

# **Les facteurs de risque suicidaire chez la personne âgée : une revue de littérature**

Travail de Bachelor

Par

**Chrystèle Brodard et Sophie Currat**  
Promotion Bachelor [2015-2018]

Sous la direction de Senn Stefanie

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

12 juillet 2018

## Résumé

**Contexte et buts :** Actuellement, en Suisse, le pourcentage de la population âgée est important. D'après les prévisions statistiques, celle-ci ne s'arrêtera pas d'augmenter. De ce fait, il serait possible que le suicide prenne de l'ampleur dans cette population. De nos jours, ce geste est encore tabou dans notre société suisse, car le suicide chez les personnes âgées passe plus inaperçu que chez les jeunes. En effet, pour la société, la personne âgée a pu profiter de la vie et la mort est un processus normal de notre existence. Cette revue de littérature étoffée permet d'identifier les facteurs favorisant des idées suicidaires chez la personne âgée et de proposer des interventions.

**Méthode :** Cette revue de littérature étoffée comprend deux études de devis qualitatif, trois études de devis quantitatif et une étude de devis mixte, qui ont été sélectionnées dans les banques de données de PubMed et CINAHL. Les mots clés sont "Aged" et "Suicide". La population cible est la personne âgée de 65 ans à plus de 80 ans. Les études retenues sont en français et en anglais, et datent de moins de dix ans.

**Résultats :** Les principaux résultats de cette revue de littérature montrent que le suicide est induit par la dépression. Cette dernière est causée par une diminution des relations sociales, une diminution du bien-être et une augmentation du statut économique. Les idées suicidaires sont liées aussi à la région rurale et au statut matrimonial. De plus, la répétition des gestes d'automutilations est constatée lorsque le patient est suivi par un service de santé mentale, lors de prise d'antidépresseurs et lors d'une consommation d'alcool positive. Les personnes âgées, présentant des idées suicidaires ont tendance à en discuter, plus souvent, avec leur proche. Il est aussi relevé que les soignants ont de la difficulté à gérer ce

type de confiance et qu'ils ne ressentent pas de soutien de la part de leurs confrères.

**Discussion et conclusion :** D'après les résultats, il est important d'identifier précocement la dépression chez les personnes âgées afin de prévenir les idées suicidaires. Les transitions et les deuils de cette population sont importants, car ils peuvent influencer négativement ou positivement l'entrée en institution, les changements de rôle au sein de la société, les troubles dépressif et les idées suicidaires. Plusieurs interventions « Evidence-Based Nursing » (EBN) sont proposées pour traiter de la dépression, des idées suicidaires, ainsi que de la prise en charge des proches et des soignants. Ce travail de Bachelor sensibilise les lecteurs sur l'importance de la prise en charge des personnes âgées et de leur entourage face au suicide.

**Mots clés :** Interventions infirmières, Personnes âgées, Risque suicidaire.

## Table des matières

Résumé .....	ii
Remerciements .....	ii
Introduction.....	1
Problématique .....	3
Question de recherche .....	6
Objectifs .....	6
Cadre théorique.....	7
Méthode .....	13
Argumentation du devis .....	14
Etapes de la revue de la littérature.....	14
Critères d'inclusions et d'exclusions .....	16
Stratégies de recherche .....	16
Résultats .....	18
Qualité méthodologique.....	19
Tableau de synthèse des articles.....	20
Présentation des thématiques .....	21
Estime de soi .....	21
Reconnaissance par autrui.....	21
Santé mentale.....	22
Entourage .....	24
Transition.....	25
Statut socio-économique.....	25
Changement .....	27
Discussion .....	28
Résultats principaux.....	29
Reconnaissance par autrui.....	29
Santé mentale.....	30
Entourage .....	31
Statut socio-économique.....	33
Changement .....	34
Recommandation pour la pratique .....	36
Gestion de la dépression .....	36
Gestion des situations de risque suicidaire .....	38

Soutien des proches aidants face à l'acte suicidaire .....	39
Soutien des professionnels face à l'acte suicidaire.....	39
Recommandation pour la formation .....	40
Recommandation pour la recherche .....	40
Forces et limites.....	41
Aspect culturel de l'Asie .....	41
Conclusion.....	43
Références .....	45
Appendices A .....	49
Appendice B .....	51
Appendice C .....	53
Appendice D.....	55
Appendice E .....	58
Appendice F .....	78
Appendice G.....	80
Appendice H.....	99
Appendice I.....	102
Appendice J.....	104
Appendice K .....	107
Appendice L.....	110
Appendice M.....	112

## **Tables des illustrations**

Tableau 1 : Question PICO.....	15
--------------------------------	----

## **Remerciements**

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont permis de mener à bien ce travail. Premièrement, à Madame Senn Stefanie, notre directrice, pour son investissement, ses conseils ainsi que pour sa disponibilité tout au long de notre travail de Bachelor. Puis, à nos proches et amis pour les relectures et leur esprit critique face à notre travail.

*Le suicide n'est pas affaire de courage. C'est juste une  
impérieuse envie de paix. Une envie qui domine tout le reste.*

*Andrea H. Japp*



## **Introduction**

Cette revue de littérature est réalisée dans la finalité de la formation en soins infirmiers et aborde la thématique du suicide chez la personne âgée. Celui-ci fait partie des principaux motifs de décès chez cette population avec le cancer et les maladies cardio-vasculaire. Le suicide touche les hommes et les femmes âgés, mais le passage à l'acte n'est pas identique. Les femmes ont fréquemment recours aux surdosages médicamenteux ou à la défenestration, alors que les hommes le réalisent plutôt à l'aide d'une arme à feu ou d'une pendaison. Lors d'un passage à l'acte, les personnes âgées sont plus déterminées à mourir, ce qui explique que les tentatives de suicide sont moins nombreuses que dans les autres catégories d'âge (Charazac-Brunel, 2014).

Ce travail est organisé en six chapitres. Le premier chapitre aborde l'état actuel de la problématique face au suicide chez la personne âgée. Les données permettant d'aboutir à la question de recherche sont établies et les buts de ce travail sont cités. Dans le second chapitre, le concept du deuil de Kübler-Ross et la théorie de la transition de Meleis sont présentés. Le troisième chapitre correspond à la méthodologie de recherche, expliquant le déroulement de ses étapes et du PICO afin de réaliser cette revue de littérature. Les différents mots clés utilisés dans plusieurs bases de données sont nommés, puis, les critères inclusions et exclusions ainsi que le diagramme de flow sont expliqués. Le chapitre suivant s'intéresse aux résultats. Il débute par une présentation des six articles sélectionnés avec un tableau de synthèse. Afin de permettre une meilleure clarté des résultats, ils sont catégorisés en cinq sous-points. Le cinquième chapitre est constitué de la discussion qui évoque le concept et la théorie afin d'analyser les résultats. Puis des interventions infirmières sont proposées par rapport aux éléments ressortis et les forces et les faiblesses de cette revue de littérature sont nommées. Dans le dernier chapitre, une conclusion est faite.

## Problématique

Actuellement, le suicide est un phénomène présent en Suisse dans toutes les tranches d'âges. Selon la Confédération Suisse (2016), en 2013, 786 hommes et 284 femmes ont mis fin à leurs jours, sans compter les suicides assistés. Ces chiffres représentent quatre fois plus de décès que les accidents de la route.

« Le suicide n'affecte pas seulement le milieu médical, mais tous les domaines de la société, et ses causes sont multiples, comme la maladie psychique, la dépression, les troubles de la personnalité ou les addictions. Sont aussi présents la solitude, les douleurs chroniques, la crise existentielle, un chagrin d'amour, un sentiment d'humiliation ou des problèmes financiers » (Radio Télévision Suisse [RTSINFO], 2015).

Le suicide chez la personne âgée reste encore un sujet tabou en Suisse. Selon Stoppe, psychiatre spécialiste chez les séniors et présidente de l'association MentAge, il y a plus de débats sur le suicide assisté que sur la prévention du suicide (Radio Télévision Suisse [RTSINFO], 2015). Selon la Confédération Suisse (2016), en moyenne, chaque année, 227 personnes âgées ou très âgées, (le terme très âgée désignant les personnes de 70 ans et plus) se donnent la mort. Selon Pr. Giannakopoulos, psychiatre généraliste, la société est plus touchée émotionnellement par le suicide chez les adolescents que chez les personnes âgées, car on considère que ces dernières ont pu profiter de leur vie, alors que les jeunes n'en ont pas eu l'occasion. Cela peut démontrer une discrimination de la société par rapport à ce phénomène (Covo, 2012). Selon Charazac-Brunel (2014), le déni face au suicide des personnes âgées peut expliquer la difficulté à mettre en place de véritables préventions pour les personnes voulant mettre fin à leur vie. Ces personnes restent dans une ambivalence entre la vie et la mort. Celle-ci est masquée par des préoccupations accentuées par de la culpabilité et de l'angoisse.

Les pertes ne suscitent pas une grande attention, car la personne âgée traverse des moments de solitude pouvant succéder à des moments de grande fusion. Les ruptures telles que le deuil, l'hospitalisation ou un placement non désiré peuvent amener la personne à se protéger en se renfermer dans une solitude.

Dans notre société, il existe un clivage psychique et physique qui s'est établi discrètement par l'oubli et la banalisation du suicide. Le risque le plus suicidogène est le clivage psychique. Celui-ci crée de l'angoisse imperceptible dans l'inconscient. Il ne laisse donc pas présager de signes avant-coureurs d'un passage à l'acte et est alors qualifié d'imprévisible ou courageux.

L'angoisse diminue la capacité d'empathie et les repères intrapsychique. Cela conduit à mesurer seulement ce qui peut être vu ou touché. Ainsi, l'évaluation de la douleur ne prend en compte que la douleur physique et écarte la souffrance psychique. Cette dernière peut justifier le recours au suicide ou à l'euthanasie. De plus cette souffrance psychique est, de nos jours, importante, car les rituels de deuil sont moins symboliques et celle-ci ne peut plus être contenue par la famille (Charazac-Brunel, 2014).

Les conséquences du suicide sont multiples. Elles touchent la personne elle-même, ses proches et les soignants. Au niveau des proches ainsi que chez les soignants, plusieurs sentiments peuvent jaillir après un passage à l'acte. Les conséquences sont d'ordre émotif, juridique et éthique (Voyer, 2013).

Sur le plan émotif, il est particulièrement difficile de traverser le deuil après un suicide. Il y a de l'incompréhension, de la honte, de la culpabilité et de la colère envers la personne disparue. Le suicide d'un proche peut conduire à un risque élevé de traumatisme du fait que le geste survient brutalement et qu'il est perçu comme violent (Voyer, 2013). Charazac-Brunel (2014), ajoute également qu'il existe

une transmission du risque suicidaire pour les générations suivantes sur les petits enfants du même sexe. Cette transmission intergénérationnelle saute une génération et n'est pas forcément génétique puisqu'on retrouve ce risque également chez les enfants adoptés.

Sur le plan éthique, les professionnels s'interpellent particulièrement sur ce geste, car ils sont troublés au niveau personnel et professionnel, pouvant même les amener à se remettre en question et/ou à ressentir un sentiment d'échec face à leur impuissance à stopper cette action (Voyer, 2013).

Sur le plan juridique, l'infrastructure qui donnait des soins à la personne qui s'est suicidée peut remettre en question ses pratiques pour assurer la sécurité des personnes placées sous sa responsabilité. Il se peut également que des proches entreprennent des poursuites contre le personnel médical pour cause de négligence (Voyer, 2013).

Selon la Confédération Suisse (2015), le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus était de 1.5 million en fin 2014, et d'ici 2045, cette population devrait atteindre les 2.7 millions. Si ces prévisions s'avèrent exactes, on pourra observer un vieillissement de la population suisse et éventuellement une augmentation du suicide chez les personnes du troisième âge. De ce fait, il est important d'anticiper ce phénomène en mettant en place des programmes de préventions qui, par la suite, permettront de briser les tabous en lien avec le suicide. Selon Charazac-Brunel (2014), cette prévention du suicide est importante, car elle donne un exemple pour les générations suivantes, encore plus, quand le geste est banalisé ou glorifié en ayant l'image d'un acte courageux, d'une liberté ou d'un choix. Cependant, le suicide reste un geste de désespoir entremêlé à un désir de toute puissance sur la vie et la mort ou sur autrui. Ceci démontre également que se

soucier du suicide chez la personne âgée permet d'établir une prévention de suicide auprès des adolescents et des générations suivantes.

### **Question de recherche**

D'après les recherches faites pour comprendre la problématique, il ressort que le suicide des personnes âgées n'est pas assez pris en considération et qu'il est un sujet tabou dans la société. Lors du processus de vieillissement, il y a une succession de pertes qui ne sont malheureusement pas assez approfondies et amènent à de la souffrance intrapsychique. Les infirmiers/infirmières devraient pouvoir identifier et prévenir les pertes de la population âgée afin de la soutenir dans son processus de deuil. Ceci amène à la question PICO suivante :

« Quelles interventions infirmières peuvent être mises en place pour soutenir les personnes âgées présentant un risque suicidaire et permettant de prévenir le passage à l'acte ».

### **Objectifs**

L'objectif de cette recherche est d'identifier les facteurs précipitant les idées suicidaires. Ce thème nous apporte des connaissances pour notre future pratique professionnelle, car nous pouvons être amenées à rencontrer cette population en milieu hospitalier, en milieu de vie et dans notre vie privée. Cette revue de littérature permet également de sensibiliser les lecteurs, de leur donner des indications sur les interventions pouvant être mises en place et de démontrer que le thème du suicide chez la personne âgée est un enjeu dans notre société. Des travaux de la sorte peuvent aussi aider à rendre cette thématique moins tabou. Par cette revue, nous espérons provoquer des discussions et des interpellations au sein des équipes soignantes et de la société.

## **Cadre théorique**

Pour ce travail, il a été décidé de prendre le concept du deuil. Selon Kübler-Ross, le processus de deuil comprend cinq étapes qui sont : la dénégation ou le refus et l'isolement, la révolte et la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. La personne ne passe pas obligatoirement les étapes dans un ordre précis et elle peut revenir à une étape par laquelle elle a déjà passé. Ce concept a été choisi, car la personne âgée y est souvent confrontée au niveau physique, psychique et social. Ces trois domaines ont une influence sur les ressources à mobiliser pour restaurer un état de santé (Formarier et Jovic, 2012). Certains deuils peuvent être plus compliqués que d'autres, par exemple lors d'une entrée en établissement médico-social (EMS). La personne est amenée à laisser une partie de sa vie et son indépendance derrière elle. Il faudra un temps d'adaptation à la personne âgée et un soutien de la part de l'infirmier/infirmière afin de l'accompagner au mieux dans ce processus.

Le dictionnaire de la psychanalyse (1999) définit le deuil comme étant une « Situation d'élaboration psychique par laquelle un sujet dépasse ou élabore les effets résultant de la perte d'un objet auquel il était lié par une énergie libidinale. Travail de deuil : processus intra psychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci » (Formarier et Jovic, 2012).

Pour la pratique infirmière, l'utilisation de ce concept du deuil est un soutien dans le cadre de la promotion de la santé, de la maladie, de la chirurgie, de la chronicité, du handicap, du processus du développement ou du vieillissement, lors des soins préventifs, curatifs ou palliatifs. Il permet aux soignants d'identifier et de comprendre les manifestations physiques, émotionnelles du patient en lien avec la perte du rôle de celui-ci, d'un de ses organes, d'un projet ou d'un être cher. Grâce à ces identifications, les professionnels peuvent créer des interventions de soutien pour la



personne soignée et/ou son entourage. Il est important de prendre en compte dans quel contexte la perte a lieu, car celle-ci peut être brutale, potentielle ou attendue. En effet, elle a une influence sur l'impact psychique et comportemental de la séparation, en lien avec le degré d'anticipation antérieur. Certains facteurs entraînent la mobilisation des ressources de la personne soignée, ainsi que celle de ses proches, tel que l'attente du diagnostic, la rechute, l'absence de certitude concernant une évolution ou une échéance, la perte de sens, le rapport à la vérité, la désorganisation voire la modification induite dans la distribution des rôles au sein de la famille. Ces facteurs vont permettre de maintenir, prévenir et restaurer une préparation à la séparation finale ou à un état de santé. Pour favoriser le processus de deuil, qui est propre à chacun, il faut encourager l'expression des sentiments ambivalents et des émotions fluctuantes (colère, tristesse, joie) (Formarier et Jovic, 2012).

Les soignants sont en majorité les acteurs dans le soutien du deuil durant la période qui précède une fin de vie. L'infirmier/infirmière accompagne le patient et sa famille dans le vécu quotidien de la vie au jour le jour dans ce processus. Cet accompagnement est influencé par les conditions de vie de l'entourage tout au long de la maladie, de la phase terminale et d'agonie. C'est pour cela que l'axe central du soutien pour le soignant sera d'aider la personne malade à maintenir des liens et du support, car cela demande beaucoup d'énergie (Formarier et Jovic, 2012).

Par le deuil découle également le concept de l'estime de soi, qui peut être expliqué par le vieillissement de la personne. Lors de sa sénescence, la personne âgée doit remodeler son soi. Il est donc essentiel de valoriser et de valider ses changements. Le rôle du personnel soignant est d'évaluer la présence d'un réseau de soutien qui permettra d'appuyer la personne dans sa démarche de changement de comportement. L'estime de soi peut être diminuée par rapport à certaines causes

du suicide que l'on a pu relever dans la problématique, comme la dépression (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). C'est pourquoi, nous souhaitons l'évoquer dans l'ensemble de notre travail.

Notre définition de l'estime de soi se rapporte à celle de Bruchon-Schweitzer : « C'est la dimension auto-évaluative de la personnalité relative à la perception que l'individu a de sa valeur (Formarier et Jovic, 2012). L'estime de soi se développe selon un processus de comparaison sociale qu'effectue l'individu entre lui-même et certains individus de référence (réels ou idéalisés) ».

Pour Maslow et Rogers, l'estime de soi correspond pour l'individu à une double nécessité : se sentir compétent et être reconnu par autrui (Formarier et Jovic, 2012).

Comme théorie infirmière, il a été décidé de prendre la théorie de transition d' Afaf Meleis (Appendice B). Les insuffisances et les remplacements de rôles ont permis de constituer cette théorie, dont l'objectif est de décrire, expliquer et prédire les expériences humaines lors de différentes transitions, comme les transitions de santé/maladie situationnelles, développementales et organisationnelles (Laporte & Vonarx, 2016). Les infirmiers/infirmières ont besoin des données psychosociales correspondant au rôle afin de déterminer dans un premier temps les problèmes de soins infirmiers et par la suite, de planifier des interventions. Pour les infirmiers/infirmières, il est important de comprendre le comportement du patient lorsque celui-ci se trouve dans ses dimensions biopsychosociales. Le patient a besoin du concept de rôle quand il est dans une situation entraînant des changements et une adaptation. Pour Meleis, l'aide de l'infirmier/infirmière est un rôle important au moment de ces transitions. Tous les changements au niveau de la famille, de sa structure et de la société augmentent les transitions face aux différents rôles. Ceci permet à la transition de se dérouler dans la douceur, quand

les conditions sociales sont plus ou moins attendues, ces dernières permettant de déterminer les rôles en avance et de créer une transition saine. Selon Meleis (2010), les caractéristiques d'une transition saine sont l'interaction avec les autres, l'adaptation et la création de lien de confiance. Mais toute personne est sujette à une vulnérabilité lors d'une transition qui peut être due à ses anciennes expériences vécues, à son environnement et à ses interactions sociales. Cela peut conduire à un rétablissement problématique prolongé, à une adaptation tardive ou malsaine. L'infirmier/infirmière connaissant ces éléments, devra créer des interventions basées sur les caractéristiques d'une transition saine, afin d'améliorer le séjour de la personne âgée.

Mead, un philosophe, sociologue et psychologue américain, définit le rôle comme un sentiment ou un but qui permet d'avoir une unité pour un ensemble d'actions qui ne se caractérise pas seulement par un ensemble de comportements. Le concept du rôle relève à quel point l'être humain s'adapte sans cesse à la culture dans laquelle il vit et réagit de façon complexe. Pour l'école de Meleis, le rôle est le résultat de l'interaction des individus dans le système social. Il est défini par l'individu et motivé par la récompense attendue et surtout par celle reçue des autres. La validation du rôle se fait par les autres quand ils acceptent la personne dans son rôle choisi. Ceci explique que la personne doit définir son nouveau rôle, mais par sa validation ou non de ses pairs, il peut conduire à une expérience positive ou négative. Au moment où une transition a lieu, il se produit un changement entre les interactions dans les rôles, les attentes et les capacités dans l'apprentissage de ce nouveau rôle. Lorsque l'individu change de statut, il doit intégrer de nouvelles connaissances, modifier son comportement et sa définition de lui-même dans son contexte social. Quand ce remplacement de rôle a lieu, des insuffisances peuvent être présentes et l'infirmier/infirmière doit y remédier jusqu'à

ce que le sujet ait acquis un certain savoir, savoir-faire ou savoir-être, que demande ce nouveau statut. Par exemple, lorsque quelqu'un perd son conjoint, il doit réapprendre à vivre sans cette personne et doit en même temps faire face à un nouveau statut donné par la société qui est d'être veuf. Selon Meleis, des exemples de transition amenant à une vulnérabilité du patient peuvent être un nouveau diagnostic, d'anciennes expériences de maladie et des interventions chirurgicales, des transitions du développement dans une vie telle qu'une grossesse, un accouchement, une parentalité, l'adolescence, la ménopause, le vieillissement et la mort, et finalement, les transitions culturelles et sociales comme la migration, la retraite et les soins familiaux. Pour cette revue de littérature, les différentes transitions peuvent être par exemple l'entrée dans un établissement de soins, la vieillesse, le changement de rôle au sein de la famille du fait que les enfants doivent s'occuper de leurs parents, la perte de son réseau social dû au lieu de vie et aux pertes physiques. Quand le sujet refuse d'assumer son rôle, il peut y avoir alors une contrainte de la progression de la santé, du bien-être et de l'adaptation confortable de la transition.

Pour conclure, Meleis relève que sa théorie se base sur la communication. De ce fait, celle-ci est importante au sein du couple, de la famille, du groupe professionnel et de la société. Elle facilite les transitions et les suppléances de rôle (Poletti, 1978).

## **Méthode**

Ce chapitre présente et explique la méthode utilisée afin d'effectuer ce travail. Il se compose du choix du devis, des étapes de la revue de littérature étoffée contenant la question PICO, des termes MeSH et des descripteurs de CINHAL. Finalement, les critères d'inclusions et d'exclusions sont nommés et ont permis le choix des articles.

### **Argumentation du devis**

Ce travail est une revue de littérature étoffée permettant de recenser des savoirs actuels, par rapport au suicide chez la personne âgée. Selon Fortin (2010), un devis de recherche consiste à trouver des réponses à la question de recherche et de vérifier des hypothèses afin de diminuer les risques d'erreurs. Des comparaisons sont faites pour mettre en évidence des ressemblances ou des différences de plusieurs études.

Cette étude de littérature permet de répondre à la question de recherche et d'approfondir la thématique en analysant différents articles et livres. Ci-dessous, les étapes de la revue de littérature sont détaillées.

### **Etapes de la revue de la littérature**

Lors de l'attribution du thème, il a été important de réaliser des recherches au niveau des statistiques suisses et mondiales en lien avec le suicide et ses tentatives dans la population cible. Un approfondissement des connaissances sur les causes du suicide, ses moyens et ses répercussions a été effectué avec l'aide de différents ouvrages et articles trouvés sur Google Scholar ou en bibliothèque.

A l'aide de ces différentes informations, la question de recherche a pu émerger, ce qui par la suite a permis de définir les mots clés pour la recherche d'articles

scientifiques. La question de recherche a évolué tout au long de ce travail par le fait d'un manque de connaissance de cette thématique. Par conséquent, la spécificité des mots clés n'a pas été possible. La question de recherche définitive, pour ce travail, est « Quelles interventions infirmières peuvent être mises en place pour soutenir les personnes âgées présentant un risque suicidaire et permettant de prévenir le passage à l'acte ». Un tableau détaillé mis en lien avec la question PICO est présenté ci-dessous.

Tableau 1

*Question PICO*

<b>P</b>	<b>Population étudiée</b>	<b>Les personnes âgées</b>
<b>I</b>	Intervention ou facteur de risque	Interventions infirmières qui soutiennent et permettent de prévenir le passage à l'acte
<b>Co</b>	Contexte	Qui présente un risque suicidaire

Les mots clés ainsi que les termes MeSH, les descripteurs CINAHL et leur définition sont explicités sous forme de tableau (Appendice C). Les premières recherches ont été faites avec les mots clés suivants : « Aged », « Suicide », « Home Care Service », « Home Health Care ». Par la suite, « Home Care Service » et « Home Health Care » ont dû être retirés. Comme expliqué auparavant, cela est dû au manque d'études réalisées sur le suicide chez la personne âgée.

Pour trouver les six articles scientifiques répondant à la question de recherche, deux banques de données ont été consultées, PubMed et CINAHL. L'utilisation de critères d'inclusions et d'exclusions sont également nommés (Appendice D). Ceux-ci sont définis ci-dessous.

### **Critères d'inclusions et d'exclusions**

Les critères d'inclusion suivants ont permis de sélectionner les études répondant le mieux à la question de recherche :

- Population âgée de  $\geq$  à 65 ans
- Proches aidants
- Article scientifique publié entre 2008 et 2018
- Langue de l'étude : allemand, anglais et français
- Traitant du suicide
- Devis d'étude : quantitatif, qualitatif et mixte

Les critères d'exclusion ont permis d'exclure certaines études ne répondant pas à la problématique :

- Population de moins de 65 ans
- Article scientifique publié avant 2008
- Autres langues que celles mentionnées au-dessus
- Méta-analyse

### **Stratégies de recherche**

Les articles retenus permettant d'effectuer cette revue de littérature sont en lien avec la question de recherche PICO et évoquent les impacts, les besoins, les défis et les facteurs favorisant d'un acte suicidaire. L'un de ces articles parle aussi des proches aidants et du personnel soignant. Ce point de vue permet d'avoir un regard sur les personnes touchées directement par le suicide. Malheureusement, aucun article ne porte sur la population cible des infirmiers/infirmières et aucun ne propose des interventions concrètes pouvant être mises en place. Chaque article a été



analysé à l'aide de grilles résumées et critiques (Appendice E), afin de pouvoir en ressortir les éléments clés et par la suite créer des catégorisations. Etant donné que les six articles sélectionnés sont en anglais, une traduction a été effectuée en utilisant les connaissances de langue et à l'aide de « Google Translate ».

Des recherches ont d'abord été effectuées sur la base de données de CINAHL, car il traite de revues consacrées aux sciences infirmières et paramédicales. Cependant, le nombre d'articles proposé était élevé, malgré l'introduction des critères d'inclusions et d'exclusions. Le tri de ces articles était compliqué. C'est pourquoi il a été décidé d'utiliser PubMed comme principale base de données. PubMed est une base de données consacrée aux revues de biologie et de médecine, principalement anglo-saxonnes. Comme mentionné plus haut, la thématique du suicide chez la personne âgée est un sujet sur lequel peu de recherche sont effectuées. C'est pour cela que l'utilisation des termes MeSH n'a pas été suffisante et qu'il a également fallu rechercher les mots clés dans les titres des articles. Un diagramme de flow (Appendice F) a été réalisé, afin de mieux comprendre le processus final du tri pour l'obtention des six articles.

## Résultats

### Qualité méthodologique

- Date : articles publiés entre 2012 et 2017
- Pays d'origine :

Une des études a été menée en Norvège (Cheung et al., 2017), une deuxième en Thaïlande (Wongpakaran & Wongpakaran, 2013), trois études ont été réalisées en Corée du Sud (Kim & Sok, 2017), (Kim, Ha, Yu, Park, & Ryu, 2014) et (Park, Han, Kim, Yoon, Ko, Cho, & Chung, 2013) et la dernière en Nouvelle-Zélande (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Malheureusement, Les articles européens n'ont pas pu être retenus, car ils ne répondaient pas à notre question de recherche. C'est pour cela qu'il faut prêter attention à l'aspect culturel et à la vie familiale de l'Asie face au suicide pour transférer nos résultats au niveau de la population suisse.

- Population cible :

Parmi les études sélectionnées, l'une touche dans un premier temps les médecins municipaux puis s'intéresse aux proches, aux médecins généralistes et aux infirmiers/infirmières à domicile qui étaient en contact avec une personne âgée qui s'est suicidée (Kjølseth & Ekeberg, 2012). Une deuxième étude concerne des personnes âgées de 60 ans et plus qui sont dans un établissement de longue durée, EMS dans lequel ont été mesurés la dépression, les troubles psychopathologies, les troubles cognitifs et les idées suicidaires (Wongpakaran & Wongpakaran, 2013). Park & al. (2013), étudient les personnes de 50 ans jusqu'à plus de 90 ans qui ont recours aux soins à domicile afin de prédire les idées suicidaires. Les personnes âgées entre 65 ans et 96 ans qui se présentent au service d'urgence pour un épisode d'automutilation ont été traitées par Cheung & al. (2017). Finalement, les deux derniers articles touchent la même tranche d'âge, qui

est de 65 ans et plus. Mais Kim & Sok (2017) travaillent avec les personnes qui ont des tendances suicidaires et qui ont recours à une hospitalisation durant 1 à 4 ans. Et pour Kim & al. (2014), ils cherchent à identifier les facteurs associés à l'idéation suicidaire.

- Type d'étude et niveau de preuve :

Six articles avec des devis différents ont été retenus. Il y a deux devis qualitatifs (Kim & Sok, 2017) et (Kjølseth & Ekeberg, 2012), trois autres qui sont de devis quantitatif (Cheung & al., 2017), (Park & al., 2013) et (Wongpakaran & Wongpakaran, 2013), et la dernière étude qui a un devis mixte (Kim & al., 2014). Pour répondre à la question de recherche, il est préférable d'avoir plusieurs sortes de devis dans les articles afin d'englober le sujet. Le suicide est un domaine qui touche le psychisme. De ce fait, il était aussi important d'avoir des articles qui permettent une meilleure compréhension des ressentis des personnes cibles ainsi que ceux de leur entourage. Concernant les articles quantitatifs, il semble également important d'avoir des données prouvées qui permettent de créer de futures interventions. Les articles sélectionnés sont EBN avec un niveau de preuve moyen/faible (étude de cas témoins, études sans comparaison) (Senn-Dubey, 2017).

### **Tableau de synthèse des articles**

Un tableau de synthèse des articles (Appendice G) a été réalisé et a permis de mettre en avant les principaux résultats des études en lien avec cette revue de littérature étoffée. Grâce à celui-ci, plusieurs catégorisations sont apparues, permettant de classer tous les résultats relevant des éléments importants pour la thématique.

## **Présentation des thématiques**

Ce chapitre présente les similitudes retrouvées dans les articles après avoir analysé leurs résultats. Il en ressort des éléments importants et significatifs permettant de faire émerger des interventions infirmières pouvant être mises en place auprès de personnes âgées ayant des idées suicidaires afin d'éviter un passage à l'acte. Ces catégories vont être formulées sous forme de synthèse narrative. Le deuil a été utilisé comme concept principal, duquel découle les concepts de l'estime de soi et de la transition, puis dans lesquels des sous-catégories sont ressorties. Ces dernières sont la reconnaissance par autrui, la santé mentale, l'entourage, le statut socio-économique et le changement.

### **Estime de soi**

#### **Reconnaissance par autrui**

Selon Kim et Sok (2017), les patients étaient peinés du fait d'avoir perdu leur rôle dans leur famille quand ils étaient alités. Ils exprimaient le désir de mourir en lien avec cette perte. De plus, ils évoquaient de la tristesse du fait de devenir un fardeau pour leur famille. Effectivement, ils éprouvaient le désir d'être avec elle.

Selon Kim & al. (2014), les relations sociales comprenant les relations conjugales, fraternelles, maternelles et paternelles ainsi que l'engagement religieux, les interactions avec des confidents, le nombre d'amis et les loisirs effectués avec ceux-ci, sont négativement et significativement corrélés avec les idées suicidaires ( $r=-0.21$ ,  $P<0.01$ ). La gravité des symptômes dépressifs présente une corrélation très significative avec les relations sociales ( $\beta = -0.339$ ,  $p < 0.001$ ). Les influences des relations sociales sur les idées suicidaires sont aggravées par la sévérité de la dépression. Park & al. (2013), relèvent aussi qu'il y a une prévision significative

entre le soutien social non perçu ( $R^2 = 0,097$ ,  $p < 0,001$ ) et de fortes idées suicidaires. Pour eux, le soutien social comprend la famille, les soignants et d'autres personnes significatives. D'ailleurs, si la personne est une femme ( $n = 538$  (77,7%) sur 692 participants) et qu'elle présente un faible soutien perçu de la famille ( $|r| = -0.241$ ,  $p < 0.01$ ) et des incapacités dans la participation à la vie communautaire ( $|r| = 0.250$ ,  $p < 0.01$ ), cette personne présentera un niveau plus élevé d'idées suicidaires, ce qui est significatif. Il en ressort que le soutien familial est un prédicteur d'idées suicidaires. Cheung & al. (2017), confirment ces dires, car dans les cas d'automutilations, les discordes familiales (34,5% de son échantillon) et la maladie physique perçue (47.85% de l'échantillon) faisaient partie des facteurs de stress les plus courants.

### **Santé mentale**

Selon Park & al. (2013), un risque élevé de dépression touche 58.5% de son échantillon. Une corrélation significative est relevée entre un niveau de dépression élevé ( $|r| = 0,470$   $p < 0,01$ ) et de fortes idées suicidaires. Cette étude montre que le fait d'être une femme ( $n = 538$  (77,7%) sur 692 participants) et d'avoir un faible soutien social perçu par la famille ( $|r| = -0.306$ ,  $p < 0.01$ ) ont un lien significatif par rapport à la dépression. Les résultats évoquent également que la relation entre l'incapacité cognitive et l'idéation suicidaire permettent à la dépression d'être un médiateur positif. Elle joue aussi ce rôle entre le handicap et les idées suicidaires. Lorsque Park & al. (2013) parlent de handicap, cela concerne les soins personnels, les relations avec les autres et les activités de la vie. Dans leur étude, Kim & al. (2014), confirment que la dépression est positivement et significativement liée aux idées suicidaires ( $r = 0.44$ ,  $p < 0.01$ ). Ils rajoutent que la gravité des symptômes dépressifs constitue significativement une corrélation avec le statut objectif

économique ( $\beta = 0,087$ ,  $p < 0,05$ ), ainsi qu'avec les relations sociales ( $\beta = -0.339$ ,  $p < 0,001$ ) et le bien-être ( $\beta = -0.251$ ,  $p < 0,0001$ ). Cette étude relève que la gravité de la dépression a un impact direct sur les idées suicidaires.

Concernant les idées suicidaires, 31.9% de l'échantillon était classé comme ayant un risque élevé (Park et al., 2013). Celles-ci ont un lien significatif avec un mauvais état de santé subjectif perçu ( $| r | = 0,118$ ,  $p < 0,01$ ), un soutien social moins perçu (soutien familiale ( $| r | = -0,241$ ,  $p < 0,01$ ), soutien des amis ( $| r | = -0,197$ ,  $p < 0,01$ ) et soutien d'autres personnes ( $| r | = -0,133$ ,  $p < 0,01$ )) et un grand nombre d'incapacités (la cognition ( $| r | = 0,175$ ,  $p < 0,01$ ), la mobilité ( $| r | = 0,113$ ,  $p < 0,01$ ), les auto-soins ( $| r | = 0,171$ ,  $p < 0,01$ ), s'entendre avec les autres ( $| r | = 0,196$ ,  $p < 0,01$ ), les activités de la vie quotidienne (AVQ) ( $| r | = 0,152$ ,  $p < 0,01$ ) et la participation ( $| r | = 0,250$ ,  $p < 0,01$ ).). En plus d'être une corrélation significative avec les idées suicidaires, les différentes incapacités nommées sont aussi des prédicteurs à 15,1% ( $R^2 = 0,151$ ,  $p < 0,001$ ), ainsi que le soutien social perçu qui est un prédicteur à 9,7% ( $R^2 = 0,097$ ,  $p < 0,001$ ). Contrairement aux incapacités et au statut social perçu, la santé subjective perçue n'est pas un prédicteur des idées suicidaires ( $R^2 = 0,044$ ,  $p = 0,268$ ). D'après Wongpakaran & Wongpakaran (2013), le MINI-International Neuropsychiatric Interview (MINI) relève que 27% de l'échantillon des résidents âgés de 60 ans et plus, vivant dans un établissement de longue durée, avaient des pensées suicidaires. Dans cette même population, 34% ont un risque de suicide présent, et pour 22.9% d'entre elles, le risque est minime.

Selon Cheung & al. (2017), les personnes qui ont déjà un suivi dans un service de santé mental à la suite de geste d'automutilation présentent une des variables significatives la plus fréquemment assemblée à la répétition de l'automutilation/suicide ( $p < 0,05$ ). Après avoir utilisé un modèle de régression logistique, les variables des personnes déjà incorporées à des services de santé

mentale (odds ratio de 2.73) et ayant un taux d'alcoolémie positif (odds ratio de 3.87) au moment de l'automutilation, sont demeurées significatives.

L'overdose est la méthode la plus courante du geste d'automutilation à 67.7% (Cheung et al., 2017). Pour Cheung, l'automutilation correspond à des blessures intentionnelles ou à un acte d'auto-empoisonnement, quel que soit le but de cet acte. Les tentatives de suicide représentent 76.4% des cas d'automutilation, dans 13%, il n'y a pas l'intention de se suicider, alors que pour 10.6%, l'intention de se suicider est inconnue. Deux valeurs significativement liées à la répétition de gestes d'automutilation/suicide sont la prise d'antidépresseurs et la consommation d'alcool lors du recueil de l'acte ( $p < 0.05$ ).

### **Entourage**

Selon Kjølseth et Ekeberg (2012), 14 personnes âgées sur 23 avaient donné des avertissements à leur entourage, de manières différentes. Les avertissements étaient plus souvent donnés à leurs proches ( $n = 11$ ), puis aux infirmiers/infirmières des soins à domicile ( $n = 5$ ) et finalement plus rarement au médecin généraliste ( $n = 2$ ). Les réactions de l'entourage face aux avertissements des personnes âgées différaient.

Pour beaucoup, ils n'avaient pas compris la gravité des signes donnés par la personne âgée et les minimisaient. Pour l'entourage, il semblait peu probable que la personne veuille réellement se suicider, même si par la suite, ils se sont aperçus qu'ils avaient reçu des signes clairs.

Un grand nombre d'infirmiers, mais plus particulièrement les proches, ont déclarés se sentir impuissants et incertains quant aux avertissements des personnes âgées. Ils pensaient qu'il n'existait pas d'endroit où ils pouvaient



demander de l'aide et ne savaient pas comment ils devaient se comporter en recevant des avertissements. Par la suite, cette incertitude a provoqué de la peur ou le refus de s'impliquer dans la relation. Le personnel soignant a également éprouvé des difficultés à répondre aux besoins existentiels des personnes âgées et obtenir du soutien de la part de leurs autres collègues dans de telles situations. Comme les proches, le personnel soignant à lui aussi ressenti de l'incertitude.

Certains proches ont ressenti de l'épuisement face aux avertissements des personnes âgées. Ceci est dû au fait que les personnes avaient parlé de leur souhait de mourir ou de leur plan sur une longue période. Par la suite, ces avertissements ont été vu comme des menaces vides et les proches les trouvaient fatigantes, voir irritantes. L'agression ressentie par certains proches pourrait être dirigée vers les services de soins à domicile, car ils n'avaient pas reçu d'aide de leur part, mais probablement aussi vers la personne âgée, même si celle-ci était rarement nommée directement.

Certains proches avaient vécu ces avertissements avec une forme de compréhension, en partie décrite comme du respect. Ils les percevaient comme des souhaits de la part de la personne âgée. Certains d'entre eux ont dit qu'ils pouvaient comprendre leur désir de mourir compte tenu de la personnalité et de la situation sanitaire globale de la personne âgée.

## **Transition**

### **Statut socio-économique**

Selon Kim et Sok (2017), les participants à l'étude ont exprimé le fait que pour eux la poursuite de leur vie à l'hôpital était compliquée. L'hôpital est vu comme un lieu où la vie est difficile. Les personnes vivent comme à l'étranger avec un

sentiment de détachement inhabituel où l'on ne peut pas se sentir à l'aise. L'hôpital est aussi décrit comme un endroit où on garde les personnes âgées qui ne peuvent pas bouger, un endroit qui n'est ni un hôpital, ni une maison. Ils disent que c'est la destination avant la mort, un endroit où vivent seulement les perdants.

Park & al. (2013), démontrent que le sexe de la personne peut prédire très significativement les idées suicidaire ( $R^2 = 0,041$ ,  $p < 0,006$ ), alors qu'au niveau de la dépression, le fait d'être une femme ( $n = 538$  (77.7%) sur 692 participants) est significatif. Le fait de vivre dans une région rurale, d'avoir une consommation élevée de poisson et d'avoir un état matrimonial par exemple marié ( $n = 201$  (28% de l'échantillon)), séparé ( $n = 10$  (1.4% de l'échantillon)), divorcé ( $n = 17$  (2.5% de l'échantillon)) et vivant ensemble ( $n = 476$  (68.8% de l'échantillon)), sont des prédicteurs qui expliquent aussi un haut niveau d'idées suicidaires. D'ailleurs, Cheung & al. (2017), relèvent aussi que le fait d'être célibataire fait partie des variables les plus fréquemment associées à la répétition de l'automutilation/suicide ( $p < 0,05$ ).

Selon Kim & al. (2014), la dépression est significativement et positivement associée au statut économique ( $| r | = 0,13$ ,  $p < 0,01$ ). Par contre, le bien-être psychologique ( $| r | = 0,21$ ,  $p < 0,01$ ) et les relations sociales ( $| r | = -0,21$ ,  $p < 0,01$ ) sont négativement corrélés avec les idées suicidaires. Avec l'analyse du chemin faite par les auteurs, le bien-être psychologique est positivement corrélé avec les relations sociales ( $\beta = 0,248$ ,  $p < 0,001$ ). L'idéation suicidaire a montré une relation significative avec la sévérité de la dépression ( $\beta = 0,406$ ,  $p < 0,001$ ) et le bien-être psychologique ( $\beta = -0,074$ ,  $p < 0,05$ ). Les influences des relations sociales et du statut économique sur les idées suicidaires sont aggravées par la sévérité de la dépression. On peut également voir que les relations sociales sont importantes dans l'étude de Kim et Sok (2017), car les patients avaient de la difficulté à créer

une relation intime avec l'équipe soignante, du fait qu'ils n'avaient pas de sujet de conversation en commun. Cela a rendu leur vie plus difficile.

### **Changement**

Selon Kim et Sok (2017), lorsque les personnes entraient dans un EMS, elles abordaient ce passage difficilement. Elles avaient l'impression d'être sur une autre terre. Comme elles voyaient leur vie s'effondrer, des idées suicidaires commençaient à émerger. Pour elles, vivre dans un hôpital devenait inévitable. De ce fait, les personnes âgées se préparaient à la fin de leur triste vie.

De plus, le séjour de longue durée, qui est l'endroit où se déroulait l'étude, est défini comme étant un lieu où elles perdaient leur autonomie. Leur vie était soutenue par les mains des soignants, ce qui était difficile pour elles. Les personnes se sentaient blessées par de l'humiliation, de la colère, de la rage, de la discrimination et par l'ignorance des individus face à leur situation.

Cette étude démontre également que lorsque la personne âgée montrait une baisse de l'autonomie, celle-ci avait une influence sur son sentiment de bien-être. En effet, les personnes âgées disaient qu'elles étaient devenues un fardeau et qu'elles se sentaient tristes d'avoir perdu leur rôle au sein de leur famille.

## **Discussion**

Dans ce chapitre, les principaux résultats sont présentés afin de répondre à la question de recherche suivante : « Quelles interventions infirmières peuvent être mises en place pour soutenir les personnes âgées présentant un risque suicidaire et permettant de prévenir le passage à l'acte ». Pour ce faire, des recommandations sont faites pour la pratique, en proposant des interventions infirmières. Par la suite, des recommandations pour la formation ainsi que de futures recherches sont évoquées. Pour conclure, les forces et les limites de cette revue de littérature étoffée sont nommées afin d'avoir un regard critique sur la méthodologie et les articles utilisés.

### **Résultats principaux**

Pour répondre à la question de recherche, les résultats sont mis en lien avec le concept du deuil Kübler-Ross et avec le cadre théorique de la transition de Meleis. Afin de mieux les visualiser et les comprendre, ceux-ci sont catégorisés d'après deux sous-concepts du deuil qui sont l'estime de soi et la transition.

#### **Reconnaissance par autrui**

Kim et Sok (2017), disent que lors d'une perte de leur rôle au sein de leur famille, les personnes âgées ont l'envie de mourir et se sentent comme un fardeau pour celle-ci. D'après Meleis, une personne a besoin de redéfinir son nouveau rôle, lorsque celle-ci est dans une situation entraînant des changements et une adaptation. Si elle ne trouve pas sa nouvelle identité, la transition peut devenir problématique. Lors de ce processus la personne doit faire face à divers deuils pouvant être de type social et/ou physique.

Dans notre pratique infirmière, nous constatons que lorsqu'une personne âgée doit rentrer dans un EMS, celle-ci fait face à plusieurs deuils, comme la perte de sa maison, de ses habitudes de vie et de son rôle social. De plus, la personne passe aussi par les différentes étapes du deuil comme par exemple le déni, la colère, l'isolement et l'acceptation. Ces pertes sont la plupart du temps compliquées à vivre pour la personne. Elle doit trouver de nouveaux repères et apprendre à cohabiter avec les résidents de l'EMS qu'elle ne connaît pas. Si le processus de deuil ne se déroule pas correctement, la transition en lien avec son nouveau rôle sera ralentie. Il est donc plus compliqué pour la personne âgée de se créer de nouveaux liens sociaux. Kim & al. (2014) et Park & al. (2013), se rejoignent sur le fait que les relations sociales ont un lien avec les idées suicidaires. Effectivement, lorsque les relations sociales diminuent, le risque d'idées suicidaires est plus élevé.

### **Santé mentale**

Kim & al. (2014) et Park & al. (2013), observent qu'un lien positif est présent entre les troubles dépressifs et les idées suicidaires. Ils affirment également, que lorsque la personne âgée a un faible soutien social, elle est plus sujette à une augmentation de la gravité des symptômes dépressifs. Park & al. (2013), rajoutent que la dépression est un intermédiaire positif pour les incapacités et le handicap face aux idéations suicidaires. Par ces diverses informations, il semble évident que la dépression est un processus précurseur des idées suicidaires. Les facteurs de risque liés à ce trouble peuvent être de types somatiques, psychiatriques, mais peuvent aussi être dû aux relations familiales, socio-professionnelles, et dû à l'abus de substances (Hôpitaux Universitaires Genève (HUG), 2017). En effet, Cheung & al. (2017), relèvent un lien entre la répétition de gestion d'automutilation et une consommation d'alcool.

La vulnérabilité génétique, la gestion du stress et les influences environnementales sont aussi les causes du trouble dépressif (HUG, 2017). Les différents résultats des articles montrent que la dépression est augmentée lorsque celle-ci est associée à une diminution des relations sociales et du bien-être et lors d'une aggravation des incapacités et des handicaps (Kim & al., 2014) et (Park & al., 2013). Toutes ces pertes touchent le concept du deuil, qui est important d'identifier, afin de prévenir une dépression, ainsi qu'une tentative de suicide.

Dans notre pratique, nous identifions, que l'être humain vit plusieurs deuils pouvant être de différents types, tout au long de sa vie. Lors du vieillissement, la personne âgée y est plus souvent confrontée par des dysfonctionnements physiologiques comme des troubles visuels, des troubles de la marche et par la diminution de son réseau social dû au processus naturel de la mort. D'après Meleis, la vieillesse conduit à une vulnérabilité dans le processus de transition, car pour permettre cette dernière, il est important d'intégrer de nouvelles connaissances et de modifier ses comportements face à son nouveau rôle. Ce processus peut être plus compliqué lorsque la personne âgée souffre de troubles cognitifs ou ne parvient pas à créer son identité d'après ses pertes.

### **Entourage**

Dans l'étude de Kjølseth et Ekeberg (2012), la population recevant principalement des avertissements sur l'idéation suicidaire de personnes âgées, sont les proches. Waern, Beskow, Runeson et Skoog (1999), valident ce résultat dans des études antérieures. L'interprétation et le traitement des avertissements peuvent être compliqués pour les proches. Différentes réactions sont identifiées face aux avertissements donnés. Certains d'entre eux les minimisaient, ne comprenaient pas la gravité des signes et ils ne pensaient pas que la personne

passerait à l'acte. D'aborder le sujet du suicide avec la personne à risque peut être émotionnellement exigeant pour les proches et afin de ne pas trahir la personne âgée, la famille et les professionnels ne l'évoque pas avec des tiers (Owens et al., 2011). Waern et al. (1999), montrent que durant l'année précédant le suicide, des signes avant-coureurs sont présents. Les résultats de l'étude de Kjøseth et Ekeberg (2012), mentionnent un épuisement et une irritabilité des proches dus à la durée de ces menaces qu'ils considéraient comme vides au fil du temps. Du point de vu des soignants comme de celui des proches, une incertitude, pouvant conduire à un refus ou de la peur à s'impliquer dans la relation est ressentie. Selon Miller (1978), les connaissances inadéquates, le manque de capacité, la peur et l'omission délibérée peuvent expliquer les causes de la passivité de la part des soignants et des proches.

L'entourage relève un manque de connaissance sur le comportement à adopter face à ces menaces et sur l'endroit où il peut trouver de l'aider. Rudd et al. (2006), indiquent que selon l'American Association of Suicidology (AAS), il y a un système de hiérarchisation des signes avant-coureurs. Premièrement, il y a des signes de menaces de suicide ou de blessure, deuxièmement, la recherche active de moyens pour se suicider tel que l'accès aux médicaments, aux armes à feu ou à d'autres moyens et troisièmement, une personne parlant et écrivant sur la mort ou le suicide. Un manque de prévention sur le suicide est compliqué au niveau individuel, car les facteurs de risques les plus courants sont la dépression, la maladie somatique, le déclin fonctionnel et les réseaux sociaux réduits. Ces facteurs sont fortement présents chez la personne âgée, ce qui complique leur identification, et ils sont malheureusement mal utilisés en milieu clinique afin de reconnaître les idées suicidaires (Conwell, Duberstein, & Caine, 2002).



### **Statut socio-économique**

Dans l'étude de Kim et Sok (2017), la vie dans un hôpital de longue durée est compliquée. C'est un lieu qui est impersonnel, car les personnes âgées se sentent comme vivant à l'étranger où elles ne peuvent pas se sentir à leur aise. Pour elles, ce lieu ne peut être considéré comme une maison. C'est un endroit où seuls les perdants vivent, une destination avant la mort. D'un autre côté, Zelenik, Peršuh et Jordan (2016), ont relevé que pour certaines personnes âgées, les hôpitaux de longue durée offrent l'assurance d'une prise en charge dans leur fin de vie. Séjourner dans un tel établissement peut être vu comme libérateur au niveau physique et au niveau familial, car elles ne sont plus un fardeau pour leur famille. Ces différentes perceptions de la part des personnes âgées pourraient être dûes à une institutionnalisation forcée pour certaines. Leur deuil se serait donc fait dans un contexte brutal qui peut avoir un impact au niveau psychique. Par la suite, la transition peut devenir plus compliquée à cause de ce contexte, mais également parce qu'il y a déjà une vulnérabilité face à une transition qui est propre à chacun, dûe aux expériences passées.

La théorie de Meleis relève que lorsqu'une personne refuse d'assumer son nouveau rôle, ceci peut conduire à une péjoration de sa santé, de son bien-être et de son adaptation. Il est donc important de favoriser le bien-être de la personne âgée, car le bien-être psychologique influence les idées suicidaires et améliore les relations sociales quand celui-ci est positif (Kim & al., 2014).

Park & al. (2013), démontrent aussi par leurs recherches que d'être une femme augmenterait les idées suicidaires ainsi que le niveau de dépression. Toutefois, leur échantillon comprenait 77.7% de femme, ce qui pourrait biaiser leurs résultats. L'état civil, une basse consommation de poisson et le fait de vivre dans une région rurale peuvent prédire un haut niveau de dépression. De plus, Cheung & al. (2017),

disent que le fait d'être célibataire est fréquemment associé à la répétition d'automutilation. Par rapport à la consommation de poisson, Park & al. (2013), ne précisent pas le genre de poisson identifié pour leur étude. Ces derniers disent que le poisson est riche en acide gras, oméga-3, ce qui est nécessaire pour un fonctionnement neuronal optimal. Une carence d'oméga-3 peut induire à des troubles psychiatriques. Le Point (2010), réalise un classement des pays consommant le plus de poisson, par ans. L'Asie est la plus grande consommatrice devant l'Europe. La Chine consomme 693 millions de tonnes par année alors que la France mange 124 millions de tonnes par année. Pour la population asiatique, le poisson est l'alimentation principale. Mais actuellement, cette consommation diminue, car l'alimentation des asiatiques s'occidentalise (Gouvernement du Canada, 2017). De ce fait, pour la population suisse, la consommation de poisson n'est peut-être pas une prédiction en lien avec la dépression.

### **Changement**

Kim & al. (2014), constatent que l'admission dans un EMS peut s'avérer difficile. Même si elle est inévitable, le patient dit se préparer à la fin de sa triste vie. En voyant sa vie s'effondrer par le fait de ne plus être dans sa maison, des idées suicidaires apparaissent chez la personne âgée. Comme le relève Donnio (2005), l'entrée en institution correspond à un tournant dans la vie du nouveau résident. Elle est vécue souvent comme un bouleversement et même parfois comme un traumatisme. Afin de mieux comprendre le deuil que peut vivre la personne, il faut que l'individu, la famille et le personnel soignant identifient dans quel contexte a lieu cette perte. Comme évoqué précédemment, un deuil peut être brutal si l'entrée dans un EMS n'a pas été préparée. Les admissions se font actuellement de plus en plus tardivement, ce qui explique cette contrainte subie par les personnes âgées. Ce

choix imposé est dû à la présence de grandes dépendances ou de troubles déjà existants lors de leur entrée. Billé (2005), constate une dégradation de l'estime et de l'image de soi induite par le non-choix de ce nouveau lieu de vie. Il observe aussi que pour chacun de nous, une admission en EMS évoque un point de non-retour. Effectivement, la personne âgée n'en sortira pas ou rarement. Lors de ce moment tant repoussé, la personne doit être consciente qu'elle va devoir renoncer à ses habitudes de vie, à sa vie sociale et à son chez soi.

Dans le but de réaliser une transition saine, d'après Meleis, la communication joue un rôle très important entre la personne âgée, la famille et l'équipe soignante. En outre, cette communication va aider à favoriser le processus de deuil, car elle encouragera l'expression des émotions et des sentiments. En effet, suite à une entrée en EMS, le résident et sa famille peuvent avoir un sentiment d'échec et de désarroi. Le fait de parler avec tous les membres de la famille rendra possible l'identification des demandes de chacun. De plus, ceci permettra d'une part un meilleur accompagnement de cette famille ainsi que de la personne âgée et d'autre part de déterminer dans quelle étape du deuil ces personnes se trouvent, afin d'instaurer adéquatement des interventions infirmières (Donnio 2004).

D'après l'article de Kim & al. (2014), les personnes âgées trouvent difficile d'avoir leur vie soutenue par les soignants, comme Billé (2005), qui relève dans son article que l'entrée en établissement peut être due à un besoin d'aide constante. Mais malheureusement, du fait d'être dans une collectivité, les soignants ne peuvent pas entièrement fournir cette aide demandée.

## **Recommandation pour la pratique**

Dans chaque prise en charge, il nous semble important de créer un climat de confiance entre les différents partenaires, quel que soit le type de service collaborant avec notre population.

Pour développer un climat de confiance, il est essentiel pour l'infirmier/infirmière de se renseigner préalablement sur son client, en utilisant les données disponibles sur les documents de transfert, les prescriptions médicales, les transmissions intradisciplinaires, le dossier du patient informatisé (DPI). Dans un deuxième temps, ces données doivent être confirmées et complétées avec l'aide du patient et de sa famille (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), 2014).

### **Gestion de la dépression**

Selon Trangle et al. (2016, cités dans l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), 2016), il est vrai que la dépression est un trouble courant chez les personnes âgées, mais ce n'est pas pour cela qu'il faut la considérer comme un élément normal du vieillissement. Par ailleurs, la dépression impacte la qualité de vie et les relations familiales (Krishna et al., 2010). Comme démontré par les résultats de cette revue de littérature étoffée, cette dernière peut causer la mort. À cause de sa banalisation, les soignants ont de la difficulté à la reconnaître. C'est pour cela, qu'il est important que chacun possède des connaissances, des compétences, des capacités et des attitudes essentielles pour détecter la dépression chez les personnes âgées et leur offrir des soins de qualités (RNAO, 2016). Comme le révèlent les résultats, il est primordial de travailler dans un premier temps sur la dépression afin de prévenir les idées suicidaires.

Plusieurs interventions infirmières sont proposées, à l'aide de Guidelines, afin d'agir sur la dépression. Dans un premier temps, il est adéquat d'évaluer la dépression en effectuant des observations continues à l'aide d'échelles (Appendice H), lorsque des facteurs de risques et/ou des signes et des symptômes sont présents (Appendice I). Le diagnostic de ce trouble chez la personne âgée peut être difficile pour les professionnels, car il peut être provoqué par d'autres facteurs tels que les médicaments, les comorbidités, troubles de sommeil et d'appétit, la fatigue, la constipation et les douleurs chroniques (O'Connor, Whitlock, Gaynes, & Beil, 2009). Les fournisseurs de soins doivent utiliser des échelles adaptées au contexte et aux capacités de la personne, afin d'évaluer ou de dépister au mieux la dépression des patients, avec un intervalle régulier ou lors de changements importants de l'état de santé.

Suite à l'évaluation d'un état dépressif, il est recommandé de demander l'avis d'un professionnel de santé qualifié afin de poser le diagnostic de la dépression. Si celui-ci est confirmé, il sera important de mettre en place des interventions face au risque suicidaire et veiller à la sécurité immédiate. Grâce aux informations récoltées, un plan de soin doit être établi et les interventions en découleront. Il existe des interventions pharmacologiques ou non pour la dépression (Appendice J). À notre avis, il est plus bénéfique d'utiliser les traitements non pharmacologiques dans un premier temps. Sachant que les personnes âgées ont déjà de multiples traitements, le rajout d'un antidépresseur pourrait augmenter le risque d'interaction médicamenteuse. Plusieurs moyens non-pharmacologiques sont proposés. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pouvant être faite individuellement ou en groupe, améliore l'humeur et est recommandée pour les dépressions légères à modérées (Appendice K). Une activité physique personnalisée peut être proposée, en tenant compte des capacités de la personne. Elle est recommandée pour les

dépressions légères à modérées, en réduisant les symptômes et en améliorant la qualité de vie et l'estime de soi. La musicothérapie, l'activation comportementale, la pleine conscience et la réminiscence sont des thérapies traitant la dépression. Toutes ces thérapies demandent aux institutions d'avoir recours à du personnel spécialisé. Il est important que l'infirmier/infirmière promeut, soutienne ces thérapies et augmente leurs bienfaits.

Finalement, un enseignement au patient, à sa famille et aux aidants naturels est proposé, afin de connaître, identifier et agir adéquatement face à la dépression (Appendice L). Pour cela, il faut aborder cette maladie par ses causes, ses symptômes, son évolution, ainsi que par le but de ses traitements. Le patient doit être capable de reconnaître les signes pouvant l'amener à une rechute et créer en collaboration avec l'infirmier/infirmière, un plan pouvant prévenir celle-ci. Dans ce plan, des moyens de demande d'aide sont mis à disposition, comme le psychologue ou des chaînes téléphoniques. Tout ce processus devrait être fait avec la participation d'un praticien spécialisé (RNAO, 2016).

### **Gestion des situations de risque suicidaire**

Nous pensons que chaque professionnel doit être capable de distinguer l'expression de la mort par le patient et la formulation d'idées suicidaires, afin de pouvoir répondre adéquatement à ces situations. Chaque collaborateur doit prendre connaissance, auparavant, du protocole en vigueur dans l'institution face à ce risque. Si le patient formule des idées suicidaires, l'infirmier/infirmière est tenue de réaliser une évaluation du risque suicidaire (RUD) (Appendice M). Cette échelle lui permettra d'identifier les risques, l'urgence et le danger d'un passage à l'acte. Lors de la détection d'un risque, l'infirmier/infirmière privilégie ses interventions en stoppant ou en n'accomplissant pas le plan de soins initial. Toutefois, il/elle reste à

la disposition du patient pour l'écouter et mettre en place des actions en lien avec ce changement de situation (Anesm, 2014). Selon New Zealand Guidelines Group (NZGG), (2003, cité dans Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2009) l'infirmier/infirmière devra évaluer le risque suicidaire, documenter l'évaluation qui est faite au fil du temps, discuter avec les autres membres de l'équipe de l'évaluation et créer un plan de soin sécurisant y correspondant. Le statut du client devra être considéré comme une urgence potentielle jusqu'à qu'elle soit évaluée autrement.

### **Soutien des proches aidants face à l'acte suicidaire**

Pour chaque intervention, l'infirmier/infirmière ne doit pas seulement prendre en charge son patient. Il/Elle doit également prendre en charge ses proches. Lorsqu'un patient réalise une tentative de suicide, il faut montrer et informer la famille proche que l'infirmier/infirmière est à sa disposition si elle souhaite la rencontrer. Mais le personnel soignant peut également orienter les proches aidants vers leur médecin afin qu'ils puissent ensemble mettre en place une prise en charge adaptée (Anesm, 2014).

### **Soutien des professionnels face à l'acte suicidaire**

Malheureusement, cet acte ne touche pas seulement le patient et sa famille, mais aussi les différents professionnels. Il est essentiel que l'institution organise un colloque ou une rencontre rapide pour ses collaborateurs afin de leur permettre un échange sur le traumatisme potentiel. L'équipe doit être vigilante face aux collègues qui peuvent manifester ou demander un besoin de soutien ou un accompagnement psychologique suite à un tel événement. Dans un deuxième temps, l'institution doit

organiser une réunion d'équipe et peut faire éventuellement appel à un psychologue extérieur à l'institution (Anesm, 2014).

### **Recommandation pour la formation**

Pour la formation, il est recommandé d'apprendre à utiliser précisément et adéquatement les différents outils permettant de dépister ou évaluer la dépression, surtout chez la personne âgée. Il faut également que les différentes infrastructures de soins proposent et/ou permettent à leurs professionnels de santé d'avoir accès à des formations continues sur ce trouble dépressif. Durant ces différents enseignements, il est nécessaire de relever l'importance de repérer le risque suicidaire chez cette population. Ceci permettra de sensibiliser et de rendre moins tabou ce phénomène auprès des soignants. Pour que ces différentes formations puissent intéresser tout le monde, il est important qu'elles soient interactives. Ce qui permettrait de créer un moment de partage entre les différents professionnels prenant soins de cette population, serait de mettre en avant des cours interprofessionnels. L'enseignement par des cliniciens/cliniciennes est recommandé afin d'être au plus proche de ce que vivent les professionnels (RNAO, 2016).

### **Recommandation pour la recherche**

Pour de futures recherches, l'échantillonnage devra être plus grand et toucher tous les milieux de soins. Grâce à cela, la population sera prise dans son ensemble et comprendra tous les professionnels de santé, la famille et les proches aidants. Pour offrir un programme de prévention du suicide chez la personne âgée, il serait judicieux d'identifier des interventions infirmières. Cela permettrait d'avoir un impact direct et efficace dans la gestion du suicide dans cette population. D'autre part, la



plupart des recherches utilisées pour cette revue étudiaient la population asiatique. C'est pour cette raison qu'il serait aussi important de réaliser des études en Europe, pour évaluer si la différence culturelle modifierait les résultats.

### **Forces et limites**

Les articles utilisés permettent d'identifier les facteurs de risques les plus importants, ce qui conduit à un large panel d'interventions infirmières. Toutefois, aucun article n'offre d'intervention concrète, ce qui amène à des propositions d'interventions EBN moins spécifiques et plus difficiles à mettre en place. Comme cette revue comprend six articles venant de différents chercheurs, les résultats sont confirmés et sont significatifs. Dans cette revue, l'échantillonnage touche la personne âgée, sa famille et ses soignants, ce qui permet d'avoir une vision globale de la situation et prend en compte les besoins de chacun. Cependant, lors de la recherche d'articles, il est possible d'être passé à côté de certains articles intéressants en sélectionnant le critère d'inclusion « Full Text » sur la banque de données CINAHL, ainsi qu'en sélectionnant les articles par titre et par résumé. Finalement, les six articles sélectionnés ne prennent qu'un petit échantillon de la littérature.

### **Aspect culturel de l'Asie**

Comme cité plus haut, plusieurs articles comprenant une population asiatique ont été retenus pour la réalisation de cette revue de littérature étoffée. Pour mieux comprendre l'impact des résultats par rapport à cette culture, il semble important de s'y arrêter et de l'approfondir.

Le contexte social n'est pas le même pour l'Asie que pour l'Europe. En Asie, les maisons sont l'harmonie de base pour les prises de décision et l'attribution des ressources. Pour la population asiatique, l'individu passe après les intérêts de sa famille. Au sein des foyers, il existe un niveau de hiérarchisation qui définit l'accès aux ressources selon le genre, l'âge, mais aussi suivant les relations de parenté. Ce niveau organise le parcours de vie des membres de la famille, ainsi que leur organisation. Il y a une grande influence du ménage sur le parcours de vie de chaque membre de la famille. Au contraire, en Europe, la vie familiale est modelée par le mariage et l'organisation de la vie, au niveau individuel ou conjugal. Les asiatiques eux, doivent souvent accorder leur comportement avec le fonctionnement du groupe, dans lequel différents intérêts coexistent. Ceci démontre que les européens sont plus libres de leur choix comme de se marier, migrer et travailler alors que les individus de l'Asie doivent souvent négocier et planifier leur décision en fonction de leurs parents, frères, sœurs et parenté. Etant donné que la plupart de nos articles ont été réalisés en Asie, il faut tenir compte de ces différences sociétales (Gouvernement du Canada, 2017).

## **Conclusion**

La question de recherche de ce travail est « Quelles interventions infirmières peuvent être mises en place pour soutenir les personnes âgées présentant un risque suicidaire et permettant de prévenir le passage à l'acte ». Celle-ci a permis d'identifier les facteurs conduisant à un acte suicidaire et de connaître les besoins de la personne âgée afin de prévenir ce geste.

Le phénomène du suicide est présent en Suisse et dans toutes les tranches d'âges, mais reste encore tabou et est peu étudié chez la population âgée. De ce fait, il semble important de mettre en place des programmes de prévention. De plus, ceux-ci peuvent aussi avoir un impact positif sur les jeunes générations. Avec l'aide de six articles scientifiques, touchant la personne âgée, sa famille et les soignants, des éléments significatifs sont ressortis. La reconnaissance par autrui doit être identifiée par la personne et son entourage, afin de conduire à une transition saine et de permettre un meilleur processus de deuil. La dépression est identifiée comme le principal facteur favorisant les idées suicidaires. Le faible soutien social augmente la gravité des symptômes dépressifs, ainsi que la vulnérabilité génétique, la gestion du stress et l'environnement. En tant que professionnel de la santé, il est judicieux de reconnaître les signes et symptômes de la dépression, le plus tôt possible, afin de diminuer les idéations suicidaires, en instaurant des interventions adéquates. Les proches sont la population recevant principalement les avertissements d'idées suicidaire. La gestion de cet appel à l'aide est compliquée, car ils ne savent pas comment réagir et elle provoque des réactions négatives. L'infirmier/infirmière doit les intégrer dans sa prise en charge. Une attention particulière doit aussi être faite lors d'une entrée en EMS, car une transition et une succession de deuil sont présents et peuvent être vécus comme un bouleversement. Finalement, ce travail permet de mettre en avant les problèmes liés au suicide chez la personne âgée et provoque une prise de conscience de la part des lecteurs.

## Références

- Bacqué, M. F., & Hanus, M. (2009). *Le deuil*. Paris, France : puf.
- Billé, M. (2005). L'entrée en institution dernière mise en demeure?. *Gérontologie et société*, 28(112), 63-72. doi : 10.3917/g.s.112.0063
- Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL). (2012). Vieillesse. <http://www.cnrtl.fr/definition/Vieillesse>
- Charazac-Brunel, M. (2014). *Le suicide des personnes âgées : Clinique, prévention et prise en charge*. Toulouse, France : éres.
- Cheung, G., Foster, G., De Beer, W., Gee, S., Hawkes, T., Rimkeit, S., Tan, Y. M., Merry, S., & Sundram, F. (2017). Predictors for repeat self-harm and suicide among older people within 12 months of a self-harm presentation. *International Psychogeriatrics*, 29(8), 1237-1245. doi : 10.1017/S1041610217000308
- Confédération suisse. (2015). Communiqué de presse [Brochure]. Berne, Suisse : Office fédéral de la statistique (OFS)
- Confédération suisse. (2016). La prévention du suicide en Suisse : Contexte, mesures à prendre et plan d'action [Brochure]. Berne, Suisse : Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193-204. doi : 10.1016/S0006-3223(02)01347-1
- Covo, W. (2012). Le suicide chez les personnes âgées, une réalité implacable. <https://www.planetesante.ch/Magazine/Psycho-et-cerveau/Suicide/Le-suicide-chez-les-personnes-agees-une-realite-implacable>
- Donnio, I. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 28(112), 73-92. doi : 10.3917/g.s.112.0073
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon, France : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (2<sup>ème</sup> éd., pp. 250-251). Montréal, Canada: Chenelière Education.
- Gouvernement du Canada. (2017). *Analyse sectorielle-Produits de poisson au Japon*. Repéré à <http://www.agr.gc.ca/fra/industrie-marches-et-commerce/renseignements-sur-les-marches-internationaux-de-lagroalimentaire/asi/information-sur-les-marches/analyse-sectorielle-produits-de-poisson-au-japon/?id=1495026375539>
- Guerrin, B. (2012). Estime de soi. Dans M. Formarier & L. Jovic (Directeurs), *Les concepts en sciences infirmières* (2<sup>ème</sup> éd., pp. 185-186). Lyon, France : Mallet Conseil.

- Henri, G., & Roch, L. (2013). Le suicide. Dans P. Voyer (Directeur), Soins infirmiers aux aînées en perte d'autonomie (pp. 201-215). Saint-Laurent, Canada : Renouveau pédagogique INC.
- Kim, O. S., & Sok, S. R. (2017). Life experiences of elderly people with suicide ideation at the long-term care hospitals in South Korea. *International Journal of Nursing Practice*, 6(23), 1-7, doi: 10.1111/ijn.12597
- Kim, S., Ha, J. H., Yu, J., Park, D. H., & Ryu, S. H. (2014). Path analysis of suicide ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 509-515. doi: 10.1017/S1041610213002366
- Kjølseth, I., & Ekeberg, Ø. (2012). When elderly people give warning of suicide. *International Psychogeriatric*, 24(9), 1393-1401. doi : 10.1017/S1041610212000312
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., & Krishnamoorthy, A. (2010). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 331–340. doi: 10.1002/jpd.2546
- L'association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2016). *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Evaluation et soins*. Repéré à [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/3Ds\\_BPG\\_WEB\\_FINAL\\_FR\\_0.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/3Ds_BPG_WEB_FINAL_FR_0.pdf)
- Laporte, P., & Vonarx, N. (2016). Le «bien mourir» perçu dans une approche de l'auto-transcendance et de la transition: deux théories de soin utiles pour l'infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 125, 6-19. doi:10.3917/rsi.125.0006
- Lewino, F. (2012). *Le Français mange 6 kilos de poisson par jour...C'est bien trop !*. Repéré à [http://www.lepoint.fr/actu-science/le-francais-mange-6-kilos-de-poisson-par-jour-c-est-bien-trop-25-09-2010-1241173\\_59.php](http://www.lepoint.fr/actu-science/le-francais-mange-6-kilos-de-poisson-par-jour-c-est-bien-trop-25-09-2010-1241173_59.php)
- Malaquin-Pavan, E. (2012). Deuil. Dans M. Formarier & L. Jovic (Directeurs), *Les concepts en sciences infirmières* (2ème éd., pp. 153-154). Lyon, France : Mallet Conseil.
- Meleis, A., I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, Etats-Unis: Springer Publishing Company
- Miller, M. (1978). Geriatric suicide: the Arizona study. *The Gerontologist*, 18, 488-495. doi: 10.1093/geront/18.5 Part 1.488
- Mooser, F. (2016). Physiopathologie du processus de vieillissement [PDF]. [https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2016/modf/archi/8/Documents%20de%20cours/Anatomie-physio\(patho\)logie/Physiopathologie%20processus%20vieillissement/Physiopathologie\\_processus%20de%20vieillissement\\_SI.pdf#search=physiopathologie%20du%20vieillissement](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2016/modf/archi/8/Documents%20de%20cours/Anatomie-physio(patho)logie/Physiopathologie%20processus%20vieillissement/Physiopathologie_processus%20de%20vieillissement_SI.pdf#search=physiopathologie%20du%20vieillissement)

- O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Gaynes, B., & Beil, T. L. (2009). Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review. *Evidence Syntheses*, 75, 0-167.
- Oberle, L., Broers, B. (2017). *La dépression*. Repéré à [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\\_de\\_premier\\_recours/Strategie\\_s/strategie\\_depression.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategie_s/strategie_depression.pdf)
- Owens, C., Owen, G., Belam, J., Lloyd, K., Rapport, F., Donovan, J., & Lambert, H. (2011). Recognising and responding to suicidal crisis within family and social networks: qualitative study. *BMJ*, 343,1-9. doi: 10.1136/bmj.d5801
- Park, J. I., 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: 10.1002/gps.4012
- Pepin, J., kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). L'école des Besoins. Dans J. Pepin, S. Kérouac & F. Ducharme (Infirmiers), *La pensée infirmière* (3ème éd. pp. 51). Montréal, Canada : Chenelière Education.
- Poletti, R. (1978). *La théorie des soins infirmiers d' Afaf Meleis* (pp. 153-160). Paris, France : Le Centurion.
- Radio Télévision Suisse, RTSINFO. (2015). Le suicide des personnes âgées demeure un tabou en Suisse. <https://www.rts.ch/info/suisse/6894258-le-suicide-des-personnes-agees-demeure-un-tabou-en-suisse.html>
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner Jr, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262. doi: 10.1521/suli.2006.36.3.255
- Senn-Dubey, C. (2017). Cours EBN2 : Modèles de transferts des connaissances. [Présentation PowerPoint]. Repéré à <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2016/modf/11/layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc={99CB40FD-BEFD-4384-B5D3-797F86680E48}&file=EBN2.pptx&action=default&DefaultItemOpen=1>
- Waern, M., Beskow, J., Runeson, B. and Skoog, I. (1999). Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *The lancet*, 9182(354), 917-918. doi: 10.1016/S0140-6736(99)93099-4
- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2013). Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. *Clinical intervention in Aging*, 8, 1553-1559. Doi: 10.2147/CIA.S53355
- Zelenik, D., Peršuh, T., & Jordan, T. (2016). Practical approach to nutritional support in nursing home. *Clinical Nutrition ESPEN*, 14, 53–54. doi : 10.1016/j.clnesp.2016.04.022



## **Appendices A**

Déclaration d'authenticité

## **Déclaration d'authenticité**

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

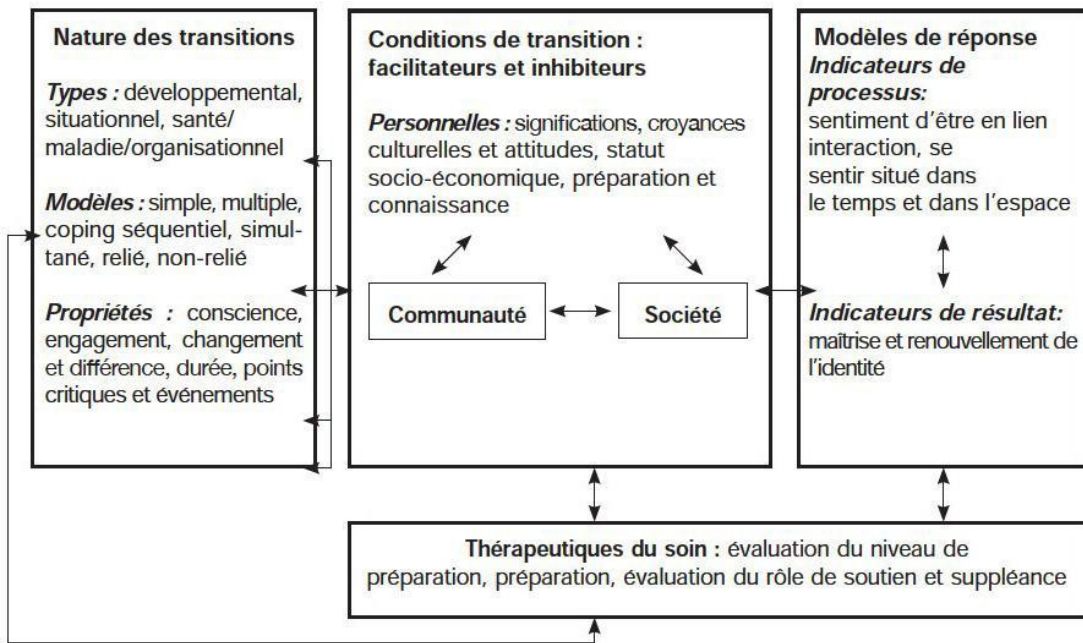
Fribourg, le 10 juillet 2018

Currat Sophie

Brodard Chrystèle

## **Appendice B**

Théorie de Meleis



(Laporte. P. & Vonarx. N., (2016), pp.16)

## **Appendice C**

Tableau des mots clés, termes MeSH et descripteurs CINAHL

**Mots clés, terme MeSH et descripteurs utilisés pour les bases de données**

<b>Mot clé</b>	<b>Anglais</b>	<b>Terme MeSH</b>	<b>Descripteur CINHAL</b>	<b>Définition</b>
<b>Personne âgées</b>	Aged	Oui	Oui	Une personne de 65 à 79 ans.
<b>Personne âgée</b>	Aged	Oui	Non	Une personne de 80 ans et plus.
<b>Suicide</b>	Suicide	Oui	Non	L'acte de se tuer
<b>Suicide</b>	Suicide	Non	Oui	L'acte intensionnel de de tuer
<b>Soins à domicile</b>	Home care service	Oui	Non	Les services de soins à domicile sont fournis par un infirmier ou une infirmière, des organismes de santé à domicile, des hôpitaux ou des groupes communautaires organisés qui utilisent du personnel professionnel pour la prestation de soin.
<b>Soins à domicile</b>	Home health care	Non	Oui	Fourniture de service à domicile par des professionnels. Les services comprennent la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie et d'autres professions.

## **Appendice D**

Systematique de recherche

Termes MeSH / mots-clés / Descripteurs	Base de données	Articles trouvés	Avec critères d'inclusion et d'exclusion	Articles retenus	Noms des articles retenus
((“Aged” [MeSH]) AND “Suicide” [MeSH]) AND “Home Care Services” [MeSH]	PubMed	47 articles	15 articles	2 articles	<p>Park, J. I., Han, M. I., Kim, M. S., Yoon, M. S., Ko, S. H., Cho, H. C., &amp; Chung, Y. C. (2013). Predictors of suicidal ideation in older individuals receiving home-care services. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 29(4), 367-376. doi: 10.1002/gps.4012</p> <p>Kjølsteth, I., &amp; Ekeberg, Ø. (2012). When elderly people give warning of suicide. <i>International Psychogeriatric</i>, 24(9), 1393-1401. doi : 10.1017/S1041610212000312</p>
“Aged” AND “Suicide” AND “Home Health Care”	CINHAL	11 articles	4 articles	0 article	-
((“Aged” [MeSH]) AND “Suicide” [MeSH])	PubMed	10'467 articles	3'943 articles	0 article	-
“Aged” AND “Suicide”	CINHAL	2'232 articles	297 articles	0 article	-
(elderly [Title]) AND suicide[Title]	PubMed	427 articles	168 articles	2	<p>Kim, O. S., &amp; Sok, S. R. (2017). Life experiences of elderly people with suicide ideation at the long-term care hospitals in South Korea. <i>International Journal of Nursing Practice</i>. 6(23), 1-7, doi: 10.1111/ijn.12597</p>



					Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2013). Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. <i>Clinical intervention in Aging, 8</i> , 1553-1559. Doi: 10.2147/CIA.S53355
(suicide [Title]) AND (old people[Title])	PubMed	31 articles	13 articles	1	<p>Cheung, G., Foster, G., De Beer, W., Gee, S., Hawkes, T., Rimkeit, S., Tan, Y. M., Merry, S., &amp; Sundram, F. (2017). Predictors for repeat self-harm and suicide among older people within 12 months of a self-harm presentation. <i>International Psychogeriatrics, 29</i>(8), 1237-1245. doi : 10.1017/S1041610217000308</p> <p>Kim, S., Ha, J. H., Yu, J., Park, D. H., &amp; Ryu, S. H. (2014). Path analysis of suicide ideation in older people. <i>International Psychogeriatrics, 26</i>(3), 509-515. doi: 10.1017/S1041610213002366</p>

## **Appendice E**

Grilles critiques et grilles résumés

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	<b>Cheung, G., Foster, G., De Beer, W., Gee, S., Hawkes, T., Rimkeit, S., Tan, Y. M., Merry, S., &amp; Sundram, F. (2017). Predictors for repeat self-harm and suicide among older people within 12 months of a self-harm presentation. <i>International Psychogeriatrics</i>, 29(8), 1237-1245. doi : 10.1017/S1041610217000308</b>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Les antécédents d'automutilation sont un facteur de risque important de suicide chez les personnes âgées et le suicide est un problème de santé publique important dans de nombreuses régions du monde développées. Aux États-Unis, une personne âgée est traitée dans un service des urgences pour blessures auto-infligées toutes les 23 minutes.
Recension des écrits	<p>La mortalité, toutes causes confondues, chez les personnes âgées (75 ans et plus) était de 15,8%, alors que pour la population générale la mortalité attendue sur un an est de 6,3%.</p> <p>Environ deux tiers de la population âgée reçoit un diagnostic de dépression. Les autres facteurs de risque liés à l'automutilation chez les personnes âgées comprennent le sexe masculin, les conditions de vie solitaires et l'isolement social, le dysfonctionnement exécutif, les facteurs de risques cérébraux-vasculaires, la douleur, les limitations fonctionnelles et la maladie physique.</p> <p>Une étude britannique a suggéré qu'il existe trois voies principales qui conduisent à une tentative de suicide chez la personne âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérimenter la vie comme une lutte en vieillissant</li> <li>- Perdre le contrôle de la vie</li> <li>- Se sentir invisible ou déconnecté des autres</li> </ul> <p>Les thèmes principaux qui sont sortis sur le processus qui a précédé les tentatives de suicide chez des personnes âgées en Belgique : La vie et le soi perturbé par la perte, solitude, perte de contrôle, le refus de vivre la vie actuelle. Les thèmes ressortis de causes auto-déclarées de suicide chez les personnes Suédoises âgées : Echapper, problèmes somatiques et douleurs, fonctionnement et autonomie, le fardeau pour les autres, problèmes sociaux (appartenance contrariée ou conflit familial), problèmes psychologiques et le manque de sens dans la vie.</p> <p>9 à 18% des personnes âgées qui ont fait une tentative de suicide feraient d'autres tentatives dans les 12 mois. Les facteurs de risque d'automutilation chez les personnes âgées sont : Automutilation antérieure, traitement psychiatrique antérieur, femmes avec troubles de la mémoire et groupe d'âge plus jeune (60-74 ans).</p>
Cadre théorique ou	Pas cité.

conceptuel	
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Les objectifs de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractériser les personnes âgées qui se présentent avec des automutilations aux urgences</li> <li>- Déterminer les prédicteurs d'automutilation et de suicide répétés</li> </ul> <p>Une meilleure compréhension de ce phénomène peut aider le développement de services cliniques et de stratégies pour la prévention du suicide pour les personnes âgées à risque. De plus, l'identification des facteurs associés aux automutilations répétées peuvent améliorer la prise en charge clinique de ce groupe d'individus.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Une étude rétrospective des personnes âgées de 65 ans et plus qui se sont présentées aux urgences dans sept hôpitaux universitaires suite à un épisode d'automutilation.
Population, échantillon et contexte	<p>339 personnes âgées avec une tranche d'âge de 65 à 96 ans qui se sont présentées aux urgences dans sept hôpitaux universitaire suite à un épisode d'automutilation.</p> <p>L'automutilation a été définie comme un acte d'auto-empoisonnement ou de blessure intentionnelle, quel que soit le but apparent de l'acte.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Le premier auteur a travaillé en étroite collaboration avec les cliniciens des sept hôpitaux pour déterminer le système qui permettrait de saisir l'ensemble le plus complet de présentations d'automutilation dans chacun des hôpitaux. Deux principales méthodes existantes ont été utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La base de données de références du service de consultation et de liaison en psychiatrie pour les personnes âgées référées par le service d'urgence (ED) pour une évaluation psychiatrique suite à un épisode d'automutilation</li> <li>- Codes X60-X84 de la CIM-10 « automutilation intentionnelle »</li> </ul> <p>Un hôpital a utilisé les codes CIM Y10-Y34 «Événement d'intention indéterminée» et «problèmes d'auto-agression», «empoisonnement» et «surdose», et «possible soi». Les codes de la CIM-10 n'étaient pas couramment utilisés à l'hôpital dans un des hôpitaux.</p> <p>En plus des codes de la CIM 10, les plaintes de suicide et de surdose aux urgences ont été utilisées pour identifier l'automutilation : abus de drogue/substance, effort volontaire délibéré (plaie), auto-intoxication délibérée (non spécifié), empoisonnement auto-délibéré (non spécifié), participation soupçonnée à l'alcool et aux drogues à des fins récréatives, autres toxicologie, pas d'abus de drogues/surdosage acide.</p> <p>Ils ont exclu les cas d'intoxication accidentelle/d'overdose accidentelle et les épisodes d'automutilation qui ont entraîné la mort dans la période de l'étude.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Quatre catégories de données ont été recueillies dans les dossiers hospitaliers médicaux et psychiatriques des sujets identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facteurs sociodémographiques : âge, sexe, appartenance ethnique, état matrimonial et vie seule</li> <li>- Renseignement sur l'automutilation : lieu de l'automutilation, date de l'automutilation, méthodes utilisées et</li> </ul>

	<p>facteurs de stress aigus tel que décès du parent au premier degré, incapacité perçue et/ou maladie physique, maladie en phase terminale dans un parent au premier degré ou soignant, discorde familiale, relation modifiée/décès d'un ami, séparation de couple, problèmes financiers, changement d'emploi et difficultés juridiques.</p> <p>Ces renseignements ont été classés en utilisant trois des catégories de comportement : tentative de suicide avec intention de suicide, comportement d'automutilation sans intention de suicide, comportement d'automutilation lorsque l'intention de suicide était inconnue, c'est-à-dire lorsque l'intention de suicide ne pouvait être déterminé à partir des dossiers médicaux/psychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation et diagnostic : diagnostic psychiatrique comme dépression, trouble bipolaire et schizophrénie, maladies physiques coexistantes comme malignité, phases terminales et démence. Prescription d'antidépresseurs au moment de l'automutilation, taux d'alcoolémie, service de santé au moment de l'automutilation, antécédents d'automutilation, admission à l'hôpital non psychiatrique au cours des douze derniers mois et suivi par le service de santé mentale après automutilation.</li> </ul> <p>Données longitudinales douze mois après un épisode d'auto-index : répéter l'automutilation et le suicide comme un résultat binaire oui Vs non.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'approbation éthique a été obtenue auprès du comité d'éthique de la santé et du handicap du ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données</p>	<p>Au total 357 personnes âgées se sont présentées à ED pour automutilation au cours de la période de trois ans. Dans 18 cas (5%), ils n'ont pas pu déterminer si la personne s'était encore automutilée dans les douze mois suivant la présentation de l'indice et ont été exclues de l'analyse.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>La méthode d'automutilation la plus courante était le surdosage avec 68,7%  La plupart des cas d'automutilation avec 76,4% étaient classés comme des tentatives de suicide, tandis que 13% n'avaient aucune intention de suicide et 10,6% pour lesquels l'intention de suicide était inconnue.  La maladie physique perçue est de 47,8% et la discorde familiale est de 34,5%. Ce sont les facteurs de stress les plus courants qui ont provoqué l'automutilation.  Au total, 43 personnes (12,7%) répètent l'acte avec une autre automutilation dans les 12 mois et 7 autres (2,2%) se suicident dans les 12 mois. Les personnes âgées qui se sont automutilées ou qui se sont suicidées dans les 12 mois étaient significativement plus jeunes que les autres. L'âge moyen était de 72,7 ans contre 75,4 ans (<math>p = 0,019</math>)</p> <p>Les variables les plus fréquemment associées à la répétition de l'automutilation/suicide (<math>p &lt; 0,05</math>) sont : être célibataire, déjà avec des services de santé mentale au moment de l'automutilation, antécédents d'automutilation, positif à l'alcool à la première automutilation enregistrée dans le système et la prescription d'antidépresseurs à la première automutilation enregistrée. (au moment du recueil de donnée à l'hôpital ).  Après avoir utilisé un modèle de régression logistique contrôlé pour l'âge, le sexe et l'état matrimonial, le modèle de régression était significatif (<math>\chi^2 = 29,81</math>, <math>p = 0,001</math>, <math>df = 10</math>) et expliquait à 19% de la variance. Ce qui en est ressorti, c'est que deux variables, déjà associées à des services de santé mentale (un odds ratio de 2,73) et à un taux</p>

	d'alcoolémie positif (un odds ratio de 3,87) au moment de l'automutilation, sont demeurées significatives dans ce modèle.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>Ils ont constaté que 76,4% des personnes âgées qui se présentaient aux urgences avec une automutilation avaient tenté de se suicider. Au cours des 12 mois qui ont suivi la présentation de l'indice, 12,7% d'entre eux ont subi des lésions auto-infligées et 2,1% sont mortes par suicide. Cela équivaut à un risque de suicide de 2 100 par 100 000 personnes.</p> <p>Leurs résultats sont en accord avec la littérature internationale selon laquelle l'automutilation chez les personnes âgées est important et devrait être prise au sérieux en tant que suicide infructueux.</p> <p>Le taux de récurrence d'automutilation de 12 mois constaté dans leur étude se situe entre les 9% et 18% signalés dans une revue de littérature antérieure.</p> <p>Les personnes âgées qui se sont automutilées ou suicidées étaient plus susceptibles d'avoir eu recours aux services de santé mentale est conforme à d'autres études internationales qui ont montré que les personnes âgées ayant tenté de se suicider avaient des antécédents psychiatriques et des contacts avec la santé mentale. Ces résultats sont probablement le résultat d'un biais de sélection selon lequel les personnes qui présentent un risque élevé de suicide sont plus susceptibles d'être référées et traitées par les services de santé mentale.</p> <p>Le taux de 14,2% de mesures d'alcoolémie positif dans leur échantillon correspondait aux résultats d'une revue de la littérature sur la tentative de suicide chez les personnes âgées dans laquelle la prévalence de l'alcool avant une tentative de suicide variait de 13% à 23%. L'importance de l'usage de substances a été soulignée dans une récente étude nationale américaine où près de la moitié des visites liées au suicide chez les personnes âgées concernaient l'alcool, les drogues ou les deux; les auteurs ont recommandé que des efforts supplémentaires de prévention du suicide comprennent une meilleure compréhension de l'abus de substances chez les personnes âgées. Les problèmes d'alcool sont des facteurs de risque significatifs trouvés dans cette étude.</p> <p>Dans cette étude, l'overdose était la méthode d'automutilation la plus courante. Cela concorde avec les études antérieures.</p> <p>L'association entre les facteurs physiques et le comportement suicidaire chez les personnes âgées a été confirmée dans une revue systématique, qui a trouvé un lien cohérent entre l'incapacité fonctionnelle et le comportement suicidaire.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains cas positifs ont peut-être été manqués, car ils n'ont pas pu déterminer si les personnes âgées de leur échantillon avaient un trouble concomitant de toxicomanie parce que l'évaluation des troubles liés à l'utilisation de substances n'était pas systématiquement effectuée et/ou documentée par les cliniciens</li> <li>- Ils ont examiné des présentations sur l'automutilation à sept services d'urgence qui couvrent une zone desservie par la moitié de la population âgée en Nouvelle-Zélande. En raison de cette méthode d'échantillonnage, les</li> </ul>

	<p>personnes âgées qui ont tenté de se faire du mal mais qui ne se sont pas présentées à l'urgence n'ont pas été incluses dans l'étude</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chaque hôpital a codé l'automutilation différemment, et ont dû aborder cette question en élargissant les codes de la CIM pour tenir compte de l'ampleur du codage afin de saisir le nombre maximal de cas, qui ont ensuite été examinés soigneusement pour assurer la compatibilité avec leurs critères d'inclusion.</li> <li>- En raison de la nature rétrospective de cette étude, les données cliniques dans les dossiers hospitaliers ont leurs limites. Par exemple, les diagnostics cliniques étaient fondés sur le jugement clinique, plutôt que sur un processus de diagnostic standardisé ou un entretien clinique structuré. Outre les diagnostics de dépression, de trouble bipolaire et de schizophrénie, nous n'avons pas enregistré d'autres troubles psychiatriques, comme les troubles anxieux et les troubles liés à l'utilisation de substances, parce qu'ils n'étaient pas systématiquement évalués par les cliniciens.</li> <li>- Le résultat de l'automutilation répétée dans les 12 mois a été déterminé à partir des dossiers hospitaliers et les personnes qui ont tenté de se faire du mal mais sans se présenter aux services hospitaliers ou traitées dans un autre hôpital n'auraient pas été capturées. Par conséquent, il se peut que nous ayons sous-estimé le taux de répétition de l'automutilation sur 12 mois dans la présente étude.</li> </ul>
Conséquences et recommandations	<p>Cheung et Sundram (2016) ont récemment développé un modèle conceptuel illustrant la progression de la maladie physique vers un comportement suicidaire chez les personnes âgées. Ce modèle fournit un cadre permettant aux cliniciens de comprendre les facteurs de risque et de protection et met en évidence un certain nombre de points d'intervention où les cliniciens peuvent aborder la prévention du suicide en réduisant leurs risques tout en améliorant leurs facteurs de protection (notamment les ressources communautaires et familiales) et la qualité du soutien de la famille et des amis, ressources communautaires, affiliations religieuses et influences culturelles).</p> <p>Les auteurs pensent que le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande pourrait régler ce problème de codage afin qu'il y ait une uniformité à l'échelle du pays et aussi des rapports de données plus uniformes et un suivi de l'auto-évaluation au niveau national. Cela aiderait également d'autres pays dans une position similaire où le codage affecte la précision du diagnostic.</p> <p>Comme la majorité de leur échantillon avait un suivi en santé mentale après un événement d'automutilation, il est bon que les cliniciens en santé mentale revoient régulièrement l'évaluation et la gestion du risque lorsqu'ils travaillent avec des personnes âgées qui ont une histoire d'automutilation.</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	<b>Cheung, G., Foster, G., De Beer, W., Gee, S., Hawkes, T., Rimkeit, S., Tan, Y. M., Merry, S., &amp; Sundram, F. (2017). Predictors for repeat self-harm and suicide among older people within 12 months of a self-harm presentation. <i>International Psychogeriatrics</i>, 29(8), 1237-1245. doi : 10.1017/S1041610217000308</b>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	<b>X</b>			Il est dit qu'il parle des prédicteurs de l'automutilation et du suicide chez la personne âgée.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<b>X</b>			<p>Le contexte : Les antécédents d'automutilation sont un facteur de risque du suicide important chez les personnes âgées. L'objectif est de caractériser les personnes âgées qui se présentent avec des automutilations et de déterminer les prédicteurs d'automutilation et de suicide.</p> <p>La méthode : La collecte de données s'est déroulée dans des urgences en Nouvelle Zélande après une automutilation.</p> <p>Les résultats : L'échantillon comprenait 339 personnes âgées. Le surdosage était la méthode d'automutilation la plus courante qui a été classé comme tentative de suicide. La maladie perçue et la discorde familiale étaient des facteurs de stress les plus courants. Les personnes qui étaient le plus susceptible de répéter l'automutilation/suicide dans les 12 mois sont celles qui étaient positives à l'alcool, elles étaient déjà suivies par des services de santé mentale lors de la première automutilation enregistrée.</p> <p>La conclusion : Les personnes âgées qui s'automutilent ont un risque de répéter l'acte. Il faudrait effectuer systématiquement, un dépistage et évaluer les troubles liés à l'alcool après avoir effectué une automutilation.</p>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	<b>X</b>			Les antécédents d'automutilation sont un facteurs de risque important de suicide chez les personnes âgées et le suicide est un problème de santé publique important dans de nombreuses régions du monde développées. Aux Etats-Unis, une personne



				<p>âgée est traitée dans un service des urgences pour blessures auto-infigées toutes les 23 minutes.</p>
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?		X	<p>La mortalité, toutes causes confondues, chez les personnes âgées (75 ans et plus) était de 15,8%, alors que pour la population générale la mortalité attendue sur un an est de 6,3%.</p> <p>Environ deux tiers de la population âgée reçoit un diagnostic de dépression. Les autres facteurs de risque liés à l'automutilation chez les personnes âgées comprennent le sexe masculin, les conditions de vie solitaires et l'isolement sociale, le dysfonctionnement exécutif, les facteurs de risques cérébro-vasculaire, la douleur, les limitations fonctionnelles et la maladie physique.</p> <p>Une étude britannique a suggéré qu'il existe trois voies principales qui conduit à une tentative de suicide chez la personne âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérimenter la vie comme une lutte en vieillissant</li> <li>- Perdre le contrôle de la vie</li> <li>- Se sentir invisible ou déconnecté des autres</li> </ul> <p>Les thèmes principaux qui sont sortis sur le processus qui a précédé les tentatives de suicide chez des personnes âgées en Belgique : La vie et le soi perturbé par la perte, la solitude, la perte de contrôle, le refus de vivre la vie actuelle.</p> <p>Les thèmes ressortis de causes autodéclarées de suicide chez les personnes Suédoises âgées : Echapper, problèmes somatiques et douleurs, fonctionnement et autonomie, le fardeau pour les autres, problèmes sociaux (appartenance contrariée ou conflit familial), problème psychologiques et le manque de sens dans la vie.</p> <p>9 à 18% des personnes âgées qui ont fait une tentative de suicide feraient d'autres tentatives dans les 12 mois.</p> <p>Les facteurs de risque d'automutilation chez les personnes âgées sont : Automutilation antérieure, traitement psychiatrique antérieur, femmes avec troubles de la mémoire et groupe d'âge plus jeune (60-74 ans).</p>

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Pas cité
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les objectifs de l'étude sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractériser les personnes âgées qui se présentent avec des automutilations aux urgences</li> <li>- Déterminer les prédicteurs d'automutilation et de suicide répétés</li> </ul> Une meilleure compréhension de ce phénomène peut aider le développement de services cliniques et de stratégies pour la prévention du suicide pour les personnes âgées à risque. De plus, l'identification des facteurs associés aux automutilations répétées peut améliorer la prise en charge clinique de ce groupe d'individus.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Une étude rétrospective des personnes âgées de 65 ans et plus qui se sont présentées aux urgences dans sept hôpitaux universitaires suite à un épisode d'automutilation.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			339 personnes.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Des personnes âgées avec une tranche d'âge de 65 à 96 ans qui se sont présentées aux urgences dans sept hôpitaux universitaires suite à un épisode d'automutilation.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Pas précisé.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?			X	Deux principales méthodes existantes ont été utilisées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La base de données de références du service de consultation et de liaison en psychiatrie pour les personnes âgées référées par le service d'urgence (ED) pour une évaluation psychiatrique suite à un épisode d'automutilation.</li> <li>- Codes X60-X84 de la CIM-10 « automutilation intentionnelle ».</li> </ul>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			En lien avec l'automutilation et le suicide.

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Quatres catégories de donnée ont été recueillies dans les dossiers : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facteurs sociodémographique : âge, sexe, appartenance ethnique, état matrimonial et si vie seul.</li> <li>- Renseignement sur l'automutilation : lieu, date, méthode utilisée, facteurs de stress aigus, incapacité/maladie physique perçue. Relation modifié avec un proche, séparation du couple, problèmes financiers, changement d'emploi et difficultés juridiques.</li> <li>- Evaluation et diagnostic : trouble dépressif, bipolaire et schizophrénie, maladies physiques, phases terminales et démence. Prescription d'antidépresseurs au moment de l'automutilation, taux d'alcolémie, suivi par un service de santé mentale au moment de l'automutilation, antécédent d'automutilation, admission dans un hopital au cour des douze derniers mois.</li> </ul>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Une approbation éthique a été obtenur auprès du comité d'éthique de la santé et du handicap du ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande, mais ne donne pas de précision.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Le progiciel statistique pour les sciences sociales (SPSS) version 22 a été utilisé pour l'analyse des données. Des tests t indépendants (bilatéraux) ont été utilisés pour les variables continues et les tests $\chi^2$ (bilatéraux) pour les variables discrètes lors de la comparaison des différences entre les personnes qui se sont automutilées/se sont suicidées dans les 12 mois et celles qui ne l'ont pas fait.  Des tests de Fisher, une régression logistique binaire et les odds ratios ainsi que les intervalles de confiance ont été utilisés.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme graphique et narrative.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Pas précisé.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats sont en accord avec la littérature internationale qui dit que l'automutilation devrait être pris au sérieux. Le taux de

				suicide signalé se situe entre les 9% et 18%. Le taux de 14,2% de mesure d'alcoolémie positive dans l'échantillon d'une étude correspondait aux résultats trouvés dans cette étude. L'overdose était la méthode d'automutilation est la plus courante ce qui a aussi été confirmé.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Certains cas positifs ont peut-être manqués, seul sept services d'urgence couvrant une zone desservie par la moitié de la population âgée en Nouvelle-Zélande, Chaque hôpital a codé l'automutilation différemment, il n'y avait pas toutes les informations dans les dossiers clinique. Le résultat de l'automutilation répétée dans les 12 mois a été déterminé à partir des dossiers hospitaliers et les personnes qui ont tenté de se faire du mal mais sans se présenter aux services hospitaliers ou traitées dans un autre hôpital n'auraient pas été capturées. Par conséquent, il se peut que nous ayons sous-estimé le taux de répétition de l'automutilation sur 12 mois dans la présente étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	Pas précisé.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		Le ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande pour avoir une uniformité du codage à l'échelle du pays et aussi des rapports de données plus uniformes et un suivi de l'auto-évaluation au niveau national.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X	Pas précisé.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		L'article permet de comprendre les résultats et les présentent de façon clairs.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche qualitative**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	<b>Kim, O. S., &amp; Sok, S. R. (2017). Life experiences of elderly people with suicide ideation at the long-term care hospitals in South Korea. <i>International Journal of Nursing Practice</i>. 6(23), 1-7, doi: 10.1111/ijn.12597</b>
Introduction Problème de recherche	De nos jours, en Corée du Sud, les personnes âgées restent plus longtemps dans les hôpitaux de soins de longue durée, car ils ont besoins de plus d'aide. D'après des études précédentes, on observe que le stress quotidien augmente les idées suicidaires.
Recension des écrits	Selon les statistiques de l'assurance maladie nationale (2015), en 2000, il y avait que 19 hôpitaux de soins de longues durées, il y en a 1372 en 2015.  Des études précédentes ont montrées que le stress quotidien augmente les idées suicidaires chez les personnes âgées. Selon le département des statistiques (2012), les causes de décès en Corée du Sud et le taux de suicide parmi les personnes âgées était de 42.8 dans les années 1960, de 103.8 dans les années 1980 et supérieur à 28.1 pour 100000 personnes ces dernières années.
Cadre théorique ou conceptuel	Pas présent
Question de recherche/buts	Comprendre les expériences de vie des personnes âgées vivant à long terme dans les hopitaux de soins et pourquoi elles ont des idées suicidaires. La question de l'étude phénoménologique est : « Quelles sont les expériences des personnes âgées qui sont admises dans les hôpitaux de soins de longue durée ? ».
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Une méthodologie qualitative phénoménologique basée sur la méthode de Colaizzi. Ce devis permet identifier l'essence de la vie dans un hôpital de la perspective du sujet.
Population, échantillon et contexte	L'échantillon est de 9 personnes âgée de 65 ans et plus et ayants des tendances à des idées suicidaires. Ces personnes ont été admises dans l'un des 3 hôpitaux de soins de longue durée à D City, en Corée du Sud. Leur participation a été faite à l'aide d'un échantillonnage ciblé. Les critères d'inclusions sont :  1. 65 ans ou plus et qui a été hospitalisé pour au moins un mois (ce délais de temps permet à la personne de s'adapter à son nouvel environnement).

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. La personne ne devait pas avoir de démence ou de dépression sévères et le score de l'examen Mental-Korean Mini (K-MMSE) devait être de 24 ou plus.</li> <li>3. Il devait être capable de s'engager dans une conversation.</li> <li>4. La personne devait présenter des idées suicidaires et exprimait une envie de mourir aux professionnel soignants et aux travailleurs sociaux. Cette même personne a due se retrouver en possession d'une corde ou d'autres moyens liés au geste suicidaire. Elle devait avoir un épisode de refus de prise de ses traitements ou de s'alimenter.</li> <li>5. La personne devait être volontaire pour participer à cette étude et devait avoir l'autorisation de son tuteur ou elle devait signer un formulaire de consentement éclairé.</li> </ol> <p>Au final, il y avait 3 femmes et 6 hommes. Ils étaient 3 a avoir dans la fin de la soixantaine, 4 a avoir dans la septantaine et 2 a avoir la huitantaine. La durée d'hospitalisation de cet échantillon était de 1 à 4 ans. Au niveau de leur état de santé, ils étaient tous incapables d'effectuer des activités et des mouvements du quotidien. Au niveau de l'état civil, 2 étaient veufs, 6 avaient des conjoints et 1 était célibataire.</p>
Méthode de collecte des données	<p>La période de cette collecte de données était de juillet à décembre 2014. Elle a été effectuée à l'aide d'entrevues approfondies. Avant les entretiens, une réunion préliminaire a été tenue pour établir la confiance entre l'interviewer et l'interviewé.</p> <p>Dans les entretiens approfondis, les expériences quotidiennes des interviewés dans ce type d'hôpital, par rapport à la question principale de cette étude, sont sorties naturellement. Il y a même eu des informations par rapport à la réussite, à l'âge et aux expériences sociales ont été évoquées.</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'interview a été réalisée sous forme d'une conversation. Son contenu a été enregistré avec l'utilisation de deux enregistreurs vocaux après avoir obtenu leur consentement. Le chercheur a transcrit les enregistrements après l'interview. La durée de l'entrevue était entre 50 minutes et 100 minutes. Chaque participant avait au total entre 3 à 6 entrevues.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par l'Institutional Review Board (IRB) de K, hôpital universitaire, avant de recueillir des données. La confirmation de la participation volontaire des participants et de leur famille, le but et la procédure de l'étude, les termes de la confidentialité et leurs droits de se retirer ont été expliqués, ainsi que le consentement qui a été obtenu de chaque participant. Afin de dissimuler leur identité, les participants ont été identifiés par un symbole, après la retranscription des enregistrements. Après l'analyse des enregistrements, ceux-ci ont été jetés. Les participants ont reçu une incitation sous forme d'argent pour encourager leur participation.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristesse à la suite d'être loin de sa famille :</li> <li>- Sous catégories : la tristesse du fait de devenir un fardeau pour la famille et le désir d'être avec la famille</li> </ul> <p>Les participants étaient agonisants sur le fait d'avoir perdu leurs rôles dans leur famille, quand ils étaient alités. Ils ont exprimés leur désir de mourir pour cette raison. Pour ces gens, la famille étaient le seul sens de leur vie. Ils étaient tristes car leurs enfants ne leur rendaient pas visite. Les participants souhaitaient passer leur fin de vie avec</p>

	<p>leurs familles respectives.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vain (inefficace) soin et consolation pour moi :</li> <li>- Sous catégories : la vie soutenue par la main d'un autre et le compagnon le patient est difficile</li> </ul> <p>Les participants exprimaient avoir des vies soutenues par les soins fournis. Par les soins, les participants se sentaient profondément blessés par l'humiliation, la honte, la colère, la rage, l'ignorance des individus de leur situation et la discrimination. Avec ces sentiments négatifs, les patients ont ressentis l'envie de commettre un « suicide collectif ». Cependant, ils étaient reconnaissants de leurs soignants.</p> <p>Par le manque de sujets de conversation communs, il était difficile pour les participant d'établir des relations intimes. Ceci a rendu leur vie plus difficile.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite de la vie dans un hôpital :</li> <li>- Sous catégories : la vie dans les clôtures, la vie inconfortable avec d'autres personnes et coincé dans une vie qui n'a rien a voir avec.</li> </ul> <p>Les participants ont exprimé leur point de vue sur les soins de longue durée. Pour eux, l'hôpital est comme un lieu où la vie est difficile, comme vivre à l'étranger, avec un sentiment inhabituel de détachement, où l'on ne peut pas se sentir à l'aise.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vie plongeante :</li> <li>- Sous catégories : atteindre la fin de la vie et devenir un perdant dans la vie.</li> </ul> <p>Bien que l'hôpital de soins de longues durées est un hôpital. Les participants le définissent comme « l'endroit où ils gardent toutes les personnes âgées qui ne peuvent plus bouger », « un endroit qui n'est ni un hôpital, ni une maison », « la destination avant la mort » et « un endroit où seulement les perdants vivent ».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vers la fin de la vie :</li> <li>- Sous catégories : il vaut mieux mourir maintenant et la peur de la mort.</li> <li>- Triste soulagement de la mort :</li> <li>- Sous catégories : vivre dans un hôpital de soins de longue durée est une décision inévitable.</li> </ul> <p>Les participants estiment qu'ils sont coupés de tout après leur admission dans un hôpital de soins de longue durée. Mais que l'hôpital est le seul endroit où ils peuvent engager des conversations, avoir leurs tâches quotidiennes et de permettre à leur corps d'avoir une bonne prise en charge de leur gestion de la douleur, des traitements médicaux et du soutien. Ce qu'il les a soulagé est le fait que ce type d'hôpital accepte leur processus de mort.</p>
Présentation des résultats	<p>Les participants se sentaient beaucoup plus stressées et avaient des douleurs car ils étaient attristés par le fait qu'ils étaient loin de leur famille, ils comptaient sur les autres durant leur hospitalisation et avaient besoins d'avoir des liens avec d'autres personnes. Ils évoquent que ce processus, lors de leur admission à l'hôpital de longue durée, était aussi difficile que s'ils étaient sur une terre étrangère, et de voir leur vie s'effondrer en créant des idées de mettre fin à leur vie. Ils se préparaient à la fin de leur triste vie car ils pensent que de vivre dans un hôpital est inévitable.</p>

<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Cette étude a pu montrer que l'état de santé des personnes âgées a une énorme influence sur la qualité de leur vie et affecte fortement l'estime de soi de ces patients.</p> <p>Au niveau des aspects spatiaux, les participants se sont plaints qu'ils ont trouvé très difficile de faire face à la restriction de sortie et d'être alité.</p> <p>Le stress de vie est plus élevé chez les personnes âgées qui sont dans des hôpitaux de soins de longue durée se qui peut conduire à une grande chance de développer des idées suicidaires. Et que cette population cible a une incidence plus élevée par rapport aux tentatives de suicides répétées.</p> <p>On peut relever que les personnes âgées peuvent se sentir isolées ou perdre le sens de la vie quand ils ne sont pas en lien avec une vie existentielle avec leur famille ou la société.</p> <p>La mort est effrayante, mais ils s'attendaient à leur mort.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Les limites de cette étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que la santé individuelle, l'état psychologique, le soutien familial, social et personnel, le statut économique des participants n'ont pas été pris en compte, ce qui a rendu l'application des résultats difficile.</li> <li>- La gestion des hôpitaux n'a pas été considérée</li> <li>- Que les 3 hôpitaux de soins de longue durée sélectionnés, à City D, avaient moins de 200 lits.</li> </ul>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Cette étude a montré que le quotidien des personnes âgées vivant dans un hôpital de soins de longue durée sont remplis de douleurs : douleurs corporelle, douleurs d'être séparé de leur famille et des douleurs causées par la difficulté de vivre avec des étranger et d'être pris en charge par d'autres personnes.</p> <p>L'adaptation à une nouvelle vie est considérée comme causant une douleur plus sévère que l'inconfort physique ou psychologique.</p> <p>Ce genre de vie fait que les participants ont développé un sentiment de désespoir à travers les pertes perçues de leur humanité ainsi que leur impuissance, leur isolement, leur désespoir et leur sentiment d'avoir une vie sans signification.</p> <p>Dans une généralité, les personnes âgées vivants dans un tel établissement ont confirmé souffrir d'un stress excessif, de perte d'estime de soi, de peur de la mort, de pulsions suicidaires et d'idées suicidaires. Cela nécessite une consultation par des professionnels ou divers interventions infirmières en offrant un soutien moral.</p> <p>Il est important de développer un programme d'intervention infirmière pouvant fournir des services dans le domaine médical et dans le cadre de la vie. Ainsi que d'étudier la mort et le suicide dans les soins de longue durée sont nécessaires.</p>
<p>Commentaires</p>	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	<b>Kim, O. S., &amp; Sok, S. R. (2017). Life experiences of elderly people with suicide ideation at the long-term care hospitals in South Korea. <i>International Journal of Nursing Practice</i>. 6(23), 1-7, doi: 10.1111/ijn.12597</b>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	<b>X</b>			Le titre de cette étude est « l'expérience de vie de personnes âgées ayant des idées suicidaires dans les hôpitaux de soins de longue durée, en Corée du Sud. Il relève la population cible, le contexte, le pays dans lequel l'étude a eu lieu.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<b>X</b>			Dans le résumé, l'objectif de l'étude est clairement cité, la méthode avec l'échantillonnage, les résultats principaux, la conclusion et pour finir les mots clés.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?			<b>X</b>	Actuellement, la population âgée de Corée du Sud ne reste plus dans leur maison, mais rentre dans des hôpitaux de soins de longue durée. Et, à long terme, elle a besoin de plus d'aide, au fur et à mesure de leur vieillissement.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	<b>X</b>			Selon les statistiques de l'assurance maladie nationale de 2015, il y avait seulement 19 hôpitaux de soins de longue durée en Corée du Sud 2000, il y en avait 1372 en 2015, ce qui n'est pas très loin du nombre total de 1833 hôpitaux tertiaires, généraux et tous les autres types d'hôpitaux (National Health Insurance Service, 2016). En outre, alors que la période d'hospitalisation et le coût des soins de santé, dans les soins de longue durée, ont affiché une augmentation globale de 2,9 jours (8,7%), des soins de longue durée les hôpitaux ont affiché la plus forte augmentation (10,8 jours, 12,7%) Service d'assurance maladie, 2016; Song, 2012). Un hôpital de soins de longue durée est placé entre un hôpital primaire et un établissement de soins de longue durée dans le système de médecine gériatrique (Song, 2012). Cependant, c'est aussi un espace vivant qui supervise les personnes âgées

				<p>admises et leur fournit avec un traitement de maintien de la vie. Un tel espace peut être un monde habité avec des conversations relationnelles où la vie quotidienne des personnes âgées peut se dérouler (Andersson, Frank, Willman, Sandman et Hansebo, 2017; Chang, 2013), et les études précédentes ont montré que le stress quotidien augmenté l'idée du suicide chez les personnes âgées admises (Andersson et al, 2017; Jo, 2009). En outre, dans une enquête sur les troubles cognitifs/comportementaux et des problèmes psychologiques, les personnes âgées admises dans les hôpitaux de soins de longue durée ont une dépression sévère, de l'anxiété et des idées suicidaires (Kim, Jung, &amp; Lee, 2009; Palese et al, 2017). Selon le département 2012 de statistiques sur les causes de décès en Corée du Sud, le taux de suicide parmi les personnes âgées dans le pays était de 42,8 dans les Années 1960 et 103,8 dans les années 1980, qui étaient supérieures à 28,1 100 000 personnes ces dernières années (Statistics Korea, 2015). Le suicide des personnes âgées en Corée du Sud est interprété comme étant individuel "socioculturel dissociatif" le suicide des personnes âgées "causé par les caractéristiques sociales du manque de famille et du système de soutien à l'ère de la haute industrialisation et de l'urbanisation (Kim, 2010). Un tel problème est dû à l'attachement émotionnel et n'a pas de signification physique. L'établissement d'une routine de vie quotidienne parmi personnes âgées, et les expériences émotionnelles et spirituelles de ce processus sont influencés par le contexte social des personnes âgées (Chang, 2013, Cho et al, 2017, Gyounghae et Jeongyeon, 2009, Kang, 2011). À cet égard, il est supposé que la vie des personnes âgées admises dans les hôpitaux de soins de longue durée sont similaires, mais le concept et la réglementation d'un hôpital de soins de longue durée est ambigu en Corée du Sud et à l'étranger, et dans les études sur le sujet (Song, 2012). Les hôpitaux étrangers de soins de longue durée sont institutionnalisés en tant que lits, non comme hôpitaux</p>
--	--	--	--	---

					individuels (Song, 2012), et sont exploités avec un système caractérisé par une décharge du patient après un traitement médical. Au contraire, La Corée du Sud est le seul pays où les hôpitaux de soins de longue durée sont exploités comme un type d'établissement médical (Chae, 2013). Notamment, comme les hôpitaux de soins de longue durée sont couverts par l'assurance maladie et plus de personnes âgées sont admises à des fins de résidence plutôt que pour des raisons médicales (Jeon, Kim, & Kwon, 2016), les établissements de soins de longue durée sont couverts par l'assurance soins de longue durée pour les personnes âgées, et il y a des différences dans le type et dans les caractéristiques entre les hôpitaux de soins de longue durée et les établissements médicaux (Kang, 2011). Cependant, l'hospitalisation à long terme d'un patient avec des soins médicaux est fréquente dans les hôpitaux de soins de longue durée et les établissements médicaux (Jeon et al, 2016).
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			X	Cette étude utilise une approche qualitative phénoménologie
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de cette étude est de comprendre les expériences de la personne âgée, qui a des tendance suicidaires à long terme dans les soins hospitalier. La question d'étude est « Quelle sont les expériences des personnes âgées admises dans les hôpitaux de soins de longue durées ?
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Cette étude utilise un plan d'étude phénoménologique qualitatif avec une analyse de Colaizzi.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?		X		Pas cité
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population de cette étude est les personnes de 65 ans et plus avec des idées suicidaires, qui ont été admises à l'un des trois hôpitaux de soins de longue durée de City S, à Gyeonggi-do

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Dans un premier temps, l'échantillon a été sélectionné à l'aide d'un échantillonnage ciblé. Les critères d'inclusions étaient : (1) 65 ans et plus et être hospitalisé pour au moins 6 mois ; (2) sans démence ou de dépression sévère et avec un score de 24 ou plus, de l'examen Mental-Korean Mini (k-MMSE) ; (3) être capable de s'engager dans une conversation ; (4) présentant des idées suicidaires et exprimant aux infirmières/soignants et travailleurs sociaux, le souhait de mourir, qui possèdent une corde ou d'autres moyens dangereux lié à une tentative de suicide, et qui présente de période de refus de prendre son traitements ou de manger ; (5) être volontaire pour participer à cette étude par la personne, son tuteur. Et qu'un consentement éclairé soit signé.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	La période de collecte de données s'étend entre juillet à décembre 2014. Pour la récolte de donnée, des entrevues sous formes de conversations. Leurs contenus a été enregistrés par l'utilisation de deux enregistreurs vocaux après l'obtention du consentement. Les enregistrements ont été retranscrits par les chercheurs. Chaque entrevue durait entre 50 minutes à 1heure et 40 minutes. Les participants ont été vus entre 3 à 6 fois.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Avant les entretiens, une réunion préliminaire, lors de laquelle a eu lieu des échanges, a été tenue pour établir la confiance entre l'interviewer et l'interviewé. Les interviewés ont ressorti naturellement les réponses par rapport à leur expérience quotidienne. Les questions étaient semi-structurées.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Cette étude a été approuvée par l'Intitutional Review Board (IRB) de K, l'hôpital universitaire. Il a été expliqué, aux participants et à leur famille, le but et la procédure de l'étude, les termes de confidentialité et leur droit de se retirer de l'étude. Ainsi que le consentement signé a été obtenu. Pour garder l'anonymat des participants, des symboles spéciaux ont été attribués. Les personnes participants recevaient une

					somme d'argent.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?			X	<p>Ce processus consiste à 6 étapes.</p> <p>La première étape correspond à la retranscription des interviews. Dans la deuxième étape, les phrases et les paragraphes ont été extraits et incorporés dans des énoncés significatifs. La troisième étape a permis de vérifier les éléments avec l'aide de littérature coréenne, des professeurs infirmiers. Dans la quatrième étape, les éléments significatifs ont été classés dans 41 thèmes, 19 catégories thématiques et 8 catégories. La cinquième étape a décrit les phénomènes par les catégories thématiques ou en fonction du thème. Finalement, la sixième étape, par les éléments communs et confirmés ont été incorporés. La descriptions finales faite par les chercheurs a été comparée et examinée par 7 participants à l'étude en fonction de leurs expériences, pour assurer la cohérence.</p>
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		X		<p>Pour la crédibilité de cette étude, plusieurs points ont demandé une attention particulière.</p> <p>Tout d'abord, les participants qui pouvaient le mieux décrire leur situation ont été sélectionnés. Et les enregistrements ont été écoutés plusieurs fois pour des raisons de clarté. Pour permettre une meilleure cohérence de la recherche, trois professeurs de sciences infirmières, un professeur de protection social, un professeur de littérature coréenne et une infirmière en chef de l'hôpital de soins de longue durée ont passé en revue et évalué ce processus. Puis tous les processus d'étude ont été clairement décrits et plusieurs efforts ont été déployés pour maintenir la procédure. Ensuite, les participants ont été sélectionnés par la méthode d'échantillonnage, pour atteindre l'adéquation. Pour finir, pour obtenir l'identifiabilité, les hypothèses, les idées fausses et la compréhension préalable à cette étude ont été inscrites dans un journal d'étude. Ils ont été relevés au début, au milieu et à la fin de l'étude.</p>
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des			X	<p>Le résumé des résultats n'est pas clair. Il explique plus précisément l'échantillonnage pour le genre, l'âge, le</p>

	extraits rapportés (verbatim) ?				statut social et la période d'hospitalisation. Il explique aussi les différents thèmes, les catégories et les catégories thématiques.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les catégories thématiques sont nommées, afin de faire ressortir le ressenti des participants.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Pas cité
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			<p>il a été constaté dans cette étude que l'état de la santé des personnes âgées (affaiblissement) a une énorme influence sur la qualité de leur vie (Benyamini, Idler, Leventhal, &amp; Leventhal, 2000; Cesetti, Vescovelli et Ruini, 2017; Lim &amp; Shin, 2012; Shin, Kim, &amp; Kim, 2013) et affecte fortement l'estime de soi des patients âgés.</p> <p>Les participants à l'étude ont été liés à d'autres personnes à long terme soins hospitaliers où ils séjournaient alors qu'ils étaient séparés de leur des familles. Cela a quelque peu facilité leur confusion émotionnelle/psychologique (Andersson et Hjelm, 2017; Fitzpatrick et Kim, 2008; Hong &amp; Hwang, 2010; Kim et Ko, 2013)</p> <p>L'espace de vie humaine a diverses propriétés, telles que la gestion de la vie quotidienne des résidents individuels, et les conditions qui définissent leur comportement (Campbell, Kelly et Rovnyak, 2017, Cho et al, 2017, Coughlan et Ward, 2007; Kim, 2011)</p> <p>Le stress de vie est plus élevé chez les personnes âgées dans les hôpitaux de soins de longue durée ce qui conduit à une plus grande chance de développer des idées suicidaires (Gage et coll., 2016; Jin, Hwang et Oh, 2009; Song, 2012), et que les patients des hôpitaux de soins de longue durée ont une incidence plus élevée de tentatives de suicide répétées (Jo, 2009; 2011; Yeon et Kim, 2007).</p> <p>La mort est effrayante, mais ils voulaient une mort paisible comme ils étaient dans un hôpital. Un tel résultat a été confirmé avec le résultat d'une étude sur la mort des personnes âgées dans les hôpitaux de</p>

					soins de longue durée dans lesquels ils voulaient une vie digne et une paisible mort sans traitement prolongé (Benyamini et al, 2000; Zelkó, & Balogh, 2016; Lim & Shin, 2012). Ce résultat était similaire pour reconnaître la vie dans un établissement de soins de longue durée comme libérateur, physiquement confortable, libre du fardeau de la famille, une vie destination, et un endroit qui leur a donné l'assurance qu'ils seraient pris en charge dans la dernière partie de leur vie (Keum, 2011, Kim, 2011; Zelenik, Peršuh et Jordan, 2016).
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?			X	L'admission des personnes âgées dans les hôpitaux de soins de longue durée est perçue comme une expérience de relocalisation spatiale et psychologique et comme maisons pour une vie dans un hôpital de soins de longue durée. Le résultat d'une telle expérience est difficile pour s'adapter dans leur nouveau environnement. Le noyau de la difficulté est dans la «perte d'estime de soi» dans une situation où la personne âgée ne reçoit pas de respect en raison de ses propres caractéristiques ou capacités. La perte de l'estime de soi diminue la qualité de vie des patients âgés hospitalisés et il est un facteur qui peut affecter négativement leur santé mentale. En particulier, leur statut psychologique extrême de vouloir mourir ou de se suicider en raison de leur désespoir de ne pas être en mesure de récupérer de leur maladie ou de la vieillesse devient un obstacle à la fin naturelle de leur vie, et nécessite une intervention infirmière immédiate.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?			X	Des limites sont nommées. Ces résultats peuvent aider à améliorer la qualité de vie des personnes âgées dans les hôpitaux de soins de longue durée et de leur donner envie de vivre leur vie jusqu'à ce que cela se termine naturellement et pacifiquement, sur la base d'une profonde compréhension de la vie et des expériences des personnes âgées, qui avaient séjourné depuis longtemps dans les hôpitaux de soins de longue durée.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>

<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	<b>X</b>			Cet article possède toute les parties, qui le construisent. Il possède un résumé, une introduction, une méthode détaillée, les résultats, une discussion, les limites et une conclusion.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	<b>Kim, S., Ha, J. H., Yu, J., Park, D. H., &amp; Ryu, S. H. (2014). Path analysis of suicide ideation in older people. <i>International Psychogeriatrics</i>, 26(3), 509-515. doi: 10.1017/ S1041610213002366</b>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le suicide chez les personnes âgées est l'un des problèmes de santé les plus émergents.
Recension des écrits	Selon Lee et Lee (2009), les personnes âgées ne représentaient que 7% de la population générale en 2000. Mais en 2004, elle devait passer à 14%. D'après les statistiques coréennes (2009), les personnes âgées sont deux fois plus susceptibles de se suicider avec succès que le reste de la population. Selon toujours les statistiques coréennes (2013), l'achèvement du suicide chez les adultes de plus de 60 ans a augmenté de 20% de 2002 à 2012. En 2012, le taux de suicide était de 73.1/100000 pour les personnes entre 70 et 79 ans et de 115.6/100000 pour les personnes de plus de 80 ans. Les comportements suicidaires chez cette population sont hautement létale (Conwell et al., 2011). Mais les personnes âgées présentent une prévalence élevée de maladie physique, pour les méthodes létales pour le geste du suicide et d'isolement social. De plus, les personnes âgées sont moins susceptibles de signaler des pensées suicidaires et/ou d'utiliser les services de santé mentale (Conwell et Thmpson, 2008). Les facteurs associés aux idées ou aux tentatives de suicide, comprennent entre autre les troubles psychiatriques, le genre, l'état civil, le statut socio-économique, l'isolement social, la vie stressante, les événements et les maladies physiques (De Leo et al., 2002 ; Zeppegno et al., 2005). Par contre, il y a des contradictions par rapport aux variables qui ont un plus grand impact sur les idées suicidaires et si elles sont « directes ou indirectes » (Gong et al., 2011).
Cadre théorique ou conceptuel	Pas présent
Hypothèses/question de recherche/buts	<b>L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs associés à l'idéation suicidaire dans la population âgés en Corée du Sud.</b> <b>Les hypothèses de cette étude sont :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La dépression serait le plus puissant prédicteur directe des idées suicidaires chez les personnes âgées</b></li> <li>- <b>La dépression serait la médiation de la relation entre les idées suicidaires et les variables indirectes de relation sociale, du bien-être psychologique et du statut économique.</b></li> </ul>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Pas présent

<p>Population, échantillon et contexte</p>	<p>Les individus âgés de plus de 65 ans ont été recrutés à Seongbuk-gu, Séoul, en Corée du Sud, qui avait une population totale de 480000, dont 47000 de personnes âgées. Le nombre cibles de sujet pour cette étude est de 700, ce qui correspond à 1.5% de la population âgée totale du district. Dans cette étude, il y était exclu 16 sujet car ils ont fourni des données incomplètes, ont rejeté le processus d'entrevue ou qui n'avaient pas compris correctement les questions de l'intervieweur pour cause de problème cognitifs ou d'audition. Au total, il y avait 684 participants (147 hommes et 537 femmes) dont l'âge moyen était de <math>78.2 \pm 7.02</math> ans.</p>
<p>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</p>	<p>Afin d'évaluer la variable du problème d'alcool, cette étude utilise le questionnaire CAGE, qui a une cohérence interne à <math>\alpha</math> 0,99 de Cronbach.</p> <p>Pour la variable sur les relations sociale, l'utilisation de l'échelle pour le soutien social est utilisée. Cet outil comprend les relations conjugales, les relations fraternelles, les relations avec les enfants, l'engagement religieux, les interactions avec des confidents, les jeux avec les amis et le nombre d'amis. Ces dernières sont évaluées avec l'échelle de Likert à trois points. La cohérence interne pour cette échelle est de <math>\alpha</math> 0,50 de Cronbach.</p> <p>Afin d'évaluer le sens du bien-être psychologique, le questionnaire est extrait de 18 items de l'échelle du bien-être psychologique coréen. La cohérence interne est évaluée à <math>\alpha</math> 0.87 de Cronbach. Dans cette étude, le bien-être psychologique de défini par les aspects de l'acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, le but dans la vie et la croissance personnelle.</p> <p>Pour évaluer la dépression, The Geriatric Depression Scale (GDS) en format court, composé de 15 questions, a permis d'évaluer la gravité de la dépression. Pour diagnostiquer une dépression au sud de la Corée, le seuil optimal est d'un score de 8. La mesure de la cohérence est de <math>\alpha</math> 0.87 de Cronbach.</p> <p>Afin d'évaluer les idées suicidaires, l'échelle de Beck version coréenne (K-BSI) est utilisée. La cohérence de la mesure est de <math>\alpha</math> 0.92 de Cronbach.</p> <p>Analyse des statistiques :</p> <p>Dans un premier temps, des procédures d'analyse descriptives ont été réalisées pour décrire les informations démographiques. Puis, des tests de corrélation paramétriques et non paramétriques, ainsi que des analyses de corrélation de Pearson et de Spearman, ont été effectués pour comparer les idées suicidaires avec d'autres variables. Pour finir, les variables ayant une valeur p de 0.05 dans l'analyse de corrélation ont été saisies dans un modèle de régression linéaire multiple hiérarchique avec l'idée suicidaire comme variable dépendante. Les relations sociales, la sévérité de la dépression et le bien-être psychologique étaient considérés comme des variables continues, et le statut économique objectif était codé à 0 si le sujet avait une assurance médicale ou à 1 si le sujet avait une assurance maladie nationale. Pour terminer, les résultats des analyses précédentes ont été testés en utilisant une analyse de</p>

	<p>chemin.</p> <p>Pour la saisie et l'analyse des données, PASW 17.0 pour WINDOWS a été utilisé.</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'étude a été expliquée aux participants. Par la suite, les participants ont dû fournir un consentement éclairé écrit. Un interview de porte-à-porte avec l'aide d'un manuel d'entretien structuré a été administré. Les sujets ont reçu pour leur participation un remboursement financier de 300 KW (environ 2.5 USD). Les interviews durent en moyenne d'environ 30 minutes, avec des entrevues typiquement entre 30 minutes et 1 heure.</p> <p>Durant plusieurs heures, des enquêteurs ont été formés afin de minimiser les biais, tels que le niveau d'alphabétisation et de la compréhension des sujets.</p>
Considérations éthiques	<p>Un consentement éclairé écrit a été fourni par les sujets.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>Les analyses de corrélation paramétriques et non paramétriques ont été effectuées pour déterminer quelle variables étaient associées à l'idéation suicidaire. Il y a l'utilisation de la régression linéaire multiple hiérarchique pour examiner l'analyse du chemin. L'utilisation des coefficients de régression normalisés permettre de montrer l'interaction entre les facteurs associées à l'idéation suicidaire.</p>
Présentation des résultats	<p>On observe que la dépression est positivement associée aux idées suicidaires (<math>r = 0,44</math>, <math>p &lt; 0,01</math>) et au statut économique (<math>r = -0,13</math>, <math>p &lt; 0,01</math>), au bien-être psychologique (<math>r = 0,21</math>, <math>p &lt; 0,01</math>) et aux relations sociales (<math>r = -0,21</math>, <math>p &lt; 0,01</math>) sont négativement corrélés avec les idées suicidaires. Les données par rapport au sexe, à l'âge, à l'éducation, à la maladie physique, aux problèmes d'alcool et le fait de vivre avec des membres de la famille n'ont pas de relation significative avec les idées suicidaires. Avec l'analyse du chemin, le bien-être psychologique est positivement corrélé avec les relations sociales (<math>\beta = 0,248</math>, <math>p &lt; 0,001</math>). La gravité des symptômes dépressifs présente une corrélation significative avec le statut économique objectif (<math>\beta = 0,087</math>, <math>p &lt; 0,05</math>), les relations sociales (<math>\beta = -0,339</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) et le bien-être (<math>\beta = -0,251</math>, <math>p &lt; 0,001</math>). L'idéation suicidaire a montré une relation significative avec la sévérité de la dépression (<math>\beta = 0,406</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) et le bien-être psychologique (<math>\beta = -0,074</math>, <math>p &lt; 0,05</math>).</p> <p>L'analyse de chemin a trouvé que la gravité de la dépression a un impact direct sur les idées suicidaires. Les influences des relations sociales et du statut économique sur les idées suicidaires sont influencées par la sévérité de la dépression.</p> <p>Les effets totaux des variables sur les idées suicidaires sont la somme des effets directs et indirects. Les effets indirects représentent les effets d'une variable sur une autre par des routes indirects. Parmi les effets totaux standardisés, la valeur absolue de la dépression est la plus élevée (0.406), suivie du bien-être psychologique (0.176) et des relations sociales (0.138).</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>L'étude actuelle que les modèles de causes suicidaires, à cause unique, ne peuvent pas expliquer la complexité du suicide; plutôt, les chemins de causes multiples qui mènent à l'idéation suicidaire chez les personnes âgées. La</p>

	<p>sévérité de la dépression a eu la relation la plus puissante et directe avec les idées suicidaires dans cette étude. Ce résultat correspond étroitement avec une ancienne étude qui souligne les interventions conçues pour réduire les pensées et les comportements suicidaires chez les personnes souffrants de troubles dépressifs et anxieux prédominants et passés. D'autres études suggèrent que la dépression non traitée chez les personnes âgées est associée à des tentatives de suicide. Cette étude relève que les relations sociales et le statut économique n'avaient que des effets indirects sur les idées suicidaires. Dans cette étude, les facteurs sociaux ont influencé les idées suicidaires seulement lorsqu'ils sont accompagnés d'une dépression, ce qui explique que la dépression influence le processus du développement des idées suicidaires. Le bien-être psychologique a des impacts directs et indirects sur les idées suicidaires. Malgré, le peu de preuve qui suggèrent une relation entre le bien-être psychologique et l'idéation suicidaire, cette étude révèle que le bien-être psychologique annule partiellement d'autres variables.</p>
Forces et limites	<p>Le fait que cette étude a été conçue dans le cadre d'un programme communautaire de prévention du suicide. Dont la population cible est des personnes avec un faible revenu et des personnes âgées. Ces facteurs ont pu affecter l'incidence plus élevée de la dépression dans cette étude.</p> <p>Limite :</p> <p>Les participants ne vivants que dans un seul district et qu'aucun échantillonnage aléatoire n'a été effectué, la généralisation des résultats ne sont pas clairs. Le fait que la plupart des sujets sont des femmes (78.5%), il peut y avoir un préjugé sexiste. Car dans la culture coréenne, les hommes hésitent à participer à ce type d'enquêtes communautaires et ils ne sont pas habitués à exprimer leurs émotions en présence d'une autre personne. De ce fait, il faut faire preuve de prudence lors de l'interprétation des résultats, car les hommes âgés présentent des taux de suicide relativement plus élevés que les femmes âgées. Dans cette étude, il n'y a pas eu de recueil de données sur les antécédents de maladie mentale des participants, ni sur la mesure de la cognition générale et les capacités fonctionnelles.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'amélioration du bien-être psychologique peut aider à prévenir les idées suicidaires. Afin d'appliquer les résultats des recherches, les rôles directs et indirects des variables doivent être compris pour administrer des stratégies d'intervention. Les facteurs associés à l'idéation suicidaire, cette étude suggère que la sévérité de la dépression est l'indicateur le plus précis de l'idéalisation suicidaire. Par conséquent, la priorité doit être accordée au dépistage de la dépression. Les efforts multidimensionnels visant à améliorer le bien-être psychologique et les relations sociales peuvent réduire les idées suicidaires chez les personnes âgées. Des stratégies efficaces de prévention du suicide dans une population vieillissante devraient impliquer une détection précoce et donner la priorité au traitement actif de la dépression clinique. Les stratégies de prévention devraient également viser à accroître le soutien psychosocial et le bien-être psychologique afin d'améliorer les relations sociales et de réduire l'apparition d'idées suicidaires.</p> <p>Il est recommandé pour les études futures afin de vérifier l'ajustement du modèle final, de faire une analyse de modèle</p>

**Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	<b>Kim, S., Ha, J. H., Yu, J., Park, D. H., &amp; Ryu, S. H. (2014). Path analysis of suicide ideation in older people. <i>International Psychogeriatrics</i>, 26(3), 509-515. doi: 10.1017/ S1041610213002366</b>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	<b>X</b>			Dans le titre, la population, le problème et le concept sont nommés.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<b>X</b>			Les différentes parties du résumé sont présentes et détaillées.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	<b>X</b>			La présentation de la problématique est faite à l'aide de l'augmentation de la population âgée, des statistiques sur les actes suicidaires chez cette population, des prévalences de cet acte.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	<b>X</b>			La prévention du suicide chez les personnes âgées est devenue un problème de santé publique urgent pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le comportement suicidaire chez les personnes âgées est hautement létale (Conwell et al., 2011). La moitié des personnes âgées qui tentent de se suicider complètent l'acte (Mcintosh et al., 1994). Les personnes âgées affichent une prévalence élevée de maladie physique, létalité, comme méthode de suicide et isolement social. De plus, les personnes âgées sont moins susceptibles de signaler des pensées suicidaires et / ou utiliser le service de santé mentale (Conwell et Thompson, 2008). De nombreux facteurs ont été associés avec des idées et des tentatives de suicide, y compris les troubles psychiatriques, le genre, l'état civil, le statut socio-économique, l'isolement social, la vie stressante, les événements et les maladies physiques (De Leo et al., 2002; Zeppegno et al., 2005). Cependant, il y a eu des idées

					contradictaires concernant les variables qui ont un plus grand impact sur les idées suicidaires et si ces variables sont "directes ou indirectes" (Gong et al., 2011).
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les hypothèses initiales sont : (1) la dépression serait le plus puissant prédicteur direct des idéations suicidaires chez les personnes âgées. (2) la dépression serait la médiation de la relation entre les idées suicidaires et les variables indirectes des relations sociales, du bien-être psychologique et du statut économique. Le but n'est pas clairement cité dans cette partie de l'article, mais dans le résumé. Il est d'identifier les facteurs associés aux idéations suicidaires dans la population âgée, en Corée du Sud.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?		X		
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	La population cible de cette étude est des individus âgés de plus de 65 ans. Ils vivent à Seongbuk-gu, Séoul, en Corée du Sud. Sur 47'000 personnes âgées, le nombre cible pour cette recherche est de 700 personnes.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Un total de 684 participants (147 hommes et 537 femmes) ont participé à cet échantillon
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	Les 700 personnes âgées correspondent à 1.5% de la population âgée totale du district.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Pour les caractéristiques socio-démographiques, les données sont le sexe, l'âge, l'éducation, la famille, le statut économique et l'assurance ou les soins médicaux.

				<p>Pour la santé physique, les données sont les informations sur les problèmes médicaux qui comprend aussi le diabète sucré, l'hypertension, l'arthrose, les troubles du foie, les troubles rénaux, le cancer, les troubles pulmonaires obstructifs chroniques, les crises cardiaques, les troubles gastro-intestinaux, des troubles d'audition.</p> <p>Pour les problèmes d'alcool, les données sont récoltés avec l'aide du questionnaire CAGE.</p> <p>Pour les relations sociales, l'échelle du soutien social, avec une évaluation de Likert à trois points, a été utilisée.</p> <p>Pour évaluer le bien-être, un questionnaire a été extrait du 18<sup>ème</sup> item de l'échelle de bien-être psychologique subjectif.</p> <p>The Geriatric Depression Scale (GDS) courte, composée de 15 questions a permis d'évaluer la dépression.</p> <p>Pour évaluer les idéations suicidaires, un questionnaire développé par Beck a été utilisé. Il comporte 19 items et est évalué avec l'aide de l'échelle de Likert à trois points.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X		Tous ces points étudient le lien avec le suicide.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			<p>X</p> <p>Les participants ont signé un consentement éclairé. Puis ils ont été inscrits à l'étude. Un interview sous forme d'un porte-à-porte a été réalisé à l'aide d'un manuel d'entretien structuré. Les enquêteurs ont été formés pour minimiser les biais, tel que les niveaux d'alphabétisation et de compréhension des sujets, pendant plusieurs heures. Chaque participant a reçu un remboursement financier de 3'000KW (environ 2.5 USD). Les interviews duraient en moyenne 30 minutes, avec des entrevues typiques entre 30 minutes et 1 heures. 16 sujets ont été exclus car ils ont fourni des données incomplètes ou qui ont rejeté le processus d'entrevue, ou encore, qui n'ont pas compris correctement les questions dû à des problèmes cognitifs ou d'audition.</p>

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Après avoir expliqué l'étude à la population, celle-ci a fourni un consentement éclairé écrit. Cette étude a été approuvée par l'examen institutionnel du conseil d'administration du Centre Médical de l'Université Konkuk. C'est un centre où les auteurs sont affiliés.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Des corrélations d'analyses paramétriques et non-paramétriques sont utilisées pour déterminer quelles variables sont associées à des idées suicidaires. L'analyse du chemin a aussi été utilisée.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Des tableaux sont présents pour présenter les résultats avec une description.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats étaient similaires à ceux des études précédentes d'autres groupes d'âge dans d'autres pays (Conwell et Thompson, 2008; Gong et al., 2011). Une étude précédente qui soulignait les interventions conçues pour réduire les pensées suicidaires et le comportement parmi ceux qui ont une dépression prédominante et passée et les troubles anxieux (Almeida et al., 2012). Une étude d'autopsie psychologique a révélé que la dépression était le diagnostic psychiatrique le plus fréquent chez les suicidés plus âgés (Conwell et al., 1991). Le taux de suicide parmi les patients déprimés qui ont été hospitalisés en raison de idées ou tentatives de suicide est de 8,6%, tandis que la prévalence du suicide parmi la population générale est seulement de 0,5% (Bostwick et Pankratz, 2000). L'étude actuelle a révélé que les relations sociales et le statut économique n'a eu que des effets indirects sur idéation suicidaire. Une étude précédente a démontré des résultats contradictoires concernant les effets de ces deux facteurs



				(Rubenowitz et al., 2001). Une étude récente a proposé que les facteurs étaient de puissants déterminants des sentiments suicidaires et de la dépression (Fassberg et al., 2013). Le bien-être psychologique avait à la fois des impacts directs et indirects sur les idées suicidaires. Le bien-être psychologique a été défini par les aspects d'auto-acceptation, des relations positives avec les autres, de l'autonomie, de la maîtrise de l'environnement, du but dans la vie, et de la croissance personnelle. Ce état psychologique positif a été corrélé négativement avec la dépression (Ryff, 1989). Le manque de soutien familial était négativement corrélé avec les relations sociales, le bien-être psychologique et sévérité de la dépression. Cependant, il n'affectent pas directement les idées suicidaires (Szanto et al., 2002). L'étude a révélé que les sujets qui ont reçu une intervention active n'ont pas seulement des taux inférieurs de dépression, mais aussi des taux plus bas d'idéation suicidaire (Unutzer et al., 2006). Les programmes psychosociaux qui améliorent le bien-être psychologique subjectif et les relations sociales peuvent être un grand avantage pour la communauté (Szanto et al., 2002)
Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le fait que les participants à l'étude vivaient dans un seul échantillonnage du district. Un choix aléatoire n'a pas été fait. De ce fait, la généralité des résultats n'est pas claire.</li> <li>2. Le plus grand pourcentage de participant est des femmes.</li> <li>3. Il n'y a pas eu d'information par rapport à l'historique de la maladie mentale des participants et sur la cognition générale et la capacité fonctionnelle.</li> </ol> <p>Chaque limite est justifié</p>
Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			la dépression a un impact significatif et direct sur les idées suicidaires. Les relations sociales et le statut économique n'affectent pas l'idéation de suicide lorsqu'il est accompagné de dépression gravité. Bien-être psychologique a des impacts direct et indirects sur les idées suicidaires. Les stratégies efficace pour la prévention du suicide dans le vieillissement de la population devrait impliquer une détection précoce et donner la priorité au traitement actif de la dépression clinique. Les

					stratégies de prévention devraient également viser le soutien psychosocial et bien-être psychologique afin améliorer les relations sociales et réduire le apparition d'idées suicidaires, respectivement.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X		
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			X	Ils recommandent une analyse de modèle d'équation structurelle.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article possède les différentes partie telles que le résumé, l'introduction, la méthodologie, les résultats et la description.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche qualitative**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	<b>Kjølseth, I., &amp; Ekeberg, Ø. (2012). When elderly people give warning of suicide. <i>International Psychogeriatric</i>, 24(9), 1393-1401. doi : 10.1017/S1041610212000312</b>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Malgré les connaissances considérables sur les facteurs associés au suicide chez les personnes âgées, la prévention du suicide au niveau individuel est difficile. La raison est que les facteurs de risque les plus forts tels que la dépression, les maladies somatiques, le déclin fonctionnel et les réseaux réduits sont fréquents dans une population normale de personnes âgées et sont par conséquent peu utilisés en milieu clinique pour identifier les personnes suicidaires.
Recension des écrits	<p>Les facteurs de risque les plus forts liés au suicide sont : la dépression, la maladie somatique, le déclin fonctionnel et le réseau réduit.</p> <p>Dans la suicidologie, les facteurs de risque décrivent des facteurs qui sont en corrélation avec la tendance suicidaire.</p> <p>Dans plusieurs articles, Rudd et ses collègues ont discuté du terme «mise en garde», soit les signes et les symptômes qui indiquent un danger plus immédiat de comportement suicidaire.</p> <p>Malgré un chevauchement entre les facteurs de risque identifiés et les mises en garde suicidaires, Rudd et al. précisent que les avertissements sont plus observables et subjectifs. Selon l'AAS (American Association of Suicidology), le consensus est qu'il existe un système hiérarchique de signes avant-coureurs, (1) quelqu'un menaçant de se blesser ou de se suicider; (2) quelqu'un qui cherche des moyens de se suicider: chercher l'accès aux médicaments, aux armes ou à d'autres moyens; (3) quelqu'un qui parle ou écrit sur la mort ou sur le suicide. La raison d'être de la définition des avertissements dans le contexte de la santé sont que l'acquisition d'une meilleure connaissance de ces signes et leur attention dans l'ensemble de la population conduiront à une détection précoce de ces situations et rendront l'intervention possible.</p> <p>Plusieurs auteurs ont décrit des traits typiques de personnalité chez les suicidés âgés: scores plus faibles sur l'ouverture à l'expérience, plus de rigidité, grand besoin d'autodétermination et réserve émotionnelle.</p> <p>Les individus présentant ces caractéristiques seront vulnérables lorsque le déclin fonctionnel survient à un âge avancé, car ils craignent la perte d'autonomie, ils manquent souvent de proximité dans leurs relations. Ils ne parviennent donc pas à communiquer leurs problèmes aux autres et rejettent souvent l'aide. Ces caractéristiques peuvent également rendre difficile pour ceux qui les entourent d'interpréter tous les signaux possibles. Et il peut ne pas être facile d'approcher la personne âgée même si les problèmes deviennent évidents. Le contact avec le service de santé peut également être difficile car les personnes âgées ont tendance à ne pas lui faire confiance. Les personnes âgées choisissent à qui elles veulent se confier, bien que l'on prétende qu'elles communiquent moins sur</p>

	<p>une possible sociabilité. Waern a montré que les proches recevaient des signes avant-coureurs du sentiment suicidaire au cours de l'année qui précède leur suicide.</p> <p>Des études ont montré que beaucoup de personnes âgées sont en contact avec le service de santé peu avant le suicide, mais que le sujet de suicidalité n'a pas été repris lors de la consultation.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas cité
Question de recherche/buts	<p>Dans quelle mesure, de quelle manière et à qui les personnes âgées ont-elles donné des avertissements de suicide tels que le définis le consensus de l'AAS? Comment les avertissements ont-ils été perçus par les destinataires et comment les destinataires ont-ils réagi aux avertissements?</p> <p>Pour les personnes âgées qui risquent de se suicider, l'objectif sera de prévenir le suicide et que les destinataires des avertissements au suicide aient les connaissances requissent. Mais réagissent aussi aux avertissements donnés et agissent en conséquence.</p> <p>Il n'y a pas d'étude qui a examiné les mises en garde données par les personnes suicidées âgées, car elles sont définies selon le consensus de l'AAS, et comment ces mises en garde ont été perçues par ceux qui les entourent. Ils voulaient étudier les expériences des informants sur les avertissements que les personnes âgées avaient communiquées et leur réaction à l'avertissement.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude d'autopsie psychologique basée sur des entretiens qualitatifs pour mieux comprendre les expériences et les sentiments des personnes, tout en permettant de faire la lumière sur les processus. Elle donne l'occasion d'avoir des descriptions plus nuancées de la part des informateurs que celles générées par un questionnaire, et des questions de suivi peuvent être posées pour développer l'information.
Population, échantillon et contexte	<p>Au total, 29 suicides ont été signalés au gestionnaire de projet sur une période d'environ 18 mois (2006-2007). Dans 2 cas, le parent n'a pas voulu participer à l'interview. dans 3 cas, il était impossible d'obtenir des informations sur les parents et dans un cas, la cause du décès était incertaines.</p> <p>L'étude comprend 23 suicides, de 4 femmes et 19 hommes de 65 à 90 ans. 4 d'entre eux avaient moins de 70 ans, 7 avaient entre 70 et 80 ans et 12 avaient plus de 80 ans. L'âge moyen était de 78 ans.</p> <p>Pour les informateurs (parents proches, médecin généraliste, aide à domicile), 11 n'avaient pas d'infirmière à domicile et 6 n'avaient aucun contact avec leur médecin. Les parents interrogés étaient 4 conjoints, 19 enfants, 3 frères et sœurs et 8 filles ou gendres/amis proches.</p>

Méthode de collecte des données	<p>Cette étude d'autopsie essentiellement rétrospective utilise des entrevues avec les proches et d'autres sources disponibles comme les revues médicales, les rapports de police pour permettre de reconstituer les circonstances du suicide.</p> <p>172 médecins municipaux dans 10 comtés du sud de la Norvège ont été invité à signaler au chef de projet tous les suicides parmi les personnes âgées de plus de 65 ans dans leur région. Le médecin agré a obtenu des informations sur les plus proches parents du défunt, son médecin généraliste et l'infirmière</p> <p>63 entretiens ont été enregistré par le premier auteur sur bande sonore dans leur intégralité, puis toutes les interviews ont été transcrites presque textuellement, seule la communication non verbale a été exclue. Il y avait 34 membre de la famille, 17 omnipraticiens et 12 infirmières des soins à domicile.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La condition préalable à la participation de l'entretien était que les informateurs aient eu des contacts étroits avec la personne âgée ou avait des contacts réguliers au cours de la dernière année. Le terme «contact étroit» implique que la personne connaissait bien le défunt</p> <p>Des informations écrites sur le projet et une demande de participation à l'interview ont été envoyées à des informateurs potentiels. À la réception du consentement éclairé par écrit, les gestionnaires de projet ont contacté les informateurs et ont organisé l'entrevue</p> <p>Les entretiens ont habituellement duré environ 2 heures et ont été enregistrés sur bande sonore dans leur intégralité. Ils ont eu lieu 2 à 6 mois après le suicide. Tous les entretiens ont été menés par le premier auteur.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le comité régional de recherche éthique. Les informants ont garantis l'anonymat dans les résultats publiés. Les informateurs avaient une attitude positive à l'idée d'être interrogés (seuls deux suicides devaient être exclus parce que les proches ne voulaient pas participer). Beaucoup ont dit que la participation avait été une expérience positive. L'entrevue leur a donné l'occasion d'exprimer leurs pensées et leurs sentiments au sujet du suicide qu'ils n'auraient pas pu transmettre autrement.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>L'analyse suit la méthode de condensation systématique du texte, une méthodologie basée sur des éléments issus à la fois de l'analyse-phénoménologique et de la théorie fondée et modifiée par Malterud (2001,2002)</p> <p>L'analyse comprend 4 étapes. D'abord, toutes les interviews sont lues à plusieurs reprises pour acquérir une image globale et capturer l'essentiel de ce qui est raconté dans chaque cas de suicide. Dans la deuxième étape, les unités de signification dans le texte sont identifiées des extraits qui donnent des informations sur les sujets définis dans l'approche du problème. Ensuite, ces éléments de texte sont systématisés et codés afin qu'ils puissent ensuite être lus en relation avec d'autres éléments de texte connexes entre formateurs. Dans la 4<sup>ème</sup> étape, le contenu est résumé et condensé en sujet principaux et sous-thème et enfin les résultats sont recontextualisés, c'est-à-dire que les descriptions des contenus sont validées par rapport au matériel original.</p>
Présentation des résultats	<p>Dans quelle mesure, de quelle manière et à qui les avertissements ont-ils été donnés ? Quatorze des 23 personnes âgées de l'étude avaient donné des avertissements d'une ou de plusieurs façons, conformément à la description consensuelle de l'AAS. La plupart d'entre eux avaient beaucoup parlé de la mort et avaient répété pendant un certain temps qu'ils ne souhaitaient plus vivre. Beaucoup d'entre eux avaient dit qu'il valait mieux mourir que de</p>

vivre la vie qu'ils avaient alors. Plusieurs avaient dit qu'ils voulaient mettre fin à leurs jours, et certains avaient été ouverts avec le personnel soignant au sujet des plans de suicide. Ces personnes avaient discuté avec leurs aidants de leurs motifs de vouloir se suicider, et certaines d'entre elles avaient en quelque sorte essayé leur argument auprès du fournisseur de soins. Dans certains exemples, la personne âgée avait montré une arme / munition à ses proches et avait demandé au parent d'en prendre soin pour eux. Certains d'entre eux avaient été soucieux de mettre de l'ordre dans leurs affaires.

Les avertissements étaient le plus souvent donnés aux proches (11), aux infirmières en soins à domicile (5) et plus rarement au médecin généraliste (2).

Comment les avertissements ont-ils été perçus ? Les réactions des informateurs comprenaient 4 thèmes principaux qui sont : ne pas être pris au sérieux, impuissance, épuisement et acceptation.

**Pas pris au sérieux :** pour beaucoup, il était peu probable que la personne âgée veuille réellement se suicider, même si par la suite ils se sont aperçus qu'ils avaient reçu des signes clairs. Ils n'avaient pas compris la gravité des signes. L'idée que la personne âgée puisse se suicider ne lui est presque pas venue à l'esprit et ni au personnel soignant. Néanmoins, certains informateurs étaient inquiets à l'idée que quelque chose se passe.

**Impuissance :** Un grand nombre des informateurs et en particulier les proches ont déclaré qu'ils se sentaient incertains et impuissants face aux avertissements de la personne âgée. Ils ne savaient pas comment ils devaient gérer les avertissements qu'ils recevaient et pensaient qu'il n'existait pas d'endroit où demander de l'aide. L'incertitude a aussi provoqué de la peur ou le refus de s'impliquer.

Le personnel de santé a également connu de l'incertitude. Ils ont trouvé difficiles de répondre directement aux problèmes existentiels des personnes âgées. Il était aussi difficile d'obtenir le soutien des autres collègues dans de telles situations.

**Epuisement :** Certaines personnes âgées avaient parlé de leurs souhaits de mourir ou de leur plan pour mettre fin à leur jour. Ceci sur une longue période de temps et à un tel point que cela avait épuisé ceux qui les entouraient. Les informateurs ont progressivement vu les avertissements comme des menaces vides et les trouvaient fatigantes, voire irritantes. Certains proches ont également ressenti une certaine agression. Cela pourrait être dirigé vers les services de santé, car ils ne les ont pas aidés, mais aussi contre la personne âgée (même si elle est rarement exprimée directement).

**Acceptation :** Certains informateurs avaient vécu une sorte de compréhension, en partie décrite comme du respect, pour ce qu'ils percevaient comme pour le souhait de la personne âgée de mettre fin à sa vie. Certains d'entre eux ont dit que compte tenu de la personnalité de la personne âgée et de la situation sanitaire globale, ils pouvaient comprendre son désir de mourir.

<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Plus de la moitié des personnes âgées dans cette étude avaient donné des avertissements à ceux qui les entouraient, et presque toutes avaient prévenu leurs proches (famille, amis). Plusieurs avaient également donné des avertissements au personnel soignant, sans que ces avertissements ne soient transmis au médecin généraliste. Seulement dans deux cas les avertissements avaient directement été chez le médecin généraliste.</p> <p>La communication suicidaire des personnes âgées peut être difficile à interpréter et à traiter pour ceux qui les entourent. Dans une minorité non négligeable de cas (9 sur 24), les informateurs n'avaient perçu aucun signe d'alerte.</p> <p>D'autres aspects spécifiques à l'âge peuvent rendre difficile l'interprétation des avertissements donnés par une personne âgée: il est plus naturel pour les personnes âgées de parler de la mort et de la faire face à la réalité que pour les plus jeunes. Il peut donc être difficile pour les personnes proches de reconnaître que les déclarations sur ce sujet impliquent plus que des réflexions sur l'âge de la part des personnes âgées.</p> <p>Le consensus de l'AAS ne fournit pas de réponses précises à la question de savoir quels propos doivent être considérés comme des avertissements et lesquels peuvent être l'expression des pensées d'une personne âgée au sujet de la mort. Mais, les affirmations de notre étude, considérées comme des avertissements, remplissaient un ou plusieurs des trois principaux critères - et se présentaient également sous la forme d'énoncés clairs et répétés.</p> <p>Quand les personnes âgées donnent de tels avertissements, elles peuvent exprimer un appel à l'aide. Il est aussi possible que la personne âgée soit encore indécise et essaye ses arguments sur un proches. Cela peut aussi être une expression de la douloureuse situation existentielle de choix dans laquelle se trouvent les personnes âgées. Indépendamment de ce que la personne âgée veut communiquer, la réponse qu'elle reçoit aux avertissements sera d'une grande importance.</p> <p>Malgré que Conwell a constaté que les personnes âgées victimes de suicide communiquaient plus rarement leurs intentions aux autres que les plus jeunes, ou «qu'elles étaient moins susceptibles d'être entendues», dans cette étude, la proportion de personnes âgées de 75-92 qui avait donné des signes avant-coureurs au cours du dernier mois de leur vie et était élevée à 35%. Il y a donc une proportion non négligeable de personnes âgées qui risquent de se suicider et qui, sur la base des signes qu'elles donnent, pourraient avoir une chance d'être identifiées si les avertissements étaient reconnus.</p> <p>Nos résultats confirment des études antérieures qui montrent que ce sont le plus souvent des proches qui reçoivent les avertissements. Le personnel de soins (infirmiers de soins à domicile) qui a eu de bons contacts avec les personnes âgées pendant une période plus longue a également reçu parfois des avertissements confidentiels. Seuls deux médecins généralistes avaient reconnu les avertissements.</p> <p>Il est possible que la personne âgée ne souhaite pas communiquer ces pensées à l'exception de celles avec qui elle est la plus proche. Le fait que peu de généralistes se soient rendus compte que leur patient âgé était menacé de suicide suscite la réflexion. On peut supposer que cela reflète une forme de consultation qui permet rarement des discussions sur les problèmes existentiels avec les patients dans cette phase de leur vie.</p>
---	---

	<p>Il a été démontré que les proches peuvent souvent identifier le risque de suicide chez les personnes âgées, en particulier si ces personnes présentent également des symptômes de dépression.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Limites : Le suicide qui s'est produit pourrait affecter la perception des informateurs avec le recul. De comment, ils se rappellent des avertissements et de leurs propres réactions. Le personnel soignant peu ressentir une défaite professionnelle de perdre un patient suicidé, ce qui a pu affecter les souvenirs d'avertissements parmi ce groupe d'informateurs. Le suicide entraînera également des réactions de différentes natures parmi ceux qui se trouvent dans les environs, ce qui peut influencer l'information qui est donnée. Les sentiments de chagrin, de culpabilité, de colère et de honte peuvent bien colorer ce qui est raconté dans une interview.</p> <p>Forces : Ce qui s'est passé avec les avertissements peut par la suite mettre davantage l'accent sur les signes et les déclarations des personnes âgées dans le futur pour les informateurs. Une entrevue qualitative fournit l'occasion de réfléchir pendant le processus, de permettre aux questions de suivi d'être posées, et d'obtenir des réponses plus nuancées que celles générées par un questionnaire. De plus, nous avons eu l'impression que l'expérience et la compétence de l'intervieweur ont inspiré confiance aux informateurs, ce qui a contribué à la production d'un riche matériel d'entrevues.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Afin de mieux aider la personne, il faut la voir comme l'individu qu'elle est réellement. Les suicides peuvent avoir un caractère général et peuvent être difficiles à interpréter. Ils doivent être considérés en relation avec la personnalité de l'individu âgé. Pour une meilleure implication dans la manière d'apporter une aide, il faut avoir une compréhension des traits de caractère de l'individu. Les aidants doivent aussi comprendre que la force précédente de la personne âgée peut maintenant représenter une vulnérabilité. Ils doivent en tenir compte pour s'assurer que la personne âgée garde toujours sa valeur intrinsèque.</p> <p>Une conversation plus détaillée peut révéler les souhaits d'une personne de mourir ou d'expriment la douleur ou la souffrance, ou aussi souvent une fatigue de la vie.</p> <p>La connaissance du sujet doit atteindre tous ceux qui ont un contact étroit avec les personnes âgées. C'est-à-dire la société dans son ensemble, pour être capable d'aller chercher une aide professionnelle quand nécessaire. La parenté doivent être considérée comme une ressource précieuse pour le réseau de traitement autour du patient âgé. Il est important que les proches reçoivent également un soutien afin qu'ils puissent agir en tant qu'aides.</p> <p>Les attitudes dans la société qui peuvent conduire à la passivité concernant les mesures de traitement pour ce groupe d'âge doivent également être abordées à travers le débat public afin que ce problème complexe et éthiquement difficile puisse être élucidé. Le comportement suicidaire chez les personnes âgées doit être reconnu comme un problème de santé par le personnel soignant. Le contact entre les personnes âgées et le personnel de santé doit alors être organisé de manière à encourager la discussion sur les problèmes de la vie propres à la vieillesse. Les généralistes en particulier doivent considérer cela comme une partie importante du travail qu'ils font pour leurs patients âgés. La connaissance du personnel de santé doit être renforcée: chaque employé individuel qui</p>



	rencontre le problème dans sa pratique doit être capable de se sentir professionnellement en sécurité dans la situation tout en recevant le soutien de collègues.
Commentaires	Transférabilité : La plupart des informateurs étaient des parents. Il y avait quelques infirmières et seulement deux médecins généralistes. Cela indique que l'étude fournit en particulier des informations sur les expériences des familles. Pour une étude qualitative, le nombre d'informateurs membres de la famille est relativement élevé et les résultats sont clairs et cohérents dans les entretiens avec ce groupe. Nous sommes d'avis qu'il s'agit de réactions que les personnes âgées à risque de suicide peuvent rencontrer chez leur entourage. Les résultats fournissent des connaissances qui devraient être prises en compte lors de la planification de stratégies préventives pour ce groupe d'âge.

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche qualitative**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	<b>Kjølseth, I., &amp; Ekeberg, Ø. (2012). When elderly people give warning of suicide. <i>International Psychogeriatric</i>, 24(9), 1393-1401. doi : 10.1017/S1041610212000312</b>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?			<b>X</b>	Les personnes âgées donnant des avertissements de suicide sont mentionnées dans le titre, mais les concepts ne sont pas mentionnés.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<b>X</b>			<p>L'étude a deux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etudier dans quelle mesure, de quelle façon et à qui les personnes âgées ont donné un avertissement avant le suicide</li> <li>- Enquêter sur la façon dont les avertissements ont été perçus par les destinataires et quelle réaction ceux-ci ont eu face aux avertissements</li> </ul> <p>Il s'agit d'une étude psychologique basée sur des entretiens qualitatifs. 63 informateurs qui comprennent les proches, médecins généralistes et infirmières en soins à domicile, ont été interviewés sur 23 suicides de personnes âgées de plus de 65 ans, en Norvège.</p> <p>Quatre thèmes principaux concernant les réactions aux avertissements ressortaient des interviews tel que le fait de ne pas avoir pris au sérieux, l'impuissance, l'épuisement et l'acceptation face à ces avertissements. Au total 14 des 23 personnes âgées ont donné un avertissement avant que de se suicider. Les avertissements ont été donnés à des proches (11), des infirmières en soins à domicile (5) et à des médecins généralistes (2).</p> <p>Les personnes âgées ont donné des avertissements le plus souvent aux proches avant le suicide, les avertissements n'ont pas déclenché de mesures préventives. Il y avait des attitudes passives, un</p>

					manque de connaissance du risque de suicide ainsi que des possibilité de traitement ou thérapie. Ceux-ci ont empêché la mise en place d'interventions.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Malgré les connaissances considérables sur les facteurs associés au suicide chez les personnes âgées, la prévention du suicide au niveau individuel est difficile. La raison est que les facteurs de risque les plus fort tels que la dépression, les maladies somatiques, le déclin fonctionnel et les réseaux réduits sont fréquents dans une population normale de personnes âgées et sont par conséquent peu utilisés en milieu clinique pour identifier les personnes suicidaires.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			<p>Les facteurs de risque les plus fortement liés au suicide sont : la dépression, la maladie somatique, le déclin fonctionnel et le réseau réduit.</p> <p>Dans la suicidologie, les facteurs de risque décrivent des facteurs qui sont en corrélation avec la tendance suicidaire.</p> <p>Dans plusieurs articles, Rudd et ses collègues ont discuté du terme «mise en garde», soit les signes et les symptômes qui indiquent un danger plus immédiat de comportement suicidaire.</p> <p>Malgré un chevauchement entre les facteurs de risque identifiés et les mises en garde suicidaires, Rudd et al. précisent que les avertissements sont plus observables et subjectifs. Selon l'AAS (American Association of Suicidology), le consensus est qu'il existe un système hiérarchique de signes avant-coureurs, (1) quelqu'un menaçant de se blesser ou de se suicider; (2) quelqu'un qui cherche des moyens de se suicider: chercher l'accès aux médicaments, aux armes ou à d'autres moyens; (3) quelqu'un qui parle ou écrit sur la mort ou le suicide. La raison d'être de la définition des avertissements dans le contexte de la santé sont que l'acquisition d'une meilleure connaissance de ces signes et leur attention dans l'ensemble de la population conduiront à une détection précoce de ces situations et rendront l'intervention possible.</p>

				<p>Plusieurs auteurs ont décrit des traits typiques de personnalité chez les suicidés âgés: scores plus faibles sur l'ouverture à l'expérience, plus de rigidité, grand besoin d'autodétermination et réserve émotionnelle.</p> <p>Les individus présentant ces caractéristiques seront vulnérables lorsque le déclin fonctionnel survient à un âge avancé, car ils craignent la perte d'autonomie, ils manquent souvent de proximité dans leurs relations. Ils ne parviennent donc pas à communiquer leurs problèmes aux autres et rejettent souvent leur aide. Ces caractéristiques peuvent également rendre difficile pour ceux qui les entourent d'interpréter tous les signaux possibles, et il peut ne pas être facile d'approcher la personne âgée même si les problèmes deviennent évidents. Le contact avec le service de santé peut également être difficile car les personnes âgées ont tendance à ne pas faire confiance. Les personnes âgées choisissent à qui elles veulent se confier, bien que l'on prétende qu'elles communiquent. Waern a montré que les proches avaient pu voir des signes avant-coureurs du sentiment suicidaire, au cours de l'année précédant le suicide.</p> <p>Des études ont montré que beaucoup de personnes âgées sont en contact avec le service de santé peu avant le suicide, mais que le sujet de suicidalité n'a pas été repris lors de la consultation.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X	Ce n'est pas mentionné
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X		<p>Dans quelle mesure, de quelle manière et à qui les personnes âgées ont-elles donné des avertissements de suicide tels que les définit le consensus de l'AAS? Comment les avertissements ont-ils été perçus par les destinataires et comment les destinataires ont-ils réagi aux avertissements?</p> <p>L'objectif sera de prévenir le suicide chez les personnes</p>

				<p>âgées présentant des idées suicidaires et que les destinataires de ces avertissements aient les connaissances requissent. Mais que les proche réagissent aussi aux avertissements donnés et agissent en conséquence.</p> <p>Il n'y a pas d'étude qui a examiné les mises en garde données par les personnes suicidées âgées, car elles sont définies selon le consensus de l'AAS, et comment ces mises en garde ont été perçues par ceux qui les entourent. Ils voulaient étudier les expériences des informants sur les avertissements que les personnes âgées avaient communiquées et leur réaction à ce dernier.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X		Etude d'autopsie psychologique basée sur des entretiens qualitatifs.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X		Pour mieux comprendre les expériences et les sentiments des personnes, tout en permettant de faire la lumière sur les processus. Elle donne l'occasion d'avoir des descriptions plus nuancées de la part des proches que celles générées par un questionnaire ou des questions de suivi qui peuvent être posées pour développer l'information.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X		<p><u>Personnes suicidées :</u> L'étude comprend 23 suicides, de 4 femmes et 19 hommes de 65 à 90 ans. 4 d'entre eux avaient moins de 70 ans, 7 avaient entre 70 et 80 ans et 12 avaient plus de 80 ans. L'âge moyen était de 78 ans. Ils vivaient dans la région du sud de la Norvège</p> <p><u>Informateurs :</u> Au total, 63 entrevues ont été menées pour les 23 suicides avec 34 membres de la famille, 17 omnipraticiens et 12 infirmières en soins à domicile.</p>
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X		Au total, 29 suicides ont été signalés au gestionnaire de projet sur une période d'environ 18 mois (2006-2007). Dans deux cas, le parent n'a pas voulu participer à l'interview. Dans trois cas, il était impossible d'obtenir des informations sur les parents et dans un cas, la cause du décès était incertaines.

					<p>Pour les informateurs (parents proches, médecin généraliste, aide à domicile), 11 n'avaient pas d'infirmière à domicile et 6 n'avaient aucun contact avec leur médecin. Les parents interrogés étaient 4 conjoints, 19 enfants, 3 frères et sœurs et 8 filles ou gendres/amis proches.</p>
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			<p>Cette étude d'autopsie essentiellement rétrospective utilise des entrevues avec les proches et d'autres sources disponibles comme les revues médicales, les rapports de police pour permettre de reconstituer les circonstances du suicide.</p> <p>172 médecins municipaux dans 10 comtés du sud de la Norvège ont été invité à signaler au chef de projet tous les suicides parmi les personnes âgées de plus de 65 ans dans leur région.</p> <p>Le médecin agré a obtenu des informations sur les plus proches parents du défunt, son médecin généraliste et l'infirmière.</p> <p>63 entretiens ont été enregistrés par le premier auteur sur bande sonore dans leur intégralité, puis toutes les interviews ont été transcrites presque textuellement, seulement la communication non verbale a été exclue. Il y avait 34 membre de la famille, 17 omnipraticiens et 12 infirmières des soins à domicile.</p>
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			<p>Pour participer à l'étude, les informateurs devaient avoir des contacts étroits avec la personne âgée ou avait eu des contacts réguliers durant la dernière année. Contact étroit veut dire que la personne connaissait bien le défunt.</p> <p>Les chercheurs ont envoyé des informations écrites sur le projet ainsi qu'une demande de participation des participants pour l'entretien. Les gestionnaires du projet ont contacté les proches et ont organisé les entrevues après avoir reçu les consentements éclairés.</p>

					Les entretiens ont duré environ 2 heures. Ils avaient lieu 2 à 6 mois après le suicide.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			L'étude a été approuvée par le comité régional de recherche éthique. Les chercheurs ont garantis l'anonymat dans les résultats publiés
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			<p><u>L'analyse comprend 4 étapes :</u></p> <p>Tous les entretiens sont lus à plusieurs reprises pour acquérir une image globale et capturer l'essentiel de ce qui est raconté dans chaque cas de suicide</p> <p>Les mêmes significations sont identifiées des extraits qui donnent des informations sur les sujets définis dans l'approche du problème et sont ressorties du texte</p> <p>Les éléments ressortis du texte sont codés pour qu'ils puissent être lus en relation avec d'autres éléments de texte.</p> <p>Le contenu est résumé et condensé en sujets principaux et sous-thème et enfin les résultats sont recontextualisés, ce qui veut dire que les descriptions des contenus sont validés par rapport au matériel original</p>
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	L'analyse suit la méthode de condensation systématique du texte, une méthodologie basée sur des éléments issus à la fois de l'analyse-phénoménologique et de la théorie fondée et modifiée par Malterud (2001,2002)
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			La plupart des personnes âgées suicidées avaient beaucoup parlé de la mort et avaient répété pendant un certains temps qu'elles ne voulaient plus vivre. Certaines avaient dit qu'il valait mieux mourir que de vivre la vie qu'elles avaient. Plusieurs avaient dit qu'elles voulaient mettre fin à leur jour et certaines avaient parlé de leur plan de suicide avec les soignants.

				<p>Les personnes avaient discuté avec leurs aidants de leurs motifs de vouloir se suicider, et certaines d'entre elles avaient en quelque sorte essayé leur argument auprès du fournisseur de soins. Dans certains exemples, la personne âgée avait montré une arme / munition à ses proches et avait demandé au parent d'en prendre soin pour eux. Certains d'entre eux avaient été soucieux de mettre de l'ordre dans leurs affaires.</p> <p>Les avertissements étaient le plus souvent donnés aux proches (11), aux infirmières en soins à domicile (5) et plus rarement au médecin généraliste (2).</p>
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X		<p>4 thèmes principaux sont ressortis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Pas pris au sérieux</i></li> <li>- <i>Impuissance</i></li> <li>- <i>Epuisement</i></li> <li>- <i>Acceptation</i></li> </ul>
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X	
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X		<p>Malgré que Conwell a constaté que les personnes âgées victimes de suicide communiquaient plus rarement leurs intentions aux autres que les plus jeunes, ou «qu'elles étaient moins susceptibles d'être entendues». Dans cette étude, la proportion de personnes âgées de 75 à 92 ans qui avaient donné des signes avant-coureurs au cours durant le dernier mois de leur vie, était élevée à 35%. Il y a donc une proportion non négligeable de personnes âgées qui risquent de se suicider et qui, sur la base des signes qu'elles donnent, pourraient avoir une chance d'être identifiées si les avertissements étaient reconnus.</p> <p>Leurs résultats confirment des études antérieures qui montrent que ce sont le plus souvent les proches qui reçoivent des avertissements.</p>
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X		<p>La plupart des informateurs étaient des parents. Il y avait quelques infirmières et seulement deux médecins généralistes. L'étude fournit en particulier des</p>



				<p>informations sur les expériences des familles. Pour une étude qualitative, le nombre d'informateurs membres de la famille est relativement élevé et les résultats sont clairs et cohérents dans les entretiens avec ce groupe. Ils sont d'avis qu'il s'agit de réactions que les personnes âgées à risque de suicide peuvent rencontrer chez leur entourage.</p> <p>Les résultats fournissent des connaissances qui devraient être prises en compte lors de la planification de stratégies préventives pour ce groupe d'âge.</p>
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X		<p>Ils disent qu'il faut voir la personne réellement comme un individu. Les suicides doivent être considérés en relation avec la personnalité de l'individu âgé. Pour apporter son aide au mieux, il faut avoir une compréhension des traits de caractère de l'individu. Les aidants doivent aussi comprendre que la diminution des capacités de la personnes âgée représente une vulnérabilité. Ils doivent s'assurer que la personne garde toujours sa valeur intrinsèque.</p> <p>Les attitudes dans la société qui peuvent conduire à la passivité concernant les mesures de traitement pour ce groupe d'âge, doivent également être abordées à travers le débat public afin que ce problème complexe et éthiquement difficile puisse être élucidé. Le comportement suicidaire chez les personnes âgées doit être reconnu comme un problème de santé par le personnel soignant. Le contact entre les personnes âgées et le personnel de santé doit alors être organisé de manière à encourager la discussion sur les problèmes de la vie propres à la vieillesse. Les généralistes en particulier doivent considérer cela comme une partie importante du travail qu'ils font pour leurs patients âgés. La connaissance du personnel de santé doit être renforcée: chaque employé individuel qui rencontre le problème dans sa pratique doit être capable de se sentir professionnellement en sécurité dans la situation tout en recevant le soutien de ses collègues.</p>

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	<b>X</b>			Nous retrouvons tous les éléments de bases dans l'articles : Résumé, introduction, méthode, résultat et discussion. Ces chapitres sont généralement bien détaillés.
Commentaires :	Cet article aide à mieux comprendre la perception, l'expérience des proches des personnes âgées qui se suicident et met la lumière sur le processus du suicide. Une étude qualitative permet d'approfondir les questions posées.				

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	<b>Park, J. I., Han, M. I., Kim, M. S., Yoon, M. S., Ko, S. H., Cho, H. C., &amp; Chung, Y. C. (2013). Predictors of suicidal ideation in older individuals receiving home-care services. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry, 29</i>(4), 367-376. doi: 10.1002/gps.4012</b>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le taux de suicide en Corée est le plus élevé parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). C'est pour cela, que le suicide chez les personnes âgées est devenu une préoccupation importante, et il est important de comprendre les facteurs associés aux idées suicidaires pour promouvoir leur santé mentale.
Recension des écrits	Des études ont montré que la prévalence des idées suicidaires dans les populations communautaires de personnes âgées était de 12.3% au Japon en 2001, de 14.6% en 1999 et de 20.0% en 2005, en Corée, de 6% à Hong Kong en 2003 et de 16.7% à Taiwan en 2005. Des recherches antérieures réalisées dans les pays occidentaux ont montré des taux élevés de dépression (13.5% en 2002) et d'idées suicidaires (11.7% en 2006) chez les personnes âgées utilisant des services de soins à domicile. Un faible soutien social et le handicap sont des facteurs de risque connus par rapport à l'idéation suicidaire chez les personnes âgées vivant dans la communauté. En plus de ces facteurs de risque liés à la maladie mentale, un régime alimentaire malsain, ne comprenant pas la consommation de poisson, peut devenir un facteur de risque de maladie mentale. Car le poisson est riche en acide gras oméga-3, qui est nécessaires pour un fonctionnement neuronal optimal et qu'une carence de celui-ci peut conduire à des troubles psychiatrique tels que les troubles de l'adaptation, la dépression majeure, la violence impulsive et le suicide.
Cadre théorique ou conceptuel	Pas cité.
Hypothèses/question de recherche/buts	L'hypothèse de cette étude est que l'invalidité, la dépression, le soutien social, la consommation de poisson et certains facteurs sociodémographiques seraient associés à des idées suicidaires dans cette population. En plus, elle s'intéresse aux facteurs qui influencent la relation entre le handicap et l'idéation suicidaire.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Transversale.

Population, échantillon et contexte	La population de cette étude vient de six villes et huit comtés de la province de Jeollabuk-do, en Corée. L'échantillon de personnes âgées qui avait recouru aux soins à domicile, a été sélectionné au hasard. Au total, il y avait 697 sujets (154 hommes et 538 femmes) âgés 50 ans à plus de 90 ans.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Il y a eu une rencontre avec les chercheurs à deux reprises, afin de leur fournir des instructions sur les exigences, les méthodes et les outils de recherche, avec le début de l'étude.</p> <p>Les participants ont répondu à une autoévaluation pour répondre à des informations sociodémographiques tels que l'âge, le sexe, le quartier résidentiel, l'éducation, l'état matrimonial, l'activité physique, le type de service de soins à domicile, la relation avec le conjoint, le niveau d'étude et la maladie chronique.</p> <p>L'utilisation d'une version abrégée de l'échelle de dépression gériatrique (SGDS) sous forme de questionnaire, qui s'évalue en 15 points. Elle a été traduite en coréen et validé par Bae et Cho. Les scores du SGDS vont de 0 à 15. Les personnes ayant un score <math>\geq 8</math> sont placées dans le groupe à haut risque de dépression.</p> <p>L'échelle d'idéation suicidaire (ISC) est une échelle autodéclarée dérivée d'une échelle évaluée par un clinicien. Elle comprend 19 items. Les scores vont de 0 à 38 points. Les personnes ayant un score <math>\geq 9</math> sont placées dans le groupe à haut risque d'idéation suicidaire.</p> <p>Pour évaluer le degré du soutien social, l'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (MSPSS) est utilisé. Cette échelle de 12 items permet d'évaluer le soutien subjectivement reconnu de la famille, des amis et des autres personnes significatives. Le score élevé reflète la reconnaissance subjective de niveau élevé de soutien social.</p> <p>Le WHODAS-II-K est un instrument d'évaluation générique pour la santé et l'invalidité. Il évalue six domaines : la cognition, la mobilité, l'auto-soin, l'activité de la vie, la participation et le bien-être avec les autres. Les scores vont de 0 à 100 points, avec des scores plus élevés indiquant un handicap plus sévère.</p>
Déroulement de l'étude	Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec SPSS pour Windows (version 5.0).
Considérations éthiques	Pas cité.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p><u>Les corrélations entre les variables indépendantes :</u></p> <p>Le mauvais état de santé subjectif perçu, le soutien social non perçu, un grand nombre d'incapacités et un niveau de dépression plus élevé ont été évalués afin de déterminer le lien de la corrélation avec les idées suicidaires.</p> <p><u>Les prédicteurs des idées suicidaires :</u></p> <p>Ayant des données manquantes, certains sujets de l'étude ont été retirés pour cette partie. Pour ces</p>

	<p>résultats, l'échantillon est de 521 répondants. Une analyse de régression multiple hiérarchique a été effectuée pour déterminer la participation relative de chaque variable indépendante à la prédiction de l'idéation suicidaire chez les sujets âgés. Afin de permettre un contrôle statistique, les données sur l'âge, le sexe, l'éducation, la zone résidentielle, l'état matrimonial, la relation avec le conjoint, l'activité physique et les maladies chroniques ont été rentrées dans un premier temps. Puis dans un deuxième temps a été rajouté les variable sur la consommation de poisson, l'état de santé subjectif, trois types de soutien social qui est perçu (de la famille, des amis et d'autres personnes significatives), six types d'incapacités (Cognition, mobilité, autogestion, relations avec les autres, activités de la vie et participation) et la dépression afin d'évaluer leur lien avec les idées suicidaires.</p> <p><u>L'effet médiateur de la dépression sur la relation entre le handicap et les idées suicidaires :</u>  Le test de Sobel, (qui donne une valeur z, a été utilisé pour tester la signification des effets conjoints des chemins a et b dans chaque analyse de médiation).  Ce test a été utilisé pour déterminer si l'effet indirect de l'incapacité sur les idées suicidaires via la dépression différait significativement de zéro (<math>z = 3,885</math>, <math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Afin de l'évaluer, il y a eu trois conditions : 1. Une association significative entre l'incapacité cognitive et la dépression. 2. Une association significative entre l'incapacité cognitive et les idées suicidaires. 3. Une association significative entre la dépression et les idées suicidaires tout en contrôlant l'incapacité cognitive.</p>
Présentation des résultats	<p>Les différentes données relèvent d'un score élevé pour le SGDS (<math>8,22 \pm 4,20</math>) et d'un faible score pour le SSI (<math>6,77 \pm 6,36</math>). Un total de 58.5% de l'échantillon (<math>n = 697</math>) est classé comme présentant un risque élevé de dépression et 31.9% de ce même échantillon est répertorié comme ayant un risque élevé d'idées suicidaires.</p> <p><u>Les corrélations entre les variables indépendantes :</u>  Des corrélations bivariées ont été effectuées pour chaque variable afin de voir leurs liens avec les idéations suicidaires. Le mauvais état de santé subjectif perçu (<math>  r   = 0,118</math>, <math>p &lt; 0,01</math>), le soutien social moins perçu = soutien familiale (<math>  r   = -0,241</math> <math>p &lt; 0,01</math>), soutien des amis (<math>  r   = -0,197</math> <math>p &lt; 0,01</math>) et soutien d'autres personnes (<math>  r   = -0,133</math> <math>p &lt; 0,01</math>), un plus grand nombre d'incapacités dans lequel l'auteur comprend : la cognition (<math>  r   = 0,175</math> <math>p &lt; 0,01</math>), la mobilité (<math>  r   = 0,113</math> <math>p &lt; 0,01</math>), les auto soins (<math>  r   = 0,171</math> <math>p &lt; 0,01</math>), s'entendre avec les autres (<math>  r   = 0,196</math> <math>p &lt; 0,01</math>), les AVQ (<math>  r   = 0,152</math> <math>p &lt; 0,01</math>) et la participation (<math>  r   = 0,250</math> <math>p &lt; 0,01</math>). Et des niveaux plus élevés de dépression (<math>  r   = 0,470</math> <math>p &lt; 0,01</math>).</p> <p><u>Les prédicteurs des idées suicidaires :</u>  Les caractérisés démographiques, la relation avec le conjoint, l'activité physique et les maladies chroniques expliquent 4,2% de la variance de la dépression (<math>R^2 = 0,042</math>, <math>F = 2,778</math>, <math>p &lt; 0,01</math>).  La consommation de poisson, montre une corrélation non significative avec les idées suicidaires (<math>R^2 = 0,041</math>, <math>p = 0,512</math>).  L'état de santé subjectif montre une corrélation non significative avec les idées suicidaires (<math>R^2 = 0,044</math>, <math>p =</math></p>

	<p>0,268).</p> <p>Le soutien social perçu de la famille, des amis et d'autres personnes significatives, montre une prévision avec les idées suicidaires (<math>R^2 = 0,097</math>, <math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Les 6 catégories d'incapacités : cognition, mobilité, autogestion, relations avec les autres, activités de la vie et participation, montre une corrélation avec les idées suicidaires (<math>R^2 = 0,151</math>, <math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Le sexe (homme/femme) peut expliquer à (<math>R^2 = 0,041</math>, <math>p &lt; 0,006</math>) le lien avec les idées suicidaire</p> <p>L'examen des valeurs des variables montre que fait d'être une femme (<math>n = 538</math> contre 154 hommes), d'avoir un faible soutien perçu de la famille et d'être handicapée en ce qui concerne la participation était associé à des niveaux plus élevés d'idées suicidaires.</p> <p>Les prédicteurs significatifs aux idées suicidaires différaient de ceux identifiés. Le fait d'être une femme (<math>n = 538</math> (77,7% ) sur 692 participants hommes <math>n = 154</math> (22,3%)) et d'avoir un faible soutien perçu de la part de la famille restait significatif, alors que, l'invalidité par rapport à la participation n'était plus significative après contrôle de la dépression. De façon inattendue, vivre dans une région rurale (<math>n = 201</math> (28,8%)), état de santé perçu : très bien (<math>n = 8</math> (1,2%)), bien (<math>n = 43</math> (6,3%)), normal (<math>n = 158</math> (23,3%)), mauvais (<math>n = 314</math> (45,8%)) et très mauvais (<math>n = 162</math> (23,6%)), état matrimonial autre que veuf (marié <math>n = 154</math> (22,3%), séparé <math>n = 10</math> (1,4%), divorcé <math>n = 17</math> (2,5%) et vivant ensemble <math>n = 476</math> (68,8%)) et la consommation de poisson : <math>&lt; 3x/semaine</math> (<math>n = 312</math> (45,1%)) et <math>&gt; ou = 3x/semaine</math> (<math>n = 99</math> (14,3%)), étaient des prédicteurs significatifs de niveaux plus élevés d'idées suicidaires.</p> <p><u>L'effet médiateur de la dépression sur la relation entre le handicap et les idées suicidaires :</u></p> <p>Les résultats de trois modèles de régression multiple testant l'effet médiateur de la dépression sur la relation entre invalidité et idéation suicidaire.</p> <p>(i) une association significative entre l'incapacité cognitive et la dépression (<math>b = 0,025</math>, <math>p &lt; 0,001</math>); (ii) une association significative entre l'incapacité cognitive et l'idéation suicidaire (<math>b = 0,033</math>, <math>p &lt; 0,01</math>); et (iii) une association significative entre la dépression et l'idéation suicidaire tout en contrôlant l'incapacité cognitive (<math>b = 0,485</math>, <math>p &lt; 0,001</math>), l'association entre déficience cognitive et idées suicidaires devenant non significative (soutenant la présence d'un effet médiateur complet) lorsque la dépression était contrôlée (<math>b = 0,014</math>, <math>p = 0,168</math>).</p> <p>Les résultats suggèrent que la dépression est un médiateur complet de la relation positive entre l'incapacité cognitive et l'idéation suicidaire.</p> <p>En ce qui concerne les handicaps liés aux soins personnels, aux relations avec les autres et aux activités de la vie, la dépression joue un rôle de médiateur dans la relation positive entre le handicap et les idées suicidaires.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>La principale conclusion de cette étude est que la dépression est le prédicteur le plus puissant des idées suicidaires chez les personnes âgées qui utilisent un service de soins à domicile. Les résultats de l'étude montrent aussi que les personnes âgées recevant des soins des services de soins à domicile sont vulnérables à la dépression et aux idées suicidaires.</p>

	<p>De plus, l'étude a identifié les effets des différentes catégories de soutien social et démontre que le soutien social moins perçu par la famille est lié à un niveau plus au d'idées suicidaires. Les résultats de l'étude suggèrent que le soutien de la famille est un prédicteur des idées suicidaires.</p>
Forces et limites	<p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les rôles entre l'état de santé subjectif et la consommation de poisson par rapport aux idées suicidaires.</p> <p>Cette étude n'a pas pu confirmer un effet médiateur du soutien social sur la relation entre le handicap et les idées suicidaires.</p> <p>Limite :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le design est transversal et ne peut donc pas identifier les relations causales. Donc il faudrait réaliser des études supplémentaires utilisant des données longitudinales afin d'accroître la compréhension du développement des idées suicidaires et du rôle de statut somatique et mental dans ce processus.</li> <li>- Dans les analyses de régression, des proportions substantielles de participants pour lesquels des données manquaient n'ont pas été incluses. Ces données manquantes peuvent entraîner un biais de sélection et limiter la généralisation des résultats.</li> <li>- Des informations sur certaines variables sociodémographiques telles que la fréquence de l'activité physique et de la consommation de poisson, l'état de santé subjectif et l'existence des maladies chroniques ont été obtenues de manière assez simple.</li> <li>- Plusieurs variables potentielles affectant les résultats (par exemple : le fonctionnement cognitif, les événements stressants de la vie et l'état financier) n'ont pas été mesurées dans cette étude.</li> </ul> <p>Force :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est l'échantillon qui est suffisamment important de personnes très âgées qui reçoivent des services de soins à domicile et l'utilisation d'instruments normalisés.</li> </ul>
Conséquences et recommandations	<p>L'objectif principal des efforts de prévention du suicide pour cette population cible avec un risque élevé doit être pris en compte. Car cette étude a identifié une grande association entre la dépression et les idées suicidaires. Le dépistage de la dépression sous-jacent et la prise en charge de la population âgée doivent être souligné afin de fournir des services psychologiques. L'amélioration du soutien social pour les personnes âgées pourrait contribuer à la prévention des idées suicidaires.</p> <p>Si des idées suicidaires sont détectées, l'étude recommande d'évaluer le soutien offert par les membres de la famille et que le renforcement du soutien social doit être une priorité pour la prévention des idées suicidaires.</p> <p>Des stratégies préventives axées sur la réduction du niveau d'incapacité pourraient être une aide supplémentaire dans les efforts visant à prévenir les idées suicidaires.</p>

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	<b>Park, J. I., Han, M. I., Kim, M. S., Yoon, M. S., Ko, S. H., Cho, H. C., &amp; Chung, Y. C. (2013). Predictors of suicidal ideation in older individuals receiving home-care services. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 29(4), 367-376. doi: 10.1002/gps.4012</b>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre parle de la prédiction des idées suicidaire chez les personnes âgées qui reçoivent des service de soins à domicile, mais ne dit pas que la population se trouve dans les pays asiatiques.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			<p>Problème : peu de connaissances sur les idées suicidaires chez une population âgée qui reçoit des soins à domicile dans les pays asiatiques. Le but est d'examiner les facteurs prédictifs de l'idéation suicidaire.</p> <p>Méthode : un échantillon de 697 personnes choisies au hasard parmi les personnes de 50 ans et plus qui utilisent les soins à domicile dans la province de Jeollabuk-do, en Corée. Chaque participant a complété la version abrégée de l'Échelle de la dépression gériatrique, l'Échelle de l'idéation suicidaire, l'Échelle multidimensionnelle du soutien social perçu et le Tableau II de l'évaluation de l'invalidité de l'Organisation mondiale de la santé.</p> <p>Résultats : L'analyse de régression hiérarchique montre que les facteurs prédictifs importants des idées suicidaires sont la dépression, le soutien social perçu et l'incapacité. Le niveau de soutien social perçu était lié à des niveaux plus élevés d'idéation suicidaire. Les rôles de l'état de santé subjectif et la consommation de poissons restaient ambigus pour les facteurs prédictifs. Les associations entre divers catégories d'incapacités et d'idées suicidaires ont disparu après contrôle de la dépression. L'étude de l'effet médiateur de la dépression sur ; la relation entre invalidité et idées suicidaires à montré que la dépression était soit complète, partielle.</p> <p>Il n'y a pas de discussion, mais il y a la conclusion qui dit qu'il</p>



					faut privilégier les stratégies préventives axées sur la dépression, le soutien social et le handicap
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le taux de suicide en Corée est le plus élevé parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). C'est pour cela, que le suicide chez les personnes âgées est devenu une préoccupation importante, et il est important de comprendre les facteurs associés aux idées suicidaires pour promouvoir leur santé mentale.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Le taux de suicide chez les personnes de plus de 80 ans (123,3 pour 100 000) est cinq fois plus élevé que chez les personnes dans la vingtaine (24,4 pour 100 000). Des études antérieures ont montré que la prévalence des idées suicidaires dans les populations communautaires de personnes âgées était de 12,3% au Japon, 14,6 et 20,0% en Corée, 6% à Hong Kong et 16,7% à Taiwan. La maladie mentale chez les personnes âgées utilisant un service de soins à domicile n'a pas beaucoup été étudié dans les pays asiatiques. Le faible soutien social et le handicap sont des facteurs de risque d'idéation suicidaire chez les personnes âgées vivant dans la communauté. Un régime alimentaire malsain, en particulier la consommation de poisson est considéré comme un facteur de risque de maladie mentale.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Ne parle pas de théories et pas de concepts.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Ils ont émis l'hypothèse que l'invalidité, la dépression, le soutien social, la consommation de poisson et certains facteurs sociodémographiques seraient associés à des idées suicidaires dans cette population. Ils recherchent aussi les facteurs qui influencent la relation entre le handicap et l'idéation suicidaire
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Transversale.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Dans les six villes et huit comtés de la province de Jeollabuk-do, en Corée. Ils ont fait une sélection au hasard des personnes âgées qui reçoivent des services d'un centre à domicile classé en 6 catégories.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon ne se trouve pas dans la méthode, mais dans les résultats. Un total de 697 sujet, composé de 154 hommes et 538 femmes. Âgées de 50 ans à plus de 90 ans. Les sujet ont dû autoévaluer un certain nombre de variables sociodémographique. Au final, un échantillon de 521 répondants, car les sujets qui avaient des manquent ont été retiré de l'étude.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Il n'y a pas de précision.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			la version abrégée de l'échelle de dépression gériatrique est un questionnaire facile à administrer en 15 points qui a été traduit en coréen et validé par Bae et Cho pour dépister la dépression L'Échelle d'Idéation Suicide est une échelle auto-déclarée dérivée d'une échelle évaluée par un clinicien (Beck et al., 1979) qui a été transformée par Shin et ses collègues en 1990 l'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (MSPSS), développée par Zimet, Dahlem, Zimet et Farleym pour évaluer le degré de soutien social.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?			X	Les variables sociodémographiques sont l'âge, le sexe, le quartier résidentiel, l'éducation, l'état matrimonial, l'activité physique, le type de service de soins à domicile, la relation avec le conjoint, et maladie chronique. L'état matrimonial a été catégorisé comme suit : célibataire, marié, séparé, divorcé, veuf et vivant ensemble et les sujets ont été reclassés comme veufs ou non. Les autres variables sociodémographiques ont été classées comme suit : zones résidentielles (urbaines ou rurales) ; activité physique (jamais, parfois et souvent) ; relation avec le conjoint actuel ou passé (sauf si jamais marié : très bon, bon, normal, mauvais et très mauvais) ; état de santé subjectif (très bon, bon, normal, mauvais et très mauvais) ; la consommation de poisson (rarement, <3 fois par semaine, ≥ 3 fois par semaine) ; et maladie chronique (oui et non).

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?				<p>697 sujets ont été sélectionné au hasard. Ils ont contacté les chercheurs à deux reprises pour leur fournir des instructions sur les exigences, les méthodes et les outils de recherche, puis les chercheurs ont visité des foyers et des centres de service à domicile pour mener des entrevues individuelles. Ils ont demandé aux participants de s'autoévaluer sur un certains nombre de variables sociodémographiques. Les sujets qui avaient des données manquantes ont été éliminés des analyses statistiques, ce qui a donné un échantillon final de 521 répondants.</p> <p>Des analyses de corrélation ont été effectuées pour identifier les relations globales entre les variables.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?		X		<p>Ne disent pas quelles mesures ont été prises pour préserver les droits du patients.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?		X		<p>Les corrélations entre les variables indépendantes : Le mauvais état de santé subjectif perçu, le soutien social non perçu, un grand nombre d'incapacités et un niveau de dépression plus élevé ont été évalué afin de déterminer le lien de la corrélation avec les idées suicidaires.</p> <p><u>Les prédicteurs des idées suicidaires :</u> Ayant des données manquantes, certains sujets de l'étude ont été retirés pour cette partie. Pour ces résultats, l'échantillon est de 521 répondants. Pour permettre un contrôle statistique, les données sur l'âge, le sexe, l'éducation, la zone résidentielle, l'état matrimonial, la relation avec le conjoint, l'activité physique et les maladies chroniques ont été rentrées dans un premier temps. Puis dans un deuxième temps a été rajouté les variable sur la consommation de poisson, l'état de santé subjectif, trois types de soutien social qui est perçu (de la famille, des amis et d'autres personnes significatives), six types d'incapacités (Cognition, mobilité, autogestion, les relations avec les autres, activités de la vie et participation) et la dépression, afin d'évaluer leur lien avec les idées suicidaires.</p> <p><u>L'effet médiateur de la dépression sur la relation entre le</u></p>

				<p><u>handicap et les idées suicidaires</u> :</p> <p>Pour l'évaluer, il y a eu trois conditions : 1. Une association significative entre l'incapacité cognitive et la dépression. 2. Une association significative entre l'incapacité cognitive et les idées suicidaires. 3. Une association significative entre la dépression et les idées suicidaires tout en contrôlant l'incapacité cognitive.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Les différentes données relèvent d'un score élevé pour le SGDS (<math>8,22 \pm 4,20</math>) et d'un faible score pour le SSI (<math>6,77 \pm 6,36</math>). Un total de 58.5% de l'échantillon est classé comme présentant un risque élevé de dépression. 31.9% de ce même échantillon est répertorié comme ayant un risque élevé d'idées suicidaires.</p> <p>Les corrélations entre les variables indépendantes : Le mauvais état de santé subjectif perçu, le soutien social non perçu, un grand nombre d'incapacités et un niveau de dépression plus élevé montrent une corrélation (lien) avec de forte d'idées suicidaires.</p> <p>Les prédicteurs des idées suicidaires : On démontré que le fait d'être une femme, d'avoir un faible soutien perçu par la famille et des incapacités dans la participation est associé à un niveau plus élevé d'idées suicidaires. Alors qu'au niveau de la dépression, l'étude montre que le fait d'être une femme et d'avoir un faible soutien social perçu par la famille est significatif. Mais le lien avec l'incapacité par rapport à la participation n'est plus significatif. Mais de façon inattendue, le fait de vivre dans une région rurale, d'avoir un état matrimonial comme marié, séparé, divorcé et vivant ensemble et d'avoir une consommation élevée de poisson sont des prédicteurs significatifs à un niveau plus élevé d'idées suicidaires.</p> <p>L'effet médiateur de la dépression sur la relation entre le handicap et les idées suicidaires : Les résultats suggèrent que la dépression est un médiateur complet de la relation positive entre l'incapacité cognitive et l'idéation suicidaire. En ce qui concerne les handicaps liés aux soins personnels, aux relations avec les autres et aux activités de la vie, la dépression</p>

				joue un rôle de médiateur dans la relation positive entre le handicap et les idées suicidaires.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X	Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		X	<p>La dépression était le prédicteur le plus puissant de l'idéation suicidaire chez les personnes âgées qui utilisaient les services de soins à domicile. Rowe et al. (2006) ont signalé que des symptômes plus graves de dépression, plus de comorbidité médicale et moins de soutien social perçu étaient significativement associés à des idées suicidaires chez les personnes âgées qui utilisaient des services de soins à domicile. Cette constatation est également cohérente avec la majorité des études antérieures menées auprès d'individus âgés vivant dans la communauté (Awata et al., 2005, Barnow et al., 2004, Pfaff et Almeida, 2005, Yip et al., 2003).</p> <p>Bien que Pfaff et Almeida (2005) aient signalé que les personnes ayant une mauvaise santé perçue étaient plus à risque d'idées suicidaires (RC 4,6, IC (intervalle de confiance) à 95%: 1,8-10,4), cette association s'est affaiblie après avoir neutralisé toutes les variables confondantes, y compris la dépression.</p>
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X	<p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les rôles entre l'état de santé subjectif et la consommation de poisson par rapport aux idées suicidaires. Cette étude n'a pas pu confirmer un effet médiateur du soutien social sur la relation entre le handicap et les idées suicidaires.</p> <p>Limite :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le design est transversal et ne peut donc pas identifier les relations causales. Donc il faudrait réaliser des études supplémentaires utilisant des données longitudinales, afin d'accroître la compréhension du développement des idées suicidaires et du rôle de statut somatique et mental dans ce processus.</li> <li>- Dans les analyses de régression, des proportions substantielles de participants pour lesquels des données manquaient n'ont pas été incluses. Ces données</li> </ul>

				<p>manquantes peuvent entraîner un biais de sélection et limiter la généralisation des résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des informations sur certaines variables sociodémographiques telles que la fréquence de l'activité physique et de la consommation de poisson, l'état de santé subjectif et l'existence des maladies chroniques ont été obtenues de manière assez simple.</li> <li>- Plusieurs variables potentielles affectant les résultats (par exemple : le fonctionnement cognitif, les événements stressants de la vie et l'état financier) n'ont pas été mesurées dans cette étude.</li> </ul> <p>Force : C'est un échantillon important qui possède suffisamment de personnes très âgées qui reçoivent des services de soins à domicile et l'utilisation d'instruments normalisés.</p>
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			<p><b>X</b></p> <p>Des données manquantes peuvent entraîner un biais de sélection et limiter la généralisation des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			<p><b>X</b></p> <p>Une approche collaborative de la prise en charge des personnes âgées souffrant de dépression s'avère efficace pour réduire les idées suicidaires et les symptômes dépressifs à long terme. De plus, la prévention progressive des soins chez les personnes âgées présentant des symptômes dépressifs sous-seuil ou de l'anxiété est efficace pour réduire le risque d'apparition de ces troubles.</p> <p>Le traitement des patients âgés à haut risque devrait inclure une plus grande attention à la vulnérabilité personnelle (dépression, faible soutien social et incapacité) et mettre l'accent sur les stratégies préventives liées aux facteurs de risque dans le but de réduire les idées suicidaires et les comportements associés.</p> <p>Le dépistage de la dépression sous-jacente et la prise en charge appropriée des personnes âgées utilisant des services de soins à domicile doivent être soulignés dans les efforts visant à fournir des services psychologiques aux personnes âgées. Les chercheurs ont signalé que le soutien social contribue grandement à la promotion de la santé et à la mortalité à long</p>

					terme dans les dernières étapes de la vie.  Le soutien de la famille est un prédicteur de l'idéation suicidaire chez les personnes âgées. Si des idées suicidaires sont détectées, nous recommandons que le soutien offert par les membres de la famille soit évalué et que le renforcement de ce soutien soit une priorité dans les efforts visant à prévenir les idées suicidaires.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			X	aucune association entre l'apport alimentaire en acides gras oméga-3 ou la consommation de poisson et les déclarations d'humeur dépressive, d'hospitalisation pour un épisode dépressif majeur ou de suicide. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les rôles de l'état de santé subjectif et de la consommation de poisson dans les idées suicidaires.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	Les informations ne sont pas toujours à la bonne place. Il y a un manque d'informations détaillées. Cependant l'article reste bien structuré et présente des tableaux et des paragraphes cohérents.
Commentaires :					

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	<b>Wongpakaran, T., &amp; Wongpakaran, N. (2013). Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. <i>Clinical intervention in Aging, 8</i>, 1553-1559. Doi: 10.2147/CIA.S53355</b>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	La suicidalité est une maladie grave qui couvre toute une gamme de trouble, de l'idéation suicidaire à acte suicidaire. En Thaïlande, comme dans de nombreux pays, les personnes âgées ont une tendance plus haute par rapport au taux de suicide.
Recension des écrits	D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les personnes âgées ont plus de chance de réussir leurs tentatives de suicide que les autres groupes d'âge.
Cadre théorique ou conceptuel	Pas présent
Hypothèses/question de recherche/buts	<b>Le but est d'établir le niveau de corrélation entre l'élément du suicide contenu dans l'index symptomatique de la base et la présence de pensées suicidaires évoluées par la Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) et l'échelle de Cornell de la dépression dans la démence (CSDD).</b>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude transversale
Population, échantillon et contexte	Les participants sont des résidents âgés de 60 ans et plus dans un établissement de soins de longue durée à Chiang Mai, dans le nord de la Thaïlande. Les interviews ont été menées par un psychologue de recherche clinique formé et d'une infirmière psychiatrique. Le fait de ne pas pouvoir terminer l'entrevue en raison d'une incapacité physique, d'une maladie psychiatrique ou d'une déficience cognitive, ou d'une communication pas adéquate sont des critères de exclusion pour la participation à cette étude. Au total, 80 patients sont invités à participer à l'étude. Mais trois patients sont exclus en raison de problèmes de communication, quatre patients souffraient de trouble cognitifs sévères et ne pouvaient pas fournir suffisamment d'informations, et trois ont refusé de participer. En conséquence, l'échantillon final de cette étude est de 70 patients, qui ont participés à des interviews et à des questionnaires GDS et CSI.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<u>CSI</u> : C'est un instrument autoévalué conçu comme un outil de mesure de dépistage et de suivi, et a été modifié à partir du SCL-90. Il compose de 17 éléments, qui sont basés sur une échelle de Likert à 5 points et comprennent des valeurs de réponse de 0 (jamais), 1 (rarement), 2 (parfois), 3 (fréquemment), 4 (presque toujours) et 5 (toujours). Plus le score



	<p>total est élevé, plus le niveau de psychopathologie est élevé. Le CIS est composé de trois sous-échelles, qui sont la dépression, l'anxiété et les plaintes somatiques, qui représentent tous les problèmes psychiatriques communs chez les personnes âgées. La sous-échelle de la dépression prend en compte quatre items. Celle de l'anxiété se compose de six items et celle des plaintes somatiques comprend sept items.</p> <p>En dehors de cette étude, cet instrument a été testé sur 41 patients âgés et a montré un niveau élevé de fiabilité, en fournissant un alpha de Cronbach à 0.87.</p> <p><u>GDS</u> (Gériatric Depression Scale): Cet outil permet d'évaluer le niveau de dépression chez les personnes âgées. La version thaïlandaise du GDS à 15 items a démontré de bonnes propriétés psychométriques lors de l'évaluation de patients gériatriques sans déficience cognitive, donnant un alpha de Cronbach de 0.82. Cette version comporte 15 items où les réponses sont « oui » ou « non ». Les réponses sont additionnées d'après si elles indiquent une possibilité de dépression. Donc plus le score est élevé, plus la dépression est présente.</p> <p><u>CSDD (échelle de Cornell de la dépression dans la démence)</u> : Il contient 19 items, couvrant les signes liés à l'humeur, les fonctions comportementales, physiques et cycliques, et les perturbations idéationnelles. Chaque item peut recevoir un score allant de 0 (absent) à 2 (sévère). Plus le score est élevé, plus le niveau de dépression indiqué est élevé. Durant cette étude, cette échelle a été utilisée par une infirmière de recherche psychiatrique qualifiée.</p> <p><u>MMSE-thai 2002</u> (Mini Mental State Examination): Cet instrument permet de mesurer les troubles cognitifs chez les thaïlandais. Cette version thaïlandaise requiert des informations sur les niveaux d'éducation des participants afin de créer des scores de coupure pour les déficiences cognitives ou les étiquettes de démence. Les scores de cet outil vont de 0 à 30 point.</p> <p><u>MINI suicidality</u> (MINI-International Neuropsychiatric Interview) : Il est utilisé pour détecter les tendances suicidaires. Dans la version thaïlandaise, qui est validée, le type de réponse est dichotomique à 6 items (oui/ non). Les questions du questionnaire sont de temporalité du dernier mois ou de la dernière semaine.</p>
Dérroulement de l'étude	<p>Pour comparer le niveau d'accord entre les mesures de pensées suicidaires, le Kappa de Cohen et l'AC1 de Gwet ont été comparés.</p> <p>Pour trouver des prédicteurs de la gravité des pensées suicidaires, Le CSI, le GDS et les scores aux instruments MDD ont été inclus comme variables indépendantes dans l'analyse univariée.</p> <p>Une analyse de courbe ROC est réalisée pour évaluer la sensibilité et la spécificité de CSI.</p>
Considérations éthiques	<p>Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la faculté de médecine de l'université de Chiang Mai et les sujets ont donné leur consentement éclairé.</p>

Résultats Traitement/Analyse des données	37% de l'échantillon présentent des troubles cognitifs. Il y a un haut niveau de corrélation entre les données recueillies par les méthodes d'auto-évaluation et d'interview par rapport aux pensées suicidaires.
Présentation des résultats	<p>L'âge moyen et l'écart type des résidents est de 77 et 7.10 ans. La plus grande proportion des participants sont des femmes (61,3%). Seulement 7% vivent avec leur conjoint. 24% de ces participants sont atteints de MDD (Major Depressive Disorder), tandis que 27% ont des pensées suicidaires selon la MINI. 34% présentent un risque de suicide, bien que pour eux le risque est minime (22.9% des 34%).</p> <p>Il y a un haut niveau de corrélation entre les données recueillies par les méthodes d'auto-évaluation et l'interview par rapport aux pensées suicidaires, en termes de degré (<math>r=0.773</math>, <math>P= 0.001</math>). Une corrélation positive a été observé entre « Pensez-vous que vous seriez mieux mort ou souhaitez-vous être mort ? » et « Voulez-vous vous faire du mal ou blesser quelqu'un ou vous blessez ? » (<math>r = 0,553</math>, <math>P&lt; 0,001</math> et <math>r = 0,714</math>, <math>P&lt;0,001</math>).</p> <p>Un niveau d'accord élevé a été trouvé entre MINI et CSDD Kappa de Cohen, de 0.91 pour AC1 de Gwet est un niveau d'accord de 93%.</p> <p>Cette analyse montre que seulement l'item 2 du CSI prédisait la sévérité des pensées suicidaires (<math>t=5.849</math>, <math>P= 0.001</math>), l'intervalle de confiance à 95% [CI]= 1.382, 2.815 avec une taille d'effet de 0.345</p> <p>L'analyse de courbe ROC donne une haute sensibilité (100%) et une spécificité (90.32%) pour les pensées suicidaires en MINI, et une aire sous la courbe (AUC) de 97% indiquant une valeur clinique élevée du pouvoir discriminatoire.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Mise en évidence, par les résultats, qu'il est possible de dépister le suicide chez les personnes âgées qui sont des résidents d'établissement de soins à longue durée, en utilisant un questionnaire bref et facile à administrer.
Forces et limites	<b>Limites : le fait d'avoir un petit échantillon et que la population se trouve que dans un seul établissement.</b>
Conséquences et recommandations	Pour une future étude, il est important qu'il y ait un échantillon plus important avec une variété de paramètres, tel que les services ambulatoire et les services d'hospitalisation.

#### Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	<b>Wongpakaran, T., &amp; Wongpakaran, N. (2013). Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. <i>Clinical intervention in Aging, 8</i>, 1553-1559. Doi: 10.2147/CIA.S53355</b>				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	<b>X</b>			Le titre précise le but de l'étude qui est de détecter le suicide. Sa population est les personnes âgées. Et le contexte correspond un établissement de soin de longue durée.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			<b>X</b>	Dans le résumé de cet article, le problème lié à la thématique n'est pas expliqué. Par contre, il y a l'explication du but, qui est exprimé de façon clair. La partie méthode nomme la population de cette étude et les différentes échelles et moyens utilisés pour obtenir les informations. Pour les résultats, les données ne sont pas assez précises, car il est relevé qu'il y a deux facteurs prédictifs des pensées suicidaire. Mais ils ne sont pas nommés. La partie conclusion nomme l'utilisation du CSI pour évaluer la présence d'idées suicidaires.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?		<b>X</b>		Dans l'introduction, l'auteur explique ce que c'est la suicidalité, les pensées suicidaire. Le contexte n'est pas explicite et est camouflé dans les données de la récitation des écrits.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?		<b>X</b>		Dans cette partie est nommée l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sans donner d'information par rapport à la situation du problème de suicide, tentative de suicide ou de dépression chiffré par rapport au pays de l'étude ou globalement. Les divers informations citées dans la récitation des écrits ne sont pas basées sur des travaux antérieurs. Dans cette partie, il est relevé les différentes échelles qui peuvent être utilisées pour identifier les tendance suicidaires et la dépression

					chez la personne âgée.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Ils ne sont pas nommés dans cette étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but est cité. Il est d'établir le niveau de corrélation entre l'élément du suicide contenu dans l'index symptomatique de la base et la présence de pensées suicidaires évaluées par la Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) et l'échelle de Cornell de la dépression dans la démence (CSDD).
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?			X	Dans cette étude, il y a l'information qu'elle est transversale. Mais avec l'analyse des différents résultats et des moyens de récoltes de données, on peut déduire qu'il s'agit d'une étude quantitative.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les population sont des résidents, qui sont âgés de 60 ans et plus, dans un établissement de soins de longue durées à Chiang Mai, dans le nord de la Thaïlande.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Cette étude informe du nombre total de participant, qui est de 80 patients.  Les critères exclusions sont només tels que l'incapacité de réaliser l'entrevue pour cause d'incapacité physique, d'une maladie psychiatrique, d'une déficience cognitive ou une communication pas adéquate.  Trois patients sont exclus pour des raisons de problèmes de communication, quatre souffraient de troubles cognitifs sévères et ils ne peuvent pas fournir suffisamment d'information et trois ont refusé de participer.  L'échantillon final est de 70 patients.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Pas discuté dans cette étude.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			<p><u>CSI</u> :</p> <p>C'est un instrument autoévalué conçu comme un outil de mesure de dépistage et de suivi, et a été modifié à partir du SCL-90. Il compose de 17 éléments, qui sont basés sur une échelle de Likert à 5 points et comprennent des valeurs de réponse de 0 (jamais), 1 (rarement), 2 (parfois), 3 (fréquemment), 4 (presque toujours) et 5 (toujours). Plus le score total est élevé, plus le niveau de psychopathologie est élevé. Le CIS est composé de trois sous-échelles, qui sont la dépression, l'anxiété et les plaintes somatiques, qui représentent tous les problèmes psychiatriques communs chez les personnes âgées. La sous-échelle de la dépression prend en compte quatre items. Celle de l'anxiété se compose de six items et celle des plaintes somatiques comprend sept items. En dehors de cette étude, cet instrument a été testé sur 41 patients âgés et a montré un niveau élevé de fiabilité, en fournissant un alpha de Cronbach à 0.87.</p> <p><u>GDS</u> (Gériatric Depression Scale):</p> <p>Cet outil permet d'évaluer le niveau de dépression chez les personnes âgées. La version thaïlandaise du GDS à 15 items a démontré de bonnes propriétés psychométriques lors de l'évaluation de patients gériatriques sans déficience cognitive, donnant un alpha de Cronbach de 0.82. Cette version comporte 15 items où les réponses sont « oui » ou « non ». Les réponses sont additionnées d'après si elles indiquent une possibilité de dépression. Donc, plus le score est élevé, plus la dépression est présente.</p> <p><u>CSDD (échelle de Cornell de la dépression dans la démence)</u> :</p> <p>Il contient 19 items, couvrant les signes liés à l'humeur, les fonctions comportementales, physiques et cycliques, et les perturbations idéationnelles. Chaque item peut recevoir un score allant de 0 (absent) à 2 (sévère). Plus le score est élevé, plus le niveau de dépression indiqué est élevé. Durant cette étude, cette échelle a été utilisée par une infirmière de recherche psychiatrique qualifiée.</p>

					<p><u>MMSE-thai 2002</u> (Mini Mental State Examination): Cet instrument permet de mesurer les troubles cognitifs chez les Thaïlandais. Cette version thaïlandaise requiert des informations sur les niveaux d'éducation des participants afin de créer des scores de coupure pour les déficiences cognitives ou les étiquettes de démence. Les scores de cet outil vont de 0 à 30 point.</p> <p><u>MINI suicidality</u> (MINI-International Neuropsychiatric Interview) : Il est utilisé pour détecter les tendances suicidaires. Dans la version thaïlandaise, qui est validée. Le type de réponses sont dichotomiques à 6 items (oui/ non). Les questions du questionnaire sont de temporalité du dernier mois ou de la dernière semaine.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?		X		Pas présent dans cette étude
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	<p>Pour comparer le niveau d'accord entre les mesures de pensées suicidaires, le Kappa de Cohen et l'AC1 de Gwet ont été comparés.</p> <p>Pour trouver des prédicteurs de la gravité des pensées suicidaires, le CSI, le GDS et les scores aux instruments MDD ont été inclus comme variables indépendantes dans l'analyse uni variée.</p> <p>Une analyse de courbe ROC est réalisée pour évaluer la sensibilité et la spécificité de CSI.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Les sujets ont donné leur consentement éclairé et cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de médecine de l'université de Chiang Mai.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?		X		Pas présent dans cette étude
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Présence de tableau pour présenter les résultats et d'explications écrites.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Pas de présence de cadre théorique, ni conceptuel
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		X		L'auteur n'a pas interprété ses résultats avec des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cette étude ne relève deux limites qui est le fait d'avoir un petit échantillon et que la population se trouve que dans un seul établissement.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Pas présent dans cette étude
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X		Pas présent dans cette étude
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Pour une future étude, il est important qu'il y ait un échantillon plus important avec une variété de paramètres, tel que les services ambulatoire et les services d'hospitalisation.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article comprend le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion.

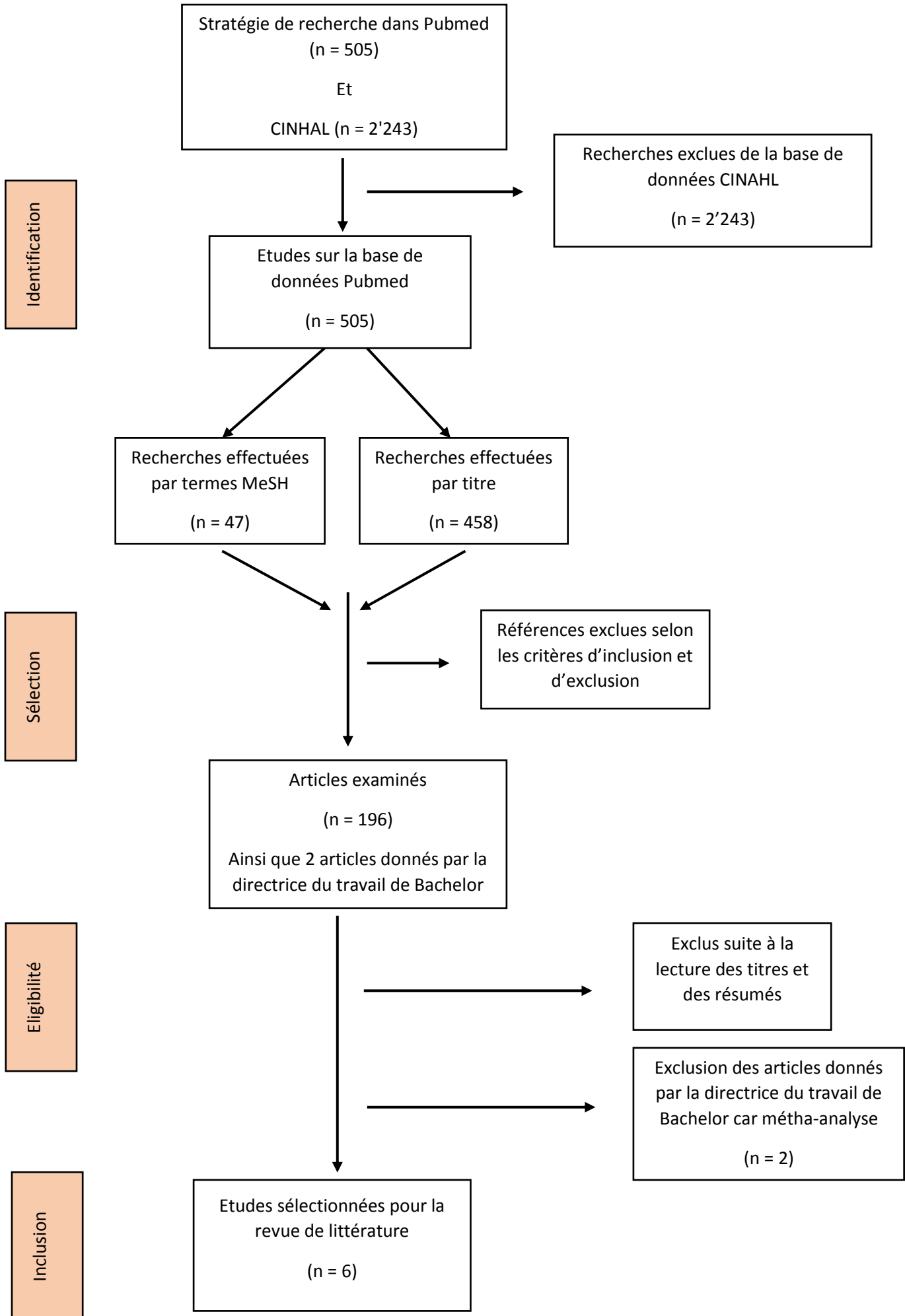
Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## **Appendice F**

Diagramme de Flow





## **Appendice G**

Tableau synthétique des articles scientifiques

Références, Pays	Devis, Echantillon	Population / type d'étude	But de l'étude / objectif / hypothèse	Intervention / Méthode de collecte de données / instrument de mesure	Résultats général	Limites
<p>Wongpakaran, T., &amp; Wongpakaran, N. (2013). Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. <i>Clinical intervention in Aging, 8</i>, 1553-1559. Doi: 10.2147/CIA.S53355</p> <p>Pays: Thaïlande</p>	<p>C'est une étude quantitative.</p> <p>La population est de 80 patients. Mais au total, il y a 10 résidents qui sont exclus. L'échantillon est de 70 patients.</p>	<p>Les participants sont des résidents âgés de 60 ans et plus dans un établissement de soins de longue durée à Chiang Mai, dans le nord de la Thaïlande.</p> <p>C'est une étude transversale.</p>	<p>Le but est d'établir le niveau de corrélation entre l'élément du suicide contenu dans l'index symptomatique de la base et la présence de pensées suicidaires évoluées par la Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) et l'échelle de Cornell de la dépression dans la démence (CSDD).</p>	<p>Les instruments de mesure utilisés sont le <b>CSI</b> composé de trois sous échelles (de la dépression, de l'anxiété et des plaintes somatiques), l'<b>échelle de la dépression gériatrique (GDS)</b>, l'<b>échelle de Cornell de la dépression dans la démence (CSDD)</b>, la <b>Mini Mental State Examination (MMSE-thai 2012)</b> et la <b>MINI-International Neuropsychiatric Interview (MINI suicidality)</b>.</p>	<p>La plus grande partie des participants sont à 61.3% des femmes. 7% seulement vivent avec leur conjoint. Selon le MINI, 24% sont atteints d'un trouble dépressif majeur (MDD) et 27% ont des pensées suicidaires. 34% présentent un risque suicidaire, mais 22.9% d'entre eux trouvent que le risque est minime. Le niveau de corrélation entre les auto-évaluations et les interviews, par rapport aux pensées suicidaires, est un haut niveau</p>	<p>Les limites de cette étude est la petite taille de l'échantillon et que la population se trouve dans le même établissement.</p>

					<p>(<math>r=0.773</math>, <math>p=0.001</math>). Une corrélation positive a été observée entre « Pensez-vous que vous seriez mieux mort ou souhaitez-vous être mort ? » et « Voulez-vous vous faire du mal ou blesser quelqu'un ou vous blesser ? » (<math>r =0.553</math> et <math>p&lt;0.001</math>) et (<math>r =0.714</math> et <math>p&lt;0.001</math>). Leur analyse montre que l'item 2 du SCI (auto-évaluation modifié à partir du SCL-90) prédisait la sévérité du processus suicidaire avec un intervalle de confiance de 95% [CI] =1.382, 2.815. Et il peut donc être recommandé</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>comme mesure d'évaluation de la tendance suicidaire par rapport à l'utilisation d'interview standard.</p> <p>L'analyse de la courbe ROC pour la pensée suicidaire avec l'échelle MINI donne une haute sensibilité (100%) et une spécificité (90.32%) et une aire sous la courbe (AUC) de 97% indiquant une valeur clinique élevée du pouvoir discriminatoire.</p>	
<p>Kim, O. S., &amp; Sok, S. R. (2017). Life experiences of elderly people with suicide ideation at the long-term care hospitals in South Korea.</p>	<p>Le devis est qualitatif.</p> <p>L'échantillon est de 9 personnes âgées (3</p>	<p>Une méthodologie qualitative phénoménologique</p> <p>Des personnes de 65 ans et plus qui ont des tendances à des idées</p>	<p>Son but est de comprendre les expériences de la vie des personnes âgées vivant dans les hôpitaux de soins à long terme et qui ont des idées suicidaires.</p>	<p>La méthode est une collecte de données utilisée pour une l'entrevue approfondie. Réalisation de réunions préliminaires pour établir la confiance entre l'intervieweur et</p>	<p>L'étude présente 88 éléments significatifs d'où découlent 30 thèmes qui se divisent en 7 catégories composées de</p>	<p>Elles sont que la santé individuelle, l'état psychologique, le soutien familial, social et personnel, le statut économique des</p>

<p><i>International Journal of Nursing Practice</i>. 6(23), 1-7, doi: 10.1111/ijn.12597</p> <p>Pays: Corée du Sud</p>	<p>femmes et 6 hommes).</p>	<p>suicides, qui ont été admises dans l'un des trois hôpital de soins de longue durée à D City, en Corée du sud.</p>		<p>l'interviewer.</p>	<p>sous-catégorie. Être esclave de sa maladie : affaiblissement du corps et se battre contre l'immobilisation de son corps.</p> <p>Tristesse à la suite d'être loin de sa famille : « devenir un fardeau pour la famille » et « le désir d'être avec elle ».</p> <p>Soin et consolation inefficace pour le patient : « avoir besoins d'aide pour les AVQs (par les autres et le compagnon) ». Les patients se sentent blessées par l'humiliation, la honte, la colère, la rage, l'ignorance des individus de leur situation et la</p>	<p>participants n'ont pas été prises en compte et rendent difficile l'application des résultats. Que la gestion des hôpitaux n'a pas été considérée dans cette étude. Et que les trois hôpitaux choisis pour cette étude ont moins de 200 lits.</p>
---	-----------------------------	--	--	-----------------------	---	---

					<p>discrimination. Malgré la reconnaissance pour les soignants.</p> <p>Poursuite de la vie dans un hôpital : « vie dans les clôtures, la vie inconfortable par la cohabitation avec d'autres patients ».</p> <p>Vie plongeante : « la fin de leur vie » et « devenir un perdant dans la vie »</p> <p>Vers la fin de la vie : « il vaut mieux mourir maintenant » et « la peur de la mort ».</p> <p>Triste soulagement de la mort : « vivre dans un hôpital de soin de longue durée est</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					une décision inévitable »	
<p>Kim, S., Ha, J. H., Yu, J., Park, D. H., &amp; Ryu, S. H. (2014). Path analysis of suicide ideation in older people. <i>International Psychogeriatrics</i>, 26(3), 509-515. doi: 10.1017/S1041610213002366</p> <p>Pays: Corée du Sud</p>	<p>Le devis est quantitatif.</p> <p>La population est de 700 personnes. 16 personnes ont été exclus pour des données incomplètes, ont refusé le processus d'entrevue ou avaient des troubles cognitifs ou d'audition.</p> <p>L'échantillon est donc de 684 personnes (147 hommes et 537 femmes).</p>	<p>La population cible est les personnes âgées de plus de 65 ans qui ont été recrutés à Seongbuk-gu, à Séoul, en Corée du Sud.</p>	<p>Le but est d'identifier les facteurs associés à l'idéation suicidaire dans la population âgée en Corée du Sud.</p> <p>Les hypothèses de cette étude sont que la dépression serait le plus puissant prédicteur directe des idées suicidaires chez les personnes âgées, que la dépression serait la médiation de la relation entre les idées suicidaires et la variable indirect des relations sociales, du bien-être psychologique et du statut économique.</p>	<p>Les différents instruments de mesures sont le <b>questionnaire CAGE</b>, <b>l'échelle pour le soutien social</b>, <b>l'échelle de bien-être psychologique coréenne</b>, <b>The Geriatric Depression Scale (GDS)</b> et <b>l'échelle de Beck version coréenne (K-BSI)</b>.</p>	<p>La dépression est positivement associée aux idées suicidaires (<math>r = 0,44</math>, <math>p &lt; 0,01</math>) alors que le statut économique (<math>r_s = -0,13</math>, <math>p &lt; 0,01</math>), le lien avec le bien-être psychologique (<math>r = 0,21</math>, <math>p &lt; 0,01</math>), les relations sociales (<math>r = -0,21</math>, <math>p &lt; 0,01</math>) sont négativement corrélés avec les idées suicidaires. Le sexe, l'âge, l'éducation, la maladie physique, les problèmes d'alcool et le fait de vivre avec des membres de la famille n'ont pas de relations</p>	<p>Ce qui a pu affecter l'incidence d'une dépression plus élevée dans cette étude est le fait que la population cible comprend des personnes avec un faible revenu et des personnes âgées.</p> <p>La généralisation des résultats ne sont pas clairs car les participants vivent que dans un même district et qu'aucun échantillonnage aléatoire n'a été effectué.</p> <p>Il pourrait avoir un préjugé sexiste dû au fait que la plupart des sujets sont des femmes (78.5%). Dû à la culture coréenne, il</p>



					<p>significatives avec les idées suicidaires.</p> <p>Avec l'analyse du chemin, le bien-être psychologique est positivement corrélé avec les relations sociales (<math>\beta = 0,248, p &lt; 0,001</math>). La gravité des symptômes dépressifs présente une corrélation significative avec l'objectivité du statut économique (<math>\beta = 0,087, p &lt; 0,05</math>), les relations sociales (<math>\beta = -0,339, p &lt; 0,001</math>) et le bien-être (<math>\beta = -0,251, p &lt; 0,001</math>).</p> <p>L'idéation suicidaire a montré une relation significative avec</p>	<p>est difficile de faire une généralité avec cette limite, car peu d'hommes participent à cette étude.</p> <p>Dans cette étude, peu de récolte de données ont été faite sur les antécédents de maladies mentale des participants, ni sur la mesure de la cognition générale et les capacités fonctionnelles.</p>
--	--	--	--	--	--	---

					<p>la sévérité de la dépression (<math>\beta = 0,406</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) et le bien-être psychologique (<math>\beta = -0,074</math>, <math>p &lt; 0,05</math>).</p> <p>L'analyse de chemin a trouvé que la gravité de la dépression a un impact direct sur les idées suicidaires. Les influences des relations sociales et du statut économique sur les idées suicidaires sont influencées par la sévérité de la dépression.</p>	
<p>Cheung, G., Foster, G., De Beer, W., Gee, S., Hawkes, T., Rimkeit, S., Tan, Y. M., Merry, S., &amp; Sundram, F. (2017). Predictors for repeat self-</p>	<p>Le devis est quantitatif.</p> <p>L'échantillon est de 339 personnes</p>	<p>Une étude rétrospective</p> <p>La population est âgée de 65 à 96 ans, qui s'est présentée aux urgences dans l'un des sept hôpitaux universitaires de Nouvelle Zélande,</p>	<p>Il est de caractériser les personnes âgées qui se présentent avec des automutilations aux services d'urgence (ED) et de déterminer les facteurs prédictifs d'automutilation et de</p>	<p>Avec la collaboration des cliniciens des sept hôpitaux, les méthodes choisies sont la base de données de références du service de consultation et de liaison en psychiatrie pour les personnes âgées</p>	<p>La méthode d'automutilation la plus courante est l'overdose à 68.7%. Les cause d'automutilation sont des</p>	<p>Elles sont que certains cas positifs ont peut-être été manqués, par le fait qu'il n'a pas pu être déterminé si les personnes âgées</p>

<p>harm and suicide among older people within 12 months of a self-harm presentation.  <i>International Psychogeriatrics</i>, 29(8), 1237-1245.  doi :  10.1017/S1041610217000308</p> <p>Pays : Nouvelle Zélande</p>		<p>suite à un épisode d'automutilation de type d'auto-empoisonnement ou de blessures intentionnelles.</p>	<p>tentatives de suicide répétés.</p>	<p>référéés par le service d'urgence pour une évaluation psychiatrique suite à un épisode d'automutilation et le code X60-X84 (« Automutilation intensionnelles ») de la CIM 10 ou le code de la CIM Y10-Y34 (« Evènement d'intention indéterminé », «Problème d'auto-agression », « Empoisonnement », « Surdose » et «Automutilation possible »).</p> <p>En plus de la CIM10, les plaintes de suicide et de surdose sont utilisées pour identifier l'automutilation aux urgences.</p>	<p>tentatives de suicide (76.4%), pas d'intention de se suicider (13%) et où l'intention de suicide est inconnue (10.6%). Les facteurs de stress les plus courants qui provoquent l'automutilation sont dus à la maladie physique perçue (47.8%) et la discorde familiale (34.5%). Au total 43 personnes (12.7%) répètent l'acte avec une sorte d'automutilation dans les 12 mois. Et 7 autres (2.2%) se suicident dans les 12 mois. Les personnes âgées qui se sont</p>	<p>avaient un trouble concomitant de toxicomanie, car l'évaluation des troubles liés aux substances n'a pas été réalisée systématiquement et/ou non documentée par les cliniciens. Du fait qu'ils ont étudié les gestes d'automutilation sur 7 services d'urgence d'une zone définie de la Nouvelle Zélande, ils n'ont pas pu inclure toutes les personnes âgées se présentant dans d'autres services d'urgence dans le pays ou qui n'y si présentent pas. Par conséquence, il se peut que l'étude est sous-estimée le taux de répétition du geste d'automutilation sur 12 mois. Comme chaque hôpital a codé</p>
---	--	---	---------------------------------------	--	--	--

					<p>automutilées ou suicidées dans les 12 mois étaient significativement (<math>p=0.019</math>) plus jeunes (72.7 ans) que ceux qui n'ont pas fait de tentative durant cette période (75.4 ans).</p> <p>Les variables associées à la répétition du geste d'automutilation ou du suicide (<math>p &lt; 0.05</math>) sont d'être célibataire, d'être suivi par un service de santé mental au moment de l'automutilation, des antécédents d'automutilation, un taux d'alcoolémie positif et une prise d'antidépresseurs au moment du</p>	<p>différemment l'automutilation, les chercheurs ont dû élargir les codes de la CIM qui a ensuite dû être examiné pour la compatibilité avec leurs critères d'inclusions. Du fait que l'étude soit rétrospective, les données cliniques s'intéressent aux dossiers hospitaliers qui ont leurs limites, car ils sont propres à chaque clinicien. De plus les diagnostics des troubles psychiatriques n'ont pas été enregistrés car ils n'étaient pas systématiquement évalués par les cliniciens.</p>
--	--	--	--	--	--	--

<p>Park, J. I., Han, M. I., Kim, M. S., Yoon, M. S., Ko, S. H., Cho, H. C., &amp; Chung, Y. C. (2013). Predictors of suicidal ideation in older individuals receiving home-care services. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry, 29</i>(4), 367-376. doi: 10.1002/gps.4012</p> <p>Pays: Corée du Sud</p>	<p>Le devis est quantitatif</p> <p>L'échantillon est de 697 sujets (154 hommes et 538 femmes) âgés de 50 à plus de 90 ans.</p>	<p>Une étude transversale</p> <p>La population de l'étude vient de six villes et huit comtés de la province de Jeollabuk-do, en Corée du Sud.</p>	<p>Son but est de confirmer l'hypothèse que l'invalidité, la dépression, le soutien social, la consommation de poisson et certains facteurs sociodémographiques seraient associés à des idées suicidaires dans cette population. En plus, elle s'intéresse aux facteurs qui influencent la relation entre le handicap et l'idéation suicidaire.</p>	<p>Les participants répondent à une <b>auto-évaluation</b> pour les questions sociodémographiques (le sexe, l'âge, le quartier résidentiel, l'éducation, l'état matrimonial, l'activité physique, le type de service de soins à domicile, la relation avec leur conjoint, le niveau d'étude et la maladie chronique).</p> <p>L'utilisation de différents instruments de mesure ont été utilisés comme la <b>version abrégée de l'échelle de la dépression gériatrique (SGDS)</b> sous forme de questionnaire, <b>l'échelle d'idéation suicidaire (ISC)</b>, <b>l'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (MSPSS)</b> et le <b>WHODAS-II-K</b>.</p>	<p>geste.</p> <p>58.5% de l'échantillon présentent un risque élevé de dépression et 31.9% de ce même échantillon sont répertoriés comme ayant un risque élevé d'idée suicidaire.</p> <p>Le fait d'avoir de fortes idées suicidaires est en lien avec le mauvais état de santé subjectif perçu, le soutien social non perçu, un grand nombre d'incapacités et un niveau élevé de dépression.</p> <p>Cette étude démontre que le fait d'être une femme, de percevoir un faible soutien par la famille et</p>	<p>Ces limites sont le design transversal qui ne permet pas d'identifier les relations causales. Ce qui peut entraîner un biais de sélection et limiter la généralité des résultats c'est que les proportions substantielles des participants où des données manquées, n'ont pas été incluses. Certaines variables socio-démographiques telles que la fréquence de l'activité physique et la consommation de poisson, l'état de santé subjectif et l'existence des maladies chroniques ont été obtenues de manière simple. Des variables comme le fonctionnement</p>
---	--	---	---	--	--	--

					<p>d'avoir des incapacités dans la participation est lié à un niveau plus élevé d'idées suicidaires. Au niveau de la dépression, elle montre que le fait d'être une femme et de percevoir un faible soutien social par sa famille est significatif. Mais que le lien de l'incapacité en fonction de la participation n'est pas significatif. Le fait de vivre dans une région rurale, d'avoir un état matrimonial comme marié, séparé, divorcé ou vivant ensemble et d'avoir une consommation élevée de poisson sont des</p>	<p>cognitif, les événements stressants de la vie et l'état financier n'ont pas été étudiés dans cette étude et pourraient affecter les résultats.</p>
--	--	--	--	--	--	---

					<p>prédicteurs significatifs pour un niveau plus élevé d'idées suicidaires.</p> <p>La dépression a un rôle positif entre l'incapacité cognitive et l'idéation suicidaire. Elle joue également un rôle positif entre le handicap (soins personnels, relations avec les autres et AVQ) et les idées suicidaires.</p>	
<p>Kjølseth, I., &amp; Ekeberg, Ø. (2012). When elderly people give warning of suicide. <i>International Psychogeriatric</i>, 24(9), 1393-1401. doi: 10.1017/S104161</p>	<p>Le devis est qualitatif. l'échantillon est de 23 suicides, de 4 femmes et de 19 hommes âgés de 65 à</p>	<p>Une étude d'autopsie psychologique essentiellement rétrospective</p> <p>La population est de 172 médecins municipaux dans 10 comtés du sud de la Norvège. ils ont</p>	<p>Pour les personnes âgées qui risquent de se suicider, l'objectif sera de prévenir le suicide et que les destinataires des avertissements au suicide aient les connaissances requises. Mais qu'ils réagissent aussi aux avertissements</p>	<p>La méthode de la récolte de données est l'étude d'autopsie psychologique, principalement rétrospective avec l'aide des entrevues, des rapports de police et les revues médicales.</p>	<p>Les avertissements ont été donnés aux proches (11), aux infirmières des soins à domicile (5) et plus rarement au médecin</p>	<p>Les limites de cette étude sont que le suicide peut affecter la perception des informateurs avec du recul. Par leurs souvenirs en lien avec les avertissements de</p>

<p>0212000312</p> <p>Pays : Norvège</p>	<p>90ans. Avec un total de 63 entrevues a été mené pour les 23 suicides, avec 34 membres de la famille, 17 médecins et 12 infirmières en soins à domicile.</p>	<p>signalé les suicides avérés parmi les personnes âgées de plus de 65ans. Les informations des entretiens viennent des proches, des médecins généralistes et des infirmières à domicile.</p>	<p>donnés et qu'ils agissent en conséquence.</p>		<p>généraliste (2).</p> <p>La manière dont l'avertissement a été donné est par l'évocation de la mort, du souhait de ne plus vivre, de vouloir mourir que de vivre la vie qu'ils avaient, de mettre fin à leurs jours, de leurs motifs de suicide, de monter une armes et/ou des munitions à leurs proches et que ces derniers en prennent soin pour eux, en mettant de l'ordre dans leurs affaires.</p> <p>Pour les intervenants n'ayant <b>pas pris au sérieux</b> les avertissements, la raison est que la probabilité que</p>	<p>la personne suicidée et leurs propres réactions.</p> <p>Le personnel soignant peut ressentir une défaite professionnelle face à la perte d'un patient suicidé. Ce sentiment peut affecter leurs souvenirs des avertissements reçus ou observés. Les sentiments comme le chagrin, la culpabilité, la colère et la honte peuvent nuancer le discours lors de l'interview.</p>
---	--	---	--	--	---	--



					<p>la personne âgée veuille réellement se suicider était faible, malgré qu'ils aient perçu des signes clairs. Ils n'avaient pas compris la gravité de ces signes. Que les personnes âgées puissent avoir l'idée de se suicider ne leur ai pas venu à l'esprit.</p> <p>Ceux qui ont ressenti de <b>l'impuissance</b> face à ces avertissements, sont les proches. Ils se sentaient incertains et impuissants face aux avertissements reçus. Ils ne savaient pas comment gérer ces derniers et pensaient qu'il</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>n'existait pas d'endroit pour demander de l'aide. Cette incertitude a provoqué de la peur ou du refus dans l'implication de la personne. le personnel de santé a également ressenti de l'incertitude, a rencontré de la difficulté pour répondre directement aux problèmes existentiels que les personnes âgées évoquaient. Le soutien des collègues était difficile à obtenir dans ces situations.</p> <p>Pour ceux qui ont ressentis de <b>l'épuisement</b> face à ces avertissements, il est dû au fait</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>que les personnes âgées avaient évoqué sur une très longue période et régulièrement, leur souhait de mourir et leur plan de mort. C'est pour cela que leur entourage s'était épuisé. Car il voyait progressivement ces menaces comme vides et fatigantes, voir irritantes. Certains proches se sont aussi sentis agressés car les soignants ne leur apportaient pas d'aide.</p> <p>Les participants ayant <b>acceptés</b> ces avertissements, l'ont vécu comme une compréhension</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					décrite et comme du respect par le souhait de la personne âgée à mettre fin à ces jours. Par la personnalité de la personne et de la situation sanitaire, les interviewés comprenaient leur désir de mourir.	
--	--	--	--	--	--	--

## **Appendice H**

Echelles de dépistage de la dépression

## Échelles de dépistage de la dépression

Outil	Description	Source/site web	Études de validation repérées
<b>Échelle de Cornell pour la dépression chez les personnes atteintes de démence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrument administré par un clinicien, 9 éléments</li> <li>• Fournit un classement quantitatif de la dépression chez les individus avec ou sans démence</li> <li>• Utilise l'information du soignant ainsi que du client</li> </ul>	Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C. et Shamoian, C. A. (1988) Échelle de Cornell pour la dépression chez les personnes atteintes de démence. <i>Biological Psychiatry</i> , 23(3), 271–284.	Oui
<b>Thermomètre de détresse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure simple, d'autoévaluation</li> <li>• Consiste en une ligne avec une échelle de 0 à 10 (le point zéro est « Aucune détresse » et dix est « Détresse extrême »)</li> <li>• Peut être utilisé pour évaluer ceux avec des difficultés significatives au niveau du langage ou de la communication</li> </ul>		Oui
<b>Échelle de la dépression gériatrique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponible en format long ou court</li> <li>• Questionnaire consistant en 30 ou 15 questions oui/non devant être répondues par le patient</li> <li>• Outils de dépistage pour faciliter l'évaluation de la dépression chez les personnes âgées</li> <li>• Fournit un classement quantitatif de la dépression</li> </ul>	Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et Leirer, V. O. (1983) Développement et validation d'une échelle de dépistage de la dépression gériatrique : <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 17(1), 37-49.	Oui

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N'évalue pas le risque de suicide</li> <li>• Outil de dépistage de la dépression</li> </ul>	
<b>Questionnaire sur la santé du patient- Entrevue à 9 éléments (PHQ-9)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrument d'entrevue du personnel devant être utilisé pour les individus qui ne peuvent pas d'autoévaluer</li> <li>• Version adaptée pour l'Évaluation par le personnel de l'humeur du résident (PHQ-9-OV) convenant aux soins de longue durée</li> </ul>	Oui
<b>SIGECAPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mnémonique utilisé pour rappeler les symptômes les plus fréquents de la dépression</li> </ul>	Jenike, M. A. (1989) <i>Geriatric psychiatry and psychopharmacology: A clinical approach</i> . Chicago, IL: Yearbook Medical Publishing.

Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins, RNAO, 2016 (PDF)

## **Appendice I**

Facteurs de risque, signes et symptômes de la dépression



**Tableau 4 : Facteurs de risque et signes de dépression**

FACTEURS DE RISQUE PRÉDISPOSANT ET PRÉCIPITANT	SIGNES ET SYMPTÔMES
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Déclin cognitif ou démence</li> <li>■ Isolement social</li> <li>■ Diagnostic médical ou diagnostics associés à un risque élevé de dépression (p. ex., maladie neurodégénérative, maladie cérébrovasculaire)</li> <li>■ Problèmes de santé physique chroniques associés à une incapacité fonctionnelle</li> <li>■ Antécédents personnels ou familiaux de dépression ou de troubles de l'humeur</li> <li>■ Antécédents de tentative de suicide ou d'hospitalisation à cause d'un problème psychiatrique</li> <li>■ Utilisation actuelle d'un médicament associé à un risque élevé de dépression</li> <li>■ Abus d'alcool ou d'une autre substance (peut inclure l'utilisation chronique de la benzodiazépine*)</li> <li>■ Placement en institution (admission à un établissement de soins de longue durée ou dans un milieu hospitalier)</li> <li>■ Pertes récentes stressantes, y compris la perte de l'autonomie, de l'intimité, de l'état fonctionnel ou d'une partie du corps</li> <li>■ Difficultés financières*</li> <li>■ Deuil</li> <li>■ Violence familiale ou autre type de violence</li> </ul>	<p><b>SIGECAPS :</b></p> <p><b>T</b>rouble du sommeil (augmenté ou diminué)</p> <p><b>M</b>anque d'intérêt (anhédonie)</p> <p><b>C</b>ulpabilité (dévalorisation, désespoir, regret)</p> <p><b>M</b>anque d'énergie</p> <p><b>M</b>anque de concentration</p> <p><b>T</b>roubles d'appétit (augmenté ou diminué)</p> <p><b>R</b>etard ou agitation du psychomoteur</p> <p><b>S</b>uicidalité</p> <p><b>Symptômes supplémentaires :</b> douleur chronique, constipation et troubles musculosquelettiques</p>

Source : AMDA, 2011; NICE, 2011; O'Connor et coll., 2009; Trangle et coll., 2016.

Source : Jenike, 1989, cité dans l'AJIAO, 2010b; Trangle et coll., 2016.

Le contenu ajouté par le comité d'experts est suivi d'un astérisque (\*).

## **Appendice J**

Interventions pharmacologiques et nonpharmacologiques de la dépression

## INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

### PSYCHOTHÉRAPIE

#### Généralités

- La psychothérapie est recommandée en combinaison avec des antidépresseurs dans le milieu des soins primaires (O'Connor et coll., 2009).
- La psychothérapie peut être bénéfique pour les personnes atteintes de dépression, qui résident dans un milieu de soins de longue durée (Cody et Drysdale, 2013).
- Les interventions psychologiques en combinaison avec des antidépresseurs peuvent être utilisées pour soigner une dépression grave ou modérée (NICE, 2011).
- Les interventions psychologiques ajoutés aux soins habituels peuvent réduire les symptômes de dépression et l'anxiété de personnes atteintes de démence (Orgeta et coll., 2014).

#### Thérapie comportementale<sup>6</sup>

- La thérapie comportementale semble avoir une efficacité comparable à celles des psychothérapies parallèles (Samad et coll., 2011).

#### Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

- La TCC a donné des résultats positifs (p. ex., une amélioration de l'humeur) (Gould, Coulson et Howard, 2012; Kiosses et coll., 2011; Krishna et coll., 2011; Regan et Varanelli, 2013; Simon, Cordas et Bottino, 2015).
- La TCC est recommandé pour les personnes individuelles (SIGN, 2010) et les groupes (Krishna et coll., 2011).
- La TCC informatisée, offerte par ordinateur ou par des programmes Web, pourrait être appropriée pour soigner des formes de dépression allant de légère à modérée (NICE, 2009; NICE, 2011).

#### Thérapie interpersonnelle<sup>6</sup>

- La thérapie interpersonnelle est recommandée pour soigner les formes de dépression allant de légère à modérée (NICE, 2011).

#### Thérapie fondée sur la résolution de problèmes<sup>6</sup>

- La thérapie fondée sur la résolution de problèmes a donné des résultats positifs dans deux études (Kiosses et coll., 2011; Regan et Varanelli, 2013).
- Cette thérapie doit être offerte par des thérapeutes hautement qualifiés et chevronnés (NICE, 2012b).

Le tableau se poursuit à la page suivante.

## INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES (SUITE)...

### L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

#### L'activité physique

- L'exercice pourrait réduire la gravité de la dépression (Bride et coll., 2012).
- Le tai-chi réduit la dépression signalée par l'intéressé (Chi et coll., 2013).
- Les bienfaits des programmes d'exercices ou de la thérapie fondée sur l'exercice peuvent inclure une réduction des symptômes ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie et de l'estime de soi (Park et coll., 2014).
- L'activité physique de groupe structurée est appropriée pour les personnes atteintes d'une forme de dépression allant de légère à modérée (NICE, 2011).
- Le type d'exercice doit être personnalisé en tenant compte des capacités de la personne (Bride et coll., 2012).

### INTERVENTIONS DE NATURE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE

#### Réminiscence

- La réminiscence peut apporter des bienfaits thérapeutiques dans les milieux de soins de longue durée (socialisation), mais elle doit être facilitée par un praticien qui a reçu une formation pertinente. (Housden, 2009).

#### Activation comportementale

- L'activation comportementale a été recommandée dans deux lignes directrices cliniques (SIGN, 2010; Tringolo et coll., 2016).

#### Pleine conscience :

- La thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience, pratiquée en groupe, peut aider à réduire les rechutes chez les personnes atteintes d'une dépression récurrente (SIGN, 2010).

#### Soutien par les pairs ou effort autonome

- Le soutien par les pairs ou l'effort autonome peuvent être appropriés pour soigner les formes de dépression allant de légère à modérée (NICE, 2012b) et les personnes souffrant d'un problème de santé physique chronique (NICE, 2011).

#### Musicothérapie

- La musicothérapie peut aider à réduire l'anxiété et la dépression, mais elle doit être personnalisée (Ueda et coll., 2013; Wall et Duffy, 2010).

#### Zoothérapie

- Il n'existe pas suffisamment de données probantes pour recommander la zoothérapie, mais elle pourrait avoir des effets bénéfiques sur la gravité des symptômes dépressifs chez les personnes âgées dans les milieux de soins de longue durée ou dans les établissements psychiatriques (SIGN, 2010).

### ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE (ECT)

#### Électrochocs

- Les électrochocs peuvent être envisagés pour soigner une dépression grave qui met la vie en danger, ou lorsque d'autres traitements se sont révélés inefficaces (NICE, 2009).

### INTERVENTIONS DE NATURE PHARMACOLOGIQUE

#### Antidépresseurs

- Les antidépresseurs ont un rôle important à jouer dans le traitement pour une dépression grave (Conn et coll., 2014).
- L'inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine (ISRS) est généralement l'antidépresseur préféré (NICE, 2012b), y compris pour les personnes dans un milieu des soins de longue durée (Conn et coll., 2014).
- Les antidépresseurs sont recommandés en combinaison avec des traitements non pharmacologiques (NICE, 2011; O'Connor et coll., 2009).
- Les données probantes qui soutiennent l'utilisation d'antidépresseurs par les personnes atteintes de dépression et de démence ne sont pas concluantes (Nelson et Devanand, 2011).

## **Appendice K**

Caractéristiques de la dépression

## **Critère du trouble dépressif d'après la classification du CIM-10**

La dépression peut se présenter sous différentes formes dans l'intensité des symptômes et des signes permettent de quantifier et qualifier les formes, ou sous forme récurrente. Des éléments dépressifs peuvent être retrouvés dans des réactions d'adaptation et dans les dysthymies. Il faut savoir qu'un épisode dépressif persiste pendant au moins deux semaines.

### Épisode dépressif léger:

Il faut présenter au moins deux des trois symptômes typiques suivants :

- Humeur dépressive
- Diminution de l'intérêt et du plaisir
- Augmentation de la fatigabilité

Ces derniers doivent être associés à au moins deux autres symptômes dépressifs.

L'épisode dépressif léger s'accompagne habituellement d'un sentiment de détresse et de difficultés mineures à mener à bien les activités professionnelles et sociales habituelles. Il est rare que le sujet cesse toute activité.

### Épisode dépressif moyen ou modéré :

Il faut présenter au moins deux des trois symptômes typiques suivants :

- Humeur dépressive
- Diminution de l'intérêt et du plaisir
- Augmentation de la fatigabilité

Ces derniers doivent être associés à au moins trois ou quatre autres symptômes dépressifs. Il est habituel que plusieurs de ces symptômes aient une intensité sévère, mais ceci n'est pas indispensable au diagnostic.

Un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères.

### Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotique :

Il faut présenter des trois symptômes typiques suivants :

- Humeur dépressive
- Diminution de l'intérêt et du plaisir
- Augmentation de la fatigabilité

Ces derniers doivent être associés à au moins quatre ou cinq autres symptômes dépressifs. Plusieurs de ces symptômes doivent être sévères.

Il peut être justifié de faire ce diagnostic avant le délai de deux semaines, lorsque les symptômes s'installent très rapidement et sont particulièrement sévères.

### Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques :

- Présence d'un épisode dépressif sévère, répondant aux critères et s'accompagnant, p. ex. d'idées délirantes, d'hallucinations ou d'une stupeur dépressive.
- Idées délirantes habituelles:
  - o idées de culpabilité ou de péché,
  - o de ruine ou de catastrophe imminente (dont le sujet peut s'attribuer la responsabilité).
- Hallucinations auditives habituelles: voix diffamatoires ou accusatrices
- Hallucinations olfactives: odeurs de putréfaction, d'immondices ou de décomposition.

Le sujet peut présenter un ralentissement psychomoteur sévère, voire une stupeur dépressive.

*Trouble dépressif récurrent :*

Cette catégorie est classée de la même manière que la précédente en ce qui concerne l'intensité des symptômes et signes et la présence ou non d'éléments psychotiques.

Ce qui la caractérise est la présence dans le passé d'au moins un épisode dépressif dûment diagnostiqué et celle d'un intervalle de plusieurs mois sans perturbation de l'humeur.

Selon S. Zumbach (Dépression [Présentation PowerPoint], 30 septembre 2014)

## **Appendice L**

Contenu éducatif recommandé pour les personnes âgées atteintes de  
dépression



SUJET	ÉLÉMENTS PRINCIPAUX
Dépression	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La dépression est une maladie et non un défaut de caractère.</li> <li>■ Le traitement est efficace pour la plupart des gens.</li> <li>■ Le but du traitement est la rémission (c.-à-d., la disparition de la plupart des symptômes).</li> <li>■ La cause, les symptômes et l'évolution de la dépression</li> <li>■ Une vaste gamme d'options de traitement est disponible, le rétablissement étant possible.*</li> </ul>
Autogestion de la dépression; modification du mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'importance du bien-être de base, comme l'hygiène du sommeil (respecter un horaire régulier de sommeil et d'éveil; éviter de manger, de fumer et de consommer de l'alcool avant de dormir; créer un environnement approprié pour le sommeil; faire de l'exercice physique régulièrement)</li> <li>■ Les bienfaits de l'exercice physique</li> </ul>
Interventions thérapeutiques	<p><b>Médicaments</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'efficacité, les effets secondaires et les précautions à prendre (p. ex., ne pas interrompre soudainement la prise de médicaments)</li> <li>■ Des instructions précises sur l'emploi du médicament (p. ex., mode d'administration), et des idées fausses très répandues (p. ex., le médicament n'entraîne pas de dépendance)</li> </ul> <p><b>Approches non pharmacologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Clarifient et renforcent les bénéfices des approches non pharmacologiques</li> </ul> <p><b>Ressources et soutiens communautaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Par exemple, thérapeutes ou conseillers; groupes de soutien axés sur un problème particulier</li> </ul>
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Signes précoces de rechute ou de retour du problème</li> <li>■ Le moment où il faut communiquer avec un praticien (p. ex., manifestation progressive d'une agitation marquée et/ou prolongée, changements d'humeur, sentiments de négativité et de désespoir et idées de suicide*)</li> <li>■ À quel endroit et comment demander de l'aide</li> <li>■ Numéro de téléphone de ligne d'écoute; coordonnées pour obtenir des soins d'urgence</li> </ul>
Soins de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Plans de surveillance et de suivi</li> <li>■ Prévention des rechutes</li> </ul>

Remarque : Le contenu ajouté par le comité d'experts est suivi d'un astérisque (\*). ; NICE, 2009, Trangle et al, 2016.

## **Appendice M**

Echelle du risque suicidaire (RUD)

## Facteurs de risque

L1

### Facteurs Individuels :

- Antécédents suicidaires : (préciser) .....
- Hospitalisé durant le mois précédent
- Adolescent – 18 ans
- Sexe masculin
- Veuf
- + de 70 ans

L2

### Présence et/ou antécédent de problème de santé mentale :

- Dépression  Trouble bipolaire  Abus, dépendance  Tr. psychotiques
- Tr. du comportement alimentaire  Tr. des conduites/personnalité  PTSD
- Autres (préciser) .....

### Symptômes :

- Difficultés à gérer le stress  Anxiété  Perte de dignité  Insomnie
- Diminution de l'estime de soi, sentiments d'infériorité  Automutilation
- Conduite à risque  Autres (préciser) .....

### Tempérament/Comportement

- Impulsivité  Auto-agressivité  Hétéro-agressivité  Fugue  Autres (préciser) .....

### Relations au corps difficiles:

- Présence/aggravation de problèmes somatiques/handicap
- Douleurs chroniques  Violence physique ou sexuelle
- Orientation sexuelle tabou  Grossesse non désirée  IVG
- Autres troubles dissociatifs  Autres (préciser) .....

### Facteurs familiaux :

- Violence Relation familiale conflictuelle et/ou manque de cohésion familiale
- Négligence ou abandon de la part des parents
- Episode suicidaire chez l'un de parents  Actuellement  Dans le passé
- Antécédent de problèmes de santé psychique d'un ou des parents (préciser).....
- Autres (préciser) .....

### Facteurs psychosociaux :

- Tensions/problèmes :  Ecole  Formation professionnelle  Emploi  Avec la loi
- Inactivité/absentéisme/chômage
- Difficultés économiques et/ou financières persistantes
- Isolement social et/ou affectif  Retraite
- Difficulté relationnelle avec les pairs  Séparation/rupture
- Perte récente de liens importants et/ou deuil
- Placement dans foyer, institution ou prison
- Effet de contagion (suivant le suicide d'un proche, camarade, célébrité)
- Perte d'estime sociale  Migration, difficulté d'intégration
- Convocation auprès d'instance supérieure, judiciaire etc
- Autres (préciser) ....

## Facteurs de protection

- Soutien familial et/ou enfant à charge  Soutien social  Ressources professionnelles
- Grossesse  Valeurs et spiritualité (préciser)....
- Avoir de l'espoir, capacité à se projeter dans le futur
- Capacité de résilience, fait face à l'adversité  Autres (préciser) ....

FAIBLE

MOYEN

ELEVE

L3

Visum Médecin

FAIBLE

L8

MOYEN

ELEVE

Documenter les conclusions de la récolte des facteurs de risques et de l'évaluation dans le module Suivi Interdisciplinaire Onglet Suicidalité»

Visum Soignant

FAIBLE

MOYEN

ELEVE

## Urgence

L4

### Elaboration du scénario/plan (où, quand)

#### FAIBLE

- 1  Idées suicidaires absentes/sporadiques
- 2  Idées fréquentes

#### MOYEN

- 3  Idées quotidiennes
- 4  Seule ou principale solution à ses difficultés
- 5  Planification du projet reporté > de 48 h.

#### ELEVE

- 6  Scénario constitué et planifié pour les prochaines 48 h.
- 7  Projet immédiat
- 8  Tentatives en cours ou stoppées dans les dernières 48 h.

### Commentaire :

Quand ? Où ? Description du scénario.  
Autres appréciations cliniques (par ex. : qualité de l'alliance thérapeutique, thymie, agitation )

L5

FAIBLE

MOYEN

ELEVE

1  2  3  4  5  6  7  8 

## Danger

L6

### Quel moyen est utilisé et quel est sa létalité ?

#### FAIBLE

- Absence de moyen à disposition

#### MOYEN

- Le patient a un moyen à disposition mais le scénario n'es pas totalement constitué
- La létalité du moyen est relative,
- L'accès au moyen est limité

#### ELEVE

- Est en possession d'un moyen
- Accessibilité directe et immédiate
- Sa létalité est élevée

### Commentaire :

Quel moyen est utilisé pour réaliser le scénario ?

L'accès est-il direct/immédiat ?

Létalité du moyen

L7

FAIBLE

MOYEN

ELEVE

#### L1

- Vide à la première évaluation
- Reprise de tous les champs lors d'une nouvelle évaluation
- Modifiable tant que le Visum médical et infirmier n'ont pas été posés

#### L3

- Radio Button
- Vide lors de toutes les évaluations
- Modifiable tant que le Visum médical et infirmier n'a pas été fait

#### L4

- Vide à la première évaluation
- Champ «Commentaire» = champ multiligne
- Le RB coché transmet le résultat dans le numéro correspondant dans L5

#### L6

- Vide à la première évaluation
- CB dans le degré mais RB entre les degrés
- Champ «Commentaire» = champ multiligne
- Le ou les CB cochés transmettent le résultat dans le degré correspondant dans L7

#### L8

- Droits Visum : champ Médecin = Médecin/ Médecin cadre, Psychologue et Champ Soignant = uniquement Soignant
- Dès que les 2 Visums ont été faits le formulaire est figé automatiquement.

#### L2

- Les champs suivants sont repris et cochés automatiquement si :
- Hospitalisé durant le mois précédent : dans les 30 jours à compter du dernier séjour Hosp
  - Adolescent : si âge – de 18 ans DAB onglet Identité champ date de naissance
  - Sexe masculin : DAB onglet Identité
  - Veuf : DAB champ Etat civil onglet Identité
  - Agé + de 70 ans : si plus de 70 ans DAB onglet Identité champ date de naissance

#### L5

- Reprise automatique non modifiable du degré sélectionné dans un des champ du L4

#### L7

- Reprise automatique non modifiable du degré sélectionné dans un des champ du L6

#### Spécifications générales

- Droit de documentation = Médecin/Médecin cadre/Psychologue et Soignant.
- Droit de lecture à Sec. II, TS, AS, Secrétariat
- Une nouvelle évaluation peut être créée même si le formulaire n'a pas été visé par les 2 collaborateurs