

Liste des abréviations

ANOVA	Analyse de variance
BEHAVE-AD	Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale
CIM	Classification internationale des maladies
CSDD	Cornell scale of depression in dementia
DSM	Le manuel diagnostique des troubles mentaux
EMS	Établissement médico-social
ESPOP	Statistique de l'état annuel de la population
FAST	La Functional Assessment Staging Scale
GDS	Geriatric depression scale
HBS	Harmful Behaviour Scale
HoNOS	La Health of the Nation Outcome Scale
Imad	Institution genevoise de maintien à domicile
MINI	Mini-International neuropsychiatric interview
MMSE	Mini mental state examination
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OCSTAT	Office cantonal de la statistique
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la santé
QI	Quotient intellectuel
RCA	Root-cause analysis
RCI	La Resident Classification Index
SLD / LTC	Soins de longue durée
SIDIIEF	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace
SOMED	Statistiques des institutions médico-sociale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VVDRS	Virginia system de signalement des victimes de morts violentes

Table des matières

1. INTRODUCTION	11
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	12
2.1. VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE ET SES ENJEUX EN SANTE	13
2.1.1. VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE	13
2.1.2. DEFINITION DE LA VIEILLESSE	14
2.2. LE SUICIDE DE L'AINE	15
2.2.1. LE SUICIDE ET TERMINOLOGIE APPARENTEE : DEFINITIONS	15
2.2.2. ÉPIDEMIOLOGIE	17
2.2.3. PREDISPOSITIONS, RISQUES ET DECLENCHEUR DU SUICIDE	18
2.3. LE PASSAGE EN MAISON DE RETRAITE	21
2.3.1. LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES PERSONNES RESIDANT EN EMS	22
2.3.1. LA SANTE DES PERSONNES RESIDANT EN EMS	24
3. MODELE THEORIQUE	25
3.1 METAPARADIGMES	29
3.1.1. PATIENT (CLIENT) OU SYSTEME VARIABLE DU CLIENT	29
3.1.2. ENVIRONNEMENT	30
3.1.3. LA SANTE	30
3.1.4. LE SOIN	31
4. PROBLEMATIQUE	31
4.1. LA TRANSITION EN EMS COMME FACTEUR POTENTIELLEMENT DECLENCHANT DU SUICIDE	31
4.2. IMPORTANCE D'ACCOMPAGNER LA TRANSITION POUR AGIR SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET DECLENCHANTS DU SUICIDE	32
4.3. QUESTION DE RECHERCHE	32
5. METHODE	33
5.1. SOURCES D'INFORMATION ET STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	33
5.2. DIAGRAMME DE FLUX	35
6. RESULTATS	37
6.1. SYNTHESE DES RESULTATS	46
7. DISCUSSION :	48
7.1. FACTEURS DE RISQUE EN LIEN AVEC LE PASSAGE A L'ACTE	48

7.2. ADAPTATION DE LA PERSONNE AGEE LORS D'UNE ENTREE EN INSTITUTION	49
7.3. SENTIMENT DE SOLITUDE APRES UNE ENTREE EN INSTITUTION	49
7.4. ANTICIPATION D'UNE ENTREE EN EMS	50
7.5. LA PRISE EN SOINS SELON L'APPROCHE DE NEUMAN	50
<u>8. RECOMMANDATIONS</u>	<u>51</u>
8.1. RECOMMANDATIONS POUR LES SOIGNANTS EN EMS	51
8.2. RECOMMANDATIONS POUR LES SOIGNANTS EN AMONT DE L'EMS	52
<u>9. APPORTS ET LIMITES DU TRAVAIL</u>	<u>53</u>
<u>10. REFERENCES</u>	<u>55</u>
<u>11. ANNEXES</u>	<u>60</u>

Liste des figures

Figure 1 : Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse de 1990 à 2060 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2010, p.27)

Figure 2 : Suicide selon l'âge et le sexe, suicide assisté exclu, en Suisse, de 1995 à 2014 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2016, p.1)

Figure 3 : Taux de suicide de 2011 à 2014 en Suisse (Office fédéral de la statistique (OFS), 2016, p.1)

Figure 4 : Modèle du seuil du comportement suicidaire (Barlow, Durand, & Gottschalk, 2016, p. 261)

Figure 5 : Le taux d'institutionnalisation en Suisse selon le sexe et l'âge, en 2009 (Kaeser, 2012, p.8)

Figure 6 : Personnes hébergées dans les EMS selon le sexe, par groupe d'âges, à Genève, en 2006 et 2012 (Office cantonal de la statistique (OCSTAT), 2014)

Figure 7 : Taux de recours des 65 ans et plus dans les EMS de 2006 à 2015 (Observatoire suisse de la santé (OBSAN), 2017)

Figure 8 : Entrées et sorties des EMS du canton de Genève en 2004 (Cavalli, 2008, p.52)

Figure 9 : Modèle des systèmes de Betty Neuman (Neuman, 1995, p.17)

Figure 10 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

Préambule

Étudiants à la Haute école de santé de Genève (HEdS), en fin de formation et souhaitant pratiquer par la suite dans les domaines de la psychiatrie, des urgences et de l'oncologie, nous nous sommes rendus compte que les bénéficiaires de soins que nous soigneront, seront majoritairement des personnes âgées.

Nous nous sommes rencontrés sur les bancs de cette même école, sans doute en ayant les mêmes aspirations, c'est-à-dire d'approfondir nos connaissances afin de soigner au mieux nos futurs patients. Après avoir suivi quelques cours ensemble, et dans la perspective de trouver un thème à notre travail de diplôme, nous nous sommes intéressés à chercher des sujets qui pouvaient nous rassembler et attiser notre curiosité de chercheurs néophytes.

Après de nombreuses discussions, nos questions et interrogations se sont plutôt inscrites sur un sujet encore tenu tabou de nos jours : le suicide des personnes âgées. Cependant, ces situations deviennent de plus en plus fréquentes, les médias s'efforcent ponctuellement de nous informer de situations de suicide chez ce groupe de population.

Deux situations rencontrées dans nos stages ont en particulier alimenté notre intérêt pour la thématique du suicide chez la personne âgée.

En faisant appel à nos souvenirs en lien avec nos différents stages, l'un d'entre nous s'est remémoré une situation vécue dans le cadre d'un établissement médico-social (EMS). Il s'agissait d'une résidente qui avait entre 80 et 90 ans, veuve depuis une année. Cette femme ne souhaitait pas participer aux activités proposées par l'EMS et s'isolait de plus en plus. Une aide-soignante avait raconté lors d'un colloque, qu'elle était inquiète, car quand elle était rentrée dans une chambre de résidente, elle avait vu la dame, près de la fenêtre ouverte, comme si elle allait l'enjamber. Elle nous avait dit que lorsqu'elle l'avait appelé par son nom, la dame s'était retournée et s'était rassise dans son fauteuil. L'équipe soignante avaient écouté ses propos, mais sans s'y attarder. Aujourd'hui, cette présumée tentative de suicide nous questionne, les soignants auraient-ils dû être interpellés plus tôt, prêter plus attention aux préoccupations de cette soignante ? Observer plus cette dame ? Existe-t-il des facteurs de risques qui pourraient entraîner une tentative de suicide ? L'anniversaire du

décès d'un être proche est-il un facteur déclencheur d'un comportement suicidaire chez la personne âgée ?

La seconde situation s'est déroulée dans un lieu de réadaptation de longue durée et concerne un homme de 80 ans. Celui-ci se déplaçait en chaise roulante suite à un accident vasculaire cérébral. Il a été trouvé à plusieurs reprises proche du Rhône. L'équipe de soin suspectait un acte suicidaire imminent. Nous devons contrôler sa présence dans le service et dès qu'il s'éloignait, nous avons comme ordre de nous entretenir avec lui. Par la suite, nous avons fait appel à un psychogériatrie. Ce patient n'avait plus de famille, ni de réseau d'amis.

Les limitations physiques et/ou psychiques font-elles partie des risques potentiels qui pourraient amener une personne âgée à vouloir mettre fin à ses jours ?

Les personnes âgées ayant un réseau social appauvri, sont-elles plus sujettes au passage à un acte suicidaire ? Ces différentes tentatives de mettre fin à sa vie, est-ce une manière de rendre visible son besoin d'attention et/ou d'exprimer une certaine souffrance ?

Ces deux expériences, ainsi que la lecture de plusieurs faits divers rapportés par la presse, ont encore plus aiguisé notre curiosité et stimuler notre besoin de compréhension de ce phénomène, dans le but d'être sensibilisés et attentifs à ce type de population.

Beaucoup d'interrogations nous viennent à l'esprit quand nous découvrons cette problématique, qui nous était inconnue avant d'aller en stage dans le milieu de la gériatrie. Nous souhaitons donc recueillir un maximum d'informations à propos de ce sujet, et mieux comprendre ce qui peut pousser une personne âgée à passer à l'acte, dans sa dernière demeure. Notre rôle va être de prévenir les risques de passages à l'acte, en repérant les éventuels facteurs de risques qui favoriseraient le suicide. Dans ce travail, nous étudierons en profondeur les moyens mis en œuvre lors d'un transfert du domicile ou de l'hôpital à un établissement médico-social.

1. INTRODUCTION

Au cours du siècle dernier, la Suisse a connu des modifications démographiques majeures. L'amélioration des conditions de vie, les progrès sociaux et le perfectionnement de la médecine ont abouti à une augmentation, sans précédent, de l'espérance de vie. Depuis 1950, en Suisse, le nombre de centenaires double chaque dix ans. En effet, le nombre de centenaires est passé de 12 (1950) à 1'554 (2016) Office fédéral de la statistique (OFS), (2017). La société a su fournir de nombreux efforts qui ont permis de prodiguer des soins de qualité et accessibles à tous. Elle se retrouve aujourd'hui à faire face à une augmentation des pathologies chroniques multiples chez les personnes âgées, due aux progrès de la médecine (Gold & Büla, 2012)

Les aînés sont confrontés à de nombreux problèmes qui influent sur leur santé, et en particulier leur santé mentale : pertes physiques et psychosociales, maladies, isolement, limitations et incapacités, pertes de contrôle (Voyer, 2006). Suite à ces différents problèmes et comme étant des facteurs de risque avérés du suicide, il est d'autant plus important de prévenir ceux-ci avant un éventuel passage à l'acte. Avant de démarrer la phase de prévention, il est nécessaire de définir le suicide. L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le suicide comme « [...] l'acte de se donner délibérément la mort », et le distingue de la tentative de suicide qui se réfère « [...] à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2015, p.12). Le rôle de l'infirmière sera au préalable de connaître les facteurs de risque du suicide, afin de prévenir au mieux le risque de passage à l'acte chez les résidents (Voyer, 2006).

Dans notre société, le suicide de l'aîné semble moins déranger que celui de l'adolescent. Pourtant, il est tout aussi tragique, puisqu'il reflète le désespoir et la souffrance d'un être humain (Voyer, 2006). La vieillesse serait vécue comme une période de changements, d'adaptations à faire, qui non seulement fait vivre des pertes physiques, mais également des pertes liées à son environnement lorsque la personne âgée entre en EMS (Voyer, 2006).

Les auteurs qui se sont interrogés sur les causes du suicide de la personne âgée relèvent que la santé physique et la santé psychique sont considérées comme des facteurs importants dans la majeure partie des cas de suicide chez la personne âgée (Draper, 2014). Il n'est cependant pas clair qu'une maladie physique ait une influence sur le risque de suicide. Par ailleurs, les études sont inconsistantes quant au rôle spécifique de certaines maladies sur le passage à l'acte. La vulnérabilité augmente également le risque que les personnes âgées succombent au suicide (Draper, 2014).

Comme le montre un rapport récent de l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN, 2017), le taux de suicide chez la personne âgée n'a cessé d'augmenter entre 1969 et 1995, en particulier pour les personnes de 80 ans et plus, avec une croissance de 71,5%. Il est intéressant de noter qu'entre 1969 et 1995, l'augmentation du taux de suicide est relativement faible (2,9%) dans la tranche d'âge de 60 à 69 ans et que la plus forte croissance a lieu pour la catégorie des personnes de 80 ans et plus. En revanche, l'OBSAN montre qu'il y a une nette tendance à la diminution du taux de suicide entre 2000 et 2014. Malgré cette diminution, la tranche d'âge qui est la plus touchée reste quand même celle de 80 ans et plus (OBSAN, 2017).

Force est de constater qu'avant 75 ans, les personnes sont très peu institutionnalisées (entre 1-2%). Le taux augmente avec l'âge, passant à 9% pour les 80-84 ans et à 44% pour les personnes de 95 ans et plus (Office fédéral de la statistique (OFS), 2012).

Ce travail va aborder la problématique du suicide chez la personne âgée résidant en EMS et tenter de mettre en lumière les facteurs de risques spécifiques à cette population. L'intérêt sera ensuite porté plus spécifiquement sur la transition en EMS, une transition qui peut avoir un impact sur la santé des aînés et contribuer à augmenter un risque de passage à l'acte. À l'issue du travail, des recommandations pour un accompagnement à la transition seront proposées, afin de réduire les risques de suicide chez les résidents.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Le décès par suicide est depuis longtemps un problème de santé publique, sous-estimé en Suisse. Notre pays fait partie des pays d'Europe qui présentent le taux de suicide le plus élevé, du moins supérieur à la moyenne (Office fédéral de la statistique (OFS), 2016). Le taux de suicide est inférieur dans les pays d'Europe de l'ouest dans

lesquels les personnes âgées vivent avec leurs familles. Un lien entre passage à l'acte et placement en établissement médicalisé ou une peur de mauvais acclimatement à ces établissements peut être fait (Office fédéral de la statistique (OFS), 2017). Après avoir défini ce qu'était un facteur de risque, il est important de préciser que s'ils s'accumulent, la survenue d'un facteur déclenchant pourrait rompre l'équilibre et pourrait donc précipiter l'acte suicidaire (Charazac-Brunel, 2014).

2.1. Vieillesse démographique et ses enjeux en santé

2.1.1. Vieillesse démographique

Le vieillissement démographique et l'accroissement de la population sont au cœur des questions démographiques et sociétales actuelles. La modification de la pyramide des âges, qui voit le nombre de personnes âgées augmenter par rapport aux jeunes, représentera dans les prochaines décennies un défi mondial, la Suisse ne faisant pas exception (Office fédéral de la statistique (OFS), 2017).

Entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22%. D'ici à 2050, on s'attend à ce que la population mondiale âgée de 60 ans et plus atteigne 2 milliards de personnes, contre 900 millions en 2015 (Gold & Büla, 2012).

La population de 65 ans ou plus était de 191'593 en 1900, 983'352 en 1990 et atteignait 1,52 millions de personnes en 2016 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2017a). Selon les estimations démographiques de l'Office fédérale de la statistique, ce groupe de population augmentera fortement au cours des prochaines années et le nombre de personnes de 80 ans et plus passera de 382'000 en 2010, soit 5% de la population totale, à 1'071'000 en 2060 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2010).

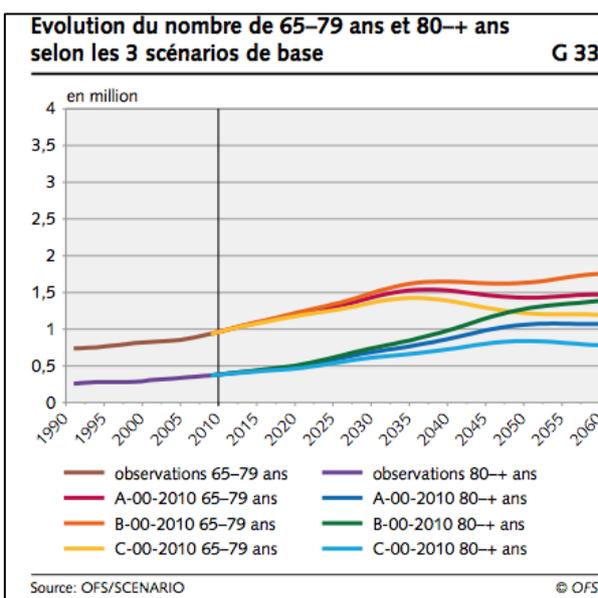


Figure 1 Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse (Office fédéral de la statistique (OFS), 2010, p.27)

Comme le montre la Figure 1, les estimations de l'évolution de la population âgée varient en fonction de modèles. On s'attend à atteindre entre 1.2 et 1.8 millions de personnes de 65 à 69 ans d'ici à 2060, et entre 0.8 et 1.5 millions de personnes âgées de 80 ans et plus à cette même échéance (Office fédéral de la statistique (OFS), 2010).

2.1.2. Définition de la vieillesse

Si l'âge constitue un moyen de définir la « vieillesse », il n'est pas le seul. En effet, il existe de nombreuses définitions de la vieillesse, qui incluent des dimensions physiologiques, psychologiques et sociales.

Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé définit le terme « personne âgée » à travers le terme de vieillesse en se fondant sur des critères liés à l'âge, c'est-à-dire ceux qui ont plus de 65 ans (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2015). Force est de constater que le choix de cette limite d'âge correspond de manière générale à l'arrêt de l'activité de travail dans la plupart de nos pays occidentaux (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2015).

Selon Caradec, (2008) :

« Il est difficile de trouver une définition spécifique à la vieillesse mais plusieurs termes existent pour la désigner tels que les personnes âgées, les vieillards ou le troisième âge. Cependant il n'est guère simple de déterminer le seuil d'entrée dans la période de la vie communément appelée vieillesse. » (p.5).

Cependant, Marguerite Charazac-Brunel (2014, p.31) définit la vieillesse comme « [la vieillesse] correspond à des critères objectifs (âge donné par l'état civil, de la dégradation des fonctions corporelles, etc.) ». Néanmoins, elle mentionne également que celle-ci se construit selon des données très subjectives, telles que par exemple des données physiologiques et psychiques. De plus, elle reprend ces mêmes facteurs pour préciser que ceux-ci sont déterminants lorsqu'on aborde le sujet du risque suicidaire chez la personne âgée (Charazac-Brunel, 2014).

Une autre définition est reprise par Debuigny et collègues (2010) qui définissent, la vieillesse comme une étape ultime de l'être humain qui succède à l'âge adulte, est aussi appelée par euphémisme le « troisième âge », suivie du quatrième âge qui

correspond le plus souvent à un affaiblissement plus important encore de ses capacités (Debuigny et al., 2010).

Ces différents auteurs nous font observer que selon leurs disciplines d'appartenance (santé, psychologie, sociologie), ils apportent des points de vue complémentaires, sur le thème de la vieillesse. Ils s'accordent cependant à dire que les ressources physiques et psychiques, diminuent avec l'âge, et que ces personnes seraient plus sujettes à des effets de dégradation de leur santé qui pourrait être un déterminant qui expliquerait le risque suicidaire (Conseil Fédéral, 2011).

2.2. Le suicide de l'aîné

2.2.1. Le suicide et terminologie apparentée : Définitions

2.2.1.1. Suicide

Lorsque l'on évoque la thématique du suicide, il est important de préciser ce que recouvrent les termes de « suicide », « suicide complet », « tentative de suicide » ou « tentamen » et enfin, « l'idéation suicidaire » et « pensées suicidaires ». « Le suicide est défini comme étant la mort suite à une blessure, un empoisonnement ou une suffocation avec la présence de preuves (explicite ou implicite) que la blessure est auto-infligée et qu'elle visait à se tuer. » (O'Carroll et al., 1996, traduction libre, p.10).

Le terme « suicide complet » et « suicide » peuvent être interchangeables. Durkheim (1897) dit quant à lui que l'on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle s'avère devoir produire ce résultat (Durkheim, 1897).

L'OMS le définit quant à elle : « Le suicide, c'est l'acte de mettre fin à ses jours. » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2015).

2.2.1.2. Tentative de suicide/tentamen

La tentative de suicide est définie comme étant un comportement potentiellement auto-injurieux présentant un résultat non fatal présentant des preuves que la personne souhaitait à un certain niveau mettre fin à ses jours (O'Carroll et al., 1996). La tentative, c'est l'acte ainsi défini, mais arrêté avant que la mort en soit résulté

(Durkheim, 1897). Les tentatives de suicide sont par exemple caractérisées par un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention, ou non, de mourir (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2015).

2.2.1.3. Comportement suicidaire/idéation ou pensées suicidaires

La violence auto-infligée se subdivise en comportement suicidaire et sévices auto-infligés. Dans la première catégorie entrent les pensées suicidaires, les tentatives de suicide également appelées « parasuicide » ou « mutilation volontaire » dans certains pays et les suicides réussis. Par contraste, les sévices auto-infligés comprennent des actes tels que l'automutilation (Krug & Weltgesundheitsorganisation, 2002). L'idéation suicidaire est définie comme étant toute pensée personnelle à engager un comportement suicidaire (O'Carroll et al., 1996).

Le comportement suicidaire se réfère à un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide. L'inclusion des idées suicidaires dans la définition du comportement suicidaire est une question complexe qui fait actuellement débat (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2015). Cette décision d'inclure les idées suicidaires dans la définition du comportement suicidaire a été prise à des fins de simplification étant donné que la position des différentes sources de recherche retenues dans ce rapport en ce qui concerne les idées suicidaires n'est pas uniforme (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2015).

2.2.1.4. Suicide assisté

On parle de suicide assisté lorsque la personne qui se donne la mort a bénéficié du soutien matériel ou psychologique d'une ou plusieurs autres personnes (Conseil fédéral, 2011). Cette définition implique que la personne ayant émis le souhait de mourir (suicidant) l'ait fait de manière libre et réfléchie. En d'autres termes, qu'elle soit capable de discernement et qu'elle ait accompli elle-même l'acte menant au décès. En Suisse, le suicide assisté s'est surtout développé depuis l'apparition de ce qu'on appelle des organisations d'assistance au suicide. EXIT, association pour le droit de mourir dans la dignité, a comme volonté de lutter contre l'acharnement thérapeutique et donc de proposer une mort dans la sérénité, selon la demande de la personne concernée. Pour revenir aux personnes âgées, un des critères de l'association est une

présence de polyopathologies, associées à la vieillesse qui pourraient impacter la fin de vie d'une personne âgée (EXIT, 2016). D'autres associations Suisses, comme Dignitas proposent des prestations similaires avec pour même objectif, le maintien de la dignité dans la mort (Dignitas, 2018).

2.2.2. Épidémiologie

D'après les chiffres rapportés par l'Office fédéral de la statistique (OFS), en Suisse, les hommes se suicident plus que les femmes. Comme le montre la Figure 2, la tranche la plus touchée étant, peu importe le sexe, les 85 ans et plus. Cette tranche d'âge correspond à environ 100 décès par suicide pour 100'000 habitants. On distingue une diminution globale des suicides entre 1999 et 2014 malgré des chiffres toujours importants, rapportant le taux à environ 80 décès pour 100'000 habitants. En se rapportant aux chiffres de chaque canton (Figure 3), la même tendance est observable, les hommes sont plus sujets au passage à l'acte. Le canton de Genève comptabilise à lui seul environ 12 suicides pour 100'000 habitants. Dans la globalité, une augmentation nette des suicides en Suisse est notable chez les personnes de 75 ans et plus. En effet, les taux de suicide des hommes des tranches d'âge de 75-84 ans et de 85 ans et plus est supérieure à toutes les autres tranches cumulées (Office fédéral de la statistique (OFS), 2016).

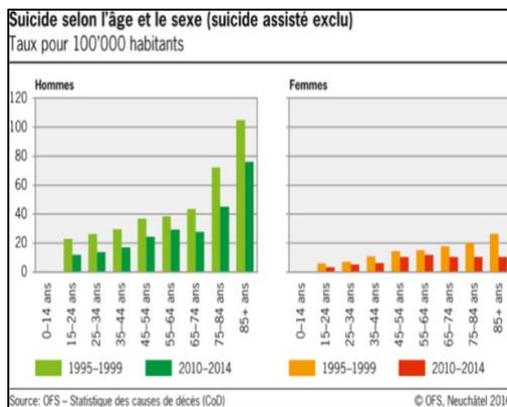


Figure 2 Suicide selon l'âge et le sexe (suicide assisté exclu) (Office fédéral de la statistique (2016), p. 1)

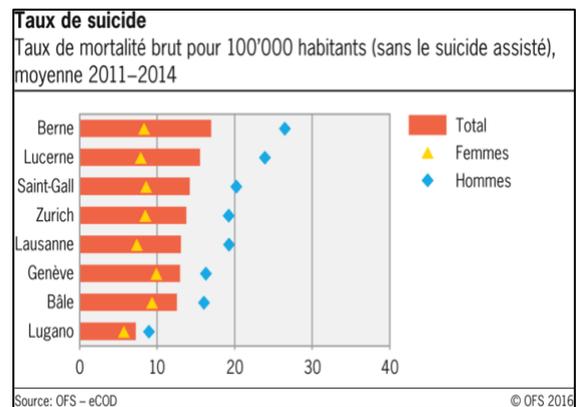


Figure 3 Taux de suicide (Office fédéral de la statistique (2016), p. 1)

2.2.3. Prédileptions, risques et déclencheur du suicide

Comme le montre la Figure 4, on distingue quatre types de facteurs liés au suicide : les facteurs prédisposants, les facteurs de risque, les facteurs protégeants et les facteurs déclenchants.

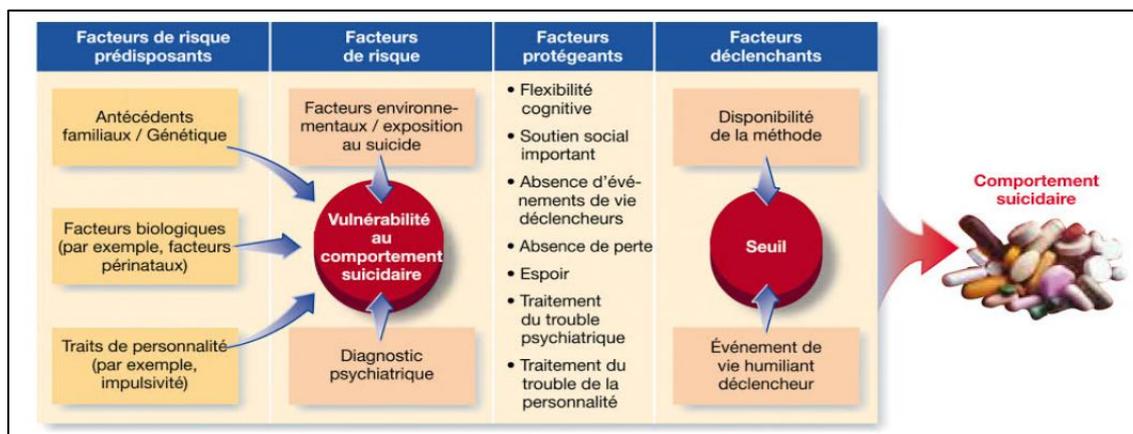


Figure 4 Modèle du seuil du comportement suicidaire (Barlow, Durand, & Gottschalk, 2016, p.261)

Un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie, de souffrir de traumatisme ou de présenter certains comportements (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2018). Les facteurs prédisposants, qui sont un type particulier de facteur de risque, sont des caractéristiques constitutionnelles ou acquises des personnes qui peuvent augmenter la fréquence d'apparition d'un comportement ou d'une pathologie donnée (Barlow, Durand, & Gottschalk, 2016). En ce qui concerne la personne âgée, les facteurs prédisposants seraient des antécédents de pathologie, des facteurs biologiques ou encore des traits de personnalité. Peuvent s'ajouter à cela des facteurs de risque environnementaux ou encore un diagnostic psychiatrique. Sur cette base fragile peut subvenir un facteur déclenchant, pouvant ainsi conduire à un comportement suicidaire. Enfin, les facteurs protégeants sont des caractéristiques qui réduisent la fréquence d'apparition d'un comportement ou d'une pathologie (Charazac-Brunel, 2014).

2.2.3.a. Facteurs de risque

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2017) avance comme facteur de risque du suicide majeur, commun à tous les âges, les troubles mentaux (dépression, troubles de la personnalité, dépendance à l'alcool ou schizophrénie, par exemple), certaines maladies physiques comme les troubles neurologiques, le cancer et l'infection à VIH. Il

spécifie que le lien entre suicide et troubles mentaux (en particulier la dépression et les troubles liés à l'usage de l'alcool) est bien établi dans les pays à revenus élevés. Parfois des suicides ont lieu de manière impulsive dans un moment de crise et de défaillance de l'aptitude à faire face aux stress de la vie, comme par exemple, des problèmes financiers, une rupture, une maladie ou une douleur chronique (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2017).

Pour ce qui concerne spécifiquement la personne âgée, une dépression moyenne à sévère est souvent diagnostiquée tardivement. Cette dépression peut être comparée à celle d'un sujet plus jeune, qui lui aura quatre fois moins de risque de présenter un suicide qu'une personne âgée (De Mendonça Lima, Italo, & Bertolote, 2000). Cette dépression, bien que dangereuse et difficile à déceler, est primordiale à l'élaboration de la prévention chez les séniors. En effet, un trouble dépressif diagnostiqué à temps réduirait le risque de suicide (De Mendonça Lima et al., 2000).

Les facteurs de risque suivants sont nommés comme ceux qui favoriseraient la létalité d'un passage à l'acte chez la personne âgée. Un isolement social, permettrait une planification plus précise et donc une augmentation de la létalité. L'isolement social réduirait également la venue en aide au suicidant (K. A. Van Orden & Conwell, 2016).

Sur un plan neurobiologique, l'auteur mentionne une augmentation des risques de suicide en lien avec des anomalies de la sérotonine. Il est donc possible de conclure que celles-ci participent vraisemblablement au risque d'actes hétéro ou auto-agressifs (Schulz, 2016).

Les troubles physiques tels que la perte de la mobilité, de vision, d'audition et la douleur sont des facteurs contribuant au passage à l'acte dans la plupart des situations de suicide chez la personne âgée. Il est cependant mis en avant un lien entre le risque d'idéation, la sévérité de la douleur, et le manque de gestion de cette dernière, plus particulièrement chez l'homme (Szanto et al., 2013).

Szanto et al., (2013) mettent en avant le rôle de pathologies cognitives dans le risque de passage à l'acte. Un quotient intellectuel (QI) bas et d'autres indicateurs de facultés cognitives basses sont associés à une mort par suicide. Des changements cérébraux, en lien avec des dégénérescences et des pathologies vasculaires et le vieillissement affectent les circuits responsables des prises de décisions. Cela peut engendrer une

accumulation de facteurs de vie stressants et pousser au passage à l'acte (Szanto et al., 2013).

Edwin Shneidman (2012) parle d'autopsies psychologiques désignant l'ensemble des outils servant à l'analyse de documents biographiques (souvenirs et témoignages des proches, interviews avec les proches) et autobiographiques (correspondance, journal intime, notes), afin de mieux saisir les raisons et les mobiles qui ont poussé une personne à se donner la mort volontairement (Shneidman, 2012). Celles-ci ont identifié la présence de dépression et d'autres pathologies psychiques, de pathologies physiques, de déficits fonctionnels, de douleurs, de tentamen préexistants, d'un isolement social et de conflits familiaux chez les personnes âgées (Van Orden & Conwell, 2016). « Cependant, la dépression ne peut pas expliquer à elle seule l'acte suicidaire » (Szanto et al., 2013, traduction libre, p.1). Les résultats de l'étude menée par Shneidman amènent à considérer que chaque acte suicidaire est en lien avec un individu à part entière, avec sa propre conception de la vie en lien avec son histoire. Dans chaque acte suicidaire, il y a une présence d'une souffrance psychologique qui devient intolérable selon les capacités et ressources que présente l'individu. Une manière d'aborder et d'aider ces individus serait d'évaluer le seuil de tolérance de certains éléments vécus, comme des besoins fondamentaux non satisfaits afin de les satisfaire et de baisser ainsi les risques (Szanto et al., 2013).

2.2.3.c. Facteurs déclenchants

Les facteurs déclenchants sont des facteurs survenant sur une base déjà fragile, faisant ainsi atteindre à l'individu son seuil de ressources disponible, pouvant ainsi conduire à un comportement suicidaire. Les facteurs déclenchants et facilitateurs de suicide sont à distinguer des facteurs de risque. En effet, les facteurs déclenchants ne sont pas la cause du suicide. Ils viennent déstabiliser l'équilibre qui est déjà fragilisé par les facteurs de risque (Charazac-Brunel, 2014). Chez la personne âgée, les principaux facteurs déclenchants seraient un isolement social non souhaité et imprévu à la suite d'une séparation par divorce ou par décès. S'ajoutent à ces facteurs principaux, d'autres facteurs également présents comme l'annonce brutale d'une maladie ou le sentiment de peur de devenir un poids matériel pour les proches (Charazac-Brunel, 2014). Vient enfin s'ajouter le facteur déclenchant sur lequel porte plus spécifiquement ce travail : l'entrée en maison de retraite. La période d'entrée en maison de retraite est le facteur déclenchant qui comporte le risque le plus important

de passage à l'acte suicidaire si celui-ci s'effectue sans l'accord de la personne vieillissante (Charazac-Brunel, 2014).

2.3. Le passage en maison de retraite

En Suisse, les maisons de retraite font partie des établissements médico-sociaux (EMS), qui incluent les homes médicalisés et les maisons pour personnes âgées. Les places pour long séjour sont destinées aux personnes qui désirent s'installer définitivement dans l'établissement (OBSAN, 2017). L'EMS peut être défini comme « un lieu de vie, offrant des prestations médico-sociales, hôtelières, de soins et d'animation. » (Cavalli, 2008, p.16).

En Suisse, en 2009, le nombre de personnes de 65 ans et plus s'élevait à 1,308 million, soit 17% de la population suisse. 84'000 (6%) de ces personnes résidaient dans un EMS (Office fédéral de la statistique (OFS), 2012).

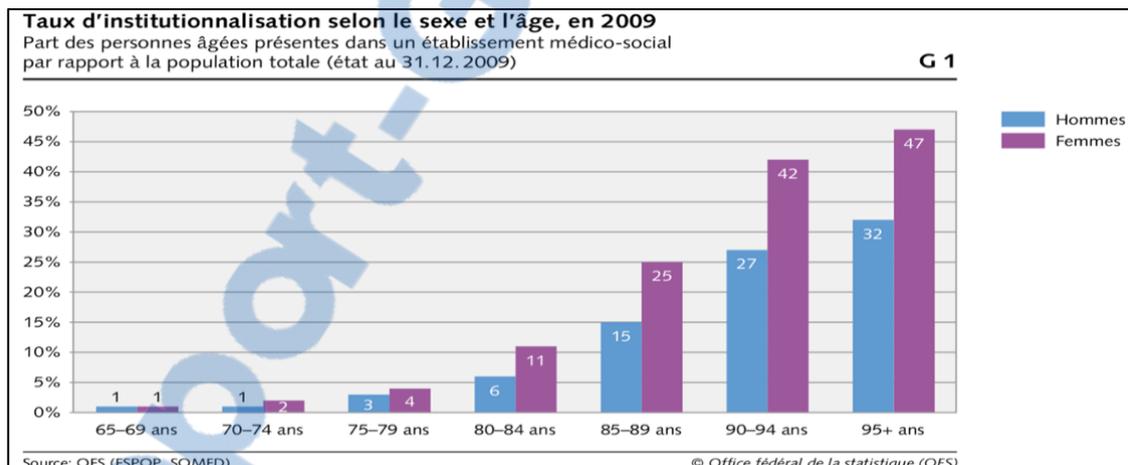


Figure 5 Le taux d'institutionnalisation selon le sexe et l'âge, en 2009 (Kaeser, 2012)

Dans les EMS en Suisse, le groupe de personnes le plus nombreux est composé des femmes de 85 ans et plus. Les résidentes sont en moyenne plus âgées que leurs colocataires masculins : 86,2 ans pour les femmes et 83,6 ans pour les hommes. La majorité des femmes en EMS ont 85 ans et plus (64%), alors que ce n'est le cas que d'une petite moitié des hommes (49%). A l'inverse, parmi les hommes vivant en EMS, la proportion âgée de 65 à 74 ans est plus du double de celle observée pour les femmes (Office fédéral de la statistique (OFS), 2012).

À Genève, fin 2012, 3'688 personnes étaient hébergées dans les 53 EMS du canton. Par rapport à fin 2006, cela représente 514 personnes de plus, soit une croissance de 16 %. Cette hausse est principalement imputable aux pensionnaires de sexe masculin, dont l'effectif progresse de 31 % (+ 12 % pour les femmes). Ils étaient 716 en 2006 et sont 937 en 2012. Ainsi, la proportion d'hommes parmi l'ensemble des personnes hébergées s'accroît, passant de 23 % en 2006 à 25 % en 2012 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2012).

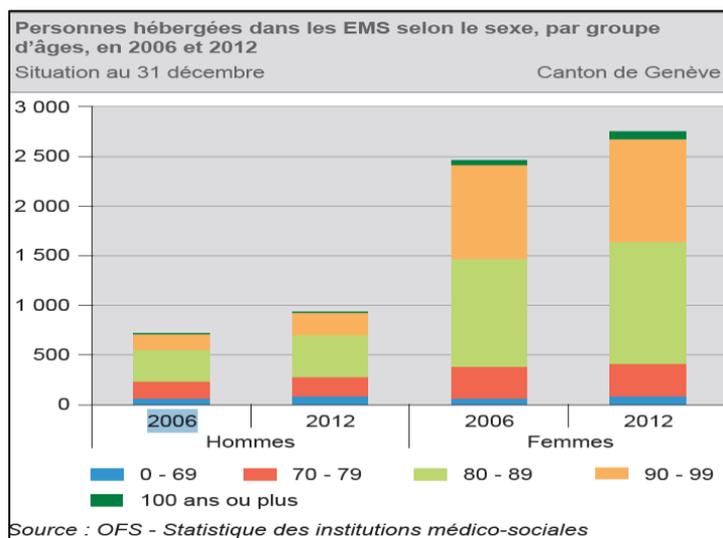


Figure 6 Personnes hébergées dans les EMS selon le sexe, par groupe d'âges, en 2006 et 2012 (Office cantonal de la statistique, 2014)

2.3.1. Les caractéristiques démographiques des personnes résidant en EMS

En 2009, en Suisse, la proportion de personnes résidant en EMS augmente sensiblement avec l'âge. Avant 75 ans, les personnes sont très peu institutionnalisées (entre 1% et 2%). Ce taux augmente de 9% pour les 80–84 ans à 44% des personnes de 95 ans et plus. L'écart existant entre les hommes et les femmes se creuse progressivement après 80 ans. Enfin, près de la moitié des femmes de 95 ans et plus sont en EMS (47%) contre moins d'un tiers des hommes du même âge (32%) (Office

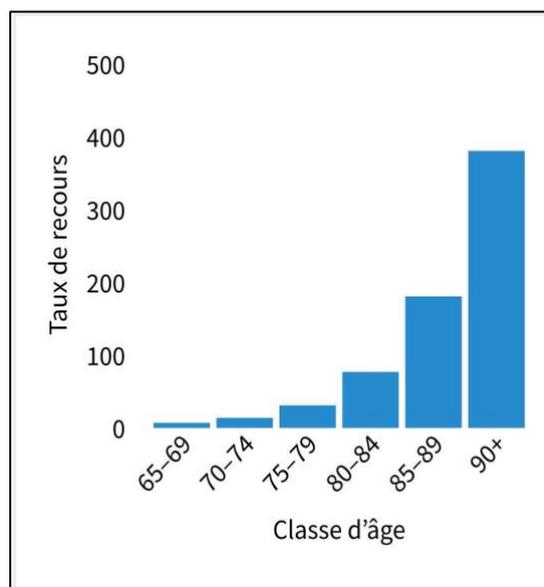


Figure 7 Taux de recours des 65 ans et plus dans les EMS. (OBSAN, 2017)

fédéral de la statistique (OFS), 2012).

Le taux de recours aux EMS est défini comme le nombre de clients de 65 ans et plus, hébergés en long séjour pour 1'000 habitants de 65 ans et plus (OBSAN, 2017). Comme le montre la Figure 5, la population suisse de 80 ans et plus est celle qui fait davantage recours aux EMS.

En ce qui concerne les sorties, il apparaît que, sauf exception, l'EMS constitue la dernière étape de vie pour celles et ceux qui y entrent. Dans huit à neuf cas sur dix, le décès est à l'origine du départ de l'institution. À Genève, les sorties autres que dues à un décès sont exceptionnelles (3%) (Cavalli, 2008).

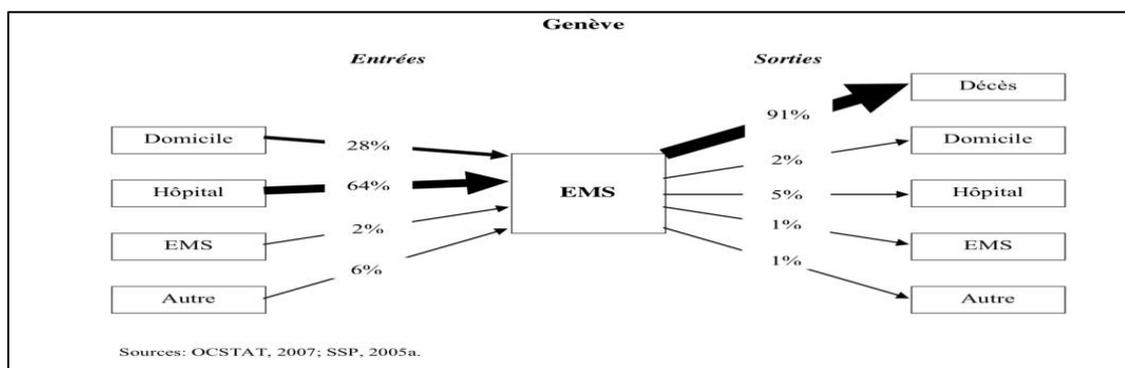


Figure 8 Entrées et sorties des EMS du canton de Genève. (Cavalli, 2008, p.52)

La Figure 8 présente l'état des entrées et sorties en EMS à Genève, estimées pour l'année 2004. Il est démontré que plus de la moitié des personnes entrant en EMS (64%) proviennent essentiellement de l'hôpital et 28% arrivent directement du domicile. En ce qui concerne les sorties, les statistiques montrent surtout que l'entrée en institution conduit souvent à un décès (91%). Parmi l'ensemble de ces décès, l'infirmière aurait probablement un rôle à jouer dans la prévention du risque suicidaire par l'évaluation des facteurs de risque.

Comme l'espérance de vie des femmes est plus importante que celle des hommes, celles-ci seront plus concernées par les problématiques du grand âge (Office fédéral de la statistique (OFS), 2012).

2.3.1. La santé des personnes résidant en EMS

En ce qui concerne la santé, l'OFS rapporte qu'en Suisse, 86 % des résidents en EMS ont des maladies, et que 1/5 présentent même plus de 5 pathologies. Il est également relevé que plus de la moitié des résidents (54%) présentent à la fois une pathologie somatique et une maladie psychique (Office fédéral de la statistique (OFS), 2012). Dans près de neuf cas sur dix, d'autres pathologies, principalement somatiques sont présentes. Du point de vue de la santé physique, les problèmes cardiovasculaires (49%) et l'hypertension (47%) sont de loin, les deux troubles physiques les plus souvent diagnostiqués. Pour près d'un quart des résidentes et résidents, des maladies rhumatismales, telles que l'arthrose, sont rapportées (24%). Environ une personne sur cinq est atteinte de diabète (19%) et d'ostéoporose (17%) (Zimmermann-Sloutskis, Gruet, & Zimmermann, 2012).

La démence est la problématique neuropsychiatrique la plus fréquente (39%). Les personnes âgées entre 65 et 74 ans sont atteintes presque deux fois plus souvent que celles de 85 ans et plus d'attaque cérébrale (18% contre 10%) (Office fédéral de la statistique (OFS), 2012).

À titre de comparaison avec les résidents EMS, la majorité des personnes de 65 ans et plus en ménage privé évaluent leur santé comme étant (très) bonne (72%). Avec l'âge, la proportion de personnes qui jugent favorablement leur santé diminue : 57% des personnes de 85 ans et plus estiment leur santé (très) bonne ; cette proportion se rapproche de celle constatée parmi les personnes en EMS. A âge égal, il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes vivant à domicile (Office fédéral de la statistique (OFS), 2012).

La majorité des résidentes et résidents évaluent leur santé comme moyenne ou mauvaise. La part des personnes qui s'estiment en (très) bonne santé s'élève tout de même à 43%, sans différence significative selon l'âge ou le sexe. Il s'agit ici uniquement de l'appréciation des personnes pouvant répondre elles-mêmes aux questions, soit une moitié des résidents d'EMS (Office fédéral de la statistique (OFS), 2012).

Afin de clore cette section, il est important de rappeler que les résidents en EMS sont souvent très âgés, avec une majorité de femmes (Office fédéral de la statistique (OFS),

2012). Souvent l'entrée se fait lorsque leur état de santé diminue ou s'aggrave, les empêchant ainsi de se maintenir à domicile (Office fédéral de la statistique (OFS), 2012). S'ajoute souvent à cet état de santé fébrile, d'autres causes sous-jacentes pouvant influencer l'état de santé existant comme par exemple l'isolement (Charazac-Brunel, 2014). Cet isolement et la présence d'une maladie pourraient potentiellement amener à une dépression, qui elle est un facteur de risque du suicide, facteurs qui favoriseraient un passage à l'acte (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). En plus de ces facteurs potentiellement à risque de passage à l'acte, la transition du domicile vers un établissement médical précipiterait le suicide (Cavalli, 2008). La théorie de Neuman permet de prendre le client dans sa globalité tout en prenant en compte l'environnement qui est en interaction continue avec le client et donc de prendre en charge le patient de la meilleure manière possible afin que cette transition se fasse au mieux (Neuman & Fawcett, 2011).

3. MODELE THEORIQUE

Dans la perspective d'une approche théorique à la question du suicide chez la personne âgée, le modèle de Neumann (Neuman & Fawcett, 2011) a été choisi. Ce modèle repose sur le principe d'un « système-client », à savoir un ensemble comprenant le patient et son environnement mettant l'accent sur les relations des individus (clients) face aux stressors de la vie (p.ex. un déménagement). Le modèle permet d'inscrire le soin comme moyen d'agir sur les comportements et réactions des individus face aux stressors (Neuman & Fawcett, 2011). Dans la dynamique personne-environnement (ou système-client), le soin infirmier aura pour but de conserver, atteindre ou maintenir le bien-être chez un client en agissant sur ce que Neuman appelle "lignes de défense" (voir Figure 9), (Neuman & Fawcett, 2011) un ensemble de caractéristiques qui empêchent les stressors d'affecter le système - client. Agir sur les lignes de défense peut donc être assimilé à mener à bien la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire (Neuman & Fawcett, 2011).

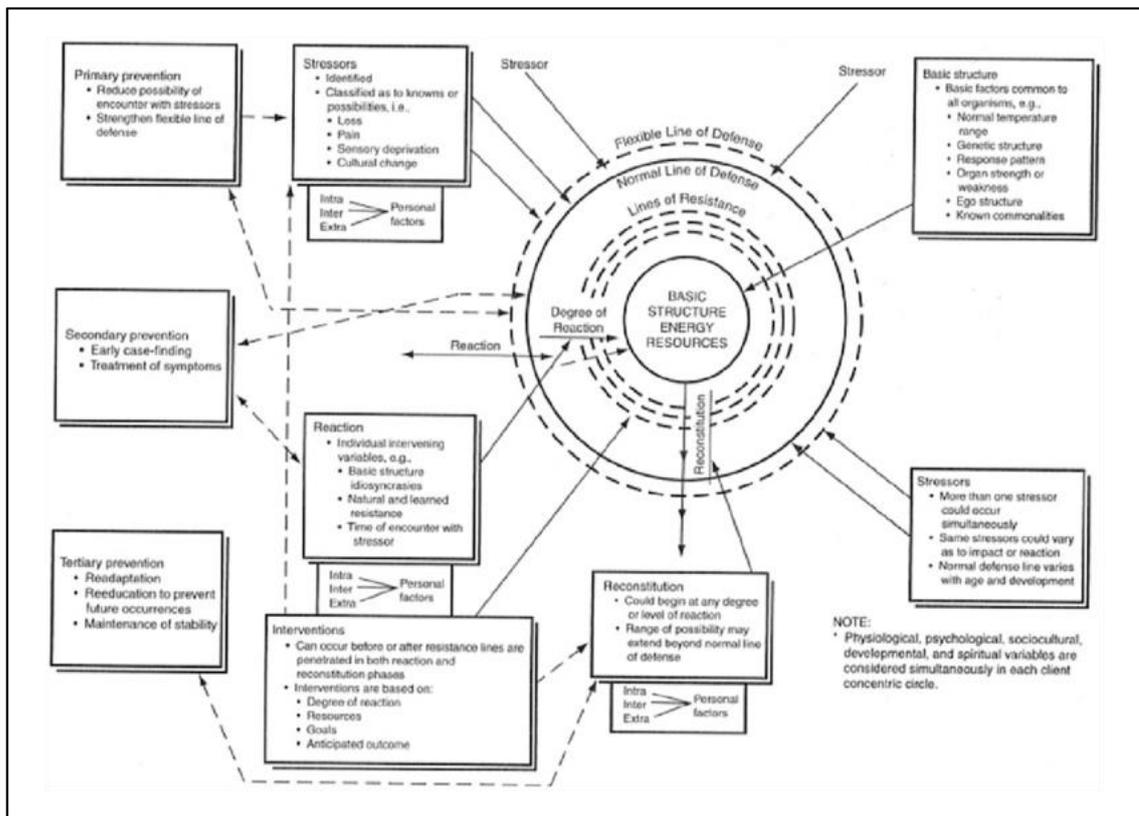


Figure 9 Modèle des systèmes de Betty Neuman (Neuman, 1995, p.17)

Selon la conception de Neuman (Neuman & Fawcett, 2011), la structure de base - ou cœur central - du système du client est composée de cinq variables qui interagissent entre elles. Ces variables sont :

- Physiologiques : se réfèrent à la structure et au fonctionnement du corps ; dans le cas de notre objet d'étude, la variable physiologique se réfère au vieillissement normal d'une personne, incluant le processus de sénescence et la diminution des ressources physiologiques et perceptives.
- Psychologiques : se réfèrent aux processus mentaux et aux relations, ceux-ci sont liés à la personnalité, mais aussi aux éléments cognitifs.
- Socioculturelles : sont une combinaison des fonctions sociales et des fonctions culturelles ; liées aux aspects d'isolement social, de perte des proches.
- Développementales : se réfèrent au processus du développement de la vie ; comme par exemple aux transitions vécues, et notamment à la transition en EMS.
- Spirituelles : se réfère aux croyances spirituelles. (Neuman & Fawcett, 2011)

Le cœur central contient des facteurs basiques de survie en incluant des facultés génétiques ou innées, ainsi que les forces et les faiblesses du système. Ces forces et facultés peuvent éventuellement être assimilées aux "facteurs prédisposants" évoqués plus haut. Elles représentent les ressources en énergie de base du client. Le système ouvert est un système organisé et complexe dans lequel tous les événements sont en interaction. Le bien-être est une condition stable dans laquelle toutes les parties du système sont en harmonie. A son opposé, la maladie représente l'instabilité et le manque d'énergie des parties du système (Neuman & Fawcett, 2011). Dans le cas du thème qui nous intéresse, nous relèverons ici comme exemple le changement d'environnement, le passage de son lieu d'habitation habituelle à une entrée en institution. Le stress et les réactions au stress sont des composants de base du système (Neuman & Fawcett, 2011). Les stressseurs sont des facteurs environnementaux qui sont inter ou/et extra personnels. Ils ont le potentiel de dérégler la stabilité en pénétrant les lignes de défense et de résistance (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013). Tous les facteurs stressants et anxieux comme l'isolement et douleur font partie intégrante des facteurs de risque à un éventuel passage à l'acte. En ce qui concerne les stressseurs intrapersonnels, il s'agirait de la peur, l'anxiété ou la douleur.

Les stressseurs interpersonnels sont relatifs à l'interaction entre deux ou plusieurs individus : conflit familial, isolement, manque de soutien social. Les stressseurs extrapersonnels proviennent quant à eux de l'environnement distal du système-client. Ce sont des facteurs externes comme le bruit ou la présence d'un virus (Kradolfer, Nussbaumer, Sisto, & Anchisi, 2016). Dans le cas de la problématique abordée dans ce travail, le principal élément stressseurs est la transition en EMS, qui constitue un facteur potentiellement déclenchant du suicide. Il s'agirait donc d'évaluer les forces et faiblesses du système-client qui permettraient de faire face à cette transition. Pour cela, il est important d'évaluer ce que Neuman qualifie de « lignes de défense » et « lignes de résistance ».

Les lignes de défense normales correspondent à l'adaptation du niveau de santé et se développent avec le temps. Elles sont les premières défenses du système. Les lignes de défense flexibles comme par exemple la capacité d'apprendre de nouveaux comportements qui pourraient améliorer la santé sont à l'extérieur du système du client. Les variables physiologiques, psychologiques, socioculturelles, développementales et spirituelles doivent être prises en compte puisqu'elles constituent l'ensemble des parties du système ; si une partie change, cela impactera les autres parties. Plus les lignes de défense sont flexibles, plus le degré de protection

augmente. Selon Neuman, le « degré de réaction » permet d'évaluer le degré d'instabilité du système suite à l'invasion d'un stresser (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013). Dans le cas de la transition en EMS, le degré de réaction d'une personne âgée entrant en EMS pourrait se traduire par une instabilité émotionnelle, par une perte d'appétit qui pourrait se manifester par une phase de régression.

Afin de remédier à l'attaque des stressers, Neuman évoque le terme « lignes de résistance », comme étant les facteurs de protection qui s'activent lorsqu'un stresser a pénétré les lignes de défense, causant ainsi une réaction symptomatologique (Neuman & Fawcett, 2011). Ces lignes de résistance facilitent la reconstitution du bien-être pendant et après un traitement. Elles permettent de diminuer l'action du stresser et augmentent la résistance du client. Dans le cadre du thème qui nous intéresse une meilleure préparation de l'entrée en EMS avec une parfaite connaissance de l'histoire de la personne et un accompagnement constant de la personne en intégrant ses habitudes de vie pourraient consolider ses lignes de résistance. Ceci va dans le sens qu'une meilleure communication entre l'infirmière du domicile et l'équipe soignante de l'EMS serait utile dans la prévention du suicide chez le futur résident. Toutes les lignes de défense et de résistance contiennent des ressources internes et externes. Enfin, les lignes de défense normales correspondent à l'adaptation du niveau de santé et se développent avec le temps. Pour ce qui concerne l'objet de notre travail, cela correspond à une entrée volontaire et préparée dans un EMS.

Comme nous l'avons signalé précédemment, il existe des éléments essentiels qui vont favoriser une entrée adaptée dans une institution. La reconstitution représente le retour et le maintien de la stabilité du système suite à un traitement ou un stresser (Neuman & Fawcett, 2011). Elle représente une efficace mobilisation des ressources d'énergie du client.

Selon Neuman (Neuman & Fawcett, 2011), la personne la plus compétente pour amener le client vers cette stabilité et de la mobilisation des ressources est le soignant à travers ses interventions pertinentes. L'intervention du soignant dans le système client est considérée par Neuman comme un mode de prévention. Il en existe trois, qui sont les déterminants de l'entrée dans le système de soin à la fois pour le client et pour le donneur de soin. Le premier, la prévention primaire, comprend les actions de l'infirmier afin de promouvoir la santé en prévenant le stress et en diminuant les facteurs de risque. Le second, la prévention secondaire, intervient lorsqu'une réaction à un stress apparaît. L'intervention se fait pour traiter les symptômes, réduire le degré

de réaction aux stressseurs et protéger la structure de base en renforçant les lignes de résistance. Le dernier est la prévention tertiaire et inclut les interventions qui promeuvent la réadaptation, la rééducation et la prévention de nouveaux épisodes. Ainsi, les interventions infirmières sont primordiales pour que l'équilibre du système soit le plus efficient.

L'outcome – ou résultat - de la prévention peut être positif ou négatif selon la perception du client et son habilité de coping, à savoir sa capacité à faire face au stressseurs (Neuman & Fawcett, 2011). Pour conclure, la prévention positive se destine à une entrée préparée en institution versus une entrée non préparée et brusque (prévention négative).

3.1. Métaparadigmes

3.1.1. Patient (client) ou système variable du client

Neuman définit le patient ou client comme un système complètement ouvert en interaction interne et externe (Neuman & Fawcett, 2011). Neuman définit le client ou patient comme étant toujours en lien avec son environnement, répondant ainsi aux événements extérieurs et ceux qui lui sont propres. Le client est composé de cinq variables (physiologique, psychologique, socioculturelle, développementale et spirituelle) et peut vivre grâce à son "cœur", qui contient son énergie vitale et les structures de base lui permettant de vivre (pensées, fonctionnement corporel...). Afin de protéger ce cœur, il a à sa disposition des lignes de défense de différents types qui lui permettent de s'adapter aux évènements et de continuer de vivre. Ces lignes de défense jouent un rôle dans la conservation, la réalisation et le maintien de la stabilité de tout le système. Le client reste toujours actif et est toujours en interaction avec ce qui l'entoure. Dans certains cas la famille ou les relations sociales peuvent compléter le « cœur » de la personne (Neuman & Fawcett, 2011). Une personne est composée de plusieurs entités qui la caractérise, celles-ci font partie de son histoire et de son parcours de vie. Chaque individu est unique et face à l'adversité, il met en place des mécanismes de défense qui lui sont propres ce qui lui permet de vivre ou survivre face aux évènements de la vie. La particularité des personnes âgées entrant en institution, c'est que pour la plupart, des évènements tels que la maladie, les pertes vécues, les deuils de parents proches ont érodés ces mécanismes de défense et de ce fait, ces personnes sont fragilisées. Il parait donc important de bien connaître le futur résident

pour rendre visible très rapidement ses ressources et ses limites. Le client (patient) est la personne qui va quitter son domicile pour entrer en institution.

3.1.2. Environnement

L'environnement est selon Neuman composé de différentes parties et composants parmi lesquels, se trouvent les stressés, c'est à dire, tous les événements qui impactent la personne (Neuman & Fawcett, 2011). Soit au sein même de son "cœur", tels qu'une réponse auto-immune, soit venant de l'extérieur tels que des problèmes de communication ou de relations sociales. L'environnement est créé inconsciemment afin de créer un environnement protecteur et permet de créer une sécurité et de maintenir un système stable.

L'environnement qui nous concerne directement avec l'objet que nous traitons, c'est l'institution, EMS qui accueille la personne âgée.

3.1.3. La santé

La santé est une continuité de bien-être et de maladie, dynamique, qui est constamment sujet à des changements (Neuman & Fawcett, 2011). Un bien-être optimal ou stable indique que tous les besoins du client ont été atteints et cas échéant, cela entraîne un moins bon état de santé. Le client est dans un état dynamique entre le bien-être et la maladie, cela sur différents degrés et ce à n'importe quel moment. Lors d'un état de bien-être, l'énergie du client est suffisante pour faire face aux agents stressés de l'environnement. Au contraire, la maladie correspond au manque d'énergie, ce qui empêchera de faire face aux événements stressants. Ce déséquilibre va donc être caractérisé par "l'invasion" d'un agent stressant, pénétrant donc dans les lignes de défense normales de l'individu. La partie reconstitution s'intéresse elle à toutes les ressources que le patient peut mettre en place afin de ne pas être impactés par de nouveaux événements.

La santé va ainsi avoir un impact majeur sur l'équilibre général du patient, pouvant donc potentiellement devenir un facteur de risque, ce qui peut pousser à la rupture et à un possible suicide. De ce fait, il sera important de travailler sur les aspects permettant de maintenir cet équilibre et donc éviter une augmentation du risque suicidaire.

3.1.4. Le soin

Le soin est une profession unique avec plusieurs variables affectant l'environnement du client (Neuman & Fawcett, 2011). Le soin est vu comme une intervention à visée préventive. Il intervient au niveau primaire en identifiant et en réduisant le possible impact d'un facteur de risque ou d'un facteur déclenchant. Au niveau secondaire, en intervenant et en traitant les symptômes liés aux stressés. Et au niveau tertiaire, en protégeant le client lors de sa reconstruction dans le but de lui faire recouvrir sa santé. Le rôle majeur des soins est de réduire l'impact des événements et d'augmenter la résistance du client à ces derniers.

4. PROBLEMATIQUE

4.1. La transition en EMS comme facteur potentiellement déclenchant du suicide

Selon les résultats de l'étude menée par Cavalli (2008), l'institutionnalisation est perçue comme un microcosme social où l'existence est vécue négativement par rapport à la vie « normale ». Les effets de l'environnement institutionnel se traduisent alors dans la capacité réduite à s'adapter, la résignation, la dépression, l'ennui, les comportements apathiques, l'isolement et la raréfaction des contacts avec l'extérieur. Un changement de résidence est source de stress pour la personne qui en fait l'expérience. Le passage de l'hôpital ou du domicile à l'EMS serait d'autant plus difficile à vivre que la transition est, de surcroît et sauf exception, irréversible. Les individus qui doivent faire face sont particulièrement vulnérables et par là, très sensibles aux changements de cadre de vie ainsi qu'à des conditions environnementales adverses. Si les effets liés au déménagement devaient être circonscrits sur le court terme, avec la possibilité pour la personne âgée de les surmonter, ceux associés à l'environnement institutionnel tendraient à se renforcer dans le temps (Cavalli, 2008). De plus, et comme cela a été évoqué plus haut, les futurs résidents entrant en EMS cumulent plusieurs facteurs de risque tels que l'âge, le sexe, la santé physique, psychique, cognitive ainsi qu'un facteur déclenchant qui est la transition d'une entrée en institution suite à une hospitalisation par exemple.

4.2. Importance d'accompagner la transition pour agir sur les facteurs de risque et déclenchants du suicide

Concernant la santé, la première période – celle durant laquelle a eu lieu le déménagement – est marquée par une augmentation des risques d'accidents et d'hospitalisations, ainsi que par la dégradation sensible de la santé, que l'on considère les indicateurs fonctionnels ou les dimensions de la fragilité (Cavalli, 2008). L'évolution du bien-être dans la période de la transition n'est pas sans surprendre, car si en EMS s'observe une augmentation de la proportion de personnes souffrant de tristesse et ne prenant pas de plaisir à ce qu'elles font, ce changement est tout compte fait sans proportion avec l'état de santé (Cavalli, 2008). On peut ainsi supposer que, la transition en EMS participe fortement à l'instabilité du système-client, et que le soin, consiste à travailler sur les lignes de défense / résistance. Une des propositions serait donc d'accompagner ce moment de transition à travers des interventions infirmières, cela pour diminuer l'effet des facteurs de risque et des facteurs déclenchants et ainsi, prévenir les risques de suicide en EMS.

4.3. Question de recherche

Actuellement, les données issues de la littérature suggèrent que dans une population de personnes très âgées, cumulant les facteurs de risque au suicide, la transition en EMS peut être un facteur déclenchant du suicide. Dans une perspective de prévention, l'identification de personnes à risque constitue une étape incontournable. Par ailleurs, sachant que la transition en EMS peut être considéré comme un facteur déclenchant, le soin pourra consister en un accompagnement à la transition, pour réduire l'effet de ce facteur avec pour conséquence, une diminution du taux de suicide. Ces deux éléments permettent de développer la question de recherche suivante :

La prévention primaire sous forme d'un accompagnement à la transition (I) en lien avec les institutionnalisations des personnes âgées de 80 ans et plus (P), permet-elle de diminuer le taux de suicide en EMS (O) ?

5. METHODE

5.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

C'est avant tout en se concertant et en analysant le sujet tel qu'il nous l'a été transmis que nous avons pu mettre en lumière certains mots clés en français. Ainsi sont ressorti les mots : "personnes âgées" ; "suicide" ; "prévention" ; "rôle infirmier" ; "EMS" et "transition" pour ne citer que ceux que nous avons finalement décidé d'utiliser dans notre recherche documentaire.

Par la suite, nous avons utilisé le site "HeTop" afin de traduire ces termes en anglais et de pouvoir les retranscrire dans une base de données. Les termes donc utilisés pour les recherches effectuées, uniquement sur la base de données "PubMed" entre février 2017 et juin 2018, sont les suivants : "elderly" ; "suicide" ; "prevention" ; "nursing home" ; "long term care facilities" ; "transition". Ainsi, nous avons utilisé ces MeSh terms en y ajoutant le filtre "aged 65 and over" afin de cibler la tranche d'âge de nos recherches.

L'utilisation de ces termes nous a ainsi permis de poser les équations de recherche suivantes :

Première équation

1. ((Elderly) AND Long-term care facilities) AND suicide AND (aged))

Cette équation de recherche, nous a permis d'obtenir des informations d'ordre générale en lien avec notre thématique de travail ainsi que d'acquérir une meilleure connaissance de la terminologie à utiliser.

Cette équation a donné 25 résultats, en y ajoutant le filtre 65 ans et plus, le nombre d'articles est réduit à 21.

Deuxième équation

2. (Suicide Risk) AND Institutionalized

Notre deuxième équation s'intéresse quant à elle aux données relatives aux suicides chez les personnes âgées déjà institutionnalisées.

Cette équation a donné 32 résultats sans filtres.

L'ajout du filtre 65 ans et plus a permis de réduire ce nombre à 14.

Troisième équation

3. ((Nursing home) AND Older old) AND Suicide

Cette équation s'intéresse quant à elle plus précisément à la tranche d'âge plus élevée des personnes âgées nommée « oldest old » soit les « vieux vieux ». Ceci dans le but de déterminer s'il existe une particularité dans cette population, qui est la plus importante dans les EMS en Suisse.

Cette équation a donné 13 résultats sans aucun ajout de filtres.

Quatrième équation

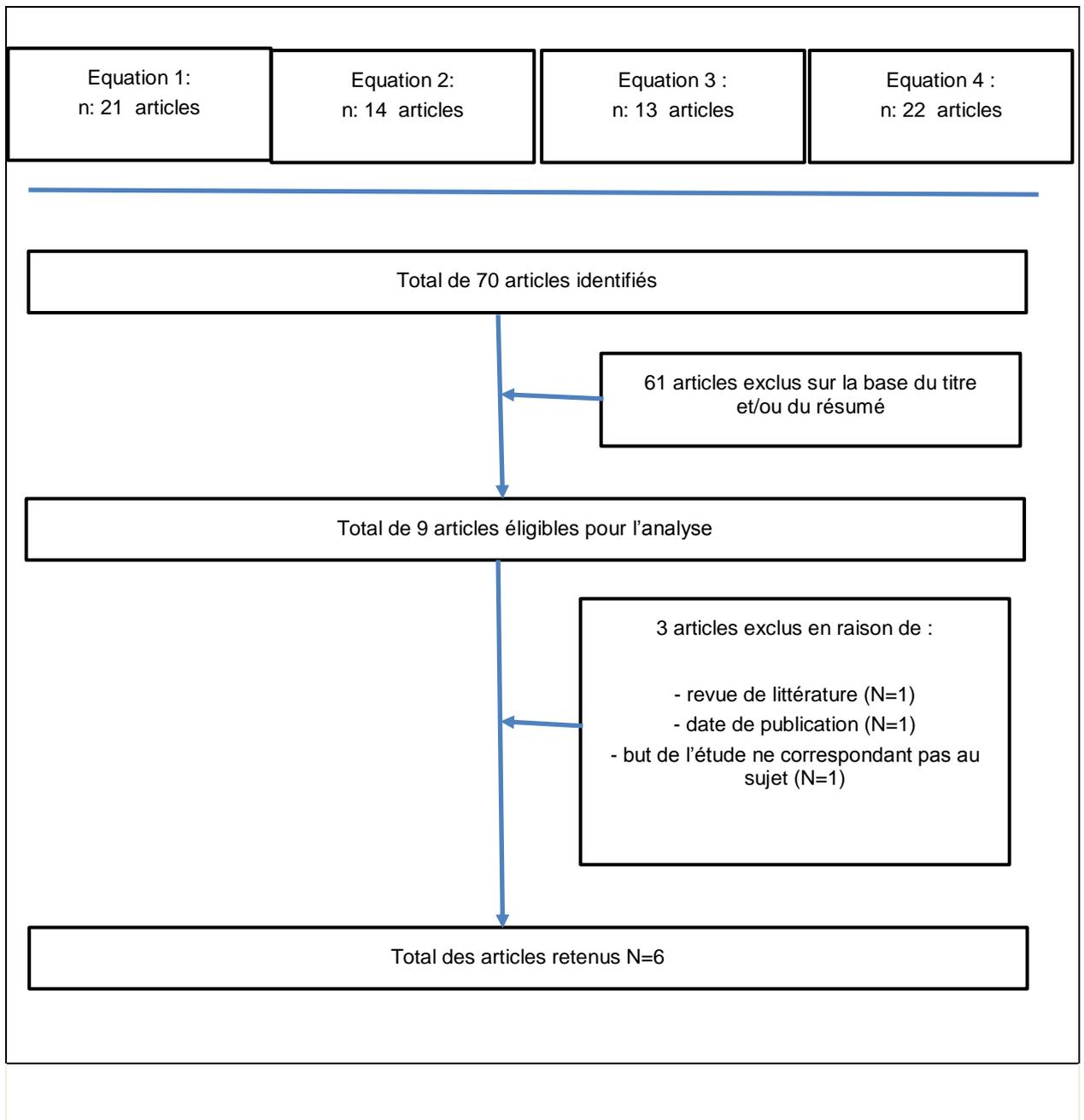
4. ((Relocation) AND Nursing Home) AND Transition

Dans cette dernière équation de recherche, nous avons souhaité porter l'accent sur l'impact de la transition suite à un changement d'environnement qui a été démontré comme étant un facteur de risque de passage à l'acte.

Cette équation a donné 22 résultats, auquel ajouté le filtre 65 ans et plus pour arriver à un total de 18 articles.

5.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 10.



Les résultats de la recherche documentaire ont permis d'identifier 6 articles (voir Figure 10) en lien avec la question de recherche.

L'article de Mezuk et al., (2015), rapport d'une étude descriptive rétrospective visant à décrire l'épidémiologie de suicide dans les maisons de soins infirmiers. Ce rapport permet d'examiner si les caractéristiques des installations étaient liées au risque de suicide et évaluer si le processus de transition dans un établissement de soins était

associé au suicide. Le principal résultat suggère qu'une majorité (60,5% de la population étudiée) de seniors ont menacé et/ou exprimé un souhait de mourir à la place de rentrer en institution et que 38 suicides ont eu comme déclencheur une anticipation en institution.

L'article de Mills et al., (2016) est une étude de cas rétrospective visant à décrire les vulnérabilités systémiques trouvées dans les établissements et de les mesurer. Ceci dans le but de réduire ou atténuer le risque de passage à l'acte et enfin analyser tous les rapports de cause au niveau des tentatives de suicide. L'étude suggère qu'il existe différents facteurs impactant le risque suicidaire tels que les facteurs de stress, la douleur, la toxicomanie ou des troubles psychiatriques et invite les intervenants de santé à déceler les signes précurseurs d'un éventuel passage à l'acte.

L'article de Koppitz et al., (2017) est une étude qualitative qui a pour but d'approfondir les connaissances en lien avec les institutionnalisations non planifiées en EMS, en explorant les impacts sur l'adaptation. Elle suggère qu'une majorité des résidents en EMS étudiés éprouvent une difficulté à s'adapter à l'entrée en EMS. Ils expriment vivre cela comme une véritable coupure et comme étant une contrainte.

L'article de Sinyor et al., (2016) est une étude de type cas témoins rétrospective qui a pour principal but d'approfondir la connaissance en lien avec les caractéristiques du suicide chez les « vieux vieux » en utilisant une étude de cohorte. L'étude cherche à déterminer si les victimes se classent dans des sous-groupes significatifs. Ainsi, l'étude suggère qu'il existe dans la population de plus de 80 ans, un groupe observable de personnes passant à l'acte en EMS. Ce dernier représente une partie plus faible de la population mais comporte un nombre de facteur de risques spécifiques.

L'étude de Magagna et al., (2013) est une étude qualitative qui vise à analyser la prévalence du risque de suicide et les facteurs de risque associés à ce comportement dans un groupe de personnes âgées résidant dans une maison gériatrique. L'étude suggère qu'il est possible d'identifier plusieurs facteurs de risque importants et que l'identification de ces derniers permettent d'agir dans la prévention du suicide.

L'étude de Draper et al., (2002) est une étude transversale ayant pour but d'identifier des groupes de résidents partageant des comportements autodestructeurs à l'aide de la Harmful Behaviour Scale (HBS). Celle-ci permet d'investiguer les variables associées à ces groupes. Ainsi, l'étude suggère que certains comportements

autodestructeurs sont visibles en EMS et mets en avant un pourcentage de la population des EMS ayant ce genre de comportement

6. RESULTATS

Cette section rapporte sous forme de tableaux, la synthèse de l'analyse critique des articles retenus : Le Tableau 1 rapporte l'étude de Mezuk et al 2015 , le Tableau 2, l'étude de Mills et al 2016, le Tableau 3 l'étude de Koppitz et al 2017, le Tableau 4 l'étude de Synior et al 2016, le Tableau 5 l'étude Magagna et al 2013 et le Tableau 6 l'étude de Draper et al 2002 .

Tableau 1. Synthèse de la lecture critique de l'article de Mezuk et al., (2015)

Référence	Suicide risk in Nursing Homes and Assisted Living Facilities: 2003-2011 Mezuk, B., Lohman, M., Leslie, M., & Powell, V. (2015). Suicide risk in nursing homes and assisted living facilities: 2003–2011. <i>American journal of public health, 105(7)</i> , 1495–1502.
But de l'étude	<ol style="list-style-type: none"> 1. Décrire l'épidémiologie du suicide complet dans les maisons de soins infirmiers et installations de vie assistées 2. Examiner si l'installation et les caractéristiques étaient liées au risque de suicide. 3. Evaluer si le processus de transition dans un établissement de soins de longue durée était associé au suicide.
Type d'étude et devis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Étude descriptive rétrospective ; analyse quantitative de données de mortalité sur la période de 2003 à 2011 ; 2. Analyse qualitative des personnes décédées anticipant une entrée dans les SLD (soins longue durée).
Population	Adultes âgés de 50 ans vivant dans la communauté de l'Etat de Virginie aux Etats-Unis.
Procédure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extraction de données de registres publics pour la période de X a Y (analyse quantitative) 2. Comparaison des lieux de suicide (n = 3453) aux registres de ressources accessibles au public des foyers de soins infirmiers (n = 285) et aux établissements d'aide à la vie autonome (n = 548). Observation des corrélats individuels et organisationnels du suicide par régression logistique (analyse qualitative).
Instruments de mesure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Données de mortalité issues des registres du Virginia système de signalement des victimes de morts violentes (VVDRS, n= 3453), du registre public des ressources des maisons de soins infirmiers (n=285) et des résidences-services (n=548). 2. Analyse des données récoltées sous forme de transcription écrite et de rapports des bureaux des dossiers du médecin légiste en chef
Analyses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse quantitative effectuée sur des données de 2003 à 2011, issues du Virginia Système de signalement des victimes de violence (VVDRS). Une comparaison a été effectuée entre les lieux des suicides. L'étude a considéré 3402 décès par suicide au total dont 51 en EMS. L'analyse est effectuée par régression logistique. 2. Après avoir analysé les données récoltées par le médecin légiste, six indicateurs ont été décrits : problème de santé mentale actuel, humeur dépressive actuelle, traitement psychiatrique actuel, problèmes actuels

	d'alcool ou d'autres substances, antécédents de tentatives de suicide et problèmes de santé physique. Ces indicateurs vont permettre de mieux catégoriser les personnes âgées qu'ils vont analyser dans l'étude
Résultats	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse quantitative et données de mortalité : durant les 9 ans d'étude, 51 suicides et 8 morts par raison indéterminée ont eu lieu au sein d'une institution de soin de longue durée dont 30 ont eu lieu dans une institution de vie. 2. Analyse qualitative : Parmi les 59 cas retenus, 38 ont indiqué que le suicidant anticipait une institutionnalisation 60.5% ont menacé ou ont exprimé le souhait de mourir plutôt que d'entrer en institution.
Conclusion	Sur une période de 9 ans, environ 3% des suicides chez les adultes âgés de plus 50 ans en Virginie était reliés par quelque manière un lieu de soin de longue durée incluant 51 décès au sein de ces institutions.
Apports	<p>Cette étude nous montre qu'il y a 60,5% (i.e. 38 cas sur 59) de seniors qui ont menacé et/ou exprimé le souhait de mourir à la place de rentrer en institution.</p> <p>38 suicides ont eu comme déclencheur une anticipation en institution.</p>
Limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manque de données concernant la configuration des lieux de soin, c'est à dire les espaces publics, les espaces de vie communs/ privés ainsi que la durée d'institutionnalisation. Manque de données démographiques des institutions. 2. L'article mentionne qu'il y a un manque de données par rapport à la transition vers une institution qui peut amener à une perte de statut. La personne âgée se retrouve à passer d'autonome à dépendante. 3. Manque d'informations concernant les indicateurs de qualité, car ces informations ne sont pas publiquement rapportées à l'état de Virginie.

Tableau 2. Synthèse de la lecture critique de l'article de Mills et al., (2016)

Référence	Suicide attempts and completions in Veterans Affairs nursing home care units and long-term care facilities: a review of root-cause analysis reports. Mills, P. D., Gallimore, B. I., Watts, B. V., & Hemphill, R. R. (2016).: Suicide in VA long-term care facilities. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 31(5), 518-525. https://doi.org/10.1002/gps.4357
But de l'étude	<ol style="list-style-type: none"> 1. Processus de soins comme facteur protecteur contre le suicide 2. L'étude décrit les vulnérabilités systémiques trouvées dans les établissements 3. Mesures pour réduire ou atténuer le risque de passage à l'acte 4. Analyser tous les rapports de cause au niveau des tentatives de suicide et les suicide
Type d'étude et devis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etude rétrospective de type cas-témoin 2. Suicidés versus tentatives de suicide
Population	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hommes âgés de 75 ans et plus
Procédure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Collecte d'articles sur les causes pouvant conduire au suicide 2. Analyse de ces mêmes données en identifiant 35 rapports de cause
Instruments de mesure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Base de données, analyse de cause
Analyses	<p>L'analyse a été effectuée sur une base de données d'un rapport sur les causes (root cause analysis (RCA) : analyse de causes).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse des causes sous-jacentes d'évènements indésirables (facteurs environnementaux et les défaillances dans la communication d'information d'un clinicien à un autre ou la fatigue) 2. Evènements indésirables résultent d'une variété de vulnérabilités du système et non d'une négligence personnelle 3. L'analyse a été aidée d'un outil informatique « flipbook » contenant six questions de triage pour aider à identifier où le système pourrait être amélioré
Résultats	<ol style="list-style-type: none"> 1. 7 sont en lien avec les suicides et 28 sur les tentatives 2. 85.7 % étaient des hommes et 2.8 % sont des femmes, 11.4 % correspond au genre inconnu 3. Suicidés avaient plus d'idéations suicidaires (42.9%), douleur (42.9%), stress (85.7 %) et également plus de diagnostic de santé mentale 4. Enfin, le manque de sensibilisation du personnel sur les facteurs de risque de suicide et la gestion des patients suicidés sont un facteur supplémentaire pour un éventuel passage à l'acte
Conclusion	<p>Les tentatives de suicide et les suicidés arrivent souvent dans les « long term facilities » (maison de soins ou EMS). Pour éviter ces incidents, tous les membres devraient être informés sur les signes et facteurs de risque du suicide. Il faudrait systématiquement évaluer et traiter les troubles affectifs : avoir un protocole.</p>
Apports	<p>Il existe une forte présence de signes externes qui peuvent impacter le suicide dans les établissements pour personnes âgées, comme des facteurs de stress, la douleur, la toxicomanie, ou des troubles psychiatriques. Les intervenants de santé ont donc un rôle primordial pour déceler les signes précurseurs d'un éventuel passage à l'acte.</p>

Limites

Cette étude a des limites : premièrement, les données sont uniquement transmises et déclarées par l'établissement à travers le système de sécurité des patients. Deuxièmement, les données de cette étude se limitent à la population de mâles vétérans, résidant dans le système hospitalier, de sorte que les résultats ne peuvent pas se généraliser aux autres établissements de SLD. Troisièmement, les rapports de la RCA mettent l'accent sur les vulnérabilités systémiques et organisationnelles plutôt que des caractéristiques du patient, de sorte que les informations spécifiques à nos patients sont manquantes.

Une dernière variante est également "manquante", il a beaucoup d'hommes par rapport à la moyenne de femmes et surtout beaucoup de "genre inconnu" (11.4% par rapport aux 2.8% de femmes).

Tableau 3. Synthèse de la lecture critique de l'article de Sinyor et al., (2016)

Référence	Suicide in the oldest old: an observational study and cluster analysis: A cluster analysis of suicide in the oldest old. Sinyor, M., Tan, L. P. L., Schaffer, A., Gallagher, D., & Shulman, K. (2016). <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 31(1), 33-40. https://doi.org/10.1002/gps.4286
But de l'étude	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approfondir les connaissances en lien avec les caractéristiques du suicide chez les « vieux vieux » en utilisant une étude de cohorte 2. Déterminer si les victimes se classent dans des sous-groupes significatifs
Type d'étude et devis	Cas témoins rétrospective avec, en groupe témoin les 65 à 79 ans, et en groupe cas les 80 ans et plus.
Population	526 victimes de suicide (335 âgées de 65 à 79 ans et 191 de plus de 80 ans) à Toronto entre 1998 et 2011
Procédure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Collection de données relatives aux décès par suicide à Toronto dans la période donnée, auprès du bureau du Médecin légiste en chef de l'Ontario 2. Une étude de cas témoins a été menée pour le groupe de 80 ans et plus afin de déterminer si les morts se classent uniquement en se basant sur un modèle démographique, clinique ou spécifique au suicide
Instruments de mesure	Données incluant la cause de la mort, un rapport des pathologies ainsi que différents types de document tels que des rapports de police, des lettres de familles ainsi que des notes de suicide
Analyses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comparer démographiquement, cliniquement et les caractéristiques spécifiques au suicide entre les victimes de suicide âgées de plus de 80 ans et ceux âgés entre 65 et 79 ans. 2. Mise en évidence de différents modèles démographiques, des facteurs reliés au stress dans la population âgée décédée par suicide 3. Imputation des variables : le sexe, l'état civil, les circonstances de vie (seul, avec famille/amis, EMS ...), dépression, démence, autres maladies mentales (incluant les troubles d'addictions), la présence d'un stressor d'ordre médical, deuil dans la dernière année, tentatives de suicides antérieures, si le suicidé a été vu par un psychiatre ou un service d'urgence dans les sept derniers jours avant la mort. 4. Analyses statistiques en utilisant IBM SPSS Statistics 20
Résultats	<p>Etude cas-témoins :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les deux groupes ont démontré des proportions similaires quant au nombre de personnes mariées. Cependant, le groupe plus jeune était plus à même d'être seul et le groupe plus âgé d'être veuf. 2. Le groupe le plus jeune était plus sujet à vivre seul, le plus âgé vivant plus en maison de retraite ou en EMS. 3. Le groupe le plus jeune étant plus susceptible d'avoir eu un stressor récent d'ordre interpersonnel, financier ou lié à l'emploi, contrairement aux plus âgés, plus susceptibles d'avoir un stressor médical ou une démence 4. Il n'y a pas de différences entre les groupes quant au taux de dépression, de tentatives de suicide précédentes ou concernant les méthodes de suicide. 5. Les deux groupes ont des taux faibles de contact avec un psychiatre ou un service d'urgence. <p>Analyse échantillon de 25 suicide chez les 90 ans et plus :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quinze (60%) étaient des hommes. Six étaient mariés, et dix veufs. Quatorze étaient dépressifs et douze ont eu un stressor médical comme par exemple une annonce de diagnostic dans la dernière année. Parmi ces douze, neuf étaient incommodés par une perte d'indépendance suite à un problème de santé. Neuf ont laissé une note avant de se suicider. Quelques autres cinq avaient une démence, d'autres maladies mentales ou des tentatives de suicides.

<p>Conclusion</p>	<p>Trois groupes de suicides ont pu être mis en avant chez les 80 ans et plus.</p> <p>Le premier (n=124), incluant mariée ou en veuvage ayant cependant des taux de stressseurs médicaux et des humeurs dépressives plus élevées.</p> <p>Le deuxième (n=50) comprenant des seules, vivant majoritairement seules et ayant le taux le plus bas de troubles mentaux.</p> <p>Le troisième (n=17) comprenant pour la plupart des personnes seules, vivant en EMS, groupe comptabilisant le taux le plus haut de dépression, de démence ou d'autres maladies mentales comprenant des tentatives de suicides précédentes.</p>
<p>Apports</p>	<p>En lien avec la question de recherche, l'étude a pu mettre en lumière qu'il existe dans la population de plus de 80 ans, un groupe observable de personnes passant à l'acte en EMS, représentant une partie plus faible de la population mais comportant un nombre de facteur de risques spécifiques.</p>

Tableau 4. Synthèse de la lecture critique de l'article de Magagna et al., (2013)

Référence	Bayesian Estimation of the Prevalence of Suicide Risk in Institutionalized Older People. Magagna, G., De La Fuente, E. I., Vargas, C., Lozano, L. M., & Cabezas, J. L. (2013). <i>OMEGA - Journal of Death and Dying</i> , 66(2), 121-133. https://doi.org/10.2190/OM.66.2.b
But de l'étude	Analyser la prévalence du risque de suicide et les facteurs de risque associés à ce comportement dans un groupe de personnes âgées résidant dans une maison gériatrique
Type d'étude et devis	Etude qualitative entretiens structurés
Population	110 personnes âgées résidant dans des maisons de retraite à Grenade (Espagne), exclusion faite des personnes de moins de 65 ans et celles ayant un score de Mini Mental State inférieur à 23. La tranche d'âge est comprise entre 65 et 94 ans (moyenne à 80 ans). Dans l'étude, 68.2 % sont des femmes et 31.8 % sont des hommes
Procédure	Des maisons gériatriques dans la province de Grenade ont été contactées et trois d'entre eux ont accepté de participer à l'étude. La première étape consistait à obtenir l'autorisation du chef du centre pour faire la recherche. Recueil d'informations par le biais d'entretiens structurés d'environ 30 minutes
Instruments de mesure	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'indice Katz de l'Indépendance dans les Activités du Vivre au Quotidien. Ce test évalue la capacité fonctionnelle des personnes âgées à mener à bien six activités de base de la vie quotidienne. 2. L'échelle de dépression gériatrique (GDS) qui évalue les symptômes de la dépression chez les personnes âgées. Cette échelle se compose de 30 questions où le participant est invité à choisir la réponse la plus proche de son état d'esprit au cours des dernières semaines. La forme de la réponse est dichotomique (oui / non). 3. La fréquence des visites et la santé perçue ont été enregistrées pendant les entretiens. Le risque de suicide a également été enregistré à l'aide d'interviews durant environ 30 minutes et recueil d'informations auprès d'un psychologue du centre. 4. L'échelle de risque de suicide de Plutchik. L'échelle est composée de 15 éléments, avec un format de réponse dichotomique (Oui / Non).
Analyses	La statistique t-Student a été utilisée pour effectuer une hypothèse sur deux mesures indépendantes et analyse de variance (ANOVA) quand il y avait trois ou plusieurs niveaux de comparaison. Le test de Bonferroni était appliqué pour effectuer des comparaisons a posteriori. Les analyses ont été effectuées en utilisant le package SPSS 15.0. Le programme WinBUGS était utilisé pour obtenir l'estimation bayésienne, à la fois l'estimation ponctuelle et 95% intervalle de crédibilité, de la prévalence du risque de suicide avec un non-informatif distribution initiale.
Résultats	La prévalence estimée du risque de suicide est de 38,4 % avec une crédibilité associée intervalle qui oscille entre 29,7% et 47,5%. Des différences statistiquement significatives dans le risque de suicide sont obtenues selon le niveau de dépression des personnes. En ce qui concerne les visites qu'ils ont reçues à la maison, 38,2 % des participants ont reçu des visites hebdomadaires, 11,8% par quinzaine, 20,9% par mois et 21,8 % peu ou pas de visites.
Conclusion	Trois facteurs influent négativement sur le risque de passage à l'acte : la dépression, la perception de son propre état de santé et l'absence de visites en maison de retraite. Si les autres variables évaluées ne présentaient pas de différences significatives, elles ont montré les niveaux de risque de suicide à proximité ou au sein du groupe de patients avec suicide les tentatives évaluées comme élevées dans le test utilisé.
Apports	Cet article nous a permis d'identifier plusieurs facteurs de risque importants quant au rôle infirmier. Les facteurs de risque identifiés nous permettent d'agir dans la prévention du suicide.

Tableau 5. Synthèse de la lecture critique de l'article de Koppitz et al., (2017)

Référence	Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study. Koppitz, A. L., Dreizler, J., Altherr, J., Bosshard, G., Naef, R., & Imhof, L. (2017). <i>International Psychogeriatrics</i> , 29(3), 517-527. https://doi.org/10.1017/S1041610216001964
But de l'étude	Approfondir les connaissances en lien avec les institutionnalisations non planifiées en EMS en explorant les impacts sur l'adaptation.
Type de l'étude et devis	Qualitative sous forme d'entretiens semi-structurés
Population	31 résidents (23 femmes, 8 hommes) âgés en moyenne de 83,1 ans (+/- 6,2) vivant dans 4 EMS du canton de Zurich
Procédure	Prise de contact direct auprès des EMS, suite à un consentement de la part des résidents, des entretiens demi-structurés, ayant lieu directement dans les chambres privées de ces derniers en présence du chercheur. Les discussions sont amorcées par les questions suivantes : quelle est votre routine quotidienne ? Qui ou quoi vous manque le plus ? De quelle manière avez-vous été inclus dans la décision d'entrer en EMS ? Comment évalueriez-vous votre vie ici ?
Instruments de mesure	Entretiens semi-structurés en moyenne de 30 minutes avec retranscription digitalisée en verbatim
Analyses	Un double contrôle des résultats a été effectué et une analyse des données récoltées a été effectuée avec une approche de Mayring. Des catégories ont été créées en se basant sur des exemples clés. Les situations ont été illustrées à l'aide de citations. Les données récoltées ont été rediscutées au sein des EMS et avec les résidents.
Résultats	4 catégories principales ont pu être mises en lumière à la suite des entretiens : « Being cut off » : résidents se sentent coupés de leur vie antérieure ayant le sentiment de perte d'avoir personnels, leur demandant une réorganisation et de changements d'habitudes. « Being restricted » : résidents se sentent restreints et moins autonomes dans la prise de décisions (quand et comment faire) « Being cared for » : résidents se sentent entourés, qui ont des contacts avec leur famille, amis. « Moving on » : résidents ayant fait le choix d'entrer en EMS et qui se sont parfaitement adaptés au nouveau lieu de vie. L'étude met en lumière l'importance de la prise de décision du résident à entrer en EMS. Plus il est inclus dans la prise de décision, mieux il semble s'y adapter. Sur les 31 participants, 6 ne se sont pas sentis inclus dans la prise de décision, 9 en partie et 16 complètement.
Conclusion	51,6% des résidents rencontrés disent s'être sentis complètement intégrés à la prise de décision concernant l'entrée en EMS, ce qui d'après l'étude les classeraient dans les catégories s'adaptant le mieux au changement de mode de vie. Le reste des résidents appartiennent cependant aux autres groupes et donc plus impactés par l'institutionnalisation.
Apports	L'étude démontre qu'une partie des résidents en EMS éprouve une difficulté à s'adapter à l'entrée en EMS. Ils expriment vivre cela comme une véritable coupure et comme étant une contrainte.

Tableau 6. Synthèse de la lecture critique de l'article de Draper et al. (2002).

Référence	Types of nursing home residents with self-destructive behaviours: analysis of the Harmful Behaviours Scale. Draper, B., Brodaty, H., & Low, L.-F. (2002). <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 17(7), 670-675. https://doi.org/10.1002/gps.686
But de l'étude	1. Utiliser l'analyse de la classe latente pour identifier des groupes de résidents partageant des comportements auto-destructeurs comme identifiés par la Harmful Behaviour Scale (HBS) 2. Investiguer les variables associées à ces groupes.
Type d'étude et devis	Etude transversale sous forme de sondage.
Population	647 résidents, 471 femmes et 176 hommes, avec comme âge moyen 82.3 ans, de 11 EMS de la périphérie de Sidney.
Procédure	Sur les 25 EMS de la périphérie de Sydney, trois ont refusé de participer. Parmi les 22 restants des groupes ont été formés ; les petits EMS (moins de 60 lits), les moyens (entre 60 et 90) et les grands (plus de 90 lits). La moitié de chaque groupe ont été sélectionnés selon leur disposition géographique et la proximité du centre de recherche. Les 647 participants ont été évalués par vérification des dossiers par l'échelle d'évaluation des observateurs.
Instruments de mesure	1. L'échelle HBS a été divisée pour mesurer les comportements auto-destructeurs, ayant lieu en EMS, directs et indirects. Chaque résident a été noté indépendamment par le personnel soignant travaillant le matin comme le soir. 2. Deux semaines avant la Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) a été utilisée pour mesurer les comportements et les symptômes psychologiques. 3. La Resident Classification Index (RCI), crée par le gouvernement australien, pour déterminer les fonds attribués aux EMS, a été utilisée pour mesurer le fonctionnement général et les besoins des résidents. 4. La Functional Assessment Staging Scale (FAST) a permis de définir les incapacités générales. 5. La Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) a été utilisée afin de mesurer la sévérité des troubles psychiatrique durant le mois précédent.
Analyses	L'analyse des données a été effectuée avec WinMira. Les items de la HBS 5-réponses ont été retranscrits dans des réponses dichotomiques telles que 0= le comportement n'a pas eu lieu et 1= le comportement a eu lieu occasionnellement (moins d'une fois par semaine) ou plus occasionnellement (tous les matins ou soir). Des modèles comprenant entre une et cinq variables ont été analysés.
Résultats	4 classes significatives ont été retenues. « Agressive résistant », 34.9%, « Non-symptomatic », 33% « Food refusal », 26.8% « Behavioural disturbance », 5.4%
Conclusion	De ces 4 classes, détaillons plus précisément la dernière. Dans celle-ci, les éléments mis en lumière sont : refus de manger ou boire, lorsque l'on en est capable, refus de suivre les instructions données par les soignants, abus verbaux, tenter de marcher sans aide contre les avis donnés, s'exposer à des dangers, se couper avec des objets tranchants, se brûler, frapper des portes ou des murs, se gratter excessivement, tomber. De cette dernière classe, 63,8% sont des hommes ayant pour moyenne d'âge 72,3 ans. De même, cette classe, combine des comportements auto-destructeurs directs et indirects. Ce groupe a tendance à être plus jeune, avoir une proportion d'hommes plus grande et des troubles cognitifs modérés mais moins de troubles fonctionnels. De plus, des psychoses, des agressions et des troubles affectifs reviennent fréquemment.

Apports

L'article met en lumière les comportements auto-destructeurs visibles en EMS et met en avant un pourcentage de la population des EMS ayant ce genre de comportement. En effet, c'est le 5,4% de la population, en majeure partie des hommes et âgés d'en moyenne 72,3 ans, qui représentent cette classe. Contrairement aux résultats attendus, les symptômes dépressifs sont plus souvent présents chez les résidents avec le moins de comportements auto-destructeurs.

6.1. Synthèse des résultats

6.1.1. L'importance des facteurs de stress et des ressources diminuées

Comme démontré par Sinyor et al (2016), il existe dans la population générale un nombre important de suicide chez la personne âgée de plus de 65 ans. Il a également été démontré l'existence de facteurs communs, définissant des groupes de personnes passant à l'acte, notamment chez les 80 ans et plus. En effet, environ 64% des cas de suicide recensés dans l'étude avaient pour facteur des stresseurs médicaux et des humeurs dépressives. L'étude met également en avant un sous-groupe vivant en EMS. Ce dernier représente environ 8,8% de la population étudiée, mais possède des caractéristiques particulières. La démence, la dépression ou la présence d'autres maladies mentales semblent jouer un rôle important chez ces personnes qui sont passées à l'acte. En somme, cette étude permet de mettre en évidence que le suicide chez la personne âgée touche l'ensemble de la population mais permet également de mettre en lumière la spécificité de ce phénomène en lien avec la population vivant en EMS. Ces personnes auraient d'après Sinyor et al., (2016), des caractéristiques assez spécifiques, comme notamment le fait d'être plus sujet à vivre seul et à avoir connu le veuvage. De plus il a été démontré l'existence d'un lien entre le stress et un passage à l'acte. Mills et al., (2016) se sont également penchés sur l'analyse des causes premières de passage à l'acte au sein des EMS. Ils ont ainsi démontré et mis en évidence, qu'en EMS, les causes principales d'un passage à l'acte étaient liées à une souffrance causée par la douleur, à la présence de facteurs de stress ainsi qu'à une toxicomanie avérée. Il a été démontré que les suicidés ont, dans le 42,9% des cas, présentés des idéations suicidaires. De plus, la part d'homme est nettement supérieure comptabilisant 85,7% des suicides. D'après Mangana et collègues (2013), les facteurs de risque de passage à l'acte seraient principalement la dépression, la perception de son propre état de santé et la fréquence de visite reçue en EMS. Une prévalence du risque de suicide à également pu être calculée, prévalence se chiffrant à 38,4%, montrant que le risque de passage à l'acte en EMS est considérable.

6.2. L'importance d'être actif dans la décision d'institutionnalisation

Koppitz et al., (2017), se sont quant à eux intéressés au ressenti des patients lors d'une admission en EMS et à l'importance du rôle du patient dans la prise de cette décision. L'étude montre que plus le patient prend part à la décision d'un déménagement en EMS, plus il aura de facilité à s'y adapter. Sur l'échantillon étudié de 31 personnes, 51,6% se sont senties intégrées dans cette prise de décision, ainsi le 49,4% restant, qui n'ont pas été actifs dans la décision, disent percevoir une difficulté à s'adapter à ce changement de mode de vie et d'environnement. Certains expriment avoir le sentiment de perdre en autonomie et de se sentir limité dans leurs activités quotidiennes. Une partie exprime le sentiment d'avoir à réorganiser complètement leur organisation personnelle. Les auteurs ont montré que dans l'éventualité d'un placement en EMS « subit », la capacité des personnes âgées de s'adapter au nouveau mode de vie peut être perturbée. Mezuk et al. (2015), ont montré dans leur étude que sur une période de 9 ans, 51 cas de suicides ont eu lieu en établissement de soins de longue durée en Virginie. Parmi ces derniers, 38 seraient reliés à une anticipation d'institutionnalisation. Dans 60,5% de cas de suicide, les personnes ont exprimé leur souhait de mourir plutôt que d'entrer en institution. Cela suggère que le passage en EMS, ou son anticipation, peut être un facteur déclenchant de passage à l'acte.

6.3. L'importance de reconnaître et évaluer les personnes à risque

Selon Mills et collègues (2016), l'équipe soignante en EMS devrait établir un protocole visant à évaluer les patients systématiquement afin de déceler les signes précurseurs d'un éventuel passage à l'acte. Afin de dépister au mieux les personnes à risque, Draper et collègues (2014), ont analysé la Harmful Behaviour Scale (HBS), échelle visant à identifier des comportements auto-destructeurs. De cette analyse, 4 groupes de patients ont été identifiés. Un groupe en particulier, celui nommé "behavioural disturbance", représentant 5,4% l'échantillon étudié, a démontré à la fois des comportements auto-destructeurs directs et indirects. À nouveau, ce sont les hommes qui prédominent en représentant le 63,8%. Les comportements le plus souvent observés au sein de cette classe sont : le refus de manger ou boire, ne pas manger/boire lorsque l'on en est capable, le refus de suivre les instructions données par les soignants, abus verbaux, tenter de marcher sans aide contre les avis donnés, s'exposer à des dangers, se couper avec des objets tranchants, se brûler, frapper des portes ou des murs, se gratter excessivement, tombe. En évaluant ces comportements

et en les repérant, il serait alors possible à l'équipe soignante de diminuer les risques de passage à l'acte et tout comportement auto-agressif.

7. DISCUSSION :

La discussion va nous permettre de faire un récapitulatif de certains points essentiels se trouvant dans les tableaux d'analyse d'article, en lien avec notre théorie qui est celle de Neuman.

7.1. Facteurs de risque en lien avec le passage à l'acte

Comme déjà évoqué dans la première partie de ce travail, il existe un certain nombre de facteurs de risque qui pourraient influencer une personne à passer à l'acte. Parmi ceux-ci un état dépressif (De Mendonça Lima, Bertolote, & Simeone, 2000) ou encore un isolement social (Van Orden & Conwell, 2016). Des éléments supplémentaires sont amenés par de d'autres auteurs, éléments présents dans cette prochaine partie. Selon Conejero et collègues, parmi les facteurs de risque du suicide, les principaux sont le veuvage, la présence d'une maladie psychiatrique, les maladies physiques ou encore un processus de deuil (Conejero, Olié, Courtet, & Calati, 2018).

Sinyor et al., (2016) mettent quant à eux en avant d'autres facteurs favorisant le suicide tels que le sexe masculin, le fait d'être veuf ou divorcé, la présence d'une maladie psychiatrique avec une prédominance de la dépression ou d'autres troubles de l'humeur et enfin des événements de vie stressants tels que les problèmes financiers (Sinyor et al., 2016). Le rôle de l'infirmière sera de dépister et de reconnaître ces facteurs de risque avant que ces stressants perturbent l'équilibre de l'individu (Neuman & Fawcett, 2011).

Il a été également démontré que les personnes âgées qui se suicident en bonne partie sont isolées, soit suite à la perte d'un ou de plusieurs êtres proches, soit du fait de vivre seules ou encore à cause d'un faible niveau de relation sociale (K. Van Orden & Conwell, 2011).

En se concentrant donc sur la population des EMS, (Draper et al., 2002) ont démontré qu'il était possible de catégoriser les personnes les plus à risque en se basant sur

l'observation de leur comportement, relatant ces derniers à l'aide de la HBS¹. Les comportements exprimés sont par exemple le refus de manger et de boire, un refus de suivre les instructions données par les soignants et des comportements auto-destructeurs tels que se couper ou se brûler (Draper et al., 2002). Ainsi ces comportements mettraient en lumière des précurseurs d'un passage à l'acte en lien direct avec l'EMS. Ces comportements auto-agressifs seraient une forme de passage à l'acte. En effet, (Draper et al., 2002) mentionnent également des comportements comme des coupures à l'aide d'objets tranchants mais aussi des menaces verbales de suicide de la part de cette catégorie de résidents.

Au vu de ces différents facteurs de risque, il est possible de voir que certains sont modifiables contrairement à d'autres. Certains sont propres à l'ensemble de la population, d'autres plus spécifiques aux résidents d'EMS (Sinyor et al., 2016). Le rôle de l'infirmière sera de dépister et de reconnaître ces facteurs de risque avant que ces stressseurs perturbent l'équilibre de l'individu (Neuman & Fawcett, 2011).

7.2. Adaptation de la personne âgée lors d'une entrée en institution

Koppitz et al., (2017) ont montré que les placements en établissement médico-social non-préparés fragilisent la personne âgée. C'est-à-dire qu'elle va devoir subir de nombreux changements tels que : son environnement, ses habitudes de vie, son réseau social, et va donc devoir se réadapter à un nouveau milieu, qui est nouveau et inconnu pour celle-ci (Koppitz et al., 2017). De plus, il a été démontré que les résidents venant d'entrer en institution sans s'y être préalablement préparés, ont des réponses émotionnelles visibles, telles que des pleurs et des demandes de retourner à domicile.

7.3. Sentiment de solitude après une entrée en institution

Beaucoup de personnes âgées se plaignent également du fait qu'elles ressentent un manque de lien avec leurs amis et la famille (Wilson, 1997). Comme le montre la figure 5, les personnes entrant en EMS proviennent essentiellement du domicile (28%) et de l'hôpital (64%), donc 92% sont en contact avec des soignants avant une entrée en EMS. En plus de devoir se réadapter à un nouveau milieu, les personnes âgées sont

¹ Harmful Behaviour Scale

souvent confrontées à une absence de visite lors de leur séjour en EMS (Magagna et al., 2013). D'après Magagna et al., (2013), une grande proportion de résidents ne reçoit peu ou pas de visites (21.8%), ce qui favorise un éventuel passage à l'acte. De ce fait, il serait judicieux et primordial qu'une infirmière puisse effectuer et préparer cette transition afin de limiter au maximum un éventuel risque de passage à l'acte. L'infirmière a aussi un rôle important dans le soutien pendant cette transition, tout en essayant de développer les ressources sociales afin d'éviter les sentiments d'isolement et/ou de dépression liée à des sentiments de solitude.

7.4. Anticipation d'une entrée en EMS

Il a également été démontré par Loebel (1991) que 44,4% des suicides rapportés dans son étude étaient directement liés à l'anticipation d'un placement en EMS ou étaient survenu rapidement après cette dernière. Une institutionnalisation imminente étant ainsi la cause la plus communément nommée lors d'un acte suicidaire et ce, sans pouvoir rapporter le risque aux variables citées précédemment, tel que le veuvage ou la séparation (Loebel et al., 1991). Dans l'article de Mezuk et al., (2015), il est mentionné qu'une anticipation d'une entrée en institution de soins de longue durée peut être un facteur de risque d'un passage à l'acte.

7.5. La prise en soins selon l'approche de Neuman

En se basant sur le modèle de Neuman, le soignant doit pouvoir faire acte de prévention et cela à différents niveaux : avant l'entrée en institution si cela est possible, pendant la transition et après l'entrée en institution. Le soignant a donc comme premier but d'identifier les agents potentiellement stressants qui pourraient entrer en interaction avec un individu. Ensuite, pouvoir prévenir cela avant que les lignes de résistance deviennent trop faibles. Avant que cela impacte sur le client, il faudrait donc agir sur les facteurs de risque modifiables. Dans ce cadre, Lapierre et al., (2011), se sont intéressés aux moyens de prévention existants, démontrant ainsi que la plupart des démarches préventives visaient ces facteurs de risque modifiables connus. Certaines mesures ont été dirigées de sorte à agir sur les facteurs non modifiables. Cependant, elles ont été plus efficaces auprès des femmes (Lapierre et al., 2011). De plus, il a été démontré que ces interventions ont diminué le nombre d'idéations suicidaires ainsi que les taux de suicide dans les communautés y ayant participé (Lapierre et al., 2011).

Lorsqu'une transition ou un changement de lieu se fait, ce changement peut déstabiliser tout le système-client. Neuman mentionne que le patient et l'environnement font un et qu'un changement dans cet environnement, encore plus s'il est brusque, met l'individu plus à risque de succomber à plusieurs stressseurs (Neuman & Fawcett, 2011). C'est alors qu'un nouveau type de prévention entre en jeu, ou comment le soignant, respectant la définition de Neuman, peut accompagner le patient dans cette transition. L'infirmière à l'origine de l'accompagnement dans la prise en charge d'un patient lors d'une transition, devra être amenée à intégrer le patient dans cette prise de décision afin de garantir une meilleure adaptation à son nouveau lieu de vie. Malheureusement, il est parfois difficile pour les patients devant intégrer une résidence de trouver librement une maison de soins à leur convenance. Comme le dit Koppitz et al., (2017), la transition est parfois une source très angoissante vécue par les patients, car ceux-ci ne s'imaginent pas être intégrés dans un processus de décision libre et devront parfois être limités dans le choix de leur prochaine demeure. De plus, il est primordial que le futur résident ait une bonne capacité de résilience, qui serait caractérisée par une sensation d'être « comme à la maison ».

Dans ce cas de figure, la pratique des soignants exige un engagement plus important envers les aînés, pour que ceux-ci perçoivent une véritable relation de confiance, et puissent retrouver l'espoir et donner ainsi un nouveau sens à la vie.

8. RECOMMANDATIONS

8.1. Recommandations pour les soignants en EMS

Lors de leur entrée en EMS, quel est le rôle des soignants afin de faciliter cette résilience ? Koppitz et al., (2017) ont mis en avant l'existence de différents « sous-groupes » de résidents. Ainsi, si l'établissement réussit à évaluer la classe à laquelle le résident appartient, il serait plus facile d'adapter l'accompagnement à lui proposer. Un screening d'office serait une mesure à mettre en place lors de l'entrée de nouveaux résidents en EMS. Selon Mills et al., (2015), sous forme de « flipbook » comprenant six questions dites de « triage » afin de permettre une identification des personnes présentant un risque suicidaire, lors de leur entrée en EMS. De plus, il existe différents outils afin de procéder à des dépistages. Wongpakaran & Wongpakaran (2013) se sont intéressés au dépistage d'idéation suicidaire mis en lumière par le Mini-International

Neuropsychiatric Interview (annexe 1) et la Cornell Scale of Depression in Dementia (CSDD) (annexe 2). De ce fait, en utilisant ces échelles chez les résidents préalablement identifiés, il serait possible de détecter des signes précurseurs de passage à l'acte suite à leur entrée en EMS.

Lapierre et al., (2011) retiennent comme une mesure centrale, l'amélioration de la détection, du traitement et de la gestion des troubles de l'humeur chez la personne âgée. De plus, ils suggèrent que de nouveaux programmes de prévention, impliquant les proches mais également les membres de la famille au sens plus large, les amis et les soignants. En effet, ces derniers sont régulièrement en contact avec les personnes âgées et ont chacun des informations primordiales concernant le contexte de vie nécessaire à la bonne détection d'un potentiel risque suicidaire. Les patients ayant été diagnostiqués comme souffrant de trouble de l'humeur, ont des difficultés à communiquer leur envie de mourir à leurs médecins. Le contact avec un personnel soignant plus régulier serait donc également un facteur pouvant permettre une bonne prévention. Pour cela, le réseau de soin primaire devrait mettre en place des stratégies afin que les patients puissent avoir un contact fréquent et régulier avec les soignants. Ceci permettrait de veiller à la compliance au traitement prescrits et d'offrir un accompagnement et un soutien aux sources de stress rencontrées par les résidents.

8.2. Recommandations pour les soignants en amont de l'EMS

En ce qui concerne l'objet de notre recherche, le fait de faire visiter un EMS en plusieurs temps, pourrait aider le futur résident à s'intégrer. Le fait d'apprendre à le connaître en s'intéressant à ses habitudes de vie, en interrogeant ses proches pourraient permettre aux soignants de stimuler ses ressources et de diminuer le stress que pourrait ressentir le futur résident. Cet accompagnement serait selon Koppitz et al., (2017) primordial afin de favoriser la meilleure adaptation et donc diminuer le risque de suicide. De plus, il serait important d'agir en amont d'une entrée en EMS de la part des professionnel de la santé gravitant autour des personnes âgées, que ce soit au domicile, lieu de vie principal avant l'entrée en EMS (Cavalli, 2008) mais également en cabinet médical ou lors d'une hospitalisation en service de médecine de premiers recours. Ainsi, le futur résident serait encadré et accompagné tout au long du processus d'entrée en EMS. Il pourrait également discuter de ses craintes et possibles anticipations d'entrée en EMS, réduisant ainsi le risque de passage à l'acte, comme démontré par Loebel (1991).

Il est probable qu'un recueil de données ainsi qu'une histoire de vie complète va être des éléments indispensables afin de garantir une prise en soin de qualité. Ceux-ci devraient être faits idéalement bien avant l'entrée en institution. Toutes les personnes en contact, de proximité ou à distance ont probablement des informations primordiales à transmettre en ce qui concerne le contexte de vie du futur résident.

Enfin, dans le but de créer un environnement protecteur et sécurisant pour le futur résident, il serait judicieux d'organiser plusieurs visites pour favoriser la transition vers son nouveau lieu de vie par exemple. Ces visites permettraient à la personne âgée de s'approprier au fur et à mesure, un lieu, de faire connaissance avec d'autres personnes âgées ainsi qu'avec l'équipe soignante. Les soignants seraient attentifs aux sensations et propos tenus par le futur résident afin de le reconnaître en tant que personne et de pouvoir répondre à ses besoins de manières ciblées.

9. APPORTS ET LIMITES DU TRAVAIL

Ce travail nous a permis de relever des éléments en lien avec la prévention du suicide chez la personne âgée. Plusieurs méthodes pour prévenir le suicide existent, telles qu'un accompagnement approprié lors d'une transition d'une institution à un autre lieu de vie ainsi que des outils qui permettent de dépister les facteurs de risque qui pourraient engendrer un passage à l'acte tel que l'HBS, Plutchik ainsi que la GDS. Il est nécessaire d'intégrer le patient dans sa globalité en y incluant ses proches et son environnement, afin que cette transition soit la moins brusque possible. Ce travail relève également les différents facteurs contributifs à l'augmentation du risque de passage à l'acte par les personnes âgées. L'importance de reconnaître les facteurs déclenchants/risque afin d'agir face à cette problématique est primordiale.

Cette revue de littérature peut ouvrir l'esprit des professionnels de la santé et améliorer leur vision clinique concernant ce sujet, qui est encore tabou et méconnu. Ce travail permet de mettre l'accent sur l'importance de l'écoute attentive de la personne âgée et de son entourage, mais également de développer une certaine vigilance, en lien avec le cumul de facteurs de risque et de facteurs déclenchants. L'analyse de divers articles permet de montrer que différents types de dépistages existent. Néanmoins, ces derniers ne sont pas encore utilisés de manière systématique par les professionnels de la santé.

La théorie de Neuman utilisée pour ce travail, était inconnue jusqu'alors. Cette théorie montre qu'un individu est vu non seulement comme une personne, mais aussi comme un tout en lien avec son environnement et toutes les composantes avec lesquelles il interagit.

En ce qui concerne les limites, le suicide chez la personne âgée étant un sujet qui commence à être souvent abordé, un grand tri dans les informations saisies a été fait afin de ne pas partir dans tous les sens. L'abondance d'information a autant d'avantages que d'inconvénients. Pour effectuer ce travail, il a fallu effectuer une sélection drastique et cela n'est pas toujours évident pour des chercheurs novices.

10. REFERENCES

1. Barlow, D. H., Durand, V. M., & Gottschalk, M. (2016). *Psychopathologie : Une approche intégrative*. De Boeck Supérieur.
2. Cavalli, S. (2008). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse : rester chez soi ou s'installer en établissement médico-social ?* Thèse de Doctorat en Sociologie. Genève : Université de Genève
3. Cavalli, S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse : rester chez soi ou s'installer en institution ?* Genève : Georg
4. Charazac-Brunel, M. (2014). *Le suicide des personnes âgées, clinique, prévention et prise en charge* (Eres). Toulouse.
5. Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicide in older adults : current perspectives. *Clinical Interventions in Aging, Volume 13*, 691-699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>
6. Conseil Fédéral. (2011). Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide - Rapport du Conseil fédéral, 45.
7. De Mendonça Lima, Bertolote, & Simeone. (2000). Le suicide chez la personne âgée en suisse : à propos de quelques chiffres. Consulté 9 janvier 2018, à l'adresse <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2287/20294>
8. Debuigny, P., Dumora, C., Goursaud, C., Labousset-Piquet, H., Proteau, P., Sebbane, D., Siebert, C. (2010). *Etapas de la vie et grandes fonctions* (Masson). Paris.
9. Dignitas. (2018). Dignitas - vivre dignement, mourir dignement. Consulté 25 juin 2018, à l'adresse <http://www.dignitas.ch/index.php?lang=fr>
10. Draper, B., Brodaty, H., & Low, L.-F. (2002). Types of nursing home residents with self-destructive behaviours: analysis of the Harmful Behaviours Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(7), 670-675.

<https://doi.org/10.1002/gps.686>

11. Draper, B. M. (2014). Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*, 79(2), 179-183. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.04.003>
12. Durkheim, E. (1897). *Le suicide*. Paris : Felix Alcan.
13. EXIT. (2016). Conditions pour faire une demande d'assistance au suicide - EXIT ADMD Suisse romande. Consulté 25 juin 2018, à l'adresse <http://www.exit-geneve.ch/mobile/conditions.html>
14. Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories third edition (3^e éd.)*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
15. Koppitz, A. L., Dreizler, J., Altherr, J., Bosshard, G., Naef, R., & Imhof, L. (2017). Relocation experiences with unplanned admission to a nursing home: a qualitative study. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 517-527. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001964>
16. Krug, E. G., & Weltgesundheitsorganisation (Éd.). (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève.
17. Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., ... Quinnett, P. (2011). A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. *Crisis*, 32(2), 88-98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>
18. Loebel, J. P., Loebel, J. S., Dager, S. R., Centerwall, B. S., & Reay, D. T. (1991). Anticipation of Nursing Home Placement May Be a Precipitant of Suicide among the Elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(4), 407-408. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb02910.x>
19. Magagna, G., De La Fuente, E. I., Vargas, C., Lozano, L. M., & Cabezas, J. L. (2013). Bayesian Estimation of the Prevalence of Suicide Risk in Institutionalized Older People. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 66(2), 121-133. <https://doi.org/10.2190/OM.66.2.b>

20. Mezuk, B., Lohman, M., Leslie, M., & Powell, V. (2015). Suicide risk in nursing homes and assisted living facilities: 2003–2011. *American journal of public health, 105*(7), 1495–1502.
21. Mills, P. D., Gallimore, B. I., Watts, B. V., & Hemphill, R. R. (2016). Suicide attempts and completions in Veterans Affairs nursing home care units and long-term care facilities: a review of root-cause analysis reports: Suicide in VA long-term care facilities. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 31*(5), 518-525. <https://doi.org/10.1002/gps.4357>
22. Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *Neuman systems model, the, 5th edition* (Pearson). Boston.
23. Observatoire suisse de la santé (Obsan). (2017). Suicide, à l'adresse <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide>
24. O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(3), 237–252.
25. Office fédéral de la statistique (OFS). (2010). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique (OFS).
26. Office fédéral de la statistique (OFS). (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social : Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008-2009*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique (OFS).
27. Office fédéral de la statistique (OFS). (2016). Le nombre de suicides assistés augmente. Consulté à l'adresse <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante.assetdetail.1023144.html>
28. Office fédéral de la statistique (OFS). (2017a). *Evolution de la population 2016 : résultats provisoires* (Communiqué de presse No. 2017-0274-F) (p. 10). Neuchâtel : Office Fédéral de la Statistique. Consulté à l'adresse <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques->

donnees/communiqués-presse.assetdetail.2240355.html

29. Office fédéral de la statistique (OFS). (2017b). La population de la Suisse 2016, p. 40.
30. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2015). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
31. Rapport du conseil fédéral. (2011). *Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide*. Berne : conseil fédéral.
32. Shneidman, E. (2012). Encyclopédie sur la mort | Autopsie psychologique. Consulté 18 janvier 2018, à l'adresse http://agora.qc.ca/thematiques/mort/dossiers/autopsie_psychologique
33. Sinyor, M., Tan, L. P. L., Schaffer, A., Gallagher, D., & Shulman, K. (2016). Suicide in the oldest old: an observational study and cluster analysis: A cluster analysis of suicide in the oldest old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(1), 33-40. <https://doi.org/10.1002/gps.4286>
34. Szanto, K., Lenze, E. J., Waern, M., Duberstein, P., Bruce, M. L., Epstein-Lubow, G., & Conwell, Y. (2013). Research to reduce the suicide rate among older adults: methodology roadblocks and promising paradigms. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 64(6), 586-589. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.003582012>
35. Schulz P (2016). *Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM 5 et la CIM-10*. Bruxelles : De boeck supérieur. Consulté à l'adresse <http://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807303065-traitement-des-troubles-psychiatriques-selon-le-dsm-5-et-la-cim-10>
36. Van Orden, K. A., & Conwell, Y. (2016). Issues in research on aging and suicide. *Aging & Mental Health*, 20(2), 240-251. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1065791>
37. Van Orden, K., & Conwell, Y. (2011). Suicides in Late Life. *Current Psychiatry*

Reports, 13(3), 234-241. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0193-3>

38. Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (1ère édition). Canada: Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
39. Wilson, S. A. (1997). The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions. *Journal of Advanced Nursing*, 8.
40. Zimmermann-Sloutskis, D., Gruet, F., & Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Observatoire suisse de la santé (Obsan).

11. ANNEXES

11.1. Echelle MINI

Patient Name:	_____	Patient Number:	_____
Date of Birth:	_____	Time Interview Began:	_____
Interviewer's Name:	_____	Time Interview Ended:	_____
Date of Interview:	_____	Total Time:	_____

	MODULES	TIME FRAME	MEETS CRITERIA	MOST RECENT EPISODE	MEETS CRITERIA	*PRIMARY DIAGNOSIS
Z	SUICIDALITY	Lifetime	<input type="checkbox"/>			
SCD1	IMPULSE ATTACK SUICIDALITY DISORDER	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	USIA Physical & Ideation Subtype Only USIA Ideation Only Subtype Expected Suicidal Impulse Attack As a Later Consequence of SIA Non-Suicidal Physical Symptom Attack	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SCD2	HOMICIDAL SUICIDALITY DISORDER	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SCD3	PSYCHOTIC SUICIDALITY DISORDER	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SCD4	OBSESSIVE COMPULSIVE SUICIDALITY DISORDER	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SCD5	PTSD SUICIDALITY DISORDER	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SCD6	EATING DISORDER / MALABSORPTION SUICIDALITY DISORDER	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SCD7	SUBSTANCE INDUCED SUICIDALITY DISORDER	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SCD8	MEDICAL ILLNESS / NEUROLOGICAL CONDITION INDUCED SUICIDALITY DISORDER	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SCD9	ANXIETY DISORDER INDUCED SUICIDALITY DISORDER	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SCD10	MOOD DISORDER INDUCED SUICIDALITY DISORDER Major Depressive Disorder <input type="checkbox"/> Bipolar I Disorder <input type="checkbox"/> Bipolar II Disorder <input type="checkbox"/>	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SCD11	LIFE EVENT INDUCED SUICIDALITY DISORDER	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SCD12	SUICIDALITY DISORDER, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED	Current (2 weeks) Recent Past Past (> 1.5 years ago)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

*PRIMACY IS USUALLY DETERMINED BY WHICH DISORDER IS THE DOMINANT CLUSTER IN THE PATIENT'S PRESENTATION OF SYMPTOMS AND/OR WHICH CAME FIRST IN THE PATIENT'S NATURAL HISTORY.

It is illegal to post this copyrighted PDF on any website.

11.2. Echelle CSDD

Screening Tool: Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

Scoring System: a = unable to evaluate
0 = absent
1 = mild or intermittent
2 = severe

Ratings should be based on symptoms and signs occurring during the week prior to interview.
No score should be given if symptoms result from physical disability or illness.

A. Mood-Related Signs

1. Anxiety anxious expression, ruminations, worrying	a	0	1	2
2. Sadness sad expression, sad voice, tearfulness	a	0	1	2
3. Lack of reactivity to pleasant events	a	0	1	2
4. Irritability easily annoyed, short-tempered	a	0	1	2

B. Behavioral Disturbance

1. Agitation restlessness, handwringing, hairpulling	a	0	1	2
2. Retardation slow movements, slow speech, slow reactions	a	0	1	2
3. Multiple physical complaints (score 0 if GI symptoms only)	a	0	1	2
4. Loss of interest less involved in usual activities (score only if change occurred acutely, i.e., in less than 1 month)	a	0	1	2

C. Physical Signs

1. Appetite loss eating less than usual	a	0	1	2
2. Weight loss score 2 if greater than 5 lb. in one month	a	0	1	2
3. Lack of energy fatigues easily, unable to sustain activities (score only if change occurred acutely, i.e., in less than 1 month)	a	0	1	2

continued on reverse →

D. Cyclic Functions

1. Diurnal variation of mood symptoms worse in the morning	a	0	1	2
2. Difficulty falling asleep later than usual for this individual	a	0	1	2
3. Multiple awakenings during sleep	a	0	1	2
4. Early-morning awakening earlier than usual for this individual	a	0	1	2

E. Ideational Disturbance

1. Suicide feels life is not worth living, has suicidal wishes or makes suicide attempt	a	0	1	2
2. Poor self-esteem self-blame, self-deprecation, feelings of failure	a	0	1	2
3. Pessimism anticipation of the worst	a	0	1	2
4. Mood-congruent delusions delusions of poverty, illness or loss	a	0	1	2

Scoring:

A score >10 probably major depressive episode
A score >18 definite major depressive episode