. Vous avez nourri et cultivé ma passion pour la prévention du suicide. Vous m'avez inspiré et guidé dans la rédaction de cet essai.

En terminant, je tiens à remercier ma famille et mes amis qui par leur présence et leur amour m'ont permis de persévérer tout au long de cette aventure doctorale.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1   PROBLÉMATIQUE.....	4
1.1 Discours sur le vieillissement : un ordre paradoxal .....	4
1.1.1 La conception biomédicale du vieillissement : quand vieillir rime avec déclin.....	4
1.1.2 Le modèle du « bien vieillir » : lorsque vieillir consiste à devenir jeune .....	5
1.2 Différents discours sur le suicide .....	6
1.2.1 Trois <i>a priori</i> en suicidologie contemporaine.....	6
1.2.2 Le suicide : un phénomène complexe.....	7
CHAPITRE 2   CADRE THÉORIQUE .....	9
2.1 L'expérience des personnes âgées suicidaires.....	9
2.1.1 Le tournant .....	10
2.1.2 Le contrôle .....	10
2.1.3 L'isolement .....	12
2.1.4 Désir de mort ou idées suicidaires .....	13
2.2 La perspective des proches de personnes âgées suicidaires .....	13
2.2.1 La personnalité.....	13
2.2.2 Le rapport aux proches .....	14
2.2.3 Le rapport à la vie .....	14
2.2.4 Le rapport à la mort .....	15
2.2.5 Le rapport à l'aide médicale .....	15
2.3 La perspective des intervenants qui ont côtoyé les personnes âgées suicidaires .....	16
2.3.1 Expliquer le suicide chez les aînés .....	16
2.3.2 Demander de l'aide en dernier recours .....	17
2.3.3 Une perception dynamique .....	18
2.3.4 Les difficultés des intervenants.....	18
2.3.5 Mieux aider les personnes âgées.....	18
2.4 Des regards croisés : perceptions et compréhensions multiples.....	19

CHAPITRE 3   OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIE ET ÉTHIQUE.....	21
3.1 Pertinence de la recherche.....	21
3.2 Objectif de recherche .....	22
3.4 L’herméneutique comme cadre d’analyse.....	22
3.5 L’utilisation d’un langage sécuritaire.....	24
CHAPITRE 4   CADRE CONCEPTUEL.....	26
4.1 Un discours ordonné.....	26
4.2 Se raconter autrement pour aller mieux .....	29
4.3 L’âgisme : un moteur pour le désespoir ? .....	30
4.4 L’approche intersubjective et herméneutique en psychologie humaniste.....	32
4.5 Critiquer pour construire : une posture sociale .....	32
CHAPITRE 5   L’ÂGISME .....	34
5.1 Le vieillissement comme processus .....	34
5.2 Des repères pour penser l’âgisme.....	35
5.2.1 Une définition .....	35
5.2.2 Théoriser l’âgisme .....	35
5.3 L’âgisme explicite .....	37
5.3.1 Les attitudes négatives .....	38
5.3.2 Les pratiques discriminatoires .....	38
5.3.3 Les politiques publiques qui perpétuent les stéréotypes basés sur l’âge .....	38
5.4 L’âgisme implicite.....	38
5.4.1 L’humour .....	39
5.4.2 L’euphémisme .....	39
5.4.3 L’infantilisation .....	39
5.5 L’âgisme intégré.....	39
5.5.1 Les stéréotypes s’intègrent tout au long de la trajectoire de vie.....	40
5.5.2 Les stéréotypes s’opèrent de façon inconsciente .....	41
5.5.3 La pertinence des stéréotypes exacerbe leur saillance.....	41
5.5.4 L’utilisation de différentes trajectoires .....	42
5.6 Quand l’âgisme entraîne une diminution des possibles .....	44

CHAPITRE 6   LE DÉSESPOIR .....	45
6.1 La diminution des possibles et le désespoir .....	45
6.2 L'âgisme comme condition de possibilité du désespoir.....	46
6.2.1 L'impression de perdre le contrôle sur soi.....	46
6.2.2 L'isolement .....	47
6.2.3 La personnalité.....	49
6.2.4 Le rapport à la vie .....	50
CHAPITRE 7   COMMENT ESPÉRER.....	51
7.1 Être conscient de ses propres croyances en tant que psychologue.....	51
7.2 L'empathie du psychologue .....	52
7.3 L'autocompassion .....	54
7.4 La capacité à se projeter .....	56
7.4.1 L'éducation psychologique.....	57
7.4.2 Se projeter dans un avenir meilleur .....	57
7.4.3 Intervenir.....	58
7.5 L'intervention systémique.....	59
7.6 Transformer l'identité narrative .....	61
CONCLUSION .....	62
BIBLIOGRAPHIE .....	64

## RÉSUMÉ

Chaque année au Québec, il y a environ 137 personnes âgées qui se suicident. Bien que de nombreuses études soient en mesure de nous informer sur les facteurs de risque de ces personnes âgées, nous disposons de très peu d'information nous permettant de comprendre ce qui les amène à penser au suicide et sur les moyens d'intervention efficaces à la portée des psychologues. Dans cet essai théorique, nous tentons de mieux comprendre ce qui amène une personne âgée à penser au suicide en croisant les théories sur l'âgisme avec deux théories sur le suicide ainsi qu'un corpus de recherche qualitative traitant de l'expérience des personnes âgées qui ont songé au suicide, de leurs proches et des intervenants qui les côtoient. Nous concluons en présentant différentes pistes d'intervention qui pourraient contribuer à susciter l'espoir chez les personnes âgées qui pensent au suicide.

Mots clefs : personnes âgées, suicide, âgisme, désespoir, intervention.

## INTRODUCTION

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (Légaré *et al.*, 2013)<sup>1</sup>, il y a en moyenne, au Québec, 137 personnes âgées de 65 ans et plus qui s'enlèvent la vie chaque année. Avec le vieillissement de la population, Légaré *et al.* (2013) soutiennent que le nombre de suicides chez les personnes âgées pourrait augmenter. En avançant en âge, les personnes qui posent un geste suicidaire utilisent des moyens plus létaux et leur geste entraîne plus souvent la mort que chez les plus jeunes (Richard-Devantoy et Jollant, 2012). En effet, le ratio tentatives de suicide/suicides est très inquiétant chez les aînés. Il est de 4/1 chez les 65 ans et plus alors qu'il est de 200/1 chez les 25 ans et moins (Conwell et Thompson, 2008). Malgré le nombre de suicides et cet important ratio, nous en savons encore peu sur ce qui pousse les personnes âgées à poser un geste suicidaire et les façons d'intervenir pour le prévenir (Devantoy et Jollant, 2012).

En effet, jusqu'à maintenant, la très grande majorité des études qui traitent de la question du suicide chez les aînés cherchent à mieux identifier qui sont les aînés à risque, mais très peu de recherches se penchent sur ce qui les amène à poser ce geste (Hjemeland, 2016 ; Hjemeland et Knizek, 2010). Or, le suicide a des répercussions fort importantes. La souffrance vécue par les personnes suicidaires est souvent d'une grande intensité. Chaque vie étant précieuse la perte d'une personne est toujours importante et tous méritent d'obtenir du soutien lorsqu'ils vivent de la détresse. Chaque personne qui se suicide laisse dans le deuil plusieurs personnes qui deviennent, à leur tour, plus à risque de se suicider (Hanus, 2007). Il y a également des répercussions sociales qui découlent du suicide dans la mesure où chaque personne qui se suicide représente une perte de richesse pour sa société et parce qu'il permet de mettre en lumière là où le tissu social achoppe (Durkheim, 2009). À la lumière de ces constats, il nous apparaît comme primordial de mieux comprendre les

---

<sup>1</sup> Chaque année, lors de la mise à jour de la mortalité par suicide au Québec de l'INSPQ, les auteurs du rapport approfondissent un pan des données épidémiologiques recueillies. En 2013, ces derniers ont pris la décision d'approfondir les données portant sur le suicide chez les personnes de 65 ans et plus. C'est pour cette raison que nous nous appuyons sur les nombres présents dans ce rapport dans notre essai. Il est aussi à noter que depuis 2013, les taux de suicide chez les personnes de 65 ans et plus sont demeurés stables (INSPQ, 2022).



trajectoires de vie des personnes âgées qui ont effectué une tentative de suicide afin de les soutenir adéquatement et de mieux comprendre ce qui les a amenées à poser ce geste.

Dans le cadre de cet essai doctoral, nous discutons, dans le chapitre 1, des problématiques qui touchent les personnes âgées qui pensent au suicide. Nous débutons en présentant différents discours portant sur le vieillissement et nous nous intéressons plus particulièrement à ceux qui traitent du bien vieillir et à ceux qui conçoivent le vieillissement comme étant un déclin. Par la suite nous abordons différents enjeux et limites qui sont soulevés dans la recherche dans le domaine de la suicidologie et la manière dont nous tenons compte des lacunes repérées dans les écrits afin de générer des connaissances pertinentes qui répondent aux besoins actuels.

Dans le chapitre 2, nous présentons un résumé des résultats des recherches qualitatives qui traitent de l'expérience de personnes qui ont fait une tentative de suicide, puis de l'expérience plus particulière des aînés qui ont posé un geste suicidaire. Par la suite, nous présentons la littérature qui s'intéresse à l'expérience des proches et des intervenants qui ont côtoyé des personnes âgées qui se sont suicidées afin d'obtenir un portrait plus large de notre sujet d'étude.

Dans le chapitre 3, nous détaillons ce qui justifie la pertinence de notre projet de recherche ainsi que les objectifs que nous poursuivons. Par la suite, nous décrivons la méthodologie plus globale que nous utilisons pour mener à bien notre entreprise et nous attardons plus particulièrement à la démarche herméneutique adoptée. Nous terminons ce chapitre en présentant nos considérations éthiques et en illustrant comment nous tenterons d'employer un langage sécuritaire tout au long de notre rédaction.

Le chapitre 4 est consacré à une présentation des cadres paradigmatiques et conceptuels qui soutiennent notre démarche. Nous amorçons ce chapitre en présentant comment la pensée de Michel Foucault contribue à influencer le regard plus sociologique que nous portons sur notre phénomène, puis nous discutons de la pensée de Paul Ricœur et de la manière dont elle va guider le regard psychologique que nous avons porté sur notre sujet tout au long de notre rédaction. Après avoir exposé la pensée des auteurs qui guident le cadre plus global de notre étude, nous présentons les

auteurs qui vont guider notre réflexion par rapport aux phénomènes plus spécifiques dont nous allons discuter : l'âgisme et le désespoir.

Nous entrons par la suite dans le cœur de notre réflexion au chapitre 5, où nous présentons la définition que nous retenons de l'âgisme, ainsi que les caractéristiques de ce phénomène. Nous illustrons ensuite différentes théories explicatives de l'âgisme en prenant le temps de nous attarder plus en détail à la théorie de la gestion de la terreur puis à la théorie de l'intégration des stéréotypes.

Dans le chapitre 6, nous réfléchissons à la manière dont l'âgisme peut contribuer à générer du désespoir et des idéations suicidaires chez les personnes âgées. Pour ce faire, nous élaborons un dialogue entre les théories sur l'âgisme, celles sur le suicide et notre corpus de connaissances qui se fonde sur les expériences des personnes âgées ainsi que des proches et des intervenants qui les ont côtoyées.

Le chapitre 7 constitue le dernier chapitre du cœur de notre essai doctoral. C'est dans celui-ci que nous relatons des pistes d'interventions prometteuses pour intervenir auprès de personnes âgées qui vivent du désespoir et qui pensent au suicide. Nous prenons d'abord un moment pour discuter de ce qui peut aider le psychologue à réguler sa propre expérience, puis nous présentons comment le développement de l'autocompassion et de la capacité à espérer ainsi que l'intervention systémique peuvent contribuer à soutenir les personnes âgées.

Nous concluons notre essai doctoral en en présentant les forces et les limites, puis en ouvrant sur les questions et les constatations qu'a soulevées notre processus rédactionnel.

## CHAPITRE 1 | PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous décrivons les différents discours qui ont cours au sujet du vieillissement aujourd'hui. Par la suite, nous abordons la manière dont les discours au sujet du suicide sont organisés. Tout au long du chapitre, nous nous interrogeons sur les limites et les problèmes que soulève l'organisation de ces discours.

### 1.1 Discours sur le vieillissement : un ordre paradoxal

Le vieillissement est un phénomène très complexe qui n'est pas facile à circonscrire. Il y a autant de façons de vivre le vieillissement qu'il y a de personnes qui le vivent. Il n'en demeure pas moins que l'on retrouve, dans la société, des discours sur le vieillissement qui, comme nous dirait Michel Foucault (1971), dominant « l'ordre du discours » sur le vieillissement. Celui-ci est ordonné en ce sens qu'il y a des idées reçues qui ont préséance sur d'autres. Selon Grenier (2012) et Van den Hoonaard (2018), il existerait deux discours principaux autour du vieillissement. Un premier qui prend forme dans une préconception biomédicale et qui explique, entre autres, le vieillissement dans des termes de dégénérescence et comme un ensemble de facteurs de risque et de facteurs de protection, et un second qui s'ancre autour de la conception du « bien vieillir » élaborée par Rowe et Khan (1998).

#### 1.1.1 La conception biomédicale du vieillissement : quand vieillir rime avec déclin

Grenier (2012) soutient que la conception biomédicale du vieillissement, qui est la langue dominante de tout un pan de la psychiatrie et de la psychologie contemporaine, prend racine dans une conception du vieillissement compris comme étant une suite de déclin (déclin fonctionnels, déclin cognitifs, etc.) (Calasanti et King, 2020, Quadagno, 2018 ; Clément *et al.*, 2005 ; Grenier et Ferrer, 2010). Selon cette idée, les pertes ou les symptômes marqueraient le passage de la vie adulte vers le troisième (65 ans et plus), puis le quatrième âge (80 ans et plus). Le modèle biomédical du vieillissement se serait par la suite transformé pour offrir une explication du vieillissement qui s'exprime principalement depuis en termes de facteurs de risque et de protection.

Ce modèle permet de bien identifier les risques auxquels sont confrontées les personnes âgées d'aujourd'hui ainsi que les facteurs qui ont plus tendance à les protéger. Cependant, selon Calasanti et King (2020), Quadagno (2018) et Grenier (2012), en réduisant l'expérience des aînés à divers facteurs prédéfinis, ce modèle s'adonne à une réduction du vécu de ces derniers, car il en occulte l'unicité au profit d'un ensemble de variables qui sont définies à l'avance par les chercheurs. Cette approche laisse très peu de place à l'histoire individuelle des personnes qui l'intéressent.

De plus, en présentant les expériences vécues par les aînés en matière de risque, cela sous-tend une approche de gestion du risque (Van den Hoonaard, 2018 ; Grenier, 2012). Le vieillissement considéré comme risque devient alors, selon Van den Hoonaard, (2018) et Grenier (2012), quelque chose que l'on peut et que l'on doit contrôler.

### 1.1.2 Le modèle du « bien vieillir » : lorsque vieillir consiste à devenir jeune

La conception du « bien vieillir » de Rowe et Khan (1998) est un discours qui s'est développé dans les années 1990. Selon Calasanti et King (2020), Quadagno (2018) et Grenier (2012), ce discours prend racine dans une conception méliorative des aînés. En effet, selon Grenier, celui-ci associe le troisième âge à une période de loisir, d'activité, de santé et de productivité. Il constitue en quelque sorte une antithèse du modèle du vieillissement-déclin en se basant sur l'idée que le corps des aînés est transformable et contrôlable (Van den Hoonaard, 2018). Les chercheurs qui critiquent ce modèle considèrent qu'il peut constituer une certaine forme d'âgisme, car les valeurs dont il fait la promotion sont associées à la jeunesse et les idées qu'il propose, telles que le fait que le corps soit transformable et contrôlable, sont irréalistes et ne correspondent pas à la réalité des aînés (Calasanti et King, 2020 ; Van den Hoonaard, 2018 ; Quadagno, 2018 ; Grenier, 2012 ; Grenier et Ferrer, 2010).

À la lumière de ces écrits, on constate que les discours dominants qui entourent la question du vieillissement présentent une vision souvent très peu nuancée des personnes âgées qui, dans les faits, ne vivent pas que des déclin et des difficultés tout comme leur vie n'est pas que loisir et santé. Il y a plusieurs chemins qui mènent au vieillissement et chaque personne âgée en emprunte un qui est parsemé de périodes d'intempéries et de beau temps. Dans le cadre de ce projet, nous

nous intéresserons plus particulièrement à l'expérience des aînés qui ont traversé une grande tempête : les personnes âgées qui ont fait une tentative de suicide.

## 1.2 Différents discours sur le suicide

Tout comme la recherche sur le vieillissement, une partie des recherches de type quantitatif qui s'insèrent dans un paradigme positiviste ou post-positiviste dans le domaine de la suicidologie s'appuient généralement sur l'approche biomédicale qui présente une vision plus mécaniste de l'être humain (Hjemeland, 2016 ; Hjemeland et Knizek, 2010). Nous avons, grâce aux différentes études qui sont menées en suicidologie contemporaine, beaucoup d'informations sur les facteurs de risques liés aux gestes suicidaires. Lorsque nous nous basons sur ces connaissances, nous savons donc qui sont les personnes qui sont les plus à risque de faire une tentative de suicide ou de se suicider. Hjemeland et Knizek (2010) expliquent que nous avons cependant très peu d'information sur la façon dont ces facteurs de risque sont liés aux gestes suicidaires. Autrement dit, selon ces auteurs, nous arrivons à expliquer qui sont les personnes qui sont les plus à risque de poser un geste suicidaire, mais nous arrivons beaucoup plus difficilement à comprendre pourquoi elles le font, car les méthodes de recherche favorisées permettent de générer des corrélations, mais elles ne permettent pas d'établir des liens causaux. Ces méthodes de recherche prennent appui sur les discours au sujet du suicide qui marquent notre époque, et contribuent en retour à les façonner.

### 1.2.1 Trois *a priori* en suicidologie contemporaine

Marsh (2016) indique que l'on peut dégager trois *a priori* dans les grands discours dominants de la suicidologie contemporaine. Selon lui, le premier *a priori* est que le suicide est un phénomène pathologique, et ce discours prend tellement de place qu'il est difficile d'imaginer une étude qui pourrait en faire abstraction et penser la chose autrement. Il rapporte que le second *a priori* qui se dégage dans les discours dominants élève la suicidologie au rang d'une science dans laquelle le modèle expérimental a préséance sur le modèle quasi expérimental, lequel subordonne les recherches non expérimentales. Cela pourrait expliquer, à tout le moins en partie, pourquoi le type de connaissance produit en suicidologie est sensiblement homogène. En effet, beaucoup de données standardisées (quantitatives) sont disponibles, mais très peu de données contextualisées

(qualitatives) le sont. Le troisième a priori est, selon l'auteur, que le suicide est traité comme un fait individuel. Nombre de recherches considèrent que le suicide provient de l'intériorité d'une seule personne. Autrement dit, le suicide est envisagé comme étant le fruit d'une décision individuelle.

Saïas *et al.* (2013) soulèvent que la vision individualiste du suicide a pour effet d'influencer les actions mises en place pour prévenir le suicide dans nos sociétés. Alors que le suicide est compris comme étant un problème de santé publique (Association québécoise de prévention du suicide [AQPS], 2014 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2004 ; Saïas *et al.*, 2013), les actions pour le prévenir « se fondent sur une détermination psychologique du phénomène » (Saïas *et al.*, 2013, p. 112). Ce faisant, les actions mises en place occultent souvent le contexte entourant le suicide, soit le climat familial, social, culturel, politique, historique, géographique et éthique particulier (Hejmeland, 2016 ; Hejmeland et Knizek, 2010 ; Saïas *et al.*, 2013 ; White *et al.*, 2016).

### 1.2.2 Le suicide : un phénomène complexe

Pour Hjemeland (2016), l'homogénéité des recherches en suicidologie représente un problème important, qui contribue à faire stagner le corpus de connaissance et empêche de trouver des solutions créatives aux problèmes contemporains qui se révèlent de plus en plus complexes. Cela serait notamment dû à la faible proportion<sup>2</sup> de recherches à devis qualitatifs qui sont menées dans ce domaine.

Le premier problème que présente ce corpus hautement homogène est que les recherches qui s'inscrivent dans un devis de type quantitatif ne permettent pas une compréhension socioculturelle du suicide, ce qui est, selon Hjemeland (2016), essentiel pour comprendre dans quoi s'inscrit le geste suicidaire et nous aiderait à mieux comprendre pourquoi les gens se suicident.

---

<sup>2</sup> Selon Hjemeland (2016), le nombre de recherches qualitatives qui ont été publiées dans les trois plus grandes revues de suicidologie entre 2011-2012 ne dépasse pas la barre des 11 % alors que la revue la plus prolifique a publié seulement 2 articles de recherche qualitative sur les 110 qui ont été acceptés à l'intérieur de ces deux années, ce qui représente moins de 2 % des études. Lorsque l'on regroupe les trois revues ensemble, on obtient une moyenne de 6,4 % de recherches qualitatives et dans la très grande majorité de ce 6,4 %, il est question de modèles mixtes.

Le second problème concerne l'échantillonnage, car dans les recherches qui s'inscrivent dans des paradigmes positivistes et post-positivistes de type quantitatif, il est nécessaire, pour des questions de validité, que la taille de la population soit proportionnelle au nombre de facteurs étudiés. En d'autres termes, plus on veut étudier de facteurs, plus la population doit être étendue et elle devient, du même coup, de plus en plus hétérogène (Hejmeland, 2016). Il y a donc un choix qui doit être fait entre l'hétérogénéité de l'expérience et la réduction de la population à l'étude.

Il est ainsi nécessaire pour Hjemeland (2016) qu'il y ait plus de recherches permettant de contextualiser ce qui amène une personne à se suicider (Hejmeland et Knizer, 2010) et comme Hill *et al.* (2012) le révèlent, qu'il y ait plus de recherche sur les trajectoires de vie, car : « Human beings are complex, intentional, meaning-seeking, reflecting, relational beings who are constantly exposed to and influenced by an indefinite number of factors and fortuitous events in constellations unique to the individual<sup>3</sup> » (Hjemeland, 2016). Les recherches qui prennent en compte le contexte entourant le geste suicidaire permettent ainsi de mieux comprendre la réalité des personnes qui posent ces gestes afin d'élaborer des pistes d'interventions qui correspondent davantage aux besoins particuliers de ces personnes.

---

<sup>3</sup> Traduction libre : « Les êtres humains sont des êtres complexes, intentionnels, en recherche de sens et relationnels qui sont constamment exposés et influencés par un ensemble de facteurs et d'évènement fortuits constellés de façon unique chez chaque individu ».

## CHAPITRE 2 | CADRE THÉORIQUE

Dans ce chapitre, nous brosons un portrait de l'expérience des personnes âgées suicidaires à partir d'études qualitatives qui s'intéressent à l'expérience de personnes âgées qui ont fait une tentative de suicide, de proches et d'intervenants qui ont connu une ou des personnes âgées qui se sont suicidées.

### 2.1 L'expérience des personnes âgées suicidaires

Une revue de la littérature a été réalisée afin d'identifier les écrits qui portent sur l'expérience des personnes âgées. Dans le cadre de cette revue de littérature, nous avons eu recours aux bases de données suivantes : Google scholar, Pub Med, Cairn, ERIC et Sofia UQÀM. Les mots clefs suivants : « personne\* âgée\* », « aîné », « suicide », « recherche qualitative », « expérience », « phénoménologie », « older people », « elder\* », « qualitative », « experience » et « phenomenology » ont été utilisés et mis en relation dans chacune des bases de données identifiées afin de repérer les écrits pertinents à notre étude.

Selon notre revue de littérature, peu d'études, notamment celles qualitatives (n=4), abordent directement l'expérience des personnes âgées ayant fait une tentative de suicide. Dans le cadre de ce projet, il est à noter que nous considérons comme personne âgée toute personne qui a plus de 65 ans (Ministère de la Famille et des Aînés, 2012) et comme tentative de suicide, tout geste posé dans l'intention de s'enlever la vie, mais qui n'aboutit pas à la mort (Roy et Beaulieu, 2014). Des quatre articles traitant de recherches qualitatives portant sur le suicide des personnes âgées trouvés, seulement deux seront décrits dans le cadre de ce projet exploratoire, car les deux autres abordaient une réalité très précise et difficilement applicable à notre population. Dans les études retenues, les chercheurs qui ont interviewé des personnes âgées ayant fait une tentative de suicide se sont intéressés à mettre en lumière ce qui a amené celles-ci à poser ce geste et à mieux comprendre leur expérience à la suite de la tentative de suicide. Les deux études recensées présentent trois thèmes récurrents : le tournant, le contrôle et l'isolement (Bonnewyn *et al.*, 2014, Crocker *et al.*, 2006).



### 2.1.1 Le tournant

Des chercheurs s'étant intéressés à l'expérience des aînés ayant fait une tentative de suicide soulèvent que dans les jours ou les semaines précédant leur tentative de suicide, des personnes âgées racontent avoir vécu un évènement (perte importante, conflit avec un membre de la famille, maladie physique, difficulté physique) qui les auraient amenées à penser que leur vie ne serait jamais plus la même (Bonnewyn *et al.*, 2014). Une perte, expliquent-ils, qui les aurait portées à croire que tout le reste était aussi perdu dans leur vie.

Crocker *et al.* (2006), pour leur part, expliquent que les aînés qu'ils ont interviewés ont senti avoir vécu un moment tournant. Dans certains cas, il est décrit comme un moment où ils ont été amenés à concevoir que leur vie était pire que ce qu'ils auraient pu croire et dans d'autres cas, comme un moment qui les aurait tirés vers le bas. Ce moment est associé, pour certains, à une incapacité d'atteindre les standards de vieillissement qu'ils se sont fixés.

Ces constats soulèvent une question. Est-ce que les différents discours sur le vieillissement évoqués précédemment influencent ces standards que les personnes âgées se fixent ? Et si oui comment ?

En outre, nous constatons que dans la littérature scientifique, les termes « élément déclencheur » (Séguin, 2000), « facteur précipitant » (AQPS, 2014 ; Walter, 2001) ou encore « moment critique » (Lane *et al.*, 2010) sont généralement utilisés pour caractériser ce qui a pu mener au passage à l'acte suicidaire. Dans le cadre de ce projet, l'expression « tournant » est utilisée. En effet, le geste suicidaire est compris comme s'inscrivant dans une trajectoire (Grenier, 2012). Ce terme nous apparaît plus approprié, car il suggère que la tentative de suicide s'inscrit dans un contexte large, un tout continu (tel qu'un tournant dans la ligne de la vie) plutôt que d'être liée à un « élément », un « facteur » ou encore un « moment » particulier.

### 2.1.2 Le contrôle

La question du contrôle est aussi abordée dans les différentes études que nous avons consultées. Les chercheurs expliquent que les personnes ayant fait une tentative de suicide sentaient avoir

perdu le contrôle sur certains aspects importants de leur vie dans les moments précédant leur tentative de suicide (Bonnewyn *et al.*, 2014, Crocker *et al.*, 2006). Pavulans *et al.* (2012) présentent cinq domaines dans lesquels les personnes suicidaires rapportent avoir l'impression d'une perte de contrôle : 1) leurs pensées, 2) leurs émotions, 3) leurs actions, 4) leur situation de vie et 5) leur futur. Les aspects sur lesquels porte la perte de contrôle varient selon la personne interviewée.

Chez les personnes âgées suicidaires, la perte de contrôle est parfois directement associée au processus de vieillissement alors que dans d'autres cas, elle est plutôt perçue comme un événement qui aurait pu se produire à n'importe quel moment dans leur vie (Cocker *et al.*, 2006). Bonnewyn *et al.* (2014) constatent que chez les aînés, la perte de contrôle est parfois associée entièrement à un symptôme physique et que ce n'est qu'après coup que la personne réalise qu'il y avait aussi une souffrance psychologique qui y était associée.

En outre, les auteurs rapportent que dans les derniers moments avant la tentative de suicide, certaines personnes se sentent moins lucides, comme s'il y avait un voile qui recouvrait leur esprit (Bonnewyn *et al.*, 2014) alors que dans d'autres cas, il se produit un moment à partir duquel la personne a senti qu'il était désormais impossible d'arrêter son geste suicidaire, moment qui est marqué par un regain d'énergie et de vigueur pour la personne âgée (Crocker *et al.*, 2006). Crocker *et al.* (2006) rapportent que les aînés perçoivent parfois avoir de moins en moins de contrôle sur leurs actions et la tentative de suicide devient, pour certaines personnes âgées, un moyen pour reprendre du contrôle sur leur situation.

Bonnewyn *et al.* (2014) expliquent que, dans certains cas, le suicide se produit de façon plus impulsive alors que dans d'autres cas il est méticuleusement planifié. Dans les cas où il est impulsif, il n'y a parfois que quelques heures qui séparent le moment où la personne prend la décision de se suicider et la tentative de suicide. Dans les cas où il est réfléchi *a priori*, la planification varie de quelques jours à quelques mois d'avance. Comment ces deux types de suicide s'inscrivent-ils alors dans la trajectoire de vie de ces personnes âgées qui vivent dans une société où l'autodétermination est une valeur des plus importantes ?

### 2.1.3 L'isolement

Les personnes âgées ayant fait une tentative de suicide rapportent s'être senties isolées dans la période précédant celle-ci (Bonnewyn *et al.*, 2014 ; Crocker *et al.*, 2006). Cet isolement prend différentes formes. Pour certains, il s'agit d'un sentiment de déconnexion (Bonnewyn *et al.*, 2014 ; Crocker *et al.*, 2006), tandis que pour d'autres, il s'agit d'une impression de se sentir détaché (Crocker *et al.*, 2006) ou encore de percevoir une grande distance entre soi et les autres (Crocker *et al.*, 2006). Bonnewyn *et al.* (2014) et Crocker *et al.* (2006) rapportent que l'isolement tel que vécu par les aînés se rattache à un sentiment de solitude. Une solitude qui ne rime pas nécessairement avec le fait d'être seul, car certaines personnes âgées la ressentent même s'ils sont entourés de leurs proches (Bonnewyn *et al.*, 2014 ; Crocker *et al.*, 2006).

Crocker *et al.*, (2006) expliquent que les personnes âgées ayant fait une tentative qu'ils ont interviewées se sont senties, dans les moments précédant leur tentative de suicide, moins importantes pour les autres, comme une nuisance, ou encore comme étant vulnérables face à leur entourage. Dans certains cas, ce sentiment est lié à un événement particulier ou encore à un moment où ils se sont sentis persécutés ou menacés par ceux qui les entouraient (Crocker *et al.*, 2006).

La tentative de suicide est alors perçue comme étant une solution temporaire ou permanente à la souffrance qui est vécue. Les personnes âgées qui conçoivent cela comme une solution temporaire expliquent que la tentative de suicide a pour but de les endormir indéfiniment, de bloquer ou encore de les déconnecter de ce qu'elles vivent à ce moment-là (Crocker *et al.*, 2006). Les personnes qui sont à la recherche d'une solution permanente à l'état dans lequel elles se trouvent rapportent qu'elles ont posé un geste suicidaire car elles voulaient mourir (Crocker *et al.*, 2006).

À la suite de leur tentative de suicide, Crocker *et al.* (2006) rapportent que certaines personnes âgées ont réalisé qu'elles comptaient plus qu'elles se l'imaginaient pour leur entourage, qu'elles se sont senties visibles à nouveau dans les yeux de ceux qui les entourent. La façon dont l'entourage a réagi leur a permis de concevoir de nouvelles opportunités, leur a donné de l'énergie et un nouvel intérêt face à la vie. Pour d'autres, redevenir visible a été vécu comme quelque chose de bien plus sombre. En effet, elles se sont perçues comme étant une nuisance ou encore un fardeau pour leurs

proches. Certaines personnes rapportent même qu'elles ont senti qu'elles faisaient perdre leur temps à l'équipe médicale qui les traitait (Crocker *et al.*, 2006).

#### 2.1.4 Désir de mort ou idées suicidaires

Des études quantitatives menées en Europe soutiennent que de 10 à 20 % des personnes âgées ont ou ont eu des idées de mort, c'est-à-dire des idées concernant une volonté de mourir, mais qui n'impliquent pas de poser un geste menant à la mort, contrairement à des idées suicidaires qui sont des idées qui sous-tendent une ou des façons de se donner la mort (Rurup *et al.*, 2011). Rurup *et al.* (2011) rapportent que les idées de morts ne s'accompagnent pas nécessairement d'idées suicidaires. Cependant, certains aînés ayant des idées de mort soutiennent qu'ils envisagent de se suicider à long terme, si leur situation demeure inchangée.

### 2.2 La perspective des proches de personnes âgées suicidaires

Notre recension des écrits révèle aussi qu'il y a très peu de recherches qualitatives (n=3) qui explorent la perspective des proches de personnes âgées suicidaires. Les proches sont ici considérés comme étant les membres de la famille ou des amis qui offrent un soutien social à la personne suicidaire (Mishara et Houle, 2008). Les trois articles (Kjoselth *et al.*, 2009a ; Kjoselth *et al.*, 2009b ; Kjoselth *et al.*, 2010) que nous avons recensés proviennent tous du même projet de recherche à travers lequel une autopsie psychologique qualitative a été effectuée auprès de proches et d'intervenants de personnes âgées qui se sont suicidées. Les résultats de cette étude mettent en lumière la perception que les proches ont : 1) de la personnalité, 2) du rapport à la vie, 3) du rapport à la mort, 4) du rapport aux proches, 5) du rapport à l'aide médicale des personnes âgées qui se sont suicidées.

#### 2.2.1 La personnalité

Dans l'étude de Kjoselth *et al.* (2009a), plusieurs des proches interviewés soutiennent que les personnes âgées qui ont pensé au suicide ont été, au cours de leur vie, des survivantes. Elles ont souvent eu une vie parsemée d'obstacles qu'elles ont dû relever seules, faute d'avoir eu quelqu'un pour les aider à le faire. Pour beaucoup, le travail a occupé une place centrale dans leur vie et leurs

proches les décrivent comme des personnes très orientées vers l'action, qui ont toujours été prêtes à aider les autres (Kjoselth *et al.*, 2009a).

Les entrevues ont permis au chercheur d'identifier que les personnes âgées s'étant suicidées avaient, aux yeux de leur proche, une personnalité forte qui se décline en deux traits de caractère : « obstination » et « tendance à contrôler les autres » (Kjoselth *et al.*, 2009a). En effet, des proches décrivent la personne comme étant obstinée, car elle avait tendance à faire tout par elle-même et qu'elle évitait de suivre les conseils venant des autres. Le contrôle d'autrui se manifestait par une tendance à être centré sur soi et à faire peu de place aux solutions des autres, ce qui était vécu dans certaines familles comme étant une source de conflit.

### 2.2.2 Le rapport aux proches

Des proches qui ont participé au projet de Kjoselth *et al.* (2009a) expliquent qu'ils avaient noté que la personne qui s'est suicidée entretenait une relation qu'ils jugeaient comme étant distante avec sa famille. Certains rapportent avoir eu le sentiment de ne pas avoir vraiment bien connu la personne ou encore, n'ont pas l'impression d'avoir vécu une relation bidirectionnelle. Dans certains cas, les proches rapportent avoir senti que la personne âgée n'était pas présente dans la relation.

### 2.2.3 Le rapport à la vie

Selon les proches, le rapport à la vie des personnes âgées qui se sont suicidées avait changé dans les derniers moments de leur vie (Kjoselth *et al.*, 2009b). Dans certains cas, ils rapportent avoir eu l'impression ou avoir entendu dire la personne suicidaire qu'il ne lui restait plus rien à vivre, car tout ce qu'elle avait dans le passé était disparu et qu'il était impossible que cela revienne. Dans d'autres cas, ils ont l'impression que la vie de la personne était devenue un fardeau, car elle était aux prises avec une maladie chronique, une démence ou encore des symptômes psychologiques tels que l'anxiété et la dépression. Un fardeau qui était généralement porté seul, car elles n'en parlaient pas aux membres de leur entourage.

Finalement, comme les personnes âgées le rapportent, les proches ont perçu que celles-ci avaient perdu le contrôle d'elles-mêmes (Kjoselth *et al.*, 2009a). En effet, les études dévoilent que les proches constatent que la personne âgée était aux prises avec un sentiment de perte de contrôle sur son corps qui s'accompagnait d'une perte d'identité. Cette perte d'identité serait occasionnée selon ces derniers par le passage du statut de personne autonome à celui de personne dépendante des autres.

#### 2.2.4 Le rapport à la mort

Les proches ont aussi constaté un changement dans le rapport que les personnes âgées entretiennent avec la mort dans les moments précédant leur suicide. Les membres de l'entourage qui ont été interviewés dans le cadre de l'étude de Kjoselth *et al.* (2009b) expliquent que les personnes âgées qui se sont suicidées concevaient la mort comme une finalité et que certaines se disaient curieuses par rapport à celle-ci. En outre, des proches ont constaté que pour certains aînés, la vie était devenue un si grand fardeau que la mort semblait préférable à la vie.

#### 2.2.5 Le rapport à l'aide médicale

Les travaux de Kjoselth *et al.* (2010) nous renseignent sur la perception qu'ont les proches du rapport à l'aide médicale qu'entretenait la personne âgée qui s'est suicidée. Plusieurs membres de l'entourage rapportent avoir constaté que la personne a eu très peur de se retrouver dans un centre de soins de longue durée. Cette peur serait liée à l'impression qu'en habitant dans un de ces centres, ils auraient perdu encore plus leur autonomie.

D'autres expliquent qu'avant de se suicider, la personne leur aurait mentionné qu'elle ne se sentait pas comprise par le personnel médical. De plus, des proches soutiennent que des personnes âgées se sont senties exclues de l'hôpital après qu'elles ont été retournées plusieurs fois à la maison, alors qu'elles vivaient quelque chose de difficile. Certains membres de l'entourage qui ont été interviewés revendiquent de meilleurs soins pour les personnes âgées en affirmant que même si la personne est âgée, elle devrait pouvoir espérer avoir une qualité de vie adéquate et obtenir des soins appropriés (Kjoselth *et al.*, 2010).

## 2.3 La perspective des intervenants qui ont côtoyé les personnes âgées suicidaires

Comme c'est le cas avec l'expérience des personnes âgées suicidaires et la perspective des proches de personnes âgées qui se sont suicidées, il y a, à notre connaissance, très peu d'écrits qualitatifs qui abordent directement la perspective des intervenants qui ont côtoyé des personnes âgées suicidaires (n = 4). Les intervenants sont ici considérés comme étant des psychologues de la santé qui ont prodigué des soins à une personne suicidaire (Kjoselth *et al.*, 2010). Les articles (Kim, 2013 ; Kjoselth *et al.*, 2010, Murray *et al.*, 2006 ; Vannoy *et al.*, 2011) que nous avons recensés permettent de dégager 5 aspects importants de la perspective des intervenants, soit : 1) comment ils s'expliquent le suicide chez les personnes âgées, 2) la demande d'aide, 3) les changements dans leurs perceptions, 4) les principales difficultés qu'ils rencontrent et 5) comment mieux aider les personnes âgées.

### 2.3.1 Expliquer le suicide chez les aînés

Des travailleurs sociaux qui ont été interviewés dans le cadre de l'étude de Kim (2013) soutiennent que ce qui amène les aînés à avoir des idées suicidaires est complexe. En effet, des influences sociales, environnementales et culturelles pourraient expliquer la présence d'idées suicidaires chez les plus âgés. Ces intervenants croient que la dépression ne serait pas la cause des idées suicidaires et qu'il est nécessaire de regarder en amont de celle-ci pour mieux comprendre comment ces idées sont apparues. Ainsi, ce serait ce qui rend la personne dépressive pourrait mieux expliquer ce qui l'amène à avoir des idées suicidaires (Kim, 2013).

Selon certains travailleurs sociaux qui ont participé au projet de Kim (2013), le geste suicidaire est perçu comme une demande d'aide liée à une circonstance stressante et c'est pourquoi il est nécessaire, de leur point de vue, de comprendre que les difficultés sociales, financières et familiales peuvent être vécues comme des adversités par les personnes âgées.

Comme mentionné par les personnes âgées et les proches, la question du contrôle est aussi centrale pour les intervenants qui ont côtoyé des personnes âgées (Kjoselth *et al.*, 2010 Vannoy *et al.*, 2011). Ils expliquent que des personnes âgées ne veulent pas parler de leurs idées suicidaires, car elles ont

peur d'être hospitalisées et de recevoir des sédatifs qui feraient en sorte qu'elles n'auraient plus les idées claires (Kjoselth *et al.*, 2010). Selon Vannoy *et al.* (2011), l'hospitalisation serait alors perçue par les aînés comme une atteinte à leur autonomie et ce serait pour préserver cette autonomie que certaines choisiraient de ne pas demander de l'aide.

Finalement, des intervenants relèvent qu'ils ont perçu que des personnes âgées se sentaient incomprises dans les semaines précédant leur suicide, et ils rapportent que dans certains cas, elles auraient accepté les soins si elles avaient été convaincues que leurs désirs puissent être comblés (Kjoselth *et al.*, 2010). Ceci soulève la question de la capacité des intervenants à bien comprendre et arriver à valider l'expérience des personnes âgées, de même que des défis qu'ils peuvent rencontrer à ce niveau.

### 2.3.2 Demander de l'aide en dernier recours

Des médecins généralistes rencontrés dans le cadre d'un projet de recherche dénotent des différences de genre quant à la demande d'aide dans les cas d'idées suicidaires (Murray *et al.*, 2006). Ils relatent que les hommes leur font plus peur lorsqu'ils présentent des idées suicidaires. Ils croient que ceux-ci ne vont consulter qu'en dernier recours et qu'il y a plus de risque qu'ils posent un geste impulsif que les femmes. Selon eux, celles-ci seraient plus résilientes que leurs homologues masculins et c'est ce qui expliquerait pourquoi ils craignent davantage de manquer les signes de détresse liés au suicide que présentent les hommes (Murray *et al.*, 2006).

Les résultats de l'étude de Kjoselth *et al.* (2010) abondent aussi en ce sens, mais ne proposent pas de différence de genre. En effet, des intervenants qui ont participé à ce projet rapportent que la demande d'aide liée aux idées suicidaires chez les personnes âgées est souvent un geste de dernier recours, mais dans leur cas, ce serait sans égard au sexe de la personne. De plus, ils dénotent que les demandes d'aide ne sont pas toujours manifestes et n'incluent pas toujours la souffrance qui afflige la personne. Les aînés constatent qu'il peut s'opérer, plutôt, un changement de comportement, par exemple un désir de passer plus de temps avec l'infirmière, dans les jours précédant la tentative de suicide de la personne âgée (Kjoselth *et al.*, 2010).



### 2.3.3 Une perception dynamique

Par ailleurs, la perception des intervenants qui œuvrent auprès des personnes âgées est sujette au changement. Kim (2013) rapporte qu'un intervenant croyait au début de sa carrière que les aînés qui parlaient de leurs idées suicidaires le faisaient parce qu'ils voulaient manipuler le personnel soignant ou encore ses proches alors qu'aujourd'hui, il croit que les aînés qui présentent des idées suicidaires représentent un réel danger pour eux-mêmes.

### 2.3.4 Les difficultés des intervenants

Kim (2013) rapporte que le suicide est un sujet très émotionnel à aborder autant pour les intervenants que pour les personnes âgées. Il y aurait des intervenants qui se sentent très nerveux lorsque vient le temps d'aborder ce sujet par peur de poser une question qui pourrait empirer la situation de la personne qui pense au suicide. Dans ces cas, les intervenants expliquent qu'ils préfèrent garder une distance entre eux et le patient (Kim, 2013).

La distance pose une difficulté pour le personnel soignant des personnes âgées, car lorsque celles-ci pensent au suicide, il semble alors difficile pour l'intervenant d'adopter une juste proximité empathique. Certains expliquent qu'ils ont peur de faire preuve de trop de détachement ou encore de verser dans la sympathie lorsque vient le temps d'intervenir auprès d'un aîné suicidaire (Kim, 2013).

Les intervenants qui ont été interviewés rapportent aussi vivre beaucoup d'impuissance lorsque vient le temps d'intervenir auprès de personnes âgées suicidaires (Kjoselth *et al.* 2010) et parfois, jusqu'au point où ils ne savent plus quoi faire pour aider la personne aux prises avec ses difficultés. On peut se demander à quel point cette impuissance pourrait générer un sentiment de détresse chez l'intervenant.

### 2.3.5 Mieux aider les personnes âgées

Dans le projet de Kim (2013), les intervenants suggèrent 4 mesures qui pourraient, selon eux, contribuer à mieux prévenir le suicide chez les personnes âgées. Tout d'abord, ils croient qu'il

serait important d'impliquer d'autres personnes dans le réseau de soutien de la personne âgée, car le travailleur social ne peut pas toujours être là pour l'aider. De plus, ils soulignent qu'il serait essentiel de travailler sur les raisons de vivre de la personne et de l'amener à penser à ces raisons. Les interventions du personnel soignant devraient également contribuer à faire la promotion des forces internes de la personne âgée pour l'aider à aborder les problèmes qui l'affligent et finalement, ils soutiennent qu'il serait important que de la promotion du bien-être et du bien mourir soit réalisée auprès de ces personnes.

Ces pistes, bien qu'intéressantes, n'ont pas été davantage développées dans l'article de Kim (2013). Il nous est donc impossible d'avoir plus d'information quant à ce que signifie le bien-être et le bien mourir pour ces intervenants, pas plus que de la façon dont devraient s'actualiser ces suggestions.

#### 2.4 Des regards croisés : perceptions et compréhensions multiples

Notre recension des écrits permet de mettre en lumière différentes façons de comprendre le suicide chez les aînés selon que la perspective provient des proches, des intervenants ou des personnes âgées elles-mêmes. En effet, nous constatons que les aînés ayant fait une tentative de suicide expliquent leur geste en mentionnant qu'il est généralement lié à un tournant, un moment où se produit un événement important qui fait tout basculer, à une perte de contrôle qui peut toucher différentes sphères de leur vie et à un moment où la personne âgée s'est particulièrement sentie isolée.

Les proches, pour leur part, expliquent comment ils ont perçu des personnes âgées qui se sont suicidées à partir de leurs traits de personnalité et les différents rapports qu'entretenait la personne à l'égard de ses proches, la vie, la mort et l'aide médicale.

Les écrits qui se penchent sur la perception des intervenants révèlent qu'ils perçoivent le suicide comme une problématique complexe, au-delà de la personne âgée qui a des pensées suicidaires ou qui a fait un geste suicidaire. Ils soulèvent aussi, comme relaté par les personnes âgées qui ont fait une tentative de suicide et leurs proches, la question du contrôle et son rôle de barrière pour la demande d'aide. De plus, ils constatent que la demande d'aide est, pour les personnes âgées

suicidaires, un geste qu'elles vont généralement poser en dernier recours. De plus, il est intéressant de constater qu'en travaillant auprès des aînés, certains intervenants racontent que leurs perceptions ont changé. Finalement, ils expriment les difficultés qu'ils ont rencontrées en intervenant auprès des personnes âgées suicidaires et des pistes de solution.

À la lumière de cette recension des écrits, nous constatons que nous disposons d'un maigre corpus pour comprendre ce qui amène les personnes âgées à poser un geste suicidaire. De plus, nous croyons, comme Hill *et al.* (2012), Hejmeland et Knizer (2010) et Hjemeland (2016) le soutiennent, qu'il serait intéressant d'explorer comment le geste suicidaire s'inscrit chez les personnes âgées dans une perspective plus large qu'un « tournant » ou un « moment ». De nombreux chercheurs se sont penchés sur les facteurs de risques que présentaient les personnes âgées qui se sont suicidées, mais les recherches qui sont menées présentement nous en disent très peu sur les façons d'intervenir auprès des aînés. C'est pourquoi il nous apparaît pertinent de mener à bien un projet qui nous permettrait d'explorer de nouveaux horizons de recherche.

## CHAPITRE 3 | OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIE ET ÉTHIQUE

Dans ce chapitre, nous justifions la pertinence de notre recherche, puis nous énonçons nos objectifs de recherche. Par la suite, nous explicitons comment l'herméneutique a orienté l'élaboration de notre cadre d'analyse, puis nous donnons une brève description de nos intentions quant à la publication de nos résultats. Nous terminerons ce chapitre en énonçant les considérations éthiques qui ont guidé notre rédaction afin que notre langage ne porte pas préjudice à l'expérience des personnes âgées qui pensent au suicide.

### 3.1 Pertinence de la recherche

Comme mentionné dans le chapitre précédent, les différents auteurs en suicidologie le soulèvent, très peu d'écrits se penchent sur ce qui amène une personne à faire une tentative de suicide et les moyens auxquels peuvent avoir recours les psychologues pour intervenir. La recension des écrits que nous avons réalisée témoigne de cette absence d'informations et nous révèle que les études consacrées à la réalité des personnes âgées ayant fait une tentative de suicide sont rares.

Or, l'intervention auprès de personnes âgées ayant des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide représente plusieurs défis pour les intervenants qui les côtoient. De plus, lorsqu'une personne se suicide, les proches qu'elle laisse dans le deuil deviennent eux-mêmes plus à risque de répéter ce geste dans leur vie (Hanus, 2007). Finalement, le suicide d'une personne âgée peut avoir des répercussions sociales qui, bien qu'elles soient difficilement mesurables, méritent d'être réfléchies comme mentionné plus haut.

Ainsi, pour mieux comprendre ce qui amène une personne âgée à poser un geste suicidaire et comment intervenir, adopter un point de vue clinique, systémique et social est pertinent et novateur. Le peu d'écrits sur le sujet et l'absence de recherches sur la réalité plus particulière des personnes âgées en Occident nous incitent à proposer un projet exploratoire visant à mieux comprendre ce qui amène les personnes âgées à poser un geste suicidaire et à explorer les avenues de recherche qui pourraient pallier ces lacunes. Un projet à vocation théorique nous aidera à mieux comprendre ce qui est vécu par les personnes âgées et inspirer de futures recherches qui pourraient se pencher

sur des éléments plus spécifiques de leur réalité. Autrement dit, ce projet aidera à mieux comprendre les personnes qui posent un geste suicidaire au grand âge, puisque présentement nous en savons très peu sur eux et sur ce qui les amène à poser un geste suicidaire et comment, en tant que psychologue, il est possible d'intervenir.

### 3.2 Objectif de recherche

À la lumière de notre recension des écrits et en concordance avec les besoins de développer de nouvelles façons de faire de la recherche pour mieux comprendre les besoins des personnes âgées qui pourraient poser un geste suicidaire, tel que soulevé par Grenier (2012), Hjemeland (2016), Hjemeland et Knizer (2010) et Hill *et al.* (2012), nos objectifs de recherche se déclinent donc ainsi :

- 1) Mieux comprendre ce qui amène une personne âgée à poser un geste suicidaire ;
- 2) Explorer les avenues d'intervention qui pourraient permettre de susciter l'espoir chez les personnes âgées qui vivent de la détresse et qui pensent au suicide.

### 3.4 L'herméneutique comme cadre d'analyse

Pour atteindre nos objectifs de recherche, nous effectuons une réflexion théorique en trois temps. D'abord, nous décrivons le phénomène de l'âgisme tel qu'il peut être vécu par les aînés en nous basant sur la théorie de la gestion de la terreur, la théorie de l'intégration des stéréotypes ainsi que sur les écrits récents qui portent sur celui-ci. Par la suite, nous réfléchissons aux liens qui peuvent être tissés entre l'âgisme et le suicide en empruntant le concept d'identité narrative de Ricœur (1983) pour finalement présenter les pistes d'intervention qui nous apparaissent être prometteuses pour offrir des pistes de réponses à la question du désespoir et du suicide chez les personnes âgées, pour finalement ouvrir sur des pistes de réflexion concernant les études qui pourraient être réalisées.

Notre réflexion a pour cadre l'herméneutique. Notre essai, en étant exploratoire, se veut une interprétation de notre compréhension des textes à l'étude qui se déploie dans une démarche circulaire telle que Gadamer l'enseigne dans son ouvrage *Vérité et méthode* (1960). En effet, notre compréhension des textes à l'étude est, à notre avis, nécessairement influencée par notre histoire.

Ce que nous avons vécu et la compréhension que nous avons tirée de ces événements composent ce que nous appelons nos expériences passées. Elles exercent une influence sur notre perception du moment et nos anticipations à l'égard du futur ce qui influence le regard que nous portons sur le monde et donc sur les textes que nous lisons. Ils nous amènent à avoir ce que Gadamer (1960) appelle des préjugés sur les phénomènes qui nous entourent. Les préjugés n'ont pas de valeur, ils ne sont donc ni positifs ni négatifs en soi. Ils ne sont donc que des *a priori* qui influencent notre compréhension des phénomènes auxquels nous sommes confrontés.

Dans le cadre de cet essai doctoral, nous assumons avoir certains préjugés à l'égard de notre sujet à l'étude et par mesure de transparence et de rigueur, il convient de prendre un petit moment pour les présenter. D'abord, nous sommes d'avis que les psychologues peuvent entretenir des croyances âgistes à l'égard des personnes âgées qu'ils rencontrent, et ce, que ce soit conscient ou non, car nous adhérons à l'idée que celles-ci commencent à s'immiscer très tôt dans la vie de chaque personne (nous approfondirons cette notion dans le chapitre 5 qui traite des différentes théories sur l'âgisme). Nous croyons qu'il convient donc que ceux-ci explorent leurs croyances au sujet du vieillissement, car elles influencent le regard qu'ils porteront sur le vécu des personnes âgées qu'ils rencontrent.

Nous croyons aussi que les personnes qui pensent au suicide vivent du désespoir (nous approfondirons cette notion dans le chapitre 6 qui traite du désespoir chez les personnes âgées qui pensent au suicide), tout en étant d'avis qu'il est toujours possible que les perceptions de la personne changent et qu'elle puisse ressentir plus d'espoir à nouveau à l'égard de sa situation. Cela nous amène à penser qu'en intervenant de façon à susciter l'espoir chez les personnes âgées qui pensent au suicide, il soit possible qu'elles se vivent autrement. C'est pour cette raison que nous prenons le temps de réfléchir aux actions que les psychologues peuvent réaliser pour amener la personne âgée à vivre plus d'espoir dans le chapitre 7.

Ainsi, nous concevons que nos connaissances et notre histoire vont influencer le regard que nous porterons sur les textes à l'étude de façon à générer ce que Gadamer (1960) appellerait des cercles herméneutiques. En effet, selon l'auteur, ce que nous comprenons d'un texte constitue une nouvelle

expérience qui, à son tour, fait désormais partie de notre histoire et vient transformer les préjugés que nous entretenons au sujet des phénomènes qui nous entourent. Cette nouvelle compréhension du monde vient par la suite teinter les nouvelles lectures qui, elles, viendront teinter les suivantes à la manière d'un processus de co-construction qui s'étire à l'infini.

Nous reconnaissons donc le caractère nécessairement circulaire et itératif de notre démarche et nous considérons conséquemment que les analyses que nous proposerons seront à la fois fixes et mouvantes. Fixes dans le sens où au moment où elles seront proposées, elles tiendront un caractère de « vérité » (Gadamer, 1960) et mouvantes parce qu'à chaque nouveau regard, elles seront sujettes à être réinterprétées par la personne qui posera son regard sur celles-ci.

### 3.5 L'utilisation d'un langage sécuritaire

Dans le cadre de cet essai, une attention particulière sera accordée au langage qui sera employé pour décrire les phénomènes à l'étude. Le suicide est un sujet sensible dans le sens où il peut ramener le lecteur à des expériences particulièrement éprouvantes. Il convient donc de s'assurer que nous fassions preuve de sensibilité en écrivant sur celui-ci. Pour ce faire, nous suivrons les lignes directrices qui proviennent du livret *Choisir les bons mots : communication sécuritaire pour la prévention du suicide* publié par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, 2018).

Nous nous assurerons donc de ne pas donner de valeur au terme suicide en évitant d'utiliser des formulations telles que « suicide complété » ou « suicide réussi ». Nous privilégierons l'utilisation du terme « suicide » lorsque l'on parle d'une personne qui est décédée après avoir posé un geste dont l'intention était de s'enlever la vie et l'expression « tentative de suicide » lorsqu'il est question d'une personne qui a fait un geste dont l'intention était de s'enlever la vie et qui a survécu à celui-ci (ASPC, 2018).

En outre, nous éviterons d'associer le verbe « commettre » avec le nom suicide, car ce verbe a été historiquement associé au mot crime. Bien que le suicide ne soit plus condamnable par le Code criminel au Canada aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que l'utilisation de cette expression

peut être stigmatisante pour les personnes qui ont fait une tentative de suicide, qui se sont suicidées ainsi que pour leurs proches (ASPC, 2018).

Finalement, nous évitons d'utiliser l'expression « personne suicidaire », car celle-ci sous-entend que cette personne puisse se définir par sa qualité d'être suicidaire (ASPC, 2018). Bien que cela puisse alourdir le texte, nous préférons utiliser « personne qui pense au suicide », « personne ayant fait une tentative de suicide » ainsi que « personne décédée par suicide » afin de souligner que la vie d'une personne s'avère bien plus riche et complexe que seulement associée au suicide.



## CHAPITRE 4 | CADRE CONCEPTUEL

Dans ce chapitre, nous explicitons les assises théoriques de notre cadre conceptuel. Nous entamons le chapitre en présentant le concept de l'ordre du discours de Michel Foucault, puis nous nous intéressons à la conceptualisation de Paul Ricœur d'identité narrative. Par la suite, nous précisons dans quel cadre conceptuel notre compréhension de l'âgisme et du désespoir notre essai s'incarne, puis nous terminons en présentant comment notre démarche s'inscrit dans une posture intersubjective et critique.

### 4.1 Un discours ordonné

Nous avons choisi d'amorcer la présentation de notre cadre conceptuel en présentant l'hypothèse que Michel Foucault soutient dans l'Ordre du discours, soit : « Je suppose que dans toute société la production du discours est à la fois contrôlée, sélectionnée, organisée et redistribuée par un certain nombre de procédures qui ont pour rôle d'en conjurer les pouvoirs et les dangers, d'en maîtriser l'évènement aléatoire, d'en esquiver la lourde, la redoutable matérialité » (Foucault, 1971, p.10-11).

Avant de s'intéresser à cette affirmation lourde de sens et génératrice de tout un champ de possibles, il convient de placer un mot sur la pertinence d'intégrer Foucault à un essai en psychologie. Celui qui a été tantôt décrit comme étant un philosophe, un sociologue, un anthropologue ou encore un historien par nombre de commentateurs (Otero, 2006) s'identifiait plutôt comme étant un inclassable ou encore comme étant une personne à ne pas classer. En effet, celui-ci, qui était par ailleurs un grand lecteur du phénoménologue Husserl, a passé sa vie à décrire comment les mots et les choses sont organisés et classés pour tenter de mettre en lumière les structures de pouvoir qui sont sous-jacentes à cette façon de les ordonner. Nous ne tenterons donc pas de faire de Michel Foucault un psychologue. Nous nous contenterons de le voir comme étant un penseur qui s'est intéressé à l'architecture des connaissances dans les sciences humaines.

Alors, pourquoi serait-il important de s'intéresser à l'architecture de la psychologie pour traiter d'un sujet tel que les gestes suicidaires chez les aînés ? Nous postulons qu'en s'intéressant au

corpus de recherche qui compose le savoir rendu accessible à la population générale, aux décideurs, aux chercheurs et aux praticiens, il est aussi possible de mettre en lumière les forces et les limites de celui-ci pour ensuite proposer de nouvelles avenues de recherche. Ces nouvelles avenues pourraient enrichir le savoir clinique et ultimement favoriser le bien-être des aînés.

Ainsi, cette supposition qu'apporte Foucault (1971) ouvre la possibilité de réfléchir à un phénomène en s'intéressant à ce qui en est dit et à ce qui est occulté par rapport à celui-ci. Pour l'auteur, les discours sont soumis à des procédures externes et internes qui ont pour effet d'exercer un pouvoir plus ou moins grand d'influence et de censure sur celui-ci. Parmi les procédures externes, nous retrouvons 1) les interdits qui sont les discours qui sont marqués d'un tabou, 2) le partage et le rejet qui crédite ou discrédite les discours et 3) l'opposition du vrai et du faux qui est constituée des procédures qui en déterminent la véracité. Les procédures internes, quant à elles, incluent celles qui le catégorisent, l'ordonnent et le distribuent (Foucault, 1971).

Ces procédures ont ainsi pour effet de trier les discours qui peuvent être promus des discours qui n'ont pas leur place dans un contexte donné. Elles exercent une gestion des risques sur ce que Foucault (1971) appelle la « matérialité » des discours. Risque qui vient du fait que toute nouvelle production de discours a le potentiel de venir renverser l'ordre déjà établi. Concrètement, nous pourrions dire qu'en psychologie, toute nouvelle théorie pourrait en venir à avoir préséance sur une théorie déjà existante en la modifiant ou encore en démontrant que celle-ci est caduque. C'est donc un exercice de pouvoir (conscient ou non) sur ce qui peut être dit et écrit (sa matérialité).

Ainsi, les personnes qui s'approprient un discours en le déclamant ou en générant de la connaissance à son sujet contribuent à en influencer le champ des possibles. La trajectoire qui est habituellement prise par la recherche qui est produite sur un phénomène peut être prise en exemple. Elle fait partie, pour reprendre l'expression de Foucault (1971), de ces « procédures » influencées par les organismes subventionnaires qui jugent des projets qui méritent d'être soutenus, des comités de révisions par les pairs qui déterminent ce qui est publiable par les journaux scientifiques et par les décideurs qui s'inspirent ou non de ses résultats pour élaborer leurs guides de « meilleures pratiques ». Les psychologues œuvrant sur le terrain étant encouragés à suivre ces « meilleures

pratiques », il va sans dire que ceci peut avoir un impact direct sur leur façon de mener leurs évaluations et leurs interventions.

Les psychologues qui œuvrent en recherche et qui désirent s'inscrire dans cette trajectoire pour être entendus par ces voies doivent donc se soustraire aux exigences de ces procédures (organismes subventionnaires, comités de révisions, décideurs publics) qui, comme dirait l'auteur de *L'Ordre du discours* (1971), exercent un contrôle sur ceux qui sont à proscrire en refusant de les appuyer ou de les publier. Ainsi, elles influencent ce qui peut être dit et ce qui ne peut être dit par la recherche, ce qui a inévitablement pour effet d'en restreindre le champ des possibles.

Or, selon Foucault (1971), ce qui peut être dit à un sujet est assujéti à des conditions de possibilités. Ainsi, pour qu'une idée devienne possible, il est nécessaire que certaines conditions soient réunies afin qu'une personne puisse faire les inférences nécessaires menant à cette idée ou encore pour que cette idée soit diffusable dans un contexte sociétal donné. Selon lui, les conditions sont, comme il le soutient dans *Les mots et les choses* (1966), définies par le champ épistémologique (*épistémé*).

Autrement dit, la qualité des idées qu'il est possible d'avoir à un moment précis est finie, car tributaire de l'ensemble des savoirs accessibles, savoirs qui sont eux-mêmes circonscrits par les limites des outils de production des connaissances (dans notre cas les devis de recherche) qui sont à leur tour limitées par ces savoirs. En 1977, Michel Foucault viendra préciser sa définition d'*épistémé*, dans *Les mots et les choses* (Foucault, 1977) en y ajoutant l'idée que le champ épistémologique d'une époque se constitue sur la base d'un ensemble de micros-pouvoirs qui agissent simultanément et qui contribuent à contrôler et à restreindre la production du savoir (les procédures permettant à la recherche d'être publiée en étant des exemples) (Viltard, 2006). Donc, en restreignant (volontairement ou non) les moyens de production de savoir ou ce qui peut être dit sur un sujet, ceci peut avoir des impacts sur les idées qu'il est possible de partager ou non dans un contexte donné et donc sur les récits qu'il est possible d'élaborer à partir de celles-ci.

Il en va de même à l'égard de ce qu'une personne est en mesure de se dire à propos d'elle-même. Les idées qu'une personne entretient à son propos sont, pour reprendre les mots de Michel

Foucault, assujetties à des conditions de possibilités, à ce qu'il est possible de dire et à ce qu'il est impossible de dire à propos de soi. Ces idées que l'on pourrait aussi qualifier de pensées ou encore de croyances se sont développées à partir d'un tissage entre les événements que la personne a vécus et des discours qu'elle a entendus. Ainsi, nous convenons que les structures du monde social dans lequel la personne évolue influencent ce qu'elle est en mesure de se dire par rapport à elle-même. Les limites du discours influencent ainsi l'expérience de la personne et c'est ici, à notre avis, que la pensée post-structuraliste de Michel Foucault peut être mise en lien avec les idées du phénoménologue et herméneute français Paul Ricœur.

En effet, dans *Temps et récit*, Paul Ricœur (1983) considère que tout texte peut être considéré comme étant un récit. Autrement dit, chaque texte, qu'il soit considéré comme scientifique ou non, raconte une histoire au sujet d'un phénomène. Ces histoires peuvent par la suite être lues par des psychologues qui s'en inspirent pour intervenir auprès d'une population donnée et elles peuvent aussi influencer les histoires que les gens se racontent à propos d'eux-mêmes, histoires qui sont constitutives de ce que le philosophe appelle l'identité narrative (Ricœur, 1983).

#### 4.2 Se raconter autrement pour aller mieux

Ainsi, l'identité narrative est, selon Paul Ricœur (1983), une forme d'identité construite par le sujet à partir des récits qu'il est possible d'élaborer (donc tributaire de l'*épistémé* foucauldienne) à propos de lui-même. Ricœur (1983) explique que « le sujet apparaît alors à la fois comme lecteur et comme sculpteur de sa propre vie » (p.443). L'identité narrative prend ainsi naissance dans le langage et tout comme le langage, elle est apprise à partir des expériences qu'une personne vit et des inférences qu'elle est en mesure d'effectuer dans ses interactions avec son environnement. Elle est à la fois stimulée et contrainte par des forces extérieures. Elle est stimulée par les apprentissages qu'une personne a réalisés au cours de sa vie grâce aux expériences qu'elle a vécues et sa capacité à les réfléchir et contrainte par le vécu qui n'a pas été à sa portée ou qui lui a été interdit.

L'identité dont parle Ricœur (1983) se constitue donc dans les différents temps de l'être humain, soit son passé, son présent et son futur. La personne « fait la lecture » de son passé à travers les lunettes qu'elle porte au présent (qui est, lui, teinté par son passé) et qui lui permettent de « sculpter » son futur par le filtre de son imaginaire. La manière dont le sujet interprète qui il était et la manière dont il comprend qui il est actuellement lui permettent de rêver la personne qu'il sera.

Comme Ricœur (1983) le soutient, le travail d'interprétation et de compréhension qui crée l'identité narrative ne se réalise pas seulement dans la solitude. Il advient dans les liens qui se font et se défont entre la personne et sa communauté, qui est constituée des gens et des messages de tout ordre auxquels la personne est exposée. Bref, il s'agit de tous les mots (et les maux !) avec lesquels elle peut jouer (consciemment ou inconsciemment...).

#### 4.3 L'âgisme : un moteur pour le désespoir ?

Les communautés sont ainsi porteuses de différentes histoires sur le vieillissement. Au Québec et ailleurs, plusieurs chercheurs s'entendent pour dire que les histoires qui sont racontées au sujet des personnes âgées sont entre autres teintées d'âgisme (Lagacé, 2015 ; Roy et Beaulieu, 2014) et qu'il pourrait y avoir un lien indirect entre ce phénomène et le suicide chez les aînés (Van Orden et Deming, 2018 ; Roy et Beaulieu, 2014). C'est pourquoi nous nous intéresserons à ce concept dans le cadre du présent essai.

Nous prendrons pour point de départ la définition classique de Butler (1969, p. 244) qui considère l'âgisme comme étant « une forme de discrimination (consciente ou inconsciente) fondée sur l'âge qui s'apparente au racisme et au sexisme », puis nous présenterons la théorie de la gestion de la terreur de Greenberg *et al.* (1986) qui nous servira de repère conceptuel pour réfléchir à notre phénomène. Les tenants de cette théorie soutiennent que les aînés représentent une menace pour certaines personnes, car ils symbolisent la mort qui est génératrice d'une grande anxiété, voire d'une grande terreur. Ainsi, pour gérer cette terreur, les gens auraient développé différents mécanismes de défense qui impliqueraient l'évitement et la déshumanisation des personnes âgées. Selon Boudjemadi *et al.* (2015), ceci contribuerait à expliquer l'étiologie de certains discours et comportements discriminatoires que des personnes peuvent avoir à l'égard des aînés.

Ces discours et ces comportements discriminatoires peuvent ainsi influencer les histoires que les aînés peuvent se raconter à propos d'eux-mêmes. Or, l'un des éléments que l'on retrouve dans les histoires des personnes qui se sont suicidées est, selon la grande majorité des chercheurs en suicidologie (Ribeiro *et al.*, 2018 ; Van Orden *et al.*, 2010, Beck *et al.*, 1985), le désespoir. En effet, les tenants de la théorie sur le désespoir (*hopelessness theory*) croient que celui-ci est suffisant pour expliquer ce qui amène une personne à se suicider alors que les auteurs qui s'appuient sur la théorie interpersonnelle (*interpersonnal theory*) soutiennent qu'il est nécessaire (Ribeiro *et al.*, 2018).

Les auteurs qui ont élaboré une célèbre théorie sur le désespoir (Beck *et al.*, 1985) soutiennent que le désespoir à lui seul est suffisant pour expliquer ce qui amène une personne à se suicider et qu'il serait un meilleur prédicteur que le diagnostic de dépression (Beck *et al.*, 1990). Ils ajoutent aussi que lorsqu'une personne est désespérée, ceci peut teinter la manière dont elle voit les autres aspects de sa vie et ainsi généraliser le sentiment de désespoir, l'amenant du même coup à être plus à même de faire un geste suicidaire (Beck, 1986).

Quant à eux, les tenants de la théorie interpersonnelle (Van Orden *et al.*, 2010) croient que ce qui amène une personne à poser un geste suicidaire serait l'amalgame d'un sentiment de déconnexion avec les autres, de la perception d'être un poids pour ses proches, de désespoir ainsi que de la capacité à se suicider. Dans ce cas, la seule présence du sentiment de déconnexion et de la perception d'être un fardeau n'est pas suffisante ; c'est pourquoi la présence de désespoir s'avère nécessaire pour comprendre ce qui amène une personne à se suicider.

L'âgisme et le désespoir étant des phénomènes qui peuvent influencer la manière dont une personne qui pense au suicide se raconte, le concept d'identité narrative nous apparaît donc être approprié pour guider la réflexion que nous effectuerons sur notre corpus de référence. Ce choix de corpus n'est pas innocent, car il est constitué d'une source de connaissances reconnues par la communauté des cliniciens comme étant valables et dans lesquelles ils puisent pour accomplir leur travail auprès des personnes âgées qui pensent au suicide.

#### 4.4 L'approche intersubjective et herméneutique en psychologie humaniste

Pour mener à bien notre analyse, nous choisissons de nous ancrer dans l'approche intersubjective (Buirsky et Haglund, 2009) en psychologie humaniste qui prend assise dans l'herméneutique (Gadamer, 1960) qui est, selon nous, un cadre conceptuel tout désigné pour mener à bien notre projet de recherche. En effet, cette perspective met l'accent sur l'interinfluence dans les relations humaines et sur l'idée que le sens donné à l'expérience est coconstruit avec autrui. En d'autres mots, la façon de comprendre son expérience est intimement liée à ce contexte relationnel (Buirsky et Haglund, 2009).

Cette conception demande au chercheur de prendre en compte sa propre subjectivité pour comprendre l'expérience de l'autre. Ceci implique une bonne connaissance des préjugés (Gadamer, 1996) que celui-ci entretient à l'égard des phénomènes à l'étude, car ceux-ci viennent inéluctablement teinter le regard qu'il porte sur ces phénomènes. Dans notre cas, le vieillissement, la mort, le suicide et la recherche qualitative dans une perspective d'intervention en psychologie constituent notre corpus de phénomènes.

Ainsi, l'analyse des phénomènes à l'étude se trouvera à la jonction de la lecture des auteurs choisis pour constituer notre cadre théorique et conceptuel, de l'expérience clinique et académique de l'étudiant-chercheur, des commentaires de sa directrice de recherche ainsi que de ceux des commentateurs et des commentatrices. Ces derniers seront sélectionnés pour enrichir le présent projet et pour satisfaire aux exigences de l'institution. Ce sera donc toute une communauté qui sera derrière la construction du sens de cette étude.

#### 4.5 Critiquer pour construire : une posture sociale

Cette construction de sens prend racine dans la tradition socioconstructiviste (Quadagno, 2018 ; Hooyman et Kiyak, 2018 ; Hooyman *et al.*, 2016 ; Grenier, 2012). Pour les tenants de cette approche, la société est construite par l'ensemble des membres qui la constituent. Ainsi, les personnes qui gravitent en son sein ont théoriquement le pouvoir de la changer. Théoriquement, car il convient tout de même de préciser qu'il y a tout un ensemble de rapports de pouvoir qui

régissent une société et ainsi, selon la place qu'une personne y occupe, il lui est possible d'avoir plus ou moins d'influence sur celle-ci. Il n'en demeure pas moins que pour les tenants du socioconstructivisme, donner la parole à un maximum de personnes contribue non seulement à enrichir les connaissances que nous avons d'un phénomène, mais aussi à générer des connaissances qui sont beaucoup plus inclusives. Inclusives dans le sens où elles permettent de donner une voix à des personnes qui n'ont pas généralement la chance de pouvoir influencer les lieux de pouvoir dans une société donnée.

Idéalement, pour être en parfaite cohérence avec ces principes, il serait congruent de donner directement la parole aux aînés, ce que nous ne ferons pas dans le présent projet, car le recrutement de personnes âgées qui pensent au suicide est particulièrement ardu et parce que cette méthodologie excéderait les exigences demandées par un essai doctoral. En revanche, en réfléchissant de manière critique aux structures qui sous-tendent les discours sur le vieillissement et en diffusant le plus possible les résultats de notre réflexion, nous avons bon espoir de contribuer à ouvrir un espace plus large de discours sur le vieillissement et le suicide des aînés.

Maintenir cette posture est d'autant plus important pour nous, car comme nous l'avons soulevé dans notre problématique, le ton général que nous adoptons dans cet essai relève à la fois de la gérontologie critique (Barrs, 1991 ; Grenier, 2012) et de la suicidologie critique (Hjemenland, 2016 ; Marsh, 2016), deux courants qui permettent de soulever les réductions théoriques qu'opère la recherche actuelle. Or, il nous apparaît très important d'aller au-delà de la critique et de réfléchir à des avenues qui pourraient enrichir le corpus actuel de recherche et ultimement pouvoir servir à la pratique des intervenants qui œuvrent sur le terrain.



## CHAPITRE 5 | L'ÂGISME

Dans ce chapitre, nous présentons notre conception du vieillissement, puis nous offrons quelques repères (définition, nomenclatures, etc.) pour penser l'âgisme. Par la suite, nous énumérons les principales théories sur l'âgisme que nous allons reprendre dans le chapitre suivant afin de les lier avec les théories sur le suicide.

### 5.1 Le vieillissement comme processus

De façon générale, le vieillissement est associé à l'âge chronologique (Ayalon et Tesch-Römer, 2018 ; Baars, 2013 ; Grenier, 2012). Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que vieillir est un processus existentiel (Baars, 2013 ; Grenier, 2012) qui a des effets individuels (physiques et psychologiques), sociaux (rôles) et culturels (codes générationnels) (Ayalon et Tesch-Römer, 2018 ; Baars, 2013 ; Grenier, 2012). Ces effets sont modulés par un ensemble de mécanismes structuraux qui représentent autant de transitions telles que l'entrée à l'école, l'entrée sur le marché du travail et la retraite, pour n'en nommer que quelques-unes (Ayalon et Tesch-Römer, 2018 ; Baars, 2013). Chacun de ces mécanismes peut contribuer à produire des effets sur le vécu individuel de chacun. Ces moments de transition, ajoute Baars (2013), sont rythmés par l'âge chronologique et sont établis arbitrairement. Il y a donc, par exemple, un âge auquel on commence généralement l'école et un âge à partir duquel il est normalement possible de la quitter.

Il en est de même pour la retraite. En effet, au Québec, 65 ans est l'âge « normal de la retraite » (Retraite Québec, 2022) qui est fixé pour recevoir des rentes jusqu'à la fin de sa vie sans recevoir de pénalités économiques. L'un des avantages de fixer le moment de l'entrée à la vieillesse est la possibilité de lui offrir la possibilité d'avoir accès à des programmes sociaux (Grenier, 2012 ; Thouez, 2010). Cependant, cet avantage vient aussi avec sa part d'inconvénients. Nombre d'auteurs (Calasanti et King, 2020 ; Ayalon et Tesch-Römer, 2018 ; Grenier, 2012 ; Thouez, 2010) soutiennent que le fait de fixer un âge au vieillissement peut aussi s'avérer stigmatisant pour les personnes de 65 ans et plus et que cela contribuerait au phénomène de l'âgisme.

## 5.2 Des repères pour penser l'âgisme

Il existe différentes définitions et nomenclatures pour penser l'âgisme. Nous n'avons pas la prétention de réaliser une présentation exhaustive de l'état de la littérature sur l'âgisme dans cet essai, car, ce faisant, nous dépasserions l'exigence demandée pour un tel exercice. Nous avons donc choisi de présenter la définition ainsi que les nomenclatures étant au service de nos propos.

### 5.2.1 Une définition

La définition de l'âgisme que nous retenons, comme nous l'avons mentionné auparavant, est celle de Butler (1969 p.244) qui la définit comme étant « une forme de discrimination (consciente ou inconsciente) fondée sur l'âge qui s'apparente au racisme et au sexisme ». Avec le temps, Butler lui-même et d'autres auteurs ont contribué à enrichir et à préciser cette définition.

Lyons *et al.* (2017 p. 1456) indiquent que Butler est venu préciser sa définition en 1980 dans *Ageism : A Foreword* qui est paru dans le *Journal of Social Issues* en ajoutant que l'âgisme peut prendre trois formes différentes qui incluent : « 1) negative attitudes towards older people, old age and the ageing process, 2) discrimination or treating older people unfairly and 3) implementing policies and practices that reinforces negative stereotypes of older people »<sup>4</sup>. Depuis 1980, plusieurs théoriciens ont tenté d'élaborer des modèles afin d'expliquer ce qui peut contribuer à la ténacité de ce phénomène délétère.

### 5.2.2 Théoriser l'âgisme

Dans le cadre de cet essai doctoral, nous avons fait le choix de réfléchir au phénomène de l'âgisme principalement à partir de la théorie de la gestion de la terreur (Greenberg *et al.*, 1986) et de la théorie de l'intégration des stéréotypes de Levy (2009). Comme Ayalon et Tesch-Römer (2018) le

---

<sup>4</sup> Traduction libre « 1) des attitudes négatives à l'égard des personnes âgées, le grand âge et le processus du vieillissement, 2) des pratiques discriminatoires visant l'exclusion des aînés et 3) l'implantation de politiques publiques et de pratiques qui renforcent les stéréotypes négatifs à l'égard des personnes âgées ».

soutiennent, il existe d'autres modèles théoriques qui contribuent à expliquer l'âgisme à partir des individus et de leurs interactions, tels que la théorie de l'identité sociale (Tajfel et Turner, 1979).

Les tenants de cette théorie soutiennent que les personnes ont le désir de se forger une identité sociale positive. Pour avoir une identité sociale positive, les membres d'un groupe vont adopter des comportements qui sont reconnus comme étant positifs pour leur groupe. Conséquemment, les personnes qui s'identifient à un groupe d'âge auront donc tendance à adopter des comportements qui sont reconnus comme étant positifs pour leur groupe d'âge. Ils en viennent donc à répondre à une norme qui est fondée sur leur âge chronologique.

Une autre théorie qui est soulevée par Ayalon et Tesch-Römer (2018) est la théorie du développement (Monteparte et Zebrowitz, 2002). Les auteurs qui ont contribué au développement de celle-ci indiquent que l'âgisme se développerait dès l'enfance alors que sont pointées à l'enfant des différences entre lui et des personnes qui appartiennent à d'autres groupes d'âge. Ils soulignent aussi que diverses compétences et différents comportements sont valorisés par l'entourage selon l'âge de la personne : par exemple, nous allons encourager les plus jeunes personnes à en faire plus et les personnes âgées à en faire moins.

Le dernier modèle abordé par Ayalon et Tesch-Römer (2018) est celui du contenu des stéréotypes (Fiske *et al.*, 2002). Les tenants de ce modèle soutiennent que les groupes de personnes sont généralement classés selon leur tendance à être chaleureux et compétent et que cela fait en sorte que les personnes âgées sont généralement perçues comme étant chaleureuses, mais incompetentes.

Dans le cadre de cet essai, nous avons choisi de prioriser la théorie de la gestion de la terreur pour plusieurs raisons. D'abord, étant donné que cet essai en est un de psychologie, il est donc essentiel que le modèle théorique sur lequel nous nous appuyons pour réfléchir à l'âgisme place l'individu au cœur de sa théorisation. Ensuite, en s'intéressant à l'anxiété que provoque le contact avec la mort (Greenberg *et al.*, 1986), une dimension existentielle de l'être humain, ce modèle peut être aisément mis en dialogue avec la psychologie humaniste et l'approche intersubjective au fondement de notre projet.

Les théoriciens de la gestion de la terreur, comme nous l'avons mentionné dans notre cadre conceptuel, postulent qu'avoir conscience de la mort peut causer une anxiété terrifiante (Greenberg *et al.*, 1986) et que celle-ci peut affecter le bien-être psychologique (Juhl et Routledge, 2016). Afin de ne pas ressentir constamment cette anxiété, les individus auraient développé des mécanismes de défense psychologiques. Parmi ces mécanismes figurent : développer l'estime de soi, être nostalgique, construire une image de soi, donner un sens à la vie (Juhl et Routledge, 2016), éviter les sources de rappel de la mort, rationaliser l'expérience de la mort, nier la vulnérabilité et éviter physiquement les sources anxieuses (Boujemadi *et al.*, 2015). Selon les tenants de cette théorie (Boujemadi *et al.*, 2015 ; Greenberg *et al.*, 1986 ; Juhl et Routledge, 2016 ; Pyszczynski *et al.*, 2015), plus les individus seraient en mesure de mettre en application ces moyens de défense, moins grande serait leur anxiété face à l'idée de la mort.

Selon Boujemadi *et al.* (2015) et Martens *et al.* (2005), les aînés pourraient symboliser l'idée de la mort. Ils ont le potentiel de représenter une menace existentielle, car ils rappellent que : 1) la mort est inévitable, 2) le corps est faillible et 3) les attributs associés à l'estime de soi ne subsistent pas dans le temps (Boujemadi *et al.*, 2015 ; Martens *et al.*, 2005). Ces rappels amèneraient les personnes qui y sont confrontées à déployer des mécanismes de défense afin de se protéger de l'anxiété de mort qu'ils contribuent à exacerber. Pour Boujemadi *et al.* (2015) et Martens *et al.* (2005), ces mécanismes de défense auraient le potentiel de prendre la forme de comportements âgistes explicites et implicites (Butler, 1980).

### 5.3 L'âgisme explicite

Pour Butler (1980), l'âgisme explicite se décline en trois formes : 1) les attitudes négatives, 2) les pratiques discriminatoires et 3) les politiques publiques qui perpétuent les stéréotypes basés sur l'âge. Nous prendrons un certain temps ici pour les décrire.

### 5.3.1 Les attitudes négatives

La première est constituée de l'ensemble des attitudes négatives à l'égard des personnes âgées. Ceci comprend l'ensemble des préjugés attribuables aux aînés tels que le fait d'associer aux aînés : la sénilité, l'impuissance, l'inutilité, l'entêtement, la non-productivité et la dépendance (Palmore, 1990).

### 5.3.2 Les pratiques discriminatoires

La seconde forme d'âgisme amenée par Butler est la discrimination. Celle-ci comprend l'ensemble des comportements négatifs à l'égard des aînés tels que ne pas retenir la candidature pour un travail en raison de l'âge, subtiliser de l'argent à la personne, s'en prendre physiquement à elle, etc.

### 5.3.3 Les politiques publiques qui perpétuent les stéréotypes basés sur l'âge

La troisième forme d'âgisme comprend quant à elle la mise en place de politiques publiques qui renforcent les attitudes négatives à l'égard des aînés telles que le Régime des rentes du Québec ou la pension de vieillesse du Canada qui sont attribuées en fonction de l'âge de la personne. Ces politiques publiques peuvent avoir pour effet de contribuer à la croyance que les aînés représentent un fardeau économique pour la société ou encore qu'ils soient trop vulnérables pour demeurer des membres actifs de celle-ci.

Ces formes d'âgisme et les impacts négatifs qu'elles peuvent avoir sur la qualité de vie des aînés sont généralement évidents. Il existe aussi d'autres types d'âgisme qui sont plus difficiles à déceler, car plus implicites.

### 5.4 L'âgisme implicite

L'âgisme implicite est souvent si imbriqué dans la culture que nous avons catégorisé ses différentes formes sous « l'âgisme ordinaire ». Il s'agit de l'humour, de l'euphémisme et de l'infantilisation.

#### 5.4.1 L'humour

L'humour, comme le soutient la chercheuse Martine Lagacé dans l'article « Le virus de l'âgisme » publié le 20 avril 2020 dans *Le Devoir*, « est toujours un puissant vecteur de stéréotypes ». Même si elles sont faites sous le couvert de blagues, de nombreuses affirmations qui se moquent des capacités cognitives des aînés, de leur santé physique ou encore de leur tempérament peuvent venir renforcer certaines croyances négatives associées au vieillissement (Van den Hoonard, 2018).

#### 5.4.2 L'euphémisme

L'euphémisme est une figure de style qui, selon le dictionnaire Le Petit Robert (2022), « permet de recourir à une périphrase afin d'atténuer la réalité ». Ainsi les expressions telles que l'âge d'or, les seniors ou toutes autres formulations ayant pour objectif d'atténuer les référents au vieil âge peuvent être interprétées comme étant âgistes (Van den Hoonard, 2018). Si on reprend les codes de la théorie de la gestion de la terreur, l'euphémisme pourrait être compris comme étant un mécanisme ayant pour effet de nier le phénomène du vieillissement.

#### 5.4.3 L'infantilisation

L'infantilisation, quant à elle, prend la forme d'une tendance à comparer l'aîné à un enfant ou encore à le traiter de telle sorte (Marson et Powell, 2014). Les expressions telles que « ma petite dame » ou encore le fait de tenir pour acquis qu'une personne âgée n'est pas en mesure de faire une tâche sans avoir vérifié ce fait sont des marques d'infantilisation. Les paroles infantilisantes à l'égard de l'aîné peuvent avoir différents effets tels que l'amener à avoir les comportements qui sont suggérés par celles-ci à la manière d'une prophétie qui s'autoréalise (Marson et Powell, 2014) et ainsi contribuer à ce que la personne âgée intègre les propos âgistes qui lui sont adressés.

#### 5.5 L'âgisme intégré

Les auteurs qui s'intéressent au sujet de l'âgisme intégré portent leur regard sur les stéréotypes que les aînés nourrissent à propos d'eux-mêmes (Fawsitt et Setti, 2017 ; Levy, 2009). Levy (2009) a développé la théorie de l'intégration des stéréotypes (Stereotype embodiment theory) pour

expliquer comment l'âgisme peut s'intégrer. Nous avons fait le choix de prioriser cette théorie afin de conceptualiser comment l'âgisme peut s'intégrer chez une personne, car cette théorie donne un cadre développemental (Ayalon et Tesch-Römer, 2018) qui permet de réfléchir à notre phénomène et s'avère conséquent avec notre volonté d'inscrire notre compréhension dans une perspective centrée sur les trajectoires de vie.

La théorie de l'intégration des stéréotypes (Levy, 2009) est composée de quatre prémices : 1) les stéréotypes s'intègrent tout au long de la trajectoire de vie, 2) ils s'opèrent souvent de façon inconsciente, 3) leur pertinence exacerbe leur saillance et 4) ils empruntent différentes trajectoires.

#### 5.5.1 Les stéréotypes s'intègrent tout au long de la trajectoire de vie

Pour Levy (2009), l'intégration des stéréotypes débute dès l'âge préscolaire. Le développement de ceux-ci s'opère à partir du discours que l'entourage de l'enfant adopte au sujet des personnes âgées qui l'entourent. Ces discours contribuent à définir comment il construira sa conception des personnes âgées tout au long de son développement jusqu'à ce qu'il devienne lui-même un aîné. Les tenants de la théorie de l'intégration des stéréotypes soutiennent qu'il existe deux processus qui facilitent l'intégration de stéréotypes à propos des personnes âgées chez les jeunes (Levy, 2009).

Le premier processus expliquant l'efficacité de cette intégration tient au fait que les jeunes n'ont pas de raisons de se défendre à propos des discours qu'ils entendent au sujet des personnes âgées. Ainsi, ces discours peuvent plus facilement se transformer en stéréotypes, car les plus jeunes auraient moins besoin de les remettre en cause.

Le second processus vient renforcer le premier dans la mesure où ces stéréotypes peuvent permettre aux jeunes adultes de faire des gains politiques, car ceux-ci peuvent contribuer à ce qu'ils soient prioritaires par les politiques publiques mises en place par l'État. Ces gains politiques sont des résultats plus concrets que les gains qu'ils peuvent obtenir à long terme en adoptant des comportements non âgistes.

### 5.5.2 Les stéréotypes s'opèrent de façon inconsciente

Une autre caractéristique de ces stéréotypes soulevés par Levy (2009) est leur tendance à être inconscients. Dans son article, l'auteur énumère des études qui se sont intéressées aux réactions des personnes qui sont inconsciemment exposées à des stéréotypes de nature âgiste. Ces études permettent de voir comment les stéréotypes affectent les réactions physiologiques, les comportements ainsi que les cognitions des participants.

Ceci permet de soulever la nature insidieuse des stéréotypes qui peuvent, comme Levy (2009) et Fawsitt et Setti (2017) le soutiennent, contribuer à ce que les personnes âgées développent des biais cognitifs. Ces biais cognitifs les amènent à associer les détériorations de leur état physique et psychologique qu'elles vivent à leur âge plutôt qu'aux facteurs environnementaux qui y contribuent. Cela a pour effet de générer de l'impuissance chez les personnes âgées, car en étant associées à l'âge, ces détériorations deviennent des fatalités. Or, il existe différents moyens pour pallier et même éviter certaines détériorations, mais il est nécessaire que les personnes soient conscientes de ceux-ci et qu'ils croient en leur efficacité pour qu'elles puissent avoir la capacité et l'intention de les appliquer.

### 5.5.3 La pertinence des stéréotypes exacerbe leur saillance

Levy (2009) ajoute que la saillance des stéréotypes aurait tendance à exacerber l'intensité des stéréotypes négatifs que les personnes âgées entretiennent à leur égard et constituerait autant de rappels qui consolideraient leur intégration. Il donne l'exemple des catégorisations employées pour offrir des rabais pour les « aînés » dans différents commerces ou encore dans les lieux de loisirs. S'ajoutent à cela les expériences interpersonnelles vécues par les personnes âgées qui se voient refuser un soin ou une embauche sous prétexte qu'ils sont trop vieux ou qu'ils ne pourront pas travailler suffisamment longtemps au sein de la compagnie pour que l'investissement lié à leur embauche en vaille la peine.



Ainsi, à force d'être confronté à des expériences qui mettent en lumière la pertinence d'être catégorisé en fonction de son âge, cela aurait pour effet d'en exacerber la saillance et par le fait même le processus d'intégration des stéréotypes liés à l'âge.

#### 5.5.4 L'utilisation de différentes trajectoires

Cette catégorisation, toujours selon Levy (2009), peut emprunter trois trajectoires qu'il catégorise ainsi : 1) la trajectoire physiologique 2) la trajectoire comportementale et 3) la trajectoire psychologique.

L'âgisme qui se manifeste à travers la trajectoire physiologique prend la forme de stress qui serait attribuable aux perceptions négatives de soi. Ainsi, les réactions de stress se manifesteraient chaque fois qu'une personne âgée est confrontée à une situation qui lui demande d'accomplir une tâche qu'elle se croit incapable de faire en raison de son âge. Lorsque ces situations se multiplient, ce stress a le potentiel de se chroniciser et peut contribuer à l'apparition de troubles de santé mentale tels que le trouble de dépression caractérisée et le trouble d'anxiété généralisée ou encore le trouble d'attaque de panique (Lyons *et al.*, 2017 ; Levy *et al.*, 2018).

La trajectoire comportementale peut aussi contribuer à l'apparition de maladie physique. Cette trajectoire, telle que son titre l'indique, nous aiguille sur les changements de comportements qui sont motivés par des discours âgistes qui se sont intégrés. Des études nous indiquent que les personnes peuvent par exemple en venir à croire qu'elles n'ont plus les aptitudes physiques nécessaires pour faire de l'exercice, ce qui peut contribuer à ce qu'elles aient moins tendance à faire moins d'activités qui leur demandent d'être mobiles. En faisant moins d'activités, les aînés courent le risque de devenir plus sédentaires. La sédentarité, comme plusieurs études le soulignent (Biswas *et al.*, 2015), augmente les risques de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2 et de cancer.

La trajectoire psychologique de l'âgisme agirait, pour Levy (2009), selon le fonctionnement de prophéties qui s'autoréalisent. Les discours âgistes auraient tendance à amener la personne âgée à croire certaines choses à propos d'elle-même qui l'amèneraient, comme mentionné antérieurement,

à adopter des comportements qui l'exposent moins à certaines situations ou encore à certains contextes, ce qui, en retour, aurait tendance à réduire les compétences de la personne âgée, à accentuer son sentiment d'incompétence et à diminuer son sentiment d'efficacité personnelle.

Une équipe de chercheurs américains (Fawsitt et Setti, 2017), dans une volonté de raffiner notre compréhension du phénomène de la prophétie qui s'autoréalise selon la théorie de l'intégration des stéréotypes, ont tenté d'en extraire les mécanismes sous-jacents. Ils ont pris pour point de départ l'idée qu'il y aurait deux états d'esprit dominants lorsqu'une personne désire accomplir une tâche : un état d'esprit orienté vers la promotion et un autre orienté vers la prévention.

L'état d'esprit orienté vers la promotion se définirait par une tendance à diriger le but vers les gains dans l'accomplissement d'une tâche, alors qu'un état d'esprit orienté vers la prévention le dirigerait vers la prévention de vivre un échec. Il s'agit de l'état d'esprit qui serait le plus fécond pour l'intégration de l'âgisme. Lorsqu'une personne se retrouve dans un état d'esprit orienté vers la prévention, elle a tendance à être plus stressée et plus précautionneuse quand vient le temps d'accomplir une tâche qui demande une performance qui lui paraît élevée. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette sous-performance.

La première raison invoquée par les chercheurs est la croyance d'être trop incompetent pour accomplir la tâche. Se croyant incompetente, la personne aurait tendance à éviter de faire certaines choses, ce qui aurait pour effet de l'empêcher de développer et/ou de maintenir des compétences associées à la tâche qui est évitée.

Ces croyances nous amènent à discuter de la seconde raison invoquée qui est l'augmentation de la charge mentale parce que le discours interne en est saturé. Lors de l'exécution, la personne âgée aura tendance à se dire des choses telles que : « Je n'en suis pas capable », « C'est certain que je ne vais pas y arriver ». Ce discours interne occupe alors une partie ou la totalité de l'espace mental, réduisant du même coup la capacité attentionnelle généralement associée à l'exécution de la tâche et donc de sa performance.

Croyant que ses ressources sont limitées, la personne aura tendance à adopter des stratégies conservatrices lors de l'exécution de la tâche. Cela aura pour effet d'entraîner une réduction de ses chances de bien performer dans son exécution, ce qui favorisera l'évitement de la mise en place de stratégies innovantes pour faire face à ses difficultés.

En utilisant des stratégies conservatrices, la personne n'a plus accès à son plein potentiel, ce qui veut aussi dire qu'elle sous-utilise les ressources qui sont toujours présentes chez elle. À force de sous-utiliser ses ressources, notent les chercheurs, la personne perd des acquis et avec le temps, elle cesse de fournir des efforts. En perdant des acquis, la personne se met à alors à devenir plus dépendante des autres pour fonctionner au quotidien et le risque d'en venir à se sentir un fardeau pour son entourage s'accroît.

La diminution de la performance combinée à la diminution du sentiment d'efficacité personnelle et à l'augmentation de la dépendance a pour effet d'occasionner une normalisation des déclin cognitifs, physiques et psychologiques. La normalisation du déclin est associée à une diminution des comportements de santé comme aller chez son médecin de famille, faire de l'exercice, avoir une bonne alimentation, etc. En retour, la diminution des comportements de santé favorise une augmentation des déclin. Les chercheurs décrivent ici un effet de spirale qui s'autoalimente.

#### 5.6 Quand l'âge entraîne une diminution des possibles

Cette spirale qui s'autoalimente peut avoir pour effet d'entraîner des limitations perceptuelles et fonctionnelles des possibilités pour la personne. Des limitations perceptuelles, car comme nous l'avons décrit ci-haut, les stéréotypes négatifs liés à l'âge peuvent avoir pour effet d'amener la personne âgée à croire qu'elle n'a pas les qualités ou encore les ressources de faire certaines choses. Les limitations peuvent également être fonctionnelles, en agissant de deux façons. D'abord, elles contribuent à diminuer la performance associée à la complétion d'une tâche en particulier, puis dans certaines situations à rendre la complétion d'une tâche impossible par la personne en raison des pertes physiques ou cognitives. Il y a donc certaines choses qui deviennent moins possibles ou simplement impossibles pour la personne. Or, pour Kierkegaard (1988), le point de départ du désespoir est « l'impossibilité des possibilités ».

## CHAPITRE 6 | LE DÉSESPOIR

Dans ce chapitre, nous débuterons en indiquant des repères pour penser le désespoir et son lien avec le développement d'idéations suicidaires. Par la suite, nous explorerons comment les théories sur l'âgisme peuvent nous aider à comprendre comment celles-ci peuvent contribuer au développement de la détresse et des idées suicidaires chez les personnes âgées.

### 6.1 La diminution des possibles et le désespoir

Nous n'entrerons pas dans les plus fins méandres du traité du désespoir de Kierkegaard, mais il convient de souligner son apport à la définition de ce terme. Encore aujourd'hui, notre compréhension du désespoir repose sur l'idée d'une difficulté importante à contempler des possibilités pour composer avec ses difficultés (Beck *et al.*, 1986).

Pour Kierkegaard (1988), le point de départ du désespoir est « l'impossibilité des possibilités » et la peur de « rester rien ». Le désespoir apparaît donc lorsque la capacité à pouvoir donner du sens à son existence dans le présent ainsi que dans le futur s'estompe. La personne qui vit du désespoir est celle qui a l'impression de ne pas avoir les ressources pour faire face au défi de sa propre existence. Elle sombrerait alors dans une peur que son état actuel se répète à l'infini et serait momentanément incapable d'envisager ou d'espérer une voie de sortie.

Beck *et al.* (1974) nous offrent une définition contemporaine de ce phénomène. Ils définissent le désespoir comme étant une émotion désagréable qui est composée de croyances négatives ainsi que d'une vision pessimiste du monde et du futur. Lorsqu'il s'installe à long terme, le désespoir peut avoir plusieurs impacts négatifs sur la santé psychologique de la personne, tels qu'une baisse de motivation, des déficits cognitifs ainsi qu'une diminution de l'estime de soi (Ribeiro *et al.*, 2018), trois impacts négatifs qui, à leur tour, peuvent augmenter la perception de ne pas avoir les ressources nécessaires pour arriver à surmonter ses difficultés.

La grande majorité, sinon l'ensemble des chercheurs en suicidologie s'entendent pour dire que le désespoir est minimalement un élément nécessaire pour qu'une personne pense à se suicider (Beck

*et al.*, 1974, Joiner *et al.*, 2005) et que pour qu'une personne pose un geste suicidaire, il est nécessaire qu'elle ait pensé au suicide dans sa trajectoire. Cela ne veut pas nécessairement dire que l'ensemble des suicides ont été longuement planifiés, car comme nous l'avons mentionné plus tôt, il apparaît clair que certaines personnes se sont suicidées de façon impulsive. Cela signifie que peu importe le laps de temps qui s'écoule entre les deux, l'idée précède le geste. Ainsi, il semble opportun de croire qu'en réduisant le désespoir, nous réduisons les chances qu'une personne puisse se suicider.

La question qui nous intéresse ici est donc de se demander comment il est alors possible de contribuer à réduire la place qu'occupe le désespoir et/ou l'aider à ouvrir un espace dans lequel l'espérance puisse se déployer dans les pensées d'une personne âgée. Pour y répondre, nous faisons le choix de nous attaquer à ce qui nous apparaît être l'une des conditions de possibilité du désespoir, soit l'âgisme.

## 6.2 L'âgisme comme condition de possibilité du désespoir

L'âgisme semble pouvoir contribuer au désespoir de plusieurs façons. Nous prendrons un moment ici pour détailler les liens théoriques qui unissent ces deux concepts. Plus spécifiquement, nous reprendrons chacun des éléments de notre recension des écrits, soit 1) l'impression de perdre du contrôle sur soi, 2) l'isolement, 3) la personnalité, 4) le rapport à la vie ainsi que 5) le rapport à l'aide médicale pour y réfléchir à la lumière de ce que nous indiquent les théories sur l'âgisme.

### 6.2.1 L'impression de perdre le contrôle sur soi

Il est impossible de contrôler le fait que notre âge chronologique va en augmentant. Nous sommes en quelque sorte voués à vieillir. Les études de Bonnewyn (2014), Crocker *et al.* (2006) et Skogman et Pavulans (2012) nous indiquent que l'impression de perdre le contrôle sur soi est un indicateur commun que l'on retrouve chez des personnes âgées qui se sont suicidées ou qui ont fait une tentative de suicide. Il semble alors logique d'arguer que les stéréotypes négatifs associés au vieillissement pourraient contribuer à augmenter le désespoir chez certaines personnes âgées.

L'impression qu'elles ont d'être vouées à perdre des fonctions physiques et cognitives parce que leur corps et leur esprit ne peuvent échapper au processus de vieillissement serait alors en cause.

Comme nous l'avons mentionné un peu plus tôt, parmi les stéréotypes négatifs que l'on associe aux aînés, on retrouve la sénilité et la dépendance. Ces stéréotypes renforcent l'idée qu'en avançant en âge, la capacité à être autonome et donc à avoir du contrôle sur soi devrait s'amenuiser.

L'âgisme semble aussi pouvoir contribuer à renforcer la perception d'avoir peu de contrôle sur soi de façon indirecte. Comme les tenants de la théorie de l'intégration des stéréotypes l'indiquent, l'âgisme peut emprunter une trajectoire physique et comportementale. Lorsque cela se produit, l'aîné peut avoir tendance à moins bien arriver à accomplir des tâches physiques ou cognitives parce que son esprit est occupé par la peur de ne pas arriver à atteindre ses objectifs. Comme Fawsitt et Setti (2017) le décrivent, cela amène la personne à avoir l'impression d'être moins compétente et son sentiment d'efficacité personnelle est diminué, ce qui peut l'amener à se sentir moins apte à atteindre des objectifs qui ont de l'importance pour elle. Or, la perception de contrôle est notamment associée à la capacité à se rappeler d'évènements significatifs, à planifier pour le futur et à poursuivre des buts qui ont de l'importance (Miller et Seligman, 1975). Les effets de l'âgisme, tels que décrits par les auteurs de la théorie de l'intégration des stéréotypes (Fawsitt et Setti, 2017), peuvent donc affecter la capacité de la personne à avoir une perception de contrôle sur sa vie, l'amenant ainsi à être plus encline à vivre du désespoir, ce qui, ultimement, pourrait mener à avoir des idées suicidaires.

### 6.2.2 L'isolement

Crocker *et al.* (2006) rapportent que certaines personnes âgées ayant fait une tentative de suicide se sentaient moins importantes, comme une nuisance ou encore comme étant vulnérables à l'égard de leur entourage. Ces mêmes auteurs rapportent aussi qu'après leur tentative de suicide, certaines personnes âgées ont réalisé qu'elles étaient plus importantes qu'elles se l'imaginaient pour leurs proches alors que d'autres se sont senties encore plus comme un fardeau pour ceux-ci.

Si certaines personnes âgées ont réalisé qu'elles étaient plus importantes qu'elles se l'imaginaient, il convient donc de dire qu'elles étaient privées de cette expérience avant leur tentative de suicide. Cela ne faisait donc pas partie de leur identité narrative (Ricœur, 1983). Constatant que certaines personnes âgées se sentent isolées, voire déconnectées de leur entourage avant leur tentative de suicide, il n'est pas surprenant que cela n'ait pas fait partie de l'histoire qu'elles étaient en mesure de se raconter à propos d'elles-mêmes, car elles n'avaient pas accès à l'expérience qui aurait pu y contribuer, voire qu'elles se refusaient à elles-mêmes.

Nous identifions deux processus âgistes qui pourraient être à l'œuvre dans de telles situations. Le premier s'expliquerait à partir de la théorie de la gestion de la terreur (Greenberg *et al.*, 1986). En effet, pour Greenberg et ses collègues (1986), l'entourage de la personne âgée pourrait avoir tendance à s'éloigner de celle-ci lorsque le fait d'être en lien avec la personne âgée l'amène à être en contact avec sa propre finitude, car cela génère de l'anxiété.

Lorsqu'une personne âgée pense au suicide, il y a généralement une constellation d'évènements qui sont à l'œuvre, dont des signes de pertes fonctionnelles. Si nous supposons qu'une personne âgée qui est confrontée à des difficultés pourrait alors se sentir encore plus vulnérable, il semble opportun de poser la question suivante : est-ce que l'effet d'éloignement pourrait être exacerbé lorsque la personne âgée vit des pertes fonctionnelles et se sent plus vulnérable psychologiquement ?

Lorsque l'on se réfère à des auteurs qui s'intéressent aux liens qui peuvent exister entre l'âgisme et le capacitisme (attitudes négatives ou comportements discriminatoires à l'égard d'une personne en situation de handicap), il semblerait qu'il y ait un effet de corrélation important entre ces deux phénomènes (Arcieri, 2021 ; Bergman et Bodner, 2015). Il apparaît donc cohérent de pouvoir supposer que l'anxiété décrite par les tenants de la théorie de la gestion de la terreur pourrait être exacerbée lorsqu'une personne présente plusieurs caractéristiques (âge chronologique, facteurs héréditaires, perte fonctionnelle et vulnérabilité psychologique) qui la confrontent à sa finitude. Il conviendrait donc de supposer que les membres de l'entourage de la personne âgée qui ressentent cette anxiété pourraient avoir tendance à s'en éloigner. Cet éloignement pourrait contribuer à

exacerber le sentiment d'isolement de la personne et nous savons que ce phénomène représente un terreau fertile pour l'apparition d'idéations suicidaires.

Le second processus semble pouvoir s'expliquer à partir de la théorie de l'intégration des stéréotypes de Levy ainsi que de la théorie du contenu des stéréotypes, qui décrivent différents mécanismes par lesquels les personnes âgées peuvent en venir à se sentir incompetentes. Comme discuté plus tôt, pour Levy ainsi que pour Fawsitt et Setti (2017), le sentiment d'incompétence pourrait être ressenti à partir du moment où la personne âgée perçoit qu'elle n'arrive plus à accomplir des tâches qu'elle arrivait à faire auparavant. Cela pourrait avoir un impact sur la capacité de la personne à se sentir utile pour son entourage, voire dans certains cas contribuer à l'amener à croire qu'elle pourrait constituer un fardeau pour ceux qu'elle côtoie et ainsi contribuer à la possibilité que la personne puisse penser au suicide (Van Orden *et al.*, 2010).

### 6.2.3 La personnalité

Le besoin d'être utile pour les autres s'exprime aussi dans la personnalité des personnes âgées qui sont décédées par suicide. Dans l'étude de Kjoselth *et al.* (2009a), des proches de personnes âgées décédées par suicide les ont décrites comme ayant une personnalité orientée vers le travail et l'action. Ils ajoutent que la personne était généralement toujours prête à aider les personnes de leur entourage.

Comme discuté plus tôt, la théorie de l'intégration des stéréotypes (Lévy, 2009 ; Fawsitt et Setti, 2017) nous renseigne sur les processus qui peuvent amener une personne âgée à se sentir moins compétente et en mesure d'accomplir les actions qu'elle réalisait auparavant dans le cadre de sa vie professionnelle et personnelle. Pour les personnes dont le travail ou la capacité à se rendre utile pour leur entourage constituent des facettes fondamentales de leur personnalité, l'âgisme pourrait contribuer à remettre en question la valeur de leur identité et à la transformer.



Comme les tenants de la théorie des contenus des stéréotypes (Fiske *et al.*, 2002) l'indiquent, les personnes âgées sont souvent perçues comme étant chaleureuses, incompetentes et dépendantes des autres. Ces perceptions peuvent influencer le regard que la personne âgée porte sur elle-même et contribuer à transformer son identité narrative (Ricœur, 1983). Lorsque l'identité se définit par des valeurs telles que l'autonomie, le travail et le sentiment d'utilité à l'égard des autres, il apparaît opportun de se demander si ce changement pourrait contribuer à amener certaines personnes à dévaloriser cette nouvelle identité.

#### 6.2.4 Le rapport à la vie

L'étude de Kjoselth *et al.* (2009a) nous indique que le rapport à la vie des proches de personnes âgées qui se sont suicidées avait changé avant qu'elles ne posent le geste. Ils rapportent combien le désespoir teintait l'ensemble du regard que la personne âgée posait sur sa propre vie. Les personnes interviewées à la suite du suicide de leur proche rapportent aussi que le rapport à la vie de la personne âgée décédée avait changé dans les derniers moments de son existence. Certaines avaient l'impression qu'il était impossible qu'elles puissent vivre des expériences positives dans leur futur alors que d'autres avaient le sentiment que la vie était un fardeau en raison d'un trouble de santé physique ou psychologique (Kjoselth *et al.*, 2009b). En lisant cette étude, il appert que les personnes interviewées semblaient avoir peu ou encore pas d'espoir que leur situation puisse s'améliorer.

Selon les proches, le rapport à la vie des personnes âgées qui se sont suicidées avait changé dans les derniers moments de leur vie (Kjoselth *et al.*, 2009b). Dans certains cas, ils rapportent avoir eu l'impression ou avoir entendu dire la personne suicidaire qu'il ne lui restait plus rien à vivre, car tout ce qu'elle avait dans le passé était parti et qu'il était impossible que cela revienne. Dans d'autres cas, ils ont l'impression que la vie de la personne était devenue un fardeau, car elle était aux prises avec une maladie chronique, une démence ou encore des symptômes psychologiques tels que l'anxiété et la dépression. Un fardeau qui était généralement porté seul, car elles n'en parlaient pas aux membres de leur entourage.

## CHAPITRE 7 | COMMENT ESPÉRER

Dans ce chapitre, nous nous efforçons de mieux comprendre comment le psychologue peut contribuer à ouvrir un espace dans lequel l'espérance peut se déployer chez la personne âgée qui pense au suicide. Pour ce faire, nous nous appuyons sur le concept d'identité narrative de Ricœur, que nous avons introduit dans notre cadre conceptuel. Nous réfléchissons aux pistes d'interventions qui s'offrent aux psychologues qui désirent aider la personne âgée qui pense au suicide à ouvrir son champ des possibles lorsque celui-ci est restreint par les effets des croyances âgistes qui se sont intégrées dans les pensées de la personne âgée.

### 7.1 Être conscient de ses propres croyances en tant que psychologue

Avant même d'agir, les psychologues doivent explorer et/ou être le plus possible au fait de leurs propres croyances au sujet du vieillissement, car celles-ci influencent le regard qu'ils portent sur les personnes âgées, un regard qui va influencer les actions qu'il va mettre en place et la manière dont ils vont recevoir et répondre aux discours des personnes âgées qui les consultent. Il est donc important que l'intervenant mette en place des moyens pour arriver à élargir ses propres horizons afin de ne pas intervenir de façon à uniquement consolider les croyances que la personne âgée porte à son égard et qui l'amènent à ressentir du désespoir.

Prenons pour exemple la croyance selon laquelle il est normal qu'une personne âgée d'être déprimée qui est parfois entendue et véhiculée dans nos sociétés (Salzman, 2006). Bien qu'il soit en quelque sorte commun qu'une personne ayant à vivre de grandes adaptations et souvent plusieurs pertes puisse se sentir déprimée de façon épisodique face à ces expériences, il importe de ne pas banaliser la situation en raison de l'âge lorsque cet état perdure. L'adhésion stricte à cette croyance pourrait amener le psychologue à ne pas agir sur les affects dépressifs de la personne âgée, à sous-estimer cette dernière, voire à ne pas intervenir (Morichi *et al.*, 2015 ; McCrae *et al.*, 2005 ; Montano, 1999) afin d'aider la personne aussi rapidement que si elle était plus jeune, ce qui pourrait amener celle-ci à demeurer dans un état de souffrance important.

En étant plus au fait de ses croyances, le psychologue peut alors être plus à même de les restructurer. Un psychologue qui adhérerait par exemple à la croyance qu'il est normal que les personnes âgées soient déprimées pourrait se dire : « c'est ma propre vision du vieillissement qui m'amène à avoir de la difficulté à avoir de l'espoir dans le rétablissement de cette personne, or il est connu que l'on peut traiter efficacement la dépression chez les personnes âgées ». Une fois la pensée restructurée, le psychologue est alors mieux à même d'arriver à mettre en place le traitement adéquat pour aider la personne âgée à se sentir moins déprimée et à retrouver espoir. Cela pourrait aussi permettre au psychologue d'être plus apte à porter l'espoir que la souffrance puisse être soulagée et par ricochet nourrir l'espoir de la personne qui le consulte.

Comme souligné dans la section précédente, le désespoir semble pouvoir s'immiscer dans la vie d'une personne par différentes voies. Intervenir auprès d'une personne qui éprouve du désespoir demande donc que le psychologue puisse aussi prendre différents chemins afin d'aider la personne qui pense au suicide. Dans cette section, nous explorerons les différentes avenues par lesquelles les psychologues peuvent soutenir une personne âgée qui vit du désespoir et qui pense au suicide.

## 7.2 L'empathie du psychologue

Une étude qualitative (Vatne et Nàden, 2018) s'intéressant à ce qui peut aider une personne qui pense au suicide à espérer que sa situation puisse s'améliorer indique que la condition préalable à la capacité d'espérer serait d'être en mesure de ressentir que la personne qui tente d'accorder son soutien peut comprendre l'étendue du désespoir vécu par la personne qui la subit. À notre sens, la compétence psychologue qui est à l'œuvre dans ce cas serait la capacité du psychologue à fournir un effort d'empathie.

Nous choisissons l'expression « effort d'empathie », car il est impossible de percevoir et de vivre le monde exactement comme l'autre, car nos sens et nos cognitions sont limités par notre propre expérience. Cette conception de l'empathie se base sur les travaux de Heinz Kohut (1984) qui conçoit l'empathie comme étant la capacité d'accéder au monde intérieur de l'autre. Or, comme Kohut (1984) le soutient, il est impossible pour une personne d'accéder entièrement au monde intérieur de l'autre, car sa subjectivité est limitée par l'ensemble des expériences que cette personne

a vécues. Tous les êtres humains et leur subjectivité ayant été marqués et construits par l'entremise d'un ensemble unique d'expériences, il est donc impossible de percevoir et de vivre le monde de la même façon qu'une autre personne. Cela veut donc dire que l'on ne peut pas être réellement empathique, mais qu'il demeure possible de se mettre en mouvement vers l'autre, de fournir un effort afin de se décentrer de sa propre expérience pour s'imbiber du monde intérieur de l'autre. Autrement dit, il nous est possible de fournir un effort d'empathie.

Ainsi, en s'adonnant à un effort d'empathie, le psychologue amène la personne qui pense au suicide à entretenir l'espoir que sa situation puisse enfin changer. La personne, en se sentant comprise, peut dès lors avoir espoir qu'une personne puisse l'aider, car elle sent que le psychologue comprend ce qu'elle vit. De plus, le psychologue, en comprenant mieux le monde interne de la personne, est alors plus à même de l'amener à s'ouvrir à des perspectives qui viennent nourrir son espoir.

Cela nous amène à nous demander si la capacité du psychologue à fournir un effort d'empathie permet à la personne de sentir qu'un autre est en mesure de comprendre l'étendue de son désespoir et si, ce faisant, il serait alors mieux à même de l'aider à trouver des solutions qui soient adaptées à son vécu. Cela soulève aussi une autre question. Sachant que les personnes qui pensent au suicide auraient généralement vécu plusieurs expériences où elles se seraient senties invalidées par le passé (Kaleghi *et al.*, 2021), est-ce qu'inversement l'incapacité du psychologue à comprendre la réalité de la personne pourrait l'amener à craindre de se retrouver avec une personne qui est insensible ou encore impuissante à l'égard de son vécu ?

Conséquemment, il nous apparaît essentiel que le psychologue puisse explorer afin de mieux comprendre les croyances âgistes qui peuvent avoir été intégrées par la personne âgée qui pense au suicide, car celles-ci peuvent teinter le regard qu'elle porte sur le monde et sur elle-même. Donc, en étant plus conscient de cette partie de l'expérience de la personne, le psychologue pourrait arriver à augmenter la probabilité que la personne puisse se sentir comprise et avoir de l'espoir que sa situation puisse changer. En comprenant mieux comment l'âgisme peut avoir été intégré, le psychologue est plus à même d'aider la personne âgée qui pense au suicide à contribuer à transformer son identité narrative.

En effet, en tentant de comprendre et de mieux saisir l'expérience vécue de la personne âgée, le psychologue est plus apte à identifier et à voir les discours âgistes que la personne a intégrés. Prenons pour exemple la croyance d'être un fardeau pour l'entourage. En prenant conscience que la personne âgée a intégré cette croyance qu'elle est un poids pour autrui, le psychologue devient mieux outillé afin d'aider la personne à transformer ce qu'elle se dit à propos d'elle-même en l'aidant par exemple à nuancer ce qu'elle peut s'imaginer que les gens se disent à son sujet ou encore à l'amenant à constater comment elle arrive à contribuer différemment au bien-être des personnes qui l'entourent ou encore à avoir des attentes plus réalistes par rapport à elle-même. Le psychologue, en comprenant mieux la personne, peut aussi l'aider à développer sa capacité à s'offrir de l'autocompassion.

### 7.3 L'autocompassion

Tout comme la compassion du psychologue est importante envers la personne, il appert que l'autocompassion représente une voie prometteuse pour intervenir auprès d'une personne âgée qui pense au suicide. Le champ d'études de l'autocompassion est présentement en pleine expansion et de nombreuses études visant à explorer comment le développement de l'autocompassion peut contribuer au bien-être ont été publiées à ce jour. Ces études indiquent que le développement de l'autocompassion s'avère bénéfique pour la santé physique (Hall *et al.*, 2013) ainsi que sur la santé mentale (Hall *et al.*, 2013 ; Barnad et Curry, 2011 ; MacBeth et Gumley, 2012). Elle permettrait notamment de contribuer à diminuer les symptômes de dépression ainsi que les idéations suicidaires (Rabon *et al.*, 2019 ; Neff, sous-presse). De plus, l'autocompassion serait aussi associée à plus de satisfaction à l'égard de sa propre vie, à davantage de moments de joie ainsi qu'à une plus grande capacité à avoir de l'espoir (Hall, Row, Wuench et Godley, 2013 ; Neff, sous-presse).

Dans la littérature scientifique, il est possible de retrouver de nombreuses définitions de ce concept d'autocompassion (Neff, 2003 ; Gilbert, 2005 ; Strauss *et al.*, 2016). Dans le cadre de cet essai doctoral, nous retenons la définition de Kristen Neff (2003), car cette définition est plus élaborée que la majorité des autres définitions et parce qu'elle correspond le mieux aux fondements théoriques de la psychologie humaniste.

Selon Neff (2003), l'autocompassion est composée de 3 éléments, soit : 1) la bienveillance, 2) l'humanité commune et 3) la présence attentive. La bienveillance est la capacité à traiter sa propre expérience de la même façon qu'on le ferait avec une personne significative et à s'interroger sur la manière dont il serait possible de répondre à son besoin psychologique. L'humanité commune est quant à elle la capacité à reconnaître que l'émotion ou l'expérience que l'on vit est normale et qu'elle est partagée par d'autres personnes. La présence attentive, ajoute Neff (2003), est la capacité d'une personne à reconnaître ses pensées et ses émotions tout en étant capable de les considérer comme étant seulement des pensées et des émotions afin d'éviter d'être envahie ou encore submergée par la souffrance qu'elles peuvent engendrer.

Selon ce que nous constatons dans notre propre pratique clinique et selon la littérature scientifique (Hirsch *et al.*, 2012 ; Rabon *et al.*, 2019 ; Neff, 2023), l'autocompassion semble pouvoir agir comme un pare-feu à la possibilité qu'une personne puisse penser au suicide. En effet, elle pourrait notamment protéger les personnes âgées qui, en ayant intégré des pensées âgistes, pourraient avoir tendance à avoir des exigences élevées à l'égard de ce qu'elles devraient être en mesure de réaliser en fonction de leurs capacités physiques et cognitives ou encore certaines personnes qui ont l'impression d'être un fardeau pour leur entourage.

Comme nous l'avons vu, l'intégration des pensées âgistes peut amener la personne âgée à se dévaluer en se considérant comme étant inutile, incompétente ou encore comme étant un fardeau pour son entourage. Neff (2003) indique que l'autocompassion pourrait aider la personne âgée à développer une identité narrative plus tendre à son égard. En effet, le psychologue peut aider la personne qui a tendance à se dévaluer à s'entraîner à transformer le regard qu'elle porte sur elle-même et à arriver à se sentir suffisamment bonne, adéquate et utile. Pour ce faire, il peut amener la personne à s'imaginer comment elle soutiendrait un ami qui vit une situation similaire à la sienne, par exemple (Neff, 2003). Neff (2003) rapporte que les gens ont généralement tendance à avoir des attentes beaucoup plus élevées et à être plus durs envers eux-mêmes qu'avec les personnes qui ont de l'importance pour eux. À force de cultiver l'autocompassion, la personne pourrait en venir à adoucir le regard qu'elle porte sur elle-même et aussi à transformer l'histoire qu'elle se raconte à son propos.

Cela pourrait aussi permettre de l'aider à accueillir avec bienveillance les émotions qui accompagnent les différents changements qui surviennent avec le vieillissement. La capacité à accueillir avec bienveillance les émotions aiderait quant à elle la personne à arriver à mieux identifier les besoins psychologiques qui sont frustrés afin de trouver des moyens pour y répondre.

Neff ajoute que le développement de l'autocompassion est aussi associé à une augmentation de la motivation pour mettre en application les comportements qui s'avèrent nécessaires à l'atteinte des buts. Cela pourrait avoir pour effet d'augmenter les comportements associés à une meilleure santé physique tels qu'adopter une meilleure alimentation, faire plus d'activité physique et consulter le professionnel de la santé approprié lorsqu'un nouveau symptôme physique apparaît. Tel que nous l'avons vu dans le chapitre 8, l'âgisme intégré est associé à une réduction des comportements, à une meilleure santé physique, ce qui peut à long terme affecter la santé physique (perte de la mobilité, développement de maladies associées à la sédentarité) et psychologique (anxiété, dépression) chez les personnes âgées. Le développement de l'autocompassion peut ainsi représenter une avenue prometteuse pour diminuer l'impuissance et le désespoir qu'elles vivent.

#### 7.4 La capacité à se projeter

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'une des expériences suscitant du désespoir qui était rapportée chez les personnes âgées qui se sont ensuite suicidées ou chez celles qui ont fait une tentative de suicide est la difficulté à se projeter dans un avenir où elles pourraient se sentir mieux ou arriver à surmonter leurs difficultés. On peut en comprendre qu'il apparaît alors difficile de se projeter dans un avenir dans lequel elles pourraient donner un sens à leur existence. Comme nous l'avons vu antérieurement, ce sens prendrait racine dans la capacité à : se rendre utile pour les autres, être suffisamment autonome pour ne pas être un poids pour l'entourage, vivre des moments où le corps n'est pas douloureux.

Or, comme nous l'avons abordé, lorsque le vieillissement est vécu comme étant une série de déclin, il est attendu que le vieillissement soit composé de pertes et il est plus difficile de s'imaginer qu'il puisse aussi y avoir des gains au fil de ce processus. Comme nous le verrons dans

les prochaines lignes, en tant que psychologue, il est nécessaire d'en être conscient pour 1) effectuer de l'éducation psychologique sur la difficulté à se projeter dans un avenir meilleur, 2) aider la personne âgée à se projeter dans un avenir qui a du sens pour elle et 3) la soutenir dans la mise en place d'actions qui vont l'amener à expérimenter qu'il est possible d'espérer.

#### 7.4.1 L'éducation psychologique

L'incapacité à se projeter dans un avenir meilleur est probablement adaptative, dans la mesure où elle peut protéger la personne contre la possibilité de vivre des échecs qui viendraient confirmer qu'il est impossible d'améliorer sa situation et potentiellement augmenter le désespoir. Or, il apparaît essentiel de sensibiliser la personne aînée aux risques qui sont aussi inhérents au fait d'avoir peur d'accomplir des actions qui pourraient l'amener à améliorer sa situation. Prenons pour exemple la peur de ne pas affirmer ses besoins auprès de son entourage parce que les besoins des plus jeunes seraient plus importants que les siens. En évitant d'aborder ses besoins, la personne qui vit cette peur demeure frustrée et comme Schneidman (1993) l'avance, la frustration des besoins psychologiques a pour effet d'augmenter la probabilité que la personne vive de la détresse et pense au suicide. De plus, le fait de s'exposer à des situations où elle affirme ses besoins auprès d'une personne de l'entourage qui est en mesure d'y répondre adéquatement contribue à augmenter sa confiance en la capacité d'arriver à le faire dans d'autres contextes, encourage l'adoption de ce comportement, peut engendrer une réduction de la frustration de ses besoins, une augmentation de l'estime de soi et de la capacité à espérer que sa situation s'améliore. Il apparaît donc important que les psychologues soient à l'affût de ce phénomène afin de pouvoir valider la fonction adaptative de ce comportement tout en pouvant renseigner la personne sur les effets néfastes que cela peut provoquer.

#### 7.4.2 Se projeter dans un avenir meilleur

Lorsqu'une personne éprouve de la difficulté à s'imaginer un avenir valant la peine d'être vécu, il peut être utile de l'aider à cheminer vers cette capacité à l'imaginer afin de l'amener à prendre conscience qu'un tel futur est possible (Marchetti, 2019). Pour ce faire, le psychologue peut utiliser



différentes stratégies d'intervention pour aider la personne à effectuer cet exercice d'imagination. Pour favoriser la réussite de ces stratégies, il importe de respecter quelques principes.

D'abord, il est essentiel que le futur que l'on invite la personne à s'imaginer puisse s'actualiser, car le fait d'imaginer un futur inatteignable pourrait augmenter le sentiment de désespoir et d'impuissance. Notre pratique clinique nous indique qu'avec les personnes âgées, il est important que le futur imaginé soit projeté dans les semaines ou encore dans les années à venir, car en amenant la personne à se projeter trop loin dans le futur, on risque de se buter à ce que le futur imaginé soit la mort, pas nécessairement parce que la personne croit qu'elle va se suicider, mais parce que la probabilité de décès est toujours plus élevée chez une personne âgée, toutes causes confondues. Ensuite, il est nécessaire d'amener la personne à décrire le futur avec le plus de détails possible, car l'espoir est quelque chose qui s'expérimente, donc plus l'imagerie sera détaillée et concrète, plus l'expérience de l'espoir devra être forte. Voici des exemples d'intervention où l'imagerie est utilisée :

*Prenons le temps d'imaginer la scène suivante : ce soir vous allez vous coucher et pendant la nuit sans que vous le sachiez, un miracle se produit. Le lendemain matin, vous vous levez et vous vous dirigez vers la porte de votre chambre à coucher que vous ouvrez doucement, puis vous sortez de votre chambre pour vous retrouver dans un endroit où vous n'avez plus d'idées suicidaires.  
Décrivez-moi cet endroit. Que voyez-vous ? Avec qui êtes-vous ? Que faites-vous ?  
À quoi pensez-vous ? Que ressentez-vous ? Etc.*

#### 7.4.3 Intervenir

Bien que l'éducation psychologique et l'imagerie puissent constituer des stratégies efficaces pour susciter l'espoir, nous sommes convaincus qu'il est essentiel que la personne puisse agir de façon à expérimenter l'espoir pour arriver à ce que les effets de celle-ci soient durables. Selon Snyder (2000), l'expérience de l'espoir est constituée de 3 éléments : 1) la capacité à avoir un but 2) la capacité à identifier différents chemins pour se rendre à son but et 3) la capacité à faire face aux

obstacles qui se dressent sur son chemin afin d'atteindre son but. Il est donc nécessaire d'aider la personne à identifier des buts qu'il est possible d'atteindre afin qu'elle arrive à vivre des expériences qui vont lui permettre de ressentir qu'elle est capable de se donner des buts, de trouver des moyens pour les atteindre et de faire face à l'adversité qui se présente dans l'atteinte des buts. Lorsque la personne est capable d'expérimenter l'atteinte des buts ou encore de voir qu'elle est en mesure de faire les efforts pour atteindre un but, nous augmentons les chances que celle-ci puisse se projeter dans un futur où elle désire vivre.

Les groupes « En route vers », constitués autour de l'atteinte de buts de Sylvie Lapierre (2017), professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, sont un excellent exemple pour illustrer comment prendre action en direction d'un but concret peut s'avérer bénéfique pour la santé mentale des personnes âgées. Les groupes composés de quelques personnes âgées et d'animateurs formés en psychologie sont d'une durée de 11 à 14 semaines et visent l'atteinte d'un but qui est significatif pour la personne âgée. L'accompagnement se réalise en deux étapes. Dans la première étape, les participants sont amenés à identifier un but qu'ils aimeraient atteindre et dont l'atteinte est réaliste dans le nombre de semaines identifiées pour la tenue du groupe. Dans la seconde étape, les participants sont accompagnés par les animateurs dans l'atteinte du but identifié. Lapierre et ses collègues (2017) indiquent que les personnes âgées qui ont complété le groupe ont vu une diminution de leurs symptômes dépressifs et de leurs idées suicidaires tout de suite après la tenue du groupe et les résultats se sont maintenus lors d'un post-test qui a été réalisé 6 mois plus tard. Les auteurs relèvent aussi un autre fait intéressant : 85 % des personnes âgées qui ont participé au groupe se sont revues après la tenue de celui-ci et 21 % maintenaient leurs relations 6 mois plus tard. Les relations que les personnes âgées ont développées au cours de ces groupes semblent répondre à un besoin d'élargir leur réseau social.

### 7.5 L'intervention systémique

Le soutien social représente un facteur de protection important chez les personnes qui pensent au suicide. Comme nous l'avons vu avec la théorie interpersonnelle, un sentiment d'appartenance faible et le sentiment d'être un fardeau pour l'entourage augmentent le risque de suicide (Joiner *et al.*, 2005 ; Kim et Kihl, 2021 ; Van Orden *et al.*, 2010, Van Orden *et al.*, 2021). Lorsqu'une

personne considère qu'elle dispose d'un soutien social de qualité, elle serait moins à même de penser au suicide (McLaren *et al.*, 2007 ; Kim et Kihl, 2021 ; Van Orden *et al.*, 2021). Mon expérience de formation et mon expérience clinique me permettent de constater que, tout comme l'indiquent certains auteurs, le fait d'impliquer les proches auprès d'une personne qui pense au suicide peut non seulement contribuer à protéger la personne, mais aussi l'aider à retrouver espoir et à augmenter son bien-être (McLaren *et al.*, 2007).

Comme nous l'avons vu un peu plus tôt, pour les tenants de la théorie interpersonnelle du suicide, ce qui amènerait une personne à penser au suicide serait composé de 1) la déconnexion avec les autres, 2) la perception d'être un fardeau pour ses proches, 3) le désespoir ainsi que 4) la capacité à se suicider. Lorsqu'une personne entretient des croyances âgistes, nous avançons qu'elle est plus à même de penser qu'elle est inutile, voire qu'elle est un fardeau pour son entourage ou encore qu'elle pourrait le devenir. Cela peut inciter la personne à s'éloigner des membres de son entourage et à se sentir moins connectée à ceux-ci.

C'est pourquoi l'intervention systémique nous semble être une voie très prometteuse d'intervention lorsque l'on travaille avec une personne qui se sent déconnectée de son entourage ou qui a l'impression d'être un fardeau, car elle peut contribuer à reconnecter la personne à ses proches et à restructurer certaines croyances, telles que l'impression d'être un fardeau (McLaren *et al.*, 2007). Mon expérience clinique m'informe que les proches ont souvent tendance à tenir pour acquis que la personne qui pense au suicide sait qu'elle est importante pour les gens de son entourage ou encore qu'elle n'est pas un fardeau pour ceux-ci.

Or, les psychologues, en intervenant de façon systémique, peuvent sensibiliser les proches au vécu de la personne âgée qui pense au suicide et les amener à leur témoigner l'importance que celle-ci revêt dans leur vie et à lui communiquer la valeur des contributions qu'elle apporte. Ces interventions peuvent contribuer à changer les croyances de la personne âgée qui pense au suicide. Pour reprendre le cadre proposé par Ricœur (1983), le psychologue peut aider les proches à influencer l'identité narrative de la personne âgée en lui confiant leur propre version de leur histoire relationnelle.

## 7.6 Transformer l'identité narrative

Toutes les interventions proposées dans les sections précédentes ont notamment pour but d'aider la personne âgée à modifier l'histoire qu'elle se raconte à propos d'elle-même. Comme nous l'avons évoqué, se raconter par le biais de croyances âgistes négatives peut avoir des conséquences importantes sur la santé physique et psychologique. Nous croyons que le soutien dans l'élaboration d'un nouveau récit de soi peut contribuer à transformer l'identité narrative et conséquemment aider à constituer un contrepoids aux discours âgistes auxquels la personne âgée est exposée et à augmenter son bien-être, à vivre moins de désespoir et ultimement à diminuer la place que les idées suicidaires prennent dans sa vie.

## CONCLUSION

Dans cet essai, nous avons présenté différents repères pour penser l'âgisme et les différentes façons dont celui-ci s'exprime chez la personne âgée. Par la suite, nous avons pris un moment pour lier les théories sur l'âgisme aux théories en suicidologie ainsi qu'à notre corpus de recherche afin de proposer des façons de réfléchir au sujet des idées suicidaires chez la personne âgée à partir de la lorgnette de l'âgisme. Nous avons terminé notre essai en présentant différentes pistes d'intervention que les psychologues peuvent utiliser et qui pourraient contribuer à diminuer la force des discours âgistes qui sont intégrés par les personnes âgées.

La force de notre essai exploratoire réside dans son originalité. À notre connaissance, aucune étude n'approfondit les liens théoriques qui unissent les études sur l'âgisme aux études sur le suicide chez les personnes âgées. De plus, notre essai pourrait avoir des retombées cliniques, car il propose aux psychologues de tenir compte des discours âgistes qui ont été intégrés par les personnes âgées et d'aider ces dernières à transformer comment elle se comprennent. Or, nous avons vu dans cet essai comment les discours âgistes intégrés peuvent se révéler néfastes pour la santé physique et psychologique des personnes âgées. Nous croyons donc qu'en travaillant sur ces discours, les psychologues pourraient contribuer à minimalement améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Nous croyons qu'une autre des forces de notre essai est la richesse de son caractère intégratif, dans le sens où, bien que l'approche humaniste soit au cœur de notre analyse, nous avons intégré des connaissances de la psychologie sociale, la neuropsychologie, la psychologie cognitivo-comportementale ainsi que de la psychologie systémique interactionnelle.

Notre étude comporte aussi des limitations. Elle ne permet pas de vérifier si des corrélations existent entre le vécu des personnes âgées, l'âgisme et le suicide ou entre les différentes pistes d'interventions que nous proposons et le vécu des personnes âgées qui ont intégré des pensées âgistes et qui pensent au suicide. De plus, le corpus d'étude qualitative étant très limité, il est fort probable que le portrait qu'il brosse des expériences des personnes âgées qui pensent au suicide et qui vivent de la détresse est limité. Il est donc important de souligner que notre analyse n'est pas

exhaustive et que de nouvelles recherches sur ce sujet pourraient venir enrichir le corpus et les études subséquentes qui pourraient être réalisées par d'autres chercheur-e-s.

Il nous apparaît donc essentiel que des études soient menées afin d'explorer les liens que nous proposons dans le présent essai et de déterminer si cette réflexion théorique s'approche de l'expérience des personnes âgées qui pensent au suicide et si les moyens que nous proposons pour endiguer leurs souffrances sont efficaces.

Dans de futures études, il serait aussi intéressant d'explorer comment l'âgisme peut contribuer au développement de la détresse et de pensées suicidaires chez des personnes qui ont moins de 65 ans et qui ne sont pas considérées comme étant des personnes âgées. Nous savons que l'âgisme touche l'ensemble de la population et il serait particulièrement intéressant de mieux comprendre comment il peut s'exprimer, notamment chez les hommes de 50 à 64 ans qui constituent le groupe de personnes ayant les plus hauts taux de suicide au Québec.

Finalement, il nous importe de souligner que l'intervention psychologique est loin d'être suffisante pour faire contrepoids à l'âgisme. Des mutations sociales profondes doivent aussi être visées afin de transformer l'ordre du discours qui entoure le vieillissement. Il apparaît essentiel que des programmes soient créés pour sensibiliser les citoyens et les décideurs publics à la portée de leurs discours sur les personnes âgées. Il apparaît aussi essentiel que des programmes soient créés pour permettre aux personnes âgées de jouer un rôle actif au sein de la société, et ce, le plus longtemps possible afin de contrer les sentiments d'inutilité et de fardeaux et de favoriser une vie où il fait bon de se sentir, pour reprendre l'expression de Paul Ricœur, « Vivant jusqu'à sa mort » (2007).

## BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada (2018, décembre). Choisir les bons mots : communication sécuritaire pour la prévention du suicide. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/language-matters-safe-communication-suicide-prevention/pub-fra.pdf>
- Association québécoise de prévention du suicide. (2014). *La prévention du suicide des aînés au Québec : comprendre, s'inspirer et agir*. Québec : AQPS.
- Ayalon, L. et Tesch-Römer C. (2018). Origin of ageism at the Individual Level. Dans L. Ayalon L. et C. Tesch-Römer (dir.) *Contemporary Perspective on Ageism* (p. 51-72). Berlin: Springer.
- Baars, J. (1991). The challenge of critical gerontology: The problem of social constitution. *Journal of Aging Studies*, 5(3), 219-243. [https://doi.org/10.1016/0890-4065\(91\)90008-G](https://doi.org/10.1016/0890-4065(91)90008-G)
- Barnad, L. K. et Curry, J. F. (2011). Self-compassion: conceptualizations, correlates and interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>
- Beck, A. T. (1986). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487(1), 90-96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27888.x>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. et Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L. et Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
- Bergman, Y. S., & Bodner, E. (2015). Ageist attitudes block young adults' ability for compassion toward incapacitated older adults. *International Psychogeriatrics*, 27(9), 1541-1550.
- Biswas, A., Oh, P. I., Faulkner, G. E., Bajaj, R. R., Silver, M. A., Mitchell, M. S. et Alter, D. A. (2015). Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults. *Annals of Internal Medicine*, 162(2), 123-132. <https://doi.org/10.7326/m14-1651>

- Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R., Schoevaerts, K., Rober, P., Parys, H. V. et Demyttenaere, K. (2014). Reflections of older adults on the process preceding their suicide attempt: A qualitative approach. *Death Studies*, 38(9), 612-618.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2013.835753>
- Boujemadi, V., Posner, A. et Swiatkowski, W. (2015). Une approche explicative de l'âgisme : la théorie de la gestion de la terreur. Dans M. Lagacé (dir) *Représentation et discours sur le vieillissement : la face cachée de l'âgisme* (p. 1-6). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Buirski, P. et Haglund, P. (2001). *Making sense together: The intersubjective approach to psychotherapy*. Northvale, NJ: J. Aronson.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The gerontologist*, 9(4), 243-246.  
[https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_Part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243)
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11.  
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
- Calasanti, T. et King, N. (2020). Beyond Successful aging 2.0: Inequalities, ageism, and the case for normalizing old ages. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(9), 1817-1827.  
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa037>
- Clément, S., Gagnon, E. et Rolland, C. (2005). Dynamiques familiales et configurations d'aide. Dans S. Clément et J.-P. Lavoie (dir.), *Prendre soin d'un proche âgé : Les enseignements de la France et du Québec* (p.137-186). Saint-Agnès : Éditions Erès.
- Conwell, Y. et Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 333-356. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.004>
- Crocker, L., Clare, L. et Evans, K. (2006). Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging et Mental Health*, 10(6), 638-647.  
<https://doi.org/10.1002/9780470773185.ch7>
- Durkheim, E. (2009). *Le suicide : étude de sociologie*. Paris : Payot.
- Fawsitt, F. et Setti, A. (2017). Extending the stereotype embodiment model: A targeted review. *Translational Issues in Psychological Science*, 3(4), 357-369.  
<https://doi.org/10.1037/tps0000136>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., Glick, P. et Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Foucault, M. (1971). *L'Ordre du discours*. Paris : Gallimard.



- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard.
- Gadamer, H. G. (1960). *Vérité et méthode*. Paris : Édition du seuil.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy*. Londres : Bruner Routledge.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. et Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. Dans R. Baumeister (dir.), *Public self and private self* (p. 189-212). New York: Springer.
- Grenier, A. (2012). *Transitions and the lifecourse: Challenging the constructions of growing old*. Bristol: Policy Press.
- Grenier, A. et Ferrer, I. (2010). Âge, vieillesse et vieillissement. Dans M. Charpentier (dir.), *Vieillir au pluriel : perspectives sociales* (p. 35-54). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Hall, C. W., Row, K. A., Wuench, K. L. et Godley, K. R. (2013). The Role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The Journal of Psychology*, 147(4), 311-323. <https://doi.org/10.1080/00223980.2012.693138>
- Hanus, M. (2007). *Les deuils dans la vie* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Maloine.
- Hill, R. M., Pettit, J. W., Green, K. L., Morgan, S. T. et Shatte, D. J. (2012) Precipitating events in adolescent suicidal crisis: Exploring stress-reactive and nonreactive risk profiles. *Suicide and Life-Threatening Behaviours*, 42(1), 11-21. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00067.x>
- Hirsch, J. K., Webb, J. R. et Jeglic, E. L. (2012). Forgiveness as a moderator of the association between anger expression and suicidal behaviour. *Mental health, religion et culture*, 15(3), 279-300. <https://doi.org/10.1080/13674676.2011.571666>
- Hjelmeland, H. (2016) A Critiquial Look at Current Suicide Research. Dans J. H. White, I. Marsh, M. J. Kral et J. Morris (dir.), *Critical suicidology: Transforming suicide research and prevention for the 21st century* (p. 31-55). Vancouver: UBC Press.
- Hjelmeland, H. et Knizek, B. L. (2010). Why We Need Qualitative Research in Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.74>
- Hjelmeland, H. et Knizek, B. L. (2011). What Kind of Research Do We Need in Suicidology Today? Dans R. C. O'Connor, S. Platt et J. Gordon (dir.), *Research, Policy and Practice International Handbook of Suicide Prevention* (p.591-608). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch34>

- Hooyman, N. R. et Kiyak, H. A. (2018). *Social gerontology a multidisciplinary perspective*. New York: Pearson.
- Hooyman, N. R., Kawamoto, K. et Kiyak, H. A. (2016). *Aging matters: an introduction to social gerontology*. Boston: Pearson Education.
- Joiner Jr, T. E., Conwell, Y., Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K., Schmidt, N. B., Berlim, M. T., Fleck, M. P. A. et Rudd, M. D. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when” everything but the kitchen sink” is covaried. *Journal of abnormal psychology*, 114(2), 291-303. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.2.291>
- Joiner Jr., T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., Rudd, M. D. (2009) Main Predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnorm Psychol*, 118(3),634-646. <https://doi.org/10.1037/a0016500>
- Juhl, J. et Routledge, C. (2016). Putting the Terror in Terror Management Theory. *Current Directions in Psychological Science*, 25(2), 99-103. <https://doi.org/10.1177/0963721415625218>
- Kim, Y. (2013). Discussion of Late-Life Suicide: How Social Workers Perceive and Intervene in Elderly Suicide. *Educational Gerontology*, 39(7), 491-500. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.701144>
- Kim, B. J. et Kihl, T. (2021). Suicidal ideation associated with depression and social support: a survey-based analysis of older adults in South Korea. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03423-8>
- Kjolseth, I., Ekeberg, O. et Steihoug, S. (2009a). Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age? Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 903-912. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990342>
- Kjolseth, I., Ekeberg, O. et Steihoug, S. (2009b). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 209-218. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990949>
- Kjolseth, I., Ekeberg, O. et Steihoug, S. (2010). Elderly people who committed suicide - their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging et Mental Health*, 14(8), 938-946. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501056>
- Kleiman, E. M., Riskind, J. H. et Schaefer, K. E. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: Examination of synergistic buffering effects. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 144-155. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.826155>

- Kierkegaard, S. (1988). *Traité du désespoir*. Paris : Gallimard.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure ?*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lapierre, S., Marcoux, L., Desjardins, S., Dubé, M., Cantinotti, M., Miquelon, P., Boyer, R., Alain, M. et Duchesne-Beauchamp, M. (2017). Un programme innovateur de promotion du bien-être psychologique pour des personnes Âgées dépressives. *Revue québécoise de psychologie*. 38(185), 185-206.
- Lagacé, M. (2015). Introduction. Dans M. Lagacé (dir) *Représentation et discours sur le vieillissement : la face cachée de l'âgisme* (p. 1-6). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M. et Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>
- Légaré, G., Gagné, M., St-Laurent, D. (2013). La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010 — Mise à jour 2013. Québec, Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, Institut national de santé publique du Québec.
- Levesque, P., Rassy, J., Genest, C. (2022). Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, S., Wurm, S. et Ayalon, L. (2018) Origin of Ageism at the Individual Level. Dans L. Ayalon et C. Tesch-Römer (dir.) *Contemporary Perspective on Ageism* (p.51-72). Berlin : Springer
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., Hinchliff, S., Malta, S. et Dow, B. (2017). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging and Mental Health*, 22(11),1456-1464. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364347>
- MacBeth, A. et Gumley, A. (2012). Exploring Compassion: A Meta-Analysis of the Association Between Self-Compassion and Psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Marson, S. M., et Powell, R. M. (2014). Goffman and the infantilization of elderly persons: A theory in development. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 41(4), 143–158.

- McCrae, N., Murray, J., Banerjee, S., Huxley, P., Bhugra, D., Tylee, A. et Macdonald, A. (2005). 'They're all depressed, aren't they?' A qualitative study of social care workers and depression in older adults. *Aging et mental health*, 9(6), 508-516. <https://doi.org/10.1080/13607860500193765>
- Marchetti, I. (2019). Hopelessness: A network analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 43(3), 611-619. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9981-y>
- Marsh, I. (2016). Critiquing Contemporary Suicidology. Dans J. H. White, I. Marsh, M. Kral et J. Morris (dir.), *Critical suicidology: Transforming suicide research and prevention for the 21st century* (p. 15-30). Vancouver: UBC Press.
- Martens, A., Goldenberg, J. L. et Greenberg, J. (2005). A terror management perspective on ageism. *Journal of social issues*, 61(2), 223-239. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00403.x>
- McLaren, S., Gomez, R., Bailey, M. et Van Der Horst, R. K. (2007). The association of depression and sense of belonging with suicidal ideation among older adults: applicability of resiliency models. *Suicide et life-threatening behavior*, 37(1), 89-102. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.1.89>
- Miller, W. R. et Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of abnormal psychology*, 84(3), 228-238. <https://doi.org/10.1037/h0076720>
- Ministère de la Famille et des Aînés (2012) Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec. Gouvernement du Québec. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Mishara, B. L. et Houle, J. (2008). Le rôle des proches dans la prévention du suicide. *Perspectives Psy*, 47(4), 343-349. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2008474343>
- Montano, C. B. (1999). Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 45-51.
- Montepare, J. M. et Zebrowitz, L. A. (2002). A social-developmental view of ageism. Dans T. Nelson (dir.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (p. 77-125). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Morichi, V., Dell'Aquila, G., Trotta, F., Belluigi, A., Lattanzio, F. et Cherubini, A. (2015). Diagnosing and treating depression in older and oldest old. *Current pharmaceutical design*, 21(13), 1690-1698. <https://doi.org/10.2174/1381612821666150130124354>

- Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D. et Macdonald, A. (2006). Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Social Science et Medicine*, 63(5), 1363-1373. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.037>
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-102. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*
- Neff, K. D. et Davidson, O. (2016). Self-compassion: Embracing suffering with kindness. Dans I. Ivtzan et T. Lomas (dir.), *Mindfulness in Positive Psychology* (pp. 37-50). Londres : Routledge.
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Le suicide : un problème de santé publique énorme, mais évitable*. [www.who.int/ageing/about/facts/fr](http://www.who.int/ageing/about/facts/fr)
- Otero, M. (2006). Présentation : Michel Foucault : classique inclassable. *Sociologie et sociétés*, 38(2), 9-16. <https://doi.org/10.7202/016369ar>
- Palmore, E. B. Ageism, negative and positive. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Pavulans, K. S., Bolmsjö, I., Edberg, A. et Öjehagen, A. (2012). Being in want of control: Experiences of being on the road to, and making, a suicide attempt. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.16228>
- Pyszczynski, T., Solomon, S. et Greenberg, J. (2015). Thirty years of terror management theory: From genesis to revelation. Dans J. M. Olson et M. P. Zanna (dir.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 52, p. 2-60). Burlington: Elsevier Science.
- Quadagno, J. S. (2018). *Aging and the life course: an introduction to social gerontology*. New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Rabon, J. K., Hirsch, J. K., Kaniuka, A. R., Sirois, F., Brooks, B. D. et Neff, K. (2019). Self-compassion and suicide risk in veterans: When the going gets tough, Do the tough benefit more from self-compassion? *Mindfulness*, 10(12), 2544-2554. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01221-8>
- Retraite Québec. (2022). La rente de retraite du Régime de rentes du Québec. [https://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/retraite/rrq/Pages/calcul\\_rente.aspx](https://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/retraite/rrq/Pages/calcul_rente.aspx)

- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R. et Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Ricœur, P. (1983). *Temps et Récit. Tome I : l'intrigue et le récit historique*. Paris : Éditions du Seuil.
- Ricœur P. (2007). *Vivant jusqu'à la mort suivi de Fragments - Œuvres posthumes*. Paris : Édition du Seuil.
- Richard-Devantoy, S. et Jollant, F. (2012). Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? *Santé mentale au Québec*, 37(2), 151-173. <https://doi.org/10.7202/1014949>
- Roy, F. et Beaulieu, D. (2014). *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide : guide du formateur* (2<sup>e</sup> éd.). Québec : Association québécoise de prévention du suicide.
- Rowe, J. W. et Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. New York, NY: Pantheon Books.
- Rurup, M. L., Pasman, H. R. W., Goedhart, J., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J. F. M. et Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: A qualitative interview study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(4), 204-216. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000078>
- Saias, T., Véron, L. et Lapierre, V. (2013). Prévention du suicide de la personne âgée : la place de la démarche communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 19(2), 103-117.
- Salzman, B. (2006). Myths and realities of aging. *Care Management Journals*, 7(3), 141-150. <https://doi.org/10.1891/cmj-v7i3a006>
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Séguin, M. (2000). *Quelles sont les meilleures modalités d'intervention selon l'imminence du passage à l'acte ? La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. <http://193.49.126.9/confetrm/Conf/confsuicide/seguin2.html>
- Pavulans KS, Bolmsjö I, Edberg AK, Ojehagen A. (2012) Being in want of control: experiences of being on the road to, and making, a suicide attempt. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 7(11).
- Snyder, C. R. (dir.) (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Cambridge, MA: Academic Press.



- Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F. et Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A Review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Tajfel, H. et Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. Dans W. G. Austin et S. Worchel (dir.), *The social psychology of intergroup relations* (p. 33-47). Monterey, CA: Brooks Cole.
- Thouez, J.-P. (2010). L'âgisme dans la littérature scientifique : le cas des sciences sociales. Dans M. Lagacé M. *L'âgisme. Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* (p. 93-112). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Van den Hoonaard, D. K. (2018). Learning to be old. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1). <https://doi.org/10.1177/1609406918810556>
- Vannoy, S. D., Tai-Seale, M., Duberstein, P., Eaton, L. et Cook, M. A. (2011). Now what should I do? Primary care physicians' responses to older adults expressing thoughts of suicide. *Journal of general internal medicine*, 26(9), 1005-1011. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1726-5>
- Van Orden, K. A., Areán, P. A. et Conwell, Y. (2021). A pilot randomized trial of engage psychotherapy to increase social connection and reduce suicide risk in later life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(8), 789-800. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.03.009>
- Van Orden, K., & Deming, C. (2018). Late-life suicide prevention strategies: current status and future directions. *Current opinion in psychology*, 22, 79-83.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. et Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Viltard, Y. (2006). L'étrange carrière du concept foucauldien d'épistémé en science politique. *Raisons politiques*, 23(3), 193-202. <https://doi.org/10.3917/rai.023.0193>
- Vatne, M. et Nåden, D. (2018). Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. *Nursing Ethics*, 25(4), 444-457. <https://doi.org/10.1177/0969733016658794>
- Walter, M. (2001). Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien. Dans *La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge* (p. 35-44). Paris : John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie.

White, J. H., Marsh, I., Kral, M. J. et Morris, J. (2016). Introduction: Rethinking suicide. Dans J. H. White, I. Marsh, M. J. Kral et J. Morris (dir.), *Critical suicidology: Transforming suicide research and prevention for the 21st century* (p. 1-14). Vancouver, CB : UBC Press.