

MAI 2006

LIGNES DIRECTRICES NATIONALES LA SANTÉ MENTALE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide



COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES
CANADIAN COALITION FOR SENIORS' MENTAL HEALTH

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
a/s Baycrest Centre for Geriatric Care
3560, rue Bathurst, pièce 311, aile ouest du vieil hôpital
Toronto (Ontario)
M6A 3E1
Téléphone : 416 785-2500, poste 6331
Télécopieur : 416 785-2492
kwilson@baycrest.org
www.ccsmh.ca

La Coalition souligne l'appui du
FONDS POUR LA SANTÉ DE LA POPULATION, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA*
*Les points de vue exprimés ici sont ceux des auteurs et des chercheurs,
et ils ne représentent pas nécessairement la politique officielle de l'Agence de la santé publique du Canada

LA CCSMPA tient à remercier la firme AIRD & BERLIS LLP de ses conseils sur la question du droit d'auteur
et de sa collaboration à la formulation de l'énoncé sur la dénégation de responsabilité.

La Coalition exprime sa gratitude aux sociétés suivantes qui ont offert des subventions éducatives sans restrictions
pour favoriser la **diffusion** des lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée :



AstraZeneca Canada Inc.



Organon Canada Ltd



Eli Lilly and Company



RBC Foundation



Janssen-Ortho Inc.



Institut du vieillissement -
Instituts de recherche en santé du Canada

Dénégation de responsabilité : Le présent document est publié à des fins d'information exclusivement, et il ne saurait être interprété ou utilisé à titre de norme de pratique médicale. Tout a été mis en œuvre pour s'assurer de l'exactitude du contenu du document, néanmoins l'éditeur et toutes les personnes qui ont participé à la réalisation du document déclinent toute responsabilité quant à l'exactitude, l'exhaustivité ou le caractère actuel du contenu. Le document est publié sachant que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à la rédaction, n'y proposent des conseils professionnels. Il incombe aux médecins et aux lecteurs de déterminer la prise en charge clinique appropriée en fonction de chaque patient d'après toutes les données cliniques disponibles à ce sujet. L'éditeur et toutes les personnes qui ont participé à la rédaction du présent document se dégagent également de toute responsabilité à l'égard de qui que ce soit concernant le contenu ou les conséquences découlant de son utilisation dans le cadre d'une entente contractuelle ou à la suite de négligence ou d'un autre motif d'action.

Préambule

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a été créée en 2002 à la suite du symposium de deux jours sur les problèmes et leurs solutions dans le domaine des services de santé mentale destinés aux aînés en établissements de soins de longue durée, parrainé par l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique. C'est ainsi que les Drs David Conn et Ken Le Clair ont pris l'initiative, à titre de coprésidents de la Coalition, de s'associer à de grands organismes canadiens pour définir la mission et les objectifs de la Coalition. Celle-ci s'est donnée pour mission de *promouvoir la santé mentale des personnes âgées en reliant les personnes, les idées et les ressources*.

Un comité de direction bénévole chapeaute la Coalition, et veille à la planification stratégique, à la direction des affaires et à l'orientation de l'organisme. Celui-ci est formé d'organisations et de personnes qui représentent les personnes âgées, les familles et les dispensateurs de soins, les professionnels de la santé, les intervenants de première ligne, les chercheurs et les décideurs. La Coalition compte actuellement plus de 750 personnes et 85 organismes membres dans tout le Canada. Ces membres y représentent des organismes locaux, provinciaux, territoriaux ou fédéraux.

But des lignes directrices

Les lignes directrices de pratique clinique sont définies comme étant « des recommandations, élaborées méthodiquement, sur la prise en charge clinique, ayant pour objectif d'éclairer les décisions du praticien et du patient à propos des soins appropriés dans une situation en particulier » (Lohr et Field, 1992).

La Coalition est fière d'avoir favorisé l'élaboration des présentes lignes directrices cliniques. Celles-ci constituent les premières lignes directrices interdisciplinaires d'envergure pancanadienne sur les pratiques exemplaires au regard de certains aspects de la santé mentale de la personne âgée. Rédigées par une équipe interdisciplinaire, elles s'adressent aux équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé de tout le Canada.

Le but des lignes directrices consiste à améliorer l'évaluation, le traitement, la prise en charge et la prévention de problèmes de santé mentale qui affligent les aînés, en proposant des recommandations fondées sur des données probantes. Ces recommandations ont été établies en fonction des données probantes les plus concluantes, disponibles au moment de la publication, auxquelles s'ajoute le cas échéant l'opinion consensuelle du groupe d'élaboration des lignes directrices.

Remerciements

Le financement du projet des lignes directrices de la CCSMPA provient du Fonds pour la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada. La Coalition exprime toute sa gratitude à l'Agence de la santé publique du Canada pour son soutien et son engagement indéfectibles dans le domaine de la santé mentale des aînés.

De plus, la Coalition tient à remercier sincèrement les codirecteurs et les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices qui n'ont ménagé ni leur temps, ni leurs efforts, pour rédiger les lignes directrices et les recommandations. Tout au long du projet, ces personnes ont fait preuve d'une énergie, d'un enthousiasme, d'une perspicacité, d'une sagesse et d'un dévouement remarquables et inspirants.

La CCSMPA adresse ses remerciements aux participants des ateliers sur les lignes directrices à la Conférence nationale sur les pratiques exemplaires : mise au point sur la santé mentale des personnes âgées, qui a eu lieu à Ottawa en septembre 2005, pour leurs observations et leurs conseils.

La Coalition remercie également la firme Aird & Berlis, particulièrement M. Howard Winkler, qui a passé en revue le document dans une perspective juridique et lui a offert des conseils en la matière.

Enfin, la Coalition ne saurait passer sous silence le dévouement sans borne des membres des comités de direction.

Comité de direction du projet des lignes directrices de la CCSMPA

<i>Président</i>	D ^r David Conn
<i>Directrice du projet</i>	M ^{me} Faith Malach
<i>Gestionnaire du proje</i>	M ^{me} Jennifer Mokry
<i>Adjointe du projet</i>	M ^{me} Kimberley Wilson
<i>Codirecteur, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en ESLD</i>	D ^r David Conn
<i>Codirecteur, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en ESLD</i>	D ^{re} Maggie Gibson
<i>Codirecteur, Évaluation et prise en charge du délirium</i>	D ^r David Hogan
<i>Codirecteur, Évaluation et prise en charge du délirium</i>	D ^{re} Laura McCabe
<i>Codirectrice, Évaluation et prise en charge de la dépression</i>	D ^{re} Diane Buchanan
<i>Codirectrice, Évaluation et prise en charge de la dépression</i>	D ^{re} Marie-France Tourigny-Rivard
<i>Codirecteur, Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide</i>	D ^r Adrian Grek
<i>Codirecteur, Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide</i>	D ^r Marnin Heisel
<i>Codirecteur, Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide</i>	D ^{re} Sharon Moore

Comité de direction de la CCSMPA

<i>Académie canadienne de psychiatrie gériatrique</i>	D ^{re} David Conn (co-chair)
<i>Académie canadienne de psychiatrie gériatrique</i>	D ^{re} Ken Le Clair (co-chair)
<i>Société Alzheimer du Canada</i>	M. Stephen Rudin
<i>Association canadienne des individus retraités</i>	M ^{me} Judy Cutler
<i>Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux</i>	M ^{me} Marlene Chatterson
<i>Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels</i>	M ^{me} Esther Roberts
<i>Société de gériatrie du Canada</i>	D ^{re} David Hogan
<i>Association canadienne des soins de santé</i>	M. Allan Bradley
<i>Association canadienne pour la santé mentale</i>	M ^{me} Kathryn Youngblut
<i>Association des infirmières et des infirmiers du Canada</i>	D ^{re} Sharon Moore
<i>Société canadienne de psychologie</i>	D ^{re} Maggie Gibson/D ^{re} Venera Bruto
<i>Association canadienne des pharmaciens consultants</i>	D ^{re} Norine Graham Robinson
<i>Collège des médecins de famille du Canada</i>	D ^r Chris Frank
<i>Agence de la santé publique du Canada – rôle consultatif</i>	D ^{re} Louise Plouffe/M ^{me} Simone Powell
<i>Directrice générale</i>	M ^{me} Faith Malach

Groupe d'élaboration des lignes directrices

D^r Adrian Grek, M.B., B.Ch., FRCPC

Codirecteur

Psychogériatre, Hôpital Mount Sinai, Université de Toronto, et professeur clinicien agrégé, Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, McMaster University, Toronto (Ontario)

D^{re} Sharon Moore, inf. aut., M.Ed., PhD, C. Psych.

Codirecteur

Professeure agrégée, Centre des sciences infirmières et des études en santé, Université Athabasca, Athabasca (Alberta), et professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

D^r Marnin Heisel, Ph.D., C. Psych.

Codirecteur

Professeur adjoint, Département de psychiatrie et Département d'épidémiologie et de biostatistique, Schulich School of Medicine, The University of Western Ontario, scientifique, Institut Lawson de recherche en santé, London (Ontario), et professeur adjoint, Centre d'étude et de prévention du suicide de l'Université de Rochester, Département de psychiatrie, Faculté de médecine de l'Université de Rochester, Rochester (New York)

Fae Jackson, inf. aut., Med

Membre

Coordonnatrice de programmes, Études supérieures en santé mentale, Collège Mount Royal, Calgary (Alberta)

D^r Barry Hall, Ph.D.

Conseiller

Professeur et chef de division, Faculté de travail social, Université de Calgary, campus de Lethbridge, Lethbridge (Alberta)

Dr. Paul Links, médecin, FRCP(C)

Conseiller

Titulaire de la chaire Arthur-Sommer-Rotenberg d'études sur le suicide, et professeur, Département de psychiatrie, Université de Toronto et Hôpital St. Michael, Toronto (Ontario)

Faith Malach, MHSc, MSW, RSW

Directrice du projet

Directrice générale, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; et professeure adjointe de pratique, Faculté de travail social, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Jennifer Mokry, MSW, RSW

Coordonnatrice du projet

Gestionnaire de projet, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Toronto (Ontario)

Myra Marrant

Conseillère

Bibliothécaire, Centre de prévention du suicide, Calgary (Alberta)

Nona Moscovitz, MSW

Conseillère

Gestionnaire de programmes, Direction de la santé mentale, Déficiences intellectuelles ou physiques et toxicomanie, CSSS Cavendish, Montréal (Québec)

Simone Powell, MPA

Conseillère

Analyste de la politique principale, Division du vieillissement et des aînés, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

D^r Isaac Sakinofsky, médecin, MB, ChB, DPM, FRCPC, FRCPsych

Conseiller

Professeur émérite, Psychiatrie et sciences de la santé publique, Université de Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario)

Gayle Vincent

Membre

Gestionnaire, Prévention du suicide, Conseil en santé mentale de l'Alberta, Calgary (Alberta)

TABLE DES MATIÈRES

Section	Page
Aperçu du projet des lignes directrices.....	2
Contexte	2
Nécessité des lignes directrices.....	2
But et objectifs	2
Principes et hypothèses	3
Portée et application.....	3
Auditoire cible.....	3
Élaboration des lignes directrices	3
Recherche documentaire	5
Formulation des recommandations	7
Glossaire.....	8
Recommandations	10
Partie 1 : Contexte.....	14
1.1 Prévalence.....	14
Partie 2 : Risque suicidaire et résilience.....	15
2.1 Vue d'ensemble.....	15
2.2 Facteurs de risque	15
2.2.1 Comportement et idées suicidaires.....	15
2.2.2 Maladie mentale et toxicomanie.....	15
2.2.3 Traits de personnalité.....	16
2.2.4 Maladie physique	16
2.2.5 Épreuves de la vie, changements et soutien social.....	16
2.2.6 Incapacité fonctionnelle	17
2.3 Résilience ou facteurs de protection.....	17
Tableau 2.1 Facteurs de risque de suicide chez la personne âgée	17

Partie 3 : Détection, évaluation et diagnostic	18
3.1 Dépistage des aînés suicidaires	18
3.2 Instruments d'évaluation	18
3.3 Évaluation du risque suicidaire	18
Partie 4 : Traitement et prise en compte du risque	20
4.1 Introduction	20
4.1.1 Traitement médicamenteux	20
4.1.2 Psychothérapie	20
4.1.3 Sismothérapie	20
4.1.4 Psychothérapie – l'espoir, mécanisme d'adaptation ou de mésadaptation	20
4.2 La relation thérapeutique	21
4.3 Stratégies de prise en compte du risque : soutien à l'égard des professionnels de la santé.....	21
Partie 5 : Systèmes de soins	22
5.1 Les soins partagés	22
5.2 Les services d'extension en santé mentale.....	22
5.3 L'éducation.....	23
Partie 6 : Autres considérations	24
6.1 La question éthique du suicide assisté	24
6.2 Le respect de la vie privée et la confidentialité.....	24
6.3 La recherche	24
Partie 7 : Conclusion	25
Sources de référence	26
Annexe A : Ordinogramme de l'élaboration des lignes directrices	31
Annexe B : Moyens de s'enlever la vie chez les adultes de plus de 65 ans au Canada en 2002	32
Annexe C : Questions à poser à la personne âgée.....	33

Aperçu du projet des lignes directrices

Contexte

La mission de la CCSMPA consiste à *promouvoir la santé mentale des personnes âgées en reliant les personnes, les idées et les ressources*. Dans cette optique, la Coalition poursuit les grands objectifs suivants :

- faire en sorte que la santé mentale des aînés soit une priorité en santé et mieux-être au Canada;
- favoriser les initiatives d'amélioration et de promotion des ressources en santé mentale des personnes âgées;
- voir à sa croissance et à sa viabilité.

Afin de remplir sa mission et d'atteindre ses objectifs, la Coalition facilite certaines initiatives stratégiques axées sur les aspects suivants :

- La défense des intérêts et la sensibilisation du public
- La recherche
- L'éducation
- Les ressources humaines
- La promotion des pratiques exemplaires en évaluation et traitement
- Les aidants naturels

En janvier 2005, le Fonds pour la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada a accordé des fonds à la CCSMPA pour diriger et faciliter l'élaboration de recommandations fondées sur des données probantes dans le cadre de lignes directrices nationales sur les pratiques exemplaires en matière de santé mentale des aînés, plus précisément en ce qui a trait à :

1. L'évaluation et la prise en charge du **délire**;
2. L'évaluation et la prise en charge de la **dépression**;
3. L'évaluation et la prise en charge de **problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée** (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement);
4. L'évaluation du **risque suicidaire** et la prévention du **suicide**.

Dans la période allant d'avril 2005 à février 2006, les quatre groupes d'élaboration de lignes directrices ont examiné les lignes directrices recensées, analysé la documentation primaire et rédigé un document dans leur champ d'intérêt particulier renfermant notamment des recommandations.

Nécessité des lignes directrices

Le nombre de personnes âgées au Canada est en hausse fulgurante. En 2021, les adultes âgés (les personnes âgées de 65 ans ou plus) représenteront près de 18 % de la population du pays (Santé Canada, 1999). À l'heure actuelle, 20 % des personnes âgées de 65 ans ou plus souffrent d'une maladie mentale (MacCourt, 2005). Bien que cette proportion ne s'écarte

pas de la prévalence de la maladie mentale dans d'autres groupes d'âge, elle ne reflète pas la prévalence élevée de la maladie mentale dans les établissements de santé et de services sociaux. Ainsi, il est de notoriété publique que de 80 % à 90 % des résidents en centre d'accueil et d'hébergement sont atteints d'un trouble mental quelconque ou d'un déficit cognitif (Drance, 2005; Rovner et collab., 1990).

Longtemps, il n'y a pas eu de lignes directrices nationales interdisciplinaires sur la prévention, l'évaluation, le traitement et la prise en charge des principaux troubles de santé mentale dont souffrent les aînés canadiens, à l'exception des recommandations issues d'une conférence consensuelle sur l'évaluation et la prise en charge de la démence (Patterson et collab., 1999; mise à jour à paraître bientôt). Au vu de la croissance prévue de ce segment démographique, l'absence de normes pancanadiennes établies pour encadrer la prestation des soins de santé mentale à la personne âgée est une grave lacune.

Nous nous devons de repérer les connaissances, et de les partager, sur les pratiques efficaces en matière d'évaluation et de traitement en santé mentale de la personne âgée. C'est dans ce contexte que le projet des lignes directrices nationales de la CCSMPA a vu le jour, plus précisément pour encourager la formulation de recommandations fondées sur des données probantes au sujet des quatre aspects précités de la santé mentale de la personne âgée.

But et objectifs

Le but général du projet consiste à formuler des recommandations fondées sur des données probantes, dans le cadre de lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en ce qui a trait à quatre aspects de la santé mentale de la personne âgée.

Objectifs du projet :

1. Répertoire les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de santé mentale de la personne âgée, publiées au Canada ou à l'étranger.
2. Faciliter la collaboration entre des chefs de file dans le domaine de la santé mentale de la personne âgée afin d'examiner les lignes directrices existantes et d'analyser la documentation sur la santé mentale des aînés.
3. Favoriser l'établissement d'un partenariat entre les principaux chefs de file et les intervenants pour formuler un ensemble de recommandations sur des aspects particuliers de la santé mentale de la personne âgée dans le cadre de lignes directrices.
4. Diffuser la version préliminaire des recommandations ou des lignes directrices aux intervenants à la Conférence sur les pratiques exemplaires 2005 de la Coalition aux fins d'examen et de révision en prévision de la rédaction de la version définitive.
5. Diffuser les lignes directrices définitives aux professionnels de la santé et aux intervenants de tout le pays.

Principes et hypothèses

Voici les **principes** directeurs du projet :

- La nature factuelle
- La vaste portée
- La prise en compte de toute la gamme des milieux de soins
- La clarté, la concision et l'intelligibilité
- Le caractère pratique

Portée et application

- Le fondement multidisciplinaire;
- L'applicabilité à l'adulte âgé exclusivement;
- La pertinence dans toute la gamme des milieux de soins;
- La prise en compte de la disparité entre les établissements, les organismes de services de santé, les communautés, les régions et les provinces du pays, notamment sur les plans des services, des définitions ou de l'accès;
- La nécessité d'aborder précisément le chevauchement, le cas échéant, entre les quatre ensembles de lignes directrices nationales en matière de santé mentale de la personne âgée;
- Malgré le caractère distinct des quatre documents, la vérification de la concordance le cas échéant;

- la précision et la prise en considération dans les lignes directrices des aspects pour lesquels les connaissances sont insuffisantes;
- la nécessité pour les lignes directrices d'aborder également la recherche, l'éducation et la prestation des services. Ainsi, les lignes directrices se pencheront sur les questions des « services optimaux », des « aspects organisationnels », de la « recherche » et de l'« éducation ».

En outre, chacun des groupes d'élaboration des lignes directrices examinera des aspects particuliers à son sujet d'intérêt.

Auditoire cible

Les lignes directrices s'adressent à de nombreux auditoires, notamment les équipes soignantes interdisciplinaires, les professionnels de la santé, les administrateurs et les décideurs qui œuvrent auprès des aînés. D'autre part, les lignes directrices pourraient s'avérer utiles dans la planification et l'évaluation de modèles de prestation des services de santé, de plans de ressources humaines, de normes d'agrément, d'exigences de formation et d'enseignement, des besoins de la recherche et de décisions de financement.

Élaboration des lignes directrices

Formation du groupe d'élaboration des lignes directrices

La Coalition a rassemblé des experts en santé mentale de la personne âgée de diverses disciplines pour former les quatre groupes d'élaboration des lignes directrices. Des membres du comité de direction de la Coalition ont désigné les codirecteurs des groupes d'élaboration des lignes directrices sur l'avis d'organismes et de personnes. Après la sélection des codirecteurs, la composition des groupes d'élaboration des lignes directrices s'est précisée de la même manière, notamment selon les suggestions des codirecteurs. La composition des groupes devait répondre à la volonté de former des équipes interdisciplinaires comptant des représentants de plusieurs provinces du pays.

Élaboration des lignes directrices

En mai 2005, les groupes d'élaboration des lignes directrices se sont réunis à Toronto (Ontario) dans le cadre d'un atelier de deux jours. Les discussions générales et en groupes restreints ont débouché sur un consensus quant à la portée de chaque ensemble de lignes directrices et à leur structure commune, ainsi que sur la recension des ressources pertinentes pour aller de l'avant, le calendrier d'exécution et la répartition des responsabilités.

Certains mécanismes ont été prévus afin de réduire au minimum le risque de biais dû à des conflits d'intérêts potentiels dans la formulation des recommandations. C'est ainsi que les membres des groupes d'élaboration des lignes directrices ont eu à divulguer à l'équipe de projet tous les conflits d'intérêts potentiels. Cet exercice a eu lieu deux fois pendant le projet. Les déclarations de conflits d'intérêts sont disponibles sur demande auprès de la CCSMPA. Par souci d'objectivité également, des intervenants externes œuvrant dans des domaines connexes ont examiné de façon approfondie les lignes directrices à plusieurs reprises.

Les quatre groupes d'élaboration des lignes directrices se sont réunis chaque mois par téléconférence, sans compter les communications officieuses par courrier électronique et téléphone entre les membres des groupes. La rédaction des sections des lignes directrices a été confiée aux membres selon leur domaine d'expertise et d'intérêt, et les sous-groupes ainsi formés se sont réunis à intervalles réguliers. De leur côté, les codirecteurs se sont rencontrés chaque mois. La gestionnaire et la directrice du projet, relevant de la Coalition, ont été chargées de faciliter le processus tout au long du projet.

Phase I: Administration et préparation en vue de la rédaction (d'avril à juin 2005)

- Désignation des codirecteurs et formation des groupes d'élaboration des lignes directrices
- Réunions des codirecteurs et de chacun des groupes d'élaboration des lignes directrices
- Précision du mandat, des principes directeurs et de la portée de chaque ensemble de lignes directrices
- Établissement du calendrier d'exécution et répartition des responsabilités
- Création de la structure commune des lignes directrices
- Analyse documentaire exhaustive
- Recherche documentaire approfondie pour relever les lignes directrices pertinentes
- Relevé des instruments d'analyse documentaire et d'instruments d'évaluation des données probantes

Phase II: Rédaction de la version préliminaire des lignes directrices (de mai à septembre 2005)

- Réunions des codirecteurs et des groupes de travail
- Brève recension, examen et évaluation de lignes directrices et de la documentation pertinentes
- Synthèse des données probantes, précision des lacunes et formulation des recommandations
- Rédaction de la version préliminaire des lignes directrices
- Révision de la version préliminaire des lignes directrices

Phase III: Diffusion et consultation (de mai à décembre 2005)

La diffusion des lignes directrices préliminaires aux intervenants externes aux fins d'examen s'est déroulée en trois phases :

Group 1 : Diffusion des lignes directrices aux membres du groupe d'élaboration (de mai à décembre 2005)

Les membres du groupe d'élaboration ont révisé la version préliminaire des lignes directrices de façon continue.

Group 2 : Diffusion des lignes directrices aux participants à la Conférence sur les pratiques exemplaires de la CCSMPA (septembre 2005)

Afin de se pencher sur des questions ayant trait aux pratiques en information, éducation, évaluation et traitement, la Coalition a parrainé une conférence pancanadienne les 26 et 27 septembre 2005, « **La Conférence nationale sur les pratiques exemplaires : mise au point sur la santé mentale des personnes âgées** ». Le but général de la conférence consistait à échanger des connaissances et à partager des pratiques exemplaires en santé mentale des aînés. Les participants à la conférence ont eu le loisir de contribuer à l'élaboration de l'un ou l'autre des ensembles de lignes directrices nationales. Les ateliers d'une journée étaient axés sur l'évaluation de la version préliminaire des lignes directrices nationales et sur la définition de stratégies de diffusion.

Les ateliers se sont déroulés comme suit :

- Examen de la démarche et analyse de la documentation et des lignes directrices recensées
- Examen de la version préliminaire des lignes directrices
- Évaluation et analyse exhaustives, en groupes restreints et générales, de la version préliminaire des lignes directrices
- Relevé méthodique des modifications proposées par les groupes restreints et en séance plénière
- Précision des étapes suivantes de révision et de diffusion des lignes directrices, et discussion des possibilités de participer de nouveau au processus

Group 3 : Diffusion des lignes directrices à des experts conseils et à d'autres intervenants (d'octobre 05 à janvier 06)

La Coalition a demandé aux intervenants externes de lui transmettre leurs observations et impressions générales et de répondre à des questions précises. Les groupes d'élaboration des lignes directrices ont examiné ces observations, et en ont tenu compte dans la révision de la version préliminaire des lignes directrices. Au nombre des intervenants figurent entre autres les experts conseils participant au projet, l'Agence de la santé publique du Canada, des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des membres de la CCSMPA et des organisations participantes, les participants des ateliers de la Conférence sur les pratiques exemplaires de la Coalition et l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique.

Phase IV : Révision de la version préliminaire des lignes directrices (d'octobre 2005 à janvier 2006)

- Analyse des observations issues des ateliers de la Conférence sur les pratiques exemplaires par les groupes d'élaboration des lignes directrices
- Examen des observations des intervenants externes
- Établissement d'un consensus au sein de chacun des groupes d'élaboration concernant les recommandations et le contenu
- Dernière révision des lignes directrices

Phase V: Rédaction de la version définitive des lignes directrices (de décembre 2005 à avril 2006)

- Dernière révision des lignes directrices par les groupes d'élaboration des lignes directrices
- Rédaction de la version définitive des lignes directrices et des recommandations
- Présentation des lignes directrices et des recommandations à l'Agence de la santé publique du Canada

Phase VI: Diffusion des lignes directrices (d'avril 2006 à →)

- Liste des destinataires
- Traduction, mise en page et impression
- Diffusion des lignes directrices en version électronique et sur papier
- Promotion des lignes directrices dans des bulletins d'information, à des conférences, dans des revues, etc.

L'ordinogramme de l'élaboration des lignes directrices figure à l'annexe A.

Recherche documentaire

Le groupe a procédé à une recherche et une analyse documentaires méthodiques et exhaustives sur le sujet de l'évaluation et de la prise en charge de la dépression chez la personne âgée.

Stratégie de recherche des données probantes

Des bibliothécaires conseils participant au projet des lignes directrices et la Coalition ont effectué une recherche documentaire électronique conçue pour relever des documents fondés sur des données probantes, notamment des lignes directrices, des méta-analyses et des études documentaires méthodiques, et des comptes rendus de recherche. La recherche documentaire a été structurée en fonction des critères suivants :

- Des documents en anglais seulement
- Des sources d'information portant précisément sur le suicide
- À l'exclusion des essais
- Période de publication des lignes directrices, des méta-analyses et des études de janvier 1995 à mai 2005
- Des comptes rendus de recherche publiés dans la période de janvier 1999 à juin 2005

Recherche documentaire visant à relever des lignes directrices, des méta-analyses et des études documentaires méthodiques

La première recherche documentaire visant à relever des articles de synthèse fondés sur des données probantes (p. ex., des lignes directrices, des protocoles) a porté sur les grandes bases de données que sont Medline, EMBASE, PsychInfo, CINAHL, AgeLine et The Cochrane Library. La stratégie a été définie en fonction des termes de recherche suivants : " suicide ", " self-harm ", " elderly ", " older adult(s) ", " aged ", " geriatric ", " suicide guideline(s) ", " elderly suicide guideline(s) ", " practice guideline (s) suicide ", " practice guideline(s) older adults suicide ", " guideline(s) self-harm ", " protocol(s) suicide ", " protocol(s) self-harm ", " practice guideline(s) ", " best practice guideline(s) " et " clinical guideline(s) ".

En outre, une liste de sites Web a été dressée en fonction des sites connus renfermant de l'information factuelle sur les pratiques, des organismes réputés d'élaboration de lignes directrices et des recommandations des groupes d'élaboration des lignes directrices. Les résultats et les dates de recherche ont été consignés. Les sites Web suivants ont été consultés :

- American Association of Suicidology : <http://www.suicidology.org>
- American Medical Association : <http://www.ama-assn.org>
- American Psychiatric Association : <http://www.psych.org>
- American Psychological Association : <http://www.apa.org>
- Annals of Internal Medicine : <http://www.annals.org>
- Association for Gerontology in Higher Education : <http://www.aghe.org/site/aghewebsite>
- Association canadienne pour la prévention du suicide : <http://www.suicideprevention.ca>

- Association canadienne pour la santé mentale : <http://www.cmha.ca/bins/index.asp>
- Société canadienne de psychologie : <http://www.cpa.ca>
- Association internationale pour la prévention du suicide : <http://www.med.uio.no/iasp>
- National Guidelines Clearinghouse : <http://www.guideline.gov>
- National Institute on Aging : <http://www.nia.nih.gov>
- National Institute for Health and Clinical Excellence : <http://www.nice.org.uk>
- National Institute of Mental Health : <http://www.nimh.nih.gov>
- Association médicale de l'Ontario : <http://www.oma.org>
- Centre for Suicide Prevention – Suicide Information & Education Collection (SIEC) : <http://www.suicideinfo.ca>
- Suicide Prevention Resource Center : <http://www.sprc.org>
- Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario : <http://www.mao.org>
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists : <http://www.ranzcp.org>
- Royal College of General Practitioners : www.rcgp.org.uk
- Royal College of Nursing : <http://www.rcn.org.uk>
- Royal College of Psychiatrists : <http://www.rcpsych.ac.uk>
- Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/fr/index.html>

Cette recherche documentaire a permis de retracer 20 ensembles de lignes directrices potentiellement pertinentes. Le groupe d'élaboration des lignes directrices a examiné ces résultats pour déterminer si les sources d'information recensées portaient précisément sur le sujet en question et étaient disponibles en version électronique, sur papier ou auprès des auteurs. Puis, il a évalué la qualité des lignes directrices conformément à Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument (AGREE) (AGREE Collaboration, 2001). C'est ainsi que huit ensembles de lignes directrices ont été sélectionnés pour les besoins du projet :

- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Association; 2004. [En ligne]. Disponible à http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_suicidalbehaviors.pdf
- Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2004;140(10):822-37.
- Holkup PA. Evidence-based protocol – elderly suicide: secondary prevention. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2002.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence; 2004. [En ligne]. Disponible à <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=213665>

- New Zealand Guidelines Group & Ministry of Health. The assessment and management of people at risk of suicide. New Zealand Guidelines Group & Ministry of Health; 2003. [En ligne]. Disponible à http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?fuseaction=fuseaction_10&fusesubaction=docs&documentID=22&guideline_displaymode=category
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-Harm. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004;38:868-84.
- Royal College of Psychiatrists. Assessment following self-harm in adults. Royal College of Psychiatrists; 2003. [En ligne]. Disponible à <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/cr/council/cr122.pdf>
- International Association for Suicide Prevention (IASP) Executive Committee. IASP guideline for suicide prevention. Crisis 1999;20(4): 155-63.
- Dialog : service d'information commercial qui couvre plus de 1 200 bases de données, dont Medline, EMBASE, PsychInfo, CINAHL et AgeLine; la recherche est structurée selon les mots clés de SIEC. Pour plus de renseignements sur Dialog : http://support.dialog.com/publications/dbcat/dbcat_2005_pp1-43.pdf
- Des photocopies d'articles de bibliothèques locales et de prêts interbibliothèques;
- Internet;
- Abonnement à des revues;
- Recherche de bibliographies;
- Bibliographies d'articles;
- Tables des matières;
- Bulletins d'information;
- Services d'avis de parution;
- Communications provenant de personnes et d'organisations.

Recherche documentaire

Le bibliothécaire conseil du Centre de prévention du suicide (<http://www.suicideinfo.ca/>) a procédé à une recherche documentaire dans les archives du centre (Suicide Information and Education Collection (SIEC)), source d'information spécialisée sur le suicide et le comportement suicidaire. La base de données SIEC constitue la plus grande source d'information sur le suicide; elle renferme 36 000 articles, livres et autres ouvrages. Ces ressources d'information ont diverses origines, notamment :

La base de données SIEC en entier a fait l'objet d'une recherche en fonction des mots clés suivants : " elderly ", " older adult(s) ", " aged ", " geriatric ", " threatened suicide ", " rates of suicide ", " intent ", " completed suicide ", " communications ", " attempted suicide ", " moral aspects " et " ethics ". Des 221 mentions recensées, 74 sont conformes aux critères de sélection et portent sur l'évaluation et la prévention du suicide. Ces articles ont été distribués aux membres du groupe.

Au fil de la rédaction des lignes directrices, d'autres documents, des synthèses et des comptes rendus de recherche, ont été répertoriés dans le cadre de recherches documentaires précises et sur l'avis d'experts membres du groupe d'élaboration des lignes directrices. Au bout du compte, plus de 200 sources de référence ont été relevées.

Formulation des recommandations

La documentation sélectionnée a été évaluée dans l'intention de formuler des recommandations fondées sur des données probantes, judicieuses du point de vue clinique. Les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices ont été répartis en sous-groupes en fonction de leur expertise particulière afin de formuler les recommandations de la section qui leur a été dévolue. Les recommandations des sous-groupes ont été fondues en un seul document renfermant des recommandations adoptées par consensus. En conclusion, les recommandations sont fondées sur les constatations de la recherche et conformes à l'opinion d'experts.

La solidité des recommandations a été évaluée en vertu de Categories of Evidence and Strength of Recommendations de Shekelle et ses collègues (1999). Avant la tenue de la conférence sur les pratiques exemplaires de la Coalition, les codirecteurs du groupe d'élaboration des lignes directrices ont approuvé les recommandations après examen des versions préliminaires. Après la conférence, les groupes d'élaboration des lignes directrices ont passé en revue leurs recommandations respectives et examiné les divergences et les sujets de controverse. Une fois les points de désaccord réglés, les recommandations ont été entérinées. Pour paraître dans la version définitive des lignes directrices, une recommandation devait faire l'objet d'un consensus de la part de 80 % des membres du groupe d'élaboration des lignes directrices. En réalité, les recommandations formulées dans la version définitive des lignes directrices ont été adoptées à l'unanimité.

Les données probantes et les recommandations ont été interprétées selon le système à deux paliers de Shekelle et ses collègues (1999). Les études sont rangées dans les catégories allant de I à IV. La catégorie où est classée l'étude est indiquée dans le renvoi à la source de référence comme suit (mention) ^{Catégorie}.

Catégories de données probantes aux fins de détermination de la causalité et de l'application dans le traitement

Données probantes issues d'une méta-analyse d'essais cliniques comparatifs et randomisés	Ia
Données probantes issues d'au moins un essai clinique comparatif et randomisé	Ib
Données probantes issues d'au moins une étude comparative sans randomisation	IIa
Données probantes issues d'au moins une étude quasi-expérimentale d'un autre type	IIb
Données probantes issues d'au moins une étude quasi-expérimentale d'un autre type	III
Données probantes issues de rapports ou de l'opinion de comités d'experts, ou de l'expérience clinique de sommités	IV

(Shekelle et collab., 1999)

La solidité des recommandations, cotée de A à D (voir ci-après), est fonction de la masse des données probantes (c.-à-d., toutes les études portant sur le sujet) *et de l'opinion des experts du groupe d'élaboration des lignes directrices sur les données probantes disponibles*. À titre d'exemple, le niveau de solidité D est attribué aux données probantes tirées de la documentation portant sur une population plus jeune que la population cible ou à ce qui est considéré comme étant une saine pratique par le groupe d'élaboration des lignes directrices.

Étant donné la problématique particulière (d'ordre pragmatique, éthique et conceptuel) de l'essai clinique comparatif et randomisé auprès de personnes âgées souffrant de délire, les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices se devaient d'évaluer et de tenir compte des données probantes issues d'essais cliniques de conception quasi-expérimentale (Tilly et Reed, 2004).

La cotation de la solidité de la recommandation (A à D) doit être interprétée en tant qu'évaluation synthétique de toutes les données probantes à l'appui de la recommandation, plutôt qu'en tant que simple indication de l'importance de la recommandation en pratique clinique ou du point de vue de la qualité des soins. Certaines recommandations ne sont pas étayées par beaucoup de données scientifiques, d'où leur basse cote de solidité en vertu de l'échelle, mais elles constituent tout de même des éléments primordiaux de l'évaluation et de la prise en charge des idées et du comportement suicidaires

Degrés de solidité

Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie I	A
Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie II ou extrapolée de données probantes de catégorie I	B
Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie III ou extrapolée de données probantes de catégorie I ou II	C
Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie IV ou extrapolée de données probantes de catégorie I, II ou III	D

(Shekelle et collab., 1999)

Glossaire

Autodestruction : « Ce mot désigne les diverses façons de s'infliger des sévices à soi-même, notamment par la laceration, la mutilation, les coups, l'ingestion d'un médicament en surdose ou la témérité délibérée » (USA National Strategy for Suicide Prevention : Glossary, 2001, p. 202). Expressions équivalentes : *comportement autodestructeur, automutilation, auto-agression*.

Nous privilégions les termes **autodestruction** ou **comportement autodestructeur** plutôt que « acte suicidaire », « parasuicide », « geste suicidaire », « comportement autodestructeur direct ou indirect », « comportement instrumental de nature suicidaire » ou « menace de suicide ». C'est volontairement que nous n'utilisons pas le mot « délibéré » (comme dans « autodestruction délibérée ») puisque la question de savoir si un tel comportement est toujours délibéré soulève la controverse et pour le dissocier de l'expression d'**intention suicidaire** qui a sa propre définition.

Autopsie psychologique : Collecte de données sur les cas de suicide. Méthode conçue d'abord pour étudier les suicides équivoques par le coroner du comté de Los Angeles, l'autopsie est l'interrogatoire des amis proches et des parents de la personne morte pour en savoir davantage sur les messages laissés par elle, le stress qu'elle subissait ou avait déjà subi, ses antécédents médicaux et son mode de vie en général (Evans et Farberow, 1988, p. 26).

Comportement suicidaire : « Comportement de la personne potentiellement dangereux pour elle sans que l'issue soit fatale, où il est évident, de façon explicite ou implicite, que la personne a l'intention dans une certaine mesure de s'enlever la vie. Le comportement suicidaire peut donner lieu ou non à des blessures » (O'Carroll, 1996, définition de tentative de suicide, p. 247). Expressions équivalentes : **comportement suicidaire non mortel, acte suicidaire**.

Nous parlons ici de **comportement suicidaire** plutôt que de « tentative de suicide » en raison de la connotation d'acte criminel rattachée au terme « tentative » et parce que l'expression laisse sous-entendre que la mort est le seul résultat escompté; c'est le même problème que pose d'ailleurs les expressions « échec du suicide » ou « tentative de suicide avortée ».

Euthanasie : « La signification du mot euthanasie, comme l'indique sa racine grecque, est celle d'une mort rapide, indolore. Dans les dernières années, deux formes d'euthanasie sont l'objet des débats sur la cessation de la vie sur la scène professionnelle. L'une d'elles est l'euthanasie active ou directe, quand une intervention directe, comme l'administration d'un médicament à une dose létale, vient mettre un terme à la vie. L'autre est l'euthanasie passive ou indirecte quand la mort découle du débranchement d'un appareil de maintien des fonctions vitales ou de la cessation

de l'administration d'un médicament essentiel à la survie » (Evans et Farberow, 1988, p. 113-114).

Facteurs de risque : « Ce sont les facteurs qui rendent une personne vulnérable à l'apparition d'un trouble; il peut s'agir de facteurs biologiques, psychologiques ou sociaux propres à la personne, à la famille ou au milieu » (USA National Strategy for Suicide Prevention : Glossary, 2001, p. 202). Expression équivalente : **facteurs de vulnérabilité**.

Idées morbides : Des pensées récurrentes de mort ou le souhait répété de sa propre mort, exprimés par la personne. Il peut s'agir d'un vœu pieu sans désir précis de s'enlever la vie, ni de rumination sur la mort de quelqu'un d'autre.

Idées suicidaires : « Toutes les pensées ou les idées exprimées par la personne ayant trait à l'adoption d'un comportement suicidaire » (O'Carroll, 1996, p. 247).

Intention suicidaire : Degré de sérieux ou de sincérité de la personne qui envisage de s'enlever la vie. La détermination de l'intention est l'aboutissement d'un processus de déduction et de discernement même s'il est possible d'interroger la personne (Pokorny, 1974, p. 38-39).

Intention suicidaire : Degré de sérieux ou de sincérité de la personne qui envisage de s'enlever la vie. La détermination de l'intention est l'aboutissement d'un processus de déduction et de discernement même s'il est possible d'interroger la personne (Pokorny, 1974, p. 38-39).

Postvention : « Néologisme d'Edwin S. Shneidman, directeur fondateur du Centre d'étude sur la prévention du suicide au National Institute of Mental Health (NIMH) à Bethesda (Maryland), qui recouvre l'aide et l'intervention accordées aux survivants du suicide, soit la personne qui a attenté à sa vie, la famille, les amis et les connaissances. La postvention désigne simplement le soutien sous toutes ses formes offert aux survivants dans la période immédiate suivant le suicide et, par la suite, pour essayer de comprendre et d'accepter cette tragédie » (Evans et Farberow, 1988, p. 225).

Suicidalité : « Risque de suicide futur » (Pokorny, 1974, p. 38). « Une gamme d'aspects relatifs aux pensées et aux attitudes qui englobent la rumination suicidaire, la tentative suicidaire et le suicide » (USA Department of Health and Human Services National Strategy for Suicide Prevention : Glossary, 2001 sous Suicidal Behavior, p. 203).

Suicide assisté : « Encourager quelqu'un à se donner la mort, comme il est indiqué dans la législation de nombreux pays. Le fait de se donner volontairement la mort avec l'aide d'une autre personne dont le rôle consiste à offrir des renseignements ou à procurer des moyens utiles » (Evans et Farberow, 1988, p. 18).

Nous privilégions ici **mort par suicide** ou **suicide** à « **s'est suicidé** », « **suicide achevé** » ou « **suicide réussi** ». Sommer-Rotenberg (1998) fait remarquer que les expressions « attenter à sa vie » et « commettre un suicide » évoquent la commission d'un crime et se révèlent dans le contexte non seulement inappropriées mais également susceptibles de stigmatiser les personnes suicidaires et leurs proches. L'expression « **suicide achevé** » sous-entend que la personne qui survit à son comportement autodestructeur n'est pas parvenue à accomplir la tâche, et ce message est potentiellement destructeur en ce qu'il peut susciter la honte d'avoir failli à la tâche. L'expression « **suicide réussi** » est tout aussi équivoque en ce qu'elle laisse entendre que le survivant a échoué en quelque sorte, ce sur quoi nous sommes en complet désaccord. En outre, la question de la réussite ou de l'échec fait fi de l'ambivalence qui caractérise la personne qui a des idées suicidaires ou qui passe à l'acte et laisse entrevoir qu'un résultat précis est escompté.

Suicide rationnel : « Expression de l'artiste et ancien travailleur social de Manhattan, Jo Roman, ardent défenseur du libre arbitre quant au choix du moment de sa mort » (Evans et Farberow, 1988, p. 234).

Survivants : « Le mot s'applique aux membres de la famille, aux proches ou aux connaissances confrontés à la mort par suicide d'une personne chère » (*USA National Strategy for Suicide Prevention : Glossary*, 2001, p. 203). Depuis peu, le terme désigne également les membres de la famille, les amis, les proches, les connaissances ou les collègues d'une personne qui a manifesté un comportement suicidaire non mortel, ou la personne qui a fait preuve d'un tel comportement. Expressions équivalentes : **en deuil d'un suicidé**, **survivant d'un suicide**.

Abréviations

Voici les abréviations qui apparaissent dans le document :

ECT : sismothérapie

GDS : échelle d'évaluation de la dépression gériatrique

GHS : échelle d'évaluation du désespoir gériatrique

GSIS : échelle d'évaluation des idées suicidaires gériatriques

HBS : échelle d'évaluation des comportements destructeurs

PTI : psychothérapie interpersonnelle

PROSPECT : Prevention of Suicide in Primary Care Elderly Collaborative Trial

RFL-OA : échelle de détermination des raisons de vivre, version applicable à la personne âgée

SSI : échelle d'évaluation des idées suicidaires

Recommandations

Les recommandations ont été regroupées au début du document pour en faciliter la consultation. Les sections du document renferment l'analyse documentaire pertinente aux recommandations de la section avant de présenter celles-ci.

Nous prions le lecteur de prendre connaissance du corps du document, et de ne pas s'en tenir à la seule synthèse des recommandations. Les recommandations sont accompagnées du numéro de page où figure le texte correspondant.

Recommandations : Facteur de risque : comportement et idées suicidaires (p. 15)

Prendre les dispositions nécessaires devant la présence de facteurs de risque suicidaire chez la personne âgée et demeurer vigilant quant à l'éventualité d'un risque même en l'absence de suicidabilité démontrée. [D]

En présence de facteurs de risque, évaluer les idées morbides et les idées suicidaires. Devant de telles idées, évaluer l'intention suicidaire, l'existence d'un plan de suicide et le comportement suicidaire passé ou présent, car le risque de suicide s'en trouvera accru. [C]

Évaluer périodiquement les idées suicidaires pendant le traitement de la dépression, car elles peuvent surgir n'importe quand et persister ou réapparaître à intermittence, et la personne pourrait ne pas en faire part à un inconnu au début du traitement. [D]

L'hospitalisation est à envisager quand la personne âgée exprime des idées suicidaires marquées ou a conçu un plan de suicide. [D]

Recommandations : Facteur de risque : maladie mentale et toxicomanie (p. 16)

Déterminer la présence d'un trouble de l'humeur, seul ou associé à d'autres troubles mentaux, car le risque suicidaire s'en trouvera accru. Savoir que la dépression chez la personne âgée peut se manifester par d'autres symptômes que ceux de l'adulte d'âge moyen. [C]

Tenir compte de la possibilité d'un trouble mental, notamment d'un trouble psychotique, car sa présence augmente le risque suicidaire. Porter une attention particulière à la comorbidité mentale. [C]

Dans tous les cas, évaluer la consommation ou la surconsommation de drogues ou d'alcool, car la toxicomanie accroît le risque suicidaire. [C]

Recommandation: Facteur de risque : traits de la personnalité (p. 16)

Savoir que les troubles de personnalité, la personnalité rigide et la mésadaptation peuvent contribuer à accroître le risque suicidaire chez la personne âgée qui présente d'autres facteurs de risque. [C]

Recommandations : Facteur de risque : maladie physique (p. 16)

Détecter la présence d'une maladie physique, car elle peut accroître le risque de suicide. [C]

Déceler la présence d'une maladie physique perçue, car cela peut accroître le risque de suicide. [C]

Évaluer minutieusement l'intention suicidaire chez la personne âgée qui exprime le souhait de hâter sa mort. [D]

Recommandation: Facteur de risque : épreuves de la vie, changements et soutien social (p. 17)

Étudier la possibilité de la présence d'autres facteurs de risque chez la personne âgée qui a éprouvé récemment des difficultés d'ordre social, physique ou financier, ou qui a traversé une épreuve ou une période de changement, comme un déménagement. [C]

Recommandation: Facteur de risque : incapacité fonctionnelle (p. 17)

Évaluer l'état fonctionnel, car le déclin fonctionnel peut accroître le risque suicidaire. [C]

Recommandations : Résilience ou facteurs de protection (p. 17)

Proposer des stratégies qui favorisent la valorisation de la personne âgée et lui permettent de retrouver un sens à sa vie. [D]

Proposer des stratégies qui améliorent le soutien social et les activités interpersonnelles. [D]

Proposer des stratégies qui encouragent l'adoption de pratiques saines en matière de santé. [D]

Recommandation: Dépistage des aînés suicidaires (p. 18)

Toujours envisager la possibilité de la présence de facteurs de risque suicidaire chez la personne âgée qui se présente en consultation, particulièrement chez celle qui n'exprime aucune préoccupation concernant sa santé mentale. [D]

Recommandation: Instruments d'évaluation (p. 18)

Le prestataire de soins dûment qualifié sur le plan psychométrique peut recourir à des instruments d'évaluation normalisés pour évaluer la présence et la gravité des facteurs psychologiques qui contribuent à accroître le risque suicidaire. [D]

Recommandations : Évaluation du risque suicidaire (p. 19)

Dans l'évaluation du risque suicidaire, le prestataire de soins fait preuve de délicatesse et de respect, il établit des rapports de confiance et il manifeste une ouverture empathique au patient afin de valider les sentiments de celui-ci et de favoriser le compte rendu franc des symptômes suicidaires. [D]

Tenir compte de l'expérience de la personne âgée afin d'encourager l'expression précise de ses pensées et de ses idées pendant l'évaluation. [D]

Obtenir de l'information d'autres sources, notamment de prestataires de soins, de membres de la famille ou de proches, dans l'évaluation exhaustive du risque suicidaire. [D]

Consulter un superviseur ou un professionnel qualifié en santé mentale quand on connaît une personne âgée à risque élevé de suicide, particulièrement si l'on ne possède pas des qualifications spécialisées en santé mentale ou en prévention du suicide. [D]

Recommandation: Traitement et prise en compte du risque (p. 20)

Le prestataire de soins oeuvrant auprès d'une personne âgée suicidaire veille à ce que cette personne soit évaluée de façon appropriée et traitée pour la dépression. (Consultez les *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression*, CCSMPA, 2006.) [B]

Recommandations : Traitement et prise en compte du risque : psychothérapie – l’espoir, mécanisme d’adaptation ou de mésadaptation (p. 21)

Nourrir de l’espoir chez la personne suicidaire. Un des moyens d’y parvenir consiste à stimuler la conversation à ce sujet. [D]

Étudier des stratégies destinées à susciter un sentiment de valorisation chez la personne âgée et à maintenir un sens à sa vie. [C]

Recommandation: Traitement et prise en compte du risque – la relation thérapeutique (p. 21)

Établir une relation thérapeutique sincère fondée sur la confiance avec la personne âgée à risque. L’écouter activement et avec attention sans hâter la consultation. Dans un tel contexte, la personne âgée se sentira écoutée et respectée, et elle pourra plus facilement nouer un lien avec le thérapeute. [D]

Recommandations : Stratégies de prise en compte du risque : soutien à l’égard des professionnels de la santé (p. 21)

Ne pas penser qu’il faille travailler seul. La prévention du suicide est l’affaire d’une équipe. En théorie, les prestataires de soins devraient pouvoir bénéficier de la collaboration d’un professionnel qualifié en santé mentale. Si un tel professionnel n’est pas disponible, le prestataire de soins devrait pouvoir compter sur un autre membre de l’équipe soignante dans la communauté. [D]

Les prestataires de soins oeuvrant auprès de personnes suicidaires nécessitent un réseau de soutien pour maintenir leur bien-être émotionnel et éviter l’épuisement professionnel. [D]

Dans l’intervention auprès de personnes suicidaires, il est essentiel de consigner en détail l’évaluation du risque, les interventions, les réactions et les réponses de la personne et l’évolution de son état. [D]

Quand le prestataire de soins n’est pas certain que la personne suicidaire respectera sa recommandation d’obtenir des soins aux urgences de l’hôpital, il devrait faire appel aux services d’urgence (en composant le 911). [D]

Dans la mesure du possible, restreindre l’accès aux moyens de s’enlever la vie. [D]

Recommandation: Les soins partagés (p. 22)

Nous recommandons aux intervenants qui conçoivent et administrent des systèmes de soins l’application de modèles de soins multidisciplinaires et partagés. [B]

Recommandations : Les services d’extension en santé mentale (p. 23)

Des services de santé mentale et de soutien communautaires sont nécessaires pour dépister et traiter les personnes âgées souffrant d’une maladie mentale ou éprouvant des problèmes sociaux qui accroissent le risque de suicide. [D]

Les décideurs se doivent de soutenir et de financer des programmes, des ressources et des modèles de soins communautaires qui favoriseront le mieux-être des personnes âgées. Ces ressources comprennent des programmes de dépistage précoce et de prévention du suicide chez les personnes à risque dans la communauté. [D]

Les services de santé mentale doivent être adaptés aux besoins changeants de la population et aux besoins particuliers des groupes ethniques. [D]

Recommandations : L'éducation (p. 23)

Des programmes d'éducation et de formation adaptés sur le plan culturel concernant l'évaluation et la prévention du suicide sont offerts aux professionnels de la santé dans divers milieux de soins. [D]

Le professionnel de la santé offre à la personne âgée et à sa famille ou aux aidants naturels de l'information sur le suicide, la stigmatisation, les options thérapeutiques et les stratégies de prise en charge. [D]

Des campagnes d'information à l'échelle provinciale et du pays sur la prévention du suicide, la stigmatisation et la promotion de la santé mentale des personnes âgées seraient indiquées. [D]

Partie 1 : Contexte

Les présentes lignes directrices ont pour but d'offrir des recommandations sur la pratique clinique concernant les personnes âgées de 65 ans ou plus qui présentent un risque élevé de suicide, parce qu'elles y songent ou le projettent, ou parce qu'elles ont déjà tenté de s'enlever la vie.

Nous nous inspirons grandement ici des définitions d'O'Carroll (1996) des pensées et des gestes suicidaires, et de la mortalité par suicide en les adaptant selon les expressions couramment utilisées par les cliniciens, les chercheurs, les patients et les usagers et les survivants d'un suicide (voir *le glossaire et les abréviations*).

1.1 Prévalence

En 2002, 430 Canadiens âgés de 65 ans ou plus, soit 361 hommes et 69 femmes, sont décédés des suites d'une « autodestruction intentionnelle » (Statistique Canada, 2005). Les hommes âgés sont particulièrement à risque de suicide, comme en témoigne le taux de suicide de 1997 chez les Canadiens âgés, à savoir 23,0 sur 100 000, qui est presque deux fois plus élevé que le taux dans toute la population, soit 12,3 sur 100 000 (Statistique Canada, 2005). C'est un fait entendu que les taux de suicide publiés ne rendent pas compte véritablement du nombre total de décès par suicide, notamment parce que ces décès ne sont pas étiquetés ainsi par les familles ou les professionnels de

la santé en raison de la stigmatisation et de la réprobation sociale qu'engendre le suicide. En cas d'incertitude quant à la cause du décès d'une personne âgée, le coroner ne sera pas nécessairement enclin à évoquer le suicide (Ohberg et Lonnqvist, 1998). Près d'un millier de personnes âgées sont hospitalisées chaque année par suite d'un acte autodestructeur intentionnel; on ne sait pas toutefois combien de personnes âgées au Canada s'infligent des sévices sans être forcément admises dans un hôpital ensuite.

Le risque de mortalité du comportement autodestructeur s'accroît avec l'âge (Krug, 2002; *United States Department of Health and Human Services*, 2001). La pendaison et l'arme à feu sont les moyens suicidaires les plus courants chez les hommes âgés au Canada en 2002 (voir l'annexe B) (Statistique Canada, 2005). Chez la femme âgée, ce sont l'empoisonnement et la pendaison. Le risque mortel de la conduite suicidaire au troisième âge est illustré par le ratio de conduites suicidaires comparativement aux décès par suicide. Dans la population en général, les cas d'autodestruction non mortelle sont près de 20 fois plus fréquents que le suicide comme tel. Chez les personnes âgées, ce ratio est inférieur à quatre pour un (Conwell, 1998; McIntosh, 1994). Comme la population âgée va croissante au Canada (Statistique Canada, 2005), le nombre de décès par suicide dans cette population augmentera vraisemblablement.

Partie 2 : Risque suicidaire et résilience

2.1 Vue d'ensemble

Des études de cohortes prospectives ou des études cas-témoins rigoureuses sont nécessaires pour relever les facteurs de risque. Dans le cas d'une issue relativement rare et souvent tardive, comme le suicide, l'étude de cohorte se révèle trop dispendieuse en raison du très grand échantillon et de la période de suivi longue. Rien de surprenant donc à ce qu'il n'y ait que deux imposantes études de cohortes examinant le lien entre des facteurs de risque hypothétiques et le suicide (Ross, 1990; Turvey, 2002)ⁱⁱⁱ. Ces études sont sur le modèle de l'étude cas-témoins emboîtés où les cas et les témoins représentent un sous-groupe de l'échantillon. L'étude cas-témoins des facteurs de risque de suicide prend l'une ou l'autre de deux formes distinctes : l'étude de couplage de données dans une population ou l'autopsie psychologie comparative. L'étude de couplage de données consiste en l'examen de vastes fichiers de données administratives sur des aspects de la santé ou de l'utilisation de services de santé par toute la population. Les renseignements concernant les personnes mortes peuvent avoir été collectés de leur vivant et conservés dans ces fichiers où ils peuvent être examinés rétrospectivement dans le but d'établir des corrélations avec la cause du décès. Afin de pouvoir tracer la trajectoire menant au suicide, l'autopsie psychologique repose sur l'interrogatoire des connaissances et des proches du suicidé et sur l'examen des dossiers médicaux, psychiatriques ou juridiques pertinents. Quand l'étude est de nature « comparative », parce qu'elle établit une comparaison avec la situation de personnes encore vivantes ou avec des personnes décédées des suites d'autres causes, il est possible d'établir des liens entre certains éléments et la mort par suicide. Bien que ces deux méthodes soient très utiles dans la détermination du risque suicidaire et le relevé des facteurs de résilience, elles comportent toutes les deux des limites. Le *tableau 2.1* présente une synthèse des facteurs de risque.

2.2 Facteurs de risque

2.2.1 Comportement et idées suicidaires

La conduite suicidaire passée accroît par le fait même le risque de suicide, à brève ou à longue échéance (Beautrais, 2002; Chiu, 2004; Hawton, 2003; Rubenowitz, 2001; Waern, 1999)ⁱⁱⁱ. Des autopsies psychologiques comparatives à Hong Kong (Chiu, 2004)ⁱⁱⁱ et en Nouvelle-Zélande (Beautrais, 2002)ⁱⁱⁱ démontrent que les personnes mortes par suicide sont plus susceptibles, dans une proportion près de 30 fois plus élevée, d'avoir des antécédents de comportement autodestructeur que les personnes témoins.

Le prestataire de soins doit savoir que la personne âgée évitera sans doute de faire état de symptômes dépressifs ou d'idées suicidaires (Duberstein, 1999; Gallo, 1999; Isometsä, 1995; Lyness, 1995; Thompson, 1988; Waern, 1999)ⁱⁱⁱ. Waern (1991) mentionne que les trois quarts des personnes âgées décédées par suicide dont il examine le cas ont indiqué à des parents ou à des amis leur souhait de mourir ou leur idées sur le suicide dans l'année précédant leur décès. Toutefois, seules 38 % d'entre elles en avaient parlé à un professionnel de la santé. Il s'ensuit que le prestataire de soins doit faire preuve de

vigilance dans l'évaluation du risque suicidaire chez la personne âgée qui nie avoir des idées suicidaires malgré la présence d'autres facteurs de risque. Il redouble de vigilance et envisage l'hospitalisation quand le risque suicidaire est élevé en raison de la présence de facteurs de risque comme la persistance du désir exprimé de mourir ou de s'enlever la vie, l'intention suicidaire, un plan de suicide ou des antécédents de comportement autodestructeur.

Recommandations : Facteur de risque : comportement et idées suicidaires

Prendre les dispositions nécessaires devant la présence de facteurs de risque suicidaire chez la personne âgée et demeurer vigilant quant à l'éventualité d'un risque même en l'absence de suicidabilité démontrée. [D]

En présence de facteurs de risque, évaluer les idées morbides et les idées suicidaires. Devant de telles idées, évaluer l'intention suicidaire, l'existence d'un plan de suicide et le comportement suicidaire passé ou présent, car le risque de suicide s'en trouvera accru. [C]

Évaluer périodiquement les idées suicidaires pendant le traitement de la dépression, car elles peuvent surgir n'importe quand et persister ou réapparaître à intermittence, et la personne pourrait ne pas en faire part à un inconnu au début du traitement. [D]

L'hospitalisation est à envisager quand la personne âgée exprime des idées suicidaires marquées ou a conçu un plan de suicide. [D]

2.2.2 Maladie mentale et toxicomanie

Plusieurs autopsies psychologiques comparatives de personnes âgées décédées par suicide font ressortir des antécédents de maladie mentale (Barnow et Linden, 2000; Chiu, 2004; Conwell, 2000; Shah et Ganesvaran, 1997; Waern, 2003, 2002a, 2002b)ⁱⁱⁱ.

Les troubles de l'humeur sont particulièrement présents chez les personnes âgées qui s'enlèvent la vie. Il est démontré que le trouble dépressif majeur élève le risque suicidaire (Conwell, 2000; Waern, 2002b), comme d'ailleurs des troubles de l'humeur moins graves tels le trouble dysthymique (Chiu, 2004; Waern, 2002b)ⁱⁱⁱ, le trouble dépressif mineur (Waern, 2002b)ⁱⁱⁱ et le trouble d'adaptation (Chiu, 2004)ⁱⁱⁱ. Le clinicien ne peut donc passer outre l'évaluation minutieuse de la personne âgée pour déceler la présence d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble de l'humeur moins grave. Il doit également connaître les signes précis de la dépression dans ce groupe d'âge, notamment parce que la personne âgée ne présentera probablement pas de dysphorie mais plutôt des symptômes somatiques (Gallo, 1999; Lyness, 1995)ⁱⁱⁱ. Il est primordial d'évaluer périodiquement la rumination suicidaire chez la personne âgée en dépression, car ces idées peuvent aller et venir pendant l'épisode dépressif (Szanto, 2001)^{iv}. Pour obtenir

plus de renseignements, le lecteur est prié de consulter les Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression (CCSMPA, 2006).

Outre les troubles de l'humeur, la toxicomanie hausse le risque suicidaire (Waern, 2003) et les troubles psychotiques également (Waern, 2002b). De plus, la comorbidité mentale accroît le risque suicidaire davantage (Waern, 2002b)ⁱⁱⁱ.

Il convient de souligner que la plupart des personnes souffrant d'une maladie mentale ne s'enlèvent pas la vie, et que plus de 10 % peut-être des personnes âgées qui décèdent par suicide ne souffrent pas d'une maladie mentale (Barracough, 1971; Conwell, 1991, 1990; Préville, 2005)ⁱⁱⁱ. Ainsi, la maladie mentale n'influencerait le risque suicidaire que si d'autres facteurs sont présents.

Recommandations : Facteur de risque : maladie mentale et toxicomanie

Déterminer la présence d'un trouble de l'humeur, seul ou associé à d'autres troubles mentaux, car le risque suicidaire s'en trouvera accru. Savoir que la dépression chez la personne âgée peut se manifester par d'autres symptômes que ceux de l'adulte d'âge moyen. [C]

Tenir compte de la possibilité d'un trouble mental, notamment d'un trouble psychotique, car sa présence augmente le risque suicidaire. Porter une attention particulière à la comorbidité mentale. [C]

Dans tous les cas, évaluer la consommation ou la surconsommation de drogues ou d'alcool, car la toxicomanie accroît le risque suicidaire. [C]

2.2.3 Traits de personnalité

Des traits et des troubles de la personnalité accroissent le risque suicidaire chez la personne âgée. Ainsi, l'un des 10 aspects marquants du suicide observé par Shneidman (1991)^{iv} est « l'aspect commun constant dans le suicide des modes d'adaptation tout au long de la vie »(p. 158). Bien que les troubles de la personnalité soient moins présents chez les personnes âgées qui s'enlèvent la vie que chez les adultes d'âge moyen qui décèdent par suicide (Henriksson, 1995)ⁱⁱⁱ, ces troubles ou la personnalité rigide peuvent accroître le risque suicidaire, particulièrement en présence de pertes ou de stressors (Clark, 1993, 1991; Duberstein, 1995; Duberstein, 2000, 1994; Filiberti, 2001; Harwood, 2001)ⁱⁱⁱ

Recommandation : Facteur de risque : traits de personnalité

Savoir que les troubles de personnalité, la personnalité rigide et la mésadaptation peuvent contribuer à accroître le risque suicidaire chez la personne âgée qui présente d'autres facteurs de risque. [C]

2.2.4 Maladie physique

Certaines maladies physiques sont plus fréquentes chez la personne âgée qui meure par suicide que chez les autres personnes âgées. Ce sont les troubles visuels, le trouble épileptique, les troubles neurologiques, le cancer, la maladie pulmonaire chronique, l'arthrite, les fractures et la douleur modérée ou grave (Juurlink, 2004; Quan, 2002; Tsoh, 2005; Waern, 2002a)ⁱⁱⁱ. La démence serait un facteur de risque, quoique cela n'ait pas été démontré (Drapper, 1998; Harwood, 2001; Rubio, 2001)ⁱⁱⁱ. Alors qu'il est vrai que les maladies physiques peuvent accroître le risque suicidaire, la perception de souffrir d'une maladie physique peut également augmenter ce risque (Duberstein, 2004a; Turvey, 2002)ⁱⁱⁱ.

La majorité des personnes âgées qui s'enlèvent la vie ne souffrent pas d'une maladie physique grave ou terminale (Barracough, 1971; Clark, 1991; Filiberti, 2001)ⁱⁱⁱ. En outre, la plupart des personnes âgées atteintes d'une maladie physique grave ne s'enlèvent pas la vie ou ne souhaitent pas le faire. Ainsi, Moore (1997)ⁱⁱⁱ constate, en s'entretenant avec des personnes âgées qui expriment des idées suicidaires, que ces personnes ne souhaitent pas tant se suicider que se libérer de leur grande souffrance psychologique. Nous n'aborderons pas ici la question du suicide assisté par le médecin, ni celle de l'euthanasie, car elles débordent du cadre des présentes lignes directrices, mais nous tenons à souligner que le désir de mourir chez la personne âgée souffrant d'une maladie physique peut être un signe de dépression ou de désespoir profond, commandant une évaluation approfondie et un traitement éventuel (Blank, 2001; King, 2005).

Recommandations : Facteur de risque : maladie physique

Déceler la présence d'une maladie physique, car le risque suicidaire s'en trouvera accru. [C]

Détecter la présence d'une maladie physique perçue, car cela accroîtra le risque de suicide. [C]

Évaluer minutieusement l'intention suicidaire chez la personne âgée qui exprime le désir de hâter sa mort. [D]

2.2.5 Épreuves de la vie, changements et soutien social

Il existe une corrélation entre divers facteurs psychosociaux et le suicide chez la personne âgée. Le risque peut être élevé chez les personnes suivantes : les célibataires, les personnes éloignées de leurs amis ou de leurs proches, les personnes qui ne voient pas leurs amis ou leurs proches souvent et les personnes qui souffrent de solitude ou qui vivent dans la discorde familiale (Beautrais, 2002; Duberstein, 2004a,b; Heisel et Duberstein, 2005a; Miller, 1978; Rubenowitz, 2001; Turvey, 2002)ⁱⁱⁱ. Des difficultés financières ou des démêlés judiciaires, un changement d'emploi (Carney, 1994; Duberstein, 2004a; Heikkinen et Lönnqvist, 1995; Rubenowitz, 2001)ⁱⁱⁱ ainsi qu'un déménagement peuvent accroître le risque suicidaire (Tsoh, 2005)ⁱⁱⁱ.

Recommandation : Facteur de risque : épreuves de la vie, changements et soutien social

Étudier la possibilité de la présence d'autres facteurs de risque chez la personne âgée qui a traversé récemment une épreuve, qu'elle soit d'ordre social, physique ou financier, ou une période de changement comme un déménagement. [C]

- La consommation d'alcool modérée (Ross, 1990)ⁱⁱⁱ;
- La poursuite active de centres d'intérêt (Rubenowitz, 2001; Waern, 2003)ⁱⁱⁱ;
- La pratique religieuse et l'intime conviction que la vie a un sens (Heisel et Flett, 2004, b sous presse; Moore, 1997; Tsoh, 2005; Turvey, 2002)ⁱⁱⁱ;
- Certains traits de personnalité comme l'extraversion, l'ouverture d'esprit et le souci du travail bien fait (Tsoh, 2005)ⁱⁱⁱ.

2.2.6 Incapacité fonctionnelle

L'incapacité d'exécuter comme à l'habitude les activités courantes peut accroître le risque suicidaire (Conwell, 2000; Filiberti, 2001; Prévillé, 2005; Rubenowitz, 2001; Tsoh, 2005)ⁱⁱⁱ.

Recommandation : Facteur de risque : Risk Factor: incapacité fonctionnelle

Évaluer l'état fonctionnel car le déclin fonctionnel peut accroître le risque suicidaire. [C]

De plus, la recherche sur les idées suicidaires chez des personnes souffrant d'un trouble mental et chez les personnes âgées indique que la perception de son utilité dans la vie, la satisfaction à l'égard de la vie en générale, la faculté de s'adapter et de se projeter dans l'avenir ainsi qu'une vie spirituelle rehaussent le bien-être psychologique et diminuent le risque de suicide (Burbank, 1992; Heisel et Flett, 2004; Hirsch, sous presse; Moore, 1997)ⁱⁱⁱ.

Recommandations : Facteur de risque : résilience ou facteurs de protection

Proposer des stratégies qui favorisent la valorisation de la personne âgée et lui permettent de retrouver un sens à sa vie. [D]

Proposer des stratégies qui améliorent le soutien social et les activités interpersonnelles. [D]

Proposer des stratégies qui encouragent l'adoption de pratiques saines en matière de santé. [D]

2.3 Résilience ou facteurs de protection

Les facteurs susceptibles d'abaisser le risque de suicide chez la personne âgée sont les suivants :

- Des pratiques saines en matière de santé (Chiu, 2004; Juurlink, 2005)ⁱⁱⁱ;
- Des contacts périodiques avec la famille et les amis (Rubenowitz, 2001; Tsoh, 2005; Turvey, 2002; Waern, 2003)ⁱⁱⁱ;

Table 2.1 - Facteurs de risque de suicide chez la personne âgée (Heisel et Links, 2005)

<p>Conduite suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none">• Comportement suicidaire ou autodestructeur, dont certains comportements ambigus comme la surconsommation de médicaments accidentelle ou la négligence de soi.• L'expression d'idées suicidaires actives ou passives ou du souhait de mourir. <p>Maladie mentale</p> <ul style="list-style-type: none">• Tous les troubles mentaux.• Le trouble dépressif majeur.• Tous les troubles de l'humeur.• Les troubles psychotiques.• La toxicomanie <p>Maladie physique</p> <ul style="list-style-type: none">• Trouble de la vue, cancer et troubles neurologiques.• Maladie pulmonaire chronique, trouble épileptique et douleur modérée ou grave.• Cancer et maladie pulmonaire chronique chez l'adulte marié de 55 ans ou plus.	<p>Épreuves et changements</p> <ul style="list-style-type: none">• Maladie physique perçue, discorde familiale et rupture, difficultés financières récentes ou changement d'emploi.• La perspective de souffrir de démence. <p>Traits de personnalité</p> <ul style="list-style-type: none">• Troubles de personnalité.• Traits névrotiques marqués : instabilité émotionnelle ou difficultés psychologiques.• Extraversion faible : isolement social ou solitude.• Fermeture d'esprit : rigidité et restriction des activités.• Narcissisme : adaptation médiocre aux changements physiques, émotionnels ou sociaux. <p>Facteurs interpersonnels</p> <ul style="list-style-type: none">• Manque de confiance en soi ou solitude.• Le célibat ou le fait de vivre seul, le manque d'interactions sociales ou de vie religieuse.
---	--

Note: les facteurs de risque ont été relevés dans le cadre d'études cas-témoins ayant collectées des renseignements sur des personnes âgées qui se sont enlevées la vie et d'autres personnes âgées dans des entrevues avec des proches. *Le tableau ne représente pas une liste de vérification de tous les facteurs de risque, mais il peut être utile dans l'évaluation du risque suicidaire.*

Partie 3 : Détection, évaluation et diagnostic

3.1 Dépistage des aînés suicidaires

Chez les personnes âgées, le suicide est fréquemment précédé de la consultation d'un professionnel de la santé (Juurlink, 2004; Luoma, 2002; Préville, 2005)ⁱⁱⁱ. Si le risque suicidaire était détecté pendant ces consultations, l'opportunité serait grande d'intervenir de façon préventive. La logique voudrait que l'évaluation du risque et de la résilience facilite le dépistage des aînés suicidaires (Heisel et Duberstein, 2005)^{iv}, mais les méthodes algorithmiques d'évaluation du risque suicidaire en fonction de diverses combinaisons de facteurs de risque connus ne sont toujours pas d'efficacité démontrée (Clark, 1987; Hatton, 1977; Joiner, 1999; Modai, 2002; Pokorny, 1996)ⁱⁱⁱ.

Recommandation : Dépistage des aînés suicidaires

Toujours envisager la possibilité de la présence de facteurs de risque suicidaire chez la personne âgée qui se présente en consultation, particulièrement chez celle qui n'exprime aucune préoccupation concernant sa santé mentale. [D]

3.2 Instruments d'évaluation

Le recours à des instruments de dépistage normalisés peut être utile au clinicien qui s'emploie à cerner les facteurs psychologiques qui contribuent à l'augmentation du risque suicidaire, dont la dépression et le désespoir, les idées morbides, les idées suicidaires, les antécédents de comportement autodestructeur, l'existence d'un plan de suicide et le degré de l'intention de mourir, la faible satisfaction devant la vie et le peu de raisons de vivre (Heisel et Flett, 2005; Joiner, 1999; Nemeroff, 2001; Raue, 2002; Shea, 1999)^{iv}. Par contre, les instruments d'évaluation clinique de la dépression et du risque suicidaire au troisième âge sont rares (Charney, 2003)^{iv}, et les instruments d'évaluation destinés aux adultes d'âge moyen sont probablement d'utilité limitée. Le *National Institute of Mental Health* a publié une étude commandée des instruments d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte et l'adulte âgé (Brown, 2002)^{iv}. À noter cependant que la majorité de ces instruments n'ont pas été conçus en fonction de la personne âgée à risque, ni validés dans ce groupe de la population. Parmi ces instruments figure *l'échelle d'évaluation des idées suicidaires* (SSI) (Beck, 1979)ⁱⁱⁱ, un questionnaire doté de caractéristiques psychométriques appropriées chez la personne âgée (Heisel, 2002)ⁱⁱⁱ, même s'il a été mis au point en fonction d'une population d'adultes d'âge moyen souffrant de troubles mentaux.

Les instruments d'évaluation de la dépression au troisième âge, comme *l'échelle d'évaluation de la dépression gériatrique* ou GDS (Yesavage, 1983)ⁱⁱⁱ, et du désespoir, dont *l'échelle d'évaluation du désespoir gériatrique* ou GHS (Fry, 1984)ⁱⁱⁱ, n'évaluent pas précisément les idées suicidaires. Toutefois, des groupes d'items de ces instruments permettent de départager les personnes âgées présentant des idées suicidaires marquées des

personnes âgées aux idées suicidaires floues (Heisel et Flett, 2005; Heisel, 2005)ⁱⁱⁱ.

Les trois instruments d'usage récent ci-dessous ont été conçus pour évaluer les caractéristiques suicidaires de la personne âgée (Heisel et Duberstein, 2005)^{iv}.

- *L'échelle d'évaluation des comportements destructeurs* (HDS) est un instrument d'observation de 20 items, de cohérence interne, doté d'une bonne fiabilité interexamineurs qui évalue le comportement autodestructeur en établissement de soins de longue durée (Draper, 2002)ⁱⁱⁱ.
- *L'échelle de détermination des raisons de vivre, version applicable à la personne âgée* (RFL-OA) est un instrument d'auto-évaluation inédit de 69 items qui porte sur les motifs de ne pas s'enlever la vie malgré les pensées suicidaires (Edelstein, 2000)ⁱⁱⁱ.
- *L'échelle d'évaluation des idées suicidaires gériatriques* (GSIS) est un instrument d'auto-évaluation de 31 items qui porte sur le risque suicidaire (idées suicidaires, idées morbides et perte du sentiment d'utilité personnelle et sociale) et sur la résilience (perception du but dans la vie), conçu dans un groupe d'aînés canadiens de 65 ans ou plus (Heisel et Flett, a sous presse)ⁱⁱⁱ.

La recherche devra déterminer les caractéristiques psychométriques de ces nouveaux instruments et leur utilité en pratique clinique auprès des personnes âgées. Les entrevues structurées et les questionnaires écrits normalisés ne devraient être administrés que dans le cadre d'une relation thérapeutique établie. Le recours à ces instruments de mesure hors d'une relation thérapeutique et en l'absence d'une formation appropriée dans l'administration et l'interprétation des résultats pourrait ne pas donner les résultats escomptés et aboutir à la sous-estimation du risque suicidaire (Heisel et Duberstein, 2005)^{iv}.

Recommandation : Instruments d'évaluation

Le prestataire de soins dûment qualifié sur le plan psychométrique peut recourir à des instruments d'évaluation normalisés pour évaluer la présence et la gravité des facteurs psychologiques qui contribuent à accroître le risque suicidaire. [D]

3.3 Évaluation du risque suicidaire

L'évaluation du risque suicidaire nécessite un examen minutieux et structuré, du discernement et de l'expérience cliniques (Shea, 1999)^{iv}. L'évaluation est compliquée par la tendance apparente de la personne âgée à taire ses symptômes dépressifs et suicidaires (Duberstein, 1999; Gallo, 1999; Isometsä, 1995; Lyness, 1995; Thompson, 1988; Waern, 1999)ⁱⁱⁱ. Le professionnel de la santé désireux de dépister la personne âgée à risque de suicide a tout intérêt à établir

d'abord une relation de confiance avec cette personne et, ensuite, à l'écouter activement et attentivement, avec empathie également, de sorte qu'il entend vraiment ce qu'elle dit et qu'il peut prendre la juste mesure de ses préoccupations (Bub, 2004; Shea, 1998)^{IV}. Même si des phrases qui banalisent les pensées suicidaires comme : « Je peux comprendre que vous pensiez au suicide compte tenu de ce que vous ressentez. » peuvent relever de l'empathie et de la prise en compte des préoccupations de la personne, *il n'est pas judicieux de banaliser la conduite suicidaire*. Le prestataire de soins se doit d'éviter de paraître positif superficiellement, comme il se retient de sermonner la personne suicidaire, car une telle attitude risque de briser la confiance entre lui et la personne âgée.

Recommandations : Évaluation du risque suicidaire

Dans l'évaluation du risque suicidaire, le prestataire de soins fait preuve de délicatesse et de respect, il établit des rapports de confiance et il manifeste une ouverture empathique au patient afin de valider les sentiments de celui-ci et de favoriser le compte rendu franc des symptômes suicidaires. [D]

Tenir compte de l'expérience de la personne âgée afin d'encourager l'expression précise de ses pensées et de ses idées pendant l'évaluation. [D]

Les principaux facteurs de risque de suicide chez la personne âgée (se reporter à la *partie 2 sur le risque suicidaire et la résilience*) sont décelables quand on les connaît, et le professionnel de la santé devrait les rechercher précisément. Milton (1999) constate que les médecins de famille des patients qui les ont consultés dans les semaines avant de s'enlever la vie n'étaient pas conscients pour beaucoup de l'état suicidaire de leurs patients, non seulement parce que les patients n'en avaient pas parlé, mais également parce que les médecins n'avaient pas posé les questions pertinentes et ne s'étaient pas efforcés de connaître la situation sociale de leurs patients. Qui plus est, l'étude d'Uncapher et Arean (2000) démontre que les médecins de famille voient plus l'utilité du dépistage des signes suicidaires et du traitement chez l'adulte d'âge moyen que chez la personne âgée. Cette mentalité n'a pas de raison d'être.

L'évaluation du risque suicidaire donne au professionnel de la santé la possibilité de savoir ce qui fait que, pour chaque client en particulier, la vie vaut la peine d'être vécue et les raisons pour lesquelles des personnes âgées ont le sentiment que la vie est inutile. Certaines raisons ne sont pas réelles, comme la perception erronée quant à un pronostic ou au sentiment de sa propre valeur découlant d'un problème de communication, de la dépression ou d'un déficit cognitif. D'autres raisons sont très réelles, comme la douleur, une perte, l'immobilité ou la mobilité réduite, et elles pourront s'estomper ou disparaître en modifiant le milieu, en offrant du soutien pratique ou émotionnel ou par la psychothérapie ou la thérapie de résolution de problèmes. Des études récentes de l'Association américaine des psychiatres et du

Groupe d'étude sur les services de prévention aux États-Unis sont fort utiles à ce chapitre, elles qui abordent en détail l'évaluation du risque suicidaire en général. Néanmoins, l'évaluation du risque suicidaire chez la personne âgée précisément nécessite de connaître sa situation, ses attentes, sa qualité de vie et son histoire médicale. L'annexe C propose des questions que le professionnel de la santé pourrait poser dans l'évaluation du risque suicidaire (Grek, en attente de publication).

Il se peut que le professionnel de la santé hésite à poser des questions concernant le suicide, par crainte d'offusquer la personne âgée ou de semer l'idée du suicide sans le vouloir dans l'esprit de quelqu'un qui n'y pensait pas, ou parce qu'il ne sait pas vraiment comment réagir à ce que la personne lui répondra. Il est vrai que ces questions sont délicates à poser, mais elles sont loin d'être offensantes si elles sont posées avec empathie pour connaître la situation présente de la personne, son expérience, ses peurs et ses préoccupations. Le professionnel de la santé ne doit pas craindre d'aborder la question du suicide avec les personnes âgées puisque des décennies de recherche et de pratique clinique indiquent que l'interrogatoire sur le suicide ne conduira pas quelqu'un qui n'y a jamais pensé à envisager le suicide. Parler du suicide est essentiel pour déterminer la gravité du risque suicidaire et également le degré de détresse et de désespoir. En outre, la personne qui songe au suicide pourra voir dans cet interrogatoire la démonstration qu'elle est prise en considération. Dans l'évaluation exhaustive du risque suicidaire, le prestataire de soins consulte d'autres sources d'information, notamment d'autres prestataires de soins, des membres de la famille et des proches (Forsell et Windblad, 1997; Heisel et Duberstein, 2005; McAvay, 2005)^{IV}.

Le suivi clinique de personnes âgées suicidaires nécessite des qualifications poussées et une supervision constante. Cependant, tous les prestataires qui dispensent des soins à des personnes suicidaires sauront être respectueux et utiles tout en les dirigeant vers des professionnels qualifiés. Il est de la toute première importance que les prestataires de soins sans qualifications spécialisées en santé mentale ou en prévention du suicide qui savent qu'un patient est à risque élevé de suicide en parlent à un superviseur ou à un professionnel qualifié en santé mentale.

Recommandations : Évaluation du risque suicidaire

Obtenir de l'information d'autres sources, notamment de prestataires de soins, de membres de la famille ou de proches, dans l'évaluation exhaustive du risque suicidaire. [D]

Consulter un superviseur ou un professionnel qualifié en santé mentale quand on connaît une personne âgée à risque élevé de suicide, particulièrement si l'on ne possède pas des qualifications spécialisées en santé mentale ou en prévention du suicide. [D]

Partie 4 : Traitement et prise en compte du risque

4.1 Introduction

Des études démontrent l'efficacité pratique de thérapies psychiatriques dans toute la gamme des diagnostics, quoiqu'il demeure difficile d'étudier la réduction du taux de suicide en tant que paramètre d'intérêt en raison de la fréquence relativement rare du phénomène, même chez les personnes souffrant d'une maladie mentale grave. La même constatation s'applique au comportement autodestructeur. Bien que les idées suicidaires soient plus courantes, peu d'études se sont penchées sur la question de savoir si le traitement est efficace dans la diminution ou la disparition des idées suicidaires chez la personne âgée (Links, 2005)^{iv}.

4.1.1 Traitement médicamenteux

Plusieurs essais cliniques comparatifs et randomisés corroborent l'efficacité pratique du traitement antidépresseur dans la dépression au troisième âge (pour plus de renseignements, consultez les *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression*, CCSMPA, 2006). Une seule étude cependant, l'*étude Prevention of Suicide in Primary Care Elderly Collaborative Trial* (PROSPECT), a examiné précisément les idées suicidaires à titre de principal paramètre d'intérêt (Bruce, 2004b)^{ib}. L'étude examine le citalopram ou la psychothérapie interpersonnelle (PTI) dans la prise en charge partagée de la dépression en soins primaires et confirme l'utilité du traitement multidisciplinaire concerté de la dépression majeure chez la personne âgée. En réaction à une telle intervention thérapeutique active, les idées suicidaires et les autres symptômes de la dépression majeure ont disparu plus rapidement qu'en réaction au traitement habituel. Les idées suicidaires et les autres symptômes dépressifs se sont estompés plus lentement, sans disparaître tout à fait, chez les personnes aux prises avec des idées suicidaires profondes ou ayant des antécédents de comportement autodestructeur. En outre, ces personnes ont été plus vulnérables à la rechute. La vigilance soutenue est donc nécessaire tout au long du rétablissement de la dépression. Reste à élucider véritablement dans le cadre d'essais cliniques comparatifs et randomisés l'effet du traitement médicamenteux sur les idées et le comportement suicidaires. Pour le moment, l'étude PROSPECT démontre l'utilité des inhibiteurs du recaptage de la sérotonine, comme le citalopram, et de la psychothérapie, dont la PTI, dans la prise en charge concertée de la dépression majeure, notamment, sans toutefois s'y limiter, des idées suicidaires, chez la personne âgée.

4.1.2 Psychothérapie

Certaines psychothérapies sont efficaces dans le traitement de la dépression au troisième âge (consultez les *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression*, CCSMPA, 2006). Nous n'avons pu, toutefois, relever d'essais cliniques comparatifs et randomisés sur la psychothérapie dans la prévention du comportement suicidaire ou de la mort par suicide chez la personne âgée (Heisel, 2006)^{iv}. La thérapie cognitive (Brown, 2005)^{ib}, la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1991; Verheul, 2003)^{ib} et

la thérapie par la résolution de problèmes (McLeavey, 1994; Salkovskis, 1990)^{ib} réduirait la fréquence du comportement suicidaire récurrent de l'adulte d'âge moyen, cependant qu'aucun essai clinique ne démontre une diminution remarquable de la conduite suicidaire précisément chez la personne âgée. De plus, les personnes âgées ne sont pas toutes des candidates à la psychothérapie. La recherche devra donc se poursuivre afin de déterminer la forme et les résultats de psychothérapies particulières axées sur le suicide chez la personne âgée à risque.

Des essais cliniques examinant l'effet de l'association d'antidépresseurs ou de la combinaison d'un antidépresseur et de la PTI indiquent une diminution des idées suicidaires (Bruce, 2004b; Szanto, 2003, 2001)^{ib,ibb,ibb}. Il s'avère cependant impossible, au vu de la présentation des données de ces études, de discerner les effets particuliers respectifs du médicament et de la psychothérapie.

4.1.3 Sismothérapie

La sismothérapie peut être utile dans le traitement de la dépression de la personne âgée (consultez les *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression*, CCSMPA, 2006), et certains font valoir l'efficacité de la sismothérapie dans le traitement de personnes souffrant de dépression et ayant un comportement suicidaire (Kellner, 2005; Prudic et Sackheim, 1999; Sharma, 2001). Aucune étude n'examine la sismothérapie pour contrer la rumination et le comportement suicidaires de la personne âgée, ce que la recherche devra étudier à l'avenir (Van der Wurff, 2003)^{ia}. Pour plus de renseignements sur la sismothérapie dans la dépression au troisième âge, le lecteur est prié de consulter les *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression* (CCSMPA, 2006).

Recommandation : Traitement et prise en compte du risque

Le prestataire de soins oeuvrant auprès d'une personne âgée suicidaire veille à ce que cette personne soit évaluée de façon appropriée et traitée pour la dépression. (Consultez les *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge de la dépression*, CCSMPA, 2006.) [B]

4.1.4 Psychothérapie – l'espoir, mécanisme d'adaptation ou de mésadaptation

Bergin et Walsh (2005)^{iv} ont examiné d'un œil critique la documentation sur l'espoir comme mécanisme d'adaptation ou de mésadaptation, et ils plaident avec conviction en faveur de la nécessité de nourrir et de maintenir l'espoir de la personne âgée en psychothérapie. La recherche a établi le lien entre le désespoir et les idées et le comportement suicidaires de la personne âgée (Conaghan et Davidson, 2002; Heisel et Flett, 2005; Heisel, 2002; Szanto, 2001, 1998; Uncapher, 2000-2001)ⁱⁱⁱ. Dans cette optique précisément, les interventions psychothérapeutiques centrées sur le

désespoir de la personne âgée ont le potentiel d'atténuer la souffrance psychologique et de diminuer le risque suicidaire. Souvent, les patients sentent un regain d'espoir quand on leur demande de s'exprimer sur le sujet ou de parler de choses ou de personnes qui leur inspirent de l'espoir. En lui-même, le processus atténuerait le désespoir (Edey et Jevne, 2003). Le sentiment que la vie n'a plus de sens ou le manque de but dans la vie sont associés aux idées suicidaires marquées (Heisel et Flett, b sous presse; Moore, 1997; Moore, 2000; Nekolaichuk, 1999; Rudolph et Burt, 2003)^{iii,iv}. Il s'ensuit que les interventions ayant pour objectif de trouver un sens à la vie contribueraient à diminuer le risque suicidaire.

Recommandations : Traitement et prise en compte du risque : psychothérapie – l'espoir, mécanisme d'adaptation ou de mésadaptation

Nourrir de l'espoir chez la personne suicidaire. Un des moyens d'y parvenir consiste à stimuler la conversation à ce sujet. [D]

Étudier des stratégies destinées à susciter un sentiment de valorisation chez la personne âgée et à maintenir un sens à sa vie. [C]

4.2 La relation thérapeutique

Le thérapeute peut solidifier la relation avec le client en écoutant activement celui-ci exprimer ses pensées et ses sentiments, en toute sincérité et sans hâter la consultation. Établir et maintenir une alliance thérapeutique avec une personne âgée suicidaire peut être difficile, notamment si la personne âgée éprouve de la difficulté à nouer des rapports avec autrui ou à entretenir une relation de confiance ou si elle est ambivalente ou peu motivée à l'égard du traitement (Szanto, 2003). La recherche devra préciser les formes et les résultats de psychothérapies particulières centrées sur le suicide dans la population des personnes âgées à risque.

Recommandation : Traitement et prise en compte du risque : la relation thérapeutique

Établir une relation thérapeutique sincère fondée sur la confiance avec la personne âgée à risque. L'écouter activement et avec attention sans hâter la consultation. Dans un tel contexte, la personne âgée se sentira écoutée et respectée, et elle pourra plus facilement nouer un lien avec le thérapeute. [D]

4.3 Stratégies de prise en compte du risque : soutien à l'égard des professionnels de la santé

Intervenir auprès de personnes suicidaires peut générer de l'anxiété. De judicieuses stratégies de prise en compte du risque, des dispositions pour assurer la sécurité du patient et le bien-être du patient et du prestataire de soins seront utiles pour diminuer le risque suicidaire chez le patient et le risque d'épuisement professionnel du prestataire de soins. Les prestataires de soins et services aux personnes suicidaires ne devraient jamais travailler en isolement. La prévention du suicide est l'affaire d'une équipe où les prestataires bénéficieront grandement du soutien social des

collègues et coéquipiers. En théorie, l'équipe de prévention du suicide est multidisciplinaire et compte au moins un professionnel qualifié en santé mentale. Dans la mesure du possible, les prestataires de soins oeuvrant en établissement de soins prévoient les consultations durant les heures de bureau quand d'autres prestataires de soins sont disponibles ou quand des services d'urgence sont disponibles. Quand le praticien a des rencontres avec son client à risque hors de l'établissement, il doit s'assurer de pouvoir communiquer sur le champ avec des services de soutien par téléphone cellulaire, pagette ou dispositifs sans fils, par exemple.

Consigner périodiquement les renseignements pertinents s'avère essentiel dans la surveillance du risque, particulièrement quand cette surveillance est assurée par une équipe ou en milieu clinique. Les notes renferment de l'information détaillée sur l'évaluation du risque, les interventions, les consultations, la réaction ou la réponse du client et l'évolution de son état. Les mesures de sécurité comportent notamment des directives précises pour obtenir de l'aide au besoin, notamment de coéquipiers, de superviseurs, de professionnels qualifiés en santé mentale, de services d'urgence ou d'intervention en situation de crise ou de la police. À l'heure actuelle, rien de concluant ne confirme l'efficacité du « pacte de non-suicide » dans la prévention du suicide (Szanto, 2002)^v.

Le clinicien doit tenter de savoir si le patient à risque de suicide dispose de moyens de s'enlever la vie. Si c'est le cas, il sera évidemment nécessaire de restreindre l'accès à ces moyens. Pour limiter le risque de surdose mortelle, le médecin ne prescrira que de petites quantités de médicament et en surveillera la consommation.

Recommandations : stratégies de prise en compte du risque : soutien à l'égard des professionnels de la santé

Ne pas penser qu'il faille travailler seul. La prévention du suicide est l'affaire d'une équipe. En théorie, les prestataires de soins devraient pouvoir bénéficier de la collaboration d'un professionnel qualifié en santé mentale. Si un tel professionnel n'est pas disponible, le prestataire de soins devrait pouvoir compter sur un autre membre de l'équipe soignante dans la communauté. [D]

Les prestataires de soins oeuvrant auprès de personnes suicidaires nécessitent un réseau de soutien pour maintenir leur bien-être émotionnel et éviter l'épuisement professionnel. [D]

Dans l'intervention auprès de personnes suicidaires, il est essentiel de consigner en détail l'évaluation du risque, les interventions, les réactions et les réponses de la personne et l'évolution de son état. [D]

Quand le prestataire de soins n'est pas certain que la personne suicidaire respectera sa recommandation d'obtenir des soins aux urgences de l'hôpital, il devrait faire appel aux services d'urgence (en composant le 911). [D]

Dans la mesure du possible, restreindre l'accès aux moyens de s'enlever la vie. [D]

Partie 5 : Systèmes de soins

5.1 Les soins partagés

Nombre de personnes âgées qui s'enlèvent la vie consultent un professionnel de la santé en soins primaires dans les jours ou les semaines précédant le suicide (Juurlink, 2004)ⁱⁱⁱ, sans que leur projet suicidaire ne soit abordé ni détecté (Luoma, 2002)^{iv}. Elles sont rares à demander de l'aide directement à un professionnel en santé mentale avant de passer à l'acte.

Le clinicien en soins primaires a beaucoup à faire durant la brève période de la consultation et ne s'attarde souvent qu'aux préoccupations les plus saillantes du patient (Oxman, 2003)^{iv}. D'autre part, la personne âgée a tendance à minimiser ou à ne pas parler vraiment des symptômes dépressifs ou suicidaires, d'où la difficulté de déceler le risque (Duberstein, 1999; Gallo, 1999; Lyness, 1995)ⁱⁱⁱ. Le médecin peut avoir le sentiment que la personne âgée suicidaire ne se conforme pas au traitement (Kaplan, 1999)ⁱⁱⁱ, et il peut hésiter à adresser la personne âgée souffrant de dépression à un professionnel en santé mentale (Alvidrez et Arean, 2002)ⁱⁱⁱ.

Les systèmes de soins axés sur la santé mentale des personnes âgées ont évolué, et, de plus en plus, la recherche se penche sur des modèles de soins partagés. L'étude PROSPECT (*Prevention of Suicide in Primary Care Elderly Collaborative Trial*) examine des modèles de soins partagés dans la détection précoce du risque suicidaire et le traitement de la dépression et des idées suicidaires chez les personnes âgées. L'intervention de prise en charge encadrée au coeur d'un modèle de soins partagés a produit une diminution des idées suicidaires (Bruce, 2004b)^b.

En outre, des modèles de soins médicaux et en santé mentale partagés en milieu de soins primaires ont été appliqués aux États-Unis en vue de faciliter l'accès systémique aux soins (Oxman, 2003)^{iv}. Ces études démontrent que les soins partagés accroissent l'utilisation des services de santé mentale (Bartels, 2004)^b, favorisent la disparition des symptômes dépressifs et de l'incapacité fonctionnelle, améliorent la qualité de vie (Unützer, 2002)^b et réduisent la fréquence de la dépression et des idées suicidaires chez les personnes âgées (Bruce, 2004b)^b. La recherche menée dans des établissements de soins intégrés américains pourrait être applicable aux milieux de soins primaires canadiens (voir Kates et Craven, 2002), quoique la faisabilité en conditions réelles reste à démontrer (Bruce, 2004a ; Colenda, 2004 ; Lebowitz, 2004)^{b,iv}.

La circonspection s'impose néanmoins car on ne connaît pas les résultats en « conditions réelles » des traitements efficaces dans le cadre rigoureux des essais cliniques. Nous devons attendre les constatations de la recherche concernant les pratiques exemplaires en transposition des

connaissances et des aptitudes en pratique communautaire. Il reste tout de même que la prestation des soins par des équipes multidisciplinaire ou en vertu de modèles de soins partagés s'avère prometteuse dans la détection du risque suicidaire et la prévention du suicide.

Recommandation : Les soins partagés

Nous recommandons aux intervenants qui conçoivent et administrent des systèmes de soins l'application de modèles de soins multidisciplinaires et partagés. [B]

5.2 Les services d'extension en santé mentale

Des programmes d'extension des services à l'intention des personnes âgées réticentes à recourir aux services de santé mentale pourraient réduire le risque de suicide. Une étude japonaise quasi-expérimentale révèle que la sensibilisation du public sur la santé mentale, le dépistage de la dépression et des services de counseling communautaires diminuent le risque suicidaire chez les personnes qui ont bénéficié de l'intervention (Oyama, 2004)ⁱⁱⁱ. De même, une étude italienne met en évidence une incidence du suicide plus basse que prévue chez les usagers d'un service téléphonique de soutien social (DeLeo, 2002)ⁱⁱⁱ. Pour sa part, Duberstein (2004b)ⁱⁱⁱ constate que les familles et le clergé sont très bien placés pour jouer un rôle de gardien dans la prévention du suicide. Le rôle des prêtres dans la prévention du suicide consiste à souligner ouvertement et librement l'importance du traitement en santé mentale et à encourager la tenue d'ateliers en santé mentale animés par des professionnels dans leur lieu de culte. Enfin, la collaboration entre les prestataires de soins de premiers recours et en soins primaires, les travailleurs communautaires et les professionnels en santé mentale contribuerait à diminuer le risque de suicide chez les aînés à risque (Conwell et Heisel, 2006; Duberstein, 2004b; Raue, 2002)^{iii,iv}.

Non seulement la population canadienne vieillit, mais sa diversité culturelle s'étend également. Tam (2004) constate que « l'hétérogénéité croissante de la population canadienne découle de l'immigration qui s'est transformée au cours du siècle dernier » (2^e paragraphe). Il précise que les immigrants étaient principalement des Européens avant les années 1960. Depuis la fin des années 1980, les immigrants en provenance d'Asie, d'Amérique du Sud et d'Amérique Centrale et d'Afrique sont en nombre croissant. Par ailleurs, une étude torontoise récente révèle que les minorités ethniques éprouvent des difficultés à obtenir des services de santé mentale appropriés (Sadavoy, 2004). Cette constatation met en lumière la nécessité pour le système de soins et services principal d'offrir des points d'accès aux personnes d'autres cultures. De plus, les services de santé mentale doivent

s'adapter aux besoins changeants de la population et aux besoins particuliers des groupes ethniques.

Recommandations : Les services d'extension en santé mentale

Des services de santé mentale et de soutien communautaires sont nécessaires pour dépister et traiter les personnes âgées souffrant d'une maladie mentale ou éprouvant des problèmes sociaux qui accroissent le risque de suicide. [D]

Les décideurs se doivent de soutenir et de financer des programmes, des ressources et des modèles de soins communautaires qui favoriseront le mieux-être des personnes âgées. Ces ressources comprennent des programmes de dépistage précoce et de prévention du suicide chez les personnes à risque dans la communauté. [D]

Les services de santé mentale doivent être adaptés aux besoins changeants de la population et aux besoins particuliers des groupes ethniques. [D]

5.3 L'éducation

L'éducation revêt beaucoup d'importance dans la prévention du suicide chez les personnes âgées, et il est nécessaire que les professionnels de la santé qualifiés pour offrir des services éducatifs soient plus nombreux. La détection du risque et des facteurs de protection, des

stratégies et des instruments d'évaluation, des compétences en intervention, la prise en compte du risque et la surveillance continue devraient faire partie intégrante des programmes d'éducation et de formation. L'éducation s'adresse aux professionnels de la santé actuels et futurs, aux personnes âgées, aux prestataires de soins et au public sous diverses formes, notamment par les médias, pour accroître la sensibilisation et diminuer la stigmatisation. L'American Foundation for Suicide Prevention a publiée des lignes directrices sur la diffusion d'information sur le suicide par les médias. Ces lignes directrices sont d'intérêt à la fois pour les lecteurs et les médias, qui peuvent les consulter à <http://www.afsp.org/education/recommendations/5/1.htm>.

Recommandations : L'éducation

Des programmes d'éducation et de formation adaptés sur le plan culturel concernant l'évaluation et la prévention du suicide sont offerts aux professionnels de la santé dans divers milieux de soins. [D]

Le professionnel de la santé offre à la personne âgée et à sa famille ou aux aidants naturels de l'information sur le suicide, la stigmatisation, les options thérapeutiques et les stratégies de prise en charge. [D]

Des campagnes d'information à l'échelle provinciale et du pays sur la prévention du suicide, la stigmatisation et la promotion de la santé mentale des personnes âgées seraient indiquées. [D]

Partie 6 : Autres considérations

6.1 La question éthique du suicide assisté

Le suicide assisté, dont on parle beaucoup ces derniers temps, soulève de nombreuses questions d'ordre éthique et légal, comme d'ailleurs le suicide « rationnel » et l'euthanasie. Les personnes qui plaident en faveur de l'euthanasie, du suicide assisté et du suicide rationnel soutiennent que les personnes âgées en phase terminale d'une maladie ont le droit de décider quand et comment elles mourront et de demander l'aide d'autrui pour ce faire. Cette argumentation relève souvent de l'expérience subjective de la douleur et de la maladie incurable (Trotter, 2000). Les opposants sont convaincus que la légalisation du suicide assisté nous propulsera sur la « pente glissante » vers la mentalité selon laquelle certaines personnes âgées auront l'obligation de mourir pour « faire de la place aux autres ». Leenaars (2001) préconise avec sagesse que « le débat sur le droit de mourir se poursuive entre les spécialistes et le public, en évitant de proposer des solutions ou son assentiment avant d'y avoir mûrement réfléchi » (p. 472).

6.2 Le respect de la vie privée et la confidentialité

Des points de vue moral et légal, les professionnels de la santé ont le devoir de respecter la vie privée de leurs patients et de protéger la confidentialité de l'information à leur sujet. En même temps, ils ont l'obligation de diminuer ou d'éliminer les risques de préjudices corporels graves à leurs clients. Nul doute que le suicide et le comportement autodestructeur se rangent dans cette catégorie. Les praticiens dans le domaine de la santé doivent connaître la réglementation et les normes de leur association professionnelle concernant la confidentialité, notamment les cas où on peut y enfreindre. Si le professionnel de la santé a des motifs suffisants de croire que son patient est à risque de suicide ou d'un comportement autodestructeur, il est alors justifié d'obtenir l'information nécessaire pour déterminer si la personne est réellement à risque et de divulguer cette information aux personnes en mesure de protéger le patient contre un tel risque – *même si le patient ne consent pas ou s'oppose à l'obtention ou à la divulgation de cette information.*

Il arrive que le patient veuille obtenir l'assurance que tout ce qu'il dira sera confidentiel, il n'est pas honnête toutefois de le garantir. L'évaluation est nécessaire pour déterminer si la personne est en sécurité, et il peut être inévitable d'informer des membres de la famille, un psychiatre, un autre médecin ou un membre des services d'urgences du fait que la personne âgée est à risque. Le médecin peut affirmer que l'information ne sera pas utilisée à d'autres fins, tout en précisant qu'il pourra être nécessaire de la divulguer pour assurer la sécurité du patient.

En règle générale, le patient doit consentir à ce que le praticien collecte des renseignements le concernant ou exécute une évaluation. Le médecin peut supposer que le patient consent s'il ne refuse pas de participer. Il doit toutefois savoir si le

patient est apte à accorder ou à refuser son consentement à la collecte de renseignements sur sa santé directement ou indirectement. Si la personne ne peut ou ne veut pas obtempérer et que le clinicien a des motifs suffisants de croire qu'elle est à risque de s'infliger des sévices, il doit alors obtenir l'information d'autres sources.

6.3 La recherche

En février 2003, Santé Canada, de concert avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a rassemblé des chercheurs et des experts dans le domaine du suicide afin de mettre sur pied un programme canadien concerté de recherche sur le suicide étalée sur dix ans (Strachan-Tomlison, 2003). Les priorités établies par le groupe touchent de près au suicide chez les personnes âgées. Les voici :

- **Amélioration et expansion des systèmes de données** : des systèmes de données surveillant la prévalence des idées et du comportement suicidaires et des décès par suicide, et établissant des corrélations entre ces éléments, sont nécessaires
- **Des pratiques fondées sur les données probantes** : des essais cliniques examinant l'effet d'interventions destinées à modifier le risque de suicide sont rares. Dans ce domaine, la recherche fait cruellement défaut. Comme le soulignent Heisel et Duberstein (2005), « c'est la recherche qui déterminera l'efficacité clinique des psychothérapies courantes, adaptées ou novatrices axées précisément sur le problème du suicide chez les personnes âgées » (p. 251).
- **Promotion de la santé mentale** : la recherche devra éclaircir les questions de la résilience et de la promotion du bien-être psychologique des personnes âgées
- **Des modèles multidimensionnels pour mieux connaître les comportements liés au suicide** : des modèles théoriques multidimensionnels du suicide chez les personnes âgées sont nécessaires.
- **L'étendue des comportements suicidaires** : la recherche n'a pour ainsi dire pas étudié les facteurs de risque à l'origine du comportement suicidaire fatal ou du comportement suicidaire non mortel chez la personne âgée. Elle devra cerner les similitudes, les différences entre ces deux groupes, et étudier également le comportement autodestructeur initial et le comportement des personnes qui font plusieurs tentatives de suicide (Heisel, 2006; Heisel et Duberstein, 2005).
- **Le suicide dans divers milieux sociaux et culturels** : la documentation est muette sur les aspects sexuels du comportement suicidaire qui devront être élucidés par la recherche (Rudolph et Burt, 2003). La recherche devra également cerner les facteurs de risque et les scénarios de suicide propres à une culture (p. ex., Canetto et Lester, 1998).

Partie 7 : Conclusion

Le suicide chez les personnes âgées est une tragédie que l'on devrait pouvoir empêcher. Une démographie en pleine transformation, qui coïncide avec le vieillissement de la populeuse génération du baby-boom, souligne la nécessité pressante des connaissances, de l'éducation et de la formation pour détecter et évaluer le risque, mettre en application des interventions précises et des pratiques exemplaires, et concevoir des stratégies de prévention à l'échelle du système de santé publique à l'intention des personnes âgées à risque élevé de suicide.

Les présentes lignes directrices sur l'évaluation du risque suicidaire et la prévention du suicide chez les aînés offrent un aperçu épidémiologique du suicide au troisième âge et s'attardent au risque de suicide et aux facteurs de protection ou la résilience à cette période de la vie, à l'évaluation, au traitement et à la prise en compte du risque. Elles abordent également les systèmes de soins, les services d'extension en santé mentale, l'éducation et les aspects médico-légaux de l'éthique, du respect de la vie privée et de la confidentialité.

Les lignes directrices sont le fruit des travaux d'une équipe multidisciplinaire vouée à l'amélioration des mécanismes de détection du risque et de prévention du suicide chez les personnes âgées, qui s'est inspirée des données probantes les plus concluantes au moment de la rédaction du document. Que nombre des recommandations soient caractérisées par un degré de certitude faible, à savoir les

niveaux C et D, illustre la paucité des essais cliniques contrôlés examinant des interventions auprès de personnes âgées à risques. La documentation scientifique est tout aussi lacunaire concernant les aspects suivants : les facteurs de protection ou la résilience, la promotion de la santé mentale de la personne âgée, la détection du risque suicidaire, les instruments et méthodes d'évaluation et l'efficacité des programmes d'éducation publique en santé et des stratégies de prévention. C'est ainsi que les lignes directrices sont de nature provisoire : elles renferment des recommandations en matière de pratiques exemplaires fondées sur les données probantes disponibles, et elles seront mises à jour au fur et à mesure que la recherche nous en dira plus long sur ce tragique problème de santé publique.

Toutes les personnes qui ont participé à la rédaction des présentes lignes directrices souhaitent vivement qu'elles soient utiles aux professionnels en santé mentale et aux travailleurs de première ligne qui dispensent des soins et du soutien aux aînés canadiens pour qu'ils vivent mieux et plus longtemps. Pour que ce but soit atteint, ces lignes directrices devront se frayer un chemin dans les initiatives de promotion de la santé mentale, de recherche et d'éducation ou dans les programmes de prévention du suicide en cours ou en élaboration au Canada. Le suicide chez les personnes âgées est une réalité à laquelle sont confrontées tous les Canadiens, et la prévention du suicide est l'affaire de tous.

Sources de référence

- AGREE Collaboration (2001). Appraisal of guidelines for research and valuation [AGREE] instrument. Disponible à : <http://www.agreecollaboration.org>.
- Alvidrez J, Areán PA. Physician willingness to refer older depressed patients for psychotherapy. *Int J Psychiatry Med* 2002;32(1):21-35.
- Barnow S, Linden M. Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis* 2000;21(4):171-80.
- Barracough BM. Suicide in the elderly. *Br J Psychiatry* 1971;(special supplement 6):87-97.
- Bartels SJ, Coakley, EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Areán PA, et al. Improving access to geriatric mental health services: A randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1455-62.
- Beautrais, AL. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Threat Behav* 2002;32(1):1-9.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979;47:343-52.
- Bergin L, Walsh S. The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging Ment Health* 2005;9(1):7-15.
- Blank K, Robison J, Doherty E, Prigerson H, Duffy J, Schwartz HI. Life-sustaining treatment and assisted death choices in depressed older patients. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:153-61.
- Brown GK. A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. National Institute of Mental Health; 2002. Disponible à : <http://www.nimh.nih.gov/suicideresearch/adultsuicide.pdf>.
- Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 294(5):563-70.
- Bruce ML, Alexopoulos GS, Schulberg HC, Ten Have T, Katz IR, Reynolds CF III. Interventions for treatment of depression in primary care: In reply. *JAMA* 2004a;291(23): 2815.
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF III, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004b;291(9):1081-91.
- Bub B. The patient's lament: hidden key to effective communication: how to recognise and transform. *Med Humanit* 2004;30(2):63-9.
- Burbank P. An exploratory study: assessing meaning in life among older adult clients. *J Gerontol Nurs* 1992;18(9):19-28.
- Canadian Association for Suicide Prevention (CASP). CASP blueprint for a Canadian national suicide prevention strategy. Edmonton (AB): Author; 2004.
- Coalition canadienne par la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) Lignes directrices nationales. Sur la santé mentale de la personne âgée - Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide et prise en charge de la dépression. Toronto (ON): CCSMH; 2006. Disponible à : www.ccsmpa.ca
- Canetto SS, Lester D. Gender, culture, and suicidal behavior. *Transcult Psychiatry* 1998;35(2):163-90.
- Carney SS, Rich CL, Burke PA, Fowler RC. Suicide over 60: The San Diego study. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:174-80.
- Charney DS, Reynolds CF III, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:664-72.
- Chiu HFK, Yip PSF, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, et al. Elderly suicide in Hong Kong: A case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 2004;109:299-305.
- Clark DC. Suicide among the elderly. Final report to the AARP Andrus Foundation, January 28, 1991.
- Clark DC. Narcissistic crises of aging and suicidal despair. *Suicide Life Threat Behav* 1993;23(1):21-6.
- Clark DC, Young MA, Scheftner WA, Fawcett J, Fogg L. A field test of Motto's risk estimator for suicide. *Am J Psychiatry* 1987;144(7):923-6.
- Colenda C. Interventions for treatment of depression in primary care: Letter to the editor. *JAMA* 2004;291(23):2815.
- Conaghan S, Davidson KM. Hopelessness and the anticipation of positive and negative future experiences in older parasuicidal adults. *Br J Clin Psychol* 2002;41(3):233-42.
- Conwell Y, Caine ED, Olsen K. Suicide and cancer in late life. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(12):1334-9.
- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;6(2):122-6.
- Conwell Y, Heisel MJ. The elderly. In Simon RI, Hales RE, editors. *American Psychiatric Textbook of Suicide Assessment and Management*. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2006
- Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidlitz L, DiGiorgio A, Caine ED. Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(1):23-9.
- Conwell Y, Olsen K, Caine ED, Flannery C. Suicide in later life: psychological autopsy findings. *Int Psychogeriatr* 1991;3(1):59-66.

- De Leo D, Dello Buono M, Dwyer J. Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *Br J Psychiatry* 2002; 181:226-9.
- Drance E. Brief to the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. Vancouver, BC; June 2005: p. 2.
- Draper B, Brodaty H, Low LF, Richards V, Paton H, Lie D. Self-destructive behaviors in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:354-8.
- Draper B, MacCuspie-Moore C, Brodaty H. Suicidal ideation and the 'wish to die' in dementia patients: The role of depression. *Age Ageing* 1998;27:503-7.
- Duberstein PR. Openness to experience and completed suicide across the second half of life. *Int Psychogeriatr* 1995;7(2): 183- 98.
- Duberstein PR, Conwell Y, Caine ED. Age differences in the personality characteristics of suicide completers: Preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry* 1994;57:213-24.
- Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Suicide at 50 years of age and older: Perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychol Med* 2004a; 34:137-46.
- Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Evinger JS, Caine ED. Poor social integration and suicide: Fact or artifact? *Psychol Med* 2004b;34(7):1331-7.
- Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Denning DG, Cox C, Caine ED. Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *J Gerontol* 2000;55B(1):18-26.
- Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Lyness JM, Cox C, Caine ED. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999;7(4):289-96.
- Edelstein BA, McKee DR, Martin RR. Development of the Reasons for Living Scale for Older Adults: A suicide assessment instrument. Poster presented at the Harvard Symposium on Future Research Trends and Opportunities in Aging. Boston (MA); 2000.
- Edey W, Jevne RF. Hope, illness, and counseling practice: Making hope visible. *Can J Counseling* 2003;37(1), 44-51.
- Evans G, Farberow NL. The encyclopedia of suicide. New York (NY): Facts on File; 1988.
- Filiberti A, Ripamonti C, Totis A, Ventafridda V, De Conno F, Contiero, Tamburini M. Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 2001;22(1):544-53.
- Forsell Y, Winblad B. Psychiatric symptoms in a total population of very elderly: data from physician examinations and informant reports. *Ageing Ment Health* 1997;1(3):238-42
- Fry PS. Development of a geriatric scale of hopelessness: Implications for counseling and intervention with the depressed elderly. *J Couns Psychol* 1984;31(3):322-31.
- Gallo JJ, Rabins PV, Anthony JC. Sadness in older persons: A 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med* 1999;29:341-50.
- Grek A. Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. Submitted for publication.
- Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case control study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:155-65.
- Hatton CL, Valente SM, Rink A. Suicide assessment and intervention. New York (NY): Appleton Century Crofts; 1977.
- Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry* 2003 182:537-42.
- Santé Canada. Santé aînés. Ottawa (ON): Division du vieillissement ét des aînés; 1999. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/1999/pdf/entire_e.pdf
- Heikkinen ME, Lönnqvist JK. Recent life events in elderly suicide: A nationwide study in Finland. *Int Psychogeriatr* 1995; 7(2):287-300.
- Heisel MJ. Suicide and its prevention among older adults. *Can J Psychiatry* 2006;51(3):143-54.
- Heisel MJ, Duberstein PR. Suicide prevention in older adults. *Clin Psychol Sci Prac* 2005a;12(3):242-59.
- Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS). *Am J Geriatr Psychiatry*; In press a.
- Heisel MJ, Flett GL. A psychometric analysis of the Geriatric Hopelessness Scale (GHS): Towards improving assessment of the construct. *J Affect Disord* 2005b;87:211-20.
- Heisel MJ, Flett GL. Purpose in life, satisfaction with life and suicide ideation in a clinical sample. *J Psychopathol Behav Assess* 2004;26(2):127-35.
- Heisel MJ, Flett GL. Meaning in life and the prevention of elderly suicidality. In Wong PTP, McDonald M, Klaasen D, editors. *Advances in the positive psychology of meaning and spirituality*. Abbotsford (BC): INPM Press; (in press b).
- Heisel MJ, Flett GL, Besser A. Cognitive functioning and geriatric suicide ideation: Testing a mediational model. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10(4):428-36.
- Heisel MJ, Flett GL, Duberstein PR, Lyness JM. Does the Geriatric Depression Scale (GDS) distinguish between older adults with high versus low levels of suicidal ideation? *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(10):876-83.

- Heisel MJ, Links PS. Primary care prevention of suicide among older adults. *Geriatr Ageing* 2005;8(8):36-41.
- Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsä ET, Heikkinen ME, Aro HM, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Mental disorders in elderly suicide. *Int Psychogeriatr* 1995;7(2):275-86.
- Hirsch JK, Duberstein PR, Conner KR, Heisel MJ, Beckman A, Franus N, Conwell Y. Future orientation and suicide ideation and attempts in depressed adults ages 50 and over. *Am J Geriatr Psychiatry* in press.
- Holkup PA, Titler MG. Elderly suicide: Secondary prevention. Iowa City (IA): The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center; 2002.
- Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry* 1995;152:919-22.
- Joiner TE, Walker RL, Rudd MD, Jobes DA. Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *Prof Psychol Res Pr* 1999;30(5):447-53.
- Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004;164, 1179-84.
- Kaplan MS, Adamek ME, Calderon A. Managing depressed and suicidal geriatric patients: Differences among primary care physicians. *Gerontologist* 1999;39(4):417-25.
- Kates N, Craven M, and the Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. Shared mental health care: Update from the Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. *Can Fam Physician* 2002;48:936.
- Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: A consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry* 2005;162(5):977-82.
- King DA, Heisel MJ, Lyness JM. Assessment and psychological treatment of depression in older adults with terminal or life-threatening illness. *Clin Psychol Sci Pract* 2005;12:339-53.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R.(Eds.) World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Lebowitz BD. Clinical trials in late life: New science in old paradigms. *Gerontologist* 2004;44:452-8.
- Leenaars AA. Suicide, euthanasia, and assisted suicide. In Leenaars A, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck R, Kral M, Bland R, editors. *Suicide in Canada*. (pp. 459-474). Toronto (ON): University of Toronto Press Inc.; 2001.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmari D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1060-4.
- Links PS, Heisel MJ, Quastel A. Is suicide ideation a surrogate endpoint for geriatric suicide? *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(2):193-205.
- Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, Lohr KN, editors. *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington (DC): National Academy Press; 1992.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159(6):909-16.
- Lyness JM, Cox C, Curry J, Conwell Y, King DA, Caine ED. Older age and the underreporting of depressive symptoms. *J Am Geriatr Soc* 1995;43(3):216-21.
- MacCourt P. Brief to the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. Vancouver, BC; June 2005: p. 4.
- McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Bruce ML. Symptoms of depression in older home-care patients: Patient and informant reports. *Psychol Aging* 2005;20(3):507-18.
- McIntosh JL, Santos JF, Hubbard RW, Overholser JC. Elder suicide: Research, theory, and treatment. Washington (DC): American Psychological Association; 1994.
- McLeavey BC, Daly RJ, Ludgate JW, Murray CM. Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav* 1994;24:382-94.
- Miller M. Geriatric suicide: The Arizona study. *Gerontologist* 1978;18(5):488-95.
- Milton J, Ferguson B, Mills T. Risk assessment and suicide prevention in primary care. *Crisis* 1999;20(4):171-7.
- Modai I, Ritsner M, Kurs R, Mendel S, Ponizovsky A. Validation of the computerized Suicide Risk Scale: A backpropagation neural network instrument (CSRS-BP). *Eur Psychiatry* 2002;17(2):75-81.
- Moore SL. A phenomenological study of meaning in life in suicidal older adults. *Arch Psychiatr Nurs* 1997;XI(1):29-36.
- Moore SL, Metcalf B, Schow E. Meaning in life: Examining the concept. *Geriatr Nurs* 2000;21(1):27-9.
- National Center for Injury Prevention and Control. United States Suicide Injury Deaths and Rates per 100,000. National Center for Injury Prevention and Control; 1999-2002. Available from <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/>
- Nekolaichuk CL, Jevne RF, Maguire TO. Structuring the meaning of hope in health and illness. *Soc Sci Med* 1999;48:591-605.
- Nemeroff CB, Compton MT, Berger J. The depressed suicidal patient: assessment and Treatment. *Ann N Y Acad Sci* 2001;932:1-23.
- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the tower of babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26(3):237-52.

- Ohberg A, Lonnqvist J. Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:214-8.
- Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum ME, Malone KM, Brodsky BS, et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: A prospective study. *Am J Psychiatry* 2002;159(1):1746-51.
- Oxman TE, Dietrich AJ, Schulberg HC. The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;11(5):507-16.
- Oyama H, Koida J, Sakashita T, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Ment Health J* 2004;40(3):249-63.
- Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, Cohen CA, Feightner JW, Feldman H, et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *CMAJ* 1999;160(12 Suppl):S1-15.
- Pokorny AD. A scheme for classifying suicidal behaviors. In Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, editors. *The prediction of suicide*. Bowie (MD): The Charles Press Publishers; 1974.
- Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. In Maltzberger JT, Goldblatt MJ, editors. *Essential papers on suicide*. New York (NY): New York University Press; 1996. p. 480-507
- Prévillé M, Boyer R, Hébert R, Bravo G, Seguin M. Correlates of suicide in the older adult population in Quebec. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(1):91-105.
- Quan H, Arboleda-Flórez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:190-7.
- Raue PJ, Brown EL, Bruce ML. Assessing behavioral health using OASIS: Part 1 depression and suicidality. *Home Healthc Nurse* 2002;20(3):154-62.
- Ross RK, Bernstein L, Trent L, Henderson BE, Paganini-Hill A. A prospective study of risk factors for traumatic deaths in a retirement community. *Prev Med* 1990;19:323-34.
- Rovner BW, German PS, Broadhead J, Morriss RK, Brant LJ, Blaustein J, et al. The prevalence and management of dementia and other psychiatric disorders in nursing homes. *Int Psychogeriatr* 1990;2(1):13-24.
- Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides: a case-control study. *Psychol Med* 2001;31:1193-202.
- Rubio A, Vestner AL, Stewart JM, Forbes NT, Conwell Y, Cox C. Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biol Psychiatry* 2001; 9:137-45.
- Rudolph ML, Burt VK. Suicide in elderly women: Addressing this growing concern. *Womens Health Prim Care* 2003;6(6):281-9.
- Sadavoy J, Meier R, Mui Ong AY. Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto study *Can J Psychiatry* 2004;49(3):192-9.
- Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *Br J Psychiatry* 1990; 157:871-6.
- SCOPE. Care managers help depressed elderly ease suicidal thoughts. *Hospitals and Health Networks*; April 2004; Disponible à : www.hhnmag.com
- Shah A, Ganesvaran T. Psychogeriatric inpatient suicides in Australia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:15-9.
- Shea, SC. *The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. New York (NY): Wiley;1999.
- Shea SC. *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders;1998.
- Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *Br Med J* 1999;318:593-6.
- Shneidman ES. Key psychological factors in understanding and managing suicidal risk. *J Geriatr Psychiatry* 1991;24(2):153-74.
- Sommer-Rotenberg D. Suicide and language. *Can Med Assoc J* 1998;159(3):239-40.
- Statistics Canada. Canadian Statistics: Suicides, and suicide rate, by sex, by age group. 2005 <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Health/health01.htm>
- Strachan-Tomlinson. Report on the Workshop on Suicide-Related Research in Canada. Ottawa, ON: Health Canada and the Canadian Institutes of Health Research; 2003.
- Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS, Reynolds CF. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging* 2002;19(1):11-24.
- Szanto K, Mulsant BH, Houck P, Dew MA, Reynolds CF III. Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:610-7.
- Szanto K, Mulsant BH, Houck PR, Miller MD, Mazumdar S, Reynolds CF III. Treatment outcome in suicidal vs. non-suicidal elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;(3):261-8.
- Tam EY, Fletcher PC, Chi I. Cultural and gender diversity in health. *STRIDE*, 6(1). In: Sadavoy J, Meier R, Mui Ong AY. Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto study. *Can J Psychiatry* 2004;49(3):192-9.
- Thompson LW, Futterman A, Gallagher D. Assessment of late-life depression. *Psychopharmacol Bull* 1988;24(4):577-86.
- Tilly J, Reed P. Evidence on interventions to improve quality of care for residents with dementia in nursing and assisted living facilities. Chicago (IL) The Alzheimer's Association: 2004 Disponible à : www.alz.org/health/care/dcpr/asp

Trotter G. Assisted suicide and the duty to die. *J Clin Ethics* 2000;11(3):260-71.

Tsoh J, Chiu HFK, Duberstein PR, Chan SM, Chi I, Yip PSE, Conwell Y. Attempted suicide in elderly Chinese persons: A multi-group, controlled study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(7):562-571.

Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, Wallace R. Risk factors for late-life suicide: A prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10(4):398-406.

Uncapher H. Cognitive biases and suicidal ideation in elderly psychiatric inpatients. *Omega (Westport)* 2000-2001;42(1):21-36.

Uncapher H, Areán PA. Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(2):188-192.

United States Department of Health and Human Services National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action. Washington (DC): U.S. Government Printing Office; 2001.

Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(22):2836-45.

Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WL, Beekman ATF. Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2): CD003593.

Verheul R, Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, De Ridder MAJ, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2003;182:135-40.

Waern M. Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol* 2003;38(3):249-54.

Waern M, Beskow J, Runeson B, Skoog I. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet North Am Ed* 1999;354:917-8.

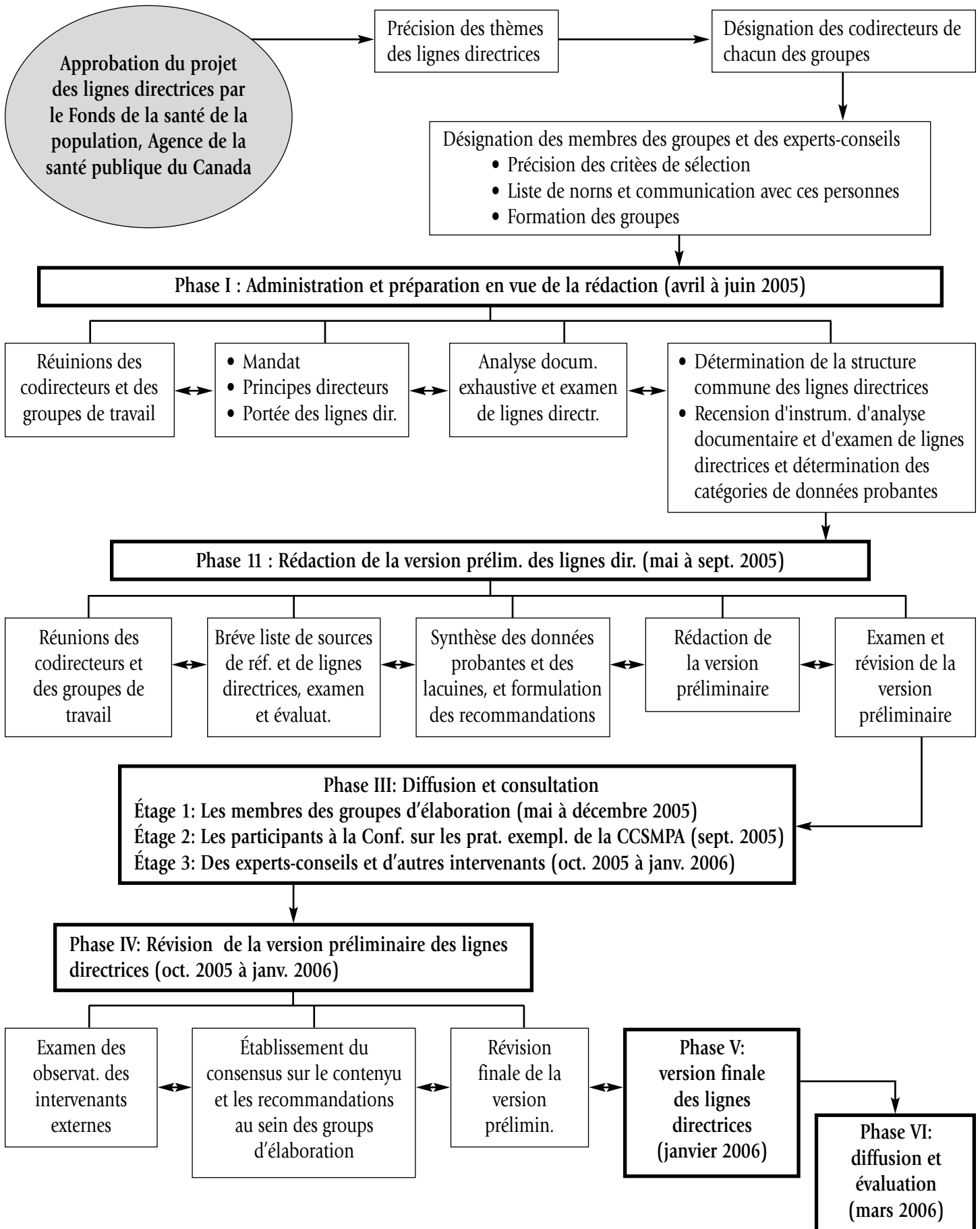
Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: Case-control study. *Br Med J* 2002a;324:1355.

Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology* 2003;49:328-34.

Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, Wilhelmson K. Mental disorder in elderly suicides: A case-control study. *Am J Psychiatry* 2002b;159(3):450-5.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17(1):37-49.

Annexe A : Ordinogramme de l'élaboration des lignes directrices



Annexe B: Moyens de s'enlever la vie chez les adultes de plus de 65 ans au Canada en 2002

Causes de décès	N (hommes ≥ 65 ans)	N (femmes ≥ 65 ans)	N (Total ≥ 65 ans)
X60-69 empoisonnement / ingestion de substances	56	28	84
X70 pendaison / étranglement / suffocation	123	15	138
X71 noyade	20	8	28
X72-74 arme à feu	122	0	122
X75 explosifs	0	0	0
X76-77 fumée / feu / vapeur / objets chauds	3	1	4
X70 objet tranchant	6	5	11
X80 sauter d'une certaine hauteur	16	7	23
X81 sauter ou s'étendre devant un objet mobile	9	0	9
X82 accident automobile	0	1	1
X83 autres moyens particuliers	3	3	6
X84 moyens indéterminés	3	1	4
Total	361	69	430

Note : le tableau a été conçu selon les renseignements officiels sur la mortalité de Statistique Canada (2005).

Annexe C : Questions à poser à la personne âgée

L'éventualité du suicide offre au clinicien la possibilité de savoir ce qui donne un sens à la vie de chacun de ses patients et les motifs pour lesquels certains d'entre eux peuvent avoir l'impression que la vie est inutile. La rumination suicidaire est la pointe de l'iceberg du désespoir, et l'empathie à l'égard du patient désespéré ne suppose pas seulement l'évaluation du risque suicidaire, mais également la prise en considération des circonstances, des attentes, de la qualité de vie et des antécédents médicaux du patient. Cette écoute permettra non seulement d'identifier les personnes pour qui l'évaluation précise du risque et l'adoption de mesures particulières sont nécessaires, mais également de créer l'ambiance propice aux questions délicates sur le suicide, d'obtenir de l'information précieuse sur l'aide dont la personne a besoin et de démontrer l'intérêt du clinicien à l'égard de la personne. Les questions suivantes peuvent être utiles. (Grek, sous presse)

- Avec qui le patient vit-il? Quel est son réseau social? Quelle est la nature des liens entre le patient et les membres de sa famille? Est-ce que des obstacles pratiques entravent sa vie sociale?
- Le patient est-il apte à exécuter les activités courantes de la vie quotidienne? Est-il capable de s'occuper de lui-même? Peut-il exécuter les tâches ménagères, magasiner, voir à ses transactions bancaires et sortir comme il lui plait? A-t-il suffisamment d'aide? Dans la négative comment cela se fait-il?
- Quel est l'état de santé physique du patient? Souffre-t-il d'une maladie physique grave, plus précisément d'une maladie qui aurait nécessité l'hospitalisation dernièrement? La perception du patient quant à sa maladie physique et au pronostic est-elle exacte? Est-ce que la nature de la maladie et le pronostic, ainsi que la prise en charge et les options thérapeutiques ont été clairement précisées au patient, suffisamment pour dissiper ses craintes et ses doutes?
- Quel est l'état de santé mentale du patient? A-t-il déjà été hospitalisé pour un problème de santé mentale ou un comportement autodestructeur?
- Quel est la consommation d'alcool du patient?
- La consommation de médicaments prescrits est-elle un problème? Plus précisément, est-ce que la personne dort bien, ou est-ce qu'elle surconsomme des sédatifs?
- Que ce soit en rapport avec les questions précédentes ou non, le clinicien doit déterminer si le patient présente des symptômes de dépression. Celui-ci ne mentionnera pas forcément s'il est triste ou pessimiste, s'il se sent coupable, si la vie ne lui procure plus de plaisir ou s'il souffre de solitude, mais le médecin doit rechercher ces signes.
- Si l'un des facteurs de risque ci-dessus est présent, le clinicien doit savoir si le patient trouve un sens à sa vie. Est-ce que la vie vaut la peine d'être vécue? A-t-il une raison de continuer de vivre? Le patient se projette-t-il dans l'avenir, a-t-il des plans ou des projets? Quelle est l'attitude du patient à l'égard de la mort? Il n'y a rien d'étrange à poser une telle question à une personne âgée, particulièrement si le clinicien constate qu'elle est préoccupée par sa santé, qu'elle souffre de solitude ou que rien ne lui procure du plaisir. Le patient souhaite-t-il mourir, ou appelle-t-il la mort de tous ses vœux? Le patient a-t-il des idées de s'enlever la vie. A-t-il un plan précis à cet égard, et dans l'affirmative, a-t-il accès à des moyens pour exécuter un tel plan?

