

***Repérer les personnes âgées à risque de suicide :
une évaluation des instruments à l'usage de
l'infirmière à domicile***

Travail de Bachelor

Kabbaj Sonia, N°10314342

Marques José Marlène, N°16871915

Directrice : Ludwig Catherine – Professeure associée HES
Membre du jury externe : Dubois Sophie – Infirmière spécialiste clinique (imad)

Genève, 19 juillet 2019

DECLARATION

« 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 ».

Fait à Genève, le 19 juillet 2019

Sonia Kabbaj



Marlène Marques José



RESUME

Thématique : La personne âgée expérimente des pertes et des changements qui peuvent l'affecter au niveau biologique, psychologique, social et spirituel. La personne âgée met alors en place des stratégies d'adaptation qui sont parfois insuffisantes, ce qui peut l'amener à développer un comportement suicidaire.

Problématique : Le nombre de suicides non-assistés augmente avec l'âge. Bien qu'il existe des signes avant-coureurs, ces derniers sont trop souvent associés aux signes du vieillissement ce qui est un obstacle dans la détection du risque suicidaire. La politique en Suisse favorise le maintien à domicile. L'infirmière allant à la rencontre des personnes âgées doit être capable de détecter ces signes avant-coureurs grâce, notamment, à l'utilisation d'un outil de dépistage. L'objectif du présent travail est d'évaluer les caractéristiques d'outils disponibles à ce jour – la Beck Hopelessness Scale, la Scale for Impact of Suicidality : Management, Assessment and Planning of care et la Nurses' Global Assessment of Suicide Risk – et d'évaluer leurs caractéristiques dans la perspective d'une utilisation par les infirmières en pratiques domiciliaires.

Résultats : Six articles ont été retenus (cinq études quantitatives corrélationnelles et une étude quantitative descriptive) pour répondre à la question de recherche. Ils permettent de caractériser les outils qui mettent en avant les facteurs de risque suicidaire prédominants et les facteurs protecteurs qui contribuent à diminuer ce risque.

Discussion : L'échelle SIS-MAP prend en compte plusieurs facteurs de risque suicidaire et se détache des deux autres échelles par sa capacité à intégrer les facteurs protecteurs dans les scores obtenus. Elle propose également des pistes pour la prise en soins. Il est ainsi aisé de faire le lien avec la théorie de l'auto-transcendance de Pamela Reed qui permet de surpasser les difficultés en identifiant les ressources de la personne.

Mots-clés :

Suicide / Suicidaire ; Personne âgée / Aged ; Auto-transcendance / Self-transcendance ; Prévention / Preventive care ; Domicile / Home care

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier les personnes qui nous ont permis de mener à bien notre travail de Bachelor.

Un grand merci à notre directrice de travail de Bachelor, Madame Catherine Ludwig, pour son soutien, sa disponibilité et ses précieux conseils qui nous ont permis d'élaborer ce travail. Son expertise dans la recherche et son regard critique nous ont été bénéfiques tout au long de ce processus.

Nous remercions également Madame Sophie Dubois, jury de soutenance, pour l'intérêt porté à notre travail et pour le temps qu'elle y a consacré.

Nous voudrions aussi remercier les différents enseignants de la Haute École de Santé pour les cours dispensés durant le module de recherche dans lequel s'inscrit le travail de Bachelor.

LISTE DES ABREVIATIONS

AIVQ	Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne
AQPS	Association Québécoise de Prévention du Suicide
ASSASD	Association Suisse de Services d'Aides et de Soins à Domicile
AVASAD	Association Vaudoise d'Aide et de Soins à domicile
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVQ	Activité de la Vie Quotidienne
BHS	Beck Hopelessness Scale
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health in Literature
CPS	Cognitive Performance Scale
DRS	Depression Rating Scale
EMS	Établissement Médico-Social
GSIS	Geriatric Suicide Ideation Scale
HEdS	Haute École de Santé - Genève
Imad	Institution genevoise de maintien à domicile
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MDS	Minimum Data Set
NGASR	Nurses' Global Assessment of Suicide Risk
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCSTAT	Office Cantonal de la Statistique
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PICOT	Patient Intervention Comparaison Outcome Temporalité
RAI-HC	Resident Assessment Instrument-Home Care
RFL	Reason For Living Inventory
RTS	Radio Télévision Suisse
SASD	Service d'Aide et de Soins à Domicile
SIS	Scale for Suicide Ideation
SIS-MAP	Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of care

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Mots-clés identifiés et leur traduction dans HeTop	36
Tableau 2. PICOT identifié en français et traduction des mots Mesh Terms.....	37
Tableau 3. Équations de recherche utilisées pour chacune des trois échelles avec les articles identifiés et retenus.....	37
Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique.....	42
Tableau 5. Tableau comparatif des concepts évoqués par chacune des trois échelles en lien avec les dimensions de Reed.....	65
Tableau 6. Items du MDS pouvant être utilisés pour un repérage du risque suicidaire en lien avec ceux de la SIS-MAP.....	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Les cinq étapes d'utilisation du RAI-HC Suisse.....	21
Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.....	40

TABLE DES MATIERES

Déclaration.....	i
Résumé	iii
Remerciements.....	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures	vi
Table des matières.....	vii
Préambule	ix
1. Introduction.....	1
1.1. État des connaissances	1
1.1.1. Le suicide chez la personne âgée.....	6
1.1.2. Les facteurs de risque du suicide	8
1.1.3. Les facteurs protecteurs.....	16
1.1.4. Les soins à domicile.....	18
1.1.5. Les outils de dépistage	22
1.2. La théorie intermédiaire de l’auto-transcendance de Pamela Reed.....	23
1.2.1. Ancrage disciplinaire	23
1.2.2. Modèle théorique	24
1.2.3. Métaconcepts	27
1.3. Problématique.....	29
1.4. Question de recherche	31
2. Méthode	31
2.1. Méthodologie de recherche documentaire.....	36
3. Résultats.....	41
3.1. Tableau comparatif	41
3.2. Éléments à retenir en lien avec la question de recherche.....	51
3.3. Analyse critique des articles retenus.....	52
3.3.1. Scale for Impact of Suicidality : Management, Assessment and Planning of care (SIS-MAP).....	53
3.3.2. Beck Hopelessness Scale (BHS).....	55

3.3.3.	Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR).....	56
4.	Discussion	58
4.1.	Synthèse des résultats.....	58
4.2.	Ancrage disciplinaire	63
4.2.1.	Modèle infirmier.....	63
4.2.2.	Rôles infirmiers.....	67
4.3.	Recommandations.....	69
4.3.1.	Recommandations pour la pratique.....	69
4.3.2.	Recommandations pour la formation.....	74
4.3.3.	Recommandations pour la recherche.....	75
5.	Conclusion	76
5.1.	Apports et limites du travail	77
5.1.1.	Apports du travail	77
5.1.2.	Limites du travail	78
6.	Références.....	80
7.	Annexes	88
7.1.	Récapitulatif des échelles évaluant le risque suicidaire présentées dans le guide de Perlman et al. (2011).....	88
7.2.	Beck Hopelessness Scale (Beck & Steer, 1988).....	91
7.3.	Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (Cutcliffe & Barker, 2004).....	92
7.4.	Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of care (Nelson, Johnston & Shrivastava, 2010).....	93
7.5.	Version courte de la Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment, planning of care (Johnston, Nelson & Shrivastava, 2013).....	99

PREAMBULE

Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans augmente considérablement et les individus appartenant à cette tranche de la population occupent une grande place dans la société.

Nos quatre années de formation au sein de la Haute École de Santé de Genève nous ont introduites au monde de la santé de manière théorique et pratique, notamment par les nombreux stages réalisés. Ces périodes de formations pratiques nous ont permis de nous confronter à la réalité du terrain. A l'exception du service de pédiatrie, les personnes âgées sont des patients que l'on retrouve dans tous les départements de soins de l'hôpital. Au fil de la vie et des années, cette population est plus à risque de développer certaines maladies et syndromes qui apparaissent avec le vieillissement. Leur prise en soins est donc un défi qui nécessite une connaissance adéquate de la part des soignants.

Nous nous sommes donc penchées sur les caractéristiques du vieillissement, l'épidémiologie entourant cette tranche d'âge et nous sommes rendues compte, avec surprise, que les personnes âgées représentent, avec les jeunes adultes, la catégorie la plus touchée par le suicide non-assisté. Une information qui tend à être trop méconnue et ignorée.

Dans ce contexte, nous avons donc construit une problématique de recherche en lien avec le dépistage du risque suicidaire chez la personne âgée afin de prévenir un passage à l'acte dans l'environnement domiciliaire.

1. INTRODUCTION

Ce travail aborde la problématique du suicide chez les seniors et plus particulièrement le dépistage du risque suicidaire chez les personnes bénéficiant de prestations de soins à domicile, dispensées par des infirmières. Il vise donc à fournir des pistes de prise en soins et à sensibiliser les professionnels de la santé au travers d'une analyse critique d'articles issus d'une revue partielle de littérature.

Dans un premier temps, il fait état des connaissances en lien avec la personne âgée en Suisse, en apportant des notions épidémiologiques et de définition avant d'évoquer les enjeux qui apparaissent avec l'avancée dans l'âge. Il établit ensuite la problématique du suicide chez les aînés, ainsi que les facteurs de risque et protecteurs qui y sont associés, avant d'introduire les soins à domicile à Genève.

Il expose dans un second temps la théorie intermédiaire de l'auto-transcendance de Pamela Reed qui découle sur notre question de recherche. L'analyse d'articles scientifiques testant la légitimité de trois échelles de dépistage du risque suicidaire nous a permis de récolter des éléments de réponse qui ont mené à l'ébauche d'une discussion et à la construction de recommandations.

1.1. État des connaissances

Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 12 % de la population mondiale et ce chiffre s'apprête à doubler en passant à 22% d'ici 2050 (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). On parle de 900 millions d'individus en 2015 pour deux milliards en 2050 (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

Ces chiffres s'expliquent par divers phénomènes. Premièrement, l'être humain, qu'il soit homme ou femme, vit plus longtemps. En Suisse, en 1981, l'espérance de vie à la naissance pour une femme était de 79,2 ans pour 85,4 ans en 2017. Pour l'homme, elle est passée de 72,4 ans à 81,4 ans (Office Fédéral de la Statistique, 2018). Ces chiffres se confirment par l'espérance de vie à 65 ans qui est en 2017 pour une femme de 22,5 ans et pour un homme de 19,7 ans (Office Fédéral de la Statistique, 2018). Ils sont notamment associés au recul des maladies infectieuses depuis les années 1920 et à la révolution cardio-vasculaire à partir des années 1970. Les progrès réalisés dans le domaine des soins cardiaques ont permis une nette diminution du nombre de décès dû à une pathologie de

l'appareil circulatoire chez les hommes. En effet, en 1970, sur 100'000 hommes, 390 décédaient de maladies vasculaires contre 100 en 2015 (Office Fédéral de la Statistique, 2018). Cela est notamment dû à l'apparition de la médecine préventive qui, dans sa forme primaire, préconise une attention particulière au mode de vie (pratiquer une activité physique régulière, favoriser une alimentation saine, etc.) et dans sa forme secondaire a permis le développement de nouveaux traitements (The Beat, 2011).

Deuxièmement, le taux brut de natalité pour 1000 personnes a fortement diminué le siècle passé pour atteindre aujourd'hui son taux le plus bas. Si en 1910 il était de 25, il est en 2015 à 10 (Office Fédéral de la Statistique, 2018). Le recul de la natalité et une espérance de vie plus longue favorisent donc un vieillissement de la population.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2017) considère qu'une personne est « âgée » si elle a plus de 60 ans. C'est un âge sociologique car il correspond à la cessation d'activité professionnelle. En Suisse, l'âge de la retraite est cinq ans plus tard. Néanmoins, ce chiffre ne peut définir entièrement une catégorie de personnes qui, en son sein, présente un écart d'âge de près de 52 ans, le doyen de l'humanité étant âgé de 112 ans (Radio Télévision Suisse, 2018) ! Dans ce contexte, il est difficile de parler d'une seule classe d'âge, le « troisième âge », pour désigner une population qui regroupe plusieurs générations. Lalive d'Epinay et Spini (2008) distinguent ainsi les jeunes-vieux (65-74 ans), les vieux-vieux (75-84 ans) et les très vieux ou vieillards (85 ans et plus).

Le vieillissement est un processus biologique normal qu'il est important de définir car bien souvent, on lui attribue à tort les symptômes de maladies fréquentes chez les personnes âgées. Belmin et Mariani (2009) l'expliquent ainsi :

Le vieillissement d'un organisme peut être défini comme un processus physiologique concourant à l'ensemble des modifications physiologiques durables survenant après la phase de maturité. La notion de physiologie exclut les modifications induites par les maladies. Le vieillissement a pour caractéristiques d'être progressif, universel, et classiquement inéluctable et irréversible, même si aujourd'hui il apparaît comme modulable pour certains aspects (p.9).

Le risque de développer un handicap augmente avec l'âge (Belmin, 2009) et la vieillesse est caractérisée par des états de santé qui ne s'apparentent pas à une maladie distincte. On

peut citer les notions de vulnérabilité et de fragilité (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

La fragilité est un syndrome clinique gériatrique multidimensionnel et caractérisé par une diminution de la réserve et de la résistance aux facteurs de stress (Rodríguez-Mañas et al., 2013). Selon certains modèles, elle implique des composantes psychologiques, sociales, émotionnelles, spirituelles et physiques et l'altération de différents systèmes (Rodríguez-Mañas et al., 2013). La fragilité augmente la vulnérabilité des aînés chez lesquels le moindre stress est alors susceptible de causer une déficience fonctionnelle.

La fragilité est un syndrome qui peut être réversible ou atténué par diverses interventions, comme pratiquer une activité physique régulière ou favoriser une alimentation équilibrée et adaptée aux besoins de la personne (Rodríguez-Mañas et al., 2013).

Une personne devient vulnérable lorsque l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont touchées (Monod & Sautebin, 2009). Quatre facteurs de risque chez la personne âgée vulnérable sont identifiés : la dépendance fonctionnelle, la perte d'autonomie, la précarité sociale (isolement, pauvreté) et la limitation de l'accès aux soins (Monod & Sautebin, 2009).

- La dépendance fonctionnelle est l'incapacité d'accomplir des activités physiques et mentales dans le cadre des activités de la vie quotidienne (AVQ). En Suisse, il est estimé à 10 % le nombre de personnes de plus de 65 ans bénéficiant d'aide pour les AVQ et à 20% pour les personnes âgées entre 75 ans et 94 ans (Monod & Sautebin, 2009). Les pathologies associées sont de type cardiovasculaires, accident vasculaire cérébral (AVC), fracture de la hanche, arthrose et troubles cognitifs. La dépendance qui en résulte peut affecter la dignité et l'intégrité de la personne, notamment dans les soins d'hygiène qui sont intrusifs et touchent à la sphère intime (Monod & Sautebin, 2009).
- La perte d'autonomie empêche la personne de choisir pour elle-même. Une tâche qui incombe alors une personne tierce. Par exemple, lorsqu'une personne souffre de démence, elle est à risque de perdre sa capacité de discernement. Cela dépend de la sévérité de l'atteinte cognitive. D'autres facteurs, tels que la perte de contrôle sur soi, l'isolement, la perte des cadres de référence habituels (hospitalisation) peuvent également porter atteinte à l'autonomie (Monod & Sautebin, 2009).
- La précarité sociale en Suisse regroupe l'isolement social et la pauvreté. L'isolement social peut être la conséquence d'une santé physique ou mentale

appauvrie. En raison d'absence de descendance ou d'enfants incapables de gérer les soins, pour des raisons professionnelles et familiales ou au regard de leur âge avancé (lié à l'augmentation de l'espérance de vie), le manque de soutien intergénérationnel augmente le recours aux prestations médico-sociales. Ainsi, 24% des personnes de plus de 80 ans en bénéficient (Monod & Sautebin, 2009).

- La limitation de l'accès aux soins est liée en partie aux coûts qu'engendrent une réadaptation ou des soins de longue durée comme pour les personnes avec une maladie chronique. Les personnes ayant un faible niveau d'intégration sociale sont aussi à risque de limitation des soins. En effet, le manque de ressources financières est présent en Suisse puisque 27% des personnes âgées touchent une retraite inférieure à 2000 francs par mois et 50% perçoivent une retraite inférieure à 3000 francs par mois (Monod & Sautebin, 2009).

Ainsi, les personnes âgées deviennent plus vulnérables à cause des différents changements et pertes auxquels elles font face dans leurs transitions de vie et elles sont davantage isolées par la détérioration de leur capacité physique ou par la perte de proches (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Cependant, chaque personne ne vieillit pas de la même manière et toutes les personnes âgées ne sont pas vulnérables (Monod & Sautebin, 2009).

Il existe également des comportements discriminatoires auxquels les personnes âgées peuvent se heurter, ce qui ne facilite pas leur intégration à la société (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Ces attitudes sont définies par le terme « âgisme ». L'âgisme est une forme de discrimination à l'égard des personnes âgées infligée par des individus plus jeunes. Il est le reflet de leur propre peur de vieillir car ils associent le vieillissement à la notion de déclin, de maladie et d'impuissance (Bizzini, 2007).

Le vieillissement peut aussi être associé à des événements comme le départ en retraite, pour les jeunes-vieux ou l'emménagement en établissement médico-social (EMS), pour les vieux-vieux ou plus. Pour certains, ces transitions de vie sont difficiles à accepter. Ils ne parviennent pas à s'adapter aux changements de leur corps ou de leur environnement, par exemple (Charazac-Brunel, 2014). Pourtant, vieillir n'est pas toujours synonyme de pertes et de maladies. L'âge de la retraite est pour certains l'opportunité de commencer

de nouvelles activités ou de prendre le temps de s'adonner pleinement à des hobbies (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

L'avancée en âge peut soulever des questionnements existentiels sur le sens de la vie et la place de la personne dans la société. Ces questionnements surviennent généralement avec l'annonce d'une maladie qui modifie les relations avec l'entourage et les habitudes de vie. Ils peuvent également apparaître lors d'une transition de vie qui comprend des changements liés au vieillissement pouvant être associés à des pertes (diminution des capacités, modification de l'apparence physique ou encore changement de rôle) et plus particulièrement celle de l'autonomie (Charazac-Brunel, 2014). Cette dernière permet d'avoir un contrôle sur la vie, une capacité d'autodétermination et de prendre des décisions pour soi, quelle que soit la dépendance physique.

La vieillesse n'est pas synonyme d'une mort proche. Elle est, au contraire, l'opportunité de se développer sur la base de nouveaux changements et créer ainsi de nouveaux objectifs de vie (Association pour le développement des soins palliatifs Ouest Hérault, 2016). Les transitions de vie marquent le passage d'une phase de vie ou d'un statut vers un autre. Elles sont complexes, multidimensionnelles, constantes dans le temps et entraînent des changements d'identité, de rôle, dans les relations, de capacité et d'habitudes (Charazac-Brunel, 2014). Les conditions de transitions de vie sont influencées par les perceptions et les significations que la personne donne à des situations de santé ou de maladie. Cependant, chaque changement dans la vie d'une personne ne peut être défini comme une transition de vie (Allgood & Tomey, 2010).

Toute personne expérimente une transition de vie de manière singulière. Bien que l'avancée en âge ne puisse être stoppée, il est toutefois possible d'agir partiellement sur les dimensions physiques et psychologiques. En effet, la manière dont une personne âgée prend soin de son corps et de son esprit (au travers, par exemple, de lectures ou d'exercices de mémoire) influence son vieillissement et les expériences de transition de vie qui en découlent (Charazac-Brunel, 2014). Avec l'avancée en âge, le génome humain accuse un nombre croissant de gènes détériorés ou dysfonctionnels (Baltes, 1997). Afin de pallier, entre autres, à ces problèmes biologiques, Paul et Margaret Baltes (1990) proposent un modèle de développement adaptatif pour tous les âges de la vie : la sélection, l'optimisation et la compensation. La sélection consiste à choisir un but afin de canaliser

ses ressources dans un nombre restreint de domaines. L'optimisation représente les moyens mobilisés pour atteindre cet objectif. Enfin, la compensation désigne de nouvelles ressources ou moyens utilisés pour pallier à des pertes ou des blocages empêchant la réalisation du but (Freund & Baltes, 2003). Une personne âgée peut présenter des objectifs (sélection) en lien avec les changements engendrés par le vieillissement. Selon Baltes (1997), si ces personnes parviennent à mobiliser des ressources internes, externes (optimisation) ou nouvelles (compensation) pour atteindre leurs buts, alors elles parviennent à s'adapter aux faiblesses liées au vieillissement tout en développant de nouvelles ressources et compétences. Ce modèle favorise ainsi un développement réussi et continu (Freund & Baltes, 2003).

1.1.1. Le suicide chez la personne âgée

Le « suicide » découle du latin *sui caedere* signifiant se tuer. Il résulte donc d'un acte d'autodestruction qui ne peut être défini comme une maladie (Office Fédéral de la Santé Publique, 2016). C'est un phénomène mondial qui concerne tous les âges et l'OMS (2014) estime à plus de 800'000 le nombre de suicides chaque année. La Suisse n'est pas épargnée et compte en moyenne trois suicides non-assistés par jour, soit quatre fois plus que le nombre de décès liés aux accidents de la route, ce qui place le pays dans la moyenne européenne (Office Fédéral de la Santé Publique, 2016).

Le suicide est un processus complexe qui se caractérise par plusieurs phases : les idéations suicidaires, les intentions suicidaires, les comportements suicidaires indirects et les tentatives de suicide (Maris, Berman & Silverman, 2000). Ces dernières se définissent comme un comportement suicidaire n'entraînant pas la mort ou comme un acte d'automutilation, d'auto-intoxication ou d'auto-agression porté de manière intentionnelle ou non (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Le suicide, à tous les âges, traduit une détresse psychologique et un grand désespoir (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014). Il est la conséquence d'un mal-être, du sentiment de ne pas avoir d'autre alternative. La personne suicidaire n'arrive plus à faire face à ses problèmes et ayant déjà tenté de se sortir de sa souffrance par divers moyens, elle entrevoit le suicide comme la seule issue possible. Elle perd tout espoir d'amélioration et d'une vie meilleure. Ainsi, le suicide souvent vu comme la seule solution est en réalité une absence de choix (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014).

Le suicide est un acte violent qui peut également avoir de fortes répercussions sur les familles endeuillées. Certains affects comme la douleur, le désespoir ou la culpabilité peuvent durer des mois ou des années. La mort par suicide marque de manière violente la rupture du lien qui est alors perçu par la famille et les proches comme insuffisant, voire absent, car il n'a pas permis au suicidé de renoncer à ses idées suicidaires (Charazac-Brunel, 2014).

Bien que le suicide résulte d'un acte individuel, il impacte la société à différents niveaux en occasionnant des coûts directs et indirects (Office Fédéral de la Santé Publique, 2016). Les coûts directs comportent l'ensemble des frais médicaux, d'investigations policières, d'enquêtes judiciaires, d'analyses médico-légales, en travaux de nettoyage et les répercussions financières relatives au suicide accompli (Office Fédéral de la Santé Publique, 2016). Par exemple, dans le cas où un individu se suiciderait sur une voie ferrée, les retards et annulations engendrés par un tel acte occasionneraient des coûts supplémentaires à charge de la société. Les coûts indirects, en revanche, se traduisent par la perte de productivité de travail pour la société (Office Fédéral de la Santé Publique, 2016).

Dépister le risque suicidaire à travers des actions de prévention est donc important, aussi bien pour le bien-être des personnes concernées mais également, à plus haute échelle, pour réduire les différents coûts sociétaux. Consciente de l'ampleur du phénomène, l'Office Fédéral de la Santé Publique a mis en place, depuis 2017, un plan d'action inscrit dans le cadre de la stratégie du Conseil Fédéral Santé 2020 qui vise à prévenir le suicide en Suisse. L'objectif de ce plan d'action est de diminuer les suicides non-assistés de 25% d'ici 2030, permettant ainsi d'éviter près de 300 décès par année. Il concerne l'ensemble de la population, aussi bien l'entourage et les professionnels que les personnes présentant des facteurs de risque tels que des antécédents de tentatives de suicide (Office Fédéral de la Santé Publique, 2016).

Les principaux objectifs de ce plan se divisent en dix points visant à renforcer les ressources personnelles et sociales des individus de tout âge, fournir des informations et sensibiliser sur le suicide au travers d'une campagne de prévention, promouvoir l'utilisation des services d'aide et d'urgence, développer l'information sur le suicide et prévenir auprès des populations susceptibles de repérer un risque, fournir un suivi de soins rapide et adapté aux besoins des personnes à risque, diminuer l'accès aux méthodes et

moyens létaux et sensibiliser les journalistes afin qu'ils présentent le suicide avec respect et responsabilité (Office Fédéral de la Santé Publique, 2016).

Les idées reçues sur le suicide tendent à décrire un comportement déterminé, décidé, qu'il est difficile de modifier. Une étude menée en 1978 a mis en évidence que sur 515 personnes qui ont été retenues de sauter du pont Golden Gate à San Francisco, 25 seulement se sont suicidées durant les 26 années qui ont suivi cette tentative (Seiden, 1978). Cette étude met donc en exergue l'importance de la prévention et que le suicide et les comportements suicidaires relatifs sont évitables.

Mais qu'en est-il de la personne âgée ?

Les personnes âgées représentent la tranche d'âge la plus touchée par le suicide. Bien que l'envergure de cette tranche de la population (65 ans et plus) joue un rôle prépondérant, les chiffres démontrent malgré tout l'ampleur du phénomène chez les personnes âgées. Le taux de suicide augmente avec l'âge, aussi bien pour les femmes que pour les hommes avant de se stabiliser à 60 ans. Il s'intensifie à nouveau pour les hommes âgés de plus de 75 ans (Office Fédéral de la Santé Publique, 2016). En 2016, le taux brut total de suicides non-assistés en Suisse, hommes et femmes confondus, pour 100'000 habitants était de 19,2 pour les personnes âgées de 65 à 79 ans et 25,6 chez les plus de 80 ans, alors que chez les jeunes âgés de 15 à 34 ans ce taux était de 7,3 (Observatoire Suisse de la Santé, 2016). Il est toutefois important de relever que si les personnes âgées sont les plus nombreuses à mettre fin à leurs jours, c'est parce que leurs tentatives de suicide sont le plus souvent abouties (Garand, Mitchell, Dietrick, Hijjawi & Pan, 2006). En effet, sur quatre tentatives de suicide réalisées par des seniors, une mène à la mort. Chez les jeunes adultes, ce taux est d'un suicide pour 200 tentatives. Cela s'explique par différents facteurs : les personnes âgées ont une résistance physique moindre, elles sont davantage isolées socialement ce qui diminue leurs chances d'être secourues à temps, elles ont une plus grande détermination à mourir, elles donnent moins de signes avant-coureurs et elles utilisent des méthodes de mort plus violentes (Garand et al., 2006).

1.1.2. Les facteurs de risque du suicide

Il est important de distinguer les signes d'alarme qui précèdent l'acte suicidaire et les facteurs de risque qui augmentent la probabilité de passage à l'acte.

Les signes d'alarme sont caractérisés par la recherche de moyens létaux, l'expression d'un plan ou d'idées suicidaires, un sentiment de désespoir, de colère, une impulsivité dans les comportements à risque, une consommation excessive de substances, un isolement, des changements soudain d'humeur ou encore le fait de ne donner aucun sens à la vie (Perlman, Neufeld, Martin, Goy & Hildes, 2011).

Les facteurs de risques peuvent être intrinsèques, comme les antécédents suicidaires, la présence d'une maladie mentale ou physique chronique, ou extrinsèques à la personne comme le décès de son conjoint, l'isolement social ou des événements traumatiques antérieurs (Perlman et al., 2011).

L'OMS (2014), dans son rapport faisant un état des lieux du suicide au niveau mondial et promouvant la prévention, classe plusieurs facteurs de risque dans quatre grandes catégories. Celles-ci sont décrites ci-dessous.

La société :

- Une grande disponibilité et proximité de moyens pour se suicider (ex : armes à feu, voies ferrées, etc.)
- Des pratiques médiatiques inappropriées qui tendent à mettre en avant le suicide des célébrités, des méthodes de suicide inhabituelles ou encore des vagues de suicide et qui, par cet intérêt défavorable, vont parfois jusqu'à justifier le suicide comme un acte acceptable lors d'une crise ou d'une épreuve difficile. Internet et les réseaux sociaux sont également un facteur de risque car ils facilitent l'accès à des informations et à des images erronées du suicide, allant parfois jusqu'à l'encourager.
- Une stigmatisation associée à la demande d'aide en cas de tentatives de suicide ou de troubles mentaux ce qui empêcherait les personnes concernées d'avoir l'aide dont elles ont besoin. Cela va induire chez la personne une réaction dépressive, une perte d'estime de soi et une détérioration de sa qualité de vie (Bichsel & Conus, 2017).

La **communauté** :

- Les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits ont un impact destructeur sur le bien-être, la santé, le logement, l'emploi et la sécurité financière et peuvent ainsi augmenter le risque suicidaire.
- Le stress lié à l'acculturation et au déplacement de certains groupes vulnérables comme les peuples autochtones, les demandeurs d'asile, les réfugiés, les personnes incarcérées, déplacées de leur pays ou les immigrants qui développent un sentiment de dépression, d'isolement et de discrimination.
- La discrimination.
- Les traumatismes et les abus, qui touchent en partie l'état psychique de la personne, augmentent le risque de dépression et de comportements suicidaires chez ces personnes déjà vulnérables.

Les **relations interpersonnelles** :

- L'isolement est le sentiment pour une personne d'être déconnectée de son cercle social le plus proche et favorise l'implantation de la dépression, d'un sentiment de solitude et de désespoir. L'isolement apparaît lors du passage d'épreuves difficiles ou de périodes de stress psychologique.
- Les conflits relationnels ou relations malsaines, les mésententes ou pertes d'un proche.

Les **individus** :

- Les antécédents de tentatives de suicide sont un facteur de risque car la personne a déjà franchi la barrière une première fois et la franchir à nouveau est plus facile et demande moins d'étapes réflexives.
- Les troubles mentaux, comme la dépression, traduisent une souffrance psychique.
- Une perte d'emploi ou financière.
- Un désespoir lié à une perte de motivation et à des attentes pessimistes pour l'avenir.
- Les douleurs chroniques.
- La présence de facteurs génétiques et biologiques, au niveau du système nerveux, comme un taux de sérotonine bas, peut être associée à des tentatives de suicide, notamment chez les patients souffrant de troubles de l'humeur, de la personnalité et de schizophrénie.

- Un usage nocif de l'alcool peut être dangereux, associé à un risque élevé de suicide chez les personnes dépendantes de longue date ou qui ont perdu leur soutien social. Lors d'abus il y a une désinhibition, une perte de jugement et des comportements impulsifs qui peuvent induire un passage à l'acte.

Selon l'Association Québécoise de Prévention du Suicide (AQPS, 2014), un grand nombre de ces facteurs de risque documentés dans le rapport de l'OMS (2014) sont présents chez la personne âgée.

Au niveau de la communauté et de la société :

- L'âgisme qui diminue l'estime de soi des personnes âgées. Certains préjugés sont des obstacles pour identifier ce qui est de l'ordre d'un vieillissement physiologique et d'un vieillissement pathologique.
- Il existe une acceptabilité du suicide des aînés qui est considéré comme « normale » par l'ensemble de la population générale.
- Certains médicaments peuvent induire des effets secondaires importants, comme la dépression.
- L'accessibilité à de grandes quantités de médicaments peut augmenter le risque suicidaire, tout comme le fait d'arrêter de prendre ses traitements.

Au niveau individuel :

- Des troubles mentaux sont relevés chez 90% des personnes qui se suicident et les facteurs de risque suicidaire varient selon le type de maladie. Les troubles mentaux les plus souvent associés au suicide sont la dépression et l'alcoolisme (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).
- La perception de chacun sur les maladies physiques, chroniques ou non, la douleur, les limitations fonctionnelles et la perte d'autonomie varie selon le sens donné, l'anticipation des effets sur la vie, les craintes vis-à-vis de la douleur et la menace à l'intégrité (Henri & Roch, 2013).
- L'alcoolisme chez les aînés est souvent sous-estimé, sous-diagnostiqué et sous-traité. Pourtant, les aînés sont plus vulnérables aux effets de l'alcool en raison du vieillissement (métabolisme diminué). Le recours à l'alcool est devenu un moyen d'atténuer les symptômes telles la douleur, l'anxiété, l'insomnie, la dépression et la solitude.
- L'isolement social au moment de la retraite, où le quotidien ne se passe plus au travail et que les relations professionnelles sont rompues, couplé à un manque de

soutien social peut augmenter le risque de comportement suicidaire et plus particulièrement chez la personne âgée vivant seule.

- Le veuvage est un facteur de risque, en particulier chez les hommes, car ils sont souvent plus isolés que les femmes qui entretiennent un réseau social plus actif tout au long de leur vie (Henri & Roch, 2013). La personne veuve est souvent le proche aidant qui a maintenu son conjoint à la maison malgré la maladie et la perte d'autonomie. Le décès de ce dernier provoque la perte du rôle de proche aidant et de conjoint. Il est donc contraint de redéfinir un nouveau rôle. A cela s'ajoute des changements dans les habitudes du quotidien et faire face à de nouvelles difficultés, notamment financières. Selon Henri et Roch (2013), le risque suicidaire chez les aînés veufs est élevé la première année suivant le décès. On estime que 2.5% des personnes veuves font une tentative de suicide, un risque qui se poursuit durant les cinq années suivantes.

Il existe également des facteurs démographiques puisque les hommes âgés de plus de 70 ans se suicident davantage que les femmes. En Suisse, ils sont 1676 hommes à avoir mis fin à leurs jours entre 2004 et 2013 contre 633 femmes (Office Fédéral de la Santé Publique, 2016).

Plusieurs types de facteurs influencent le risque suicidaire. On les appelle les facteurs prédisposants, contributants et précipitants (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014). Les facteurs prédisposants sont liés à l'histoire de vie de la personne. Il peut s'agir chez la personne âgée de la dépression, qui entraîne une souffrance psychique intense, d'une tentative de suicide antérieure qui facilite le recours à ce moyen, des abus d'alcool ou autres substances, des traits de personnalité inflexibles et donc un comportement peu propice aux changements ou des mécanismes d'adaptation limités surtout chez les hommes qui se définissent indépendants et fiers. Le processus de deuil ou l'isolement social peuvent aussi être des facteurs prédisposants, de même que l'âgisme qui touche à l'estime de soi. Les facteurs contributants accentuent le risque suicidaire à un moment précis. Par exemple lors de deuils ou de pertes successives notamment au moment de la retraite qui entraîne un changement de statut, de rôle, de revenu, des relations avec les collègues et amis. Un autre exemple touche à la conduite. Selon l'art.15 de la Loi fédérale sur la circulation routière du 19 décembre 1958 (LCR ; RS 741.01), les personnes de plus de 75 ans ayant un permis de conduire doivent se soumettre à un

contrôle d'aptitudes physiques à la conduite auprès d'un médecin-conseil tous les deux ans. Pour les hommes, le permis de conduire est lié à l'identité, à l'autonomie et donc à l'estime de soi (Henri & Roch, 2013). Ainsi, une perte du permis peut être un facteur contribuant ou précipitant au suicide (Henri & Roch, 2013). D'autres facteurs contributifs, comme les effets secondaires des médicaments (qui peuvent induire de la dépression, de l'insomnie, de l'anxiété et de la confusion), des relations instables, une situation de dépendance, un manque d'accessibilité aux ressources et la précarité agissent sur le risque de suicide.

Enfin, les facteurs précipitants déclenchent le passage à l'acte. Un sentiment de « trop plein » qui, suite à un événement comme un conflit familial, une séparation, un échec, une entrée en institution ou un traumatisme, engendre un stress supplémentaire auquel la personne n'arrive plus à faire face. Le veuvage est également un facteur précipitant.

Cependant certains facteurs de risque peuvent être temporaires et ne remplacent donc pas les signes d'alarme qui sont à utiliser dans la prise en soins pour amoindrir le risque suicidaire (Perlman et al., 2011).

Bien que chaque suicide résulte de motivations individuelles, certains facteurs sont inhérents à une majorité de cas. Il est toutefois important de garder à l'esprit que la plupart des actes suicidaires ou tentatives de suicide résultent d'un comportement impulsif dans le cadre de situations aiguës ou de crises suite à un changement, peu importe l'âge (Office Fédéral de la Santé Publique, 2016).

Différents événements peuvent contribuer au développement d'un mal-être psychique, comme la dépression, chez les personnes âgées. On relève que 15% d'entre elles sont atteintes de troubles mentaux et la moitié de ce taux concerne la dépression (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). Mais ces chiffres sont à relativiser car il y aurait 60% à 70% des dépressions chez la personne âgée méconnues ou banalisées (Lleshi & Bizzozzero, 2009). La prévalence de la dépression observée chez les personnes âgées de plus de 65 ans se situe entre 8% et 16% et entre 12% et 15% pour les personnes âgées de plus de 85 ans (Lleshi & Bizzozzero, 2009).

La dépression est un facteur de risque majeur du suicide chez la personne âgée. Elle est une maladie souvent sous-diagnostiquée, sous-traitée voire même négligée chez les seniors car ses symptômes coïncident avec d'autres problèmes survenant avec l'avancée en âge comme des troubles cognitifs, des plaintes somatiques, un ralentissement

psychomoteur, de la fatigue, une modification du sommeil ou un sentiment d'anxiété (Lleshi & Bizzozzero, 2009). Le diagnostic est difficile à poser mais des signes d'alerte comme des plaintes douloureuses, des refus de soins ou de traitements, la dénutrition, la diminution de la motricité, un revenu faible et l'isolement doivent amener à des recherches plus approfondies (Charazac-Brunel, 2014). Souvent, la dépression est associée à diverses pertes tels que la diminution des habiletés physiques, l'apparence physique qui change, un rôle social négligé, le décès de proches, un changement de domicile ou un revenu financier amoindri (Mitty & Flores, 2008).

Détecter la dépression chez les seniors est très complexe. Il est donc crucial d'être attentif aux signes et symptômes exprimés et de ne pas toujours les associer au syndrome gériatrique.

Globalement, la personne dépressive présente une tristesse insoutenable, une perte d'intérêt et une limitation dans les choix de vie (Mitty & Flores, 2008). Mais les troubles cognitifs comme la démence ou la maladie d'Alzheimer peuvent faire obstacle à la mise en évidence de la dépression, la rendant plus difficilement détectable (Charazac-Brunel, 2014). Toutefois, les symptômes dépressifs sont fréquemment observés chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en particulier au début de la maladie (Institut national de la santé et de la recherche médicale, Inserm, 2007).

Les préjugés liés à l'âge (âgisme) peuvent faire obstacle à la détection de symptômes dépressifs et autres problèmes de santé mentale car ils tendent à associer ces signes à une normalité de la personne âgée (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014). Par ailleurs, les effets secondaires des médicaments peuvent également provoquer des signes et des symptômes dépressifs (Diggle-fox, 2016). A noter que près de 40% des personnes âgées de 65 ans et plus prennent en moyenne cinq médicaments différents par semaine (Ruscin & Linnebur, 2018).

Bien qu'il soit difficile de déceler la dépression chez les personnes âgées, il est important que le personnel soignant renforce sa vigilance, car le risque suicidaire est plus élevé chez les personnes concernées par cette pathologie (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Les idées suicidaires représentent un des premiers signes importants du risque suicidaire et les personnes exprimant des idées ou intentions suicidaires doivent être prises au sérieux (Nau, 2000). Une étude menée par Kjøseth et Ekeberg (2012) révèle que sur 23

personnes âgées de plus de 65 ans ayant mis fin à leurs jours, 14 d'entre elles ont donné des signes d'alerte avant de passer à l'acte. Ces résultats, basés sur une série d'entretiens, révèlent quatre réactions principales des proches à l'annonce de ces signaux d'alerte :

- Difficulté pour les proches à intégrer l'authenticité de ces avertissements qui ne sont pas forcément pris au sérieux.
- Sentiment d'impuissance face à la détresse du proche âgé.
- Les avertissements répétés entraînent un épuisement des proches, un sentiment qui peut se mêler à de l'agressivité envers le proche âgé.
- Expression d'une forme d'acceptation de la part des proches face au souhait de mort de la personne âgée.

Il est de nature commune de penser qu'il est « normal » pour une personne âgée de parler de la mort car elle en est plus proche qu'un jeune alors qu'en réalité il peut s'agir d'un signe d'alerte (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Ces signaux s'apparentent dans la majorité des cas à des appels à l'aide ou sont l'expression d'une douloureuse existence. Mais le manque de réponses données à ces avertissements renforce le sentiment des personnes âgées de n'avoir aucune valeur et augmente donc le risque suicidaire (Kjølseth & Ekeberg, 2012).

Par ailleurs, permettre aux personnes d'exprimer leurs idées sur la mort est une manière d'aborder et débattre autour du sujet, ce qui constitue un premier pas vers la prévention du suicide (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Pourtant, il existe une réticence à aborder le suicide par peur d'induire le passage à l'acte, ce qui est faux (Charazac-Brunel, 2014).

Il est important dans la pratique infirmière de développer des compétences et une posture en lien avec la détection de tout signe d'urgence ou d'avertissement qui mènerait à un passage à l'acte afin de prévenir une tentative de suicide. En effet, 20% des personnes âgées qui se suicident ont consulté un médecin dans les 24 heures, 41% la semaine et 75% dans le mois précédant leur mort (Mitty & Flores, 2008).

Cette vigilance est d'autant plus importante dans la prise en soins des personnes âgées atteintes de troubles mentaux puisque chez 90% des seniors qui mettent fin à leurs jours, une maladie psychique est diagnostiquée (Croubalian, 2015). Le suicide est généralement perçu par la personne comme la solution de mettre fin à une situation qui devient insupportable à vivre (Mitty & Flores, 2008). Il a été évoqué précédemment des pertes liées au vieillissement qui peuvent être difficiles à accepter et faire naître un sentiment de

désespoir, notamment pour les personnes dépendantes ou en EMS. Le suicide peut alors apparaître comme la solution permettant de garder encore le contrôle sur sa vie (Mitty & Flores, 2008).

Les troubles du sommeil sont classés parmi les 10 premiers signaux d'alerte d'un comportement suicidaire. En effet, une étude publiée en 2014 et menée sur une période de 10 ans aux États-Unis auprès d'un échantillon de 420 personnes montre qu'une pauvre qualité de sommeil est significativement associée à un risque suicidaire élevé chez la personne âgée. Deux troubles du sommeil sont particulièrement mis en avant : les difficultés à s'endormir et le sommeil non-réparateur (Bernert, Turvey, Conwell, Joiner, 2014).

Un autre facteur de risque du suicide chez les aînés auquel il est important de tenir compte, en plus des signes de dépression, est l'isolement. Il se distingue de la solitude qui est volontairement recherchée. L'isolement social peut venir d'une absence de vie de famille (pas de descendance) ou d'un réseau social mais aussi du logement (habiter seul ou pas). De plus, la personne âgée peut souffrir d'une diminution de la mobilité, ce qui réduit sa capacité à sortir et augmente l'isolement (Lalivie d'Épinay & Spini, 2008).

Dans le grand âge, la famille est le principal soutien. En effet, l'individu qui se retrouve sans personne de confiance se sent exclu de la société par le manque d'intégration sociale (Charazac-Brunel, 2014). L'isolement social, en lien avec la réduction du réseau, augmente avec l'âge. En effet, seulement 2,7% des femmes âgées de 15 à 24 ans estiment ne pas avoir une personne de confiance contre 8,3% pour les plus de 75 ans. Chez les hommes, le constat est le même avec 3,3% pour les 15 à 24 ans et 8,1% pour les plus de 75 ans (Wettstein, Dyntar & Kälin, 2014). C'est un phénomène douloureux, une fatalité, qui mène à l'affaiblissement de la personne âgée, à sa désorientation et à un risque de décès prématuré deux à cinq fois plus grand. Une personne isolée est une personne en souffrance (Wettstein et al., 2014).

1.1.3. Les facteurs protecteurs

Il existe des facteurs protecteurs au risque suicidaire des aînés qui peuvent contrer les facteurs de risque et ainsi diminuer les comportements suicidaires. On compte notamment

parmi eux les relations de soutien avec la famille et la communauté (Perlman et al., 2011). Nouer des liens affectifs avec les membres de la famille ou les proches valorise la personne âgée, de manière individuelle et sociale et augmente sa capacité de transmission (Castelli-Dransart, 2014). Cela renforce également le sentiment d'appartenance et d'identité (Perlman et al., 2011). Un réseau de soutien social constitué d'amis et de membres de la famille à qui la personne peut se confier diminue de 27% le risque suicidaire (Beautrais, 2002).

Les compétences d'adaptation et de résolution de problèmes sont également des facteurs protecteurs (Perlman et al., 2011) et peuvent se manifester par la capacité pour une personne à savoir chercher et accepter de l'aide (Castelli-Dransart, 2014). Les habiletés de résolution de problèmes et les capacités d'adaptation que la personne âgée a acquis au cours de ses expériences de vie peuvent être un atout. La personne âgée a dû s'adapter à de multiples situations tout au long de sa vie, une ressource qui lui permet de surpasser les difficultés rencontrées (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014).

La spiritualité et les pratiques religieuses sont des éléments importants. Dans la religion catholique, la vie est perçue comme un don de Dieu qui ne peut être interrompue volontairement. A cela s'accompagne l'activité sociale autour de la pratique religieuse qui tend à augmenter le soutien social au travers de la participation aux activités de la communauté. Cela renforce le sentiment d'appartenance et joue un rôle protecteur fondamental (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014).

Avoir une bonne estime de soi, des projets pour l'avenir, être engagé dans des activités et avoir des loisirs sont d'autres facteurs protecteurs qu'il est important de mettre en évidence chez la personne âgée (Perlman et al., 2011). Il en est de même pour un accès facilité à des soins en santé mentale et physique efficaces et à une variété d'interventions cliniques (Perlman et al., 2011).

Ainsi, l'identification des facteurs de protection lors de l'évaluation du risque suicidaire permet de déterminer les forces et la résilience de la personne afin d'atténuer le risque suicidaire. Il convient de réduire les facteurs de risque et d'augmenter les facteurs protecteurs. Le fait de mettre ces derniers en avant peut susciter de l'espoir chez la

personne. Les liens familiaux et sociaux ainsi que les loisirs et les intérêts personnels favorisent l'estime de soi ce qui diminue le risque suicidaire (Perlman et al., 2011).

La présence de facteurs protecteurs ne doit donc pas évincer les signes d'alarme qui sont tout aussi importants dans la détection du risque suicidaire. Ils doivent être utilisés lors de l'élaboration de la prise en soins avec la personne pour modifier les risques.

Une absence de signes avant-coureurs et de facteurs de risque peut aussi être considérée comme un facteur de protection. Ainsi, il est important de prendre en compte les facteurs de protection internes de la personne (mécanismes d'adaptation) et externes (soutien fort de la famille, réseaux culturels ou religieux) car ils sont utiles pour donner du sens à la vie, de l'espoir et pouvoir améliorer la capacité à atteindre des buts (Perlman et al., 2011).

1.1.4. Les soins à domicile

A Genève, la Loi cantonale sur le réseau de soins et le maintien à domicile du 26 juin 2008 (LSDom ; K 1 06) permet de soutenir les personnes âgées vivant à domicile grâce au développement de l'aide et des soins à domicile et de structures intermédiaires comme des appartements protégés, des unités d'accueil temporaires, des lits de répit ou des foyers de jour.

Selon l'Art. 1 (LSDom), la Loi cantonale stipule :

La présente loi a pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins ainsi que de répondre de manière coordonnée aux besoins de ces personnes dans leur trajectoire de vie et elle entend ainsi mettre en place un réseau de soins qui favorise le maintien à domicile, encourage la participation des familles et des proches et leur apporte le soutien nécessaire.

On observe que plus de 350'000 personnes en Suisse ont bénéficié de prestations à domicile pendant l'année 2017. Ce qui correspond à 4% de la population totale et deux clients sur trois sont des femmes (Office Fédéral de la Statistique, 2017). De plus, 73% des clients sont âgés de 65 ans et plus dont 44% ont 80 ans et plus (Office Fédéral de la Statistique, 2017). Ainsi, les personnes âgées représentent une grande part de la population requérante de prestations d'aide et de soins à domicile.

A Genève, en 2017, près de 20'800 personnes ont bénéficié de prestations d'aide et de soins à domicile (Office Cantonal de la Statistique, 2018), dispensées par 75 fournisseurs différents (Office Fédéral de la Statistique, 2017).

La prise en charge des personnes à domicile s'inscrit dans les prestations des services d'aide et de soins à domicile (SASD). De ce fait, on distingue plusieurs types de prestations à domicile, dispensées par différents professionnels de santé.

A Genève, plusieurs entités se partagent les SASD et plus particulièrement les soins à domicile : les organismes privés (20% des soins), l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) qui est un organisme à but non lucratif (65% des soins) et les infirmiers indépendants (15% des soins) (Office Cantonal de la Statistique, 2018).

Les soins à domicile englobent les soins de base (aide à la toilette, au lever et au coucher) qui peuvent être délivrés par des aides-soignants ou infirmiers, des soins infirmiers à visée préventive (contrôle de santé), curative, palliative ou encore des soins liés à l'éducation thérapeutique (imad, 2017). Partout en Suisse, les prestations peuvent être des soins de longue durée, des soins aigus ou de transition, après un séjour en milieu hospitalier. Il existe également des prestations d'aide à domicile (ménage, lessive, courses, encadrement social, etc.) ou encore de livraison de repas (Office Fédéral de la Statistique, 2018). Les soins à domicile se distinguent des services d'aide à domicile, car ils sont spécifiques à la pratique infirmière.

Le domicile peut être source de problèmes tels que l'isolement social, l'épuisement des proches aidants qui prodiguent de l'aide à la personne âgée à domicile, le risque de chute, etc. (Butler & Quayle, 2007).

Ainsi, les soignants qui entrent en contact avec les personnes à domicile sont parfois les personnes les plus susceptibles de détecter ou prévenir un problème de santé pour lequel la personne n'irait pas consulter. Cela est d'autant plus présent à Genève, où la politique de maintien à domicile et de soins ambulatoires est privilégiée (LSDom ; K 1 06).

De ce fait, l'infirmière, qui est amenée à rencontrer régulièrement la personne âgée, devrait être attentive à ce que cette dernière exprime, de manière verbale ou non, et évaluer en cas de doutes. Mitty et Flores (2008) relèvent que les intentions suicidaires peuvent être exprimées verbalement mais que les propos ne sont parfois pas pris au sérieux par l'entourage. D'autres signes importants peuvent être observés et relevés par la pratique infirmière : don de biens, mauvaise hygiène corporelle, refus d'alimentation, déménagement, perte de proches ou diagnostic d'une maladie (Mitty & Flores, 2008). De plus, la dépression affecte une personne sur sept bénéficiant de soins à domicile et est souvent sous-diagnostiquée et donc sous-traitée (Pickett, Raue & Bruce, 2012).

Une étude menée aux États-Unis et visant à identifier la prévalence des idéations suicidaires chez 539 personnes âgées de plus de 65 ans et bénéficiant de prestations de soins à domicile, a révélé que 11,7% d'entre elles ont des idées suicidaires. Ces résultats soulignent l'importance de l'identification et du suivi des tendances suicidaires lors de la première admission dans un service de soins à domicile (Raue, Meyers, Rowe, Heo & Bruce, 2007).

De plus, la dépendance fonctionnelle et un faible soutien social renforcent le risque suicidaire chez la personne âgée (Park, Han, Kim, Yoon, Ko, Cho & Chung, 2013). Les soignants ont donc un rôle important dans l'évaluation, le traitement et le monitoring des patients âgés à haut risque et en particulier ceux qui bénéficient de soins à domicile. Une attention particulière doit être portée à la vulnérabilité des personnes et des stratégies préventives reliées aux facteurs de risques doivent être mises en place dans l'intention de réduire les idéations suicidaires et les comportements associés (Park et al., 2013).

Il existe un outil, utilisé par les infirmières à domicile qui évalue les besoins et les aides nécessaires des patients. Le Resident Assessment Instrument (RAI) est un outil issu d'un consortium de recherche américain qui avait à cœur de créer des standards pour la prise en soins des personnes âgées lors de longs séjours en établissement (Monod, Büla, Hongler, Castelli & Clivaz-Luchaz, 2011). Il se décline aujourd'hui en de nombreux instruments qui évaluent chacun différents domaines de prise en soins (dans les urgences, en unité pédiatrique ou encore en soins palliatifs) et notamment dans les soins à domicile au travers du RAI-Home Care (RAI-HC) (interRAI, 2019). L'Association suisse des services d'aides et de soins à domicile (ASSASD) a adapté en 2004 le RAI-HC afin qu'il devienne le RAI-Domicile Suisse (ou RAI-HC Suisse), un instrument qui s'installe progressivement dans tous les SASD de Suisse (Monod et al., 2011).

Dans un premier temps, un recueil de données appelé Minimum Data Set (MDS) permet de récolter des informations au travers de 19 domaines : date d'évaluation ; état cognitif ; communication/audition ; vision ; humeur et comportement ; fonction sociale ; aide de l'entourage ; état physique et fonctionnel ; continence ; diagnostics médicaux ; problèmes de santé ; état nutritionnel, hydratation ; problèmes de la peau et des pieds ; évaluation de l'environnement physique ; utilisation de services professionnels ; médicaments ; évaluation d'ensemble ; responsabilité, directives ; informations sur l'évaluation (Monod et al., 2011).

Il s'agit d'effectuer une évaluation globale et multidimensionnelle de la personne en tenant compte des problèmes médicaux, des déficiences, des répercussions fonctionnelles et sociales (limitation des activités et restriction de participation) mais aussi des ressources de la personne (facteurs environnementaux et personnels) (Monod et al., 2011).

Ces données récoltées sont ensuite traitées de manière informatique afin d'obtenir un score pour quatre échelles : Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ), les performances cognitives (Cognitive Performance Scale, CPS) et l'échelle de la dépression (Depression Rating Scale, DRS) (Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile, 2012).

Ces données collectées permettent également de calculer des alarmes qui recensent les 30 situations les plus régulièrement rencontrées chez les personnes dépendantes (Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile, 2012). Les problèmes sont hiérarchisés par le système informatique selon leur degré d'importance et de risque (Monod et al., 2011).

Les alarmes mises en évidence permettent de mettre en place des interventions de soins (Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile, 2012). Parmi les alarmes, on retrouve notamment les abus d'alcool, les comportements, la dépression et l'anxiété, la douleur et les psychotropes qui sont de potentiels facteurs de risque au suicide (Halfon et al., 2015).

La Figure 1, issue de l'article Monod et al. (2011), illustre les différentes étapes qui constituent le RAI-Domicile Suisse.

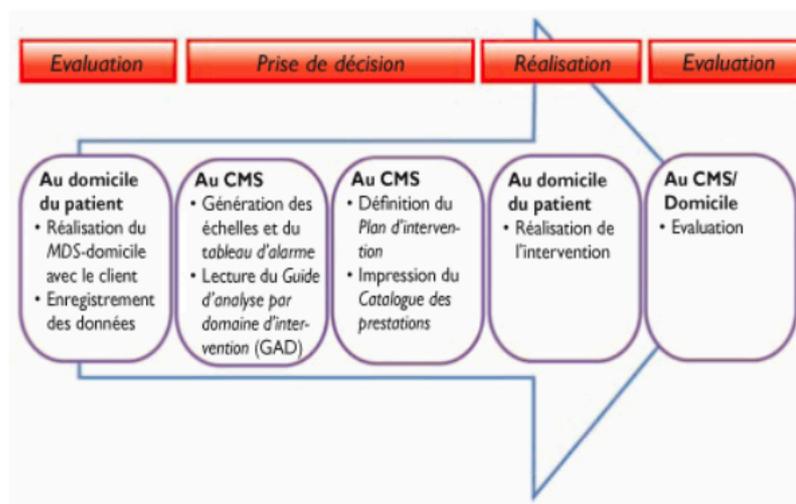


Figure 1. Les cinq étapes d'utilisation du RAI-HC Suisse

1.1.5. Les outils de dépistage

Le risque suicidaire chez la personne âgée n'est donc pas un phénomène à prendre à la légère. Il concerne une large catégorie de personnes et peut être appréhendé dans le cadre de soins à domicile dispensés par des infirmiers.

De nombreuses échelles ont été développées afin de dépister le risque suicidaire mais rares sont celles qui se destinent en particulier à la personne âgée et aucune n'est spécifique aux soins à domicile. Perlman et al. (2011) proposent une revue critique des 15 outils d'évaluation du risque suicidaire les plus couramment utilisés et recommandés dans la littérature et par les experts.

Le nombre de ces outils permet globalement de se faire une idée sur le risque suicidaire chez tout type de personne : les enfants et adolescents, les adultes ou les seniors, au travers de différents types de questionnaires (auto-évaluation ou hétéro-évaluation) et questions (ouvertes ou fermées). Un récapitulatif des ces échelles est donnée dans l'annexe 1. Parmi ces instruments, seulement trois sont spécifiquement adaptés à une population âgée :

- La « Beck Hopelessness Scale » (BHS, Beck & Steer, 1988) qui comporte des questions avec des réponses en format vrai/faux, est conçue pour mesurer les attitudes négatives concernant le futur et percevoir l'incapacité de surpasser les événements négatifs de la vie. Cet outil permet ainsi de mettre en évidence des sentiments négatifs sur le futur, une perte de motivation et des attentes pessimistes.
- La « Geriatric Suicide Ideation Scale » (GSIS, Heisel & Flett, 2006) est une mesure multidimensionnelle de l'idéation suicidaire chez les aînés. Elle se base sur quatre éléments : les idéations suicidaires, le sens donné à la vie, l'estime de la valeur personnelle et sociale et les idéations de mort.
- La « Reasons For Living Inventory » (RFL, Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983) qui s'axe sur les potentiels facteurs de protection parmi les personnes qui présentent des idéations suicidaires. Cette échelle permet également d'explorer les différentes raisons de vivre chez les personnes avec des comportements suicidaires et chez celles qui n'en n'ont pas.

La pertinence de ces échelles sera considérée dans le présent travail après l'introduction à la théorie infirmière qui suit.

1.2. La théorie intermédiaire de l'auto-transcendance de Pamela Reed

1.2.1. Ancrage disciplinaire

Pour aborder la question du repérage des risques suicidaires chez les seniors, la théorie intermédiaire de l'auto-transcendance de Reed (1991) a été retenue. Cette approche intègre le bien-être et se base sur la capacité du patient à surmonter les expériences de la vie. Pamela Reed s'inspire de la théoricienne Martha Rogers, qui conçoit l'être humain comme un système d'énergies qui évolue au sein d'autres systèmes. En effet, l'être humain est dit « unitaire » car il ne peut être considéré seul, son environnement fait partie intégrante de lui et les deux sont constamment en interaction (Rogers, 1970).

Le développement de l'être humain se fait tout au long de la vie et est influencé par les événements et les expériences (Rogers, 1970). Pamela Reed a notamment observé les personnes âgées souffrant de dépression pour construire les bases de sa théorie (Smith & Liehr, 2015). Elle souligne que les personnes qui n'ont pas ou peu de ressources pour faire face et s'adapter aux événements de la vie auront plus de difficultés à se développer et atteindre le bien-être. Ces personnes sont donc à risque de présenter une diminution des habiletés physiques et cognitives en comparaison à un groupe de personnes sans trouble de la santé mentale. Cependant, l'auto-transcendance, qui correspond à la capacité d'étendre ses propres frontières multidimensionnelles (intrapersonnelles, interpersonnelles et transpersonnelles), présente naturellement chez chaque individu facilite l'intégration des situations de vie complexes et favorise le développement de la personne. Ce dernier n'est pas un processus linéaire car il y a des pertes et des gains qui surgissent tout au long de la vie (Baltes, 1997). Il s'agit, grâce à l'auto-transcendance, de transformer les anciennes perspectives et comportements en nouvelles visions de vie et nouvelles activités (Alligood, 2013).

La théorie de Reed a ainsi pour but de promouvoir le bien-être lors de situations de vie difficiles. Par exemple, le vieillissement amène différents changements qui peuvent être vécus comme des pertes (par exemple, le décès du conjoint, la diminution des capacités physiques ou la perte des sens comme la vision). Mais cela peut aussi être l'opportunité de créer de nouveaux objectifs de vie comme commencer un nouveau loisir ou se dédier

davantage à sa famille. Le rôle infirmier est de participer au processus de changement afin de favoriser la santé et le bien-être de la personne (Alligood, 2013).

Les facteurs protecteurs permettent à la personne d'entrevoir le vieillissement de la meilleure manière et favorisent le bien-être. En cherchant ces facteurs de protection, la personne les utilise pour intégrer les changements et les surpasser. L'auto-transcendance est le dépassement des frontières perçues par la personne entre le moment présent et le futur, entre soi et le monde (Reed, 1991). Ainsi, l'expansion des limites de chacun en situation de vulnérabilité implique la valorisation de la personne et de ses capacités (Smith & Parker, 2015). Ce faisant, la personne va pouvoir créer de nouveaux objectifs de vie et atteindre le bien-être. De ce fait, l'auto-transcendance diminue le risque suicidaire chez la personne qui entrevoit le suicide comme la seule solution. L'auto-transcendance favorise l'intégration de perspectives positives, de ressources que la personne n'avait pas mobilisées.

Les capacités à s'adapter ou à résoudre des situations complexes liées à l'expérience de vie de la personne, résident dans la spiritualité, la religion, la facilité à exprimer les émotions, une vision positive de la retraite avec de nouvelles perspectives et dans un environnement familial présent et soutenant. Ces facteurs de protection favorisent le développement de l'auto-transcendance de la personne et diminuent donc le risque suicidaire (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014).

1.2.2. Modèle théorique

La théorie de l'auto-transcendance se base principalement sur deux postulats : 1) l'auto-transcendance considère que l'être humain a la capacité de se développer, d'accroître ses émotions et d'atteindre le bien-être. Le rôle infirmier est de faciliter ce processus ; 2) les humains sont des systèmes ouverts, en interaction permanente avec leur environnement. Une rupture d'équilibre entre la personne et son environnement entraîne un changement et donc un développement (Smith & Liehr, 2015).

Pamela Reed développe trois concepts clés (Reed, 1991 ; Alligood, 2013). Le premier est l'auto-transcendance qui se traduit par un changement de la perception des limites de l'être humain en allant au-delà de la vision immédiate et future de lui-même et du monde. L'individu repousse ses propres limites afin d'atteindre le bien-être. Ce changement est

non linéaire et sans attribut spatial ou temporel, ce que Reed qualifie de « changement pandimensionnel » (Alligood, 2013). Les facteurs personnels et contextuels tels que l'âge, le sexe, les habiletés cognitives et les expériences de vie peuvent influencer l'auto-transcendance. Mitty et Flores (2008) mettent en avant les facteurs protecteurs internes, tels que la capacité à analyser et à comprendre ce que la personne vit, et les facteurs externes comme les proches et le lieu de vie qui donnent un sens à ce qu'elle traverse. Selon Diggle-Fox (2016), la personne qui observe et analyse les expériences de vie positives et négatives peut donner un nouveau sens à sa vie. Le rôle infirmier est d'aider la personne à percevoir ces facteurs et l'accompagner dans ce processus de changement. L'auto-transcendance permet ainsi à la personne âgée d'intégrer ses pertes, ses gains, ses changements physiques, cognitifs, émotionnels, et environnementaux afin de surpasser ces changements liés au vieillissement et d'atteindre le bien-être.

Le deuxième concept concerne la vulnérabilité définie par Reed (1991) comme la conscience de la mortalité humaine et des situations de santé difficiles comme un handicap ou une maladie chronique. L'expérience de maladie risque d'accroître la vulnérabilité des personnes qui se retrouvent face à l'inévitable mortalité. Reed affirme que les situations de grande vulnérabilité permettent l'expansion de soi car elles engendrent des changements qui transforment les pertes en expérience et favorisent le développement (Smith & Parker, 2015). Selon Diggle-Fox (2016), la personne âgée est plus vulnérable au moment de s'adapter à une nouvelle situation. En effet, avec l'avancée en âge, de nombreuses pertes ou diminutions des ressources peuvent surgir (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Ces ressources sont soit internes à l'individu (modifications corporelles, perte d'indépendance) ou externes (la retraite, l'évolution des relations sociales, les deuils ou encore le changement de domicile). La dépression peut être associée à ces multiples pertes et limitations et mener à une baisse d'intérêt (Mitty & Flores, 2008). La personne est envahie par une tristesse insoutenable et le risque suicidaire augmente. Ainsi, la dépression sous-diagnostiquée chez la personne âgée, l'isolement et sa détermination à mourir augmentent davantage sa vulnérabilité. Cependant, comme le mentionne Diggle-Fox (2016), les personnes intégreront mieux cette transition de vie liée au vieillissement s'ils ont déjà une plus grande facilité d'adaptation à des situations de stress et à changer leur rôle.

Paul et Margaret Baltes (1990) proposent un modèle de développement adaptatif qui implique la sélection, l'optimisation et la compensation. La personne doit adapter son

comportement en tenant compte des contraintes et des possibilités au niveau de différents domaines (biologique, social et psychologique) pour pouvoir réaliser ses buts qui lui permettent de donner du sens à sa vie (la sélection). Pour cela, elle doit mobiliser des moyens efficaces pour atteindre les buts (l'optimisation) selon les différents domaines, les caractéristiques individuelles et le contexte socioculturel. Enfin, la personne doit faire usage de nouveaux moyens pour maintenir un certain niveau de fonctionnement malgré la perte de ressources (la compensation).

Le dernier concept développé par Pamela Reed (1991) est le bien-être qui apparaît lorsque du sens est donné à l'expérience vécue. Cependant, c'est une notion subjective, propre à chacun, à son histoire, à sa culture, à ses valeurs et croyances. Dans les soins infirmiers, le bien-être est décrit selon deux types de changement : les changements complexes d'une vie comme le vieillissement ou la perte du conjoint et les changements liés à l'intégration d'événements de la vie lors d'une perte d'indépendance suite à la diminution de la mobilité, par exemple (Alligood, 2013).

Selon Diggie-Fox (2016), certaines personnes âgées vivent une crise durant laquelle les modifications physiques peuvent être ressenties négativement et ne pas être acceptées par la personne. Cela est en partie dû à l'image que la société renvoie, ce qui diminue l'estime de soi et donne l'impression à la personne de n'avoir plus rien à offrir au monde (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014). La perte de motivation, un sentiment de dévalorisation et un manque de sens donné à la vie peut augmenter le risque suicidaire chez ces personnes plus vulnérables (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014). Ainsi, la vision de l'entourage sur le vieillissement peut impacter la personne âgée. C'est pourquoi le soutien familial et les liens sociaux peuvent aider à donner du sens à la vie et créer de nouveaux objectifs de vie. De plus, Mitty et Flores (2008) mettent en avant trois disciplines scientifiques qui amènent une autre approche sur la compréhension du risque suicidaire : la sociologie, la biologie et la psychologie. La sociologie est l'étude des relations sociales entre les êtres humains qui peut être influencée par des facteurs tels que la culture, ou l'environnement. La biologie est l'étude des êtres vivants et la psychologie est l'étude du psychique, des comportements et des processus mentaux qui peuvent être influencés par la personnalité et le caractère.

La théorie de Reed met donc en avant l'importance pour la personne âgée de continuer à évoluer pour maintenir son bien-être et une bonne santé mentale (Alligood, 2013). Dans cette perspective, la relation entre le soigné et le soignant favorise la transformation et la croissance de la personne. Il est important pour une infirmière de garder une posture authentique et non-jugeante afin de permettre au patient d'extérioriser ses émotions et son vécu. Le soignant doit prendre conscience de ses propres valeurs, de ses croyances autour de la vie et de la mort afin de pouvoir ensuite prodiguer les soins. Au travers de l'auto-transcendance, la personne vulnérable va accéder au bien-être en surpassant ses limites. L'infirmière aide la personne à trouver les ressources en elle pour changer la vision de sa maladie en soulageant ses souffrances et en l'accompagnant dans sa transition de vie (Alligood, 2013).

1.2.3. Métaconcepts

Les quatre métaconcepts forment la base de la discipline infirmière : la personne, l'environnement, la santé et les soins (Fawcett, 1984). Les définitions de chacun de ces métaconcepts selon la théorie de Pamela Reed sont détaillées dans les sections suivantes.

1.2.3.1. La personne

Selon Reed, la personne se développe tout au long de sa vie en interaction avec les autres et son environnement (Alligood, 2013). Les changements complexes et dynamiques qui surviennent vont influencer positivement ou négativement la santé et le bien-être de la personne (Alligood, 2013). Cette définition s'applique pour toutes les personnes, indépendamment de leur âge, et sont déclinables à la personne âgée qui devra être prise en soins dans sa globalité, en tenant compte de son environnement. Les liens sociaux sont importants pour la personne âgée car ils lui permettent de garder contact avec la société lors de sa transition de vie. En effet, les transitions entraînent des changements qui nécessitent des adaptations influencées par les facteurs intrinsèques comme le physique et les facteurs extrinsèques tels que les relations sociales, la situation financière et le lieu de vie de la personne (Charazac-Brunel, 2014). Les traits de personnalité de la personne peuvent avoir une influence sur la manière dont celle-ci va expérimenter le vieillissement (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Par exemple, une personne qui est moins ouverte aux nouvelles expériences, plus rigide, qui a une grande autodétermination et qui est plus

réservée émotionnellement aura plus de difficultés à chercher de l'aide et parler de ses problèmes (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Ainsi, un trait de personnalité perçu comme une force peut se transformer, au moment du vieillissement, en vulnérabilité. Les déclin fonctionnels physiques et cognitifs qui surgissent avec l'âge peuvent rendre la personne moins autonome et plus dépendante. Dans ce contexte, la détection du risque suicidaire sera plus difficile car la personne ne va pas aller chercher de l'aide et n'extériorise pas facilement ses émotions (Kjølseth & Ekeberg, 2012).

1.2.3.2. Le soin

Lors du soin, l'infirmière se focalise sur les ressources de la personne afin de faciliter le bien-être lors d'une situation de santé difficile (Alligood, 2013). Chez la personne âgée, il est d'autant plus important de préserver la qualité des soins en tenant compte de l'autonomie de la personne, afin qu'elle vive une expérience de santé positive. Elle pourra ainsi se développer personnellement et préserver au mieux sa santé. La prévention du risque suicidaire peut s'avérer difficile car les facteurs de risque se confondent avec le vieillissement, comme la dépression, une maladie somatique, un déclin des fonctions ou un réseau social réduit (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Le manque d'informations et de connaissances des professionnels de la santé peut aussi être un obstacle pour la détection du risque suicidaire chez les personnes âgées.

1.2.3.3. La santé

La santé est un processus de vie comprenant des expériences positives et négatives dans lesquelles chaque personne crée ses propres valeurs et son environnement afin de promouvoir son bien-être (Alligood, 2013). Le vieillissement apporte des modifications physiques et émotionnelles qui peuvent être plus ou moins bien vécues selon les capacités d'adaptation de la personne. La personne âgée est toutefois plus à risque de fragilité et susceptible de développer des pathologies diverses, dues à la réduction des aptitudes physiologiques (Rodríguez-Mañas et al., 2013). Ainsi, elle peut se retrouver face à un corps qu'elle ne contrôle plus, avoir de moins en moins d'énergie et expérimenter des pertes biologiques, psychologiques, sociales ou spirituelles (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2010). La personne a la sensation que ces déclin prennent le dessus sur sa liberté d'action et donc la perte de son autonomie (Kjølseth et al., 2010). La décision de mettre fin à ses jours se traduit par la difficulté à résoudre des problèmes actuels et semble

donc la seule solution face à ses souffrances. Ainsi, la promotion de la santé et du bien-être est importante pour prévenir le risque suicidaire.

1.2.3.4. L'environnement

L'environnement est envisagé par Reed comme un champ énergétique en constante évolution et en échange permanent avec la personne (Alligood, 2013). Une rupture entre l'environnement et la personne entraîne un changement (Alligood, 2013). Cependant, la personne a des ressources qui lui permettent d'étendre ses limites. Ces ressources sont a) intrapersonnelles en lien avec soi-même, ses valeurs et ses croyances, b) interpersonnelles qui concernent les autres, les liens avec les personnes qui l'entoure, son environnement, et c) transpersonnelles qui sont la force divine, la spiritualité ou la religion. Il existe aussi l'expansion des limites du temps qui permet à la personne d'être dans le présent. La dimension d) temporelle vise à intégrer le passé et le futur pour donner un sens au présent (Alligood, 2013). Les personnes âgées sont sujettes à de nombreux changements dans leur environnement telles que de multiples pertes qui concernent plusieurs domaines de la vie (biologique, psychologique, social et spirituel). Cela peut être le décès du conjoint ou l'annonce d'un diagnostic d'une maladie grave qui engendre une perte ou un changement de rôles dans la famille. Le déménagement en EMS peut également affecter la santé ainsi que le déclin des fonctions physiques, sensorielles et cognitives qui bouleverse les habiletés permettant de profiter des loisirs et des passions (ne plus pouvoir jardiner, ne plus pouvoir lire). Ainsi, la confrontation de la personne âgée à ces différents changements d'elle-même et de ce qui l'entoure crée une rupture, ce qui la rend vulnérable et potentiellement à risque de commettre un suicide (Kjølseth et al., 2010). Étant donné que la Suisse privilégie le maintien à domicile des personnes âgées pour préserver leur autonomie (LSDom ; K 1 06), il faut s'assurer de la préservation de la qualité de vie car si l'environnement n'est pas favorable au bien-être de la personne, le risque suicidaire est augmenté (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

1.3. Problématique

Le nombre de personnes âgées est en expansion par l'augmentation de l'espérance de vie et le taux de natalité qui diminue (Office Fédéral de la Statistique, 2016). Si certaines personnes âgées de plus de 60 ans vieillissent sans problème de santé et profitent de leur

retraite pour se consacrer à leurs hobbies, d'autres sont soumises à un vieillissement pathologique au travers de syndromes gériatriques ou de maladies plus spécifiques (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). De plus, les transitions de vie, les changements et les pertes liés au vieillissement sont parfois difficilement intégrés par les seniors et les placent alors en situation de vulnérabilité (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Cela est d'autant plus inquiétant car les personnes âgées représentent la tranche d'âge la plus concernée par le suicide (Observatoire Suisse de la Santé, 2016). Différentes causes peuvent être imputées à ces actes mais la dépression reste un facteur de risque majeur et pose un réel problème car les symptômes permettant son diagnostic se confondent avec ceux du vieillissement (Lleshi & Bizzozzero, 2009). Bien que tous les suicides ne résultent pas d'une dépression, elle reste un facteur de risque important avec les troubles du sommeil et l'isolement. Pamela Reed, dans sa théorie de l'auto-transcendance, défend le principe que chacun a accès au bien-être grâce à l'auto-transcendance, une ressource interne, qui peut être rassemblée au travers de changements généralement liés à une certaine forme de vulnérabilité (Smith & Parker, 2015). Cette image est représentative d'une personne âgée présentant un risque suicidaire.

En parallèle, les personnes âgées sont également les plus nombreuses à bénéficier de prestations de soins à domicile (Office Fédéral de la Statistique, 2017). La présence régulière d'infirmières chez une personne âgée est une porte d'entrée au dépistage du risque suicidaire chez un individu qui n'est à priori pas dans un processus suicidaire. Les infirmières ont l'opportunité de discuter avec la personne âgée, d'accueillir ses confidences et ressentis et doivent être sensibles aux signes avant-coureurs d'un potentiel risque suicidaire. Il existe différents outils, sous forme de questionnaires, qui permettent de réaliser une évaluation globale ou de dépister le risque suicidaire (Perlman et al., 2011) mais aucune n'est spécifique à la personne âgée bénéficiant de prestations de soins à domicile, ce qui soulève des interrogations auxquelles ce travail tentera d'y répondre. L'infirmière à domicile tient donc un rôle prépondérant puisqu'en identifiant le risque suicidaire, elle peut aider la personne âgée à mobiliser son auto-transcendance et atteindre ainsi le bien-être.

1.4. Question de recherche

Dans le but de prévenir le risque suicidaire chez la personne âgée bénéficiant de prestations de soins à domicile, il est essentiel de connaître les facteurs de risque du suicide. Afin de repérer ces derniers, il est important de tenir compte des facteurs du vieillissement, qui cachent bien souvent un risque réel. A domicile, le nombre de cas de suicide est élevé bien que cela ne soit pas toujours déclaré.

Les soins à domicile sont souvent les premiers en contact avec une population âgée potentiellement à risque et peuvent être utilisés pour détecter un risque suicidaire. De plus, le contexte domiciliaire offre une approche différente soignant/soigné car l'infirmière, par sa présence ponctuelle et régulière chez le patient, crée un lien thérapeutique fort et a une meilleure connaissance globale du patient. Ainsi, elle est en mesure de détecter de probables idéations suicidaires grâce à sa relation avec le patient. Son jugement clinique obtenu à partir de ses observations devient un indicateur pour alerter d'un potentiel risque suicidaire qu'elle devra confirmer ou infirmer par l'utilisation d'un outil de dépistage.

Ainsi, pour que le dépistage chez la personne âgée à domicile soit optimal et rapide, il est important d'avoir un instrument adapté. La réflexion de ce travail repose donc sur la question suivante :

Quel outil permet de manière rapide et facile de dépister ou évaluer le risque suicidaire chez la personne âgée bénéficiant de prestations de soins à domicile ?

2. METHODE

Le guide édité par Perlman et al. (2011) fait état de 15 outils d'évaluation du risque suicidaire les plus couramment utilisés et recommandés dans la littérature et par les experts. Les 15 échelles ont été analysées en tenant compte pour chacune des méthodes d'administration, du nombre de questions, de l'utilité (évaluation globale ou dépistage), du cadre d'utilisation (milieu hospitalier ou non) et de la population cible (jeunes, adultes ou seniors).

Trois échelles issues de cette liste ont été retenues à des fins analytiques plus rigoureuses.

De ce fait, parmi les trois échelles adaptées à une population âgée antérieurement évoquées – la Beck Hopelessness Scale, la Geriatric Suicide Ideation Scale et le Reasons for Living Inventory - la « Geriatric Suicide Ideation Scale » n'a pas été retenue car elle évalue les idéations suicidaires, un facteur de risque plus spécifique qui se différencie du risque suicidaire de manière générale. Le « Reasons For Living Inventory » a également été écarté pour des raisons similaires puisqu'il répertorie les facteurs de protection chez les personnes avec des idéations suicidaires.

Les trois outils suivants ont donc été retenus : la « Beck Hopelessness Scale » (BHS, Beck & Steer, 1988), le « Nurses' Global Assessment of Suicide Risk » (NGASR, Cutcliffe & Barker, 2004) et la « Scale for Impact of Suicidality - Management, Assessment and Planning of care » (SIS-MAP, Nelson, Johnston & Shrivastava, 2010). La première est spécifique à la personne âgée, les deux suivantes ont été retenues car elles s'adressent à l'utilisation par des infirmiers (mais ne sont pas spécifiques à la personne âgée).

L'échelle « Beck Hopelessness Scale » (BHS, Beck & Steer, 1988), présentée dans l'annexe 2, est un outil créé par Aaron T. Beck afin d'évaluer le sentiment de désespoir et mesurer le degré de pessimisme. Le sentiment de désespoir apparaît lorsque la personne n'arrive pas à mettre en place des stratégies d'adaptation face à de nouvelles situations. Elle ne s'imagine pas atteindre ses objectifs, ce qui entraîne une perte de motivation avec des attentes futures négatives qu'on retrouve également dans les signes de la dépression (Satorres, Ros, Meléndez, Serrano, Latorre & Sales, 2018). La notion de désespoir est étroitement liée avec la dépression. C'est sur cette même constatation que Beck crée une échelle permettant d'évaluer le sentiment de désespoir et mesurer ainsi le degré de pessimisme (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974). Le désespoir est un facteur déterminant pouvant mener au suicide dans la mesure où il rend difficile une vision positive du futur et peut amener la personne à voir le suicide comme l'unique façon de résoudre ses problèmes. Plus le niveau de désespoir est élevé, plus les idéations suicidaires sont intenses et susceptibles de mener à un comportement suicidaire (Satorres et al., 2018). Dans ce contexte, mesurer le degré de désespoir chez une personne se révèle pertinent pour détecter un risque suicidaire sous-jacent d'autant plus qu'un sentiment de désespoir associé à un état dépressif augmente le risque suicidaire en comparaison à un état dépressif seul (Cutcliffe & Barker, 2004).

La BHS repose sur 20 questions posées par un professionnel de santé avec 9 items sur l'appréhension de l'avenir et 11 items d'affirmation négative sur le désespoir. A toutes ces questions il n'est possible de répondre que vrai ou faux. En fonction des réponses, un score de zéro pour une réponse négative ou un score d'un point pour une réponse positive est attribué. Plus le score est élevé, plus le désespoir est grand. Le remplissage du questionnaire prend cinq à dix minutes.

La BHS peut être utilisée auprès des adolescents de plus de 17 ans, chez les adultes et les personnes âgées qui présentent des troubles psychiatriques ou non, hospitalisées ou non (Perlman et al., 2011). L'interprétation des résultats individuels obtenus ne repose jusqu'à présent sur aucune valeur de référence rapportée d'études normatives menées sur un échantillon de la population générale. De ce fait, il est difficile d'exploiter les résultats obtenus qui n'indiquent alors qu'une tendance et un niveau de désespoir (Kocalevent, Finck, Pérez-Trujillo, Sautier, Zill & Hinz, 2017). Cependant, une étude menée par Beck, Steer, Kovacs et Garrison (1985) sur une période de 10 ans et auprès de 207 personnes a permis d'identifier qu'un score supérieur ou égal à 10 à la BHS prédit à 91% d'éventuels suicides.

Le second outil retenu est l'échelle « Nurses' Global Assessment of Suicide Risk » (NGASR, Cutcliffe & Barker, 2004), présentée dans l'annexe 3. La NGASR est un outil infirmier qui permet d'identifier les facteurs de stress psychosociaux reconnus pour être fortement liés au suicide. L'instrument a été développé pour des patients adultes hospitalisés dans une unité de santé mentale au Royaume-Uni où les infirmières se plaignaient de compléter des check-lists chronophages dans les entretiens d'admission (Cutcliffe & Barker, 2004).

Le NGASR se décline sous la forme de 15 questions fermées parmi lesquelles cinq sont des indicateurs critiques de suicide (présence de désespoir ; signes de dépression ou pertes d'intérêt ; présence de plans suicidaires ; ruptures ou deuils récents ; antécédents de tentatives de suicide). Une réponse positive à l'une d'elles comptabilise trois points à la différence des autres questions qui n'en valent qu'un. Le score maximal est de 25 points. Un score inférieur à cinq dénote un faible risque suicidaire ; un score compris entre six et huit, un risque intermédiaire ; un score compris entre neuf et onze, un risque élevé ; un score supérieur à douze, un risque très élevé (Cutcliffe & Barker, 2004). Plus le niveau de risque indiqué est élevé, plus la prise en soins sera importante et justifiera potentiellement l'hospitalisation à plus ou moins long terme dans une unité psychiatrique.

L'outil NGASR a donc été développé dans un milieu hospitalier et la pertinence de son utilisation dans un contexte de soins à domicile est questionnable. Mais le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel qui résulte de circonstances individuelles, interpersonnelles et sociales. Les items qui composent l'outil NGASR reposent sur des variables spécifiques qui tendent à augmenter le risque suicidaire, mises en évidence par de nombreuses études (Cutcliffe & Barker, 2004). Ces facteurs de risque, généraux à la population, peuvent donc s'appliquer à tous types d'individus, qu'ils soient hospitalisés ou non et avec des troubles psychiatriques ou non. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que, bien que généraux, ces facteurs de risque ne sont pas forcément présents dans toutes les situations, qui restent propres à chaque individu (Cutcliffe & Barker, 2004). Ainsi, l'objectif du NGASR est d'associer les personnes à un groupe de facteurs de risque reconnus et sensibiliser les infirmières à ces différentes variables qui sont liées à un risque suicidaire accru (Cutcliffe & Barker, 2004). De plus, l'échelle NGASR est facile d'utilisation pour une personne qui a peu d'expérience sur l'évaluation du suicide (Perlman et al., 2011).

Enfin, le dernier instrument retenu est l'échelle « Scale for Impact of Suicidality - Management, Assessment and Planning of care » (SIS-MAP, Nelson et al. 2010), présentée dans l'annexe 4. La SIS-MAP est un outil permettant une évaluation globale du risque suicidaire chez la population générale tout en guidant l'élaboration d'un plan de prise en charge et de gestion des personnes à risque (Nelson et al., 2010). La plupart des instruments de mesure du risque suicidaire se basent sur les symptômes dépressifs en ignorant d'autres facteurs contributeurs tout aussi importants. De même, les facteurs protecteurs sont souvent boudés, bien qu'ils aient été reconnus comme importants dans l'évaluation du risque suicidaire car ils permettent de contrecarrer les comportements à risque (Nelson et al., 2010). Ainsi, Nelson, Johnston et Shrivastava (2010) ont imaginé une échelle permettant de faire la balance entre les facteurs de risque et de résilience afin de réaliser des prédictions plus précises. Conçue comme un système d'évaluation clinique complet du risque suicidaire afin d'évaluer au mieux le niveau de risque, cette échelle fournit également des pistes pour la prise en soins, en proposant par exemple une hospitalisation, en fonction des résultats.

Les 108 questions contenues dans l'échelle se basent à la fois sur le risque et sur la résilience au travers de huit domaines : les caractéristiques sociodémographiques (âge,

genre, statut marital, etc.) ; la santé psychologique ; les abus et dépendances (dépendance à l'alcool, aux drogues, victime d'abus sexuels, etc.) ; les antécédents familiaux (tentatives de suicide, maladies psychiatriques, addictions, alcoolisme, etc. chez un membre de la famille) ; les caractéristiques biologiques (diagnostic de maladie psychiatrique, autre maladie chronique, troubles de l'humeur, etc.) ; les facteurs de protection (soutien familial, succès passés face à une situation similaire, environnement stable et sécurisé, etc.) ; évaluations/observations cliniques ; les problèmes psychosociaux/environnementaux (problèmes économiques, difficulté d'accès aux soins, etc.). Le domaine psychologique est lui-même divisé en quatre sous-domaines : les idées suicidaires ; la gestion des idées suicidaires ; l'état actuel du niveau de suicidalité ; la planification pour une tentative ultérieure. Chaque item est mesuré sur une échelle de zéro à une modalité, avec un score variant de zéro à 97 points (Nelson et al., 2010).

Afin d'obtenir le score total, les scores de chaque domaine sont additionnés, à l'exception de celui du domaine des facteurs protecteurs. Ce dernier est soustrait du score total obtenu à partir des facteurs de risque. Le score total de l'échelle est donc calculé en soustrayant les facteurs protecteurs aux facteurs de risque. Ainsi, les facteurs protecteurs contribuent à diminuer le risque suicidaire. Les résultats s'appréhendent de deux façons différentes. La première permet de mettre en évidence le niveau de risque suicidaire : risque léger (zéro à 17 points), risque modéré (17 à 29 points) et risque sévère (plus de 30 points) (Shrivastava, Berlemont, Campbell, Johnston, De Sousa & Shah, 2016). La seconde propose un niveau de soin : pas de suivi (moins de 13 points), pas d'hospitalisation requise mais un suivi ambulatoire (13 à 23 points), nécessité d'avoir une évaluation clinique afin de déterminer le niveau de soin requis (23 à 33 points) et un risque suicidaire sévère qui nécessite une hospitalisation dans un établissement psychiatrique (plus de 33 points) (Nelson et al., 2010).

La SIS-MAP peut être utilisée auprès de patients adultes hospitalisés ou non dans un établissement psychiatrique ou hors soins psychiatriques. Les données probantes montrent que c'est un outil valable et fiable (Nelson et al., 2010) et spécifique pour évaluer le risque de suicide (Perlman et al., 2011).

2.1. Méthodologie de recherche documentaire

L'élaboration de l'équation de recherche a été faite début janvier 2019. Les mots clés ont été traduits sur HeTop afin d'obtenir les Mesh Terms.

Tableau 1. Mots-clés identifiés et leur traduction dans HeTop

Termes relatifs à la problématique	Traduction HeTop
Soins à domicile	Home nursing / home healthcare
Personne âgée	Aged / Elderly
Soins infirmiers	Nursing care
Évaluer/dépister	Screening
Risque suicidaire	Suicidal ideation
Idéation suicidaire	Suicidal ideation
Évaluation du risque	Risk assessment
Suicide	Suicide
Comportement auto-agressif	Self-injurious /-destructive behavior
Tentative de suicide	Attempted suicide
Outil	Tool
Échelle	Scale
Étude	Data collection
Isolement du patient	Patient isolation
Solitude	Loneliness
Dépression	Depression / depressive symptom
Sommeil	Sleep / sleep wake disorders
Prévention	Preventive medicine / preventive care

Le PICOT a été élaboré avec les mots-clés en lien avec la problématique de recherche. Un mot-clé a été changé afin de cibler les articles selon chacun des trois outils du risque suicidaire. Tout d'abord, la population ciblée était les personnes âgées de plus de 65 ans sans pathologie spécifique. L'article devait permettre de mettre en avant l'efficacité de l'outil permettant l'évaluation ou le dépistage du risque suicidaire. L'objectif était d'identifier deux articles pour chaque échelle afin de mettre en avant la validité et la fiabilité de l'instrument. Pour trouver des articles scientifiques, les bases de données CINAHL et Medline via Pubmed ont été consultées.

Tableau 2. PICOT identifié en français et traduction des mots en Mesh Terms

PICOTS	Français	Mesh Terms
Patient	Personnes âgées AND soins à domicile	Aged AND home care
Intervention	- Beck Hopelessness Scale - Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of care - Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk	- Beck Hopelessness Scale - Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of care - Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk
Comparaison / Contexte	x	x
Outcomes	Risque suicidaire	Suicidal ideation
Temporalité	x	x

L’objectif est de comparer les échelles afin de voir laquelle est la plus pertinente pour une utilisation infirmière afin de détecter un risque suicidaire auprès de personnes âgées bénéficiant de prestations de soins à domicile.

Tableau 3. Équations de recherche utilisées pour chacune des trois échelles avec les nombres d’articles identifiés et retenus

Echelles	Equations de recherche utilisées	Base de donnée consultée	Articles identifiés	Articles retenus
NGASR	NGASR AND aged AND home care AND suicidal ideation	PubMed	0	0
	Nurses global assessment of suicide risk AND aged AND home care AND suicidal ideation	PubMed CINAHL	0 0	0 0
	Nurses global assessment of suicide risk AND risk assessment	PubMed	12	2
SIS-MAP	SIS-MAP AND aged AND home care AND suicidal ideation	PubMed CINAHL	0 0	0 0
	Scale for impact of suicidality - Management, assessment and planning of care AND aged AND home care AND suicidal ideation	PubMed	0	0
	Scale for impact of suicidality AND home care AND risk assessment	PubMed	0	0
	Scale for impact of suicidality AND risk assessment	PubMed	15	2
BHS	Beck hopelessness scale AND aged AND home care AND suicidal ideation	PubMed	3	0
	BHS AND aged AND home care AND suicidal ideation	PubMed	1	0
	Beck hopelessness scale AND aged	PubMed	292	
	Beck hopelessness scale [Title] AND aged	PubMed CINAHL	14 3	2 0

Les critères généraux d’inclusion et d’exclusion, ainsi que des critères applicables à chaque article, ont été définis. Ils sont les suivants :

- Critères d'inclusion : études qui testent la fiabilité et la validité des échelles ; études qui testent la cohérence entre les évaluations des professionnels de la santé ; études qui intègrent dans leurs échantillons les personnes âgées de plus de 65 ans ; deux études par échelle sont requises ; études qui doivent être récentes (dix dernières années).
- Critères d'exclusion : articles qui décrivent seulement les outils sans tester la fiabilité et la validité de l'échelle ; études menées auprès d'adolescents ou adultes uniquement ; études menées autour de l'évaluation du risque suicidaire chez des personnes souffrant d'une pathologie spécifique (exemple : schizophrénie) ; études qui se focalisent sur un seul sexe.

Concernant l'outil Nurses' Global Assessment of Suicide Risk, le PICOT n'a pas été utilisé en tant que tel dans les équations de recherche car ce n'est pas un outil spécifique aux personnes âgées et au dépistage du risque suicidaire à domicile. Ainsi, l'équation de recherche comprenait les termes suivants : « **Nurses' Global Assessment of Suicide Risk** » AND « **risk assessment** ». Cette équation a été rentrée dans la base de données PubMed. Aucun filtre n'a été mis car, sans filtre, ces deux termes ont mis en évidence 12 articles, un nombre déjà restreint.

Les articles dont le titre ne faisait pas mention du test de l'outil ont été éliminés. Ainsi, 9 articles ont été éliminés par le titre. Après la lecture des abstracts, un article de plus qui se concentrait sur la validité de l'échelle pour la population portugaise a été éliminé. L'étude qui évaluait la fiabilité entre évaluateurs de l'utilisation de la version allemande de l'échelle NGASR a été retenue. Ce qui est intéressant pour savoir si l'échelle peut être utilisée par tous les professionnels de la santé afin de la rendre efficace et accessible. De plus, cela permet de voir s'il existe des différences de notation entre les professionnels de la santé et donc s'il faut adapter l'outil selon l'évaluateur ou fournir des informations nécessaires pour pouvoir l'utiliser correctement. Quant au deuxième article il évalue la fiabilité, la validité, l'interprétabilité et la faisabilité du NGASR. L'équation de recherche a été entrée sur la base de données de CINAHL et un article en plus a été obtenu mais à la lecture du titre cela ne correspondait pas aux critères d'inclusion.

Pour l'outil Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of care, la méthode a été la même que pour l'échelle précédente. Tous les termes présents dans le PICOT n'ont pas été utilisés car l'échelle n'est pas spécifique à la personne âgée

et aux soins à domicile. Ainsi, l'équation de recherche comprenait les termes suivants : « **Scale for Impact of Suicidality** » AND « **risk assessment** » qui ont été rentrés dans la base de données PubMed. Aucun filtre n'a été mis car ces deux termes ont mis en évidence 15 articles. 13 articles ont été éliminés par leur titre, car ils ne rentraient pas dans les critères d'inclusion.

La lecture des deux articles restants a permis de les retenir car ils évaluent la validité et la fiabilité de l'échelle. Sur CINAHL, 16 résultats ont été obtenus et un des deux articles sélectionnés n'a pas été trouvé et les autres articles présents ont été éliminés par le titre car il n'était pas question de tester l'outil.

Concernant l'échelle Beck Hopelessness Scale, deux termes ont été utilisés dont un spécifique à la personne âgée. En effet, cette échelle, bien qu'elle soit adaptée à tous les âges, a déjà été spécifiquement utilisée auprès des personnes âgées. Ainsi, l'équation de recherche comprenait les termes suivants : « **Beck Hopelessness Scale** » AND « **aged** » qui ont été rentrés dans la base de données PubMed. Aucun filtre n'a été mis et 292 articles sont apparus. Le terme « Beck Hopelessness Scale » a été associé au filtre « titre » afin de cibler les articles qui évoquent uniquement l'instrument. 14 articles ont été mis en évidence. Un premier article a été retenu dont l'objet de l'étude est de valider la structure du BHS chez des personnes de plus de 60 ans sans déficit cognitif ni symptômes dépressifs. Ainsi, cela cible la personne âgée mais ne cible pas de troubles mentaux. Le deuxième article retenu évoque l'application de la BHS à la population générale ce qui permet de mettre en évidence les différences qui peuvent survenir selon les âges et le sexe et relever les items liés à l'âge. La base de données CINAHL ne contenait pas d'articles différents de ceux sur Pubmed.

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 2.

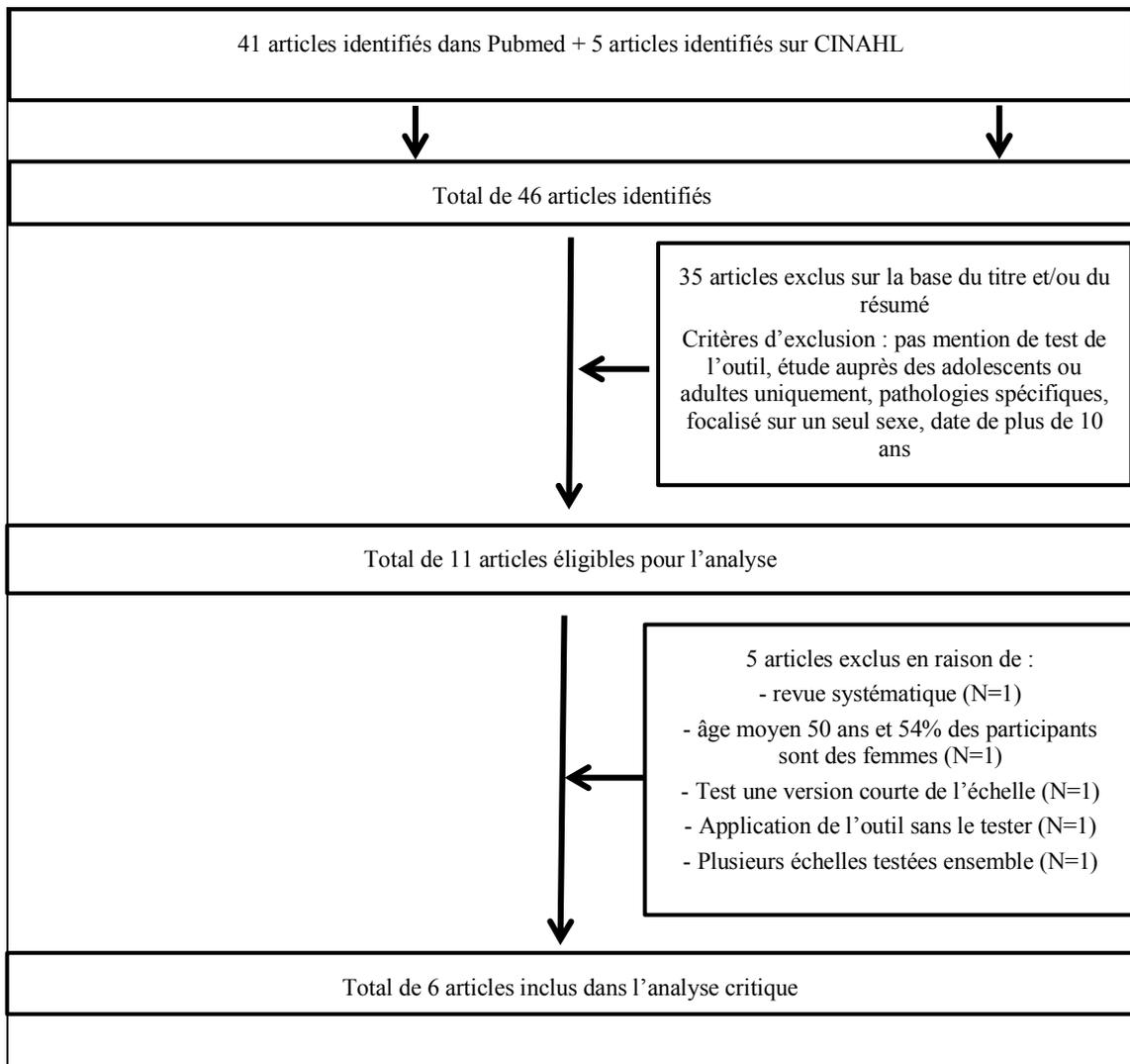


Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

3. RESULTATS

Six articles ont été retenus dont ont été extraits et présentés les résultats sous forme de tableau. Cette sélection contient six articles sous forme d'études quantitatives parmi lesquelles cinq sont des recherches corrélationnelles et une est une recherche descriptive. Les articles analysés ont été publiés entre 2010 et 2018. Ils ont été menés dans différents pays : le Canada, en Ontario (Johnston, Nelson, Shrivastava, 2013 ; Nelson et al., 2010), les Pays-Bas à Utrecht (Van Veen, Van Weeghel, Koekkoek & Braam 2015), la Suisse à Bern (Kozel, Grieser, Abderhalden & Cutcliffe, 2016), l'Espagne à Valence (Satorres et al., 2018) et la Colombie (Kocalevent et al., 2017).

3.1. Tableau comparatif

Le présent tableau résume les six articles retenus en présentant la population étudiée, le type d'étude, le but de celle-ci, les méthodes d'analyse utilisées, les résultats et les limites.

Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Van Veen et al. (2015)	<p>Étude psychométrique d'acceptabilité, fiabilité et de validité prédictive. Étude quantitative.</p> <p>Étude menée auprès de 252 personnes (entre janvier et mai 2010) qui ont été adressées au service central d'urgences psychiatriques d'Utrecht (Pays-Bas) par leur médecin généraliste, la police, des professionnels de la santé et services sociaux ou suite à une démarche personnelle, dans le cadre d'une intervention de crise.</p> <p>Les participants à l'étude ont tous plus de 17 ans. Ont été exclus de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées de moins de 17 ans - Personnes avec lesquelles il était impossible de mener l'étude pour des raisons de sécurité 	<p>Établir des propriétés psychométriques de la version néerlandaise du NGASR et la fiabilité de son utilisation pour évaluer le risque suicidaire.</p> <p>Question de recherche : quelle est la fiabilité, validité, interprétabilité et faisabilité du NGASR ?</p>	<p>Les 252 personnes de l'étude ont été dispersées dans 3 sous-groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients évalués avec NGASR (complété par infirmières et psychiatres) + Scale for Suicide Ideation (SIS) pour ceux qui ont été adressés aux urgences suite à une tentative de suicide (n=20) - Patients évalués avec NGASR et par entretien par psychiatre et infirmière. - Patients évalués avec NGASR par infirmière et psychiatre et qui bénéficient d'un suivi ambulatoire sur 6 mois après la première évaluation. <p>Sont étudiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cohérence interne de l'outil mesurée par l'alpha de Cronbach - Fiabilité entre évaluateurs (infirmières et psychiatres) : calculée par ICC (interclass correlation) avec $ICC \geq 0.80$ considéré comme satisfaisant. - Validité constructive du NGASR : étudiée par des analyses en composantes principales avec une rotation varimax pour les 15 items du NGASR. Permet de classer les items dans 4 sous-échelles. - Spécificité et sensibilité : croisement des niveaux de sévérités suicidaires d'après le NGASR avec le diagnostic des psychiatres suite à 	<p>Pour les patients identifiés comme à risque suicidaire, le score était bas pour les items psychiatriques mais élevé pour les items évaluant le désespoir, la dépression, les idées et les comportements suicidaires.</p> <p>Alpha de Cronbach pour la cohérence interne (entre les items) du NGASR est de 0.45, ce qui révèle une faible cohérence interne.</p> <p>Les 15 items du NGASR ont été classés dans 5 sous-échelles. La sous-échelle la plus représentée est la sous-échelle « humeur suicidaire » avec un score de 19%. Elle est suivie de la sous-échelle « maladies mentales » avec 11.2%, puis « tendance à un comportement suicidaire » à 10.2%. La sous-échelle « stress psychosocial récent » indique un taux de 9% et enfin les « antécédents familiaux » arrivent en dernière position avec 8%.</p> <p>Fiabilité entre évaluateurs élevée : $ICC > 0.80$ puisque $ICC = 0.92$ pour le score total du NGASR. Donc il existe une corrélation entre les scores relevés par les infirmières et par les psychiatres.</p>	<p>Faible cohérence interne. Les différents items du NGASR sont très différents les uns des autres et sont davantage semblables à une checklist qu'à une construction psychométrique (grande hétérogénéité). De ce fait, le NGASR est un outil pratique et rapide à utiliser en première intention afin de détecter des facteurs de risque suicidaire mais, dans le cas où le score est élevé, il devrait être suivi d'entretiens psychiatriques.</p> <p>Échantillon pour le sous-groupe ayant été évalué avec le NGASR et le SIS (ayant fait une tentative de suicide) restreint de 20 personnes.</p> <p>Applicabilité du NGASR peut varier selon la population et certains items peuvent ne pas être pertinents à certaines populations (ex : item 15)</p> <p>Pas d'explication sur la façon dont les sous-</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
	<p>- Personnes avec lesquelles entrer en contact et communiquer étaient difficile</p> <p>- Personnes ne parlant pas la langue (néerlandais)</p>		<p>entretiens et avec les dossiers de suivi (pour le sous-groupe suivi 6 mois)</p> <p>- Critère de validité obtenu en étudiant les associations entre le score total du NGASR, le score des différentes sous-échelles du NGASR, le score total de la SIS et les catégories de suicidalités évaluées par les psychiatres lors des entretiens.</p> <p>- Validité prédictive : examinée en étudiant les notes des patients suivis sur 6 mois, associée à la SIS. Calculée dans une analyse de régression linéaire.</p>	<p>Le NGASR a une bonne validité au niveau du contenu et de sa construction autour des 5 sous-échelles.</p> <p>Association du score NGASR et score SIS est hautement significative avec $p=.003$ et modérément forte et avec pour meilleure association la sous-échelle 1 (humeur suicidaire) avec $p=.002$.</p> <p>Association du score NGASR et le jugement des psychiatres est hautement significative pour déterminer les idées suicidaires et les idées suicidaires avec plan avec $p=.001$.</p> <p>Association du score NGASR et ses sous-échelles avec les informations récoltées sur le groupe ayant bénéficié d'un suivi de 6 mois n'est pas significative aussi bien pour le non rapport de suicidalité que pour le rapport d'idées ou de plans suicidaires ($p=.665$ et $p=.175$)</p> <p>La sensibilité pour le score total le plus bas du NGASR (0-5) est au maximum à 1 pour le jugement dans l'entretien mais aux frais d'une faible spécificité à 0.38. A contrario, une haute spécificité à 0.88 est observée pour un score</p>	<p>groupes ont été réalisés (à l'exception de celui où les patients ont fait une tentative de suicide).</p> <p>Le nombre d'évaluateurs n'est pas indiqué.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				NGASR démontrant un risque élevé (9-11) mais avec une sensibilité limitée à 0.64.	
Kozel et al. (2016)	<p>Étude de fiabilité réalisée dans des conditions de laboratoire.</p> <p>Bien que le NGASR ait été développé pour une utilisation infirmière, l'étude ne s'est pas uniquement limitée à cette population en élargissant son utilisation à d'autres professionnels de la santé.</p> <p>13 participants à l'étude issus de deux services hospitaliers distincts (soins aigus psychiatriques et réhabilitation) avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 infirmières - 1 médecin chef - 2 médecins adjoints - 1 ergothérapeute 	<p>Le but l'étude est de déterminer la fiabilité entre évaluateurs de l'utilisation de la version allemande de l'échelle NGASR.</p> <p>Le principe est donc de comparer les différents scores NGASR donnés par les différents évaluateurs (13 au total) après qu'ils aient reçu une formation de 60 minutes leur expliquant l'utilisation de l'échelle et une description détaillée de ses 16 items (un item a été ajouté à la version allemande). Ils ont chacun reçu un manuel de procédure.</p>	<p>Les 13 participants ont indépendamment comparé 12 séquences vidéo à l'aide du NGASR. Les vidéos montraient des entretiens entre médecins et patients (avec diverses pathologies psychiatriques). Les participants avaient également une fiche d'information pour chacun des patients contenant : contexte d'hospitalisation, statut psychologique, statut somatique et la fréquence d'hospitalisation.</p> <p>Pour mesurer le degré d'accord entre les différents participants, 2 outils ont été utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kappa de Cohen, qui mesure le degré de concordance entre deux évaluateurs - AC1 de Gwet afin de mieux représenter et interpréter les résultats. <p>L'interprétation des résultats a été faite selon les recommandations de Landis et Koch (1977), pour les deux outils.</p>	<p>Concernant les items : Avec Kappa, 5 accords d'observation presque parfaits, 7 substantiels, 3 modérés et 1 médiocre pour les 16 items. Même si le Kappa n'a pas pu être calculé avec les items psychose (n=1), retrait (n=15) et maladie en phase terminale (n=55), ces derniers représentent un accord presque parfait des résultats observés par les évaluateurs.</p> <p>En appliquant AC1 : 9 items ont un accord très élevé et 7 ont un accord élevé.</p> <p>Ainsi, la concordance entre les évaluateurs sur les 16 items est bonne à très bonne.</p> <p>L'accord des observateurs sur l'échelle de risque montre que pour les 78 kappa coefficient, la médiane kappa était 0.71.</p> <p>La traduction du NGASR en d'autres langues semble ne pas impacter la validité et la fiabilité de l'outil. Ainsi, l'instrument peut détecter le risque suicidaire</p>	<p>Problème lors de l'utilisation du Kappa : une concordance inégale avec un haut pourcentage peut amener à un faible coefficient Kappa. De ce fait, 30 coefficients Kappa n'ont pas pu être calculés dans l'étude.</p> <p>Nombre restreint de participants (13).</p> <p>Étude qui s'applique à la version traduite du NGARS en allemand, ce qui convient à une partie de la Suisse seulement et exclut le canton de Genève.</p> <p>Manque d'essais cliniques sur d'autres populations pour valider l'instrument.</p> <p>Pas d'études à long terme avec des mesures de suivi répétées. Des tests supplémentaires du critère de validité des éléments</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				indépendamment du pays d'origine ou de la culture.	individuels pourraient fournir des résultats significatifs.
Satorres et al. (2018)	<p>Étude corrélacionnelle</p> <p>362 personnes âgées ont été recrutées dans des communautés de retraités pour personnes âgées actives à Albacete et à Valence (Espagne)</p> <p>Critères d'inclusion étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participants âgés de 60 ans et plus - Ne devaient présenter aucune preuve de démence, déterminée par un score ≥ 28 de la version espagnole de la mini-évaluation de l'état mental (MMSE) - Ne devaient présenter aucun symptôme dépressif significatif, déterminé par l'échelle de la dépression du centre d'études épidémiologiques (CES-D) par un score-seuil de 28. <p>D'après ces échelles, aucun des participants</p>	<p>Le but de cette étude était de valider la structure factorielle de la Beck Hopelessness Scale (BHS) dans un échantillon non clinique d'adultes espagnols âgés de plus de 60 ans, sans déficit cognitif ni symptôme dépressif.</p>	<p>Les auteurs de l'étude ont relevé dans la littérature que la structure factorielle de la BHS restait incertaine puisqu'il existe plusieurs propositions de modèles, avec un nombre différent de facteurs qui s'échelonnent de 1 à 3.</p> <p>Les auteurs de cette étude émettent l'hypothèse que le modèle à 2 facteurs conviendrait le mieux.</p> <p>Afin de comparer ces différentes structures factorielles, Satorres et al. (2018) utilisent plusieurs statistiques dans le cadre d'une analyse factorielle confirmatoire. Au total, l'étude analyse 5 modèles différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À 1 facteur - A 2 facteurs : modèle de Tanaka et al. (1998) ; modèle de Nissim et al. (2010) ; modèle de Steed (2001) - A 3 facteurs : modèle original proposé par Beck et al. (1974) <p>Lors de l'analyse, tous les modèles ont été révisés avec la suppression des items 4 (« je ne peux pas imaginer ce que serait ma vie dans 10 ans »), 9 (« je ne comprends tout simplement pas les pauses et il n'y a aucune raison de croire que j'en ferais à l'avenir ») et 14 (« les</p>	<p>Globalement, les modèles à 2 facteurs ont une structure factorielle plus adéquate que ceux à 1 et 3 facteurs.</p> <p>Parmi les modèles à 2 facteurs vérifiés dans cette étude, le plus adéquate est la version révisée (sans les items 4,9 et 14) de Nissim et al. (2010) avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cohérence interne à 0.87 pour le facteur 1 (prévisions négatives du futur) et 0.85 pour le facteur 2 (manque de motivation) - Indice d'ajustement de l'analyse factorielle confirmatoire (valorisé quand > 0.9) = 0.940 et est le plus élevé de tous les modèles. <p>Indice qui est une bonne représentation d'un bon ajustement.</p> <p>Au regard des 2 facteurs qui composent le modèle de Nissim et al. (2010), on peut dire que la notion de désespoir inclut une prévision négative du futur où les individus perdent l'espoir d'accomplir leurs objectifs et abandonnent toute possibilité de voir les choses fonctionner, d'être résolues ou améliorées.</p> <p>Le désespoir reflète aussi un manque de motivation causé par</p>	<p>La BHS est validée uniquement pour un échantillon de personnes sans troubles dépressifs et cognitifs.</p> <p>Les items 4, 9 et 14 ont été problématiques et enlevés de la plupart des modèles car ne correspondaient pas à la population observée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - item 4 : population étudiée âgée de 60 à 90 ans. Certains sont conscients que leur durée de vie est inférieure à 10 ans. - item 9 : item qui fait référence à la surcharge de travail. Les participants sont retraités donc ils peuvent faire des pauses quand ils en ressentent le besoin. - item 14 : avec les changements qui se produisent avec l'avancée dans l'âge, les participants peuvent en effet trouver que les choses ne fonctionnent pas comme

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
	inclus dans l'étude ne présentait de troubles cognitifs ou de symptomatologie dépressive.		choses ne fonctionnent tout simplement pas comme je le souhaite », à l'exception du modèle de Steed où seuls les items 9 et 14 ont été retirés. Cela afin d'obtenir un meilleur ajustement des modèles. Les items 4, 9 et 14 ne convenaient pas à la population étudiée (personnes âgées).	un manque prévision positive du futur, ce qui rend les individus incapables d'agir en leur propre nom en raison d'un fort sentiment d'impuissance. Cette étude offre une possible vision de l'impact d'un manque de motivation et d'une prévision négative du futur sur le développement d'un sentiment de désespoir et, par conséquent, sur l'apparition d'idées ou de comportements suicidaires chez les personnes âgées qui ne présentent pas de démence ni signe de dépression.	ils le souhaiteraient réellement. La conception de la recherche est transversale, ce qui limite toujours la capacité de tirer des conclusions de causalité à partir des données. D'autres études devraient prendre un échantillon d'ainés présentant un risque de suicide potentiellement élevé, tels que les personnes récemment veuves ou hospitalisées depuis une longue durée.
Kocalevent et al. (2017)	Étude descriptive L'échantillon de l'étude comprend des adultes de la population colombienne âgés de 18 ans et plus. Ils appartiennent à différentes villes de Colombie divisées en quartier et avec des niveaux socio-économiques différents. Ceci dans le but que l'échantillon soit représentatif de la population générale en Colombie.	Les objectifs de l'étude sont : 1. Tester l'échelle BHS dans la population colombienne 2. Analyser différents groupes selon l'âge, le genre et le niveau d'éducation des participants 3. Analyser la validité du questionnaire et obtenir des normes applicables à la population générale	Les habitants de Colombie ont dû remplir un livret contenant plusieurs questions ce qui a permis de sélectionner des participants venant de différents quartiers caractérisés par le niveau socio-économique, afin que l'étude soit représentative de la population générale. 2372 personnes ont été contactées mais seul 1500 ont accepté de participer, ce qui donne un taux de réponses de 63%. Nous ne connaissons pas les raisons de ceux qui n'ont pas voulu participer. La version espagnole de la BHS a été testée chez les participants mais aussi le questionnaire sur la détresse	L'échantillon était bien représentatif de la population colombienne adulte. Le coefficient alpha de Cronbach pour la BHS était de 0,81. L'analyse factorielle confirmatoire a confirmé l'application d'un modèle à 3 facteurs et obtenu de bons indices car il amène la multidimensionnalité de la structure du BHS applicable à la population générale. Cela permet une bonne interprétation des facteurs tels que la motivation (perte de motivation), l'affectif (sentiment à propos du futur) et ce qui est de l'ordre de la cognition (attentes	En raison de la conception transversale de cette étude, les résultats obtenus n'ont pas pu être testés. Le taux de réponses de 63% indique que près du tiers des personnes contactées n'ont pas participé. En cas de non-réponse, un autre participant éligible de la même strate a été recruté. Il est possible que l'échantillon présente un biais de sélection.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			émotionnelle, la dépression et l'anxiété, les satisfactions de la vie, la santé générale et l'habileté propre à chacun de faire face aux problèmes.	<p>futures). Le premier facteur (perte de motivation) est le plus présent dans les résultats obtenus de la BHS, suivi du second facteur (sentiments à propos du futur) et le troisième (attentes futures).</p> <p>Les données normatives du BHS ont pu être générées grâce à l'importante taille de l'échantillon incluant les deux sexes et pour les différents âges. Les pourcentages obtenus permettent de comparer un score BHS individuel avec celui obtenu dans la population générale de Colombie, basé sur l'âge et le sexe.</p> <p>Les corrélations internes entre le BHS et l'échelle de dépression étaient les plus élevées ($r = 0,57$), suivies de l'échelle de l'anxiété ($r = 0,52$).</p> <p>L'étude ne révèle pas de différence de désespoir selon le sexe, il augmente avec l'âge, surtout à l'âge de 61 ans qui peut être corrélé avec le départ en retraite et un potentiel changement de revenu.</p>	Les participants avec un score BHS élevé n'ont pas pu être diagnostiqués davantage contrairement à d'autres études précédentes portant aussi sur le désespoir ou la dépression dans la population générale.
Nelson et al. (2010)	Étude menée auprès de 50 personnes âgées de 16 à 69 ans (28 hommes et 22 femmes), se présentant dans un	Cette étude vise à mettre en évidence la validité et la fiabilité de l'échelle SIS-MAP dans sa capacité à prédire l'admission en	Les évaluations SIS-MAP ont été obtenues auprès d'un groupe de patients se présentant avec des idées suicidaires au Regional Mental Health Care. Le processus de triage	Le statut d'admission a été corrélé avec le sous-total des facteurs protecteurs et a montré que les individus avec des niveaux de	SIS-MAP a été développée sur la base de facteurs de risque et de résilience identifiés par 16 experts,

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
	<p>centre de crise ambulatoire (Regional Mental Health Care, St. Thomas, Ontario, Canada) avec des idées suicidaires.</p>	<p>psychiatrie, à évaluer le risque suicidaire et à planifier des soins.</p>	<p>a été effectué sur la base de la sévérité des conditions des patients. Chaque patient a été reçu en entretien par un professionnel de la santé formé à l'utilisation du SIS-MAP afin que ce dernier puisse évaluer le patient au travers de l'outil.</p> <p>Le score a ensuite été comparé au fait que la personne ait été hospitalisée ou non.</p> <p>Le niveau de soin (statut d'admission) a été décidé au travers d'entretiens cliniques menés par des psychiatres, et non sur l'unique résultat au SIS-MAP réalisé pendant la période du triage.</p> <p>Ainsi, les scores au SIS-MAP de chaque patient ont été comparés au niveau de soins préconisé afin de déterminer l'habileté de l'échelle à prédire un risque suicidaire.</p> <p>L'hospitalisation ou non des individus a été utilisée comme une mesure des résultats et corrélée avec diverses variables prédictives.</p>	<p>résilience plus élevés étaient moins susceptibles d'être hospitalisés.</p> <p>Les antécédents de tentatives de suicide et la présence de psychoses ont été corrélés à l'hospitalisation des patients.</p> <p>Les antécédents familiaux n'ont pas été associés aux hospitalisations ou aux tentatives de suicide.</p> <p>La spécificité de l'échelle (identifiant correctement les personnes n'ayant pas besoin d'être admises) était de 78,1%, tandis que la sensibilité de l'échelle (identifiant correctement les personnes qui nécessitent une admission) était de 66,7%.</p> <p>Les scores totaux moyens du SIS-MAP pour les personnes hospitalisées ou non hospitalisées et leurs écarts-types respectifs ont été utilisés pour établir les seuils cliniques de l'échelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 13 : pas de suivi nécessaire - Entre 13 et 23 : individus nécessitent un suivi en ambulatoire sans hospitalisation - Entre 23 et 33 : personnes qui nécessitent un jugement clinique afin de déterminer le niveau de soins requis. 	<p>un nombre relativement restreint.</p> <p>L'étude exprime clairement que des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer la réelle validité de l'outil de mesure et pour généraliser les résultats.</p> <p>La taille de l'échantillon étant trop petite, des études de suivi permettraient de déterminer l'aptitude de l'outil à prévenir le risque suicidaire et à orienter le plan de soins.</p> <p>La fiabilité entre les évaluateurs a été mesurée au travers d'une vidéo d'un entretien structuré d'un seul patient fictif et évalué par 20 cliniciens.</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				- > 33 : fort risque suicidaire, les personnes doivent être admises dans un établissement psychiatrique.	
Johnston et al. (2013)	Étude menée auprès de 50 personnes âgées de 16 à 69 ans (28 hommes et 22 femmes), se présentant dans un centre de crise ambulatoire (Regional Mental Health Care, St. Thomas, Ontario, Canada) avec des idées suicidaires.	Cette étude vise à valider les domaines de suicidalité évalués par la SIS-MAP et à développer une version plus courte de l'échelle afin de faciliter et accélérer le processus d'évaluation tout en maintenant la validité prédictive de la version originale.	<p>Les personnes qui se sont présentées au centre de crises psychiatriques de l'hôpital Regional Mental Health Care au Canada avec idées suicidaires ont bénéficié d'un entretien durant lequel le SIS-MAP a été complété par des professionnels de la santé. Les résultats ont ensuite été comparés avec la décision d'hospitaliser ou non ces patients suite à un diagnostic posé par un psychiatre (voir étude Nelson, Johnston & Shrivastava, 2010).</p> <p>6 mois après cette évaluation initiale une collecte de données réalisées auprès de ces mêmes participants a permis de classer les informations récoltées dans 3 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée d'hospitalisation (pour les 50 patients) - Réadmission en hôpital psychiatrique (pour 19 patients) - Tentatives de suicide ultérieures (pour 19 patients) <p>Des analyses sur la fiabilité des sous-échelles de la version originale de la SIS-MAP ont été conduites, permettant une brève sélection</p>	<p>Les dix items composant la sous-échelle d'idéation présentent une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0.801).</p> <p>Concernant la prédiction d'une réadmission en hôpital, les résultats suggèrent qu'un risque démographique élevé et une faible capacité à gérer les idéations suicidaires engendrent un risque de réhospitalisation.</p> <p>Les individus ayant des antécédents de tentatives de suicide (44%) ont un score significativement plus élevé au SIS-MAP que ceux n'ayant pas fait de tentamen.</p> <p>La version courte du SIS-MAP retient 23 items sur 108 avec une cohérence interne de 0.73. Elle a une bonne valeur prédictive avec 77.9% de la variance du risque suicidaire total obtenu avec le SIS-MAP original.</p> <p>La version courte montre des résultats significatifs pour prédire la durée d'hospitalisation ($p=.009$) mais non significatifs pour prédire</p>	<p>D'autres essais cliniques dans différents sous-groupes de la population permettraient de renforcer la validité prédictive.</p> <p>Les données ethnoculturelles n'ont pas été collectées.</p> <p>Les résultats peuvent être généralisés que pour la population adulte (seuls 7 avaient moins de 25 ans).</p> <p>Échantillon initial trop petit car ensuite il diminue dû à l'effet transitoire des personnes aux urgences ou lorsque la crise se stabilise les personnes refusent d'autres soins, certains sont sans abri, ou décèdent rarement de suicide.</p> <p>La version courte du SIS-MAP ne permet pas de donner la raison de la réadmission qui peut être due à un trouble</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			<p>d'items : les items de chaque sous-échelle ont été entrés dans des régressions par étapes permettant de calculer les scores totaux d'indices de risque de la SIS-MAP. À partir de chaque régression, les éléments restants dans le modèle final prédisant les scores totaux de risque de suicide ont été inclus dans la version courte du SIS-MAP. Au total, 23 items composent cette dernière.</p> <p>Une régression linéaire a été utilisée pour prédire la réadmission en hôpital dans laquelle tous les items ont été entrés dans des régressions par étapes afin de déterminer quelle sous-échelle prédit le mieux ce résultat.</p>	<p>une réhospitalisation ($p=0.11$). Concernant la prédiction de tentatives de suicide ultérieures, la version courte présente des scores presque significatifs ($p=0.07$).</p>	<p>psychiatrique autre que les idées suicidaires.</p> <p>La version courte du SIS-MAP est un moyen rapide et efficace d'évaluer un potentiel risque suicidaire qui devra néanmoins être approfondi avec le SIS-MAP complet si le score est alarmant.</p> <p>Échantillon réduit notamment pour les catégories "réadmission en hôpital psychiatrique" et "tentatives de suicide ultérieures" car sur les 50 participants, seuls 19 ont pu être contactés 6 mois après.</p>

3.2. Éléments à retenir en lien avec la question de recherche

Article 1 (Van Veen et al., 2015) : cette étude visant à vérifier la fiabilité de la version allemande de l'échelle NGASR montre globalement une faible cohérence entre les différents items de l'échelle. Cependant, l'échelle enregistre une bonne cohésion entre les réponses des différents évaluateurs. En d'autres termes, infirmiers et psychiatres semblent s'accorder sur la cotation des items. De même, les scores révélés par le NGASR sont cohérents avec les diagnostics émis par les psychiatres à la suite d'entretiens, ce qui renforce la validité de l'échelle et sa juste évaluation du risque suicidaire. La combinaison de la Scale for Suicide Ideation (SSI) et de la NGASR permet une meilleure évaluation du risque suicidaire car elles fournissent une évaluation spécifique pour les personnes ayant fait une tentative de suicide.

Article 2 (Kozel et al., 2016) : cette étude vise à étudier la cohérence des scores du NGASR évalués par différents professionnels de santé pour des mêmes patients. Cela permet de démontrer qu'elle peut être utilisée par tous de manière juste et objective. Les résultats de l'étude montrent une bonne concordance entre les évaluateurs sur les 16 items de l'échelle, dans la mesure où chacun des professionnels de santé ont reçu une formation sur l'échelle et une description détaillée de chaque item au préalable.

Article 3 (Satorres et al., 2018) : cette étude met en lumière deux facteurs principaux qui sont applicables à la notion de désespoir : le manque de motivation et une tendance à avoir des prévisions négatives pour le futur. De ce fait, la BHS est une échelle utile dans la détection précoce des comportements suicidaires chez la personne âgée et, selon son résultat, dirige les professionnels de santé à effectuer des examens plus poussés et mettre en place des interventions de soins préventives.

Article 4 (Kocalevent et al., 2017) : les facteurs « perte de motivation », « sentiments à propos du futur » et « attentes futures » présents dans le BHS permettent son application dans la population générale afin de détecter le désespoir. De plus, les données obtenues dans la population colombienne comprennent des personnes de tout âge et sexe et démontrent que le pic de désespoir survient vers l'âge de 61 ans, ce qui peut être lié au

changement de revenu, au moment de la retraite. Les données obtenues permettent de servir de normes pour la population générale.

Article 5 (Nelson et al., 2010) : les analyses ont été réalisées afin de démontrer que la SIS-MAP permet de prédire le niveau de risque suicidaire mais aussi le niveau de soins requis (hospitalisation ou non). Les résultats montrent que le statut d'admission (hospitalisation ou non), est corrélé aux sous-totaux dans le domaine protecteur. Ainsi, les personnes avec des niveaux plus élevés de facteurs de résilience sont moins susceptibles d'être admises à l'hôpital. Cependant, les tentatives de suicide antérieures et la présence de psychose sont corrélées au statut d'admission. Au contraire, le domaine des antécédents familiaux n'est pas associé au statut d'admission.

Article 6 (Johnston et al., 2013) : 23 éléments sur 108 de l'échelle SIS-MAP ont été sélectionnés pour créer un outil simplifié, rapide et efficace afin de prédire le risque suicidaire. Parmi ces éléments, les sous-échelles d'idéation et les facteurs de protection du risque de suicide ont démontré une grande prédictibilité pour évaluer le risque suicidaire contrairement aux sous-échelles biologiques et de planification, peu prédictives du risque. De plus, un risque démographique plus élevé et une capacité moindre à gérer les idéations sont associées à une probabilité plus élevée de réadmission en hôpital psychiatrique dans les six mois. Néanmoins, l'outil simplifié ne permet pas d'énoncer la raison de la réadmission en hôpital.

3.3. Analyse critique des articles retenus

Un problème global réside auprès des professionnels qui sont frileux à utiliser les outils d'évaluation du risque suicidaire (Nelson et al., 2010). La première raison soulevée est qu'ils ne savent pas comment interpréter le résultat obtenu ni quoi en faire (Jobes, Nelson, Peterson, Pentiu, Downing, Francini & Kiernan, 2004). Pour qu'un outil ait de la valeur il doit donner une indication sur le niveau de risque suicidaire mais aussi sur le plan de soins à suivre afin d'éviter une tentative de suicide. Une deuxième raison s'explique par l'imprécision des outils à prédire le risque de suicide (Nelson et al., 2010). Une étude menée par Bisconer et Gross (2007) évaluant différentes échelles (Suicide Probability Scale ; Adult Suicidal Ideation Questionnaire ; Beck Scale for Suicide Ideation ; Beck

Hopelessness Scale ; Beck Depression Inventory II ; Beck Anxiety Inventory) a montré qu'aucune d'elles n'étaient capables de prédire avec précision le risque suicidaire sans faire d'erreur. Même si ces outils sont considérés comme efficaces pour différencier les personnes admises dans un hôpital psychiatrique pour un risque suicidaire de celles admises pour une autre raison, un manque subsiste pour identifier celles qui sont réellement à risque suicidaire et qui ont besoin d'être admises (Nelson et al., 2010).

La synthèse de la lecture critique des articles est présentée par échelles dans les paragraphes suivants. Elle débute avec l'échelle SIS-MAP, se poursuit avec la BHS et termine avec la NGASR.

3.3.1. Scale for Impact of Suicidality : Management, Assessment and Planning of care (SIS-MAP)

L'échelle SIS-MAP (Nelson et al., 2010) a la particularité de ne pas uniquement tenir compte des facteurs de risque mais aussi des facteurs de protection. Ainsi, les facteurs protecteurs contribuent à diminuer le risque suicidaire. C'est un instrument en 108 items répartis selon huit domaines de la vie qui sont tous susceptibles d'influencer le risque suicidaire.

Les résultats de l'étude de Nelson et al. (2010) montrent que l'échelle SIS-MAP est un bon outil pour l'évaluation du risque suicidaire et est utilisée surtout pour les adultes. L'échelle évalue tant le niveau de risque suicidaire que le niveau de soins requis pour les personnes à risque. Pour faciliter l'évaluation du risque suicidaire, cette étude détermine quels domaines de la vie sont associés à un risque suicidaire plus élevé et dont une hospitalisation est nécessaire afin de fournir les soins adaptés. Nelson et al. (2010) ont montré que plus le score de résilience est élevé, plus la probabilité d'une admission à l'hôpital diminue. Selon une autre étude de Johnston, Nelson et Shrivastava (2013), les caractéristiques de la personne (âge, sexe, statut marital, etc.) et le fait qu'elle rencontre des difficultés à gérer ses idées suicidaires augmentent le risque de réadmission en hôpital dans les six mois suivants l'évaluation. Par ailleurs, les tentatives de suicide antérieures et la présence de psychose amènent à une plus grande probabilité que la personne soit admise en hôpital (Nelson et al., 2010). Dans l'étude de Johnston et al., (2013) un score SIS-MAP plus élevé est observé chez les personnes ayant fait des tentatives de suicide en comparaison aux personnes qui n'en n'ont pas faites. Ce sont notamment les facteurs de

risque liés au antécédents médicaux qui sont plus élevés et influencent le passage à l'acte (Johnston et al., 2013). Cependant, les antécédents familiaux n'ont pas démontré de lien avec la probabilité d'être admis ou d'avoir déjà fait des tentatives de suicide (Nelson et al., 2010).

Johnston et al. (2013) ont également créé une version plus courte de la SIS-MAP, présentée dans l'annexe 5, afin que l'évaluation soit plus rapide. 23 items sur 108 items ont été sélectionnés. Dans la version courte de l'échelle, les éléments suivants ont été retenus : un item indiquant si la personne est hospitalisée ou non ; dix items tirés du domaine psychologique (avec trois items sur les idées suicidaires, trois items sur la gestion de celles-ci, trois items sur l'état actuel de suicidalité et un item sur la planification d'une tentative de suicide) ; trois items sur les abus et dépendances (d'alcool, de drogues ou sexuels) ; un item sur les antécédents de maladies mentales dans la famille ; deux items sur les facteurs protecteurs (liens familiaux et profiter des moments satisfaisants de la vie) ; quatre items sur les observations de l'évaluateur (concernant la personnalité et la présence de psychose et de vulnérabilité) et enfin deux items sur l'environnement social (soutien des proches et accessibilité aux services de soins) (Johnston et al., 2013).

Aucune grille permettant d'interpréter les scores de la version courte de la SIS-MAP n'a été proposée, ce qui rend difficile son utilisation. Cependant, l'étude de Johnston et al. (2013) montre que l'évaluation du risque suicidaire par la version courte de l'échelle permet de détecter le risque de manière aussi efficace qu'avec la version longue car les scores obtenus à la version courte sont significatifs à ceux obtenus à la version complète ($p < 0.001$). En revanche, les scores obtenus à la version courte ne sont pas un prédicteur significatif à une réhospitalisation ($p < 0.11$).

La sélection de 23 éléments sur 108 de la SIS-MAP permet aussi de prédire l'admission en hôpital et de détecter d'éventuelles tentatives de suicide dans les six mois suivant la première évaluation. Cependant, cette échelle plus courte ne permet pas de cibler la raison de l'admission qui peut être aussi bien due à des idées suicidaires qu'à une dépression. La version originale de la SIS-MAP est plus complète et ciblée et prédit les aspects plus généralisés de la santé mentale future, contrairement à la version courte qui se limite à mesurer le risque suicidaire actuel (Johnston et al., 2013).

Cependant, des limites ont été relevées comme la taille de l'échantillon trop petit pour obtenir des résultats applicables à la population générale. En effet, les participants sont passés de manière transitoire dans le service d'urgence et pour plus de la moitié aucun suivi n'a été effectué. Cela peut aussi s'expliquer que lorsqu'une crise se stabilise les

patients refusent plus de soins. D'autres se déplacent fréquemment, sont sans abri ou sont décédés par suicide (Johnston et al., 2013).

3.3.2. Beck Hopelessness Scale (BHS)

La Beck Hopelessness Scale (BHS, Beck & Steer, 1988) est un questionnaire comprenant 20 items au travers desquels les personnes s'autoévaluent en répondant par oui ou non. C'est un outil rapide qui mesure les attitudes positives et négatives à propos du futur. C'est également un bon moyen de prédire les comportements suicidaires futurs ainsi que l'altération de la santé et des fonctions sociales. Un score élevé indique un important niveau de désespoir en tenant compte de facteurs affectifs, motivationnels et cognitifs. Il n'existe pas de grille de lecture des résultats permettant de les analyser de manière détaillée.

Les objectifs de l'étude de Kocalevent et al. (2017) sont de tester l'échelle dans la population colombienne en analysant des groupes différents en tenant compte de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation, afin d'investiguer la validité du questionnaire et son applicabilité à la population générale. Dans l'article, l'échelle évalue des éléments qui relatent trois facteurs : la perte de motivation, des sentiments pessimistes à propos du futur et des attentes futures négatives. La cohérence entre ces éléments de l'échelle relève une bonne fiabilité (alpha de Cronbach = 0,81 ; $p < 0.001$) ce qui indique qu'elle est un bon outil pour évaluer le désespoir dans la population générale. Le facteur de perte de motivation comportant huit items s'avère être le plus fiable (alpha de Cronbach = 0.78 ; $p < 0.001$), suivi des sentiments négatifs à propos du futur, comportant cinq items. Les résultats obtenus, quel que soit l'âge ou le sexe, démontrent que l'échelle peut être utilisée dans la population générale (Kocalevent et al., 2017). Cependant, le désespoir augmente avec l'âge et notamment à 61 ans qui est l'âge de la retraite en Colombie et qui indique un changement de rôle social.

L'étude de Satorres et al. (2018) menée en Espagne, sur 362 personnes âgées de 60 ans et plus, relève que des items peuvent être retirés afin que l'échelle soit plus adaptée à la personne âgée. L'item quatre « je ne peux pas imaginer ce que serait ma vie dans 10 ans » a été retiré car la population étudiée est âgée de 60 à 90 ans et certains sont conscients que leur durée de vie est inférieure à 10 ans. L'item neuf « je n'ai pas de pause et il n'y aucune raison de croire que j'en aurais à l'avenir » a également été effacé car les

participants sont retraités et cet item fait référence à la surcharge de travail. Enfin, l’item 14 « les choses ne fonctionnent pas comme je le souhaite » a été supprimé car avec les changements induits par l’avancée dans l’âge, les participants peuvent penser que, en effet, les choses ne se produisent pas comme ils le souhaiteraient réellement (Satorres et al., 2018). De plus, le modèle à deux facteurs revisité (sans les items quatre, neuf et 14) de Nissim, Flora, Cribbie, Zimmermann, Gagliese & Rodin (2010) montre une cohérence interne plus élevée pour les facteurs « attentes pessimistes du futur » (alpha de Cronbach = 0.87) et « perte de motivation » (alpha de Cronbach = 0.85). Le troisième facteur « sentiments à propos du futur » démontre une faible cohérence interne. Le modèle de Nissim et al. (2010) semble donc être le plus adéquat pour être appliqué aux personnes âgées vivant dans des communautés de retraite et qui ne présentent pas de symptôme dépressif ou de trouble cognitif (Satorres et al., 2018).

La BHS est une échelle utile dans la détection précoce du sentiment de désespoir chez la personne âgée qui ne présente pas de troubles cognitifs ou de symptômes dépressifs, raisons pour lesquelles il est d’autant plus important de l’évaluer. Le désespoir est un facteur déterminant chez les personnes âgées pour les idéations suicidaires et la dépression (Satorres et al., 2018). L’étude cible uniquement les personnes âgées qui n’ont pas de démence et pas de symptômes dépressifs. Il faudrait que la BHS soit testée et validée auprès de personnes âgées présentant un potentiel risque de suicide induit par des maladies psychiatriques afin de vérifier son efficacité (Satorres et al., 2018).

3.3.3. Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

L’outil Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk Scale (NGASR, Cutcliffe & Barker, 2004) est une échelle permettant l’évaluation du risque suicidaire. Elle est développée pour une utilisation infirmière et se base sur 15 items avec pour chacun un score plus ou moins important (zéro, un ou trois points) pour un total maximum de 25 points (Van Veen et al., 2015). Les items comportent des éléments sur l’humeur suicidaire (quatre items), la présence d’une maladie mentale sévère (trois items), une tendance à des comportements suicidaires (quatre items) et des stress psychosociaux récents tel qu’un deuil (deux items).

Les deux articles traitant cette échelle abordent deux points différents. La première étude, menée par Van Veen et al. (2015) a pour objectif de vérifier la fiabilité, la validité et

l'interprétabilité de la version néerlandaise de l'outil NGASR. La deuxième étude, guidée par Kozel et al. (2016) évalue la cohérence des évaluations de différents professionnels de santé pour un même patient.

D'après Van Veen et al. (2015), bien que les différents items du NGASR ont une faible corrélation entre eux (alpha de Cronbach = 0.45), les scores obtenus par les différents évaluateurs démontrent une bonne cohérence (alpha de Cronbach = 0.92). Cela signifie que les résultats d'une évaluation pour une même personne menée par différents professionnels de la santé sont similaires et permettent de détecter un risque suicidaire. Les items de la NGASR permettent dans leur globalité de détecter les facteurs de risque relatifs au suicide, notamment au travers des cinq items avec une valeur de trois points (présence de désespoir ; signes de dépression/perte d'intérêt ou de plaisir ; mise en évidence d'un plan de commettre un suicide ; deuil récent ou rupture amoureuse ; tentatives de suicide antérieures) qui reflètent les facteurs de risque les plus importants. Les articles s'accordent également pour dire que le NGASR est un outil qui démontre une bonne validité, proposé dans plusieurs recommandations de bonnes pratiques, en plus de la grande satisfaction rapportée par les utilisateurs au travers de divers contextes cliniques (Kozel et al., 2016). Rapide d'utilisation, par son nombre restreint d'items sous forme de questions fermées, il peut se prêter facilement à l'utilisation dans le cadre de soins à domicile.

Bien que le NGASR s'adresse aux infirmières, il n'est pas exclusif à ce groupe et peut être utilisé par d'autres professionnels de la santé. Toutefois, l'étude de Kozel et al. (2016) met en évidence l'importance de donner au préalable aux utilisateurs des informations sur l'utilisation de l'échelle et la valeur des différents items. Elle propose également de fournir un guide papier afin que chaque évaluateur s'accorde sur les critères d'évaluation dans l'intention d'être le plus juste et objectif possible.

Les participants aux études de Van Veen et al. (2015) et de Kozel et al. (2016) présentent tous des pathologies psychiatriques puisque la première est menée dans des urgences psychiatriques et la seconde auprès de patients avec diverses pathologies psychiatriques. Ainsi, la fiabilité du NGASR à évaluer le risque suicidaire chez des personnes sans trouble de la santé mentale n'a pas été testée. Ce qui est tout aussi important car les personnes âgées de plus de 65 et bénéficiant de prestations de soins à domicile ne présentent pas systématiquement d'antécédents psychiatriques et le risque suicidaire ne résulte pas toujours d'une pathologie psychiatrique. Ces études ne sont pas axées sur une population

âgée. Dans la première étude, seulement 10% de l'échantillon est âgé de plus de 60 ans et dans la seconde, aucune donnée démographique n'est mentionnée.

4. DISCUSSION

4.1. Synthèse des résultats

Le vieillissement est une étape de vie qui entraîne de multiples changements. Ces derniers peuvent être perçus comme des pertes biologiques, psychologiques, sociales et/ou spirituelles (Kjølseth et al., 2010), face auxquelles certaines personnes peuvent se sentir démunies et sans les ressources suffisantes pour y faire face, entraînant alors la naissance d'un sentiment de désespoir (Satorres et al., 2018).

Abramson, Alloy et Metalsky (1989) développent une théorie (la théorie du désespoir) dans laquelle le désespoir apparaît comme une sous-catégorie de la dépression, caractérisée par l'émergence d'attentes négatives et d'un sentiment d'impuissance sur différents domaines de la vie. Le désespoir et la dépression sont liés et représentent des facteurs de risque suicidaire importants chez la personne âgée (Lleshi & Bizzozzero, 2009) qui ne voit pas d'autre alternative que le suicide pour sortir de sa souffrance. Elle perd l'espoir d'une vie meilleure et ne se projette plus dans l'avenir. Le passage à l'acte apparaît comme la solution pour mettre fin à cette situation (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014). Déceler un sentiment de désespoir chez la personne âgée permettrait donc de mener une réflexion sur un potentiel risque suicidaire.

L'échelle de désespoir de Beck (Beck Hopelessness Scale, Beck & Steer, 1988) est le seul des trois outils présentés précédemment dont la validité a été testée uniquement sur des personnes âgées et les résultats montrent que deux facteurs principaux sont applicables à la notion de désespoir : un manque de motivation et une tendance à avoir des attentes négatives sur le futur. Cependant, trois items ne sont pas pertinents lors de l'évaluation du désespoir chez la personne âgée (« je ne peux pas imaginer ce que serait ma vie dans 10 ans », « je n'ai pas de pause et il n'y a aucune raison de croire que j'en aurais à l'avenir » et « les choses ne fonctionnent tout simplement pas comme je le souhaite ») (Satorres et al., 2018).

La dépression est un facteur de risque primordial dans la détection d'un risque suicidaire mais elle est difficile à diagnostiquer chez les personnes âgées, dû à une modification des symptômes en comparaison à une population adulte (Lleshi & Bizzozzero, 2009). L'étude de Satorres et al. (2018) se base sur un échantillon de personnes âgées sans déficit cognitif ou symptôme dépressif apparent afin de voir si l'utilisation de la BHS chez ces participants permet de déceler un désespoir méconnu car, bien que la dépression soit un facteur de risque principal, il n'est pas le seul. La BHS permet ainsi d'évaluer un potentiel risque suicidaire chez des personnes sans symptôme dépressif. Elle peut être applicable auprès des personnes âgées bénéficiant de soins à domicile car toutes ne sont pas dépressives ou avec des troubles cognitives puisque la dépression affecte une personne sur sept dans les soins à domicile (Pickett et al., 2012).

Bien que la BHS ne mesure pas directement le risque suicidaire, elle se repose sur un seul des facteurs de risque principaux qui permet de mettre en lumière un mal être important. Elle se démarque ainsi de l'échelle SIS-MAP qui, au contraire, est fondée sur plusieurs facteurs de risque (antécédents suicidaires, antécédents familiaux, maladies mentales, problèmes socio-économiques, événements traumatiques (abus), dépendance aux substances (alcool, drogues), facteurs démographiques (âge, sexe) mais aussi des facteurs protecteurs (liens familiaux, soutien, expérience positive passée, environnement stable et sécuritaire) (Nelson et al., 2010). Il en est de même pour l'échelle NGASR, qui utilise les facteurs de risque principaux (dépression, désespoir, problèmes socio-économique, abus de substances, antécédents de suicide, veuvage, antécédents de maladies mentales, antécédents familiaux, événements de vie traumatiques) pour évaluer le risque suicidaire (Cutcliffe & Barker, 2004).

Le désespoir est notamment un des items que l'on retrouve dans l'échelle NGASR, associé à d'autres facteurs de risque comme le stress, la présence de maladies mentales, d'idéations ou de plans suicidaires, des tentatives de suicide antérieures ou encore des stress psychosociaux récents (deuil, séparation, etc.) (Cutcliffe & Barker, 2004). Cette échelle a l'avantage d'avoir été conçue spécifiquement pour une utilisation infirmière, aguerrie ou novice, dans l'évaluation du risque suicidaire. Rapide d'utilisation, elle permet en peu de temps d'identifier un degré suicidaire plus ou moins important (Cutcliffe & Barker, 2004). La NGASR met en avant cinq items dont la valeur est de trois points si la réponse est positive alors que pour les autres items, la valeur maximum est d'un point (Cutcliffe & Barker, 2004). Ces cinq items se présentent comme des indicateurs critiques

du suicide et englobent les dimensions intrapersonnelles (désespoir, dépression/perte d'intérêt ou de plaisir, plan suicidaire, tentatives de suicide antérieures) et interpersonnelles (deuil récent ou rupture amoureuse) selon la théorie de Reed (1991). Ces items représentent des risques majeurs du suicide, relevés notamment par l'OMS (2014) et par l'Association Québécoise de Prévention du Suicide (2014).

Cependant, bien que les résultats obtenus à la NGASR permettent de relever un risque suicidaire élevé, ils ne donnent pas d'indication sur la décision clinique à mettre en place dans ce cas de figure. De ce fait, lors d'une utilisation à domicile, l'infirmière ne bénéficie pas d'information supplémentaire sur l'exploitation des résultats obtenus au NGASR.

De plus, l'échelle NGASR met uniquement l'accent sur les facteurs de risque sans se soucier des ressources que peut posséder l'individu évalué. Par exemple, on peut imaginer qu'un individu entrant dans la retraite, avec une personnalité inflexible et donc un comportement peu propice aux changements avec des mécanismes d'adaptation limités, peut vivre ce changement comme une épreuve difficile au regard des modifications de rôle et de revenu qu'elle peut engendrer. Au contraire, une personne qui a acquis, au travers de ses expériences de vie des habiletés de résolution de problèmes et des capacités d'adaptation peut vivre cet événement comme un renouveau. C'est alors l'occasion de commencer de nouvelles activités ou de se consacrer pleinement à des hobbies (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Ainsi, l'histoire de vie de la personne et sa manière de faire face aux difficultés rencontrées sont susceptibles d'influencer les scores obtenus à l'échelle et donc le risque suicidaire. Mais ces critères ne sont pas pris en compte dans le NGASR, à la différence de l'échelle SIS-MAP.

L'échelle SIS-MAP prend en compte les facteurs intrinsèques (aspects psychologiques et physiques de la personne) et extrinsèques (environnement socio-économique, relations avec les proches) de la personne qui influencent tous les deux sur le risque suicidaire (Perlman et al., 2011).

Les facteurs de risque rendent vulnérable la personne aux comportements suicidaires qui, selon Nelson et al. (2010), peuvent parfois être contrés par les facteurs de résilience et les stratégies d'adaptation mises en place par la personne. Il existe des facteurs de protection qui sont les liens familiaux, une bonne estime de soi, la capacité à s'adapter face à des situations difficiles, les croyances spirituelles et religieuses présentes de manière plus ou moins importante chez chaque individu (Perlman et al., 2011).

L'outil SIS-MAP a démontré une bonne validité à prédire le risque suicidaire car il inclut la multi-dimensionnalité des facteurs de risque retrouvés dans différents domaines de la vie (biologique, psychologique, sociologique et environnemental) et les facteurs de protection face au suicide, comme l'estime de soi et la stabilité de l'environnement, qui vont contribuer à diminuer le risque suicidaire (Nelson et al., 2010). L'environnement influence fortement le bien-être de la personne âgée (Mitty & Flores, 2018) comme par exemple le soutien social qui, lorsqu'il est faible, augmente le risque suicidaire (Park et al., 2013).

Un autre avantage de l'outil SIS-MAP est qu'il permet non seulement d'évaluer le niveau de risque suicidaire mais il recommande en fonction du score une admission ou non à l'hôpital.

L'étude de Johnston et al. (2013) s'est intéressée à créer une version courte de la SIS-MAP afin d'accélérer le processus d'évaluation en réduisant le nombre d'items à 23. Cela permet aux professionnels de la santé de gagner du temps et de pouvoir l'utiliser plus souvent, dû à sa facilité et rapidité d'utilisation (Johnston et al., 2013).

L'étude montre que la version courte de la SIS-MAP présente une bonne cohérence entre les items sélectionnés et la valeur prédictive du risque suicidaire représente 77.9% de la variance des scores de risque de suicide totaux obtenus avec la SIS-MAP complète (Johnston et al., 2013). Les items retenus pour créer la version courte de l'instrument sont ceux qui ont le plus contribué à prédire les scores totaux de la SIS-MAP complète. Ils sont issus des sept domaines à l'exception de celui « caractéristiques biologiques » (comprenant présence de maladies psychiatriques ou chroniques) qui ne contient aucun élément contribuant à prédire des scores totaux de la SIS-MAP originale (Johnston et al., 2013). Bien que la version courte de l'outil SIS-MAP évalue le risque suicidaire en cohérence avec la version longue et de façon plus rapide, il est toutefois recommandé de la compléter par la SIS-MAP originale si le score est alarmant (Johnston et al., 2013). En effet, la version courte ne donne pas d'indication sur le motif d'hospitalisation qui n'est pas toujours issu de comportements suicidaires et peut résulter d'une dépression, par exemple. Elle ne mesure que le risque suicidaire actuel au contraire de la version complète qui prédit les aspects plus généraux de la santé mentale future (Johnston et al., 2013).

La version courte de la SIS-MAP de Johnston et al. (2013) met en avant les domaines majeurs à prendre en compte lors de l'évaluation du risque suicidaire chez la personne âgée, notamment le domaine psychologique qui détient la plus grande place avec ses 10 items tirés de la version complète. Il est suivi par les dépendances (alcool, drogues), les effets de l'alcool étant majorés en raison du vieillissement (métabolisme diminué) (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014) et les abus sexuels. En ce qui concerne les antécédents familiaux seul l'item sur les maladies mentales est présent. Selon Nelson et al. (2010), les antécédents familiaux de suicide auraient peu d'influence sur le risque suicidaire.

Les facteurs protecteurs conservés sont les liens familiaux et le fait de pouvoir savourer les moments satisfaisants de la vie (Johnston et al., 2013). Selon Beautrais (2002), une personne avec un fort soutien familial et/ou amical peut diminuer de 27% le risque suicidaire.

Les observations de l'évaluateur sont également prises en compte et l'accent est mis sur la vulnérabilité qui peut être due à environnement familial dysfonctionnel ou chaotique, ou en raison de problèmes existentiels (Johnston et al., 2013). Les personnes âgées sont plus vulnérables par les différents changements et pertes auxquels elles font face lors du vieillissement (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). De plus, vieillir peut soulever des questionnements existentiels sur le sens de la vie et la place de la personne dans la société (Charazac-Brunel, 2014).

La version courte de l'échelle tient également compte de la présence de troubles de la personnalité et de psychoses (Johnston et al., 2013). La personnalité de la personne influence sa perception et les significations données aux expériences vécues, qui peuvent devenir un obstacle au bien-être si la personne n'a pas les stratégies d'adaptations nécessaires pour y faire face (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014).

Cet outil, la version courte de la SIS-MAP, pourrait donc être utilisé à domicile afin de détecter, de manière rapide, la présence ou non d'un risque suicidaire et encourager un approfondissement avec la version complète si le score s'avère élevé. L'utilisation de l'instrument complet permettrait ensuite d'orienter la prise en soins selon le degré d'urgence (Johnston et al., 2013). Cependant, les auteurs ne fournissent pas de grille de lecture des scores de la version courte de la SIS-MAP, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats.

En théorie, les versions longues et courtes de la SIS-MAP peuvent être exploitées par un infirmier dans le cadre de soins à domicile car ces deux échelles sont complémentaires et s'adressent à l'ensemble de la population (Nelson et al, 2010). La version courte permet de mettre en évidence de manière rapide un risque suicidaire potentiel qu'il faut par la suite confirmer avec la version longue de l'échelle qui propose une bonne lisibilité des résultats obtenus et oriente un plan de soins en fonction de ces derniers (Johnston et al, 2013). En pratique, cependant, le manque d'une grille de lecture des scores obtenus à la version courte rend difficile l'exploitation des résultats. De plus, aucune indication n'est fournie concernant un score « limite » à partir duquel l'utilisation de la SIS-MAP complète est recommandé pour confirmer le risque suicidaire.

L'utilisation de ces échelles implique également une formation préalable auprès des professionnels de la santé, d'une part afin de les sensibiliser au suicide de la personne âgée et de la difficulté à le détecter, et d'autre part afin de leur fournir les outils nécessaires à la compréhension et à la bonne utilisation de l'instrument.

4.2. Ancrage disciplinaire

4.2.1. *Modèle infirmier*

Il existe pour chaque individu des capacités à s'adapter et à résoudre des situations complexes liées aux expériences de vie (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014). Pamela Reed se base sur la capacité de la personne à surmonter les expériences de la vie et ainsi atteindre le bien-être (Alligood, 2013). Les changements nécessitent des adaptations qui sont influencées par des facteurs intrinsèques, comme la capacité d'adaptation, et des facteurs extrinsèques comme les relations sociales (Kjølseth & Ekeberg, 2012).

La SIS-MAP intègre l'environnement de la personne dans l'analyse du risque suicidaire comme le fait Pamela Reed (1991) pour qui la personne et son environnement sont liés et sont en constante interaction. C'est pourquoi une rupture d'équilibre entre ces derniers influence positivement ou négativement la santé et le bien-être de la personne (Alligood, 2013). La personne peut se retrouver en situation de vulnérabilité et doit mettre en place des stratégies en mobilisant ses ressources pour y faire face. Si la personne réussit à mobiliser ses ressources internes et externes afin de s'adapter aux changements liés au

vieillesse, cela favorise un développement réussi et continu (Baltes, 1990). L'une des ressources développée par Reed (1991) est l'auto-transcendance qui permet d'intégrer les situations de vie difficiles pour se développer.

L'outil SIS-MAP, en tenant compte des facteurs protecteurs, permet de mettre en exergue les ressources de la personne qui peuvent ensuite être utilisées pour l'aider à surpasser les difficultés et promouvoir son bien-être. Cet instrument est donc un bon moyen pour l'infirmière de reconnaître ce que vit la personne, sa situation de vulnérabilité, et de valoriser les ressources qui se dégagent de l'évaluation afin d'accompagner la personne à entrevoir une autre solution que le suicide (Smith & Parker, 2015). Les personnes âgées sont plus vulnérables au moment de s'adapter à une nouvelle situation (Diggle-Fox, 2016) mais la vulnérabilité permet l'expansion de soi en transformant les pertes en expériences et en favorisant ainsi le développement vers le bien-être (Smith & Parker, 2015).

Il est important de prendre en compte les facteurs du vieillissement afin de créer des objectifs atteignables pour la personne âgée. Par exemple, la diminution des fonctions motrices amènerait à favoriser plutôt des activités comme la peinture ou la musique.

Chaque personne réagit différemment face à un événement et certaines présentent une plus grande facilité à s'adapter aux situations stressantes (Charazac-Brunel, 2014). Il est donc important de conduire une évaluation individuelle et personnelle. La SIS-MAP regroupe plusieurs facteurs qui touchent différents domaines de la vie et c'est cela qui donne une vision globale des différents aspects de la personne. Plus le score des facteurs protecteurs est élevé plus l'impact des facteurs de risque est moindre, ce qui diminue le risque suicidaire (Nelson et al., 2010).

Les facteurs de protection selon Reed sont de quatre ordres : intrapersonnels, interpersonnels, transpersonnels et temporels (Alligood, 2013). La SIS-MAP regroupe ces aspects au travers d'une évaluation de l'état psychologique de la personne, son environnement social, ses antécédents et sa projection dans le futur (Nelson et al., 2010).

Par ailleurs, selon Reed, donner du sens à l'expérience vécue permet d'atteindre le bien-être (Alligood, 2013). Le bien-être est personnel à chacun car il dépend de l'histoire, de la culture, des valeurs et des croyances de la personne (Alligood, 2013). Ainsi, il est nécessaire de définir avec la personne la notion de bien-être afin de pouvoir l'accompagner dans ce processus de changement et dans la quête du sens de ce qu'elle vit.

Le tableau suivant offre une vue d'ensemble des concepts majeurs, divisés en facteurs de risque et facteurs protecteurs, présents ou non dans chacune des échelles étudiées. La valeur de chaque item montre l'importance de ces facteurs dans l'évaluation du risque suicidaire. Ils ont ensuite été mis en lien avec les dimensions de Reed. Ce tableau permet également une lecture des scores obtenus pour chaque outil en lien avec le risque suicidaire (léger, moyen ou sévère).

Tableau 5. Tableau comparatif des concepts évoqués par chacune des trois échelles en lien avec les dimensions de Reed.

Thèmes	Concepts majeurs	NGASR 0 = non / 1 ou 3 = oui	SIS-MAP 0 = non / oui = 1	BHS 0 = non / oui = 1	Les dimensions de Reed
Facteurs de risques	Veuvage	0 ou 1	0 ou 1		Interpersonnelle
	Isolement social	0 ou 3			Interpersonnelle
	Antécédents suicidaires	0 ou 3	0 ou 1		Intrapersonnelle
	Antécédents familiaux	0 ou 1	0 ou 1		Interpersonnelle
	Maladie mentale ou physique chronique	0 ou 1	0 ou 1		Intrapersonnelle
	Désespoir	0 ou 3		0 ou 1 (11 items/20)	Intrapersonnelle
	Consommation excessive de substances (alcool, drogues)	0 ou 1	0 ou 1		Intrapersonnelle
	Facteurs démographiques (sexe, âge)	0 ou 1	0 ou 1		Intrapersonnelle
	Dépression	0 ou 3			Intrapersonnelle
	Problèmes socio-économiques	0 ou 1	0 ou 1		Interpersonnelle
	Événements traumatiques	0 à 1	0 ou 1		Interpersonnelle
	Rupture ou deuil récent	0 ou 3			Interpersonnelle
Facteurs protecteurs	Réseau social		0 ou 1		Interpersonnelle
	Compétences d'adaptation		0 ou 1		Intrapersonnelle
	Bonne estime de soi		0 ou 1		Intrapersonnelle
	Spiritualité/religion				Transpersonnelle
	Plan pour l'avenir		0 ou 1	0 ou 1 (8 items/20)	Intrapersonnelle
Soins santé mental et physique efficaces		0 ou 1		Interpersonnelle	

Éléments prédicts	Risque léger	1 à 5	1 à 17 (<13 pas de suivi)	≥ 10 = risque suicidaire plus élevé	
	Risque moyen	6 à 8	17 à 29 (>23 hospitalisations)		
	Risque sévère à très sévère	9 à 25	Plus de 30		

Il existe une échelle uniquement portée sur l'identification des facteurs protecteurs, la Reasons for Living Inventory (RFL, Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983), qui est une auto-évaluation permettant d'investiguer les raisons de vivre parmi les personnes présentant des idéations suicidaires. L'outil met en lumière plusieurs raisons primaires à la survie au travers de six catégories : survie et stratégies d'adaptation (24 items) ; responsabilités familiales (sept items) ; préoccupations liées aux enfants (trois items) ; peur du suicide (sept items) ; peur de la désapprobation sociale (trois items) ; objections religieuses (quatre items) (Linehan et al., 1983).

Au total, l'échelle est composée de 48 questions dont la notation s'échelonne de un à six avec un point si la réponse est « pas du tout » et six point si la réponse est « extrêmement important ». Le test se réalise en dix minutes. L'échelle a démontré qu'elle peut être utilisée avec des échantillons cliniques, c'est-à-dire des participants souffrant de maladies mentales, et non cliniques, qui ne présentent pas de troubles mentaux. Elle a également été testée chez la personne âgée (Edelstein, Heisel, McKee, Martin, Koven, Duberstein & Britton, 2009).

En investiguant les raisons de vivre parmi les personnes présentant des idéations suicidaires, la RFL intègre les ressources de la personne dans la prise en soins, en lien avec la théorie de Reed.

Linehan et al. (1983), lors de la construction de cet instrument, ont émis l'hypothèse que les personnes suicidaires manquaient de stratégies d'adaptation, alors présentes chez les personnes non suicidaires. Leur étude a ainsi permis de faire émerger les principales raisons de vivre relevées par plusieurs groupes de la population américaine (étudiants, personnes âgées, travailleurs d'usine, adultes d'âge moyen et employés de bureau) et de les rassembler au travers d'un questionnaire. Les résultats de l'étude montrent ainsi que la famille, les enfants, les valeurs religieuses, croire en ses propres capacités, la valeur accordée à la vie ainsi que les craintes du jugement des autres et de la douleur impliquée

dans l'acte suicidaire sont d'importantes considérations avant un suicide et peuvent s'apparenter à des facteurs protecteurs (Linehan & al., 1983).

Un autre point est que la formulation positive de cet instrument pourrait contrer les comportements liés au suicide à la fin de l'évaluation. Ainsi, inclure les raisons de vivre dans l'évaluation du suicide serait un point essentiel pour élaborer des stratégies permettant de diminuer le risque suicidaire. Par exemple, en intégrant la famille d'une personne ayant un réseau social soutenant dans sa prise en soins.

L'étude d'Edelstein et al. (2009), réalisée auprès de patients âgés de plus de 60 ans, a révélé au moyen de l'échelle RFL que les raisons de vivre concernaient surtout la famille et les amis, les convictions religieuses et les objections morales au suicide (Edelstein et al., 2009). Les ressources ainsi mises en évidence vont permettre à la personne de les utiliser pour aller au-delà de ses difficultés et créer de nouveaux objectifs de vie. L'environnement joue donc un rôle important car il a un impact direct sur la personne et d'autant plus chez la personne âgée qui est sujette à des pertes comme le décès de son conjoint ou des changements, par exemple au sein de la famille suite à l'annonce d'une maladie chronique. Comme explicité par Pamela Reed (1991), une rupture entre l'environnement et la personne entraînerait un changement. Cependant, la personne possède des ressources intrapersonnelles (en lien avec soi-même), interpersonnelles (lien avec ce qui l'entoure) et transpersonnelles (la spiritualité ou la religion) qui vont l'aider à faire face aux difficultés (Alligood, 2013).

4.2.2. Rôles infirmiers

Le rôle de l'infirmier selon Reed (1991) va être d'aider la personne à trouver les ressources en elle pour repousser ses limites et changer sa vision de la situation. L'infirmière est donc une ressource interpersonnelle pour la personne soignée. La personne crée ainsi de nouveaux objectifs et se développe pour atteindre le bien-être (Alligood, 2013). L'échelle SIS-MAP, qui permet d'identifier les ressources et facteurs protecteurs, est utile à l'infirmier pour aider la personne à identifier ses ressources et repousser ses limites. Par exemple, dans la situation où une personne répond positivement à la question « avez-vous déjà réussi à surmonter des situations similaires ? » (Nelson et al., 2010), l'infirmier peut utiliser les ressources que la personne avait alors mobilisées pour valoriser sa capacité à surpasser des difficultés et les appliquer à la situation actuelle.

Lors de la prise en soins d'une personne, l'infirmière utilise les cinq savoirs de la discipline infirmière : empirique, éthique, esthétique, émancipatoire et personnel (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Les professionnels de la santé doivent avoir des connaissances scientifiques car l'utilisation d'échelles permettant le dépistage d'un risque suicidaire implique une formation préalable. Cela, d'une part, afin de les sensibiliser au suicide de la personne âgée et de la difficulté à le détecter et, d'autre part, afin de leur fournir les outils nécessaires à la compréhension et à la bonne utilisation de l'instrument (savoir empirique).

En lien avec le sujet sensible et éthique du suicide, l'infirmière doit agir selon un code de déontologie qu'exige sa profession et avoir un comportement moral et éthique envers la personne soignée (Pepin et al., 2010). Elle doit également tenir compte des principes de bienfaisance, de non-malfaisance, de justice et d'autonomie dans sa prise en soins afin d'accompagner au mieux les personnes âgées en souffrance psychique (savoir éthique) (Pepin et al., 2010).

La proximité entre l'infirmière et le patient favorise la relation interpersonnelle qui devient thérapeutique et c'est par les observations de l'infirmière que les besoins du soigné sont détectés (savoir esthétique) (Pepin et al., 2010). Cela demande toutefois à l'infirmière d'avoir conscience de ses propres valeurs et croyances afin qu'elle adopte une posture authentique (Pepin et al., 2010). Il s'agit donc d'une compréhension subjective de soi et de l'autre pour que l'infirmière s'engage dans la relation thérapeutique avec le patient (savoir personnel). Cette relation permet d'accéder à des informations essentielles pour optimiser la prise en soin comme le ressenti, les objectifs de santé et les besoins du patient. La personne en situation de vulnérabilité a besoin qu'on l'aide à entrevoir ses ressources afin de mettre en place des stratégies pour surpasser les situations difficiles (Alligood, 2013). L'infirmière facilite l'accès aux capacités naturellement présentes chez la personne en l'accompagnant dans l'identification de ses ressources et dans le développement de ses connaissances.

L'infirmière est amenée à avoir une vision globale de la personne qu'elle prend en soins et donc de tenir compte des dimensions biologiques, psychologiques sociologiques et/ou spirituelles qui peuvent influencer son état de santé. Elle définit les intérêts du patient et les défends (savoir émancipatoire) (Pepin et al., 2010).

Dans le cas d'un risque suicidaire avéré, l'utilisation de l'échelle SIS-MAP, dans un premier temps, permet de révéler des ressources au travers des facteurs protecteurs

(dimension intrapersonnelle). Le soignant peut ensuite encourager la personne à maintenir et cultiver les relations sociales qui sont significatives pour elle, avec la famille ou les amis, et de partager des expériences de vie (dimension interpersonnelle). Enfin, l'infirmier peut favoriser un environnement qui tient compte de la spiritualité, un facteur protecteur du risque suicidaire (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014), afin que la personne puisse y trouver un nouveau but (dimension transpersonnelle). La prise en soins est un processus dynamique qui doit toujours considérer la personne de manière unitaire et qui tient compte de l'environnement dans lequel elle évolue. Ainsi, l'infirmier tient compte de la multidimensionnalité des expériences de la personne (Alligood, 2013).

4.3. Recommandations

4.3.1. Recommandations pour la pratique

Chaque soin réalisé à domicile par une infirmière est adapté à l'état de santé et répond aux besoins spécifiques de la personne bénéficiant de soins. Dans ce contexte, réaliser un dépistage du risque suicidaire auprès d'une personne âgée bénéficiant de prestations de soins à domicile doit être rapide car évaluer un risque suicidaire ne doit pas prendre plus de temps que le soin prodigué qui est la raison principale d'une présence infirmière. Lorsqu'une infirmière fournit des prestations de soins à domicile, les actes à réaliser selon la personne sont connus et associés à un temps moyen de réalisation. De plus, la rapidité est un atout dans l'organisation des soins et des évaluations infirmières effectuées à domicile.

L'utilisation d'une échelle courte est donc envisagée. L'inconvénient de l'échelle SIS-MAP réside dans les 108 items qui la composent. Il est estimé qu'elle peut être complétée en une vingtaine de minutes, une durée relativement élevée dans un contexte de soins domiciliaires. Dans ces conditions il est difficile de suggérer une utilisation systématique de l'échelle. Bien qu'il existe une version courte de cet outil, son utilisation n'est pas recommandée car elle ne propose pas une grille de lecture des résultats obtenus.

A défaut de préconiser l'utilisation de la version longue ou courte de l'échelle, on peut donc imaginer mettre en place un système à double niveaux. Le premier permettrait de dépister rapidement un risque suicidaire potentiel notamment grâce à l'échelle de mesure

« Resident Assessment Instrument-Home Care » (RAI-HC). Les différents éléments qui sont recueillis dans le Minimum Data Set (MDS), la première étape du RAI-HC Suisse, offrent une vision globale de la personne et permettent d'axer les plans de soins en fonction de l'état de santé et de la situation psychologique et sociale de la personne bénéficiant de prestations de soins à domicile (Association Vaudoise d'Aide et de Soins à domicile, 2012).

Le RAI-HC jouerait alors comme une alarme dans le dépistage du risque suicidaire qui, si elle est actionnée, enclenche le second niveau qui amène à l'utilisation d'une échelle plus spécifique et complète telle que la SIS-MAP originale. Celle-ci permet une évaluation plus détaillée afin de confirmer la présence d'un risque suicidaire.

Le RAI-Domicile Suisse, qui évalue les besoins des personnes au bénéfice de soins à domicile de manière uniforme (Halfon et al., 2015), pourrait donc mettre en évidence certains risques qui nécessiteraient une évaluation du risque suicidaire plus approfondie. Le tableau 6 relève les items présents dans le MDS communs à ceux de la version courte et longue de l'instrument SIS-MAP.

Tableau 6. Items du MDS pouvant être utilisés pour un repérage du risque suicidaire en lien avec ceux de la SIS-MAP.

Domaines selon le MDS-HCS Suisse	Items du MDS	Échelles	
		Items SIS-MAP originale	Items SIS-MAP courte
État cognitif	Épisodes de discours incohérent ? Fonctions mentales variant en cours de journée ?	Existe-t-il des preuves d'un trouble de la personnalité ou de problèmes liés à la personnalité ? Y-a-t-il une présence de psychose ?	Existe-t-il des preuves d'un trouble de la personnalité ou de problèmes liés à la personnalité ? Y-a-t-il une présence de psychose ?
Humeur et comportement	Signes de dépression, d'anxiété ou de tristesse (la personne tient des propos négatifs ; est en colère continue envers elle-même ou les autres) ?	Vous sentez-vous désespéré ? Impuissant ? Insignifiant ? Triste ou déprimé ?	Vous sentez-vous impuissant ?
Fonction sociale	Reçoit la visite d'amis ou membres de la famille ? Relations conflictuelles avec famille ou amis ?	Est-ce que votre famille est un soutien lors de problèmes de santé/rétablissement ?	Est-ce que votre famille est un soutien lors de problèmes de santé/rétablissement ?

		Problèmes avec le groupe de soutien primaire ?	Problèmes avec le groupe de soutien primaire ?
Aide de l'entourage	Existe-t-il un/des aidants principaux ?	Est-ce que votre famille est un soutien lors de problèmes de santé/rétablissement ?	Est-ce que votre famille est un soutien lors de problèmes de santé/rétablissement ?
Diagnostics médicaux	Diagnostics médicaux	Avez-vous une maladie psychiatrique ? Avez-vous une maladie chronique ?	X
Problèmes de santé	Le patient fume quotidiennement ? Problèmes liés à l'alcool ?	Abus d'alcool ou dépendance ?	Abus d'alcool ou dépendance ?
Évaluation de l'environnement physique	Le logement et ses alentours sont-ils inhabitables ou dangereux ?	Problèmes liés à l'environnement social ?	X
Utilisation des services professionnels	Prestations d'aides ou de soins à domicile ?	Bénéficiez-vous d'un soutien communautaire ou ambulatoire ?	X

Toutefois, le MDS du RAI-HC Suisse, au travers de ses nombreux items dispersés dans 19 domaines (Monod et al., 2011), permet de relever des facteurs de risque du suicide qui ne sont pas présents dans l'échelle SIS-MAP mais reconnus par l'OMS (2014) et l'Association Québécoise de Prévention du Suicide (2014).

La liste suivante reprend ces items, en lien avec les facteurs de risque principaux relatifs au suicide de la personne âgée.

- Un item présent dans le domaine « fonction sociale » questionne la présence ou non d'un sentiment de solitude. Cette sensation subjective peut générer une source d'anxiété pouvant être un levier au passage à l'acte (Thomas & Hazif-Thomas, 2008). Le même domaine aborde la présence de changements dans les activités sociales pratiquées. Perlman et al. (2011) relèvent qu'être engagé dans une activité est un facteur protecteur au suicide. Une diminution des activités sociales pourrait donc traduire une perte d'intérêts qui est un des signes liés à la dépression et donc, par extension, au suicide (Mitty & Flores, 2008).
- Le domaine « état physique et fonctionnel » décrit le niveau de dépendance de la personne dans les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de

la vie quotidienne. Un niveau de dépendance fonctionnelle élevé est non seulement un facteur de risque de fragilité chez la personne âgée (Monod & Sautebin, 2009) mais il renforce également le risque suicidaire (Park et al., 2013).

- Le domaine « problème de santé » contient plusieurs items qui permettent de mettre en évidence des facteurs de risque suicidaire. Le premier soulève la présence ou non de difficultés à l'endormissement. L'étude menée par Bernert et al. (2014) montre que deux troubles du sommeil en particulier sont liés au risque suicidaire : la difficulté à s'endormir et avoir un sommeil non-réparateur. Les troubles du sommeil sont également évoqués au travers de l'item « fatigue » qui permet de détecter la présence d'une perte d'énergie et son intensité. Ce même domaine tient également compte de la présence de douleur, qui, lorsqu'elle est chronique, est considérée comme un facteur de risque suicidaire par l'OMS (2014).
- Le domaine « médicaments » liste les différents traitements pris par la personne tout en précisant la présence de médicaments analgésiques et psychotropes. Ces derniers peuvent notamment être prescrits pour des personnes en souffrance psychique (dépression, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité ou schizophrénie), un état considéré comme à risque de passage à l'acte par l'OMS (2014). Certains traitements ont également des effets secondaires, comme la dépression, qui peuvent engendrer des comportements à risque (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014). Il est donc nécessaire d'avoir connaissance des médicaments pris par la personne. Ce même domaine questionne également l'observance des traitements, un item important car un manque d'observance ou, au contraire, une trop grande accessibilité à des médicaments peuvent être des facteurs de risque suicidaire (Association Québécoise de Prévention du Suicide, 2014).

On peut donc imaginer, dans cette première étape, utiliser uniquement le MDS du RAI-HC Suisse car il dispose de nombreux items permettant de dépister un potentiel risque suicidaire. Certains de ces items sont communs à l'outil SIS-MAP mais d'autres permettent de mettre en évidence de nouveaux facteurs de risque suicidaire qui ne sont pas relevés au travers de la SIS-MAP. Cependant, à la lecture du MDS, il est difficile pour un professionnel de la santé de repérer ces items clés. Il s'agirait donc de les mettre en avant au travers, par exemple, d'une alarme spécifique qui détecte les facteurs de

risque suicidaire chez la personne âgée et de sensibiliser au préalable les soignants à ces derniers.

Un autre critère qui entre en compte dans le premier niveau d'évaluation est le raisonnement clinique infirmier. D'après Hoffman (2007), « le raisonnement clinique infirmier constitue un processus logique par lequel l'infirmière collecte les données, traite l'information, arrive à une compréhension du problème ou de la situation du patient, planifie, intervient, évalue les résultats » (p. 11). Par ailleurs, Psiuk (2010) reconnaît la pertinence des connaissances en sciences médicales et en sciences humaines comme des requis préalables pour un raisonnement clinique. Ce dernier guide donc les infirmières à formuler un jugement clinique, dans leurs prises de décisions et dans leurs interventions. Cependant, la mise en pratique du raisonnement clinique est influencée par plusieurs facteurs telles que l'expérience du soignant, ses connaissances, sa mémoire, la perception des signaux et la collecte de données (Côté & St-Cyr Tribble, 2012).

Le second niveau, évalué par la version complète de la SIS-MAP, confirme la présence d'un risque suicidaire. Il met également en lien les facteurs de risque et les facteurs protecteurs qui jouent un rôle important en faisant émerger les ressources parfois insoupçonnées de la personne. Cela tend à diminuer le risque suicidaire (Perlman et al., 2011) et oriente la prise en soins. Par exemple, selon Reed, l'auto-transcendance permet d'intégrer les changements mais nécessite l'aide de l'infirmier pour mettre en lumière les capacités et donc les ressources de la personne et pour qu'elle puisse les mobiliser afin de surpasser ses difficultés (Smith & Parker, 2015). Bien que le RAI-HC met en évidence des facteurs de risque et de protection au travers d'items généraux, il ne permet pas de mettre en relation ces facteurs, de les soustraire, dans le but de confirmer un éventuel risque suicidaire.

Toutefois l'évaluation du risque suicidaire chez la personne âgée requiert des compétences des professionnels de la santé. De ce fait, il est important de sensibiliser et former les soignants à détecter les facteurs de risque chez la personne âgée. Associé à un support et un outil d'évaluation adéquat, le jugement clinique des infirmiers se voit renforcé et amélioré car ils auront les habiletés à reconnaître les facteurs de risques et les analyser afin d'évaluer les priorités de prise en soins.

La famille et les amis qui côtoient les aînés au quotidien peuvent jouer un rôle dans la prévention du suicide en donnant des raisons de vivre, en offrant leur soutien ou agissant comme intermédiaires entre la personne âgée et les professionnels de la santé (Mishara & Houle, 2008). On pourrait ainsi proposer des campagnes de prévention auprès des proches aidants ou des membres de la famille. Cela les sensibiliserait au phénomène du suicide chez la personne âgée et les aiderait à reconnaître les facteurs de risque principaux et les signes précurseurs du suicide chez l'aîné. Mais ce type de prévention est davantage lié au domaine de la santé publique qu'à celui des soins à domicile. Ainsi, au-delà du jugement clinique infirmier, les connaissances des proches sont également mobilisées pour mettre en lumière un potentiel risque suicidaire. Intégrer les proches dans la prise en soins s'avère un atout dans la prévention du risque suicidaire chez les personnes âgées à domicile.

Les soins intégrés représentent l'ensemble des services centrés sur la personne qui sont abordables à la population et de qualité. On y retrouve notamment la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les diagnostics, les traitements et les prises en charge des maladies, la réadaptation et les soins palliatifs (Organisation Mondiale de la Santé, 2019). En Suisse, une enquête sur les soins intégrés, réalisée entre 2015 et 2016, montre que les centres de santé, qui cherchent à améliorer l'intégration d'un plus large éventail de niveaux au sein du système de santé, tendent à inclure la famille et les proches dans la prise en soin de la personne soignée (Schusselé-Fillietaz, Kohler, Berchtold, & Peytremann-Bridevaux, 2017).

4.3.2. Recommandations pour la formation

La formation préalable des professionnels de la santé sur le risque suicidaire de l'âgé est à considérer car ce risque est encore mal connu et/ou difficile à dépister compte tenu des similitudes avec les signes du vieillissement. Mitty & Flores (2008) soulignent le fait que la majorité des personnes âgées qui meurent par suicide ont consulté un médecin le mois précédent jusqu'à 24 heures avant le décès. Ainsi, les soignants doivent être informés de la suicidalité des personnes âgées, sensibilisés à cette problématique et familiers aux facteurs de risque afin de les détecter et de prévenir un passage à l'acte. De plus, le diagnostic de dépression chez la personne âgée, qui est un facteur de risque majeur du suicide, est plus difficile à poser que chez un adulte. Les symptômes de cette maladie chez l'aîné diffèrent et se confondent avec les problèmes survenus avec l'avancée en âge

(Lleshi & Bizzozzero, 2009). Une attention toute particulière de la part des professionnels de la santé doit donc être portée à cette pathologie.

L'utilisation d'échelles permettant d'objectiver un potentiel risque suicidaire requiert une formation préalable des soignants afin de pouvoir mener l'évaluation et interpréter correctement les résultats. Cela implique de connaître l'objectif d'évaluation et d'en comprendre le contenu. On peut imaginer, par exemple, une formation qui sensibiliserait à la problématique du suicide chez l'âgé et des facteurs de risque qui l'accompagne. Cela permettrait par la suite d'introduire l'échelle SIS-MAP en faisant le lien avec les items qui la composent, ainsi que ceux, en lien avec le risque suicidaire, présents dans une évaluation gériatrique standardisée de type RAI-HC.

4.3.3. Recommandations pour la recherche

Il serait utile de développer des outils portant sur l'évaluation du risque suicidaire de la personne âgée qui tiennent compte des facteurs du vieillissement et des troubles associés, telle que la dépression.

Les articles analysés dans ce travail ont révélé des limites concernant l'échantillonnage, pas toujours représentatif de la population étudiée dans ce travail de Bachelor.

Le choix d'un large échantillon de personnes âgées de plus de 65 ans permettrait de tenir compte de l'ensemble des caractéristiques de la population cible au travers d'un échantillonnage dit probabiliste, qui traduit un processus de sélection aléatoire. Cela favoriserait le transfert et la généralisation des résultats de l'étude à la population générale âgée de plus de 65 ans (Fortin & Gagnon, 2010).

Il serait également pertinent, comme le soulèvent Satorres et al. (2018), de prendre un échantillon d'aînés présentant un risque suicidaire important (présence de troubles dépressifs et cognitifs, veuvage et autres facteurs de risque) afin d'évaluer la validité prédictive de l'échelle BHS. Des recherches supplémentaires pour appuyer la validité de l'ensemble des instruments seraient également judicieuses.

Kozel et al. (2016) recommandent des études à long terme avec des mesures de suivi répétées qui mettraient en avant l'aptitude des outils à prédire un risque suicidaire. Johnston et al. (2013) ont également souligné l'absence de récolte des données ethnoculturelles chez les participants. Il serait envisageable d'évaluer l'influence de la

culture sur le risque suicidaire d'autant plus en Suisse qui est un pays multiculturel (Grin, Amos, Faniko, Fürst, Lurin & Schwob, 2015).

Les échelles NGASR et SIS-MAP n'existent pas en français. Cela représente une barrière dans l'utilisation des outils en Suisse Romande. Il serait donc intéressant pour ces deux instruments de réaliser une étude de validation complémentaire pour une version française. Enfin, il faudrait tester les outils dans un contexte domiciliaire et l'adapter afin qu'il s'intègre aisément dans l'organisation infirmière et qu'il soit facile d'utilisation par tous les professionnels de la santé ayant au préalable suivi une formation sur l'emploi de l'outil.

5. CONCLUSION

Le présent travail permet de mettre en évidence les facteurs de risque du suicide chez la personne âgée mais également l'existence de facteurs protecteurs. La dépression est l'un des facteurs de risque majeur bien que les symptômes se confondent avec ceux du vieillissement, ce qui rend son diagnostic et traitement difficiles. La décision de mettre fin à ses jours est souvent associée à une volonté de contrôle et de préserver son autonomie. Ainsi, les caractéristiques individuelles jouent un rôle dans cette approche de fin de vie. Les facteurs protecteurs, tels qu'un entourage présent et soutenant, diminuent le risque suicidaire. De plus, la capacité de s'adapter aux changements, acquise avec les expériences de la vie, s'avère être un atout lors du vieillissement.

Le vieillissement est une transition de vie qui amène des changements (pertes et gains) qu'il faut intégrer afin de vivre au mieux cette étape. Le rôle infirmier contribue à accompagner la personne dans ce processus de vie. L'infirmière à domicile peut notamment détecter et évaluer le risque suicidaire chez la personne âgée dans sa prise en soins globale. L'évaluation se fait par des outils qui évaluent le risque suicidaire combinés avec le raisonnement clinique infirmier ce qui permet d'être le plus objectif possible. Cependant, dans la littérature, les outils sont peu utilisés par manque de connaissances ou par manque de fiabilité de l'outil. Au regard des analyses comparatives des trois instruments (BHS, NGASR et SIS-MAP), l'échelle SIS-MAP est une bonne candidate pour évaluer le risque suicidaire chez la personne âgée car elle prend en compte les principaux facteurs du risque suicidaire mais également les facteurs protecteurs de la

personne, qu'ils soient intrinsèques ou extrinsèques. De plus, c'est la seule parmi les trois échelles étudiées qui recommande une hospitalisation en fonction du score obtenu.

La théorie de Pamela Reed amène l'infirmière à identifier et utiliser les ressources intrapersonnelles, interpersonnelles et transpersonnelles de la personne afin de l'accompagner dans sa santé pour atteindre le bien-être.

La sensibilisation des professionnels de la santé sur le suicide des aînés et en leur donnant les outils pour l'identifier, tel que des échelles d'évaluation du risque suicidaire et les facteurs de risques majeurs, est le premier pas pour pouvoir prévenir le risque suicidaire.

5.1. Apports et limites du travail

5.1.1. Apports du travail

D'un point de vue général, ce travail de Bachelor permet de sensibiliser et prévenir la problématique du suicide chez les personnes âgées, un phénomène mondial pourtant insoupçonné par la population générale. Il aborde plus particulièrement le suicide des aînés vivant à domicile et bénéficiant de prestations de soins dispensées par des organismes spécialisés. La visite fréquente de soignants chez ces personnes peut permettre la mise en évidence d'un risque suicidaire important dans la mesure où les infirmiers sont avertis des risques incombant cette population et sont formés à l'utilisation d'instruments permettant de dépister, voire confirmer, le risque suicidaire.

Ce travail vise ainsi, dans un second temps, à proposer une revue de différentes échelles, pour une utilisation infirmière, qui semblent pertinentes afin de révéler un risque suicidaire auprès de personnes âgées. Trois instruments ont été retenus pour une étude plus poussée afin de vérifier l'applicabilité de ces échelles auprès d'une population âgée et la possible utilisation par des infirmiers à domicile. L'échelle SIS-MAP a été préférée car non seulement ses items regroupent plusieurs de facteurs de risque suicidaire relevés par l'OMS mais également des facteurs protecteurs qui permettent de diminuer le risque de passage à l'acte et d'orienter une prise en soins. Cette vision s'accorde avec celle de Pamela Reed dans sa théorie intermédiaire de l'auto-transcendance qui montre l'importance de mobiliser les ressources propres à chacun pour atteindre un état de bien-être.

Cette production relève également le potentiel d'un outil déjà existant, le RAI-HC suisse dont le MDS comporte de nombreux items permettant d'identifier un risque suicidaire.

Il s'agit donc, au travers de ce travail, d'améliorer la vision clinique des soignants par l'utilisation d'instruments fiables et de les rendre vigilants à une problématique de santé publique.

D'un point de vue personnel, le travail de Bachelor est une production conséquente qui demande du temps et de l'investissement. Il a permis de mettre en pratique la gestion de notre temps et les responsabilités de chacune. La réalisation de ce travail s'est faite dans une bonne dynamique de par le fait que nous sommes amies, que nous avons déjà eu l'occasion de travailler ensemble et que nos méthodes de travail sont relativement similaires. Nous nous sommes soutenues mutuellement tout au long du travail avec bienveillance et respect et nos échanges ont toujours été constructifs. Cela nous a permis d'avancer au même rythme et de pouvoir respecter au mieux les délais. Nous avons également anticipé les moments plus chargés, comme les périodes de révisions d'examens ou les périodes de stages, ce qui nous a permis de développer nos compétences organisationnelles.

Nous avons également développé des compétences théoriques et méthodologiques et avons approfondi nos connaissances liées au suicide de la personne âgée. Cela dans l'optique de développer notre posture professionnelle face à une problématique de santé que nous allons prochainement rencontrer. Les résultats de notre travail ont mis en lumière l'utilisation d'outils d'évaluation du risque suicidaire, nécessaires pour évaluer le risque et mettre en place des interventions de soins.

Nous avons également appris à utiliser les bases de données pour rechercher des articles scientifiques, de précieuses connaissances pour notre future pratique professionnelle.

5.1.2. Limites du travail

D'un point de vue général, le travail montre des limites notamment dans la sélection des trois échelles à partir du seul guide de Perlman et al. (2011). Le choix de nos articles s'est ensuite fait sur la même base de données (Pubmed).

Les instruments SIS-MAP et NGASR ne sont pas disponibles en français, ce qui rend leur utilisation difficile en Suisse Romande par l'ensemble des soignants. Bien que l'article de Kozel et al. (2016) teste la fiabilité entre évaluateurs de la version allemande de l'échelle NGASR, une des langues officielles de la Suisse, elle n'est pas parlée par tous à Genève.

De plus, aucune vérification de la structure des trois échelles (BHS, SIS-MAP et NGASR) auprès des personnes âgées bénéficiant de prestations de soins à domicile n'a été réalisée.

D'un point de vue personnel, les limites de notre travail de Bachelor se situent surtout au niveau de la méthodologie de recherche documentaire. Pendant l'élaboration de notre travail nous avons été confrontées à des difficultés pour mettre en lien tous les éléments de notre problématique dans les bases de données. En associant les termes dans nos équations de recherche, aucun résultat n'apparaissait. Nous avons ainsi dû limiter les mots pour trouver nos articles.

Les six articles retenus sont en anglais, une langue que nous maîtrisons relativement bien. Toutefois, nous ne sommes pas bilingues et le vocabulaire scientifique utilisé dans ces études ne nous permettait pas toujours d'en comprendre le sens. La compréhension et l'analyse des articles sélectionnés est le fruit d'un travail long et rigoureux qui nous a demandé la mobilisation des compétences d'expert et manager en soins infirmiers. Le travail de Bachelor est un condensé de l'ensemble de nos lectures et nos recherches. Il demande un travail de synthèse qui n'est pas toujours évident et il a été parfois difficile de sélectionner les informations pertinentes.

6. REFERENCES

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372.
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2010). *Nursing theorists and their work* (7^e éd.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Alligood, M. R. (2013). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). St. Louis : Elsevier Mosby.
- Art. 15 de la loi fédérale sur la circulation routière du 19 décembre 1958. (LCR ; RS 741.01).
Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19580266/index.html>
- Association pour le développement des soins palliatifs Ouest Hérault. (2016). *Vieillir n'est pas mourir : pouvons-nous parler d'un accompagnement spécifique des personnes âgées en fin de vie ?* Accès
<http://asp-ouest-herault.fr/accompagnement-soin-palliatif/vieillir-nest-pas-mourir-pouvons-nous-parler-dun-accompagnement-specifique-des-personnes-agees-en-fin-de-vie/>
- Association Québécoise de Prévention du Suicide. (2014). *La prévention du suicide des aînés au Québec : comprendre, s'inspirer et agir*. Québec : AQPS.
- Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile. (2012). *Le RAI-HC en un coup d'œil*.
Accès http://www.avasad.ch/upload/docs/application/pdf/2015-10/rai-hc_flyer_web.pdf
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380. doi:10.1037/0003-066X.52.4.366
- The Beat. (2011). *Une révolution dans les soins cardiovasculaires*. Accès <https://www.ottawaheart.ca/fr/the-beat/2011/06/13/une-r%C3%A9volution-dans-les-soins-cardiovasculaires>
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.

- Beck, A.T., Steer, R.A. Kovacs, M. & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563. doi:10.1176/ajp.142.5.559
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Belmin, J., Chassagne, P., Gonthier, R., Jeandel, C., Nourhashémi, F. & Pfitzenmeyer, P. (2009). *Gériatrie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson
- Bernert, R.A., Turvey, C.L., Conwell, Y. & Joiner, T.E. (2014). Association of poor subjective sleep quality with risk for death by suicide during a 10-year period: a longitudinal, population-based study of late life. *JAMA Psychiatry*, 7(10), 1129-1137. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1126.
- Beautrais, A. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 1-9. doi:10.1521/suli.32.1.1.22184
- Bichsel, N. & Conus, P. (2017). La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. *Revue Médicale Suisse*, 13(551), 478-481.
- Bisconer, S.W. & Gross, D.M. (2007). Assessment of suicide risk in a psychiatric hospital. *Professional Psychology : Research and Practice*, 38, 143-149. doi:10.1037/0735-7028.38.2.143
- Bizzini, L. (2007). L'âgisme : une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence. *Gérontologie et Société*, 30(123), 263-278
- Butler, M. & Quayle, E. (2007). Training primary care nurses in late-life depression: knowledge, attitude and practice changes. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 25-35.
- Castelli-Dransart, D.A. (2014). *Pour prévenir le suicide de la personne âgée*. Accès <https://www.reiso.org/articles/themes/vieillesse/281-pour-prevenir-le-suicide-de-la-personne-agee>
- Charazac-Brunel, M. (2014). *Le suicide des personnes âgées*. Toulouse : Erès.
- Côté, S. & St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en Soins Infirmiers*, 4(111), 13-21.
- Croubalian, A. (2015). *Le suicide des personnes âgées demeure un tabou en Suisse*. Accès <https://www.rts.ch/info/suisse/6894258-le-suicide-des-personnes-agees-demeure-un-tabou-en-suisse.html>

- Cutcliffe, J.R. & Barker, P. (2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 393-400. doi:10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x
- Diggle-fox, B. S. (2016). Assessing suicide risk in older adults. *The Nurse Practitioner*, 41(10), 2835. doi:10.1097/01.NPR.0000499551.10701.a3
- Edelstein, B.A., Heisel, M.J., McKee, D.R., Martin, R.R., Koven, L.P., Duberstein, P.R. & Britton, P.C. (2009). Development and psychometric evaluation of the reasons for living-older adults scale: a suicide risk assessment inventory. *Gerontologist*, 49(6), 736-745. doi:10.1093/geront/gnp052
- Fawcett, J. (1984). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. Philadelphie : Davis.
- Fortin, M.-F. & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Education.
- Freund, A. & Baltes, P.B. (2003). Pour un développement et un vieillissement réussis : sélection, optimisation et compensation. *Revue Québécoise de Psychologie*, 24(3), 27-52.
- Garand, L., Mitchell, A. M., Dietrick, A., Hijjawi, S. P. & Pan, D. (2006). Suicide in older adults: nursing assessment of suicide risk. *Mental Health Nursing*, 27(4), 355-370. doi:10.1080/01612840600569633
- Grin, F., Amos, J., Faniko, K., Fürst, G., Lurin, J. & Schwob, I. (2015). *Suisse – Société multiculturelle : ce qu'en font les jeunes aujourd'hui*. Bern : Bundesamt für Bauten und Logistik.
- Halfon, P., Cambra, M., Harkness, G., Karlen, M., Messerli-Jaquier, C., Pidoux, M., ...Widmer, D. (2015). La méthode RAI-HC. *Primarycare*, 15(5), 84-86.
- Heisel, M.J. & Flett, G.L. (2006). The development and initial validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), 742-751.
- Henri, G. & Roch, L. (2013). *Le suicide. Dans P. Voyer, Soins infirmiers aux aînés en perte D'autonomie*, 2e éd. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Hoffman, K. (2007). *A comparison of decision-making by "expert" and "novice" nurses in the clinical setting, monitoring patient aortic aneurysm surgery* (Thesis). Sydney: University of Technology.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2007). *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. Paris : Les Éditions Inserm.
- Institution de maintien d'aide et de soins à domicile. (2017). *Soins infirmiers*. Accès <https://www.imad-ge.ch/fr/prestations.php?service=10>

- InterRAI. (2019). *Instruments*. Accès <https://www.interrai.org/instruments/>
- Jobes, D.A., Nelson, K.N., Peterson, E.M., Pentiu, D., Downing, V., Francini, K. & Kiernan, A. (2004). Describing suicidality: An investigation of qualitative SSF responses. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 99-112. doi:10.1521/sulli.34.2.99.32788
- Johnston, M.E., Nelson, C. & Shrivastava, A. (2013). Dimensions of suicidality: analyzing the domains of the SIS-MAP Suicide Risk Assessment Instrument and the development of a brief screener. *Archives of Suicide Research*, 17(3), 212-222. doi:10.1080/13811118.2013.805639
- Kao, Y.C., Liu, Y.P. & Lu, C.W. (2012). Beck Hopelessness Scale: exploring its dimensionality in patients with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 82(2), 241-255. doi:10-1007/s11126-011-9196-9
- Kjølseth, I., Ekeberg, O. & Steihaug, S. (2010). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 209-218. doi:10.1017/S1041610209990949
- Kjølseth, I. & Ekeberg, O. (2012). When elderly people give warning of suicide. *International Psychogeriatrics*, 24(9), 1393-1401. doi:10.1017/S1041610212000312
- Kocalevent, R.D., Finck, C., Pérez-Trujillo, M., Sautier, L., Zill, J. & Hinz, A. (2017). Standardization of the Beck Hopelessness Scale in the general population. *Journal of Mental Health*, 26(6), 516-522. doi:10.1080/09638237.2016.1244717
- Kozel, B., Grieser, M., Abderhalden, C. & Cutcliffe, J.R. (2016). Inter-rater reliability of the German version of the Nurses's Global Assessment of Suicide Risk scale. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 409-417. doi:10.1111/inm.12193
- Lalivé d'Épinay, C. & Spini, D. (2008). *Les années fragiles, la vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec : Les Presses de l'Université Laval
- Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L. & Chiles, J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286. doi:10.1037/0022-006X.51.2.276
- Lleshi, V. & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. *Revue Médicale Suisse*, 5, 1785-1789.
- Loi cantonale sur le réseau de soins et le maintien à domicile du 26 juin 2008 (LSDom ; K 1 06). Accès https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_k1_06.html
- Maris, R., Berman, A.L. & Silverman, M.M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: The Guilford Press.

- Mishara, B.L. & Houle, J. (2008). Le rôle des proches dans la prévention du suicide. *Perspectives Psy*, 4(47), 343-349.
- Mitty, E. & Flores, S. (2008). Suicide in Late Life. *Geriatric Nursing*, 29(3), 160-165. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.02.009
- Monod, S. & Sautebin, A. (2009). Vieillir et devenir vulnérable. *Revue Médicale Suisse*, 5, 2352-2357.
- Monod, S., Büla, C. Hongler, T. Castelli, T. & Clivaz-Luchez, P. (2011). Le Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-Domicile) : ce que le médecin de premier recours doit savoir. *Revue Médicale Suisse*, 316(7), 2176-2183.
- Nau, J.Y. (2000). Crise suicidaire : la reconnaître et la prendre en charge. *Revue Médicale Suisse*, 4(154), 2327.
- Nelson, C., Johnston, M. & Shrivastava, A. (2010). Improving risk assessment with suicidal patients: a preliminary evaluation of the clinical utility of the Scale for Impact of Suicidality- Management, Assessment and Planning of care (SIS-MAP). *Crisis*, 31(5), 231-237. doi:10.1027/0227-5910/a000034
- Nissim, R., Flora, D.B., Cribbie, R.A., Zimmermann, C., Gagliese, L. & Rodin, G. (2010). Factor structure of the Beck Hopelessness Scale in individuals with advanced cancer. *Psychooncology*, 19(3), 255-265. doi:10.1002/pon.1540
- Observatoire Suisse de la Santé. (2016). *Suicide*. Accès <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide>
- Office Cantonal de la Statistique. (2018). *Informations statistiques : maintien à domicile, résultats 2017*. Genève : OCSTAT.
- Office Fédéral de la Statistique. (2017). *Aide et soins à domicile*. Accès https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aide-soins-domicile.html#par_text
- Office Fédéral de la Statistique. (2017). *Mortalité infantile, mortinaissances*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/infantile-mortinaissances.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2018). *Espérance de vie*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/esperance-vie.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2018). *Les soins à domicile progressent, contrairement à l'hébergement en établissement médico-social*. Neuchâtel : OFS.

- Office Fédéral de la Statistique. (2018). *Spitex : Synthèse par canton*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.6526649.html>
- Office Fédéral de la Santé Publique. (2016). *La prévention du suicide en Suisse : contexte, mesures à prendre et plan d'action*. Berne : OFSP.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale*. Genève : OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève : OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Santé mentale et vieillissement*. Accès <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sant%C3%A9-mentale-et-vieillessement>
- Organisation Mondiale de la santé. (2018). *Suicide*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Prestation de services intégrés*. Accès <https://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/fr/>
- Park, J.L., Han, M.I., Kim, M.S., Yoon, M.S., Ko, S.H., Cho, H.C. & Chung, Y.C. (2013). Predictors of suicidal ideation in older individuals receiving home-care services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 367-376. doi:<https://doi.org/10.1002/gps.4012>
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e ed.). Montréal : Chenelière Education.
- Perlman, C.M., Neufeld, E., Martin, L., Goy, M. & Hirdes, J.P. (2011). *Suicide Risk Assessment Inventory: a resource guide for Canadian health care organizations*. Toronto: Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute.
- Pickett, Y., Raue, P.J. & Bruce, M.L. (2012). Late-life depression in home healthcare. *Aging Health*, 8(3), 273-284.
- Psiuk, T. (2010). Du raisonnement clinique à la pratique infirmière. *Soins*, 55(742), 61-62.
- Radio Télévision Suisse. (2018). *Un japonais de 112 ans officiellement reconnu doyen de l'humanité*. Accès <https://www.rts.ch/info/monde/9475186-un-japonais-de-112-ans-officiellement-reconnu-doyen-de-l-humanite.html>

- Raue, J.P., Meyers, B.S., Rowe, J.P., Heo, M. & Bruce, M.L. (2007). Suicidal ideation among elderly homecare patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(1), 32-37. doi:10.1002/gps.1649
- Reed, P.G. (1991). Toward a theory of self-transcendence: deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64-77. doi:10.1097/00012272-199106000-00008
- Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., ... Vega, E. (2013). Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(1), 62–67. doi:10.1093/gerona/gls119
- Rogers, M.E. (1970). *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphie: Ed. JF.A. Davis Company.
- Ruscin, M. J. & Linnebur, S.A. (2018). *Vieillesse et médicaments*. Accès <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/vieillesse-et-m%C3%A9dicaments/vieillesse-et-m%C3%A9dicaments>
- Satorres, E., Ros, L., Meléndez, J.C., Serrano, J.P., Latorre, J.M. & Sales, A. (2018). Measuring elderly people's quality of life through the Beck Hopelessness Scale: a study with a Spanish sample. *Aging & Mental Health*, 22(2), 239-244. doi:10.1080/13607863.2016.1247427
- Schussel-Fillietaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). *Soins intégrés en Suisse : résultats de la 1^{re} enquête (2015-2016)*. Neuchâtel : Observatoire Suisse de la Santé.
- Shrivastava, A., Berlemont, C., Campbell, R., De Sousa, A. & Shah, N. (2016). Suicide in hospitalized early psychosis patients at the time of discharge from hospital: An exploratory study of attempters and nonattempters. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(2), 142-146. doi:10.4103/0019-5545.183773
- Seiden, R.H. (1978). Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. *Suicide and life-threatening behavior*, 8(4), 203-216. doi:10.1111/j.1943-278X.1978.tb00587.x
- Smith, M. & Liehr, P. (2015). *Middle Range Theory for Nursing: Third Edition*. New-York: Springer Publishing Company, LLC.

- Smith, M. & Parker, M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice: Fourth Edition*. Philadelphie: Davis Company.
- Srivastava, A. (2011). *SIS-MAP: suicide risk assessment scale*. Ontario: University of Western Ontario.
- Thomas, P. & Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, 31(126), 141-155.
- Van Veen, M., Van Weeghel, I., Koekkoek, B. & Braam, A.W. (2015). Structured assessment of suicide risk in a psychiatric emergency service: Psychometric evaluation of the Nurses's Global Assessment of Suicide Risk scale (NGASR). *International Journal of Social Psychiatry*, 61(3), 287-296. doi:10.1177/0020764014543311
- Wettstein, A., Dyntar, D. & Kälin, M. (2014). L'isolement, un risque pour la santé chez le sujet âgé. *Forum Médical Suisse*, 14(47), 877-880.

7. ANNEXES

7.1. Récapitulatif des échelles évaluant le risque suicidaire présentées dans le guide de Perlman et al. (2011).

Nom de l'échelle	Références	Descriptif
Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)	Cutcliffe, J.R. & Barker, P. (2004). The Nurses's Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) : developing a tool for clinical practice. <i>Journal of Psychiatrist and Mental Health Nursing</i> , 11, 393-400.	Échelle permettant d'identifier les facteurs de risque psychosociaux et dont le risque suicidaire. Elle est facile d'utilisation pour une personne avec peu d'expérience dans l'évaluation du risque suicidaire. Elle comprend 15 items parmi lesquels cinq sont des indicateurs critiques du suicide. Pour une population adulte, hospitalisée ou non.
InterRAI Severity of Self Harm (InterRAI SOS)	InterRAI. (2019). <i>Instruments : an overview of the interRAI Suite</i> . Accès https://www.interrai.org/instruments/	Échelle qui mesure le risque suicidaire et d'automutilation. Cette échelle intègre trois autres échelles RAI : - InterRAI Mental Health : informations sociodémographiques, statut mental et physique, comportements perturbateurs et agressifs, etc. - InterRAI Community Mental Health : adaptée aux personnes qui bénéficient de soins psychiatriques ambulatoires - InterRAI Emergency Screener for Psychiatry : conçue pour évaluer la capacité à prendre soin de soi et le préjudice potentiel porté à soi et aux autres personnes présentes dans le service des urgences. Pour une population adulte hospitalisée en psychiatrie, utilisant des établissements communautaires ou de santé mentale en situation d'urgence.
Scale for Impact of Suicidality – Management, assessment and Planning of care (SIS-MAP)	Nelson, C., Johnston, M. & Shrivastava, A. (2010). Improving Risk Assessment with Suicidal Patients: A preliminary evaluation of the clinical utility of the Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of Care. <i>Crisis</i> , 31(5), 231-237.	Échelle qui évalue le risque suicidaire et propose en fonction du résultat un plan de soin. Les 108 items qui la composent évaluent le risque suicidaire en effectuant une balance entre les facteurs de risque et les facteurs de résilience de la personne. Pour une population adulte hospitalisée ou non dans un établissement psychiatrique.
Reason for Leaving Inventory (RFL)	Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S. & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reason for Living Inventory. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 51, 276-286.	Échelle qui évalue les facteurs protecteurs chez les personnes présentant des idéations suicidaires. Les 48 items qui la composent se divisent en quatre sous-échelle : survie et stratégies d'adaptation, responsabilité à la famille, préoccupations liées aux enfants, peur du suicide, objections religieuses. Pour une population âgée et des jeunes adultes, hospitalisée ou non.
Suicidal Behavior Questionnaire (SBQ)	Linehan, M. (1981). <i>Suicidal Behavior Questionnaire</i> . Unpublished inventory, University of Washington, Seattle, Washington	Échelle qui permet d'évaluer les comportements et idées suicidaires. Elle mesure la fréquence et l'intensité des idéations suicidaires, les menaces suicidaires passées et futures, les antécédents de tentatives de suicide et les comportements autodestructeurs non fatals. Les 14 items qui la composent permettent une évaluation sur les derniers jours, le dernier mois, les quatre derniers mois et le reste de la vie. Il existe une version courte de 4 items de l'échelle. Pour une population adulte, aussi bien dans des populations communautaires et psychiatriques que des jeunes dans des établissements correctionnels.

Tool for Assessment of Suicide Risk (TASR)	Kutcher, S. & Chehil, S. (2007). <i>Suicide risk management: a manual for health professionals</i> . Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.	Échelle qui évalue le risque suicidaire imminent. Il s'agit d'un outil court et succinct élaboré pour une utilisation régulière dans l'évaluation de la santé mentale. Il permet d'appuyer la décision clinique au regard du risque suicidaire tout en veillant à ce que le soignant prenne en compte les facteurs individuels, symptomatique et de risque les plus pertinents. Cette échelle est divisée en quatre sections : les risques individuels, les symptômes, l'entretien et l'évaluation globale du risque. Pour les adultes se présentant aux urgences, hospitalisés ou fréquentant des établissements de soins ambulatoires. Version disponible pour les adolescents.
Suicide Probability Scale (SPS)	Cull, J.G. & Gill, W.S. (1988). <i>Suicide Probability Scale Manual</i> . Los Angeles : Western Psychological Services.	Échelle qui mesure six facteurs différents : les idées suicidaires, le désespoir, une vision positive, la proximité interpersonnelle, l'hostilité et l'impulsivité liée à la colère. Les 36 items qui la composent peuvent être traités en 10 à 20 minutes. Pour les adolescents et les adultes hommes et femmes.
Beck Hopelessness Scale (BHS)	Beck, A.T. & Steer, R.A. (1988). <i>Manual for the Beck Hopelessness Scale</i> . San Antonio, Texas : Psychological Corporation	Échelle qui mesure trois aspects du désespoir : les sentiments négatifs vis à vis du futur, une perte de motivation et des attentes pessimistes. Composée de 20 items sous forme de vrai/faux, elle permet d'évaluer un score de pessimisme. Pour les adultes hospitalisés ou non et les personnes âgées.
Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)	Beck, A.T, Kovacs, M & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention : the Scale for Suicide Ideation. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 47(2), 343-352	Échelle qui mesure l'intensité et l'immédiateté des comportements et plans suicidaires chez des personnes hospitalisées dans une unité psychiatrique. Elle se compose de 21 items. Pour les adultes hospitalisés en psychiatrie ou bénéficiant de soins en ambulatoire, pour les adolescents et jeunes adultes. Cet outil ne peut être utilisé par tous les professionnels de la santé. Il requiert une formation spécifique auprès des professionnels.
Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G. & al. (2008). <i>Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)</i> . New York, NY : The research Foundation for Mental Hygiene, Inc.	Échelle qui évalue l'intensité des comportements et idées suicidaires au travers de questionnaires développés pour une utilisation dans les essais-cliniques. Il existe 3 versions de l'outil : - Histoire de vie / récente : porte sur l'histoire de vie en lien avec la suicidalité. Utilisée lors d'un premier entretien - Depuis la dernière visite : surveillance des comportements suicidaires depuis le dernier entretien - Évaluation du risque : pour une utilisation dans un milieu de soin afin d'évaluer le risque suicidaire immédiat au travers d'une checklist de facteurs de risque et protecteurs. Une formation est demandée pour l'utilisation de l'instrument.
Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS)	Heisel, M.J. & Flett, G.L. (2006). The development and initial validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale. <i>The American</i>	Échelle qui évalue les idées suicidaires chez les personnes âgées de plus de 64 ans. Elle se compose de 31 questions pour lesquelles chaque réponse s'échelonne de "fortement en désaccord" à "fortement d'accord".

	<i>Journal of Geriatric Psychiatry, 14(9), 742-751.</i>	Elle mesure quatre domaines : - Les idéations suicidaires - Le sens perçu de la vie - Une perte de valeur personnelle et sociale - Les idéations de mort
Mental Health Environment of Care Checklist (MHECC)	Mills, P., Watts, B.V., Miller, S., Kemp, J., Know, K., DeRosier, J., M. & Bagian, J.P. (2010). A Checklist to identify Inpatient Suicide Hazards in Veterans Affairs Hospitals. <i>Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 36(2), 87-93.</i>	Échelle qui ne détermine pas si une personne risque de se suicider mais qui se concentre sur les facteurs environnementaux qui contribuent à la sécurité des patients et du personnels dans un milieu de soins. Checklist qui donne des lignes de conduites permettant d'identifier les risques environnementaux (114) et améliorer la sécurité environnementale. Pour les patients hospitalisés dans un établissement de soins.
Modified Scale for Suicide Ideation (SSI-M)	Miller, W., Norman, W.H., Bishop, S.B. & Dow, M.G. (1986). The Modified Scale for Suicide Ideation : Reliability and validity. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 724-725.</i>	Échelle qui évalue les patients à risque dans des établissements de soin et conçue afin d'être utilisée par un personnel non qualifié cliniquement. Elle identifie les personnes avec un fort risque de passage à l'acte sans que ces dernières appartiennent forcément à un groupe jugé "à risque". Elle comporte 18 questions qui mesurent différents aspects des idéations et comportements suicidaires comme la fréquence, durée et sévérité des idéations, les facteurs protecteurs, les différentes raisons de vivre/mourir, le niveau de plan, la disponibilité/opportunité d'une méthode permettant de mettre fin à ses jours ou encore la préparation de la tentative. Pour une population adulte et adolescente âgée de 13 à 17 ans.
SAD PERSONS and SAD PERSONAS Scales	Patterson, W.M., Dohn, H.H., Bird, J. & Patterson, G.A. (1983). Evaluation of suicidal patients : the SAD PERSONS Scale. <i>Psychosomatics, 24(4). 343-345, 348-349.</i>	Échelle sous forme de moyen mnémotechnique qui évalue les principaux facteurs de risque liés au suicide. Les lettres SAD PERSONS sont chacune associées à des facteurs de risque démographique, comportementaux et psychosociaux (en anglais). Une valeur positive à un item vaut un point pour un total maximum de 10 points. Un score de cinq suggère un risque suicidaire élevé. Une version révisée et plus complète existe appelée SAD PERSONAS. Les différentes lettres signifient : (S) sexe ; (A) âge ; (D) dépression ou désespoir ; (P) tentatives passées ; (E) consommation excessive d'alcool ou abus de drogues ; (R) perte de pensées rationnelles ; (S) séparé, divorcé ou veuf ; (O) tentative organisée ou sérieuse ; (N) pas de support social ; (A) disponibilité de moyens létaux ; (S) intention future déclarée.
Suicide Intent Scale (SIS)	Beck, A.T., Schuyler, D. & Herman, I. (1974). <i>Development of suicidal intent scales.</i> In A.T. Beck, H.L.P. Resnik & D.J. Lettieri (Eds.). <i>The Prediction of Suicide.</i> Bowie, MD : Charles Press.	Échelle utilisée dans les recherches permettant de développer de nouveaux instruments afin d'évaluer le sentiment d'intentions circonstanciées et objectives à la suite d'une tentative de suicide. Elle se compose de 15 items et est essentiellement utilisée en entretien. Elle se divise en deux parties : - Les circonstances entourant la tentative (préparation, mode d'exécution, configuration, signaux donnés en amont de la tentative qui pourraient faciliter ou entraver la découverte du plan) - Les perceptions de la personne qui la létalité de la méthode, ses attentes concernant un possible sauvetage, l'ampleur de la préméditation et le but invoqué de la tentative de suicide. Pour des établissements de santé qui abritent des personnes ayant récemment tentées de se suicider.

7.2. Beck Hopelessness Scale (Beck & Steer, 1988)

Item	True	False
1. I look forward to the future with hope and enthusiasm		
2. I might as well give up because there is nothing I can do about making things better for myself		
3. When things are going badly, I am helped by knowing they cannot stay that way forever		
4. I cannot imagine what my life would be like in 10 years		
5. I have enough time to accomplish the things I want to do		
6. In the future, I expect to succeed in what concerns me most		
7. My future seems dark to me		
8. I happened to be lucky, and I expect to get more of the good things in life than the average person		
9. I just can't get the breaks, and there is no reason I will in the future		
10. My past experiences prepared me well for the future		
11. All I can ahead of me is unpleasantness rather than pleasantness		
12. I don't expect to get what I really want		
13. When I look ahead to the future, I expect that I will be happier than I am now		
14. Things just won't work out the way I want them to		
15. I have great faith in the future		
16. I never get what I want so it's foolish to want anything		
17. It is very unlikely that I will get any real satisfaction in the future		
18. The future seems vague and uncertain to me		
19. I can look forward to more good times than bad times		
20. There is no use in really trying to get anything I want because I probably won't get it		
Total		

Tableau adapté de Kao, Liu, & Lu (2012). L'échelle BHS est soumise au copyright et son utilisation requiert l'accord de ses auteurs.

7.3. Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (Cutcliffe & Barker, 2004)

Items	Value if "yes"	Yes	No
1. Presence/influence of hopelessness	3		
2. Recent stressful life event, for example, job loss, financial worries pending court action	1		
3. Evidence of persecutory voices/beliefs	1		
4. Evidence of depression/loss of interest or loss of pleasure	3		
5. Evidence of withdrawal	1		
6. Waring of suicidal intent	1		
7. Evidence of a plan to commit suicide	3		
8. Family history of serious psychiatric problems or suicide	1		
9. Recent bereavement or relationship breakdown	3		
10. History of psychosis	1		
11. Widow/widower	1		
12. Prior suicide attempt	3		
13. History of socioeconomic deprivation	1		
14. History of alcohol and/or substance misuse	1		
15. Presence of terminal illness	1		
Total			

Tableau adapté de Cutcliffe & Barker (2004). L'échelle NGASR est soumise au copyright et son utilisation requiert l'accord de ses auteurs.

7.4. Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of care (Nelson, Johnston & Shrivastava, 2010)

1. Demographics			<i>Score</i>
Age in years: _____	<i>Score 1 for ages 15-25 or 70+ years</i>	→	_____
Gender: _____	<i>Score 1 for male</i>	→	_____
Marital status: _____	<i>Score 1 for recent widow/widower</i>	→	_____
Number of children living with you: _____	<i>Score 1 for single parenting</i>	→	_____
Inpatient or outpatient (circle)	<i>Score 1 for inpatient</i>	→	_____
Subtotal for Demographics section 1:			_____

2. Psychological Domain		<i>Item Scores (right column = 1)</i>	
Ideation:		0	1
I. Do you feel that life isn't worth living?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you think you would be better off dead?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you get ideas to hurt yourself?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you facing any 'situation' in which you might hurt yourself?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel you are vulnerable to hurting yourself?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you been thinking of hurting yourself recently?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Currently, do you think that dying might be a better option?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you recently attempted to hurt yourself? (i.e. within last 7 days)	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you often hurt yourself by cutting or overdose of pills?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you get suicidal ideas?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal for section 2I:		_____	
		<i>(right column = 1)</i>	

Management of ideation:			
M. How often do you get these thoughts?	<i>Score 1 for rarely, 2 for occasionally</i>	→	_____
How intense are these thoughts?	<i>Score 1 for low, 2 moderate, 3 high</i>	→	_____
Can you control these thoughts?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Can you cope with distressing thoughts of suicide?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you wish to be killed?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you wish to die?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you fear losing control and attempting suicide?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you uncertain about the nature of your suicidal thoughts?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you believe in communicating about your suicidal thoughts to others?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you believe in seeking help for suicidal thoughts?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal for section 2M:		_____	
		<i>(right column = 1)</i>	

Assessment of current state of suicidality (consider current thought processes and/or recent attempt)			
A. Do you currently feel suicidal?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel hopeless?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel helpless?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel worthless?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel sad or depressed?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel any guilt?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychological Domain, continued

Have you attempted to kill yourself?	<i>If no, skip to question P...</i>	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Did you want to die ¹ ?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Were you certain that you wanted to die?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Did you want attention from someone?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
At the time of your attempt, were you depressed?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
At the time of your attempt, were you angry with yourself?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you want to attempt again?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Was the method damaging to your body? (<i>specify</i>) _____		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you regret it?		Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Did you speak to someone before making the attempt?		Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Did you inform anyone afterwards?		Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Did you leave a suicide note?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Are you still stressed about it?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Are you feeling relieved?		Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Are you feeling safe in the hospital? (if applicable)		Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Do you feel safe in your house?		Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Do you feel guilt or shame?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Was your attempt because of your mental illness?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Is it because of your social situation or due to psychological distress?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Who do you hold responsible for the attempt?	<i>Score 1 if client mentions family; score 1 if client says self; score 2 if client mentions both</i>				<input type="checkbox"/>
Do you still have suicidal ideas?		No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you want to seek help?		Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Do you think you can deal with it yourself?		Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Subtotal for section 2A:
(right column = 1)

Planning for subsequent attempt:

P. Do you think you will get suicidal ideas in the future?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Will you be able to cope with these thoughts?	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Do you think you will attempt suicide in the future?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you think you need treatment and help?	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Do you think your illness needs treatment?	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Subtotal for section 2P:
(right column = 1)

Subtotal of all Psychological Domain sections (2I, 2M, 2A, 2P):

3. Comorbidities (check all that apply)

Alcohol abuse or dependence	<input type="checkbox"/>	History of	<input type="checkbox"/>	Current
Drug abuse	<input type="checkbox"/>	History of	<input type="checkbox"/>	Current
Sexual abuse	<input type="checkbox"/>	History of	<input type="checkbox"/>	Current
Physical abuse	<input type="checkbox"/>	History of	<input type="checkbox"/>	Current
Emotional abuse/exploitation	<input type="checkbox"/>	History of	<input type="checkbox"/>	Current

Subtotal for Comorbidities section (count all check marks):

4. Family History (including siblings, parents, or grandparents)

Suicide attempt	(family member) _____	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Death due to suicide	(family member) _____	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Mental illness	(family member) _____	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Addictions or alcoholism	(family member) _____	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>

Subtotal for Family History (Score 1 for each Yes in this section):

5. Biological Domain

Do you currently have any psychiatric illness? (specify) _____	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you have any chronic medical illnesses? (specify) _____	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you suffer from frequent mood swings?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you think you are suffering from an 'undiagnosed psychological disorder' like anxiety, depression, psychosis, memory loss, lack of drive or motivation or getting easily stressed? if no, section is finished	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you think it is affecting your life in terms of functioning and day to day living?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>

Subtotal for this Biological Domain (Score 1 for each Yes in this section):

6. Protective factors for suicide risk

Do you benefit from community or outpatient support/counseling?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Is your family practically supportive of your problems and your recovery?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Does your faith or spirituality help you in dealing with your problems?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you have children that rely on you, and depend on your well-being?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you live in impoverished conditions? (difficulty paying for food and shelter)	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Do you think you are worthy of living?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you have good self-esteem? (believe that you are a worthwhile person)	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Have you succeeded when faced with similar life challenges?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Is your home environment safe and stable?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you savour life's satisfying moments?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Do you have additional reasons for not committing suicide? (specify:)	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>

Subtotal for Protective factors:
(right column = 1)

7. Clinical ratings/observations

Does client lack insight?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Is there evidence of a personality disorder or issues related to personality?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Is there presence of psychosis?	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Is there evidence of impulsivity? (i.e. behavioral dyscontrol)	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Would you consider client vulnerable due to any of the following?				
Personal crisis (i.e. extremely adverse situational event)	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
A dysfunctional or chaotic home environment	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Recent childbirth or abortion	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>
Existential issues (i.e. no meaning in life)	No	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>

For attempters only:

Was the method used capable of causing death?

No

Yes

Was the attempt planned?

No

Yes

Subtotal for Clinical ratings/observations (Score 1 for each Yes in this section):

8. Psychosocial and Environmental Problems²

Score 1 for every problem named in this section

Check:

___ Problems with primary support group (specify): _____

___ Problems related to the social environment (specify): _____

___ Educational problems (specify): _____

___ Occupational problems (specify): _____

___ Housing problems (specify): _____

___ Economic problems (specify): _____

___ Problems with access to health care services (specify): _____

___ Problems related to interaction with the legal system/crime (specify): _____

___ Other psychosocial and environmental problems (specify): _____

Subtotal for Psychosocial/Environmental (count all check marks):

² A psychosocial or environmental problem may be a negative life event, an environmental difficulty or deficiency, a familial or other interpersonal stress, an inadequacy of social support or personal resources, or other problem relating to the context in which a person's difficulties have developed. So-called positive stressors, such as job promotion, should be listed only if they constitute or lead to a problem, as when a person has difficulty adapting to the new situation. In addition to playing a role in the initiation or exacerbation of a mental disorder, psychosocial problems may also develop as a consequence of a person's psychopathology or may constitute problems that should be considered in the overall management plan.

When an individual has multiple psychosocial or environmental problems, the clinician may note as many as are judged to be relevant. In general, the clinician should note only those psychosocial and environmental problems that have been present during the year preceding the current evaluation. However, the clinician may choose to note psychosocial and environmental problems occurring prior to the previous year if these clearly contribute to the mental disorder or have become a focus of treatment—for example, previous combat experiences leading to Posttraumatic Stress Disorder. For convenience, the problems are grouped together in the following categories:

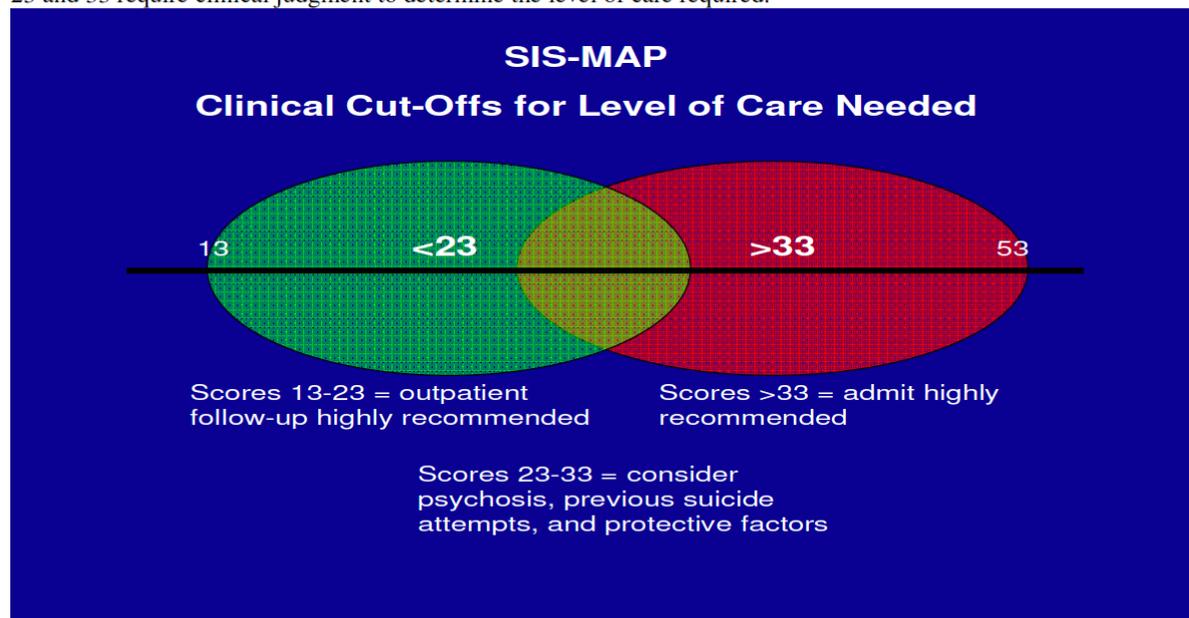
- **Problems with primary support group**—e.g., death of a family member; health problems in family; disruption of family by separation, divorce, or estrangement; removal from the home; remarriage of parent; sexual or physical abuse; parental overprotection; neglect of child; inadequate discipline; discord with siblings; birth of a sibling;
- **Problems related to the social environment**—e.g., death or loss of friend; inadequate social support; living alone; difficulty with acculturation; discrimination; adjustment to life-cycle transition (such as retirement)
- **Educational problems**—e.g., illiteracy; academic problems; discord with teachers or classmates; inadequate school environment
- **Occupational problems**—e.g., unemployment; threat of job loss; stressful work schedule; difficult work conditions; job dissatisfaction; job change; discord with boss or co-workers
- **Housing problems**—e.g., homelessness; inadequate housing; unsafe neighborhood; discord with neighbors or landlord
- **Economic problems**—e.g., extreme poverty; inadequate finances; insufficient welfare support
- **Problems with access to health care services**—e.g., inadequate health care services; transportation to health care facilities unavailable; inadequate health insurance
- **Problems related to interaction with the legal system/crime**—e.g. criminal charges; probation or parole.
- **Other psychosocial and environmental problems**—e.g., exposure to disasters, war, other hostilities; discord with nonfamily caregivers such as counselor, social worker, or physician; unavailability of social service agencies

The clinician should identify the relevant categories of psychosocial and environmental problems and indicate the specific factors involved.

SIS-MAP Clinical Profile:

<u>I-MAP subscales</u>		<i>Demographics:</i>	
2I- Ideation:	█	<i>Psychological Domain:</i>	█
2M- Management	█	<i>Comorbidities:</i>	█
2A- Assessment	█	<i>Family History:</i>	█
2P- Planning	█	<i>Biological Domain:</i>	█
		<i>Clinical ratings/observations:</i>	█
		<i>Psychosocial/Environmental:</i>	█
		<i>Total of all above sections:</i>	█
		<i>Protective Factors: (subtract):</i>	- █
<hr/>			
		SIS-MAP Risk Index:	█ ³

³ The mean total scores on the SIS-MAP for individuals who were admitted ($M = 23, SD = 9$) vs. not admitted ($M = 33, SD = 14$) and their respective standard deviations were used to establish clinical cut-offs. Thus, it was determined that scores falling between 13 and 23 represent individuals who require outpatient follow-up but do not require admission (individuals who score less than 13 likely require no follow-up). Individuals who score above 33 on the SIS-MAP are at a serious risk of suicide and should be admitted to a psychiatric facility. Scores between 23 and 33 require clinical judgment to determine the level of care required.



Clinical Disposition

Urgent Care:

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Consultation with admitting physician? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Client medically cleared? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Client admitted to Assessment Unit? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Client certified (specify form)? _____ | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |

Follow-up/Specialized Resources:

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Crisis plan developed? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Client referred to outpatient or Crisis unit follow-up? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Client referred to specialized addictions' service? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Client referred to Woman's Shelter? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Client referred to Safe Bed? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Client's family notified? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| A.C.T. or CMHA notified? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Family physician notified? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |

Resource Utilization (if known):

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Length of stay (specify number of inpatient days) _____ | | | | |
| Readmission within 6 months? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Subsequent suicide attempt within 6 months? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Use of seclusion? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Use of restraint? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Client transferred to Tertiary Care Unit? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |

Operational Stress Injury (O.S.I.) Clinic Information:

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Does the client have an O.S.I.? (specify _____) | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Has the client been previously deployed? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| If deployed, how many tours? (specify _____) | | | | |
| Client's rank and military role? (specify _____) | | | | |
| Does the client receive a pension for an O.S.I.? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Is the client aware of peers' committing/attempting suicide? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |
| Does the client participate in OSISS (Social Support)? | No | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> |

Tiré de Srivastava (2011). L'échelle SIS-MAP est soumise au copyright et son utilisation requiert l'accord de ses auteurs.

**7.5. Version courte de la Scale for Impact of Suicidality –
Management, Assessment, planning of care (Johnston,
Nelson & Shrivastava, 2013)**

Items	Yes	No
Demographics		
Is the individual an inpatient?		
Psychological		
Do you think you would be better off dead?		
Do you feel you are vulnerable to hurting yourself?		
Do you often hurt yourself by cutting or overdosing on pills?		
Can you control these (ideation) thoughts?		
Do you wish to die?		
Do you fear losing control and attempting suicide?		
Do you currently feel suicidal?		
Do you feel helpless?		
Have you attempted to kill yourself?		
Do you think you will attempt suicide in the future?		
Comorbidities		
Current alcohol abuse or dependence		
History of drug abuse		
History of sexual abuse		
Family history		
Family history of mental illness		
Protective		
Is your family practically supportive of your problems and your recovery?		
Do you savour life's satisfying moments?		
Clinical		
Is there evidence of a personality disorder or issues related to personality?		
Is there presence of psychosis?		

Would you consider client vulnerable due to a dysfunctional or chaotic home environment?		
Would consider client vulnerable due to existential issues (i.e., no meaning in life)?		
Psychosocial		
Problems with primary support group		
Problems with access to health care services		

Adapté de Johnston, Nelson & Shrivastava (2013). La version courte de l'échelle SIS-MAP est soumise au copyright et son utilisation requiert l'accord de ses auteurs.