

Travail de Bachelor en Soins Infirmiers

***Identification et prévention du risque suicidaire
chez les personnes âgées résidant en EMS :
une revue de la littérature soutenue par
le modèle de l'adaptation de C. Roy***

Yasmina Brandtner

Marie Payré

Marion Peyrot

Corentine Vulliet

Bachelor 12

*Sous la direction de Christine Maupetit, professeure
Genève, version finale du 10 juin 2015*

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. La plupart de nos sources étant en anglais, nous avons traduit librement en prenant soin de respecter la pensée des auteurs et le sens initial.

Dans ce travail, nous employons le terme "infirmière", qui peut aussi bien être entendu au masculin ».

Fait à Genève, le 10 juin 2015.

Yasmina Brandtner, Marie Payré, Marion Peyrot, Corentine Vulliet.

Remerciements

Nous tenons à remercier Mme Christine Maupetit, directrice du travail de bachelor, pour sa disponibilité et son investissement. Ses pistes de réflexion ont permis d'étayer notre réflexion et d'ouvrir notre champ de recherche.

Nous remercions aussi chaleureusement Mme Adriana Sabru, jury de soutenance, pour l'intérêt qu'elle a porté à notre travail.

Nous adressons nos remerciements à Mme Anne-Marie Hummel, qui a relu et apporté des corrections pertinentes à notre mémoire, ainsi que Mmes Audrey Arrachart et Anita Fridrihsons, qui nous ont apporté des éléments utiles pour les traductions.

Enfin, nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble des professionnels du terrain et les résidents, qui ont constitué le moteur de notre motivation professionnelle et le cœur de nos préoccupations lors de l'élaboration de ce travail de bachelor.

Résumé

Introduction. Le suicide est un problème majeur en santé publique en Suisse, où le taux de suicide est élevé. En parallèle, de nombreux enjeux sont liés au vieillissement de la population, parmi lesquels la demande croissante de soins en résidence médicalisée. Il existe peu de données sur les comportements suicidaires dans les *nursing homes*. Le but de cette revue synthétique de la littérature est de décrire l'épidémiologie du phénomène du suicide en *nursing home*, les facteurs de risques et les facteurs protecteurs qui lui sont associés et de donner des pistes concernant les stratégies de prévention au regard du modèle de soins infirmiers de l'adaptation, décrit par Callista Roy.

Méthodologie. La base de données PubMed a été consultée pour trouver des études portant sur le phénomène du suicide en *nursing home*, avec les mots-clés suivants : suicide, facteurs de risque, dépression, mini mental state évaluation, échelle gériatrique de la dépression. Parmi les 135 articles issus de cette recherche documentaire, 14 ont été sélectionnés pour une lecture critique.

Résultats. Le risque suicidaire augmente avec l'âge. Les idéations suicidaires sont fréquentes dans les résidences médicalisées, au contraire des suicides aboutis. Les principaux facteurs du risque suicidaire sont la dépression, l'isolement social, les conflits relationnels et le genre masculin. Il existe peu de données relatives aux facteurs protecteurs et aux interventions de prévention.

Conclusion. La connaissance des facteurs de risques et la compétence d'évaluer la souffrance psychique sont essentielles pour prévenir le risque suicidaire. Des recommandations de bonnes pratiques fondées sur le modèle de l'adaptation, sur les diagnostics infirmiers et des propositions d'échelles psychométriques fournissent aux infirmières qui travaillent dans les *nursing homes* des éléments de lecture opérationnels utiles dans le dépistage et la prévention du risque suicidaire.

Mots-clés : suicide, personnes âgées de 65 ans et plus, *nursing home*, facteur de risque, adaptation, dépression, échelles psychométriques.

Abstract.

Introduction : Switzerland has a high suicide rate and therefore it is a major issue for public health. At the same time a lot of concerns are linked to the ageing population, among others the increasing demand for residential care facilities. Not much data has been collected on suicidal behavior within nursing homes. The aim of this report is to explain the epidemiology of the phenomenon of suicide in nursing homes, along with both risks and protective factors relative to this phenomenon, and to provide preventive strategies regarding the Adaptation Model of Nursing, set out by Callista Roy.

Methodology : In order to find studies on the phenomenon of suicide in nursing homes, the database PubMed was consulted, using the following keywords: suicide, risk factors, depression, Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale. Out of the 135 articles from this documentary research, 14 have been selected for a critical assessment.

Results : The suicidal risk tends to increase with age. Suicidal ideations are frequently reported in nursing homes, rather than successful suicides. The main factors of the suicidal risk are depression, social isolation, and relational conflict and mainly among the male gender. Few data is available on protective factors, as for prevention intervention.

Conclusion : In order to prevent suicidal risk it is vital to take into account not only the risk factors but also to be able to evaluate the degree of mental suffering. Guidelines of good practices, based on the Adaptation Model of Nursing, nursing diagnosis along with the suggestion to use a psychometric scale, give the nurses working within nursing homes useful and operational reading elements as regards both the early detection and the prevention of suicidal risk.

Keywords : Suicide, population aged 65 years and older, nursing home, risk factor, adaptation, depression, psychometric scales.

Liste des abréviations

ASSC : assistant en soins et santé communautaire
DSM : Diagnostic and Statistical Manual (of mental disorders)
EBN : evidence based nursing
EGS : évaluation gériatrique standardisée
EMS : établissement médico-social
GDS : Geriatric Depression Scale
HEdS : Haute Ecole de Santé
HES-SO : Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève
ICD : International Classification of Diseases
IF : impact factor
MMSE : Mini-Mental State Examination
MNA : Mini-Nutrition Assessment
NH : nursing home
OFS : Office Fédéral de la Statistique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
p.e. : par exemple
TS : tentative de suicide

Table des matières

Déclaration	2
Remerciements	2
Résumé	3
Abstract	4
Liste des abréviations	5
Table des matières	6
1. Introduction	8
1.1. Problématique	9
1.1.1. Contexte socio-sanitaire dans le monde et en Suisse	9
1.1.2. Définitions conceptuelles	10
1.2. Cadre théorique : le modèle de l'adaptation	13
1.2.1. Assomptions philosophiques, scientifiques et culturelles	13
1.2.2. Processus adaptatifs	14
1.2.3. Modes adaptatifs	16
1.2.4. Définition des métaconcepts	17
1.2.5. Méthodologie de la pratique professionnelle, ou processus des soins infirmiers	18
1.3. Formulation de la question de recherche	20
2. Méthodologie	21
2.1. Sélection des articles de recherche : sources d'informations et stratégie de la recherche documentaire	21
2.1.1. Equations de recherche	22
2.1.2. Type de recherches retenues	23
2.1.3. Qualité des revues professionnelles	24
2.1.4. Répartition géographique des études retenues	24
2.2. Diagramme de flux	25
3. Résultats	27
3.1. Analyse critique des articles retenus	27
3.1.1. Epidémiologie	27
3.1.2. Facteurs de risque	29
3.1.3. Facteurs protecteurs	32
3.1.4. Stratégies de dépistage et de prévention	32
3.2. Présentation synthétique des articles retenus	34
4. Discussion : le risque suicidaire chez la personne âgée institutionnalisée est un phénomène difficile à décrire et à prévenir	41
4.1. Considérations épidémiologiques	41
4.2. Facteurs de risque et de protection	42
4.2.1. Facteurs de risque	42
4.2.2. Facteurs protecteurs	43
4.3. Le suicide : faillite des processus adaptatifs – Analyse selon le modèle de l'adaptation de Roy	44
4.3.1. Modes adaptatifs	44
4.3.2. Stimuli et comportements en haute et basse adaptation	45
4.3.4. Démarche de soins	46
5. Conclusion	48
5.1. Apports et limites du travail	48

5.2. Recommandations de bonnes pratiques : reconnaître le risque suicidaire d'un résident en EMS	48
Références bibliographiques	54
Articles scientifiques	54
Ouvrages et manuels	55
Documents électroniques	55
Annexe I. Critères diagnostiques de la dépression et spécificités de la personne âgée	57
Annexe II. Echelle de dépression gériatrique de Yesavage	58
(Hugonot-Diener, p.32)	58
Annexe III. Echelle de Cornell de dépression dans la démence ou CSDD (Hugonot-Diener, 2014, p.35)	59
Annexe IV. Mini Mental State Evaluation	60
Annexe V. Diagnostics infirmiers, interventions et résultats	62
Annexe VI. Fact sheet : recommandations de bonnes pratiques	66
Annexe VII. Fiche de lecture : analyse critique d'une étude transversale	67
Annexe VIII. Fiche de lecture : analyse critique d'une revue systématique	68

1. Introduction

Au cours de nos stages ainsi que lors de nos différentes expériences professionnelles comme aides-soignantes, auxiliaires de vie ou encore assistantes en soins et santé communautaire (ASSC), nous avons eu l'occasion de prendre en soins des personnes d'âge avancé dans des établissements médico-sociaux (EMS) et nous avons toutes eu du plaisir dans la relation soignante qui se nouait. Toutefois, il nous a semblé, en milieu hospitalier comme en institution, que la notion de souffrance psychique était peu familière aux soignants et que la prise en charge de cette souffrance n'apparaissait pas clairement dans les prestations de soins.

Durant notre cursus de formation à la Haute école de santé (HEdS), le module de psychiatrie nous a permis de faire le lien entre psyché, soma et les souffrances qui parfois en découlent. Ces souffrances psychiques que nous avons pu observer en EMS pourraient être liées au changement brutal de milieu de vie ou à des événements antérieurs complexes ou traumatisants. Nous nous sommes alors demandé s'il existait, dans les EMS, un lien entre le suicide des personnes âgées et la souffrance psychique.

Les recherches préliminaires que nous avons menées concernant la population âgée institutionnalisée et le suicide font ressortir un thème d'investigation peu étudié, qui semble pourtant correspondre aux réalités du terrain et qui représente un important problème de santé publique. Les raisons invoquées qui incitent nos aînés à se suicider ou à tenter de se suicider résultent d'une somme de facteurs de risque auxquels ils sont exposés.

Notre revue de la littérature a pour but de décrire le phénomène du suicide des personnes âgées institutionnalisées et les facteurs qui influencent ce comportement, l'objectif étant de les identifier afin de proposer des stratégies de dépistage et de prévention efficaces pour la pratique professionnelle.

Ce travail de bachelor se présente en quatre parties. La première consistera à donner une définition des concepts centraux et du cadre théorique qui nous permettra d'élaborer une problématique. Dans une seconde partie, nous développerons la méthodologie employée. Dans une troisième partie, nous présenterons une analyse des principaux résultats issus des articles retenus. Pour finir nous discuterons les résultats et proposerons des recommandations pour la pratique professionnelle.

1.1. Problématique

1.1.1. Contexte socio-sanitaire dans le monde et en Suisse

Le suicide représente un important problème de santé publique dans le monde. Dans son rapport sur la prévention du suicide, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne le caractère inquiétant du suicide à l'échelle mondiale et qui touche toutes les tranches d'âge. Ce rapport prévoit de réduire de 10% le taux de suicide à l'échelle mondiale à l'horizon 2020. L'OMS estime que 800 000 personnes se suicident chaque année dans le monde et un plus grand nombre tente de suicider. Le taux de suicide est une donnée difficilement évaluable dans la mesure où la définition de ce concept est propre à chaque pays (OMS, 2014, p.11 p.19).

Les taux de suicides varient d'un pays à l'autre et augmentent avec l'âge (OMS, 2014 p.22). Les personnes âgées de 70 ans et plus comptent les taux de suicide les plus élevés, notamment lorsqu'elles sont dépressives.

Le pourcentage d'adultes âgés de plus de 60 ans dans le monde devrait doubler passant de 11% à 22% entre 2000 et 2050 soit atteindre les deux milliards au niveau mondial (OMS, 2014). A l'instar des autres pays occidentaux, la population suisse vieillit. En 2012, selon l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), 17,4% de la population (1,4 million) était âgée de 65 et plus, et 4,7% de plus de 80 ans (OFS, 2014) et ces chiffres sont promis à une croissance importante au cours des prochaines décennies, en lien, notamment avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la génération du baby-boom.

Selon l'Observatoire Suisse de la santé (OBSAN, 2012) la Suisse fait partie des vingt pays au niveau mondial qui connaissent les taux de suicide les plus élevés. Au plan européen, avec un taux de suicide compris entre 12 et 15.9/100.000 habitants, la Suisse a un taux de suicide comparable à celui de la France, de l'Autriche et de la Suède. Ce taux est plus élevé en Finlande et moins élevé en Allemagne et en Italie. Globalement, les hommes se suicident davantage que les femmes, avec pour la Suisse un taux de mortalité trois fois plus élevé pour les hommes : 16,6 cas pour 100 000 habitants et 6 cas pour 100 000 habitants respectivement, en moyenne annuelle pour la période 2006-2009 (OFS, 2014).

La population qui réside en EMS augmente avec l'espérance de vie. Dans le canton de Genève, le site internet de la Fédération Genevoise des EMS (FEGEMS) indique qu'un total de 51 EMS proposent une offre en soins de 3400 lits. Parmi les résidents, 78% sont des femmes.

1.1.2. Définitions conceptuelles

Dans cette partie, nous définirons les concepts principaux de notre étude : le vieillissement et les personnes âgées ainsi que les EMS et le comportement suicidaire. L'intérêt que présentent les concepts est de proposer une définition d'éléments complexes : *« Les concepts sont les éléments de base du langage et servent à transmettre les pensées, les idées et les notions abstraites. Ils sont ainsi les médiateurs de la pensée, la représentation mentale de faits réels [...] »* (Fortin, 2010, p.40). La revue des articles montre qu'il est malaisé de dégager des définitions consensuelles de ces concepts.

Le vieillissement et les personnes âgées : population cible de notre étude

La définition de la vieillesse diffère selon les sources. Pour l'OMS les personnes âgées représentent la tranche d'âge des individus de 65 ans et plus. Aborder la question du vieillissement de la population implique d'abord de s'entendre sur une définition consensuelle de la vieillesse, mais chaque société établit un âge de la vieillesse en fonction des représentations qu'elle lui associe. En Suisse, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, l'âge de la vieillesse correspondrait à 65 ans, ce qui correspond à l'interruption de l'activité économique. Il est intéressant de noter que la Suisse propose une définition socioéconomique de la vieillesse et non pas biologique.

Le vieillissement, au contraire de la vieillesse, est une notion dynamique et renvoie à des réalités plurielles, soumises à des variations interpersonnelles et interculturelles. Ce processus suppose de nombreux remaniements physiques et psychologiques. Plus les individus vieillissent, plus ils rencontrent des problèmes de santé. Le vieillissement pathologique doit être dissocié du vieillissement physiologique. Si les maladies sont plus fréquentes chez les personnes âgées, notamment les maladies chroniques, il est faux de considérer le vieillissement comme une maladie. Le vieillissement a des incidences au plan physique (altérations fonctionnelles), mais aussi cognitif, car les structures cérébrales vieillissent également : le renouvellement cellulaire s'effectuant moins bien, la plasticité cérébrale diminue (OMS, 2013). Le vieillissement pathologique concerne 20 à 30% des individus. Il se caractérise par une incapacité fonctionnelle importante qui résulte de handicaps cumulés, somatiques, cognitifs et psychiques.

On peut aussi parler d'un vieillissement psychosocial (OMS, 2013), puisque l'avancée en âge est jalonnée d'étapes – comme le départ à la retraite – qui sont chargées d'affects et peuvent être plus ou moins douloureuses pour le sujet. Toutefois, les seniors jouent un rôle économique non négligeable et prennent volontiers part à la vie associative.

Les établissements médicaux sociaux (EMS) ou *nursing homes*

Notre travail s'intéresse au suicide des personnes âgées dans les EMS. Ces établissements sont un lieu de vie et de soins pour les résidents qu'ils accueillent. Selon l'OFS (2014), les EMS intègrent la notion de gériatrie somatique et psychique pour les personnes âgées souffrant de troubles physiques liés à l'âge ou atteintes dans leur santé psychique. Suominen et al. (2003) décrivent les maisons de retraite comme des résidences aménagées habilitées à recevoir des personnes souffrant de limitations telles qu'elles les privent de pourvoir à leurs besoins en soins et qui nécessitent la présence constante d'une infirmière diplômée. Ces mêmes auteurs soulignent d'ailleurs qu'il n'y a pas eu de changement substantiel dans la nature et le rôle des maisons de retraite dans les pays occidentaux au cours des vingt dernières années.

Ce sont souvent les personnes âgées dites « *fragiles*¹ » qui accèdent à l'institutionnalisation. L'entrée en EMS est un élément de transition marquant pour les personnes qui la vivent. A cet égard, il faut intégrer la notion de deuil dans la prise en charge du sujet âgé : les pertes vécues sont multiples et de différentes natures. En effet, contraints de quitter leur domicile pour des raisons médicales, d'incapacité à tenir le ménage ou de solitude, nos aînés se voient privés d'une partie de leur autonomie et de leur indépendance (OFS, 2014). Les individus doivent alors s'adapter à un nouveau contexte environnemental, personnel et social.

Suicide et comportements suicidaires

Le suicide est une préoccupation majeure en santé publique dans de nombreux pays, même si les études sur ce sujet sont difficiles à mener, en raison notamment, du caractère tabou de cet acte. Sun (2011) propose une analyse conceptuelle des comportements suicidaires à la lumière du regard infirmier. Son but est d'aider les infirmières en santé publique à identifier les déterminants du passage à l'acte suicidaire, à dépister les patients à risque et à distinguer le comportement suicidaire des automutilations et autres comportements d'auto-agressivité. Cette étude présente l'avantage d'offrir une analyse poussée du concept sous l'angle focal de la pratique infirmière. Dans le cadre de notre travail, il est important de bien cerner les enjeux de ce que l'on désigne comme suicide.

L'apparition du terme de suicide est récente, puisqu'elle remonte au 17^{ème} siècle. Toutefois, la pratique elle-même remonte probablement à l'aube de l'humanité et on en

¹ « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque [...] d'entrée en institution.* » (Rolland, 2011, cité par Haute Autorité de Santé, 2013).

trouve de nombreuses mentions dans les écrits de la Grèce antique. Le suicide est défini par l'OMS comme « *l'acte de mettre fin à ses jours* ». Les concepts prévalents dans le suicide sont l'intentionnalité et la volonté (Sun, 2011) : nous acceptons donc comme définition du suicide abouti « *l'acte de mettre fin à ses jours de manière consciente et délibérée* ».

Sun (2011) souligne que le comportement suicidaire résulte de l'interaction entre des facteurs externes (*external hazards*) et une crise interne (*internal crisis*). Dans notre étude, nous émettons l'hypothèse selon laquelle l'entrée en EMS constitue une menace pour l'individu et que l'institutionnalisation réactive ou renforce des crises personnelles profondes.

Finalement, le comportement suicidaire se définit aussi en fonction de la létalité du moyen employé, c'est à dire la probabilité qu'il soit fatal à la personne qui le commet. Comme la létalité de l'acte augmente avec l'âge (Wiktorsson et al., 2010), on peut considérer que les caractéristiques des tentatives de suicide et des suicides aboutis sont identiques. En effet, lorsqu'il existe une différence significative entre les suicides avérés et les tentatives de suicide en terme de létalité, on peut supposer que, dans une certaine mesure au moins, l'intentionnalité du geste est différente. Nous émettons donc l'hypothèse selon laquelle les tentatives de suicide chez les personnes âgées sont sous-tendues par une volonté plus forte de mourir.

Le suicide est un phénomène complexe qui ne se limite pas à l'acte mortel. Nous avons aussi considéré les études portant sur les idéations suicidaires, ainsi que les tentatives de suicide. Une personne est considérée comme ayant des idéations suicidaires lorsqu'elle pense à se tuer. Selon une étude allemande (Linder, 2014), les pensées suicidaires vont du fait de penser que la vie n'est pas digne d'être vécue à des idées paranoïdes sur la manière de mettre fin à ses jours. Linder (2014) définit les idéations suicidaires comme la totalité du spectre de pensées, d'émotions et d'actes en lien avec le suicide lui-même.

Bien que certains auteurs parlent de suicidalité (Lapierre, 2011 ; Malfent, 2010), nous avons choisi de nous ranger à l'acception de Mezuk (2014), qui désigne l'ensemble des modalités énumérées par *risque suicidaire*.

Sun (2011) a montré que les études soulignent les carences dans les mécanismes de coping chez les personnes qui commettent des passages à l'acte suicidaire. On définit les mécanismes de coping comme « *les stratégies inconscientes et conscientes que l'individu met en place pour s'ajuster à un événement qu'il perçoit comme menaçant* » (Lazarus et Faulkner, 1979, notes de cours). En d'autres termes, le coping renvoie à l'ensemble des mécanismes que l'individu met en place par la mobilisation de ses ressources et de ses valeurs et croyances pour faire face à un événement traumatisant.

1.2. Cadre théorique : le modèle de l'adaptation

La profession infirmière a pour vocation de contribuer à satisfaire les besoins de la société en terme de santé et de bien-être. Dès lors, la science infirmière vise à développer des connaissances spécifiques aux soins infirmiers. Les théories en science infirmière proposent des modèles de compréhension et d'application de la profession : ce faisant, elles contribuent à fonder l'identité professionnelle des infirmières. Dans le domaine scientifique, *« un modèle est un ensemble organisé de concepts ou de variables et de leurs inter-relations. [...] [Il constitue] une construction abstraite ou conceptuelle visant à représenter les phénomènes. [...] L'utilité du modèle conceptuel réside dans le fait qu'il apporte une perspective particulière, une orientation pour l'étude des concepts se rattachant à une discipline donnée »* (Fortin, 2010, p.42).

Développé dès les années 60, le modèle de Roy s'attache à décrire l'individu comme un système adaptatif. Dès lors, comme tous les systèmes, l'individu dispose de processus internes qui visent à maintenir son intégrité. Dans l'holarchie des connaissances en science infirmière, le modèle de l'adaptation s'inscrit dans le paradigme de la totalité, qui adopte une vision holistique de l'être humain, qui est défini comme une entité bio-psycho-sociale.

Dans cette partie, nous définirons les principaux concepts du modèle de l'adaptation ainsi que les méta-concepts, et nous discuterons de l'application à la pratique professionnelle en lien avec notre sujet d'étude. Au cours de cette partie, nous établirons quelques liens généraux entre notre sujet d'étude et le modèle de Roy. Ces liens seront discutés de manière plus approfondie dans la discussion du travail.

1.2.1. Assomptions philosophiques, scientifiques et culturelles

D'un point de vue philosophique, Roy est marquée par les principes humanistes, qui recouvrent un large mouvement philosophique et psychologique selon lequel *« les dimensions individuelles et subjectives des expériences humaines sont centrales dans le système de connaissances et de valeurs »* (Roy, 2009, p.28). Plus tard, Roy introduit le concept de *veritivy*, qu'elle définit comme *« une détermination commune de toute existence humaine »* (id.).

Dès le début de l'élaboration de son modèle théorique, Roy a été influencée par la théorie générale des systèmes de Bertalanffy (1968). Dans la continuité de cet auteur, Roy définit un système comme *« un ensemble de parties connectées qui fonctionnent comme un tout en vertu de leur interdépendance »* (Roy, 2009, p.27). Cette théorie lui permet d'introduire les concepts d'*input* et d'*output*, qui seront repris comme des notions centrales du modèle de l'adaptation, sous la forme respectivement de stimuli et de comportements.

Roy a également été influencée précocement par la théorie des niveaux d'adaptation de Helson (1964), selon laquelle les êtres humains sont des « *systèmes adaptatifs qui possèdent la capacité de s'adapter à leur environnement et de le moduler* » (Roy, 2009, p.31).

Dès les années 80, Roy admet l'importance des spécificités culturelles, lesquelles peuvent nécessiter des ajustements de son modèle.

1.2.2. Processus adaptatifs

Roy envisage l'individu sous un angle holistique, c'est-à-dire l'approche « bio-psycho-sociale-spirituelle ». Cette vision intégrative de l'être humain suppose que le tout est supérieur à la somme des parties. Ainsi, comme tout système, l'individu est considéré comme un ensemble d'entités qui interagissent entre elles afin de fonctionner comme un tout, qui sont influencées par l'environnement et qui peuvent influencer l'environnement. Cette influence mutuelle définit l'adaptation, selon trois niveaux qui rendent compte de la capacité des individus à répondre positivement à un stimulus. Cette réponse se traduit par un comportement : « *les réactions internes ou externes à des circonstances spécifiques* » (Roy, 2009, p.39). Les niveaux d'adaptation, dans la continuité des travaux d'Helson, sont ainsi définis par Roy :

- ***Integrated level*** (haute adaptation) : « *les structures et les fonctions des processus vitaux qui œuvrent comme un tout afin de combler les besoins humains* » (Roy, 2009, p.37). Il s'agit donc d'une réponse comportementale produite par l'individu qui est satisfaisante dans le sens où elle lui permet de résoudre la situation problématique dans laquelle il se trouve.
 - S'agissant d'une personne âgée résidant en EMS, un comportement en haute adaptation est l'absence de comportement suicidaire et une élaboration intrapsychique, interpersonnelle et sociale positive du processus de vieillissement, en présence ou en l'absence de maladie.
- ***Compensatory level*** : des processus compensatoires sont activés pour répondre à une menace. Ce niveau est donc intermédiaire : la réaction permet de pallier le problème actuel, mais a des répercussions coûteuses sur le système.
 - Le comportement suicidaire constitue une menace pour l'homéostasie physique et psychique de l'individu. La personne âgée met en place des stratégies d'adaptation imparfaites pour y faire face : mécanismes de défense, plaintes somatiques...
- ***Compromised level*** (basse adaptation) : réponse inadaptée en réaction à l'échec des processus de haute adaptation et de compensation.

- L'individu ne peut pas trouver de résolution positive à la problématique du risque suicidaire. Les comportements en basse adaptation renvoient à l'ensemble du spectre des comportements suicidaires : idées de mort actives et passives, comportements suicidaires indirects, tentatives de suicide, suicides aboutis.

Le rôle de l'infirmière dans toute relation de soins est de favoriser les processus en haute adaptation, et de trouver des stratégies permettant de faire évoluer les processus de basse adaptation et de compensation en réponses comportementales adaptées. Pour cela, elle doit aider l'individu à développer ses **stratégies de coping**, qui sont des processus innés et acquis qui répondent à un environnement changeant et qui ont la faculté de l'influencer (Roy, 2009, p.41). Les capacités de *coping* innées « *sont déterminées génétiquement ou communes à une espèce, et sont généralement des processus automatiques* » (id.). Les processus de *coping* acquis se développent au contraire grâce à l'apprentissage ou à l'expérience. Les réponses apportées sont alors conscientes.

A cet égard, au vu de notre sujet d'étude, on peut se demander si les mécanismes de défense du moi, qui ont pour fonction de protéger le moi d'une réalité interne ou externe d'une trop forte intensité affective, sont des stratégies de *coping* innées ou acquises.

Roy dégage trois niveaux de stimuli qui entrent en jeu simultanément dans toute situation de soins :

- **Stimulus focal** : « *le stimulus interne ou externe le plus présent dans la conscience d'un individu ou d'un groupe* » (Roy, 2009, p.35). Le stimulus focal définit une problématique subjective à un moment donné, à laquelle l'individu doit apporter une solution. Il peut donc différer du problème médical concerné à ce moment-là.
 - Nos premières recherches nous avaient menées à émettre l'hypothèse selon laquelle le stimulus focal du comportement suicidaire chez la personne âgée institutionnalisée était l'entrée en EMS. Nous avons par la suite dégagé d'autres facteurs pouvant avoir valeur de stimulus focal.
- **Stimuli contextuels** : « *tous les autres stimuli présents dans la situation qui ont une incidence sur le stimulus focal* » (Roy, 2009, p.35). Dès lors, ces facteurs environnementaux peuvent être internes ou externes et ils affectent positivement ou négativement le problème focal.
 - Dans notre travail, le principal stimulus contextuel est le fait de résider en EMS.
- **Stimuli résiduels** : « *un facteur interne ou externe au système humain dont les effets sur la situation actuelle ne sont pas clairs* » (Roy, 2009, p.27). Leur incidence n'est

pas mise en lumière soit parce que ces stimuli sont inconscients, soit parce que l'infirmière ne parvient pas à leur donner un sens.

- Aussi bien lorsque l'intervention se fait en amont de l'acte suicidaire que lorsqu'elle intervient après la tentative de suicide ou le suicide abouti, il est difficile de recueillir des informations exhaustives sur l'histoire de vie de la personne et sur l'ensemble des facteurs ayant pu influencer le passage à l'acte. En outre, certains éléments sont probablement inconscients.

En résumé, le modèle de l'adaptation postule qu'un individu, considéré comme un système, soumis à des stimuli de nature et de complexité différentes, va produire des réponses comportementales selon trois modes d'adaptation, en vue de faire face à une problématique. Ces réponses sont conditionnées par l'environnement, mais elles ont aussi un effet sur lui, et sont régulées par des mécanismes de *coping*.

1.2.3. Modes adaptatifs

D'un point de vue conceptuel, Roy dégage quatre catégories qui permettent de rendre compte des différents processus de *coping*. On parle alors de quatre modes d'adaptation : le mode physiologique, le concept de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance. Un stimulus focal et le faisceau de stimuli associés peuvent avoir des effets sur un ou plusieurs des modes et influencer les réponses adaptatives qui seront apportées par l'individu. L'une de nos principales hypothèses est que le comportement suicidaire résulte d'un faisceau de comportements en basse adaptation dans l'ensemble des modes adaptatifs décrits par Roy.

Le **mode physiologique** se réfère aux « *processus physiques et chimiques impliqués dans les fonctions et les activités des organismes vivants* » (Roy, 2009, p.89). Les réponses comportementales sont donc directement liées à l'anatomie et à la physiologie. L'infirmière doit donc disposer de connaissances dans ces disciplines et être capable de faire le lien entre la physiopathologie et les réponses comportementales de l'organisme. Un sous-item de ce mode renvoie aux aménagements de l'environnement, du lieu de vie, aux composantes matérielles de la vie de l'individu.

Les personnes âgées institutionnalisées souffrent fréquemment de hautes comorbidités somatiques et psychiques. La place de la douleur, notamment, doit être interrogée selon l'angle du mode physiologique.

Le **concept de soi** se définit comme « *les croyances et les sentiments qu'un individu a de lui-même à un moment donné* » (Roy, 2009, p.95), et qui sont influencées aussi bien

par des perceptions internes que par la perception des réactions d'autrui. Ce mode distingue une perception du soi physique (image corporelle) et du soi psychique (idéal du moi, morale, éthique, spiritualité). Le besoin fondamental en lien avec le concept de soi est le sentiment d'intégrité physique et psychique.

Le processus de vieillissement engendre des changements normaux et parfois pathologiques, qui touchent toutes les sphères de l'individu et qui supposent un travail de deuil : l'image corporelle évolue, les impératifs spirituels peuvent revêtir une dimension nouvelle à l'approche de la mort, la vieillesse souffre encore de préjugés négatifs dans la société.

Le mode de la **fonction de rôle** renvoie aux rôles que les individus occupent dans la société et les uns vis-à-vis des autres, donc au besoin d'intégrité sociale. L'évaluation de la fonction de rôle donne une indication sur l'adaptation sociale des individus.

Les rôles occupés par les individus évoluent au cours de la vie. Avec le processus de vieillissement, certains rôles changent tandis que d'autres sont conservés : départ à la retraite, naissance de nouvelles générations, mais aussi, rôle de parent, rôle d'homme ou de femme, etc.

L'**interdépendance** est le reflet des relations interpersonnelles des individus. Ce mode répond donc au besoin d'intégrité et de sécurité relationnelles. « *Les relations d'interdépendance impliquent la volonté et la capacité à donner aux autres et à accepter d'eux l'amour, le respect, la valeur, le rôle nourricier, les connaissances, les compétences, les engagements, les biens matériels, le temps et le talent* » (Roy, 2009, p.100).

Les personnes âgées vivent des deuils répétés : ils doivent donc renoncer à des relations interpersonnelles significatives (p.e. veuvage). En outre, en EMS, de nouvelles relations d'interdépendance se mettent en place (soins infirmiers, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, gestion de l'intimité), dont la perception sera différente d'une personne à l'autre.

1.2.4. Définition des métaconcepts

Mis en lumière en 1984 par Fawcett, les méta-concepts sont quatre concepts majeurs en science infirmière, qui sont essentiels dans tous les modèles théoriques : personne, santé, soin, environnement. Chaque auteur en propose une définition et oriente son modèle sur une dimension spécifique. Ainsi, ils constituent les piliers de la pensée infirmière, à la fois le tronc commun de la discipline et ils garantissent une pratique professionnelle cohérente car unifiée.

Roy définit la **personne** en terme de système adaptatif : « *Comme un système adaptatif, le système humain est décrit comme un tout composé de parties qui fonctionnent de manière unifiée pour atteindre un but. Les systèmes humains comprennent les personnes en tant qu'individus ou en tant que groupes, tels que les familles, les organisations, les communautés, et la société* » (Roy, 2009, p.27). Ainsi, tous les modes pourront être considérés selon l'angle individuel ou groupal, bien que nous ayons surtout considéré le niveau individuel dans ce travail et dans la description du modèle.

L'**environnement** selon Roy, renvoie à « *toutes les conditions, circonstances et influences qui entourent et influencent le développement et le comportement des individus en tant que systèmes adaptatifs* » (Roy, 2009, p.46). L'environnement renvoie donc à des facteurs internes et externes ayant une incidence sur l'individu, notamment sur le stimulus focal.

Il est reconnu depuis une trentaine d'années que la **santé** s'inscrit dans une perspective plus large et plus complexe que la seule absence de maladie. La définition donnée par l'OMS en 1946 est généralement acceptée de manière consensuelle : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946). Selon Roy, l'état de santé est le reflet du niveau d'adaptation des personnes et des groupes, la manifestation de leur unité et de leur intégrité selon les quatre modes adaptatifs.

Les **soins infirmiers**, déjà été évoqués plus haut, sont définis par Roy elle-même selon une dimension adaptative : « *Le but des soins infirmiers [est de promouvoir] l'adaptation dans chacun des quatre modes, et ainsi de contribuer à la santé, à la qualité de vie et à la mort dans la dignité* » (Roy, 2009, p.49).

1.2.5. Méthodologie de la pratique professionnelle, ou processus des soins infirmiers

Cette section a pour objectif de présenter schématiquement l'application pratique du modèle de Roy en lien avec notre sujet, afin de pouvoir mettre en perspective le modèle de l'adaptation et les principaux résultats recueillis. Dans la suite de notre travail, nous pourrions ainsi proposer des interventions infirmières étayées par le modèle de l'adaptation. Les interventions infirmières sont décrites comme un processus, « *une démarche basée sur la résolution de problèmes, qui concerne la collecte des données, l'identification des capacités et des besoins des individus ou des groupes en tant que systèmes adaptatifs, le choix et la mise en œuvre de stratégies de soins infirmiers, et l'évaluation des soins dispensés* » (Roy, 2009, p.57).

- **Evaluation du comportement** : « *Le comportement est l'indicateur de la manière dont un individu fait face ou s'adapte à un changement de son état de santé* » (Roy, 2009, p.58). A ce niveau, l'évaluation s'appuie sur les données cliniques, biologiques, ainsi que sur le discours (contenu, forme), l'apparence et toutes les autres sources d'informations possibles.
 - Le dépistage du comportement suicidaire chez la personne âgée est un enjeu important pour les infirmières qui travaillent dans les résidences médicalisées. Nous développerons au cours de ce travail les moyens déjà existants à disposition des professionnels de santé.
- **Evaluation des stimuli** : l'objectif est de mettre en lien un comportement donné (output) avec des stimuli (inputs) d'origine interne et externe. De la même manière que pour l'évaluation du comportement, l'infirmière doit mobiliser des compétences professionnelles spécifiques : écoute active, observation clinique fine, mesures précises, sensibilité et intuition.
 - De la même manière, l'infirmière doit déterminer et hiérarchiser les facteurs de risque et les facteurs protecteurs qui peuvent influencer le risque suicidaire.
- **Diagnostics infirmiers** : les diagnostics infirmiers permettent de conceptualiser les données recueillies afin de dégager les interventions de soins prioritaires, les problèmes actuels et les hypothèses.
 - Dans la discussion de notre travail, nous mettrons en lien notre sujet avec les diagnostics infirmiers pertinents issus de la nomenclature NANDA-I, afin de proposer des pistes de réflexion et d'intervention aux professionnels du terrain.
- **Objectifs** : définition des réponses comportementales attendues. Les objectifs doivent être individualisés, modestes et réalistes, ils représentent des comportements en haute adaptation.
 - Des objectifs indirects pourraient réduire le risque suicidaire, en s'appuyant sur les facteurs de risque modifiables.
- **Intervention** : « *Approche infirmière choisie pour promouvoir l'adaptation en changeant les stimuli ou en renforçant les processus adaptatifs* » (Roy, 2009, p.57)
 - Actions de prévention du risque suicidaire, dans une optique de promotion de la santé.
- **Evaluation** : regard critique porté sur les interventions infirmières en lien avec les réponses comportementales attendues et observées effectivement.
 - L'infirmière porte un regard critique sur ses interventions afin d'ajuster le projet de soins de la personne âgée.

Le modèle de l'adaptation fournit une grille de lecture holistique de l'individu. Nous pensons que le comportement suicidaire affecte toutes les sphères de l'individu, telles qu'elles sont conceptualisées par les modes adaptatifs. Par ailleurs, le suicide peut être décrit comme une réponse en basse adaptation de l'individu à des stimuli externes et internes. En cela, le modèle de Roy nous semble pertinent pour donner un éclairage théorique à notre revue de la littérature.

1.3. Formulation de la question de recherche

Au regard du contexte en Suisse, des définitions des concepts et de l'analyse du modèle de l'adaptation élaboré par Roy, la problématique de notre étude pourrait être formulée telle que : **la description des facteurs du risque suicidaire chez la personnes âgée institutionnalisée permet-elle de développer des stratégies de dépistage et de prévention afin de restaurer les comportements en haute adaptation ?**

Notre hypothèse principale est que certains facteurs de risques (stimulus focal) et la vie en EMS (stimulus contextuel) peuvent motiver chez les personnes âgées de 65 ans et plus des comportements en basse adaptation dans les modes physiologiques, image de soi, fonction de rôle et interdépendance, et que les comportements suicidaires apparaissent comme une voie de dégagement, ou mécanisme de coping, révélateurs de cette basse adaptation.

Les hypothèses opérationnelles ont été formulées de la manière suivante :

- Les caractéristiques sociodémographiques et les troubles psychiques sont des facteurs de risque du comportement suicidaire.
- Le suicide résulte d'un faisceau de comportements en basse adaptation dans tous les modes décrits par Callista Roy.

Notre question PICO² pourrait donc être formulée ainsi : l'évaluation du risque suicidaire (I) permet-elle de réduire les suicides (O) chez les personnes de 65 ans et plus résidant en nursing home (P), comparativement aux personnes âgées vivant dans la communauté (C) ?

² Population, Intervention, Comparaison, Outcome

2. Méthodologie

D'un point de vue méthodologique, le travail que nous avons réalisé est une revue de littérature ou revue systématique. « *Cette approche permet de collecter et d'analyser systématiquement les recherches disponibles sur un sujet. Ces recensions contribuent à mettre en évidence la pratique fondée sur les données probantes puisqu'elles résument les nombreuses études et les différents résultats d'une manière objective* » (Houser, 2008, cité par Fortin, 2010, p.263). En d'autres termes, notre étude vise à examiner l'étendue des connaissances produites sur le phénomène du suicide des personnes âgées institutionnalisées, afin de dégager des pistes de travail opérationnelles pour la pratique infirmière et de montrer quelles pistes de recherches doivent être approfondies.

2.1. Sélection des articles de recherche : sources d'informations et stratégie de la recherche documentaire

Inserm Mesh est un thésaurus biomédical répertoriant les différents termes utilisés dans la recherche. Il permet de traduire les concepts du français vers l'anglais. Les concepts que nous avons choisis sont représentés dans le tableau ci-dessous avec la traduction correspondante.

Concepts en Français	MeSH Terms
Facteurs de Risques	Risks Factors
Suicide	Suicide, Suicide ideation, attempters
EMS	Nursing Home
Epidémiologie	Epidemiology
Geriatric depression Scale (GDS)	Geriatric Depression Scale (GDS)
Mini Mental State Examination (MMSE)	Mini Mental State Examination (MMSE)

Tableau 1 : Concepts et Mesh Terms

La détermination de nos Mesh Terms a permis de mener des recherches documentaires sur PubMed, qui est une base de données biomédicales.

Nous avons effectué nos recherches entre novembre 2014 et avril 2015. La recherche avancée sur PubMed permet d'interroger des équations de recherche, c'est-à-dire des concepts liés ensemble (AND). L'ajout de filtres permet d'obtenir des résultats plus fins et réduit le nombre de réponses. Les filtres que nous avons appliqués, et qui correspondent à des critères d'inclusion, sont :

- Âge > 65 ans
- Langue française et anglaise
- Publication > 5 ans

2.1.1. Equations de recherche

Première équation

La première équation correspond directement à notre sujet. Elle nous a permis d'obtenir nos premiers résultats et de confirmer la pertinence de notre problématique. Cette équation correspond aux Mesh Terms : *risk factors*, *nursing home*, *suicide* et se présente telle que :

((suicide) AND risks factors) AND nursing home AND aged[MeSH])

Cette équation a donné 47 réponses. L'ajout des trois filtres a permis de réduire la recherche à 31 articles.

Deuxième équation

Notre deuxième équation a visé l'évaluation et la prévention du suicide. Elle s'est donc intéressée aux échelles psychométriques de détection de la dépression chez les personnes âgées, car identifiée comme facteur de risque suite à la première équation. Nous l'avons formulée de la manière suivante :

((geriatric depression scale) AND suicide) AND nursing home)))

Une fois les filtres appliqués, nous avons obtenu 2 articles.

Troisième équation

D'un point de vue empirique, nous avons constaté qu'une part importante des résidents des EMS souffrait de troubles cognitifs et/ou de démence. Le MMSE est le test de choix pour dépister les troubles cognitifs et évaluer le niveau de cognition. Afin de déterminer s'il existait un lien entre les troubles cognitifs et le risque suicidaire, nous avons combiné les Mesh Terms suivants :

(MMSE) AND suicide

Cette recherche ne nous donnant aucun résultat avec l'application de filtres, nous avons conservé la liste de réponses brutes, soit 20 articles.

Quatrième équation

A ce stade de nos recherches, nous avons constaté que nous manquions de données relatives à l'épidémiologie du phénomène d'intérêt, aussi, nous avons formulé une nouvelle équation, telle que :

((epidemiology) AND nursing home) AND suicide)))

Cette recherche nous a fourni 32 articles, puis 17 une fois les filtres appliqués.

Cinquième équation

La lecture des bibliographies des articles nous a montré qu'un auteur apparaissait de manière récurrente, aussi, nous avons recherché les articles qu'il avait spécifiquement publiés sur le sujet de notre étude. Nous avons donc rédigé l'équation suivante:

((suominen) AND suicide)

Nous avons ainsi obtenu 8 articles supplémentaires.

2.1.2. Type de recherches retenues

En résumé, nos premières recherches ont obtenu 135 résultats, que l'application des filtres a permis de réduire à 78 articles. Nous avons lu les abstracts de ces articles, à la lumière des critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
La possibilité de traduction La disponibilité de l'article La population La structure de l'article (article de recherche scientifique) Le contexte	Le sujet non correspondant Les éléments socioculturels trop divergents de la situation en Suisse actuelle Une population trop faible Un doublon d'article

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Selon ce procédé, nous avons sélectionné quatorze articles : trois articles sont des études cas-témoin, trois articles sont des études cross-sectionnal (ou études transversales), trois articles sont des revues de la littérature, deux articles sont des autopsies psychologiques. Tous les articles que nous avons retenus correspondent à des recherches quantitatives et tous avaient reçu l'approbation du conseil d'éthique de l'université concernée.

Une **étude transversale** fait la « *description de la fréquence [d'un phénomène], de ses facteurs de risque ou de ses autres caractéristiques dans une population donnée pendant un laps de temps déterminé* » (Université de Liège, 2012). Les caractéristiques des sujets suicidaires sont comparées à celles des personnes qui ne présentent pas de comportement suicidaire (groupe contrôle). Dans une **étude cas-témoin** en revanche, les sujets sont choisis en fonction de l'issue (p.e. le comportement suicidaire). Les caractéristiques sont comparées rétrospectivement entre les sujets et le groupe contrôle. Pour ces études, moins de sujets sont nécessaires, comparativement aux études transversales (Université de Liège, 2012).

L'**autopsie psychologique** est une analyse rétrospective qui vise à mettre en lumière les circonstances et l'état d'esprit au moment de la mort (INSERM, 2005). Elle se base sur une reconstruction du style de vie, des comportements et des événements vécus

par l'individu. Bien qu'elle comporte des dimensions probabilistes et spéculatives, c'est la meilleure manière de faire le lien entre le suicide et les événements et les comportements qui le précèdent.

Enfin, les revues de littérature ont la même finalité que notre travail de bachelor. Nous avons défini ce concept dans l'introduction de la partie Méthodologie.

Les articles retenus ont été soumis à une lecture critique selon une grille commune³, afin de dégager les éléments probants pour notre revue de littérature.

2.1.3. Qualité des revues professionnelles

Le sujet de la souffrance psychique est encore peu étudié en comparaison des troubles somatiques, ce qui explique que nous ayons trouvé peu de documentation, et celle-ci émane d'une dizaine de revues différentes. Chacune de ces revues est spécialisée et possède un niveau de visibilité (*impact factor*) plus ou moins important. L'IF est le calcul du nombre moyen de citations de chaque article publié par la revue, il correspond à un moyen de mesurer la pertinence des revues scientifiques. Une revue qui aurait un IF élevé serait donc plus importante qu'une revue avec un IF plus faible, étant donné qu'elle est plus visible que les autres. Dans le domaine de la publication scientifique, ces facteurs d'impact ont une forte influence.

La liste ci-dessous récapitule les revues dont proviennent nos articles, avec leur IF respectif.

- Journal of the American Geriatrics Society (J AM GERIATR SOC, IF: 4,216)
- American Journal of Geriatric Psychiatry (AM J GERIAT PSYCHIAT, IF: 3,519)
- International Journal of Geriatric Psychiatry (INT J GERIAT PSYCHIAT, IF: 3,086)
- Clinical Interventions in Aging (CLIN INTERV AGING, IF: 1,824)
- Aging and Mental Health (AGING MENT HEALTH, IF: 1,781)
- Journal of Geriatrics Psychiatry and neurology (J GERIATR PSYCH NEUR, IF: 1,629)
- Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Z GERONTOL GERIATR, IF:1,023)

2.1.4. Répartition géographique des études retenues

Bien que nous n'ayons pas disposé d'un grand nombre d'études, nous avons fait le choix de garder un maximum d'études réalisées en Europe, parce que le contexte

³ Voir en annexe les modèles d'analyse des articles scientifiques selon la trame commune.

socioculturel est le plus proche de celui de la Suisse. Cependant, et compte tenu du développement de la recherche, plus important dans les pays anglo-saxons, beaucoup de nos études viennent des Etats-Unis et de nombreuses actions de prévention ont été développées au Canada. Concernant les pays nord américains, bien qu'il existe des similitudes (vie quotidienne, niveau économique, existence de maisons de soins dont les caractéristiques sont semblables à celles de l'Europe), il est important de garder à l'esprit que le système de soins est très différent de ceux que l'on trouve en Europe, ce qui peut constituer un biais majeur pour la lecture de nos articles.

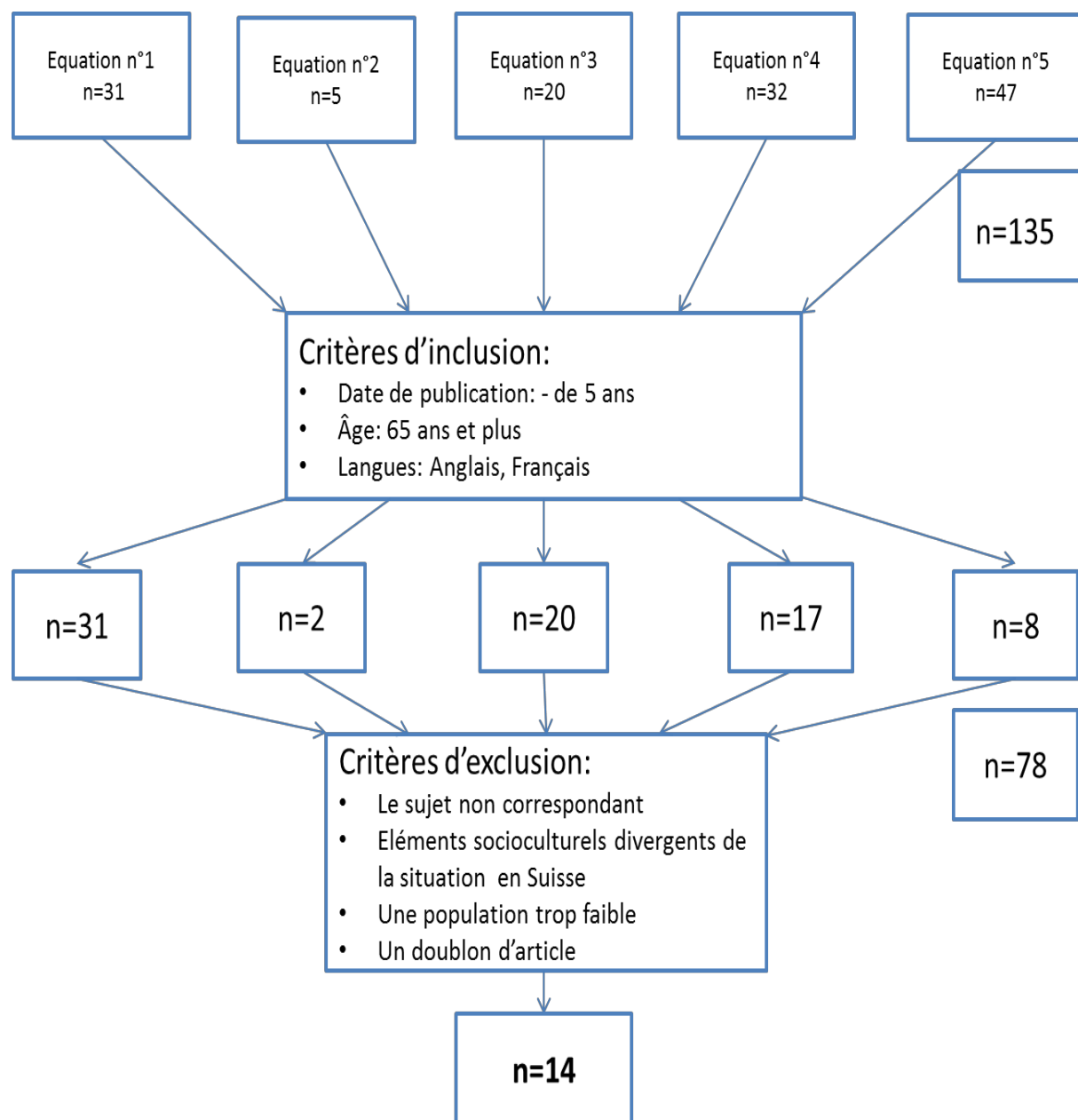
Les études issues de Scandinavie et d'Allemagne sont celles qui nous ont semblé les plus proches du contexte suisse, bien que l'histoire de ces pays soit davantage marquée par les événements survenus au cours du 20^e siècle, et qui peuvent avoir un impact sur les personnes âgées qui les ont vécus.

Le point à souligner dans les recherches menées au nord de l'Italie est la différence socio-économique et culturelle, au niveau de la famille et des moyens économiques mis à disposition de la part de l'Etat pour des maisons de soins.

L'article dont le contexte peut sembler le plus éloigné de la Suisse vient de Thaïlande, où tous les aspects sont relativement différents notamment au niveau de la culture, des croyances, des valeurs de la famille. Cependant nous avons décidé d'analyser cet article, parce qu'il s'agit d'une étude pilote sur les stratégies de prévention et qu'il a été publié dans une revue ayant un IF élevé.

Pour l'ensemble des articles retenus, nous nous sommes interrogées sur l'impact de la religion, mais nous n'avons pas suffisamment de données pour discuter de la croyance prévalente dans les différents pays ni de l'impact des différentes religions (catholicisme, protestantisme, etc.) sur le risque suicidaire.

2.2. Diagramme de flux



3. Résultats

La présentation des résultats synthétise les principales idées et conclusions des auteurs. Le tableau récapitulatif reprend l'analyse critique de chacun des articles retenus.

3.1. Analyse critique des articles retenus

3.1.1. Epidémiologie

La description épidémiologique du risque suicidaire chez les personnes âgées institutionnalisées s'articule selon trois axes majeurs : les suicides aboutis, les tentatives de suicide et les idées suicidaires. Les méthodes employées par les personnes âgées corroborent ce postulat, étant donné qu'elles sont souvent **létales**. En effet, dans les institutions, les méthodes les plus souvent retrouvées sont la défenestration (Mezuk et al., 2008, 2014) et la pendaison (Suominen, 2003), tandis que les armes à feu sont davantage utilisées dans la population générale (Mezuk, 2014).

Tentatives de suicide et suicides aboutis

Tous les auteurs s'accordent sur le fait que **le risque suicidaire augmente avec l'âge**. Une étude épidémiologique menée en 2004 par Suominen a révélé que 6.76% des tentatives de suicide avaient été commises par des personnes âgées de plus de 60 ans. Une étude plus récente menée au Tyrol (Torresani et al., 2014) a déterminé que, entre 2000 et 2009, 36% des suicides avaient été commis par des personnes âgées de plus de 60 ans, et près de 9% par des personnes âgées de plus de 80 ans. Ce qui augmente significativement, c'est le nombre de suicides par habitant : ce taux atteint 285.1/100.000 habitants quand on considère le groupe des personnes âgées de plus de 85 ans.

Suominen (2003) a montré en s'appuyant sur tous les suicides aboutis en Finlande sur une année que 0.9% des suicides (n=12) étaient survenus dans les maisons de retraite. Wiktorsson et son équipe (2010) ont trouvé, en confrontant des personnes âgées de plus de 70 ans ayant fait une tentative de suicide avec un groupe contrôle n'ayant pas eu ce comportement, que la même proportion vivait dans une institution : 5.8% des personnes ayant tenté de se suicider vivaient dans une résidence de soins au moment de l'acte. Pour leur part, Torresani et al. (2014), ont établi que 17.9% des personnes qui se sont suicidées entre 2000 et 2009 vivaient en résidence médicalisée ou étaient hospitalisées quand elles se sont suicidées (n=24), ce qui aboutit à un taux estimé de 57.7/100.000 entre 2000 et 2009.

Des études plus anciennes dont les résultats ont été compilés par Mezuk (2014) dans le cadre d'une revue synthétique de la littérature portant sur les suicides aboutis dans les résidences de soins médicalisées montrent que la **prévalence des suicides aboutis** est plus élevée dans la population générale que dans les maisons de retraite : Abrams (1988, cité par Mezuk, 2014) estime qu'on dénombre 19.74 suicides pour 100.000 résidents contre 98.56/100.000 dans la communauté alors que Menghini (2000, id.) dégage une prévalence de 35/100.000. Le fait que les personnes âgées se suicident moins dans les maisons de retraite que dans la communauté devrait suggérer un rôle protecteur de l'institution.

Cependant, dans une étude menée entre 1990 et 2005 dans les établissements de soins de longue durée, Mezuk (2008) a montré que, si le **risque relatif de suicide** tendait à décroître au cours du temps dans la communauté, il demeurerait constant chez les personnes institutionnalisées.

Idées suicidaires

D'autres études portent sur des concepts aussi divers que les idées de mort (*death ideas*), les pensées suicidaires (*suicidal ideation*) (Scocco, 2009), l'idéation suicidaire (*suicidal ideation*) (Malfent et al., 2010), ou encore la lassitude de vivre (Linder et al., 2014). Nous avons regroupé ces différents items sous l'appellation d'idées suicidaires et discuterons plus loin de l'implication de cette diversité terminologique. A ce sujet, les études les plus pertinentes ont été menées en Europe, respectivement en Italie (Scocco, 2009) et en Autriche (Malfent, 2010). Ces deux études ont analysé les idées suicidaires chez les résidents des maisons de retraite. On peut supposer que les caractéristiques de ces établissements sont plutôt similaires à celles de la Suisse.

L'équipe de Scocco (2009) a montré que 30.8% des résidents interrogés ont admis avoir eu des pensées de mort, des idées suicidaires ou des plans suicidaires au cours du mois qui a précédé l'enquête, 39.5% au cours de l'année écoulée, et 53.5% au cours de leur vie.

L'étude de Malfent (2010) propose une évaluation plus fine, car elle distingue différents niveaux de **pensées suicidaires**. Selon ces chercheurs, 43% des 129 personnes interrogées présentaient un désir de mort (il s'agit alors d'idées suicidaires passives, dont le contenu renvoie à un désir général de ne plus exister). 7% des personnes interrogées ont eu des idées suicidaires actives au cours du mois écoulé et 35% à un moment donné de leur vie. On entend par idées suicidaires actives l'élaboration cognitive du désir de mourir et/ou la présence d'un plan suicidaire. 6% des personnes ayant des pensées suicidaires ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie et 21% rapportent avoir connu des comportements suicidaires chez leurs proches. Draper (2002, cité par Mezuk, 2014) établit que 61% des

résidents des établissements de soins de longue durée présentent un comportement suicidaire indirect et 14% un comportement suicidaire direct.

Bien que les études que nous avons retenues à ce sujet présentent l'inconvénient de ne pas comparer leurs résultats avec un groupe contrôle, l'équipe de Mezuk (2014) souligne que les idées suicidaires sont **plus fréquentes** dans les maisons de retraite que dans la communauté.

3.1.2. Facteurs de risque

Les facteurs du risque suicidaire sont les mêmes pour les personnes âgées vivant dans la communauté et celles qui résident en institution (Wiktorsson, 2010 ; Mezuk, 2014). Ce constat explique que certaines des études analysées portent sur l'étude de facteurs de risque dans la population âgée vivant dans la communauté.

Caractéristiques sociodémographiques

Au niveau sociodémographique, le **genre masculin** est un facteur de risque essentiel : 75% des personnes qui se sont suicidées en maison de retraite étaient des hommes (Suominen, 2003), les hommes âgés sont trois fois et demi plus susceptibles de se suicider que les femmes (Lapierre, 2011). Les **difficultés financières** constituent un facteur de stress qui semble corrélé au risque suicidaire (Malfent, 2011). Toutefois, Torresani (2014) souligne que ce facteur de risque est davantage corrélé aux suicides chez les personnes plus jeunes.

Par ailleurs, les **personnes célibataires** semblent plus à risque de se suicider (Wiktorsson, 2010), de même que celles qui vivent des **conflits relationnels** (Mezuk, 2014). Une étude allemande (Linder, 2014) fournit des pistes de réflexion intéressantes à ce sujet, bien qu'elle présente des limites méthodologiques et n'ait pas été reconduite à notre connaissance : selon ces auteurs, les conflits vécus au cours de la vie pourraient être réactivés par le vécu de la maladie et des limitations qui en découlent, ainsi que par le placement en institution. Les personnes suicidaires revivraient alors des conflits intrapsychiques en lien avec l'agression et l'autonomie. Outre les difficultés relationnelles, **l'annonce d'une maladie somatique** semble être un déclencheur prédominant du comportement suicidaire : ce n'est pas tant la gravité de la maladie qui entre en compte que le retentissement psychologique de l'annonce du diagnostic. Linder (2014) souligne que le fait que le déclencheur prédominant soit directement accessible à la conscience mène à un affaiblissement des défenses et augmente le risque de passage à l'acte. **L'isolement social**

est un ressenti subjectif, éprouvé par 60% des personnes âgées ayant tenté de se suicider (Wiktorsson, 2010).

Comorbidités psychiatriques

Toutes les études qui travaillent sur les facteurs du risque suicidaire soulignent que la **dépression** est un facteur de risque majeur. Wiktorsson (2010) a montré que deux tiers des personnes qui avaient tenté de se suicider présentaient les signes cliniques d'une dépression majeure et un quart d'entre eux présentaient ceux de la dépression mineure (contre respectivement 6 et 10.8% dans le groupe contrôle). Suominen (2003) a montré à l'aide de la méthode de l'autopsie psychologique que toutes les personnes qui se sont suicidées en maison de retraite au cours de son étude souffraient de troubles psychiques : 75% (n=9) d'entre elles répondaient aux critères diagnostiques de la dépression, 25% (n=3) souffraient d'une dépendance à l'alcool. Une seule étude va à l'encontre de ces résultats : selon Torresani et al. (2014), 45.8% (n=11) des personnes âgées qui se sont suicidées en résidence médicalisée auraient souffert de dépression. Mais comme cette étude s'appuie sur des diagnostics posés avant le décès, on peut penser que la dépression a pu être sous-estimée. Parmi ces personnes, 5 (25%) avaient annoncé qu'elles allaient mettre fin à leurs jours.

De manière générale, les auteurs (Mezuk, 2008, 2014 ; Wiktorsson, 2010 ; Linder, 2014 ; Suominen, 2003) soulignent que les **antécédents de troubles psychiatriques** et les **tentatives de suicide passées** sont un facteur important du risque suicidaire à l'âge avancé. Suominen (2003) a cependant fait apparaître que 67% des personnes n'avaient jamais suivi de traitement psychiatrique au cours de leur vie, et qu'aucune de celles qui présentaient les signes de la dépression majeure ne recevait de traitement antidépresseur au moment du décès. Le même auteur (2004) a montré que seuls 4% des sujets âgés ayant commis une tentative de suicide avaient reçu un diagnostic psychiatrique avant le passage à l'acte alors que 57% d'entre eux ont reçu le diagnostic par la suite. On peut donc en déduire qu'une part importante des personnes âgées qui se sont suicidées a eu des troubles psychiques au cours de la vie qui n'ont pas été diagnostiqués, ni traités. Pourtant, 56.3% d'entre elles ont consulté un médecin au cours du mois précédant leur décès (Torresani et al., 2014).

De fait, Linder (2014) a montré que les personnes âgées suicidaires indiquent préférer s'adresser à leurs proches plutôt qu'aux professionnels de la santé pour verbaliser leurs pensées suicidaires. En outre, les personnes âgées craindraient que, si elles révèlent leurs pensées suicidaires, elles se voient refuser l'accès aux résidences médicalisées (Scocco, 2009).

Les auteurs n'analysent généralement pas la nature des comorbidités somatiques des personnes âgées à risque suicidaire. Cependant, les personnes âgées institutionnalisées souffrent souvent de pathologies chroniques et de limitations fonctionnelles. Peu d'études s'intéressent à l'impact de la **douleur chronique** sur le risque suicidaire. Suominen (2003) rapporte que 33% des personnes qui se sont suicidées avaient fait part de douleurs chroniques dans les mois ayant précédé leur mort.

Enfin, nous avons tenté de déterminer s'il existait une corrélation entre la **démence** et le risque suicidaire, puisque nous avons constaté que de nombreux résidents des maisons de retraite souffraient de déficiences cognitives et de démences. Les études posent généralement une limite basse au score du MMSE comme critère d'exclusion, car des troubles cognitifs sévères rendent difficiles la passation d'un questionnaire. Les études que nous avons trouvées (Seyfried, 2011) s'appuient généralement sur une population spécifique (p.e. les vétérans de la guerre du Vietnam) et sont donc difficilement généralisables à notre sujet d'étude. Cette étude souligne toutefois que les facteurs associés au risque suicidaire en lien avec la démence sont plus importants, au moment de l'annonce du diagnostic, comparativement à un stade plus avancé, et pour les personnes vivant dans la communauté, comparativement aux personnes institutionnalisées. Enfin, certaines études (Wiktorsson, 2010) excluent les patients ayant reçu un diagnostic de démence car les symptômes peuvent se confondre avec ceux de la dépression.

Conditions environnementales

Peu d'études s'intéressent à la variable temporelle en lien avec le risque suicidaire. Suominen (2003) a montré que 42% des personnes qui se sont suicidées avaient été admises depuis moins d'une année. Une étude ancienne (Ron, 2002, cité par Mezuk, 2014) estime que c'est au cours des sept premiers mois de vie en institution que le risque suicidaire est le plus élevé. La seule étude qui porte sur l'anticipation du placement en institution comme facteur du risque suicidaire (Loebel, 1991, cité par Mezuk, 2008) a été menée sur un échantillon très restreint mais suggère que cette perspective constitue un facteur stressant susceptible de précipiter le passage à l'acte.

Enfin, nous manquons d'éléments pour déterminer si les caractéristiques propres à l'institution peuvent avoir un impact sur le risque suicidaire (Osgood, 1992, cité par Mezuk, 2014) : turnover du personnel, nombre de résidents, budget alloué, etc.

3.1.3. Facteurs protecteurs

Si la littérature donne un éclairage concernant l'épidémiologie du phénomène suicidaire chez les personnes âgées institutionnalisées et les facteurs du risque suicidaire, beaucoup moins d'informations concernant les facteurs protecteurs sont disponibles. Nous avons déjà souligné que, dans les institutions, les suicides aboutis sont plus rares que dans la communauté, mais que les pensées suicidaires sont plus fréquentes.

L'équipe de Malfent (2010) suggère que les personnes âgées dépressives qui reçoivent un traitement ont moins d'idées suicidaires que celles qui n'en reçoivent pas, ce qui accrédirait l'existence d'un système de dépistage et de soutien efficace, et suggérerait un **rôle protecteur de l'institution elle-même**.

Si les conflits sont l'un des déclencheurs principaux des idées suicidaires, ce sont aussi les relations avec les proches qui motivent les personnes à rester en vie (Linder, 2014). Le support social et affectif semble donc être un facteur protecteur puissant.

Par ailleurs, la **résilience** est un concept souvent cité en lien avec les facteurs protecteurs (Linder, 2014 ; Lapierre, 2011 ; Malfent, 2010). Le sentiment d'efficacité et les stratégies de coping sont des compétences psychologiques qui protègent les personnes âgées du risque suicidaire (Malfent, 2010). Dans l'étude menée par Linder (2014), la même proportion de personnes suicidaires et de personnes du groupe contrôle avait vécu des événements traumatisants en lien avec la seconde guerre mondiale. Cela corrobore l'idée selon laquelle ce n'est pas tant la gravité d'un événement ou d'une maladie qui impacte directement le risque suicidaire que son intensité subjective et la manière dont le facteur de stress est élaboré par le sujet.

3.1.4. Stratégies de dépistage et de prévention

La revue de la littérature montre qu'il existe peu d'études sur les interventions de prévention du risque suicidaire chez les personnes âgées institutionnalisées (Conwell, 2014), et aucune qui évalue l'efficacité des mesures mises en place (Mezuk, 2014). Ces auteurs ont montré qu'il est difficile d'évaluer ces comportements de manière fiable et d'établir des distinctions entre les différentes modalités du risque suicidaire.

Connaissance des facteurs de risque

La dépression est l'un des principaux facteurs du risque suicidaire chez la personne âgée. Or, comme cette pathologie est traitable, il s'agit d'un **facteur de risque modifiable**. Les études qui portent sur les facteurs de risque préconisent une meilleure détection de la

dépression chez les personnes âgées institutionnalisées (Malfent, 2010 ; Suominen, 2003). Mais on sait que la dépression chez les personnes âgées a souvent des manifestations atypiques (plaintes somatiques, troubles du comportement), et que les symptômes d'autres maladies, comme la démence, peuvent en masquer les signes. Une étude pilote australienne (Davison et al., 2009) a cherché à évaluer le **niveau de connaissance** sur la dépression des personnes qui travaillent dans les structures de soins de longue durée (résidences médicalisées et soins à domicile). Pour cela, les auteurs ont élaboré un questionnaire qui porte sur trois champs de connaissances en lien avec la dépression de la personne âgée : symptômes de la dépression, idées reçues concernant la dépression, réponses à apporter à une personne âgée dépressive.

Les résultats montrent que plus de la moitié de tous les professionnels confondus n'ont jamais reçu de formation spécifique à la dépression, les formations mettant davantage l'accent sur les problématiques somatiques que psychiques. Si les symptômes sont relativement bien connus, et si les professionnels estiment qu'il faut apporter du soutien à une personne dépressive, près de 80% pensent que la dépression est un phénomène normal du vieillissement. Cette conception de la dépression pourrait avoir de sérieuses conséquences sur la prise en soins, car le personnel, s'il considère que la dépression est un phénomène normal ou compréhensible pourrait être moins enclin à requérir un traitement médical (Davison et al., 2009). Les auteurs ont aussi montré que ce sont les aides-soignants qui ont les niveaux de connaissances les moins élevés, or ce sont eux qui passent le plus de temps auprès des résidents et ils ont donc un rôle de choix dans la détection des troubles dépressifs et des idéations suicidaires.

Echelles psychométriques

Il existe différentes échelles psychométriques qui permettent d'aider les professionnels à évaluer le risque suicidaire. Des chercheurs thaïlandais (Wongpakaran, 2013) ont comparé plusieurs échelles de dépistage des idées suicidaires afin de déterminer laquelle est la plus performante et pourrait être implémentée dans la pratique. Ils ont élaboré, au cours d'une étude pilote, un questionnaire, le CSI-2, qui aurait le potentiel d'évaluer le degré de gravité des idées suicidaires des personnes âgées, indépendamment de la dépression ou de la démence, comme c'est le cas avec les autres échelles de mesure (GDS, Mini-International Neuropsychiatric Interview-Suicidality, échelle de Cornell de la dépression et de la démence). Cette étude pilote devrait être reconduite dans d'autres pays pour démontrer son intérêt pratique pour les soins.

Stratégies de prévention et de promotion de la santé psychique

D'un point de vue conceptuel, Lapierre (2011) dégage trois niveaux de prévention qui devraient orienter les interventions : prévention **universelle** (réduire l'incidence des nouveaux cas), **sélective** (ciblant les personnes à haut risque suicidaire) et **impliquée** (ciblée sur les personnes diagnostiquées comme suicidaires, exprimant des idées suicidaires).

Conwell (2014), en reprenant ces axes de prévention, propose de mener des actions en lien avec le soutien social et la promotion des soins en santé mentale. L'auteur insiste sur la nécessité d'intégrer une approche de soins biologique, psychologique, sociale et environnementale. Pour diminuer les décès par suicide, l'auteur suggère aux professionnels de la santé de travailler sur plusieurs axes :

- Détecter de façon précoce des personnes âgées à risque suicidaire (dépression)
- Promouvoir la santé en général pour réduire l'incidence des pathologies somatiques et psychiques et pour favoriser l'autonomie.
- Prodiquer des soins en santé mentale fondés sur les EBN en s'appuyant sur le réseau de soins et sur les proches
- Réduire l'isolement social en favorisant le soutien social et enrichir le réseau

3.2. Présentation synthétique des articles retenus

Auteurs-Année	Population/Type étude	But de l'étude	Intervention/Méthode/Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Mezuk B., Rock A., Lohman M.C., Choi M., (2014)	Revue de la littérature (n=37)	Décrire et analyser l'épidémiologie des suicides survenus en résidence médicalisée entre 1985 et 2013.	37 articles retenus pour lecture, dont 21 études transversales, 8 études de cohorte, 3 études qualitatives et 5 études d'intervention.	Les pensées suicidaires sont fréquentes chez les résidents, mais les suicides aboutis sont rares. Les facteurs les plus fréquemment associés au suicide sont la dépression, l'isolement social et les limitations fonctionnelles. Il existe peu d'études sur les interventions de prévention, et aucune sur l'évaluation de	Les données sont anciennes. Contexte sanitaire et social différent aux Etats Unis.

Auteurs-Année	Population/Type étude	But de l'étude	Intervention/Méthode/Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				ces interventions.	
Malfent D., Wondrak T., Kapusta N.D., Sonneck G. (2010)	Etude transversale Personnes âgées de 60 ans et plus, institutionnalisées (n=129)	Décrire la fréquence des pensées suicidaires et les facteurs associés chez les personnes âgées institutionnalisées.	Entretien semi-structuré GDS	43% des personnes interrogées ont des idées suicidaires passives. 7% ont des idées suicidaires actives. Les facteurs les plus associés sont la dépression et les problèmes financiers.	Echantillon restreint. Pas de groupe contrôle, pas de sélection aléatoire des participants. Le volontariat peut mener à la sous-estimation des pensées suicidaires/dépression.
Davison T.A., McCabe M., Mellor D., Karantzas G., George K., (2009)	Etude transversale Personnel des établissements de soins de longue durée (n=320)	Evaluer la connaissance des professionnels à propos de la dépression de la personne âgée selon trois axes : - Symptômes - Idées reçues - Réponses apportées Intérêt pour notre travail : la dépression est le principal facteur du risque suicidaire.	Echelle de connaissance de la dépression des personnes âgées (<i>Knowledge of late life depression scale</i>)	59.1% des professionnels interrogés n'ont jamais reçu de formation spécifique à la dépression. 79.5% pensent que la dépression est un phénomène normal du vieillissement. Pas de lien entre la durée d'exposition professionnelle et le niveau de connaissance. Les infirmières ont de meilleures connaissances que les aides-soignants.	Un quart des établissements approchés a décliné la participation à l'étude. Les connaissances théoriques ne sont pas corrélées aux compétences (évaluation clinique, soins relationnels). Echelle développée par les auteurs (étude pilote), étude non reconduite à notre connaissance.
Scocco P., Rappatoni M., Girolamo G., Pavan L., (2009)	Etude transversale Personnes âgées de 65 ans et plus (m=82.58) institutionnalisées (n=172)	Evaluer la prévalence des idées suicidaires et des plans de suicide chez les personnes âgées institutionnalisées.	MMSE, Assessment Instrument Resident	30.8% ont eu des pensées de mort au cours du mois précédent l'enquête, 39.5% au cours de l'année écoulée et 53.5% au cours de leur vie. Les résidents les plus âgés (>85 ans) et les hommes ont plus de pensées suicidaires.	Faible taux de participation (59.7% des personnes approchées). Echelles d'évaluation des idées suicidaires. Pas de définitions conceptuelles des idées suicidaires et des plans suicidaires.

Auteurs- Année	Population/ Type étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Mezuk B., Prescott M.R., Tardiff K., Vlahof D., Galea S., (2008)	Etude transversale Personnes de plus de 60 ans décédées par suicide dans la ville de New York entre 1990 et 2005 (n=1771)	Décrire les caractéristiques sociodémographiq ues ainsi que les méthodes associées au suicide chez les personnes âgées de plus de 60 ans résidant dans des établissements de soins de longue durée et les comparer avec les suicides survenus dans la communauté. Décrire les tendances des comportements suicidaires.	Autopsie psychologique basée sur les dossiers médicaux et les dossiers de médecine légale.	2.65% des suicides se sont produits dans les résidences médicalisées. Les personnes de plus de 60 ans qui se suident dans ces établissements ont davantage recours à la défenestration, alors que les armes à feu sont plus souvent utilisées dans la communauté. Le taux relatif de suicide chez les personnes âgées qui vivent dans la communauté décline, mais il n'y a pas de variation pour les personnes institutionnalisées.	Suicides avérés ≠ tentatives de suicides et idées suicidaires, comportements suicidaires passifs. Ne sont pas pris en compte les antécédents personnels, psychiatriques, les traitements. Etude urbaine : généralisable aux milieux ruraux ? A la Suisse ?
Wongpakar an T., Wongpakar an N., (2013).	Etude transversale Personnes âgées de plus de 60 ans résidant en nursing home (n=70)	Parmi les échelles psychométriques disponibles, identifier celle qui donne la meilleure évaluation du risque suicidaire chez les personnes âgées résidant en nursing home.	Evaluation MINI, GDS, MMSE, CSDD, puis CSI-2 (échelle développée par les chercheurs).	Le CSI-2 permet d'évaluer les idées suicidaires indépendamme nt de la dépression et des déficits cognitifs.	Etude pilote, petit échantillon, non reconduite (notamment dans les pays occidentaux). Biais de recrutement (non randomisé).
Conwell Y., (2014)	Revue de la littérature (n=18)	Identifier les enjeux de la prévention du suicide des personnes âgées et proposer des interventions, en s'appuyant sur les facteurs de risque et les facteurs protecteurs.	Analyse critique des articles retenus pour dégager des axes de recherche préventifs.	Les principaux axes de prévention à développer sont : détection précoce des personnes âgées à risque suicidaire (dépression), promotion de la santé, prodiguer des soins en santé mentale, augmenter le réseau social.	L'article ne répond pas aux critères universitaires de la recherche scientifique (présentation introduction, méthode, résultats, discussion peu claire). Très peu de description de la méthode. Auteur unique : pas de collégialité.
Lapierre S., Erlangsen A., Waern M., De Leo	Revue de la littérature (n=11)	Mettre en évidence les actions de prévention menées pour réduire le	Revue systématique de la littérature.	Les facteurs du risque suicidaire sont : le genre masculin, les	Peu de description de la méthodologie. Le choix des articles retenus

Auteurs-Année	Population/Type étude	But de l'étude	Intervention/Méthode/Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
D., Oyama H., Scocco P., Gallo J., Szanto K., Conwell Y., Draper B., Quinnett P., (2011).		suicide des personnes âgées ; déterminer les stratégies efficaces et les lacunes. Intérêt pour notre travail : dégager des pistes de prévention du suicide.		troubles psychiatriques, l'isolement social, les maladies chroniques, les événements de vie stressants. Trois pôles de prévention : universelle, sélective, impliquée. Peu de recherches concernant le vieillissement positif, le coping, la résilience.	n'est pas justifié et les critères d'inclusion et d'exclusion sont peu explicités. Les études retenues traitent surtout des hôpitaux ou des résidences de soins de longue durée.
Seyfried L.S., Kales H.C., Ignacio R.V., (2011)	Etude cas-témoins Patients de plus de 60 ans ayant reçu un diagnostic de démence (n=294.711), patients ayant reçu un diagnostic de démence qui se sont suicidés (n=241).	Examiner les prédicteurs du suicide chez les patients âgés ayant reçu un diagnostic de démence.	Evaluation des démences : ICD Données sociodémographiques recueillies auprès de la Veteran Affairs Healthcare. Comorbidités : Charlson Comorbidity Index.	75% des suicides interviennent après un diagnostic récent de démence. Les résidents des maisons de soins ont un taux de suicide plus bas. Les comorbidités les plus fréquentes sont : antécédents d'abus de substances, trouble anxieux, trouble bipolaire, dépression.	Biais d'échantillonnage : population spécifique (vétérans). Influence du syndrome de stress post-traumatique ? Pas d'évaluation du MMSE.
Suominen K., Isometsä E., Lönnqvist J., (2004)	Etude transversale Toutes les tentatives de suicides à Helsinki des personnes âgées de 60 ans et plus sur une année (n=81)	Examiner les contacts avec les professionnels de la santé et les diagnostics psychiatriques des personnes qui ont tenté de se suicider 12 mois avant et 12 mois après la tentative de suicide.	Recueil de toutes les tentatives de suicide survenues à Helsinki sur une année. Examen des contacts avec les professionnels de santé avant et après le passage à l'acte et des diagnostics psychiatriques associés.	La majorité des personnes âgées ayant tenté de se suicider ont eu un contact avec les professionnels de santé dans l'année précédant la tentative, mais seuls 4% ont reçu un diagnostic psychiatrique. 57% ont reçu ce diagnostic après la tentative de suicide et les	Pas de lien avec les nursing homes, pas d'éléments sociodémographiques, pas d'étude des comorbidités.

Auteurs- Année	Population/ Type étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				deux-tiers ont bénéficié d'un suivi psychiatrique. Les troubles psychiatriques sont sous- estimés chez les personnes âgées.	
Linder R., Foerster R., von Renteln- Kruse W., (2014)	Etude transversale Patients suicidaires de plus de 60 ans (n=20).	Examiner ce qui motive les gens à se suicider et à rester en vie. Analyse psychanalytique de ces facteurs.	Entretiens semi- structurés investigant les données sociodémographiqu es, le niveau de bien-être actuel, les antécédents et traitements, les expériences relationnelles marquantes au cours de la vie, les attitudes envers la vieillesse et la mort, les deuils vécus, les idées suicidaires actuelles et passées, les événements de vie stressants, les croyances religieuses et les idées politiques, Hamilton Depression Scale.	Les personnes suicidaires sont plus déprimées que les patients du groupe contrôle et ont plus de modèles relationnels conflictuels. Les principales motivations du passage à l'acte suicidaire sont l'annonce d'une maladie somatique et les conflits relationnels, car ils réactivent des angoisses et des conflits anciens. Les personnes âgées préfèrent parler de leurs idées suicidaires à leurs proches plutôt qu'aux professionnels de la santé.	Echantillon très restreint, tous les patients suicidaires n'ont pas été examinés et certains ne sont pas hospitalisés. Pas de patients en nursing home. Difficile d'objectiver un phénomène en partie inconscient. Contexte : beaucoup d'Allemands ont vécu des événements de vie stressants dans leur jeunesse en lien avec la guerre.
Suominen K., Henriksson M., Isometsä E., Conwell Y., Heilä H., Lönnqvist J., (2003)	Etude transversale Tous les suicides commis en Finlande sur une année dans les nursing homes (n=12)	Décrire tous les suicides commis dans les résidences médicalisées sur une année en mettant en évidence les facteurs de risques.	Autopsie psychologique basée sur toutes les sources disponibles : dossiers médicaux, sociaux et médicolégaux, entretiens avec les proches et les soignants (histoire de vie, antécédents, douleur rapportée, etc.)	75% des personnes qui se sont suicidées en maison de retraite étaient des hommes. 42% avaient été institutionnalisés au cours de l'année écoulée. 33% avaient rapporté des douleurs chroniques et 33% avaient déjà fait une tentative de suicide. Tous ont reçu	Echantillon très restreint. Données recueillies 15 ans avant la parution de l'étude. Pas d'évaluation des idées suicidaires, plans suicidaires, suicides annoncés. Autopsie psychologique : biais de rappel, subjectivité.

Auteurs-Année	Population/Type étude	But de l'étude	Intervention/Méthode/Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				un diagnostic psychiatrique <i>a posteriori</i> : 75% correspondaient aux critères de la dépression. Les deux tiers d'entre eux n'avaient jamais reçu de traitement psychiatrique au cours de leur vie et aucune des trois personnes avec une dépression majeure n'était traitée. Toutes les personnes souffraient d'importantes comorbidités somatiques.	
Torresani S., Toffol E., Scocco P., Fanolla A., (2014)	Etude transversale Tous les suicides commis par des personnes âgées de plus de 60 ans vivant en résidence de soins au Tyrol entre 2000 et 2009 (n=24)	Décrire les caractéristiques des personnes âgées de plus de 60 ans qui se sont suicidées et les comparer aux caractéristiques des personnes suicidées plus jeunes.	Autopsie psychologique basée sur des questionnaires adressés aux services de soins, aux médecins de famille et aux proches des personnes décédées.	Un tiers de tous les suicides ont été commis par des personnes âgées de plus de 60 ans. 17.9% vivaient en résidence médicalisée et 41.9% étaient dépressives. Les facteurs associés au suicide chez les personnes âgées sont un bas niveau d'éducation, le fait de vivre seul, avoir vu un docteur au cours du mois écoulé. Les suicides ne sont pas corrélés aux difficultés financières.	Considérer uniquement les troubles psychiatriques diagnostiqués avant le décès peut mener à une sous-estimation de la dépression. Résultats non généralisables (contexte spécifique du Tyrol). Pas de groupe contrôle. Pertinence d'un taux de suicide pour 100.000 habitants sur une période de 10 ans ?
Wiktorsson S., Runeson B., Skoog I., Östling S., Waern M. (2010)	Etude cas-témoin Personnes âgées de plus de 70 ans ayant fait une tentative de suicide (n=103)	Identifier les facteurs associés aux tentatives de suicide chez les personnes âgées de plus de 70 ans.	Tests neuropsychologiques : MMSE (excl. si < 15), mémoire... Symptômes psychiatriques : Montgomery Depression Scale Caractéristiques sociodémographiques	Les facteurs associés aux tentatives de suicide sont : le fait de ne pas être marié, de vivre seul, un bas niveau d'éducation, des antécédents de	Certaines tentatives de suicide ne passent pas par les urgences. Certaines personnes pourraient tenter de se suicider plusieurs fois. Pas d'analyse de l'élément déclencheur du

Auteurs- Année	Population/ Type étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				traitements psychiatriques et de tentative de suicide. Il n'y a pas eu d'association montrée avec la démence. 5.8% des personnes ayant tenté de se suicider résidaient en institution.	passage à l'acte.

4. Discussion : le risque suicidaire chez la personne âgée institutionnalisée est un phénomène difficile à décrire et à prévenir

La diversité terminologique que nous avons décrite dans la première partie souligne le manque de définitions consensuelles du phénomène. Les définitions des concepts proposées par les auteurs diffèrent légèrement, ce qui pourrait expliquer que les chiffres concernant le risque suicidaire présentent des variations de taille. Ce qui n'est pas bien établi, c'est la différence entre les idées suicidaires passives (souhaiter être mort) et actives (notion de volonté et d'intentionnalité). Les comportements suicidaires passifs, comme le refus de s'alimenter, de prendre les traitements, ou le syndrome de glissement, sont peu étudiés et nous n'avons pas trouvé de chiffres permettant d'accréditer leur fréquence dans les résidences de soins médicalisées, ni leur valeur symbolique en tant qu'équivalent suicidaire.

4.1. Considérations épidémiologiques

Draper (2002, cité par Mezuk, 2014) établit que 61% des résidents des maisons de soins présentent des comportements suicidaires indirects, alors que Malfent (2010) et Scocco (2009) trouvent des taux de pensées suicidaires de 43% et 30.8% respectivement.

Par ailleurs, concernant l'épidémiologie des tentatives de suicide, les auteurs ne déterminent pas si, sur une période donnée, certains individus tentent plusieurs fois de se suicider, ce qui peut avoir un impact en terme d'interprétation.

L'analyse épidémiologique du taux des suicides aboutis en maison de retraite est fondée sur des estimations (taux de suicide pour 100.000), mais comme les échantillons sur lesquels travaillent les auteurs sont très restreints, ces chiffres doivent être examinés avec précaution. En outre, des pourcentages exprimés à partir d'un échantillon inférieur à cent n'ont pas de valeur généralisable. En statistique, il serait plus pertinent de raisonner en terme de pour dix lorsque l'échantillon est plus petit que cent. De plus, l'analyse des chiffres devrait se faire au regard de la population générale pour une même classe d'âge, ce qui suppose de constituer un groupe contrôle. Il est donc intéressant de relever que, comme le souligne l'étude de Torresani (2014), le taux de suicide pour 100.000 habitants augmente avec l'âge, à la différence du nombre de suicides commis.

D'autre part, le taux de suicide dans la population générale diffère selon les pays dont proviennent les études. En outre, les études épidémiologiques relatives aux suicides aboutis émanent pour la plupart des Etats-Unis et mentionnent un usage répandu des armes à feu

dans les méthodes létales ; or, on peut supposer que l'accès aux armes à feu est plus répandu qu'en Suisse, et en Europe de manière générale.

4.2. Facteurs de risque et de protection

Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du comportement suicidaire chez les personnes âgées résidant en NH sont interdépendants. En effet, ils ne peuvent de manière indépendante précipiter ou empêcher le suicide. Ce dernier est l'aboutissement de facteurs de risque cumulés, c'est pourquoi il est important que les infirmières soient en mesure de les reconnaître.

4.2.1. Facteurs de risque

Les études montrent des différences significatives en terme de nombre de suicides par **genre** : Suominen (2003) a relevé que 9 suicides sur 12 avaient été commis par des hommes, alors que Torresani (2014) a trouvé que 10 suicides sur 12 avaient été commis par des femmes. Le problème qui se pose alors tient au fait que les résidents des maisons de retraite sont des femmes en majorité et que certaines études interrogent plus de femmes que d'hommes (Wiktorsson, 2010). Nous ne pouvons donc pas conclure que le genre est un facteur du risque suicidaire chez les personnes âgées institutionnalisées, en postulant que la répartition par genre dans les maisons de retraite est comparable dans les différents pays d'Europe.

Si l'**isolement** (Wiktorsson, 2010) est un facteur du risque suicidaire, il semble difficile d'évaluer ce sentiment subjectif dans les résidences médicalisées, où les personnes sont au contact de leurs pairs et des professionnels de la santé. C'est davantage la qualité des interactions que leur quantité qui prévaudrait dans le sentiment d'isolement. On pourrait penser que les prestations de soins offertes par les résidences médicalisées pourraient constituer un facteur protecteur face à l'isolement social, mais nous n'avons pas trouvé d'études qui accréditent cette hypothèse.

Il existe peu d'études concernant le lien entre **démence** et suicide, et aucune d'entre elles ne porte sur les résidences médicalisées. Nous ne connaissons pas la répartition de la démence dans les NH, mais les troubles cognitifs font partie des principales raisons de l'institutionnalisation. Il semblerait que l'annonce du diagnostic de démence et les phases précoces de la maladie sont les moments où le risque suicidaire est le plus important. Comme l'a souligné Linder (2014), c'est le retentissement psychique de l'annonce d'une maladie qui a un impact majeur sur le comportement suicidaire. On peut supposer que les démences sont des maladies dont l'annonce a un fort retentissement, puisqu'elles mettraient

en péril l'autonomie physique et psychique des individus. En définitive, il est difficile d'identifier si la démence est un facteur de risque ou un facteur protecteur du risque suicidaire ; il est néanmoins possible qu'une déficience cognitive trop importante empêche les personnes âgées d'élaborer des plans et de les mettre en œuvre, sans pour autant les préserver de la souffrance psychique.

La **dépression** est un facteur de risque majeur des comportements suicidaires chez les personnes âgées (Suominen, 2003 ; Wiktorsson, 2010 ; Torresani, 2014), mais elle est mal connue des professionnels qui interviennent auprès de ces individus (Davison, 2009). Cette méconnaissance peut mener à une sous-évaluation des troubles dépressifs et donc à l'absence ou au manque de traitement approprié⁴. Les études s'intéressent à l'une ou l'autre des modalités du risque suicidaire, mais jamais aux trois ensemble : suicides aboutis, tentatives de suicide et idéations suicidaires. Cela ne nous permet donc pas d'avoir une vision globale du phénomène décrite par le même groupe de chercheurs. Ainsi, nous ne savons pas, au regard de la revue de littérature, dans quelle mesure les idées suicidaires constituent un facteur du risque suicidaire. Pour autant, de telles pensées sont révélatrices d'une souffrance psychique, qui peut se manifester par la dépression, laquelle constitue le principal facteur du risque suicidaire.

4.2.2. Facteurs protecteurs

L'analyse épidémiologique des données disponibles dans la littérature semble souligner un paradoxe : si les idées suicidaires sont plus fréquentes dans les institutions, les suicides aboutis y sont plus rares que dans la communautés. Cela suggérerait un **rôle protecteur de l'institution** contre le risque suicidaire, mais pas contre la souffrance psychique.

Le concept de **rétablissement** (Favrod, 2012) est surtout utilisé en psychiatrie dans le domaine des psychoses. Selon ce modèle, le rétablissement vise à se remettre de la « *catastrophe psychologique* » (Favrod, 2012, p.34) que constitue la maladie. Ce processus s'appuie entre autres sur le concept d'**espoir**, qui permet de se projeter dans l'avenir et de croire en son potentiel, et sur la capacité de donner un sens à sa vie. Peut-être que les concepts d'espoir et de rétablissement pourraient être adaptés à la problématique du comportement suicidaire, en tant que facteurs protecteurs, dans la prise en charge du comportement suicidaire.

De manière générale, il existe peu de données concernant les facteurs protecteurs du risque suicidaire. Cela tient au fait que la plupart des études s'intéressent aux suicides aboutis et aux tentatives de suicide, or, le passage à l'acte témoigne de l'échec des facteurs

⁴ Voir Annexe I : critères diagnostiques de la dépression et spécificités de la personne âgée.

de protection. En outre, il existe peu d'outils de mesure des facteurs de protection. Enfin, les personnes qui mettent en œuvre efficacement ces facteurs n'ont pas de comportement suicidaire et ne sont donc pas approchées par les chercheurs. La connaissance des facteurs de risque permet d'élaborer des stratégies de dépistage et de prévention, mais il serait intéressant de développer plus de connaissances sur les facteurs de protection afin de travailler sur les ressources dont disposent les personnes âgées institutionnalisées. Cela rejoint une conception holistique de la santé, dont l'approche n'est pas uniquement basée sur la maladie.

4.3. Le suicide : faillite des processus adaptatifs – Analyse selon le modèle de l'adaptation de Roy

Selon Roy (2009), l'individu est un système adaptatif au sein duquel les sphères biologiques, psychiques, sociales et spirituelles fonctionnent en synergie. Il en découle que le dysfonctionnement de l'une de ces fonctions aura un impact sur l'ensemble du système. Le risque suicidaire peut dans ce sens être conceptualisé comme le résultat de troubles survenant dans les quatre modes adaptatifs décrits par Roy⁵.

4.3.1. Modes adaptatifs

D'un point de vue **physiologique**, nous avons vu que les personnes âgées souffrent fréquemment de comorbidités somatiques importantes. Cependant, ce n'est pas la présence de ces maladies qui compromet l'état de santé, tel que Roy le définit dans la continuité de l'OMS. Sous l'angle du mode physiologique, ce qui met en péril l'intégrité de la personne, c'est avant tout la douleur chronique. La littérature manque d'études s'intéressant à l'impact de la douleur sur le risque suicidaire, en particulier chez les personnes âgées institutionnalisées, mais les données à notre disposition (Suominen, 2003) confirment que les personnes âgées qui se suicident avaient fait part de douleurs avant de passer à l'acte.

La douleur, mais aussi les limitations fonctionnelles et les modifications corporelles liées à l'âge, la perte de l'autonomie, ainsi que l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique ont des incidences sur le **concept de soi**. D'autres facteurs peuvent avoir une influence sur la perception que les personnes âgées ont d'elles-mêmes, comme la dépression. Parmi les symptômes de la dépression, la tunnélisation de la pensée et la culpabilité jouent un rôle néfaste sur la manière dont les personnes se perçoivent. En outre, si la présence de pairs devrait être un facteur protecteur du sentiment d'isolement, on peut

⁵ Cf. 1.2.3. Modes adaptatifs, pp.15-16.

se demander quel est l'impact quand on est confronté à des personnes plus malades, plus âgées que soi ou de vivre le décès d'autres résidents.

L'entrée en *nursing home* symbolise un remaniement important de la **fonction de rôle** parce qu'il peut être vécu comme une mise en retrait de la sphère sociale. Tout comme l'interruption de l'activité économique suppose d'élaborer le deuil de la fonction de travailleur, l'institutionnalisation nécessite de renoncer au rôle de chef de son propre foyer. En parallèle se jouent d'autres réaménagements de la fonction de rôle : ainsi, la réduction de l'autonomie physique et psychique des aînés peut mener à la parentalisation des enfants, avec des conséquences psychologiques importantes pour les deux parties concernées.

Enfin, le rôle de l'**interdépendance** renvoie aux relations interpersonnelles significatives. Nous avons vu que l'avancée en âge est souvent marquée par des deuils significatifs. En outre, comme l'a souligné Linder (2014), les conflits passés ont une influence sur les modalités relationnelles dans le grand âge, et les conflits actuels peuvent être des moteurs du passage à l'acte suicidaire. De plus, la relation entre les personnes âgées institutionnalisées et les professionnels des soins en *nursing home* est non seulement intime, mais aussi asymétrique. En effet, les soignants ont accès à la sphère intime des résidents, alors que l'inverse n'est pas vrai. Il s'agit également d'une relation s'inscrivant dans la durée. Dès lors, l'accueil et les premiers temps de vie en résidence doivent faire l'objet d'une attention infirmière soutenue. Tenir compte de ces facteurs liés à l'interdépendance devrait aider à mettre en place une relation de confiance et d'authenticité.

Le renforcement des **mécanismes de coping** intervient dans tous les rôles. Définis comme « *les stratégies inconscientes et conscientes que l'individu met en place pour s'ajuster à un événement qu'il perçoit comme menaçant* » (Lazarus et Faulkner, 1979, notes de cours), ces mécanismes peuvent être renforcés par les actions infirmières, comme l'accompagnement dans le travail de deuil et de remaniement identitaire inhérents au vieillissement et à l'entrée en institution.

4.3.2. Stimuli et comportements en haute et basse adaptation

Dans la situation d'une personne âgée institutionnalisée présentant un risque suicidaire, le **stimulus contextuel**⁶ est justement le fait de résider en *nursing home*. Au niveau de l'épidémiologie du phénomène, nous avons vu que l'institution semble protéger du suicide, mais pas des idées suicidaires. Le fait de vivre dans un établissement de soins a des répercussions psychologiques sur le mode de l'image de soi, de la fonction de rôle et de l'interdépendance. Cependant, vivre dans une résidence médicalisée devrait faciliter l'accès au dépistage des problèmes physiques et psychiques.

⁶ Cf. 1.2.2. Processus adaptatifs, pp.13-15.

Finalement, le stimulus contextuel peut influencer dans un sens favorable ou défavorable le **stimulus focal**, c'est-à-dire le facteur déclenchant du risque suicidaire. L'étude des facteurs de risque nous montre que l'infirmière doit prêter attention aux symptômes dépressifs, aux conflits relationnels et au sentiment d'isolement qui sont les principaux facteurs du risque suicidaire. Il est crucial de noter que ces facteurs peuvent être reconnus et traités, au moyen de médicaments et/ou de soins relationnels et sociaux, et que **le suicide peut donc être évité**.

Les stimuli résiduels sont l'ensemble des éléments de l'histoire de vie qui peuvent renforcer le risque suicidaire ou protéger l'individu. Il appartient à l'infirmière de les découvrir et de les analyser pour discuter des forces et des faiblesses de la personne soignée.

A la lumière de ces stimuli, les comportements suicidaires peuvent être modélisés comme des mécanismes de *coping* inopérants. Le suicide peut être décrit comme une tentative d'adaptation, dans le sens où il permettrait de réduire la souffrance psychique endurée. Il constitue une voie de dégagement opérationnelle, une tentative d'aménagement qu'une personne élabore face à situation. A cet égard, le suicide est donc un comportement en basse adaptation.

Les mécanismes de défense face au risque suicidaire sont des comportements compensatoires. En effet, le déni et le clivage ont pour fonction de mettre à distance un éprouvé inacceptable pour le moi, mais ils ne résolvent pas le conflit psychique qui sous-tend le risque suicidaire.

La résilience et le développement du concept de vieillissement positif sont des comportements de haute adaptation qui doivent être visés par le projet de soins infirmiers. D'un point de vue pratique, ils doivent s'appuyer sur le dépistage et le traitement des troubles somatiques et psychiques, sur l'aide à la verbalisation des difficultés sociales et relationnelles et inclure les proches dans la démarche de soins que nous allons à présent développer.

4.3.4. Démarche de soins

Nous avons vu que le risque suicidaire dépendait de multiples facteurs relevant de la sphère biopsychosociale, ce qui rend l'évaluation et la prise en soins complexes. Le modèle de l'adaptation de Roy fournit une base théorique à la pratique professionnelle⁷.

La démarche de soins infirmiers consistera donc en premier lieu à identifier un comportement laissant présager un risque suicidaire (comportement de basse adaptation). Dans un second temps, elle devra évaluer les stimuli qui sont à l'origine de ce

⁷ Cf. 1.2.5. Méthodologie de la pratique professionnelle, pp.17-19.

comportement. La connaissance des facteurs de risque ainsi que l'entretien infirmier devraient permettre de mettre à jour le stimulus focal (p.e. dépression, conflit familial), le stimulus contextuel (résidence médicalisée) et les facteurs résiduels.

Cette double évaluation permettra de poser des hypothèses de diagnostics infirmiers, des objectifs (comportements de haute adaptation) et des interventions⁸. Elle devra ensuite confronter les résultats attendus aux résultats obtenus en les traduisant en terme de comportements adaptatifs.

Ces éléments d'analyse illustrent l'apport de la théorie en science infirmière dans la pratique quotidienne des infirmières et permettent de faire le lien entre la discussion des résultats fournis par la revue de littérature et les recommandations pour la pratique professionnelle⁹.

⁸ Voir Annexe V le tableau récapitulatif des diagnostics infirmiers prévalents dans une situation de risque suicidaire, ainsi que les propositions NIC/NOC associées.

⁹ Voir Annexe VI la *factsheet* : recommandations de bonnes pratiques basées sur le modèle de l'adaptation.

5. Conclusion

5.1. Apports et limites du travail

La revue de la littérature que nous avons réalisée dans le cadre de notre travail de bachelor en soins infirmiers synthétise l'état des recherches effectuées dans le domaine des comportements suicidaires des personnes âgées institutionnalisées. Nous avons pu montrer les principaux facteurs du risque suicidaire et dégager des pistes de dépistage et de prévention. Nous avons aussi mis en lumière les lacunes concernant l'évaluation des mesures préventives développées. Ce travail ouvre des perspectives de recherches dans le domaine encore peu étudié des facteurs protecteurs et fournit un éclairage spécifiquement infirmier du phénomène concerné.

Il est en revanche plus délicat de tirer des conclusions épidémiologiques de la synthèse des articles retenus, car les définitions conceptuelles des sujets étudiés sont peu précises. En outre, la variable géographique et les échantillons restreints ne permettent pas de généraliser les résultats. Nous n'avons pas trouvé d'articles issus de la discipline infirmière, tirés de la théorie de Roy ou issus d'autres courants de pensée pour fournir un éclairage disciplinaire à nos analyses. Une analyse de l'impact de la spiritualité sur le risque suicidaire aurait pu apporter un éclairage supplémentaire concernant les facteurs protecteurs : cette dimension pourrait constituer un nouveau champ de recherches dans le domaine de la prévention du suicide. Enfin, nous avons réduit nos recherches documentaires à PubMed sans utiliser CINAHL. Nous avons déjà dégagé un corpus suffisamment représentatif pour notre sujet de recherche avec PubMed, mais consulter CINAHL pourrait à l'avenir permettre de proposer de nouvelles perspectives de soins infirmiers.

5.2. Recommandations de bonnes pratiques : reconnaître le risque suicidaire d'un résident en EMS

Au terme de la formation infirmière, les étudiants doivent être en mesure de démontrer l'ensemble des compétences qu'ils ont acquis tout au long de leur parcours de formation. Ce travail de bachelor en fait la synthèse. Nous avons choisi de les présenter sous deux formes. Une première partie sera rédigée et présentée autour des sept rôles (KFH), une seconde partie, celle-ci davantage destinée aux praticiens, sera présentée sous

la forme d'un tableau¹⁰ qui reprendra les facteurs de risque suicidaires, les facteurs protecteurs, les interventions et les résultats attendus.

Avec l'évolution de la profession, la place des soins et du prendre soin connaît un essor considérable. En effet, avec la création du « rôle propre » de l'infirmière (OMS, 1978), la profession infirmière se développe et prend tout son sens : la responsabilité, l'autonomie et la réflexivité des infirmières constituent leur nouvelle identité professionnelle. Comme le souligne le conseil international des infirmières (CII, 2010), les soins infirmiers regroupent : *« l'ensemble des actes prodigués à tous les individus, âge, origine et sexe confondus. Parmi les rôles principaux, figurent la promotion de la santé, l'éducation, la prévention de la maladie, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients »*.

Depuis 2012 en Suisse, dans le système HES-SO le nouveau programme d'études cadre (PEC) de la formation des infirmières prévoit un référentiel de compétences décliné en sept rôles¹¹. Ces domaines précisent les activités d'une infirmière et constituent son cahier des charges : rôle d'expert, de communicateur, de collaborateur, de promoteur de la santé, de manager, d'apprenant formateur et rôle de professionnel.

Afin de les rendre plus lisibles pour les professionnels en exercice, nous avons organisé les recommandations de bonnes pratiques autour de ces sept rôles. Toutefois, dans la pratique les différentes actions d'évaluation, de soins et de prévention liées aux rôles sont menées simultanément. La prévention du suicide des personnes âgées institutionnalisées telle qu'elle a été modélisée par Conwell (2014) constitue une prise en soins complète qui mobilise tous les rôles infirmiers.

Ainsi, dans le **rôle d'expert**, l'infirmière mène une anamnèse complète en mettant l'accent sur le risque suicidaire. Ses qualités d'écoute lui permettent de créer une relation de confiance. Chaque entrée en EMS doit faire l'objet d'un entretien systématique qui vise à évaluer les facteurs de risque suicidaires notamment auprès des personnes présentant un profil de démence (MMSE altéré¹²) qui, au stade précoce et modéré de la maladie, sont considérées comme à risque accru de suicide. Une seconde évaluation sera réalisée après six mois d'institutionnalisation, en particulier pour les personnes à risque (hommes, personnes isolées socialement).

¹⁰ Voir Annexe V : Diagnostics infirmiers, interventions et résultats.

¹¹ Comparativement aux infirmières de niveau ES, les infirmières formées au sein des HES (niveau Bachelor) développent davantage de compétences en autonomie, en jugement clinique spécifique à la discipline infirmière et en communication interprofessionnelle.

¹² Voir Annexe IV : MMSE

Par ailleurs, à travers son expertise dans l'examen clinique, l'infirmière saura identifier les signes et symptômes dans les différents modes décrits par Roy et faire des liens entre la psyché et le soma. Dans le mode physiologique, elle utilisera par exemple des échelles d'évaluation de la douleur (EVA, Doloplus) ou encore le test du MNA (Mini nutritional assesment) pour les personnes à risque de dénutrition. Au cours de l'examen clinique, elle sera attentive aux modifications brutales du comportement physique et mental, qui signeraient une souffrance somatique telle qu'une déshydratation, une constipation, un globe vésical ou un œdème aigu du poumon (Voyer, 2011). L'auteur précise que ces manifestations se traduisent souvent par une irritabilité, une combativité, des résistances lors des soins, un retrait et une agitation physique et verbale. Des grilles d'observation comportementales en lien avec les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Voyer, 2011, p. 79) pourront également être utilisées dans certaines situations plus complexes, car très chronophages. Enfin, les troubles du sommeil doivent aussi être examinés car ils constituent à la fois une cause et un symptôme des troubles dépressifs. Par exemple, l'échelle de Pittsburgh est un indice de la qualité du sommeil.

Dans les modes estime de soi, interdépendance et fonction de rôle, l'infirmière cherchera davantage à identifier les signes de souffrance psychique, affective et sociale, à la recherche de symptômes dépressifs (thymie triste, anhédonie, troubles de l'humeur, anxiété, troubles du sommeil, repli sur soi, sentiment de dévalorisation) ainsi que de conflits relationnels. Des échelles de mesure validées dans la littérature telles que la GDS de Yesavage¹³ (Hugonot-Dierner, 2014, p.32), et l'échelle de Cornell de dépression dans la démence¹⁴ (CSDD) permettront d'évaluer le potentiel du risque suicidaire (Hugonot-Dierner, 2014, p.35). L'évaluation gériatrique standardisée (EGS), développée par les HUG, reprend l'ensemble des items évoqués. Cependant, d'une durée variable, l'évaluation des troubles de l'humeur et du risque suicidaire ne compte que pour 1 à 5 minutes de l'évaluation totale. La pertinence et la qualité du jugement clinique couplée aux résultats des évaluations objectivées à travers l'utilisation de ces outils constituent les éléments clés de la prévention du risque suicidaire.

Les techniques de toucher-massage pourraient avoir une incidence positive sur l'ensemble des modes, parce qu'ils pourraient aider la personne à se réapproprier sa sphère corporelle et son enveloppe psychique.

L'échelle Risque/Urgence/Dangerosité (RUD) est utilisée pour évaluer le risque suicidaire dans un contexte de crise. Il nous a semblé moins pertinent de développer son utilisation dans le cadre des NH, dans la mesure où le facteur de risque principal est une

¹³ Voir Annexe II : GDS de Yesavage

¹⁴ Voir Annexe III : Echelle de Cornell de dépression dans la démence

dépression déjà installée. D'autre part, les personnes âgées passent plus souvent à l'acte sans signes avant-coureurs, hors d'un contexte manifeste de rupture psychique.

Dans le **rôle de communicateur**, l'infirmière démontre de la disponibilité et adopte une attitude relationnelle adéquate, empreinte de respect et d'empathie avec le patient et ses proches. Dans le contexte du risque suicidaire, les entretiens infirmiers auront pour but d'évaluer les risques et de proposer un soutien. Interroger une personne sur ses idées suicidaires peut être un exercice délicat et redouté par les professionnels, cependant, poser la question de manière directe et franche ne crée pas d'idées suicidaires chez une personne qui n'en présente pas, et permet d'ouvrir un espace de discussion. Des questions claires comme « *Avez-vous envie de mourir ? Avez-vous des idées suicidaires ?* » devront être intégrées aux entretiens.

Le **rôle de collaborateur** de l'infirmière lui permet de s'adresser au médecin pour lui signaler les signes et symptômes des risques suicidaires évalués. En collaboration avec l'ensemble des professionnels de soins, des approches médicamenteuses et non médicamenteuses pourront être envisagées. Proposer par exemple, la phytothérapie (médecine fondée sur les extraits naturels de plantes, qui propose une alternative aux traitements médicamenteux) ou la zoothérapie¹⁵ (la proximité d'un animal domestique pourrait réduire le stress), selon les profils, pourraient se révéler pertinentes. En outre, interroger la personne sur ses besoins spirituels et proposer l'intervention d'un aumônier ou d'un bénévole pourrait être bénéfique. Ces questions peuvent être abordées lors des colloques interdisciplinaires en vue de travailler un « projet de vie » global et intégré du résident.

Dans le **rôle de manager**, l'infirmière se tient informée des avancées de la science et cherche à se former, par exemple à l'examen clinique en vue d'évaluer et d'anticiper rapidement une situation de soins d'urgence. Dans le cadre de la formation continue, elle pourra intégrer le module de formation à l'examen clinique (EC) désormais proposé par la HEDS. Par ailleurs, on sait que peu de place est accordée dans la formation initiale au dépistage et au traitement de la dépression des personnes âgées, et que la formation continue dans ce domaine fait encore défaut. Le fait d'intégrer la dimension de la souffrance psychique dans la prise en soins et le dépistage du risque suicidaire relève non seulement du rôle infirmier, mais aussi des infirmières responsables et des managers des institutions.

¹⁵ Ces deux pratiques, phytothérapie et zoothérapie, font l'objet de controverses en raison de l'absence de fondement scientifique de leur efficacité mais sont couramment utilisées en pratique, en complément d'autres approches traditionnelles.

La méthode PLAISIR (Plan infirmier des soins requis), qui est utilisée dans les EMS des cantons de Suisse romande, contribue à la qualité des soins. Si elle reconnaît que « *les EMS étant des lieux de vie, la gestion des problèmes psychologiques est un des éléments principaux de la qualité des soins* » (Commission technique intercantonale PLAISIR, 2009, p.3), le dépistage des tendances suicidaires n'est pourtant pas un problème prioritaire. En effet, parmi tous les items prévus pour évaluer le temps passé par minute pour les soins quotidiens, aucun ne prévoit de temps et de place pour la dimension psychologique. Des groupes de travail pourraient travailler dans ce sens.

Dans le **rôle de promoteur de la santé**, l'évaluation des besoins des résidents fait intervenir les connaissances théoriques, professionnelles, relationnelles, mais aussi la créativité de l'infirmière. La promotion de la santé vise surtout à évaluer et à renforcer les facteurs protecteurs, plus qu'à corriger les facteurs de risque. Elle renforcera pour cela le réseau social en sollicitant davantage la présence et l'implication des bénévoles et des proches. Par ailleurs, selon les croyances des résidents et en étroite collaboration avec les aumôniers, elle encouragera la notion de spiritualité des résidents et les incitera à se rendre à la messe ou au culte. Certaines manifestations sont retransmises à la télévision et des aumôniers proposent de se déplacer dans les NH pour des célébrations œcuméniques.

La promotion de la santé mentale a des incidences positives sur l'individu dans sa globalité : « *La littérature dans le domaine met en évidence l'impact d'une bonne prise en charge des problèmes psychologiques sur toutes les autres fonctions de la vie d'un résident, notamment sa mobilité, sa continence et son autonomie* » (Commission technique intercantonale PLAISIR, 2009, p.3). La promotion de la santé doit inclure l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle, l'entourage et les réseaux de soins, afin d'optimiser la prise en soins.

Dans le **rôle d'apprenant et formateur**, la collaboration avec les aides soignantes et les ASSC est primordiale. Elles sont celles qui sont le plus proches des patients. L'intimité de la toilette, les temps du repas, l'accompagnement au coucher sont des moments privilégiés où se jouent des échanges souvent intenses. Sachant que les aides-soignantes font partie du personnel le moins bien formé à la problématique de la dépression de la personne âgée, l'infirmière doit leur fournir des pistes de compréhension et de dépistage des symptômes dépressifs et recueillir les informations auprès de ses collègues. Par exemple, « *J'ai l'impression que M.X. est déprimé. Peux-tu observer son comportement et me transmettre des éléments inhabituels ? As-tu l'impression que son discours est plus triste que d'habitude ? Est-ce qu'il exprime des plaintes lors de la toilette ? Est-il plus renfermé sur lui-même ?* ».

Le **rôle de professionnel** se présente comme le reflet des valeurs, des croyances et de l'éthique du soignant. L'écoute, la considération de la personne dans son histoire, l'empathie et le respect sont des qualités d'humanité qui constituent le fondement de toute relation de soin. Les soignants sont confrontés à une dimension affective qui touche au sens de la vie et à une dimension professionnelle qui répond à une notion de responsabilité. Face à la mort ou à un désir de mort, les soignants peuvent se sentir démunis, incompetents ou encore coupables. De tels sujets impliquent que le soignant sache reconnaître et accepter ses limites liées au ressenti de ses affects mais ne doivent pas entraver un accompagnement de vie de qualité. Finalement, d'un point de vue éthique, le rôle des professionnels des soins infirmiers est de garantir la sécurité et le bien-être physique et psychique des personnes jusqu'à la fin de la vie. La dépression et les tendances suicidaires ne sont pas des phénomènes normaux du vieillissement et ce sont des paramètres potentiellement modifiables. La prévention du suicide des personnes âgées institutionnalisées s'inscrit donc au cœur du rôle professionnel, du rôle éthique, des infirmières.

Références bibliographiques

Articles scientifiques

Conwell, Y. (2014). Suicide in later life. Challenges and priorities for prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. 47(32), 244-250.

Davison, T.A., McCabe, M., Mellor, D., Karantzas, G., George, K. (2009). Knowledge of late-life depression : an empirical investigation of aged care staff. *Aging and mental health*. 13(4), 577-586.

Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., DeLeo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., ..., Quinnett, P., (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*. 32(2), 88-98.

Linder, R., Foerster, R., von Renteln-Kruse, W. (2014). Physical distress and Relationship problems. Exploring the psychosocial world of suicidal geriatric patients. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 47, 502-507.

Malfent, D., Wondrak, T., Kapusta, N.D., Sonneck, G. (2010). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 25, 843-849.

Mezuk, B., Prescott, M.R., Tardiff, K., Vlahof, D., Galea, S. (2008). Suicide in older adults in long-term care : 1990 to 2005. *Journal of the American Geriatrics Society*. 56(11), 2107-2111.

Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M.C., Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities : a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 29, 1198-1211.

Scocco, P., Rappatoni, M., Girolamo de, G., Pavan, L. (2009). Death ideas, suicidal thoughts and plans among nursing home residents. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 22(2), 141-148.

Seyfried, L., Kales, H., Ignacio, R., Conwell, Y., and Valenstein, M. (2011). Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimers Dements*. 7 (6) : 567-573

Sun F.-K., (2011). A Concept Analysis of Suicidal Behavior. *Public Health Nursing* 28 (5), 458-468.

Suominen, K., Henriksson, M., Isomestä, E., Conwell, Y., Heilä, H., Lönnqvist, J. (2003). Nursing home suicides – A psychological autopsy study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 18, 1095-1101.

Suominen, K., Isometsä, E., Lönnqvist, J., (2004). Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after attempt. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19, 35-40.

Torresani, S., Toffol, E., Scocco, P., Fanolla, A. (2014). Suicide in elderly South Tyrolean in various residential settings at the time of death : a psychological autopsy study. *Psychogeriatrics*. 14, 101-109.

Wiktorsson S., Runeson B., Skoog I., Östling S., Waern M. (2010). Attempted suicides in the elderly : characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 18(1), 57-67.

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N. (2013). Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. *Clinical interventions in aging*. 8, 1553-1559.

Ouvrages et manuels

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington DC : American Psychiatric Publishing.

Bulechek, J. M., Butcher, H. K., McCloskey-Dochterman, J. M., & Wagner, C.(2012). *Nursing Interventions Classification* (5th éd.). St. Louis, MO: Mosby.

INSERM (2005). *Suicide : Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. Paris : Editions INSERM.

Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^e éd.). Québec : Chenelière-Education.

Hugonot-Diener, L. (2014). *Guide pratique de la consultation en gériatrie* (3^e éd.). Issy-les-Moulineaux : Eslevier-Masson.

Moorhead, S. Johnson, M., Maas, M. & Swanson (2013). *Nursing outcomes classification* (5th éd.). St. Louis, MO: Mosby, Inc.

NANDA-I International. (2013). *Diagnostics Infirmiers : Définitions et classification 2012-2014*. Issy-les-Moulineaux : Eslevier-Masson.

Roy, C., (2009). *The Roy Adaptation Model* (3^e éd.). Upper Saddle River (NJ) : Pearson.

Voyer, P. (2011). *L'examen clinique de l'ainé*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique.

Documents électroniques

Commission technique intercantonale PLAISIR, (2009). *Définition, méthode de saisie et protocole d'évaluation d'indicateurs de qualité dans le cadre de la méthode PLAISIR®*.
Accès : http://www.isesuisse.ch/fr/ct-plaisir/indicateurs_qualite_definition_methode.pdf (consulté le 18 mai 2015).

Conférence des recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses, (2009). *Projet compétences finales pour les professions de la santé HES*.
Accès:http://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/FR/FH/Best_practice/1_Competences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HES_rapport_final.pdf (consulté le 18 mai 2015).

Favrod, J. (2012). Rétablissement et psychose. *Santé mentale*. 166, 32-37.
Accès : http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/SM166.pdf (consulté le 21 mai 2015).

Haute Autorité de Santé (2013). *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?*
Accès : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf (consulté le 2 juin 2015)

Hôpitaux Universitaires de Genève. *Evaluation Gériatrique Standardisée*.

Accès : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf (consulté le 31 mai 2015).

Observatoire Suisse de la santé (2012). *La santé psychique en Suisse*.

Accès : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4725> (consulté le 15 avril 2015).

Office fédéral de la Santé Publique (2005). *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer*.

Accès : <http://www.parspas.ch/download-20-Rapport-Widmer---2005.html> (consulté le 8 mai 2015).

Office Fédéral de la Statistique (2015). *Décès : nombre, évolution et causes*.

Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html> (consulté le 8 mai 2015).

Office Fédéral de la Statistique (2014). *Population, les principaux chiffres*.

Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/key.html> (consulté le 8 mai 2015).

Organisation mondiale de la santé (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*.

Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1 (consulté le 8 mai 2015).

Organisation mondiale de la santé (2013). *Santé mentale et vieillissement*.

Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/> (consulté le 8 mai 2015).

Université de Liège (2012). *Définition des principaux types d'études*.

Accès : http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/typ_etud.htm (consulté le 2 juin 2015)

Annexe I. Critères diagnostiques de la dépression et spécificités de la personne âgée

Dans la littérature, si les auteurs font souvent référence à la dépression comme facteur majeur du risque suicidaire chez la personne âgée, ils ne définissent pas les critères diagnostiques permettant de dépister une dépression. A l'usage des professionnels de la santé, nous avons donc regroupé ces critères et dégagé les spécificités de la dépression de la personne âgée.

Ces critères ont été traduits librement à partir du DSM-V (2013). Même si la plupart des études ont été réalisées à partir du DSM-IV ou du DSM-IV-TR, il semble intéressant de s'appuyer sur les standards les plus récents pour dépister la dépression.

Dans l'épisode dépressif majeur (DSM-V, 2013, pp.160-161), doivent être présents pendant au moins deux semaines, **cinq critères** ou plus parmi ceux énumérés ci-dessous (au moins l'un parmi 1. et 2.) :

1. Humeur dépressive (sentiment de tristesse, de désespoir, pleurs)
2. Anhédonie, perte d'intérêt
3. Gain ou perte de poids, perte d'appétit
4. Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie)
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur
6. Asthénie, perte d'énergie
7. Sentiment excessif et injustifié de culpabilité
8. Difficultés attentionnelles, indécision
9. Idées de mort récurrentes, **idées suicidaires** avec ou sans plan de passage à l'acte.

En outre, ces éléments doivent être à l'origine d'une **souffrance psychique** et/ou d'un isolement social importants. Ils ne doivent pas pouvoir être imputés à la prise de substances quelconques ou à une autre affection médicale.

Le **risque suicidaire** est à considérer tout au long de l'épisode dépressif. Ce risque est majoré par des antécédents de TS ou d'automutilations, le sexe masculin, le fait d'être célibataire/de vivre seul, le sentiment de désespoir (DSM-V, 2013, pp.167).

Lorsque les symptômes sont présents pendant plus de deux ans, on parle de trouble dépressif persistant ou **dysthymie** (DSM-V, 2013, p. 168). Les symptômes associés à l'humeur dépressive (au moins deux) sont :

1. Perte d'appétit ou hyperphagie
2. Insomnie ou hypersomnie
3. Perte d'énergie ou asthénie
4. Baisse de l'estime de soi
5. Troubles attentionnels et difficultés à prendre des décisions
6. Sentiment de désespoir

Dans la prise en soins des personnes âgées, les obstacles au diagnostic tiennent au fait que certains des symptômes peuvent être attribués à d'autres pathologies (démence) ou au vieillissement physiologique (insomnie).

Gurland (1976, cité par Hugonot-Diener, 2014) montre l'existence de « *facteurs d'altération de la qualité de vie liés à la dépression chez la personne âgée* » (id., p.31). Parmi les 13 facteurs, qui réduisent le bien-être subjectif des personnes âgées, sont cités :

1. Désarroi ou difficultés psychiques
2. Troubles somatiques
3. Diminution objective de la capacité à assurer les rôles sociaux
4. Perte du self-contrôle
5. Perte de motivation
6. Changement dans le style de vie (p.e. institutionnalisation).

Annexe II. Echelle de dépression gériatrique de Yesavage (Hugonot-Diener, p.32)

	Oui	Non
1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?		
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?		
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?		
4. Vous ennuyez-vous souvent ?		
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?		
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?		
7. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?		
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?		
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?		
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?		
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?		
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?		
13. Avez-vous beaucoup d'énergie ?		
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?		
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?		
	Score : ... / 15	

- Compter 1 si la réponse est **non** aux questions : 1, 5, 7, 11, 13.
- Compter 1 si la réponse est **oui** aux questions : 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15.

Le score moyen est de 3 ± 2 .

Un score de 7 ± 2 indique un sujet moyennement déprimé.

Un score de 12 ± 2 indique un sujet très déprimé.

Cette échelle d'auto-évaluation des symptômes dépressifs n'est pas indiquée pour les sujets qui présentent un MMSE < 23, ni pour les sujets anosognosiques.

Annexe III. Echelle de Cornell de dépression dans la démence ou CSDD (Hugonot-Diener, 2014, p.35)

A. Symptômes relatifs à l'humeur				
1. Anxiété, expression anxieuse, rumination, soucis	a	0	1	2
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement	a	0	1	2
3. Absence de réaction aux événements agréables	a	0	1	2
4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante	a	0	1	2
B. Troubles du comportement				
5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux	a	0	1	2
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions	a	0	1	2
7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	a	0	1	2
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	a	0	1	2
C. Symptômes somatiques				
9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude	a	0	1	2
10. Perte de poids (coter 2 si elle est supérieure à 2.5 kg en un mois)	a	0	1	2
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	a	0	1	2
D. Fonctions cycliques				
12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin	a	0	1	2
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude	a	0	1	2
14. Réveils nocturnes fréquents	a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude	a	0	1	2
E. Troubles idéatoires				
16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir	a	0	1	2
17. Autodépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec	a	0	1	2
18. Pessimisme, anticipation du pire	a	0	1	2
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte	a	0	1	2
Sous-totaux				
Total	... / 38			

Cette échelle d'hétéro-évaluation est courte et facile d'utilisation. Elle a été développée pour les patients institutionnalisés. « Cette échelle présente l'avantage d'être peu sensible à la détérioration cognitive, elle a donc de ce fait une bonne sensibilité dans la démence modérée à sévère » (Hugonot-Diener, p.36).

Chaque item est coté tel que :

- a : impossible à évaluer
- 0 : absent
- 1 : modéré ou intermittent
- 2 : sévère

L'auteur ne donne pas d'indication concernant l'interprétation du score.

Annexe IV. Mini Mental State Evaluation

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. En quelle année sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |
| 2. En quelle saison ? | <input type="checkbox"/> |
| 3. En quel mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quel jour du mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quel jour de la semaine ? | <input type="checkbox"/> |

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

- | | |
|--|--------------------------|
| 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est située ce département ? | <input type="checkbox"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | |
|--------|--------------------------|
| 14. 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Montrer un crayon. | 22. Quel est le nom de cet objet ?* | <input type="checkbox"/> |
| Montrer votre montre. | 23. Quel est le nom de cet objet ?** | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** | | <input type="checkbox"/> |

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

- | | |
|--|--------------------------|
| 25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, | <input type="checkbox"/> |
| 26. Pliez-la en deux, | <input type="checkbox"/> |
| 27. Et jetez-la par terre. »**** | <input type="checkbox"/> |

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 28. « Faites ce qui est écrit ». | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|--------------------------|

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

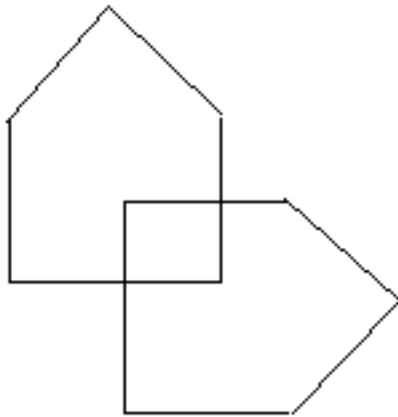
- | | |
|---|--------------------------|
| 29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|--|--------------------------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? » | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|



Développé en 1975 par Folstein et al. (Hugonot-Diener, 2014, p.17), le Mini Mental State permet une évaluation rapide des fonctions cognitives. Les trente questions sont organisées autour des sept catégories soulignées en gras et qui correspondent à des champs de compétences cognitives. Le MMSE permet de dépister les troubles cognitifs, mais pas de poser un diagnostic de démence. La cotation proposée définit un degré de démence, mais il serait peut-être plus juste de raisonner en termes de troubles cognitifs, puisque l'évaluation ne permet pas de définir si les troubles ont pour origine une démence. La passation du test peut avoir un certain impact sur le sujet (sentiment d'échec) dont l'examineur doit tenir compte dans son attitude, sans pour autant reformuler les questions ni apporter une aide, ce qui invaliderait l'évaluation. L'interprétation des résultats dépend du score global calculé sur 30 (score maximum) :

- 25-30 : normal
- 20-25 : démence légère
- 16-19 : démence modérée
- 10-15 : démence modérément sévère
- 3-9 : démence sévère
- < 3 : démence très sévère

Annexe V. Diagnostics infirmiers, interventions et résultats

« La démarche de soins correspond à la façon dont l'infirmière organise les soins des individus, des familles, des groupes et des collectivités » (NANDA-I, p.78). Ce procédé fait intervenir le jugement clinique. L'infirmière collecte les données et les organise sous forme de problèmes hiérarchisés. Ces problèmes et besoins ont été définis et classifiés comme « *diagnostics infirmiers* ». Ils confèrent un cadre théorique à la démarche de soins et offrent la possibilité d'un langage commun.

Les interventions infirmières correspondent aux diagnostics infirmiers et doivent être sélectionnées en fonction des besoins en soins de la personne. Les résultats infirmiers permettent d'objectiver l'efficacité des actions menées.

Ici, nous avons choisi cinq diagnostics infirmiers qui semblent prioritaires dans les situations de prise en soins d'un résident de NH présentant un risque suicidaire : risque de suicide, isolement social, douleur chronique, anxiété, chagrin chronique. Ces diagnostics infirmiers reflètent les facteurs du risque suicidaire. A l'usage des infirmières, nous avons sélectionné pour chacun de ces diagnostics les caractéristiques, facteurs favorisants et/ou facteurs de risque, puis nous avons proposé des interventions de soins qui s'appliquent au contexte des soins en NH. Les résultats indiqués correspondent ici à des résultats attendus, ou objectifs de soins.

Risque de suicide			
Définition	« <i>Risque de s'infliger des blessures mettant la vie en danger</i> » (NANDA-I, p.489)		
Caractéristiques	Facteurs favorisants (p.489)	NIC ¹⁶ (p.955)	NOC ¹⁷ (p.684)
	Tentative antérieure de suicide Achat d'une arme à feu Personne vivant seule Perte d'autonomie ou d'indépendance Maladie ou troubles psychiatriques Age Sexe masculin Divorcé, veuf Isolement social Douleur chronique	Prévention du suicide Aide au travail de deuil Amélioration à la capacité d'adaptation Amélioration du sentiment de sécurité Consultation psycho-sociale Diminution de l'anxiété Intervention en situation de crise Présence Surveillance : sécurité Technique d'apaisement Gestion de la médication	Bien être personnel Adaptation à un changement de milieu Autocontrôle de la dépression et des idées suicidaires Espoir Soutien social Travail de deuil Fonctionnement de la famille Contrôle de la douleur Autogestion de la maladie chronique Contrôle des risques : consommation d'alcool Détections des risques Estime de soi

¹⁶ Toutes les références NIC renvoient à : Bulechek, J. M., Butcher, H. K., McCloskey-Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2012). *Nursing Interventions Classification* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

¹⁷ Toutes les références NOC renvoient à : Moorhead, S. Johnson, M., Maas, M. & Swanson (2013). *Nursing outcomes classification* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby, Inc.

Isolement social			
Définition	« <i>Expérience de solitude que la personne considère comme imposée par autrui et qu'elle perçoit comme négative</i> » (NANDA-I, p.522)		
Caractéristiques (p.522)	Facteurs favorisants (p.522)	NIC (p.912-913)	NOC (p.622)
Etat d'ennui et de tristesse Humeur taciturne, replis sur soi, regard fuyant Handicap physique ou mental ou signes d'altération du bien être Sentiment d'être rejeté Absence de but significatif dans la vie ou but inadéquat Absence de soutien de personnes considérées comme importantes Hostilité dans la voix et le comportement	Altération de l'apparence physique, altération de l'état mental Altération du bien être Ressources personnelles insuffisantes Incapacité de s'engager dans des relations personnelles satisfaisantes Comportement et valeur sociale non acceptés	Amélioration de l'estime de soi Amélioration de la socialisation Elargissement du réseau de soutien Facilitation des visites Présence Soutien psychologique Arthérapie, groupe de soutien	C : Gravité de la solitude Aptitudes aux relations sociales Niveau d'anxiété sociale Participation à des loisirs Soutien social FF : Capacités cognitives Adaptation à un changement de milieu Communication Etat de santé personnel Estime de soi Image corporelle

Douleur chronique			
Définition	« <i>Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion (association internationale pour l'étude de la douleur). Le début est brusque ou lent ; l'intensité varie de légère à sévère ; elle est constante ou récurrente ; l'arrêt est imprévisible ; la durée est supérieure à 6 mois.</i> » (NANDA-I, p.519)		
Caractéristiques (p.519)	Facteurs favorisants (p.519)	NIC (p.880)	NOC
Expression verbale ou d'après un code (ex : échelle de la douleur), ou comportements observés Agitation Dépression Difficultés à poursuivre	Invalidité physique ou psychosociale chronique	EVA Administration d'analgésiques Amélioration de la capacité d'adaptation Application de chaleur ou de froid	C : Contrôle de la douleur/symptômes Bien être personnel /physique Qualité de vie Niveau d'agitation Niveau d'état dépressif

les activités antérieures Autoprotection Défense		Massage/relaxation Conduite à tenir face à la douleur Aménagement du milieu ambiant Ecoute active Surveillances des signes vitaux	et autocontrôle FF : Connaissance : gestion de la douleur Adaptation psychosocial : transition de la vie Autogestion : Maladie chronique
--	--	---	--

Anxiété			
Définition	« Vague sentiment de malaise, d'inconfort ou de crainte accompagnée d'une réponse du système nerveux autonome ; sa source est souvent non spécifique ou inconnue pour la personne. Sentiment d'appréhension généré par l'anticipation du danger. Il s'agit d'un signal qui prévient d'un danger, imminent et qui permet à l'individu de réagir face à la menace. » (NANDA-I, p.393)		
Caractéristiques (p.393)	Facteurs favorisants (p.393)	NIC (p.850)	NOC (p.588)
Diminution de la productivité Hypervigilance Contact visuel difficile Prise des constantes Insomnie Angoisse Irritabilité Déresse Inquiétude	Besoins non satisfaits Risque de mort Abus de drogues/ d'alcool Changement ou risque de changement : dans le statut, l'état de santé, les modes d'interactions, la fonction l'environnement et le statut économique Conflit inconscient face aux valeurs et aux buts fondamentaux de la vie	Amélioration de la capacité d'adaptation Conduite à tenir en face d'une démenche Technique d'apaisement (relaxation, musicothérapie) Présence Thérapie de validation	C : Autocontrôle de l'anxiété Autocontrôles des altérations de la pensée Etat des signes vitaux Prise de décision Sommeil Stratégies d'adaptation (coping) FF : Acceptation de son propre état de santé Adaptation à un changement de milieu Aptitudes aux relations sociales Santé spirituelle

Chagrin chronique			
Définition	« Schéma cyclique récurrent et potentiellement évolutif de tristesse, vécu par la personne (parent, aidant naturel ou individu atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap), en réaction à des pertes au long de la trajectoire d'une maladie ou d'une déficience. » (NANDA-I, p.396)		
Caractéristiques (p.396)	Facteurs favorisants (p.396)	NIC (p.855-856)	NOC (p.591)
Sentiments périodiques d'intensité variable qui peuvent évoluer, s'accroître et empêcher la personne d'atteindre un plus haut niveau de bien être personnel et social Expression de sentiments périodiques et récurrents de tristesse Expression d'un ou plusieurs sentiments suivants : dépression, vide, peur, perte d'espoir, solitude, diminution de l'estime de soi...	Expérience d'une maladie physique ou mentale ou de déficiences Expérience d'un ou plusieurs événements déclenchant (ex : crises liées à la prise en charge de la maladie)	Aide à la croissance spirituelle Aide au travail de deuil Amélioration de la capacité d'adaptation et de la socialisation Consultation psycho-sociale Insufflation d'espoir Humour	C : Capacité cognitive Gravité de la solitude Aptitude aux relations sociales Espoir/résolution de la culpabilité Bien être personnel Autocontrôle de la dépression Régulation de l'humeur FF : Santé spirituelle Résilience individuelle Autogestion : maladie chronique Qualité de vie

Annexe VI. Fact sheet : recommandations de bonnes pratiques

h e d s

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

FACTSHEET Brandtner, Y., Payré, M., Peyrot, M., Vulliet, C. (2015) – Bachelor Soins Infirmiers

Prévention du risque suicidaire chez les personnes âgées en EMS

Résumé

Le **suicide** est un problème majeur de santé publique en Suisse, où le taux de suicide est élevé. Le vieillissement de la population entraîne une demande croissante de soins en établissements médico-sociaux (EMS). Les **personnes âgées** présentent un haut **risque suicidaire**, en lien avec des **facteurs de risque** spécifiques. Une revue synthétique de la littérature nous a permis, dans le cadre de notre travail de bachelor, de dégager les enjeux liés au risque suicidaire chez la personne âgée institutionnalisée ainsi que des pistes de **prévention** et des recommandations de bonnes pratiques basées sur le **modèle de l'adaptation** de Roy.

Suicide et comportements suicidaires

Le **suicide** abouti désigne le fait de mettre fin à ses jours de manière consciente et délibérée. L'**idéation suicidaire** renvoie au désir actif ou passif de se donner la mort.

Si, dans les EMS, les suicides aboutis sont rares, les **idéations suicidaires** sont **fréquentes** et doivent être dépistées, ainsi que des solutions proposées.

Références

Hugonot-Diener, L. (2014). *Guide pratique de la consultation en gériatrie* (3e éd.). Issy-les-M.: Esclavier-Masson.

NANDA International, & Herdman, T. H. (2012). *NANDA International Nursing diagnoses: Definitions and classification 2012-14*. Chichester, U.K.; Ames, Iowa: Wiley-Blackwell.

Office fédéral de la Santé Publique (2005). *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer*.

Accès : <http://www.parspas.ch/download-20-Rapport-Widmer---2005.html> (consulté le 8 mai 2015).

Roy C., (2009). *The Roy Adaptation Model* (3e éd.). Upper Saddle River (NJ) : Pearson.

Voyer P., (2011). *L'examen clinique de l'ainé- Guide d'évaluation et de la surveillance clinique*. Saint Laurent (QC) : ERPI

Renforcer les facteurs protecteurs

- **Renforcer le lien** entre l'équipe soignante et le réseau familial ou des proches.
- Faire appel au **réseau spirituel** si la personne en ressent le besoin (aumôniers, bénévoles).
- Renforcer l'**auto-efficacité** en incluant activement dans le projet de soins.
- Renforcer les mécanismes de **coping** : accompagner le travail de deuil et les remaniements identitaires.
- Lors de l'entrée, évaluer la personne avec la Mini Geriatrics Scale (GDS-4), réévaluer aux 3 mois jusqu'au 6^{ème} mois.
- Eviter l'accès à des endroits hauts pour les personnes âgées à risque suicidaire

La dépression : Facteur de risque principal du suicide chez les personnes âgées (DSM-V)

Dans l'épisode dépressif majeur, doivent être présents pendant au moins deux semaines, cinq critères ou plus parmi ceux énumérés ci-dessous (au moins l'un parmi 1. et 2.) :

1. Humeur dépressive
2. Anhédonie, perte d'intérêt
3. Gain ou perte de poids, perte d'appétit
4. Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie)
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur
6. Asthénie, perte d'énergie
7. Sentiment excessif et injustifié de culpabilité
8. Difficultés attentionnelles, indécision
9. Idées de mort récurrentes, idées suicidaires avec ou sans plan de passage à l'acte.

Stratégies préventives en lien avec le modèle de l'adaptation (Roy, 2009) - Synthèse

Mode d'adaptation (Diagnostic infirmier prévalent – NANDA-I)	Facteurs de risques	Stratégies
Mode Physiologique (Douleur chronique)	Dépression Maladies chroniques chroniques Antécédents de troubles psychiatriques	Evaluation de la dépression avec l'échelle GDS-4 ou CSDD, à l'entrée, après 3 mois d'institutionnalisation, après 6 mois de résidence Evaluation de la douleur à l'aide des échelles EVA ou Doloplus pour les personnes non communicantes Avoir un regard clinique vigilant sur les personnes ayant eu des antécédents psychiatriques. Examen clinique physique et mental => Objectiver les observations et le jugement clinique
Mode de l'interdépendance (Chagrin chronique)	Réduction de l'autonomie et de l'indépendance fonctionnelle Deuils liés au vieillissement normal et pathologique	Faire appel au réseau de proches et aux bénévoles Accompagner la personne dans ses deuils Toucher-massage
Mode de fonction de rôle (Isolement social)	Sentiment d'auto-inefficacité Sentiment de solitude Genre masculin	Inclure au maximum la personne dans les soins, selon ses capacités Être plus attentif aux personnes de genre masculin
Mode du concept de soi (Risque de suicide)	Annnonce d'un diagnostic de démence Dépression	Renforcer les stratégies de <i>coping</i> Encourager les activités qui donnent du plaisir, valoriser les goûts personnels.

Annexe VII. Fiche de lecture : analyse critique d'une étude transversale

Titre, auteurs	Suominen, K., Henriksson, M., Isometsä, E., Conwell, Y., Heilä, H., Lönnqvist, J. (2003). Nursing home suicides – A psychological autopsy study.
Revue professionnelle	International Journal of Geriatric Psychiatry 18 : 1095-1101 Impact factor : 3.086
Contexte	Les personnes âgées commettent 20% de tous les suicides. La population vieillit et la demande pour les NH est croissante. Il existe peu de données concernant les suicides en NH. Les données ont été récoltées en 1988 et l'étude a été publiée en 2003, mais pas de changement majeur dans le contexte des NH au cours des vingt dernières années.
Concepts	Suicides aboutis en NH. Personnes âgées de 65 ans et plus.
Objectifs de l'étude	Décrire tous les suicides survenus en NH sur une période de 12 mois et dégager les facteurs de risques.
Méthodologie	Etude transversale, autopsie psychologique. Tous les suicides survenus en Finlande ont été examinés et des diagnostics psychiatriques rétrospectifs ont été attribués aux personnes âgées qui se sont suicidées en NH sur la base des critères DSM-IV. Analyse des données selon statistique descriptive.
Résultats principaux	12 personnes se sont suicidées en NH (n=12), dont l'âge moyen était 76.1 ans (± 5.7). Cela représente 0.9% de tous les suicides (n=1397). 9 parmi ces personnes étaient des hommes. 42% étaient entrés en NH au cours de l'année précédant le suicide. 75% ont reçu un diagnostic de dépression majeure et tous ont reçu au moins un diagnostic psychiatrique, mais 67% n'avaient jamais reçu de traitement au cours de leur vie. 4 personnes avaient déjà tenté de se suicider, et 4 personnes avaient fait part de douleurs chroniques.
Discussion/conclusion	Les personnes âgées de 65 ans et plus qui se suicident en NH souffrent toutes d'importantes comorbidités somatiques et psychiques. La dépression est le principal facteur du risque suicidaire. C'est une pathologie que l'on peut dépister et traiter.
Recommandations	Dépister et traiter les troubles psychiatriques. Porter une attention particulière aux hommes.
Limites	Biais liés à l'autopsie psychologique : données rapportées indirectement, pas d'échelles psychométriques. Critères stricts du DSM-IV : sous-évaluation des troubles psychiatriques. Données anciennes : est-ce que l'évolution en cours dans les NH va correspondre aux données recueillies ? Petit échantillon : résultats qui doivent être extrapolés avec précaution. Pas de considération des tentatives de suicide et des équivalents suicidaires.

Annexe VIII. Fiche de lecture : analyse critique d'une revue systématique

Titre, auteurs	Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M.C., Choi, M. (2014). Suicide in long-term risk facilities : a systematic review.
Revue professionnelle	International Journal of Geriatric Psychiatry 29 : 1198-1211 Impact factor : 3.086
Contexte	Le risque suicidaire est plus élevé chez les personnes âgées, mais on sait peu de choses sur les suicides qui surviennent en NH. Etude réalisée aux Etats-Unis, dont le contexte est plutôt similaire à celui de la Suisse.
Concepts	<i>Nursing home</i> : nécessité d'avoir une vue d'ensemble du contexte socio-sanitaire. Facteurs protecteurs Facteurs de risque Epidémiologie descriptive et analytique Les MeshTerms utilisés par les auteurs correspondent à nos principaux concepts de recherche.
Objectifs de l'étude	Décrire l'épidémiologie du suicide et des idéations suicidaires chez les résidents des NH au cours des 25 dernières années.
Méthodologie	Quatre bases de données (dont PubMed) ont été consultées. Critères d'inclusion : population d'adultes âgés, vivant en résidence médicalisée, comportement suicidaire. Parmi les 4037 articles proposés par les bases de données, 37 ont été soumis à une analyse critique. Les points examinés sont l'épidémiologie du comportement suicidaire, les facteurs de risque, les facteurs protecteurs et les interventions de prévention.
Résultats principaux	Les idéations suicidaires sont fréquentes (jusqu'à 61% selon les auteurs). En NH, les méthodes les plus employées sont la pendaison et la défenestration. Facteurs du risque suicidaire : genre masculin, dépression, veuvage au cours de l'année écoulée, cognition préservée, déclin fonctionnel. Peu d'études portent les caractéristiques environnementales propres à l'institution (turn-over du personnel, moyens financiers...). Il existe peu d'études portant sur les interventions de prévention, et aucune n'examine les impacts qu'ont eu des stratégies.
Discussion/conclusion	La diversité terminologique pour décrire les phénomènes liés au risque suicidaire rend difficile une lecture commune des études. Le suicide abouti est rare en NH, mais les idéations suicidaires sont fréquentes. Les facteurs du risque suicidaire sont les mêmes pour les personnes institutionnalisées et pour celles qui vivent dans la communauté.
Recommandations	Etudier les facteurs protecteurs (rôle protecteur de l'institution elle-même) et les effets des stratégies de prévention du suicide. Etudier l'incidence des conditions environnementales sur le risque suicidaire.
Limites	Les données ont été collectées sur une très longue période. Pas de description des échelles cliniques utilisées par les auteurs. Pas de description du rôle protecteur que peuvent avoir les professionnels de santé qui travaillent dans les NH.