

# La Gérontoise



Association québécoise des infirmières  
et infirmiers en gérontologie

## *Le suicide chez les aînés*

<b>Mot de la présidente</b> - FRANCINE LINCOURT ÉTHIER	1
<b>Éditorial</b> - OLIVETTE SOUCY	2
<b>Recherche</b>	
- Les interventions infirmières bénéfiques : le point de vue des patients à risque de suicide	3
- CATHERINE GROS, DAVID WRIGHT, TAMSIN MULVOGUE, SACHA JARVIS	
<b>Témoignages</b>	
- Le suicide chez les aînés - MICHAEL SHEEHAN	12
- Le suicide... une affaire principalement d'hommes - GERVAIS SOUCY	15
- La vie avec l'aphasie : une association peut aider la personne aphasique	17
- LOUISE BOURBONNAIS	
<b>Expériences cliniques</b>	
- Le suicide assisté est-il une façon d'exercer son droit de mourir dans la dignité?	20
- ALAIN LEGAULT	
- La prévention du suicide chez les personnes âgées : s'outiller pour intervenir - LOUISE BEAUVAIS, DANIELLE CORBEIL	26
- La douleur : pour le meilleur soulagement possible	31
- MARYSE GRÉGOIRE, PATRICIA BOURGAULT, FRÉDÉRIC GRONDIN	
- J'ai lu	37
- En marge d'un souper causerie	38
- La géronto-gériatrie à l'honneur	39
- Le Grand Prix Innovation clinique	40

---

---

# La Gérontoise

---

Automne 2011, vol. 22, no 2

AQIIG  
4565, chemin Queen-Mary  
Montréal H3W 1W5  
courriel : [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)  
tél. : (514) 340-2800, poste 3092

**Présidente de l'AQIIG :**

Francine Lincourt Éthier

---

**Rédaction**

Directrice et

Rédactrice en chef : **Olivette Soucy**  
**Isabelle Yelle**

Révisseuse : **Huguette Bleau**

Secrétaire : **Luce Brazeau**

Collaboratrices : **Louise Beauvais**  
**Patricia Bourgault**  
**Louise Bourbonnais**  
**Danielle Corbeil**  
**Maryse Grégoire**  
**Frédéric Grondin**  
**Catherine Gros**  
**Sacha Jarvis**  
**Alain Legault**  
**Francine Lincourt Éthier**  
**Tamsin Mulvogue**  
**Michael Sheehan**  
**Gervais Soucy**  
**Olivette Soucy**  
**David Wright**

---

**Production**

Infographie et  
impression : **ZOCA Communications**

---

Dépôt légal  
4<sup>e</sup> trimestre 2011  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISSN 1183-8051

## POLITIQUE ÉDITORIALE

La Gérontoise est publiée deux fois par année par l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Gérontologie.

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la géronto-gériatrie. Elle présente les résultats des différentes recherches réalisées dans ce domaine, les projets cliniques et les expériences vécues dans les milieux de soins, les travaux d'étudiants universitaires. Les opinions émises n'engagent que les auteurs.

Tous les articles peuvent être reproduits à condition d'en spécifier la source.

Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

## POLITIQUE PUBLICITAIRE

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

## POLITIQUE D'ABONNEMENT

La Gérontoise est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion. Le coût de l'abonnement est de 30 \$ pour un an et de 55 \$ pour deux ans. Pour plus d'information, consulter le site Internet [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org), ou communiquer au (514) 340-2800, poste 3092.

## Mot de la présidente

---



L'automne, arrivé avec ses coloris et ses vents, est accompagné d'une température exceptionnelle cette année nous donnant le goût des promenades dans les bois! Bon automne à tous et toutes!

Différentes activités sont en cours depuis notre assemblée générale de mai dernier. En effet, le «projet pilote Québec» s'amorce sous la gouverne de Mesdames Isabelle Yelle et Karine Labarre. Un souper causerie pourrait se tenir dans la région de Québec à l'automne 2012. De plus amples informations vous seront communiquées via *La Gérontoise* et notre site WEB.

Également, la dernière bourse de 10000\$ offerte par l'AQIIG à la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille sera décernée cet automne à une personne étudiant au doctorat. Le nom de la ou du récipiendaire vous sera communiqué ultérieurement.

À propos de bourses, n'oubliez pas que, comme membre de l'AQIIG, vous pouvez recevoir une bourse de formation continue de 250\$ pour des activités en géro-nto-gériatrie. À vous d'en faire la demande écrite à votre CA en fournissant une preuve d'inscription. Notre association au projet ESPA se poursuit avec le CSSS de La Montagne. De plus, vers la fin de l'été, en partenariat avec la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, nous avons fait une demande de subvention pour le projet MeS-SAGES. Nous sommes en attente d'une réponse. En fait, ce projet vient de gagner le *Grand Prix Innovation Clinique (région Montréal-Laval)*.


Nous avons également offert notre soutien au projet «*Les éclaireurs*», qui regroupe des bénévoles servant «d'anges gardiens» pour les personnes âgées et/ou malades à domicile. Monsieur le juge Sheehan, un de nos conférenciers du mois de mai dernier, en est le porte-parole. Et bien sûr, nous sommes en préparation de notre colloque interdisciplinaire du printemps prochain. Diverses informations à ce sujet vous seront communiquées sous peu.

Actuellement, votre CA travaille activement au rafraîchissement des moyens de communication de l'Association. Nous espérons ainsi pouvoir vous rejoindre plus facilement et plus rapidement.

Comme vous pouvez le constater, votre CA est actif, et ce, grâce à l'implication plus que généreuse de ses différents membres. Un sincère merci à toutes.

Je termine ce mot de la présidente en soulignant qu'une représentante de la géro-nto-gériatrie est honorée. Il s'agit de madame Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers et des services cliniques au Centre Maimonides Donald Berman et au CHSLD juif de Montréal. Elle a été nommée «Infirmière de l'année» par le *Collège canadien des leaders en santé*. Un hommage lui est consacré dans notre revue et sur notre site WEB. Toutes nos félicitations!

Bonne lecture!

  
Francine Lincourt Éthier,  
Présidente de l'AQIIG

# Éditorial

---

Qui de nous, lors d'activités professionnelles ou dans sa vie privée, n'a pas été confronté à une personne voulant se suicider? Et pire encore, rencontrer quelqu'un demandant de l'aide pour mettre fin à ses jours? Tous, nous sommes pris au dépourvu. Notre mission est de favoriser la vie sous toutes ses formes et non d'aider à la détruire.

Au Québec, selon le Bureau national de santé publique, le taux de suicide est alarmant. Cependant, nous ne connaissons pas le nombre de suicides dans le monde infirmier. Nous savons qu'il est très difficile d'aider les personnes en difficulté. La Presse (29 septembre 2011), nous apprenait que les médecins vivent souvent une grande détresse. Le suicide serait d'ailleurs la deuxième cause de mortalité chez les résidents en médecine. Qu'en est-il dans la profession infirmière?

Tous les auteurs de ce numéro ont vécu le suicide soit d'un proche, d'un voisin ou de personnes confiées à leurs soins. Le suicide, dit M. Sheehan, est une décision irréversible basée sur des mythes. Irréversible, car il n'y a pas de seconde chance. C'est également une idée tronquée et elle est souvent basée sur le sentiment que se fait une personne d'être un perdant, un nul et que jamais les choses ne vont s'améliorer. Or, avec une aide professionnelle adaptée, une personne dépressive peut s'en sortir. Car, ce n'est pas tout d'aimer, il faut de l'aide professionnelle. «L'amour et l'ignorance ne préviennent pas le suicide chez un être cher».

Gervais Soucy, pour sa part, s'inspirant d'une étude réalisée par l'UQÀM, analyse les motifs qui poussent les hommes au suicide. Cet auteur, attristé par le nombre de suicides des hommes dans sa région, milite en faveur de la prévention.

Une étude réalisée par Catherine Gros et des collaborateurs de l'Université McGill montre que les interventions infirmières peuvent être très bénéfiques pour les personnes à risque de suicide. Une relation adéquate et le rôle prédominant que peuvent jouer les infirmières auprès de ces personnes à risque sont très aidants. Louise Beauvais, de l'hôpital St-Mary, donne plusieurs suggestions d'aide dans le dépistage et dans l'évaluation du risque suicidaire en étant notamment à l'écoute des signes de détresse psychologique des personnes âgées.

Alain Legault de l'Université de Montréal pose la question: «Le suicide assisté est-il une façon d'exercer son droit de mourir dans la dignité?». Chacun peut répondre à cette interrogation selon son orientation. Pour ce dernier, tout le travail de l'infirmière et de l'équipe soignante dans ce domaine consiste à respecter la dignité ontologique de la personne, quelle que soit sa condition de santé. Le débat sur la question n'est pas fini, prévient-il.

Enfin, le numéro nous propose divers sujets sur les soins aux individus qui pourraient éventuellement devenir des candidats au suicide, soit les personnes aphasiques et/ou celles présentant de la douleur.

Le **J'ai lu** propose le *Protégez-vous pratique* (en vente partout dans les kiosques) qui énumère toute la gamme des actions à entreprendre pour vieillir en santé, en sécurité, avec l'esprit en paix, tout en restant chez-soi ou en allant vivre ailleurs.

Le suicide, reste un sujet difficile à aborder et demeure très mal compris. Cependant, notre rôle comme aidant auprès des personnes hospitalisées ou dans la communauté, en est un de premier plan.

Nous devons tout faire pour améliorer les approches et la prestation de soins tout en conservant notre équilibre. À ce sujet, on parle beaucoup de réseau de «sentinelles» dans les divers milieux. Pourquoi n'y en aurait-il pas un dans votre milieu de travail?

Olivette Soucy

# *Les interventions infirmières bénéfiques : le point de vue des patients à risque de suicide<sup>1,2</sup>*

*Catherine Gros, N., M.Sc.(A), David Wright, N., MSc.(A),  
Tamsin Mulvogue, M.Sc.(s), Sacha Jarvis, M.Sc.(A)*

*Traduit de l'anglais par Gabrielle Poitras et Catherine Gros*

**L**e taux de suicide chez les personnes âgées est élevé partout à travers le monde, y compris au Canada. Selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2011), le taux de suicide chez les Canadiens de plus de 65 ans était de 10,3 pour 100 000 en 2004. Les tentatives de suicide chez les aînés sont aussi celles qui réussissent le plus souvent (Heisel & Duberstein, 2005). De plus, la génération des «baby-boomers» (nés entre 1946 et 1964) présente un taux de suicide plus élevé que celui des générations précédentes. Comme les premiers de cette cohorte atteignent l'âge de 65 ans en 2011, une augmentation de comportements suicidaires chez les aînés au cours des prochaines années est fortement possible (Conwell, Van Orden & Caine, 2011).

Plusieurs pertes associées au vieillissement, incluant l'augmentation des maladies physiques et mentales, l'apparition des déficiences fonctionnelles et le décès d'êtres chers, peuvent forcément contribuer au risque suicidaire. Au-delà des facteurs développementaux, la prévention du suicide chez les aînés est davantage compliquée par les préjugés, notamment la tendance à associer les symptômes de dépression à une conséquence naturelle du vieillissement (CCSMH, 2008).

Comment les infirmières peuvent-elles intervenir pour aider les personnes à risque de suicide? Les récentes découvertes scientifiques nous incitent à poursuivre la recherche sur les approches cliniques portant sur les interventions interpersonnelles et relationnelles.

## **Intervenir auprès des patients à risque de suicide: l'importance de la relation humaine**

### *L'épigénétique*

*L'épigénétique* est un domaine scientifique qui a cerné le mécanisme par lequel les expériences de vie relationnelle influencent l'expression des gènes

et modifient ainsi le fonctionnement neuroendocrine et le comportement. Lors d'études menées sur les animaux dans lesquelles on observait de jeunes rats qui n'avaient pas reçu suffisamment de soins maternels (mesurés par des comportements de léchage offerts par une figure maternelle), on a découvert que l'activité des récepteurs glucocorticoïdes de l'hippocampe était altérée, entraînant des comportements de stress intense (Weaver et al, 2004). Les mêmes altérations neurobiologiques ont été détectées dans le cerveau de personnes qui s'étaient suicidées. Parmi ces individus, ceux qui avaient vécu des expériences interpersonnelles ou relationnelles traumatiques auparavant (notamment des abus sexuels ou physiques durant l'enfance) présentaient des altérations cérébrales accompagnées d'une susceptibilité accrue associée à l'anxiété, la dépression et le suicide (McGowan et al, 2009).

Quoique ces résultats démontrent l'existence d'un lien entre les expériences relationnelles traumatisantes, le dysfonctionnement généralisé, la maladie et le suicide, l'effet inverse a aussi été démontré. Les bébés rats qui avaient reçu beaucoup de soins maternels (léchage maternel fréquent), étaient notablement plus calmes que leurs homologues stressés dont les mères n'avaient pas été aussi attentionnées. Cependant, on pouvait modifier le profil de «stress intense» des rats «mal-aimés» en leur assignant des mères plus affectueuses; un changement qui leur permettait de se développer normalement (Weaver et al, 2004).

Bref, on voit que les comportements soignants jouent un rôle clé dans le fonctionnement hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HHS), qui influence, à son tour, le développement sain du cerveau ainsi que le comportement (McGowan et al, 2009). Cette découverte relie les expériences de vie relationnelles à des résultats biologiques et

comportementaux concrets. Elle est donc d'une importance particulière pour les infirmières en soulignant que les soins humains de type «caring» ont un impact direct sur le fonctionnement biologique de la personne ainsi que sur son comportement. Ces connaissances renforcent l'importance d'examiner plus profondément les interactions interpersonnelles offertes par l'infirmière tout au long de sa relation avec le patient à risque de suicide.

### *Les interventions interpersonnelles et les soins aux personnes à risque de suicide*

Selon une étude phénoménologique menée auprès de personnes âgées à risque, l'expérience suicidaire consiste essentiellement en un sentiment d'aliénation, caractérisé par la brisure de relations avec d'autres individus et le délaissement d'activités importantes pour la personne (Moore, 1997). Les participants à cette étude avaient l'impression que personne ne se souciait d'eux, incluant les infirmières. Lorsque les aînés à risque de suicide avaient affaire au système de santé, ils vivaient un manque d'intérêt de la part des infirmières et des autres membres du personnel, sentiment qui renforçait une impression d'impuissance et d'aliénation. L'auteur suggère que les soins actuels, centrés sur l'implantation des mesures de contrôle ayant pour but de prévenir les actes suicidaires, devraient s'élargir. Ce changement d'attitude et de pratique infirmière exige un engagement plus profond envers les aînés, pour qu'à travers une véritable relation, ces personnes puissent retrouver l'espoir et découvrir un nouveau sens à la vie.

Une autopsie psychologique récente de 23 cas de suicides chez des personnes âgées en Norvège abonde dans le même sens. Des entrevues avec 34 proches, 17 omnipraticiens et 12 infirmières en soins à domicile, ont révélé que les victimes avaient une attitude généralement méfiante envers le système de santé (centres d'hébergement et de soins de longue durée, hôpitaux et soins primaires). Ces personnes s'inquiétaient de la préservation de leur autonomie et de leur dignité; il y avait un manque de communication généralisé entre les prestataires de soins de santé et les aînés (Kjolseth, Ekeberg, & Steihaug, 2010).

Traditionnellement, les soins infirmiers offerts aux personnes hospitalisées à risque de suicide se réduisaient à un suivi attentif par l'observation et la limitation de l'accès aux moyens de se suicider

(Cutcliffe & Stevenson, 2008; Duffy, 1995; Fletcher, 1999; Stewart, Bilgin, & Bowers, 2010). Cette approche, appliquée systématiquement à tous les clients à risque, a été remise en question au cours des dernières années. Selon Cutcliffe et Barker (2002), la surveillance observationnelle utilisée avec les clients suicidaires est grossière, aliénante et inefficace; cette méthode échoue dans 20 à 33 % des cas. Les auteurs suggèrent que la surveillance est une intervention bien trop simple pour rencontrer les besoins complexes des patients suicidaires et prônent plutôt une approche dans laquelle les soins seraient axés sur l'engagement relationnel, visant ultimement à faire renaître l'espoir chez ces personnes suicidaires. À la lumière des recherches dans lesquelles elles décrivent comment le lien relationnel avec leur prestataire de soins les a aidées à surmonter leurs idées suicidaires, cette approche semble de plus en plus prometteuse (Lakeman & FitzGerald, 2008). En effet, les patients suicidaires sous surveillance infirmière étroite ont rapporté des conséquences positives autant que négatives (espoir et estime de soi accrues ou diminuées), en fonction de la qualité des interactions avec les membres du personnel (Jones, Ward, Welman, Hall, & Lowe, 2000; Cardell & Pitula, 1999).

Bien que les interventions relationnelles infirmières auprès de la clientèle suicidaire n'aient jamais été un sujet d'étude majeur jusqu'à présent, les lignes directrices récentes, appuyées sur les données probantes, insistent sur l'importance de la relation thérapeutique entre les patients et les professionnels de la santé. Par exemple, dans les directives sur l'évaluation du risque et la prévention du suicide de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), on retrouve la recommandation suivante :

« Établir une relation thérapeutique sincère fondée sur la confiance avec la personne âgée à risque. L'écouter activement et avec attention sans hâter la consultation. Dans un tel contexte, la personne âgée se sentira écoutée et respectée, et elle pourra plus facilement nouer un lien avec le thérapeute » (CCSMPA, 2006, p. 21).

Les lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIAO) sur l'évaluation et les soins aux adultes ayant des idées et des comportements suicidaires prônent également l'importance de la relation thérapeutique (AIAO, 2008). Cependant, les recommandations

axées sur l'aspect relationnel sont peu étayées, ce qui reflète le manque d'études au sujet des interactions interpersonnelles entre infirmière et client à risque. Ainsi, bien que l'aspect relationnel des soins soit considéré comme important, il y a un manque d'exemples explicites d'interventions dans ce domaine. Cette recherche a donc été menée afin d'explorer et d'identifier les interventions infirmières bénéfiques selon les patients à risque.

### **Les interventions infirmières bénéfiques : perspective des patients à risque de suicide**

#### *Le rôle prédominant de l'infirmière*

Les infirmières travaillant dans le milieu hospitalier jouent un rôle clef dans la prestation des soins aux personnes à risque de suicide et à leurs familles. Représentant le plus grand groupe de professionnels de la santé, les infirmières, rattachées aux unités de soins, passent plus de temps à intervenir auprès des patients que n'importe quel autre groupe professionnel. Les soins infirmiers signifient une présence constante (24/7) et un engagement continu de l'admission jusqu'au congé. Dans les cas de personnes à risque de suicide, les protocoles actuels comportent un niveau de surveillance infirmière allant d'étroite à constante (Stewart, Bilgin, & Bowers, 2010). Ainsi, dans un contexte hospitalier, les interactions relationnelles entre infirmière et patient suicidaire sont particulièrement intenses lors d'une période critique. Cependant, quoique les infirmières ont un impact important sur la santé des patients, la grande majorité des recherches sur le suicide se penche présentement sur les interventions menées par des professionnels autres que les infirmières. En conséquence, malgré son importance, le rôle réel et potentiel des infirmières quant aux soins aux patients suicidaires demeure très mal compris.

#### *Cadre conceptuel*

Le modèle de soins infirmiers McGill (Allen & Warner, 2002; Gottlieb & Ezer, 1997) représente le cadre conceptuel de cette étude. Utilisée par le passé au cours d'un essai aléatoire contrôlé, cette approche a mené à des résultats significatifs pour la santé des patients et de leurs familles (Pless et al, 1994).

Au sein du modèle McGill, les soins infirmiers représentent une approche collaborative centrée sur le client, dans laquelle la personne et sa famille sont considérées comme étant experts. Les clients sont donc responsables de leur propre santé et

jouent un rôle primordial dans l'analyse, la planification, l'intervention et l'évaluation de leurs propres soins (Gros & Young, 2007). L'infirmière s'attarde surtout à comprendre la perspective du client à propos de sa situation et adapte ses interventions en fonction des préférences, des priorités et des besoins particuliers de la personne et de sa famille. Les concepts clés qui définissent le modèle McGill s'accordent avec les écrits touchant le suicide, présentés plus haut. Parmi ces concepts, se retrouvent l'engagement dans un partenariat collaboratif d'apprentissage auprès des clients, le travail à partir des forces et des capacités, la promotion du contrôle et de la prise de décisions par le client (Gottlieb, Feeley, & Dalton, 2005; Feeley & Gottlieb, 2000; Gottlieb & Gottlieb, 2007). Somme toute, la recherche visant à développer la pratique clinique en explorant les soins infirmiers bénéfiques tels que perçus par les clients, s'accorde avec les concepts de collaboration et de soins centrés sur le client tels que décrits dans le modèle McGill. L'idée d'apprendre des patients vus comme des experts en étudiant les interventions bénéfiques, selon eux, illustre bien la philosophie et le raisonnement fondés sur les points positifs, et caractérise l'approche McGill.

#### *But et objectifs de l'étude*

On a porté peu d'attention au travail des infirmières lors de leurs interactions quotidiennes avec des patients hospitalisés à risque suicidaire. À ce jour, les interventions relationnelles infirmières offertes tout au long de l'hospitalisation sont très peu décrites et l'impact de ces soins sur la santé est peu connu. Les interventions bénéfiques telles que perçues par le patient demandent donc une recherche plus exhaustive. Ainsi, la présente étude avait pour but de répondre à la question suivante: quelles sont les perceptions des patients à risque de suicide, quant aux interventions bénéfiques infirmières offertes au cours de leur hospitalisation?

Cette étude vise à contribuer au développement d'interventions infirmières fondées sur les données probantes et conformes aux pratiques collaboratives axées sur le client. L'étude a été menée chez les adolescents (n=6) utilisant une méthode mixte. (Polit & Beck, 2008). Cette approche comportait des entrevues qualitatives individuelles suivies de l'essai pilote d'une mesure quantitative : le « *Questionnaire sur les Interventions Bénéfiques Infirmières* » (QIBI).

## Collecte de données

On a mené des entrevues enregistrées sur bande sonore, d'une durée de 45 minutes à 1 heure, auprès d'adolescents qui vivaient ou avaient vécu un épisode de risque de suicide pendant un séjour à l'hôpital. L'échantillon final était composé de 6 participants parlant le français ou l'anglais et possédant un statut à risque étayé, actuel ou passé (voir tableau 1).

On a demandé aux participants de décrire des exemples, réels ou potentiels, des actes infirmiers qu'ils trouvaient bénéfiques alors qu'ils étaient à risque de suicide. Les entrevues ont été transcrites *verbatim* et le contenu a été analysé afin de cerner des catégories et des thèmes principaux.

Suite à l'entrevue initiale, un sous-groupe (n=4) de participants a rempli le «*Questionnaire sur les Interventions Bénéfiques Infirmières*» (QIBI). Cet instrument, représentant un outil quantitatif unique et innovateur, a été créé afin d'identifier les perceptions des clients à risque de suicide quant aux pratiques infirmières qui pour eux sont bénéfiques (Gros, Jarvis, & Mulvogue, 2010).

Le questionnaire comporte 43 énoncés fondés sur des données probantes, incluant des constatations

tirées de la recherche sur les soins aux personnes suicidaires, les meilleures pratiques infirmières (AIIAO, 2008), ainsi que la mise en pratique des approches théoriques suivantes : le modèle de soins infirmiers McGill (Allen & Warner, 2002; Gottlieb & Ezer, 1997), la médecine centrée sur le patient (Stewart, 1995), le modèle de rétablissement (Anthony, 1993), le cadre conceptuel de l'autosoins (Santé Canada, 1997) et la psychologie positive (Park, Peterson, & Brunwasser, 2009; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005).

Dans l'ensemble, les items contenus dans le questionnaire représentaient une variété d'attitudes, d'actions et de comportements infirmiers pertinents pour patients à risque de suicide. À l'aide d'une échelle de Likert à 5 points d'ancrage, fortement en désaccord à fortement en accord, les participants ont indiqué leurs perceptions quant au niveau d'aide attribué à chacun des 43 énoncés.

## Résultats qualitatifs et discussion

L'analyse des données tirées des entrevues laisse entendre que des interventions infirmières bénéfiques sont offertes au sein de trois sphères de soins distinctes interreliées :

Tableau 1

<b>n=6</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Âge	16	4	66,6
	17	1	16,6
	18	1	16,6
Sexe	Homme	1	16,6
	Femme	5	83,3
Ethnicité	Caucasien	6	100,0
Langue	Français	1	16,6
	Anglais	3	50,0
	Bilingue	2	33,3
Diagnostic	Dépression	2	33,3
	Anorexie/Boulimie et Dépression	1	16,6
	Trouble de la personnalité limite (borderline)	3	50,0
Durée de l'hospitalisation	1-7 nuits	3	50,0
	1-4 semaines	2	33,3
	> 1 mois	1	16,6
Risque de suicide	Courant	2	33,3
	Précédent (au cours de la dernière année)	4	66,6

- 1) *Développer un rapport humain individualisé*
- 2) *Travailler en partenariat pour gérer la maladie et le risque suicidaire*
- 3) *Créer un milieu hospitalier propice au rétablissement*

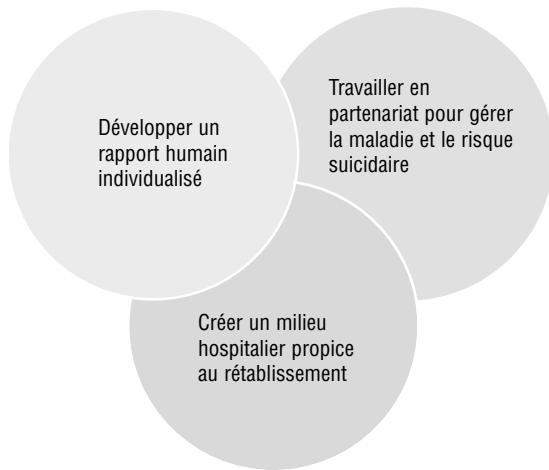


Figure 1. Résultats qualitatifs

Réunies, ces trois facettes reflètent les aspects fondamentaux de la pratique professionnelle des soins infirmiers qui semblent jouer un grand rôle dans la promotion de la santé du client à risque ainsi que dans son rétablissement général. Une sélection d'exemples d'interventions bénéfiques appartenant à chaque sphère est présentée plus bas.

### **Développer un rapport humain individualisé**

Les interventions infirmières bénéfiques dans cette sphère incluent les approches reliées au processus d'engagement du client dans une relation d'aide fondée sur les particularités et les préférences de l'individu. Implantée au quotidien, ces stratégies, dont une connexion humaine est formée, représentent des actes «caring» offerts au patient quels que soient son état de santé actuel, sa maladie ou la raison pour laquelle il est hospitalisé. Les exemples qui suivent soulignent l'importance de ces «soins de base» et indiquent l'impact bénéfique de ces gestes sur le plan de la santé du patient :

**Offrir un sourire:** «Si quelqu'un sourit, on sourit; c'est contagieux.»

**Être humain:** «Raconter des histoires personnelles de temps en temps.»

**Identifier et combler les préférences individuelles:** «Remarquer [ce qui] m'est particulier... S'il y a quelque chose spécial que je veux, comme du lait au chocolat, le fait de s'assurer qu'il y en a pour moi.»

**Être disponible et encourager le feedback:** «[l'infirmière doit] dire: «Je suis là si tu as besoin de quoi que ce soit» ou «si je fais quelque chose qui te dérange, n'hésite pas de me le dire».

**Être proche et intime:** « [ne pas] parler dans le cadre de porte.» « [l'infirmière] qui est plus proche va venir s'asseoir avec moi... sur mon lit.»

**Engager la conversation:** «Ça aide vraiment quand quelqu'un essaie de t'engager dans une conversation... on se sent comme si la personne réalise qu'on est là, et qu'elle veut t'aider.» « Posez des questions sur ma vie. Posez des questions de tous les jours, comme: "Comment a été la journée?" » «Nous demander: "Comment ça va?" et montrer de l'intérêt pour ce que nous faisons, nous aide à nous sentir en sécurité.»

Ces exemples renforcent la valeur thérapeutique de stratégies interpersonnelles et de techniques de communication, pourtant simples. L'idée que le sourire de l'infirmière est contagieux, et que cela peut amener une personne suicidaire à sourire reflète l'ampleur de ce simple geste. De la même manière, posant des questions de tous les jours est, selon le client, une intervention bénéfique qui contribue au sentiment de sécurité du patient à risque.

### **Travailler en partenariat pour gérer la maladie et le risque suicidaire**

Selon les participants, les soins infirmiers bénéfiques dans cette sphère incluent de nombreuses stratégies reliées à la maladie et axées sur la gestion des symptômes incluant le risque suicidaire. Les interventions bénéfiques dans ce domaine varient en complexité, telles qu'illustrées dans les exemples suivants :

**Offrir de l'information:** « Me dire ce qui se passe... Me donner une idée de ce qu'ils (les membres de l'équipe traitant) font pour moi... Me donner du feedback »

**Gagner la confiance du patient :** « [pouvoir faire confiance à votre infirmière] vous aide à guérir, parce que... c'est vraiment dur de trouver quelqu'un à qui tu peux faire confiance quand tu te trouves dans une situation pareille.»

**Apprendre à faire confiance au patient:** «Croire en nous. On est le meilleur des juges. Personne ne sait mieux que moi si je vais me tuer.»

**Écouter sans imposer les conséquences:**

« Si je parle de mes idées suicidaires, que l'infirmière soit présente et qu'elle m'écoute. Ne pas paniquer et enlever mes privilèges! On a juste besoin de parler quand on se sent mal. »

**Comprendre la douleur:** «... la chose la plus importante [est] de comprendre, non seulement à un niveau scientifique, mais [à] un niveau émotionnel, la profondeur du désespoir »

**Jeter une autre lumière/offrir une autre perspective:** «Donnez un point de vue différent... parce que lorsqu'on est dans cet état, on a une vision très étroite, alors d'ouvrir l'esprit [du patient] peut réellement faire une différence.»

**Identifier et travailler avec les forces:** «Se concentrer sur le positif... ça aide tellement, parce que... quand tu participes en thérapie, et tu parles de tes problèmes, c'est négatif, négatif... Le positif peut rendre l'environnement plus joyeux.» « [Indiquer les choses dans lesquelles on est bon] te donne le goût de vivre. C'est vrai! Ça te fait penser que tu n'es pas complètement nulle.»

Ces interventions vont du relativement simple (offrir de l'information) au plus complexe. Par exemple, gagner la confiance d'un patient suicidaire est un processus qui se fait à l'intérieur d'une relation d'aide et qui se développe au fil du temps lors de la mise en pratique de plusieurs stratégies pertinentes. De la même manière, apprendre à faire confiance à une personne à risque de suicide, nécessite un changement d'attitude de la part de l'intervenant ainsi que le développement des habiletés cliniques liées à une philosophie de soins collaboratifs, tels que décrits dans le modèle McGill. Dans la même veine, l'intervention « écouter sans imposer de conséquences » provoque une réflexion critique envers les protocoles et procédures normalement employés lors de l'évaluation et de la gestion du risque suicidaire. Bien qu'il soit essentiel de maintenir la sécurité du patient lorsqu'il nous parle de ses idées suicidaires, l'emploi de mesures de contrôle, telles que les restrictions et la surveillance accrues, n'est peut-être pas toujours la meilleure façon de répondre. Cette constatation confirme les données de recherches précédentes qui ont montré que les patients suicidaires ne divulguent pas toujours leurs vrais sentiments afin d'éviter les conséquences restrictives imposées par le personnel (Cardell & Pitula, 1999).

Enfin, ces données soulignent l'impact sur l'estime de soi d'une pratique infirmière basée sur les forces et capacités du patient. De plus, les résultats renforcent l'emploi des interventions qui engagent le patient à risque dans une relation d'aide collaborative. De cette façon, la prise de décisions reliée au plan de soins peut se faire en partenariat.

**Créer un milieu hospitalier propice au rétablissement**

Les interventions bénéfiques dans ce domaine signalent l'importance de créer et de maintenir un environnement thérapeutique sur le plan social et physique.

**Faire le pont entre l'hôpital et la vie**

**externe:** «Essayez de nous faire sentir moins détachés de notre monde normal... plus comme si on avait notre vraie vie.» « Je n'avais pas été dehors pendant 5 jours et quand je suis sorti, ça semblait vraiment bizarre » « [Offrir] plus d'activités, plus souvent. Ajouter une activité artistique, par exemple.»

**Créer un environnement de soins**

**accueillant :** « Les infirmières essayaient de construire une atmosphère coopérative familiale. Comme : "Oh, Entrez s'il vous plaît. et suivez-moi. Je vous accompagne" » « Tous les papiers [à l'admission] me faisaient sentir bureaucratique et froid, mais les infirmières m'ont posé des questions sur ma vie. Ce n'était pas comme quelque chose de formel. . . Je n'étais pas juste un objet. »

**Accompagner le patient à l'extérieur :**

« [De sortir dehors]... me faisait sentir comme si je n'étais pas en prison... » « La sensation du soleil tout simplement... c'était tellement agréable... ça m'a réellement aidé...Le fait de sortir, te donne un sentiment de libération. »

Ces exemples illustrent bien l'importance d'interventions relativement simples au niveau de l'environnement physique et social. Cet aspect des soins demeure un élément central de la pratique infirmière et fait partie de nos responsabilités professionnelles. Les infirmières tentent de promouvoir le bien-être des patients par la modulation des conditions environnementales (ex : fournir de l'air frais, de la lumière), au moins depuis que Nightingale (1860, 1969) a rédigé ses *Notes sur les soins infirmiers*,

dans lesquelles elle soulignait l'importance de l'environnement physique pour la santé, la guérison et le rétablissement. De pouvoir sortir à l'extérieur pendant leur séjour à l'hôpital était un aspect crucial des soins pour certains participants à l'étude. Cette constatation appuie les preuves émergentes qui lient l'environnement physique aux sentiments de bien-être des patients (Dijkstra, Pieterse, & Pruyn, 2006). Cependant, cette idée contraste violemment avec les protocoles actuels sur le suicide, selon lesquels les patients à risque sont habituellement confinés à l'intérieur, plutôt qu'accompagnés à l'extérieur.

D'autres interventions bénéfiques en lien avec l'expérience de l'hospitalisation confirment le rôle important des infirmières en ce qui concerne l'introduction et l'adaptation de la personne au milieu hospitalier. Les interventions bénéfiques relevées ici sont offertes au moment du contact initial, bien avant que l'évaluation compréhensive du patient soit complétée. L'exemple détaillé, cité précédemment, décrivant la manière dont les infirmières accueillent le patient et leur famille dès leur arrivée à l'hôpital, illustre ce point, soulignant toute la signification qu'un acte en apparence si simple peut avoir sur la personne.

Enfin, selon les participants, les interventions infirmières qui comblent le fossé entre la vie à l'hôpital et celle de l'extérieur représentent une composante cruciale des soins bénéfiques. En facilitant la transition entre l'hôpital et la maison, ces interventions pourraient rendre la planification du congé plus aisée et réduire le temps nécessaire pour préparer le patient à retourner chez lui lors de la fin du séjour hospitalier.

Bref, ces constatations indiquent que les interventions bénéfiques infirmières reflètent l'application en pratique du modèle McGill et renforce l'utilisation d'approches conformes à des soins collaboratifs fondés sur les forces des patients à risque de suicide pendant la période d'hospitalisation.

### Résultats quantitatifs

Quatre participants ont rempli le QIBI suite à l'entrevue. Bien que cet échantillon soit très limité, les résultats sont conformes aux données d'entrevues qualitatives et suggèrent que les soins bénéfiques lors d'épisodes de risque de suicide sont associés à la pratique d'une approche centrée sur le client et basée sur ses forces (voir exemples sélectionnés, tableau 2).

Tableau 2

<i>Quand je suis à risque de suicide et hospitalisé</i>	<i>Très en accord</i>
Cela aide d'être avec une infirmière qui m'accepte tel quel; sans vouloir me changer, et sans essayer de changer mon comportement.	100 %
Cela aide d'être avec l'infirmière qui a confiance en moi et qui réalise que je suis la personne qui me connaît le mieux, incluant mes besoins.	100 %
Pendant que je suis sous « observation constante », cela aide quand l'infirmière me permet de passer un peu de temps seul, si je dis en avoir besoin.	100 %
Cela aide quand une infirmière garde contact avec moi et continue de s'intéresser à moi, surtout lorsque les choses semblent bien aller et que je ne suis plus considéré comme étant suicidaire.	100 %

Les points du questionnaire portant sur l'impact des soins soulignent l'apport important des interventions bénéfiques à la santé des patients. Le feedback des participants sur le questionnaire lui-même indique qu'une validation et une élaboration plus poussées de cet outil sont justifiées (voir tableau 3).

Tableau 3

<i>L'impact des soins infirmiers selon les adolescents</i>	<i>Très en accord</i>
Les soins infirmiers reçus pendant mon séjour à l'hôpital peuvent diminuer mon risque de suicide, et/ou susciter en moi l'espoir et m'aider à acquérir des sentiments positifs à mon égard, à l'égard de ma famille et/ou concernant ma situation.	100 %
Les soins infirmiers reçus pendant mon séjour à l'hôpital ont un impact sur ma santé globale et influencent ma capacité d'adaptation à la maison, à l'école, ainsi qu'avec ma famille/amis suite à mon congé.	100 %
<b>Commentaires sur le sondage</b>	
Remplir un questionnaire comme celui-ci pendant mon hospitalisation peut aider l'infirmière à mieux me comprendre et à comprendre ce qui pourrait m'aider.	100 %

## Implications cliniques et conclusion

Selon les participants de cette étude, les interventions bénéfiques infirmières offertes aux patients à risque de suicide sont mises en œuvre autour de trois sphères de soins distinctes et interreliées. On a rapporté un impact positif quant à la santé et le rétablissement des patients lors de l'emploi de nombreuses interventions bénéfiques. Ainsi, la plupart de ces stratégies thérapeutiques n'entraînent presque aucune dépense monétaire et peuvent être intégrées assez facilement à la pratique quotidienne des infirmières.

Les résultats de cette étude indiquent que la valeur thérapeutique des stratégies infirmières interpersonnelles est peut-être sous-estimée. Bien qu'il soit nécessaire de mener des recherches supplémentaires, les données présentées ici permettent de prendre conscience des interventions relationnelles qui peuvent être introduites plus intentionnellement au sein de notre pratique.

Quoique cette recherche ait été menée auprès d'adolescents, les résultats s'appliquent à tout âge. Ainsi, un large éventail d'interventions bénéfiques cernées par les adolescents au cours de cette étude pourraient être appliquées à d'autres groupes de patients à risque de suicide, dont les aînés. En effet, les données provenant de cette recherche forment une base sur laquelle de futures recherches, axées sur les soins infirmiers offerts aux personnes âgées à risque de suicide, peuvent se pencher.

### Remerciements :

Fonds de recherche RQRS/FRSQ

Dr Margaret Purden, École des Sciences Infirmières, Université McGill

Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas, DSI

Dr Johanne Renaud, MD

Les participants et leurs familles

### NOTE

<sup>1</sup>Titre original anglais : *Caring for patients at risk for suicide: client perceptions of helpful nursing interventions*

<sup>2</sup> L'étude décrite dans cet article a été subventionnée par le RQRS (avec le soutien du FRSQ). Le RQRS a défini la recherche sur les sciences infirmières et le développement de la pratique des soins infirmiers comme des priorités en matière de financement. Pour en savoir plus ou pour adhérer au RQRS, consultez le [www.reseausuicide.qc.ca](http://www.reseausuicide.qc.ca).

## RÉFÉRENCES

- Allen, F.M., & Warner, M. (2002). A developmental model of health and nursing. *Journal of Family Nursing*, 8(2), 96-135.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 1-23.
- Canadian Coalition for Seniors Mental Health (CCMSH). (2008). *Suicide Assessment and Prevention for Older Adults: Life Saving Tools for Health Care Providers*. DVD.
- Cardell, R., & Pitula, C.R. (1999). Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatric Services*, 50(8), 1066-1070.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSM-PA). (2006). *Lignes directrices nationales, la santé mentale de la personne âgée : évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide*. Disponible à [www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca).
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E.D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451-468.
- Cutcliffe, J.R., & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 611-621.
- Cutcliffe, J.R., & Stevenson, C. (2008). Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people - A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 942-953.
- Dijkstra, K., Pieterse, M., & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediating effects: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 166-181.
- Duffy, D. (1995). Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 944-950.
- Feeley, N., & Gottlieb, L. (2000). Nursing approaches to working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 9-24.
- Fletcher, R.F. (1999). The process of constant observation: Perspectives of staff and suicidal patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 9-14.
- Gottlieb L.N., & Ezer, H. (Eds.). (1997). *A Perspective on Health, Family, Learning and Collaborative Nursing: A Collection of Writings on the McGill Model of Nursing*. Montreal: McGill University School of Nursing.
- Gottlieb, L.N., Feeley, N., with Dalton, C. (2005). *The Collaborative Partnership Approach to Care: A Delicate Balance*. Toronto, ON: Elsevier-Mosby.
- Gottlieb, L.N., & Gottlieb, B. (2007). The developmental/health framework within the McGill Model of Nursing: The laws of nature guiding whole person care. *Advances in Nursing Science*, 30(1), 43-57.
- Gros, C., Jarvis, S., & Mulvogue, T. (2010). *Nursing Hospitalized Adolescents at Risk for Suicide: Patient Experiences and Perceptions of Helpful Care*. Unpublished protocol, Department of Nursing, McGill University, Montreal, Canada.
- Gros, C.P., & Young, L. (2007). Teaching the McGill Model of Nursing and client-centered care: Collaborative strategies for staff education and development. In L.E. Young & B.L. Patterson (Eds.), *Teaching Nursing: Developing a Student Centered Learning Environment* (pp. 190-221). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

- Health Canada. (1997). *Supporting Self-Care: The Contribution of Nurses and Physicians*. Ottawa: Health Promotion and Programs Branch.
- Heisel, M.J., & Duberstein, P.R. (2005). Suicide prevention in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 242-259.
- Jones, J., Ward, M., Welman, N., Hall, J., & Lowe, T. (2000). Psychiatric inpatients' experience of nursing observation. A United Kingdom perspective. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 38(12), 10-20.
- Kjolseth, I., Ekeberg, O., & Steihaug, S. (2010). Elderly people who committed suicide – their contact with the health service: what did they expect, and what did they get? *Aging & Mental Health*, 14(8), 938-946.
- Lakeman, R., & FitzGerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 114-126.
- McGowan, P., Sasaki, A., D'Alessio, A., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G., & Meaney, M. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience* 12, 342-348.
- Moore, S.L. (1997). A phenomenological study of meaning in life in suicidal older adults. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(1), 29-36.
- Nightingale, F. (1969/1860). *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. Mineola, NY: Dover Publications.
- Park, N., Peterson, C. & Brunwasser, S.M. (2009). Positive Psychology and therapy. In N.Kazantzis, MA Reinecke, A Freeman (Eds). In *Cognitive and Behavioural Theories in Clinical Practice* (pp. 278-306). New York: Guilford Press.
- Pless, I.B., Dougherty, G., Willard, B., Feeley, N., Gottlieb, L., & Rowat, K. (1994). A Randomized Trial of a Nursing Intervention to Promote the Adjustment of Children with Chronic Physical Disorders. *Pediatrics*, 94, 70-75.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pugnaire, C. (1981). *Nursing: The Science of Health-Promoting Interaction*. Unpublished Master's study, McGill University School of Nursing, Montreal.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (AIIAO, 2008). *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Disponible à [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*. 152(9), 1423-33.
- Stewart, D., Bilgin, H., & Bowers, L. (2010). *Special Observation in Psychiatric Hospitals: A Literature Review*. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme, London: Institute of Psychiatry at the Maudsley. November, 2010.
- Weaver, I., Cervoni, N., Champagne, F., D'Alessio, A., Sharma, S., Seckl, J., Dymov, S., Szyf, M. & Meaney, M. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience* 7, 847-854.
- World Health Organization. (2011). Country reports and charts available. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html) (Consulté le 6 septembre 2011)

Catherine Gros est professeure adjointe, École des sciences infirmières de l'université McGill, infirmière clinicienne spécialisée, Institut universitaire en santé mentale Douglas.

David Wright est chargé de cours, École des sciences infirmières de l'université McGill, infirmier en soins palliatifs, Hôpital Général Juif.

Tamsin Mulvogue, M. Sc.(A) et Sacha Jarvis, M.Sc.(A) ont terminé leurs études au Programme Direct-Entry Master's au printemps 2011.



# Ohé, ohé,...

**un rappel important et intéressant pour toutes et tous.**

C'est bien dix bourses de formation de 250 \$ et non de 200 \$ qui sont offertes dans le cadre du 25<sup>e</sup> anniversaire de notre Association.

N'hésitez pas à vous en prévaloir; il s'agit d'un autre avantage à être membre de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie. Allez sur le site web de l'Association pour plus de détails et parlez-en à vos consœurs et confrères.

# Le suicide chez les aînés

Michael Sheehan

Ce texte résume les propos livrés lors du souper-causerie tenu sous le thème du « Suicide chez les aînés » à l'occasion de l'assemblée générale annuelle de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie en mai 2011 tenue au centre des Banquets Renaissance, Montréal.

**J**e suis heureux de me retrouver parmi vous, dont le choix de carrière témoigne d'une générosité et d'une détermination parmi les plus nobles sur le plan humain, pour vous parler d'un sujet qui me tient à cœur : le suicide. Ce fléau qui s'étend partout est une décision irréversible basée sur des mythes! Ce n'est pas une décision ordinaire de tous les jours qui, même erronée offre une deuxième chance de corriger, de se reprendre. Le suicide n'en offre aucune. Ce n'est pas non plus, une manifestation de liberté qu'il faut respecter. La personne suicidaire a une vision tronquée de la réalité. Elle se voit comme un perdant, un être nul et un rejet, pour qui la vie représente uniquement une série de pertes, sans rien à espérer et pour qui les choses ne vont jamais s'améliorer. Le suicide touche tous les groupes humains, des jeunes jusqu'aux personnes plus âgées.

Avant de vous présenter mon témoignage, je veux rendre hommage aux aînés qui sont majoritairement des gens heureux, généreux, actifs et impliqués. De surcroît, ils ont accumulé un grand nombre de réalisations. Ceux en fin de vie s'appêtent à laisser un riche héritage. En août 2010, j'ai eu 70 ans, l'âge de la retraite obligatoire. Plus je deviens moi-même un aîné, plus je songe à l'héritage que j'aimerais laisser un jour à mes proches. J'ai l'impression que cela est normal et qu'inconsciemment nous passons une bonne partie de notre vie à préparer cet héritage. Avec le temps, nous réalisons que son élément important n'est pas l'argent ni les économies amassées, mais bien l'exemple et les leçons de vie que nous avons livrés à notre entourage. J'ai souvent constaté qu'un rappel de cette réalité peut redonner de l'espoir et de l'énergie à un grand nombre de gens qui songent au suicide.

Mon propos en regard du thème discuté, touche deux points précis : le prix de l'ignorance et la magie des sentinelles.

## ❖ *Le prix de l'ignorance*

Le 27 novembre 1995, c'était l'anniversaire de naissance de mon épouse. Nous sommes donc allés souper au restaurant où nous avons eu une magnifique soirée en compagnie de Philip, notre deuxième enfant, âgé de 25 ans, et d'Anthony, notre plus jeune, âgé de 14 ans. Notre aîné Martin, notre fille Cynthia, et Marie-Chantale, l'épouse de Philip, étaient tous à Montréal. De retour à la maison, Philip n'arrêtait pas de nous remercier d'avoir été invité pour la belle soirée. Dans la cuisine, avant qu'il ne s'en retourne chez lui, je lui ai dit d'arrêter de nous remercier, car c'était toujours très agréable quand il était là. J'ai mis mes mains sur ses épaules et je l'ai regardé dans les yeux en lui disant : « Tu sais Philip, ton papa t'aime ». Il m'a répondu avec un grand sourire : « Moi aussi papa, je t'aime ». Et on s'est embrassés. Après cela, il est reparti chez lui. Le lendemain, la police m'a appelé à mon bureau au Palais de justice, pour m'informer qu'on avait retrouvé la voiture de Philip, ainsi que Philip sans vie. Et pire encore, la nouvelle qu'il s'était suicidé.

J'ai beaucoup appris depuis cette tragédie. À l'époque, je ne connaissais rien du suicide. Je roulais sur le chemin de l'ignorance. Au printemps 1994, Philip a obtenu sa maîtrise en psychologie. Dès l'automne, mon épouse m'a dit qu'il faisait une dépression. Je lui ai répondu que c'était impossible, que tout le monde l'adorait et l'aimait... Donc, j'ai nié. À l'hiver, quand il a fait une tentative, il fut hospitalisé pour un mois en observation et nous sommes allés le voir chaque soir pour le soutenir et lui dire qu'on tenait à lui. Cependant, nous n'avons pas rencontré son médecin, car on voulait qu'il s'occupe de Philip et on ne voulait pas le déranger. Donc personne ne nous a expliqué la gravité de la situation, ni comment s'y prendre pour le soutenir de manière efficace.

Quand il fut libéré, on s'est imaginé que le médecin avait pris sa baguette magique et l'avait guéri. À mon anniversaire à la mi-août, il nous a annoncé qu'il avait arrêté ses médicaments. J'ai dit à mon épouse que c'était merveilleux, qu'il se sentait mieux et qu'on était sortis du bois. Que tout était beau! Trois mois plus tard, à la fin novembre, il s'enlevait la vie. Vous remarquerez qu'à chaque étape, je suis arrivé à la mauvaise conclusion. De surcroît, j'ai naïvement imaginé qu'il ne le ferait pas parce que nous l'aimions, qu'il nous aimait, que nous n'étions pas en chicane et qu'il n'était pas aux prises avec un problème de consommation.

### *L'amour et l'ignorance ne préviennent pas le suicide*

J'ai donc appris que l'amour et l'ignorance ne préviennent pas le suicide. Pires que l'essence et l'alcool, ils donnent un faux sentiment de sécurité. Il n'est pas nécessaire d'être aux prises avec un problème de consommation pour s'enlever la vie. J'ai appris également que les professionnels et l'entourage ne doivent pas fonctionner en vase clos, car la prévention est un travail d'équipe.

### *La difficulté d'aider les autres*

Dans l'exercice de votre profession, vous recevrez des demandes d'aide de gens aux prises avec une détresse psychologique grave. Je sais que vous traitez chacune de ces demandes comme une «fiducie sacrée» qui vous a été confiée et que vous êtes prêts à tous les sacrifices possibles et impossibles pour y répondre. Cependant, travailler jour après jour en relation d'aide dans un contexte d'heures supplémentaires équivaut parfois et trop souvent à cultiver l'épuisement. Un intervenant en matière de détresse n'est pas immunisé contre sa propre détresse.

Ainsi, à l'Institut Universitaire de Québec, autrefois l'Hôpital Robert-Giffard, spécialisé en santé mentale, il y a eu 8 suicides parmi les 1 200 membres du personnel, sur une période de trois ans. Avec l'appui de la direction, le syndicat et le programme d'aide aux employés, le Centre de prévention du suicide de Québec a contribué à la mise en place d'un groupe de « sentinelles ». Quatre-vingts membres du personnel se sont inscrits bénévolement pour suivre une formation minimale en prévention du suicide, leur permettant d'être à l'écoute de leurs collègues de travail et de « faire le lien » le cas échéant avec les ressources d'aide.

Près de cinq ans plus tard, il n'y a pas eu un seul suicide parmi le personnel à cet hôpital. Récemment, le programme de sentinelles a reçu un prix comme un des meilleurs programmes de l'hôpital.



### *La magie des sentinelles*

Il devient primordial de fournir de l'assistance aux personnes présentant des signes de détresse. Bien sûr, il y a des programmes d'aide et des intervenants dévoués. Mais il existe également des formes d'aide fournies par le milieu lui-même. Ce sont des personnes bénévoles appartenant à diverses organisations (postes, banques, dépanneurs, épicerie, pharmacies). On les appelle sentinelles, veilleurs, éclaireurs. Formés par leur organisation, ils ont un rôle de dépistage, qui est de détecter des signes précurseurs de la détresse psychologique ou de la perte d'autonomie chez les plus âgés et de les signaler aux personnes compétentes.

Il y a également des systèmes d'écoute pour les gens vivant des difficultés, et ce, jour et nuit. Bien sûr, ces organismes ne peuvent pas tout régler. Ainsi, les médias nous ont abondamment expliqué qu'un membre du personnel hospitalier, aux prises avec une rupture conjugale difficile, est retourné chez lui après une semaine de travail et a tué ses deux enfants en bas âge et tenté de mettre fin à sa propre vie. Personne ne peut dire de manière certaine, si un programme de sentinelles aurait sauvé la vie de ces deux enfants, mais nous savons qu'ils n'ont pas eu « la chance de leur bord », la chance de bénéficier de la différence qu'un groupe de sentinelles aurait pu faire pour eux.

La démarche de chaque personne qui vous consulte est fondée sur sa confiance en vous, et s'appuie sur votre crédibilité. Le merveilleux livre de Stephen R Covey, « *Le pouvoir de la confiance : le facteur qui change tout* », parle surtout de « crédibilité ».

À titre de professionnels en relation d'aide, vous prêchez que « demander de l'aide, c'est fort ». Mais cela ne suffit pas, car « il faut pratiquer ce que l'on prêche ». La raison de cela est simple : « les gestes parlent plus fort que les paroles », d'autres diront qu'il faut que « les bottines suivent les babines ». Je vous propose donc, d'exiger que votre lieu de travail crée un groupe de collègues « sentinelles » ou de « pairs aidants ». Mieux encore, joignez-vous à un tel groupe.

Vous aurez compris que mon message n'est pas nouveau. Il est vieux. Depuis le début des temps on se fait dire : « aimez votre prochain, comme vous vous aimez vous-même ». La deuxième partie : « comme vous vous aimez vous-même » est importante! Tous les parents le disent de diverses façons à leurs enfants. Un grand-papa juriste, dira: «sois juste envers tout le monde, mais d'abord et avant tout envers toi-même». Mes petits enfants en savent quelque chose. La plus belle formulation que j'ai entendue est: «sois un ami pour toi-même ».

Pour construire l'espoir, il faut multiplier le 25 % de personnes qui reçoit l'aide requise. Pour cela, il faut embrigader l'entourage : les amis, les proches, les collègues. Il faut développer dans l'entourage des amis vrais! La marque de commerce d'un ami, c'est d'être là, surtout dans les difficultés. Entre vrais amis, une détresse grave n'est pas une affaire privée.

Jean Vanier, dans son livre *«Toute personne est une histoire sacrée»*, nous donne une définition élogieuse d'un ami :

*«Qu'est-ce qu'un ami sinon quelqu'un qui ne me juge pas, ne me quitte pas quand il voit mes fragilités, mes limites, mes blessures, mes incapacités, tout ce monde brisé à l'intérieur de moi*

*L'ami est celui qui voit mes ressources, mon potentiel, et qui veut m'aider à le développer. L'ami est tout simplement heureux de vivre avec moi. Il prend sa joie en moi. »*

Le rôle d'un ami consiste à écouter l'autre sans juger, à poser par la suite les **vraies questions** : « Est-ce que tu penses au suicide? As-tu décidé comment tu ferais? Où? Quand? » Au moindre doute, on explique qu'« à titre d'ami, je ne veux pas me tromper, ni que toi tu te trompes. On va donc se renseigner ensemble au Programme d'aide aux employés (PAE) ou à la ligne d'écoute : **1-866-APPELLE (277-3553)** ».

Si vous êtes toujours « un ami pour vous-même », vous serez non seulement plus crédible, mais muni de votre expertise et de vos belles valeurs, vous continuerez à être des professionnels extraordinaires. C'est ce que je vous souhaite de tout cœur.

#### **RÉFÉRENCES**

Covey, Stephen M.R. (2008). *Le pouvoir de la confiance : le facteur qui change tout*. Paris : First.

Vanier, Jean, (1994). *Toute personne est une histoire sacrée*. Paris : Plon.

*Michael Sheehan* est un bénévole en prévention du suicide et un juge nouvellement retraité de la Chambre civile de la Cour du Québec. Il milite pour la promotion des droits et libertés de la personne, la justice et la prévention du suicide. Il a reçu d'ailleurs de nombreuses décorations de divers ordres professionnels ainsi que des associations canadienne et québécoise de prévention du suicide. En 2002, le Centre de prévention du suicide du Québec a créé un prix en son nom.

## *Vient de paraître*



chez Éditions Universitaires Européennes :

### ***Alzheimer : la réalité des couples vivant à domicile***

Auteur :  
Johanne Senneville, M.Sc. infirmière

Ce livre fera l'objet du *J'ai lu* dans le numéro du printemps 2012

# Le suicide... une affaire principalement d'hommes

Gervais Soucy

Ce texte résume les propos livrés lors du souper-causerie tenu sous le thème du « Suicide chez les aînés » à l'occasion de l'assemblée générale annuelle de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatrie en mai 2011 tenue au centre des Banquets Renaissance, Montréal.

**A**u Québec, au delà de mille personnes se donnent la mort chaque année (Institut national de Santé du Québec, 2011a). Cependant, nous savons que ce chiffre ne reflète aucunement la réalité. Nombre de décès, surtout chez les personnes âgées, ne sont pas suivis d'une enquête du coroner, ce qui fausse évidemment les données. Souvent la famille intervient. Quelquefois, ce sont les institutions qui ne désirent pas donner suite à la fin de vie d'une vieille personne, surtout si elle est sans famille; une question de réputation pourrait être en cause!

Ce qui inquiète, c'est la quantité d'hommes qui se suicident par rapport au nombre de femmes, presque trois fois plus. Chez les aînés, la tendance est à la hausse et l'arrivée des «baby boomers» est appréhendée et signifie une augmentation possible du nombre de suicides d'ici les 30 prochaines années.



## La personne âgée et son vécu

La solitude est très grande pour la majorité des personnes âgées. Il y a partout des aînés, surtout des hommes, qui vivent seuls, isolés et qui sont encore plus vulnérables s'ils sont handicapés par une ou plusieurs maladies. L'exemple suivant illustre bien cette solitude. Pour avoir œuvré chez *Les petits frères des Pauvres* il y a quelques années, rien n'est plus triste que d'aller cueillir un homme de plus de 75 ans, vivant seul dans une petite chambre au dernier étage d'une maison de chambres, dans un quartier défavorisé d'une grande ville. Originaire du Nouveau-Brunswick, ancien bûcheron, encore costaud, il se retrouvait seul dans une ville inconnue. Quelle solitude! Heureusement, cet organisme et d'autres, comme Gilles Kegel, cet infirmier de la rue qui œuvre dans le quartier St-Roch à Québec, recherchent les gens seuls pour leur donner un peu de bonheur et de chaleur humaine et peut-être les sauver de l'irréparable.



## Pourquoi les hommes se suicident-ils plus que les femmes?

Pour mieux cerner la pensée des hommes et ce qui peut les pousser vers le suicide, une équipe de chercheurs de l'UQÀM (2008) a dégagé des causes possibles de ce triste

constat. Leur analyse sommaire aidera à mieux comprendre cette situation de désespérance chez les hommes. L'équipe de recherche a dégagé six raisons du grand nombre de suicides réussis chez les hommes, soit un suicide par quatre tentatives.

### Quelques hypothèses de réflexion

Selon cette étude, les hommes prennent des **moyens létaux (mortels)** solides pour s'enlever la vie. Ils ne désirent pas rater leur coup; c'est une fausse fierté. Les armes à feu et la pendaison sont des instruments radicaux de mort spécialement prisés. Évidemment, les armes à feu en circulation un peu partout dans le monde sont possédées par 90 % d'hommes, ce qui facilite ce moyen pour mettre fin à leurs jours. Nous sommes sensibilisés à cette situation et nous devons intervenir fortement pour que le registre des armes à feu persiste et s'améliore. Des armes cadenassées sont moins faciles d'accès et peuvent sauver une ou plusieurs vies en cas de détresse psychologique.

Par ailleurs, les hommes sont nombreux à **souffrir de troubles mentaux**. La dépression est très fréquente chez eux, sans apparence réelle, ce qui conduit à l'abus de différentes substances telles, l'alcool, les drogues, les médicaments ou encore un mélange de ces substances. La dépression chez les hommes est difficile à diagnostiquer, car camouflée par différents subterfuges. En conséquence, les hommes tardent à consulter ou ne veulent tout simplement pas rencontrer un thérapeute. Naturellement, ils sont plus récalcitrants aux différents soins et aux médications. Il faut souvent l'intervention d'un tiers, comme la conjointe, pour forcer les hommes à aller consulter.

Le désarroi et la peur devant des maladies mentales peuvent s'installer au grand âge et deviennent également des occasions de penser au suicide. Les hommes sont plus **réticents à demander de l'aide**, à s'ouvrir aux membres de leur famille, aux amis et même aux professionnels de la santé. L'homme n'est pas porté à se confier aux gens qui l'entourent de crainte d'être jugé comme faible, pleutre. Ce témoignage d'un monsieur âgé illustre bien cette situation. Cet homme était en froid avec un de ses fils et cela le rendait triste. Il a alors fait une dépression nerveuse, ne dormant plus la nuit et sombrant tranquillement dans la tristesse et le désespoir. Heureusement, il a consulté son

médecin, pris des antidépresseurs et retrouvé la force de régler son conflit avec son fils. Ce témoignage est consolant et prouve que l'être humain peut s'en sortir même si l'homme, en général, préfère se murer dans de grands silences, quand ce ne sont pas tout simplement des gestes brusques de rejet de toute forme d'aide.

Les hommes en général sont **moins bien intégrés socialement**. Combien d'hommes ont une ou des personnes significatives dans leur vie de tous les jours? Combien d'entre eux peuvent échanger avec un ami, un frère ou un beau-frère sur les tensions intérieures, le stress devant l'avenir, la mort, le manque d'argent. Contrairement aux femmes, très rares sont les hommes qui peuvent se targuer d'avoir un ami à qui ils peuvent confier leur plus intime appréhension, plaisir ou sentiment. Plusieurs hommes âgés sont totalement démunis à la perte de leur conjointe. Ils ont été « gâtés » par elle dans les gestes quotidiens et se retrouvent bien seuls lorsqu'elle n'est plus là. La solitude et l'isolement s'installent à perpétuité. Il arrive souvent qu'ils suivent dans la mort leur conjointe peu de temps après son décès. Au contraire, les femmes ayant été durant un long moment aidantes naturelles, se retrouvent souvent libérées et reprennent une vie sociale active avec leurs amies.

On remarque également que l'absence de soutien social offert par une participation à une communauté de croyants affecte les personnes et augmente la solitude.

Les hommes et la société en général sont **plus favorables au suicide**. Les statistiques démontrent que le suicide est mieux accepté par la société quand il s'agit d'un homme qui, au lieu d'affronter une ou plusieurs grandes difficultés, préfère se suicider. Les hommes en général acceptent plus facilement cette situation de suicide en haussant les épaules et en jugeant le geste désespéré à la hauteur du mérite. Combien de fois avons-nous entendu : « Il faut du courage pour se suicider! » Erreur sur toute la ligne, c'est le désespoir qui mène au suicide.

Les particularités du **rôle masculin prédisposent les hommes au suicide**. Les hommes âgés partagent peu leur souffrance, ne pleurent pas ou se cachent pour ne

pas faire voir leurs sentiments. Ils évitent les émotions vives, sont plus impassibles devant les difficultés et admettent difficilement ou pas du tout leurs dépendances. Ils sont définitivement plus agressifs, même violents si les circonstances l'exigent. Ils sont plus colériques et frappent plus facilement les personnes qui s'opposent à leur désir.

Certains évènements survenant en fin de carrière ou en fin de vie prédisposent davantage les hommes âgés au suicide. Parmi ceux-ci : la perte d'emploi, la diminution d'habiletés physiques, la perte du permis de conduire

## ❖ *Conclusion*

Voilà quelques éléments de réflexion sur le « mental » de l'homme âgé d'aujourd'hui. Y aura-t-il des changements dans les années à venir devant la montée appréhendée du suicide chez les baby-boomers?

Vous, les travailleurs de la santé qui êtes en contact quotidien avec les hommes âgés, développez une sensibilité extrême pour sentir leur solitude, leur désespérance. Souvent, sous une carapace « bougonneuse », ils recherchent un peu de compréhension, de chaleur humaine, d'amour en fait! Vous êtes des anges de la vie... de vraies sentinelles auprès d'eux.

Votre dévouement est à la hauteur d'une plus grande qualité de vie pour tous et nous vous en remercions grandement.

## **RÉFÉRENCES**

Crise. (2008). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide*. [http : //www.criseapplication.uqam.ca](http://www.criseapplication.uqam.ca) (consulté le 15 août 2011).

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2011a). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009*.

Institut de la statistique, Gouvernement du Québec. (2011b). *L'espérance de vie des Québécois poursuit sa progression* [http // w w w . s t a t . g o u v . q c . c a / s a l l e - p r e s s e / c o m m u n i q / 2 0 1 1 / m a i / m a i 1 1 0 5 . h t m](http://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiq/2011/mai/mai1105.htm) (consulté le 15 août 2011).

*Gervais Soucy* est retraité de l'enseignement (34 ans comme professeur de biologie). En plus de ses nombreuses activités, il fut représentant de la Table de concertation des Aînés, section Québec durant de nombreuses années, s'est impliqué dans l'écoute téléphonique en santé mentale (section Québec). Alerté par le suicide simultané de deux voisins de sa région, il décide de s'impliquer dans cette cause. Il donne de nombreuses conférences au Québec et, traitant du même sujet, il fut « Journaliste d'un jour » au Téléjournal de Radio-Canada en septembre 2008.

# La vie avec l'aphasie : une association peut aider la personne aphasique

Louise Bourbonnais

La scène se passe dans une pharmacie. Un homme dans la soixantaine, boitant du côté droit, marche avec une canne. Il s'adresse à un commis.

- Bonjour... Lait de.. ?
- Le lait, c'est à l'épicerie, à côté...

*L'homme fait signe que non de la tête et poursuit en décrivant avec ses mains une petite bouteille et dit :*

- Bleue
- Une bouteille bleue... Ah, monsieur, il y en a des centaines ici.
- Lait... où?
- Vous voulez du lait?... Je ne comprends pas...

*L'homme fait signe que non de la tête et montre son ventre.*

- Vous voulez du lait de magnésie?

*Il fait signe que oui. Et le commis lui apporte une grande bouteille de lait de magnésie....L'homme refait le geste, montrant un petit format.*

- Vous voulez une plus petite bouteille?

*L'homme fait signe que oui et le commis dit :*

- En capsule ou en liquide?

*L'homme fait signe que oui. Le commis ne comprend pas ce qu'il veut et il lui apporte les capsules. L'homme fait signe que non de la tête. Le commis s'impatiente.*

- Pourquoi vous ne me le disiez pas que vous le voulez liquide!

*L'homme dit :*

- Prix?
- Le coût?... c'est neuf et quatre-vingt-dix-neuf.

*Passant à la caisse, l'homme tire de sa poche gauche quatre 2 dollars et trois 0,25\$ qu'il dépose sur le comptoir. Le caissier dit :*

- C'est neuf et quatre-vingt-dix-neuf plus taxes...

*L'homme ne sachant s'il doit ajouter ou enlever de l'argent, montre du nez les pièces qu'il a déposées. Le commis s'impatiente.*

- Il manque la taxe. Avez-vous deux autres dollars?
- Dépêchez-vous, les gens attendent derrière vous.

*L'homme fait semblant de trier la monnaie qui est sur le comptoir comme s'il voulait payer, ouvre à nouveau son porte-monnaie et y dépose un cinq dollars. Sans retenir un gros soupir de fatigue, le caissier prend ce qu'il lui faut et laisse le reste sur le comptoir.*

- Vous voulez un sac?

*L'homme ne répond pas.*

- Un sac? Vous avez un sac?

*Sans répondre, avec sa main gauche l'homme prend la bouteille, la met dans sa poche gauche, prend la monnaie, la met dans sa poche gauche, prend sa canne avec sa main gauche, sa seule main valide et sort, la tête penchée, humilié.*

**C**et homme - qui aurait aussi bien pu être une femme - est aphasique et souffre d'une hémiplégie partielle droite. Depuis qu'il a subi un accident vasculaire cérébral (AVC), il ne parle que par monosyllabes, n'arrive que très difficilement à se faire comprendre, se trompe parfois de mot, et souvent se décourage. Il vit seul, l'aphasie entraînant très souvent des ruptures de liens affectifs. L'entourage aussi s'est découragé, ne sachant comment communiquer avec lui. On ne trouve plus le temps de lui parler car il met dix minutes à faire comprendre ce qu'un autre aurait dit en dix secondes. On ne lui téléphone pas non plus, car au téléphone il ne comprend pas bien et il s'exprime toujours avec les mêmes mots. On ne trouve pas grand intérêt en sa compagnie. Et, contrairement au temps où il vivait avec sa compagne, il n'a plus personne pour parler à sa place. L'homme est seul.

Ses séances de réadaptation orthophoniques l'encourageaient. Il était persuadé qu'il pourrait parler comme avant son AVC. Sa compagne aussi le croyait. Aussi, il y était très assidu. Mais depuis qu'elles sont terminées, il

constate qu'il n'a pas retrouvé tous ses mots, qu'il ne peut reprendre son emploi, que ses copains de travail ne viennent que rarement le voir, que ses amis sont gênés avec lui, que ses enfants ne le comprennent pas, et qu'après avoir fait de nombreux efforts, sa compagne aussi l'a quitté. L'homme est seul.

Il a réappris à marcher et à utiliser une seule main pour faire sa cuisine, ses emplettes, s'habiller. Cela lui prend du temps, mais il est libre et vit dans un trois-et-demi pas cher, avec des voisins qui ne savent pas quoi penser de lui. Il s'est fait connaître de l'épicerie du coin, du milieu où il fait du bénévolat, mais ses soirées sont longues. À la télévision, les gens parlent trop vite, comme au cinéma. Alors il découvre la musique et ne s'en prive pas. Mais quand les émotions montent, il cherche qui pourrait le comprendre. La travailleuse sociale du CLSC est bienveillante pour lui, mais il ne peut compter sur elle quand il veut faire comprendre à son fils, qui lui rend visite deux fois par année, les conséquences de son addiction à la drogue.

## ❖ *Vivre avec l'aphasie*

La scène du début illustre une des milliers de difficultés qu'éprouvent les personnes aphasiques qui n'ont plus le recours à la parole spontanée pour s'exprimer dans toutes les situations de la vie. C'est un peu comme si vous étiez en Chine alors qu'on discuterait devant vous et que tout à coup on se mettrait à rire. Vous ne sauriez pas si l'on rit de vous ou d'une situation. Vous ne sauriez pas non plus comment demander votre chemin, ni comment obtenir vos remèdes.

La personne aphasique vit comme en terre étrangère. Pour certains, les mots ont perdu leur signification. Pour d'autres qui comprennent bien ce qui est dit autour d'eux, c'est la parole qui est absente, à des degrés divers. On parle alors d'aphasie de Broca. Plusieurs ne comprennent ni ne parlent. Mais ceux qui sont atteints de l'aphasie de Wernicke parlent abondamment sans parvenir à signifier clairement ce qu'ils veulent dire. Ils sont comme sur une planète étrangère... pour le reste de leur vie.

Il faut savoir que l'aphasie revêt chez chaque personne qui en est atteinte une forme différente. Les chiffres, les noms, les verbes ne présentent pas la même difficulté pour les uns ou les autres. L'écriture ou la lecture peuvent avoir été conservées... ou non.

Bien qu'elle soit fréquente, la solitude n'est pas le lot de tous les aphasiques. Plusieurs conjoints s'investissent admirablement pour aider leur proche. Ils l'entourent de sollicitude, et parfois celle-ci dépasse les nécessités réelles. On le met « sur une tablette », il n'a plus besoin de faire quoi que ce soit, on fait tout pour lui. La personne aphasique se sent alors marginalisée.

L'aphasie s'accompagne souvent de plusieurs éléments de découragement qui peuvent aller jusqu'au suicide : isolement, dépression, appartenance à un groupe défavorisé – surtout lorsqu'on a dû quitter un emploi bien avant l'âge de la retraite. En effet, il n'est pas rare qu'après un AVC, la personne souffre de dépression. Aphasique, elle peut croire normal d'être déprimée et alors s'enfoncer dans un isolement social et affectif tel qu'un suicide pourrait être entrevu. Il ne faut pas considérer la dépression comme allant de soi, même si elle est explicable. Le médecin doit être informé. Et si l'on ajoute à la fragilité de cette personne, la perte importante de revenus ou l'appartenance à un groupe défavorisé, l'aphasique pourra songer à sa mort. Son désintéressement, ses évitements et ses longues fatigues doivent inciter à l'interroger et à l'accompagner chez un intervenant de la santé. Il y a une vie après l'AVC et avec l'aphasie, mais si personne n'en témoigne, comment y croire?

## ❖ *Après l'aphasie, il y a encore une vie*

C'est pourquoi certains organismes ont été créés et regroupent les résilients, ceux qui s'engagent dans des activités qu'avant leur AVC, ils n'auraient jamais considérées comme faites pour eux. Au *Théâtre aphasique* ([theatreaphasique.org](http://theatreaphasique.org)), un bon nombre de comédiens parlent autant avec leur corps qu'avec des mots. D'autres, hémiplésiques dansent et donnent des spectacles avec Jacinthe Giroux. En tournées, ils touchent et font connaître l'aphasie tout en regagnant confiance en eux. Inutile de dire qu'ils se font entendre haut et fort, qu'ils rient et font rire... Car après l'aphasie, il y a encore une vie. Et l'Association québécoise des personnes aphasiques (AQPA) constitue un chaînon important dans cette vie retrouvée en solidarité avec d'autres personnes aphasiques.

En effet, l'AQPA vient en aide à un grand nombre de ces personnes dont le réseau social s'est amenuisé. Sa mission est de contrer leur isolement en leur fournissant un lieu d'appartenance, des visites amicales, un soutien et un accompagnement dans diverses situations complexes de la vie. L'AQPA rejoint aussi bien les francophones que les anglophones et dessert principalement l'Île de Montréal, malgré son appellation provinciale attribuable au fait que ce fut la première association du genre.

Depuis sa création en 1982, l'élan fut donné à travers le Québec. Dans onze régions, une quinzaine d'associations qu'on trouve sur le site du Regroupement des associations de personnes aphasiques du Québec, le RAPAQ ([www.aphasiequebec.org](http://www.aphasiequebec.org)), se sont constituées soit de façon autonome comme à Laval ([www.apal.ca](http://www.apal.ca)) ou au Saguenay ([www.rc02.com/apas/](http://www.rc02.com/apas/)), soit en participant aux activités d'autres organismes comme l'Association des accidentés cérébro-vasculaires et traumatisés crâniens de l'Estrie (<http://acteeestrie.com/>). Cela peut se faire en regroupant plusieurs types de handicaps entraînant une aphasie comme dans le Bas-Saint-Laurent où l'Association des personnes accidentées cérébro-vasculaires, aphasiques et traumatisées crânio-cérébrales ([www.acvatcc.com](http://www.acvatcc.com)) poursuit les mêmes objectifs de sensibilisation du public et de stimulation et de socialisation de la personne aphasique.

L'Association québécoise des personnes aphasiques (AQPA) est située dans des locaux de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, et offre chaque semaine une quinzaine d'ateliers à ses membres. Ceux qui habitent l'Ouest de Montréal se réunissent au Centre communautaire de Dollard-des-Ormeaux. Partout, ils sont écoutés, peuvent s'exprimer à leur rythme et sont encouragés à discuter, écrire et lire tout en rencontrant des amis autour de cafés et de biscuits.

Des orthophonistes et leurs stagiaires provenant des universités de Montréal et McGill, ainsi qu'une orthopédagogue du Centre de ressources éducatives et pédagogiques (CREP) de la Commission scolaire de Montréal, animent les ateliers avec le concours précieux de bénévoles. Des cours d'informatique sont dispensés individuellement par des étudiants ou des bénévoles toute l'année. Le « Chœur de l'aphasie », dirigé par la musicienne Christine Cantin, donne régulièrement des concerts. Si bien que le metteur en scène Robert Lepage l'a invité à participer au tournage d'un film qu'il prépare. On vient écouter des comédies musicales tous les mardis, ou visionner des films tous les vendredis. Les amateurs de photographie ont été réunis par une animatrice dans les plus beaux jardins de Montréal cet été : une exposition se prépare.

Tous les intervenants, qu'ils soient bénévoles ou non, reçoivent une formation à la communication avec la personne aphasique. Les proches aussi sont dans la mire de l'AQPA. Des stagiaires en service social découvrent en notre milieu les facettes complexes de la vie de conjoint d'une personne aphasique et se mettent à leur disposition. Des organismes dont la clientèle comporte des personnes aphasiques peuvent obtenir par nos soins les services de professionnels pour la formation de leurs intervenants.

Pour connaître l'horaire des activités et les personnes à contacter, on peut consulter le site web ([www.aphasie.ca](http://www.aphasie.ca)), ou téléphoner au 514-277-5678. Le dynamisme de l'AQPA fait son succès. C'est pourquoi nous invitons les personnes de la région de Montréal à signaler l'existence de l'AQPA à toute personne aphasique qui pourrait bénéficier de la solidarité de ses membres et de ses intervenants. L'adhésion annuelle n'est que de 20\$, l'AQPA étant subventionnée par le Programme de soutien aux organismes communautaires et aidée par de généreux donateurs.

Faire connaître l'AQPA, c'est parler afin que ceux que la parole a désertés retrouvent le goût de vivre et de communiquer. Faire connaître l'AQPA, c'est signaler un lieu de vie pour des personnes qui risquent de se décourager et de se marginaliser. Aider l'AQPA, c'est se solidariser avec une cause qui ne fait pas de bruit, mais qui met de la vie dans la vie. Aidez-nous, venez nous voir, parlez de nous !

*Louise Bourbonnais* est directrice générale de l'Association québécoise des personnes aphasiques.

## À la recherche d'auteurs...

Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et vous voulez le faire connaître...

Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager...

Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats...

Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

N'hésitez pas à nous rejoindre pour nous soumettre vos articles. Nous sommes toujours à la recherche de nouvelles idées de publication qui répondent aux besoins de nos lecteurs et augmentent les connaissances.

Courriel de l'Association : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org).

# *Le suicide assisté est-il une façon d'exercer son droit de mourir dans la dignité?*

*Alain Legault, inf., Ph.D.*

**A**près avoir sillonné le Québec d'un bout à l'autre, avoir entendu des citoyens et des experts, des personnes malades et des familles ayant perdu un proche, la *Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité*<sup>1</sup> déposera à l'automne 2011 son rapport et ses recommandations. Cette vaste consultation aura permis de discuter au grand jour d'une question qui nous touche tous : la mort, la fin de vie, le mourir dans la dignité. Un des constats clairement ressorti des travaux de la Commission est le besoin d'un développement important de l'offre de service en soins palliatifs. Ces soins indispensables à une mort dans la dignité ne rejoignent qu'une petite partie des personnes qui auraient besoin d'un accompagnement de qualité en fin de vie. Comme le résume si bien le titre du mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) présenté à la Commission : « Mourir dans la dignité : développer d'abord les soins palliatifs » (OIIQ, 2010).

Au-delà de ce premier constat, qui fait pratiquement l'unanimité, beaucoup de questions délicates soulevées lors des audiences de la Commission demeurent sans réponse claire. Ainsi, qu'en est-il d'une éventuelle légalisation de l'aide au suicide? Comme nous le verrons dans les lignes qui suivent, les points de vue sur cette question sont le plus souvent tranchés et en opposition. Il convient donc de clarifier ce que veut dire le terme « suicide assisté » et de le distinguer du concept d'euthanasie.

Le suicide assisté est le fait pour une personne de s'enlever la vie avec l'aide d'une tierce personne qui lui fournit conseils, médicaments, matériel médical, etc. Ce qui est important ici, c'est que c'est la personne elle-même qui pose le geste qui la fera mourir. Ce geste peut être aussi simple que d'actionner un mécanisme qui fera pénétrer la dose mortelle d'un médicament dans ses veines. Par comparaison, l'euthanasie est l'action d'une personne qui met fin à la vie d'une autre personne par compassion. La différence est que le geste fatal est posé par une tierce personne et non par la personne elle-même.

## ❖ *Aspect juridique de la question*

Au Canada, l'aide au suicide est un geste qui est régi par l'article 241 du Code criminel qui stipule qu'« est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas : a) conseille à une personne de se donner la mort; b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort, que le suicide s'en suive ou non ». Pour bien comprendre l'existence de cet article du Code criminel interdisant l'aide au suicide, il est nécessaire de faire un retour en arrière à l'époque où le suicide était un crime. En effet, l'article 270 du Code criminel de 1927 stipulait que « quiconque tente de se suicider est coupable d'un acte criminel et passible de deux ans d'emprisonnement ». Cette disposition de la loi demeura en vigueur jusqu'en 1972. Cette année-là, le Parlement canadien adopta une proposition d'abolition de l'article qui criminalisait les tentatives de suicide. Par cette décision, le Parlement prenait acte du fait que la tentative de suicide n'était plus considérée comme un crime que la société devait punir, mais une manifestation d'un désordre psychiatrique ou psychologique. Donc, les personnes qui faisaient une tentative de suicide devaient être soignées et non plus emprisonnées.

Cependant, l'article du Code criminel qui interdisait l'aide au suicide fut maintenu car, même si la tentative de suicide n'était plus considérée comme un crime, il fut décidé que l'interdiction de l'aide au suicide devait demeurer afin de protéger les personnes vulnérables qui pourraient céder à la pression de personnes de leur entourage qui voudraient les inciter à se suicider pour différentes raisons (financières, fardeau de soins jugé excessif, etc.).

Cette interdiction de l'aide au suicide a été maintes fois remise en question, discutée, critiquée. Le cas le plus célèbre de sa remise en cause est sûrement l'appel de Sue Rodriguez devant la Cour suprême du Canada en 1993. Cette mère de famille, âgée de

42 ans à l'époque, était atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA). Elle ne voulait pas mourir immédiatement, mais désirait recevoir de l'aide médicale au moment où elle déciderait qu'elle avait perdu la capacité de jouir de la vie. Elle demandait au plus haut tribunal au pays de déclarer invalide l'alinéa 241b) du Code criminel, celui qui interdit spécifiquement l'aide au suicide, parce qu'il portait atteinte à certains de ses droits<sup>2</sup> garantis par la Charte canadienne des droits et libertés (Smith, 1993).

La Cour suprême a finalement rejeté l'appel de Mme Rodriguez dans un jugement partagé à cinq contre quatre. De fait, les neuf juges de la Cour suprême ont reconnu que l'alinéa 241b) du Code criminel violait les articles 7 et 15 de la Charte. La seule différence entre les cinq juges majoritaires et les quatre juges minoritaires étant que les premiers ont jugé que ces violations respectaient les principes de justice fondamentale ou étaient justifiées dans une société démocratique, et donc qu'au nom de la protection des personnes vulnérables, ils maintenaient l'article 241 du Code criminel dans son intégralité (Smith, 1993).

Au moment d'écrire cet article, nous apprenions qu'en Colombie-Britannique, une nouvelle cause impliquant une femme souffrant de SLA serait entendue en novembre prochain par le plus haut tribunal de cette province. Elle demande sensiblement la même chose que Sue Rodriguez, soit le droit de recevoir de l'aide au moment de mettre fin à sa vie. Il est donc prévisible que cette nouvelle contestation judiciaire de l'article 241 du Code criminel se rende jusqu'en Cour suprême du Canada d'ici quelques années.



### *Arguments éthiques sur la question*

Si, pour le moment, la dimension juridique du suicide assisté est clairement définie, il n'en reste pas moins que les débats éthiques autour de cette question n'ont pas cessé de revenir régulièrement dans l'actualité depuis 1993. En simplifiant un peu,

on peut dire qu'il y a deux positions opposées sur la question de l'aide au suicide : d'un côté, il y a ceux qui demandent la dépénalisation de l'aide au suicide au nom du droit des personnes de mourir dans la dignité, et de l'autre, ceux qui s'opposent à cette dépénalisation au nom du respect de la dignité intrinsèque de chaque être humain. C'est clairement dit : le mot dignité est bel et bien employé à deux reprises pour justifier des points de vue opposés! Pour comprendre cette opposition, il faut prendre le temps de réfléchir au sens du mot dignité, ou plutôt aux différents sens accordés à ce concept.

### *Dignité*

Le concept de dignité peut être compris de différentes façons, ce qui explique pourquoi autant les partisans que les adversaires de la légalisation de l'aide au suicide peuvent se réclamer du même principe pour soutenir des solutions diamétralement

opposées. Selon Ricot (2003a, 2003b, 2006), il est possible de regrouper ces différentes définitions selon trois grandes catégories: la dignité ontologique, la dignité-décence et la dignité-liberté. Pour ce philosophe, la dignité, dans son

sens **ontologique**<sup>3</sup>, renvoie à la valeur absolue accordée à la personne humaine en son unicité. Elle concerne tout être humain indépendamment de son âge, de son handicap, de son état de santé, etc. Il ajoute que selon cette conception, il est impossible de perdre sa dignité, car elle est constitutive de l'humanité de la personne et, qu'en plus, personne n'a le pouvoir de renoncer à sa dignité pour la même raison.

Toujours selon Ricot (2003a, 2003b, 2006), la **dignité-décence** désigne cette sorte d'élégance qui épargne à autrui le spectacle de nos propres maux. Cette vision de la dignité peut même mener à nier la dignité ontologique de celui qui ne répond plus à la norme sociale de ne pas importuner autrui à cause de la détérioration de son état de santé. L'extrait suivant du Manifeste de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD, 2009) illustre bien cette conception de la dignité :

*Les débats éthiques autour de la question du suicide assisté n'ont pas cessé de revenir régulièrement dans l'actualité depuis 1993.*

*Sentir que l'on devient un fardeau n'est qu'une des facettes de la douleur globale. Ce sentiment résulte d'une faiblesse grandissante qui prive de toute autonomie : le malade connaît une diminution de ses capacités à se mobiliser, à se vêtir, à prendre soin de lui-même. Il vit la détérioration de son être sans perspective d'amélioration. La perte de son identité personnelle vide la vie de son sens la rendant indigne d'être vécue.*

Pour les tenants de la dignité ontologique, voir se dégrader l'état de sa propre personne, malgré toutes les souffrances que cette situation peut engendrer, n'équivaut pas à la perte de la dignité. La question est alors, pour ceux qui entourent cette personne en fin de vie, de trouver les moyens de l'accompagner et de la soulager pour qu'elle vive en personne humaine digne jusqu'au bout.

Finalement, la **dignité-liberté** est décrite par le même auteur comme une façon de confondre la dignité avec l'une de ses composantes, soit la liberté. En effet, De Koninck et Larochelle (2005) identifient deux dimensions fondatrices de la dignité humaine, soit la liberté ou souveraineté de la personne et la solidarité avec autrui. Pour ces auteurs, les deux dimensions sont indissociables et ne retenir que la liberté pour décrire la dignité dénaturerait cette dernière. Cette conception de la dignité-liberté est fort bien illustrée par cette citation de Michel Thévoz, un artiste et militant suisse pour le droit au suicide :

*Je souhaiterais que le suicide (...) soit inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme. Je souhaiterais qu'on reconnaisse ainsi sans restriction le droit des individus à disposer d'eux-mêmes, de leur propre vie et de leur propre corps. (...). J'aspire, pour ma part, à une mort digne, douce, indolore, si ce n'est euphorique; j'aspire surtout à mourir librement (...) J'entends contrôler ma vie jusqu'au bout et disposer des moyens d'y mettre un terme à ma guise. (Sobel et Thévoz, 2009, p. 6).*

Il devient évident que, selon la conception de la dignité à laquelle nous adhérons, notre position en regard du suicide assisté comme moyen de mourir dans la dignité sera fort différente. Ainsi, les personnes qui adhèrent à la conception de dignité-décence ou de dignité-liberté verront dans le suicide assisté une façon de prévenir la perte de dignité d'une personne en perte d'autonomie, en fin de vie ou tout simplement très souffrante. En opposition, les défenseurs de la conception ontologique de la dignité ne verront qu'une seule façon de préserver la dignité d'une personne en fin de vie : l'accompagnement de cette personne jusqu'à la fin de sa vie.

Un autre argument souvent utilisé dans les discussions entourant la question du suicide assisté est celui du droit de mourir dans la dignité. Nous allons maintenant examiner de plus près cet argument.

#### *Droit de mourir*

Le droit de mourir existe-t-il? La question peut surprendre lorsqu'on prend un peu de recul et que l'on constate que pour la très

grande majorité des êtres humains, la question qui occupe la plus grande place dans leur vie est celle du droit à la vie, sinon à la survie. Rameix (2004) propose une analyse intéressante de cette question en soutenant que le droit de mourir peut se décomposer en trois droits distincts :

*a) droit aux soins palliatifs (cessation des soins curatifs, traitement de la douleur et de la souffrance, accompagnement de la personne);*

*b) droit de refuser des traitements, de refuser la survie, de refuser la médicalisation, la technicisation de la mort, un droit que l'on vous laisse mourir;*

*c) droit au suicide assisté ou à l'euthanasie, droit d'être aidé pour se tuer ou droit d'être tué, droit que l'on vous fasse mourir (p. 99).*

S'appuyant sur l'idée que les deux premiers droits sont de plus en plus reconnus, elle précise qu'il y a une forte complémentarité entre ceux-ci. En effet, à quoi servirait un droit de refuser des traitements

*Le droit de mourir  
existe-t-il?*

curatifs en fin de vie si, par ailleurs, on ne pouvait s'attendre à recevoir des soins palliatifs de qualité. L'auteure introduit, par la suite, la distinction entre le **droit liberté**, aussi nommé droit négatif, par exemple la liberté de refuser des traitements jugés inutiles et le **droit-créance**, ou droit positif, qui crée une obligation pour la société de fournir à la personne les moyens d'exercer son droit, par exemple le droit de recevoir des soins palliatifs offerts par le système de santé. Elle conclut en soulignant «la logique profonde de cette association de deux droits si différents : le droit de refuser des traitements et le droit à des traitements palliatifs. Ils constituent bien ensemble le «bloc» d'un droit de mourir cohérent, tout aussi respectueux de la liberté des individus que garant de la solidarité des citoyens» (p. 102).

Poursuivant sa réflexion sur le troisième droit assimilé au droit de mourir, le droit au **suicide assisté et à l'euthanasie**, Rameix (2004) fait remarquer que c'est l'échec dans le respect des deux droits précédents qui fait, le plus souvent, surgir la revendication du suicide assisté ou de l'euthanasie.

C'est une sorte de réponse devant l'échec du système de santé, et de la société au sens large, à respecter la liberté des personnes de refuser des soins et à mettre en place des soins palliatifs de qualité et accessibles au plus grand nombre. Elle fait ensuite remarquer que le droit au suicide, revendiqué par certains, est un droit négatif, en fait une liberté de se suicider, car la plupart des pays occidentaux ont retiré la tentative de suicide du Code criminel préférant prendre en charge les suicidaires par un suivi médical et psychosocial. Cependant, la liberté de se suicider ne crée pas un droit positif pour l'État de soutenir activement les personnes qui veulent se suicider, ni même de permettre que des organisations ou des personnes offrent ce soutien actif.

Selon cette analyse, s'il existe un droit de mourir dans la dignité, il se résume en un droit négatif, une liberté de refuser des traitements que l'on juge futiles, disproportionnés et d'un droit positif à recevoir des soins palliatifs de qualité offerts par le système de santé. Alors, pourquoi le débat sur la

MODÈLE DE BONNE MORT	IDÉAL HUMAIN QUI SOUS-TEND LE MODÈLE
<p><b>Mort médicalisée</b></p> <p>Grâce aux progrès de la médecine, la maladie étant maîtrisée et les souffrances adoucies, les personnes malades peuvent encore profiter de la vie. Lorsque la médecine devient incapable de prolonger la vie de manière décente, la mort doit se faire vite : il n'y a rien à tirer du mourir; il est le mal absolu.</p>	<p><b>Soulager la condition humaine</b></p> <p>Soulager la condition humaine, voilà ce qui me semble être l'idéal humain qui habite la médicalisation de la mort. La médecine moderne est née d'une volonté de transformer la condition de l'être humain en faisant disparaître la maladie et la souffrance.</p>
<p><b>Mort rapide et sans effort</b></p> <p>On pourrait dire que ce modèle est aujourd'hui le plus populaire. Pour une foule de gens, mourir dans son sommeil est la plus belle mort qui soit. Deux éléments caractérisent ce type de mort. D'une part, débilité et douleurs sont évitées. D'autre part, la personne n'a pas à faire face à sa mort qui est ainsi évacuée.</p>	<p><b>Un monde de bien-être</b></p> <p>Ce modèle correspond à une vision de l'être humain en quête de bien-être. Il s'inscrit parfaitement dans un monde où la recherche du vivre mieux au quotidien est le moteur de la vie. Dans un sens, ce modèle rejoint le modèle précédent qui est fondé sur la volonté de faire disparaître la souffrance et la maladie.</p>
<p><b>Mort libre et autonome</b></p> <p>Dans le troisième type, la mort est préparée par le malade lui-même, avec une fin sans douleur, apaisée, où tout est choisi, le lieu, le moment, l'entourage, les dispositions, le message laissé à ceux qu'on laisse.</p>	<p><b>Maître de sa vie</b></p> <p>L'être humain, maître de sa vie, est au coeur du projet de la modernité. Les diverses déclarations universelles des droits témoignent de la place centrale qui est aujourd'hui reconnue au sujet libre et autodéterminé.</p>
<p><b>Mort naturelle</b></p> <p>Différents courants de pensée se définissent par ce concept. On parle beaucoup de la nécessité de démedicaliser la mort. Un autre sens vient du fait que la mort naturelle est aujourd'hui rarement permise, des machines et des médicaments prolongeant la vie des malades. Le sens le plus fort est cependant celui qui se rapproche du mouvement de la naissance naturelle. Les tenants de cette vision visent à favoriser la mort à la maison.</p>	<p><b>Conception écologique</b></p> <p>Derrière le concept de mort naturelle, il y a deux visions de la nature et de l'être humain. Dans un premier sens, l'utilisation de la technique est limitée comme le montre l'expression « laisser la nature suivre son cours », mais l'être humain demeure le maître. Dans le second sens, celui de la continuité, l'être humain fait partie d'un univers plus grand que lui et à qui il doit respect.</p>
<p><b>Mort accompagnée</b></p> <p>Si tout au cours de sa maladie, le malade ressent le besoin d'accompagnement, arrive un moment où l'accompagnement devient une nécessité vitale pour lui. Ce moment est celui où le patient est informé de sa mort proche. L'accompagnement devient pour lui essentiel pour franchir cette dernière étape de vie.</p>	<p><b>« Vivant jusqu'à la mort »</b></p> <p>C'est dans cet espace de vie que vient s'inscrire l'accompagnement, action de reconnaître que l'histoire de cette personne peut encore être complétée. Dans l'accompagnement, si le malade est seul à mourir, il ne meurt pas seul.</p>

Tableau 1 : Modèles contemporains de la bonne mort (Doucet, 2011)

légalisation du suicide assisté revient-il toujours dans l'actualité? Je vous propose de regarder cette question sous l'angle des conceptions contemporaines de la bonne mort.

### *Modèles contemporains de la bonne mort*

Dans une conférence prononcée lors du dernier congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ), Hubert Doucet, un des pionniers de la bioéthique au Québec, proposait de réfléchir aux questions éthiques entourant la fin de vie à partir de cinq modèles contemporains de la bonne mort (voir tableau 1).

Un des aspects les plus intéressants de cette proposition est qu'en plus de définir différents modèles de bonne mort, Doucet (2011) propose de chercher à comprendre l'idéal humain, la vision de la personne, qui sous-tend chacun des modèles.

Dans le cadre du débat qui nous occupe, soit la légalisation ou non de l'aide au suicide, un examen des modèles de bonne mort proposés par Doucet (2011) nous permet de voir que deux de ces modèles sont tout à fait compatibles avec les arguments des personnes qui réclament cette légalisation : la mort rapide et sans effort ainsi que la mort libre et autonome. Par ailleurs, on retrouve dans le modèle de la mort accompagnée une parenté de pensée et d'action avec les adversaires de cette même légalisation de l'aide au suicide.

Cet outil d'analyse proposé par Doucet (2011) permet d'aller plus loin dans la compréhension du débat actuel entourant l'aide au suicide. Derrière les arguments juridiques et éthiques qui font la manchette depuis plusieurs années, se retrouvent des visions très différentes de la personne humaine et de la vie. Du côté de ceux qui demandent la légalisation de l'aide au suicide, il existe une conception de l'être humain en quête de bien-être dans un monde où la recherche du vivre mieux au quotidien est le moteur de la vie : un être humain, maître de sa vie, largement reconnu comme sujet libre et autodéterminé. Dans ces deux modèles, la volonté

de faire disparaître la souffrance et la maladie est centrale. Pour les personnes qui partagent cette vision de l'être humain, la dignité est le plus souvent définie comme étant la dignité-décence et la dignité-liberté.

Du côté de ceux qui s'opposent à la légalisation de l'aide au suicide, la conception de l'être humain est présentée comme projet unique, toujours en devenir. Au moment où il est informé de sa mort proche, l'accompagnement devient pour lui essentiel pour franchir la dernière étape de sa vie. Elle devient alors une façon de reconnaître que l'histoire de cette personne peut encore être complétée et que si le malade est seul à mourir, il ne meurt pas seul. Les personnes qui partagent cette vision de la fin de vie adhèrent habituellement à la conception ontologique de la dignité.

### ❖ *Conclusion*

Ce tour d'horizon, bien qu'incomplet, a permis de voir que le débat autour de la légalisation du suicide assisté est un débat complexe qui trouvera difficilement une réponse claire et précise dans les prochaines années. Pour revenir à la question posée initialement, « *Le suicide assisté est-il une façon d'exercer son droit de mourir dans la dignité?* », comment pouvons-nous maintenant répondre? En fait, il semble clair qu'il ne peut y avoir qu'une seule réponse à cette question. Selon la définition du concept de dignité à laquelle vous adhérez et la vision de l'être humain qui est la vôtre, votre réponse sera tout à fait différente.

Pour ma part, si vous me permettez de prendre position, je suis plutôt partisan d'une vision de la dignité qui s'en tient à la définition ontologique de ce concept. Mes longues années de travail auprès de personnes âgées en très grande perte d'autonomie n'ont laissé aucune place dans mes valeurs pour autre chose que la dignité ontologique. Comment, en effet, penser le travail infirmier en soins de longue durée si la dignité humaine peut être grugée par les pertes physiques, psychiques ou la perte de

*La vie d'une personne est un projet unique qui trouve souvent son dénouement à la toute fin d'un long parcours.*

l'autonomie? Au contraire, tout le travail de l'infirmière et de l'équipe soignante dans ce domaine est de respecter la dignité ontologique de la personne, quelle que soit sa condition de santé.

De même, je me reconnais davantage dans le modèle de la mort accompagnée car tant mes expériences professionnelles que personnelles avec les personnes vieillissantes m'ont convaincu que la vie d'une personne est un projet unique qui trouve souvent son dénouement à la toute fin d'un long parcours. Vous ne serez donc pas surpris de me voir me ranger du côté de ceux qui s'opposent à la légalisation de l'aide au suicide. Cette position se trouve renforcée par le paradoxe qui se présenterait à nous, comme société si, d'une part, nous acceptions de légaliser l'aide au suicide pour les personnes en fin de vie ou très souffrantes et que, d'autre part, nous continuions à promouvoir la prévention du suicide chez les jeunes et les moins jeunes. Se poserait alors à notre société la difficile question de trancher entre les demandes d'aide au suicide recevables et celles qui mériteraient plutôt une intervention de prévention.

Ceci étant dit, il faut admettre que la situation actuelle de la faible accessibilité aux soins palliatifs et, encore plus, les limites de ce que nous pouvons offrir en termes de soins palliatifs aux personnes vivant avec des maladies dégénératives telles que la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson ou la sclérose latérale amyotrophique, créent un contexte où la question du suicide assisté risque de revenir encore dans les conversations. Il ne faut pas oublier qu'au-delà des discussions éthiques et juridiques, qui ont toute leur importance, se trouvent des personnes qui souffrent dans leur chair et dans leur esprit aujourd'hui, maintenant, pendant que vous lisez ces lignes. Se contenter d'interdire l'aide au suicide n'est pas suffisant. Il faut aussi développer de toute urgence l'accessibilité aux soins palliatifs et, encore plus spécifiquement, les soins aux personnes vivant avec des maladies dégénératives. Il faut aussi, et peut-être même surtout, être présent aux personnes qui souffrent et leur offrir notre compassion sans réserve.

## NOTE

<sup>1</sup> Ci-après nommée « la Commission »

<sup>2</sup> En particulier l'article 7 de la Charte qui stipule que : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. » et l'article 15 qui stipule que « La loi (...) s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou la déficience mentale ou physique ».

<sup>3</sup> L'ontologie renvoie à l'essence d'un phénomène, à son sens premier.

## RÉFÉRENCES

AQDMD. (2009). *Manifeste de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité*. Récupéré sur le site internet de l'AQDMD le 12 août 2011, [http://www.aqmdm.qc.ca /page10.php](http://www.aqmdm.qc.ca/page10.php).

De Koninck, T., & Larochelle, G. (2005). *La dignité humaine*. Paris : PUF

Doucet, H. (2011). *Le bien mourir aujourd'hui : y a-t-il un modèle unique?* Un regard éthique. Texte de la conférence prononcée dans le cadre du 21<sup>e</sup> Congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec, le 31 mai 2011 à Trois-Rivières. Récupéré sur le site du RSPQ le 22 août 2011, <http://aqsp.org/images/Presentation%20Hubert%20Doucet%20%20C8.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Mourir dans la dignité - Développer d'abord les soins palliatifs*. Montréal : OIIQ.

Rameix, S. (2004). Le droit de mourir. *Gérontologie et société*, 108, 97-111.

Ricot, J. (2006). Dignité et fin de vie : de quelle dignité parlons-nous? ». *Revue internationale de soins palliatifs*, 3(21), 102-103.

Ricot, J. (2003a). *Philosophie et fin de vie*. Rennes : Éditions ENSP.

Ricot, J. (2003b). *Dignité et euthanasie*. Nantes : Éditions Pleins Feux.

Smith, M. (1993). *L'affaire Rodriguez : un examen de la décision rendue par la Cour suprême du Canada sur l'aide au suicide*. Ottawa : ministère de la Justice, division du droit et du gouvernement. Récupéré sur internet le 22 mai 2011, [http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/ Collection-R/LoPBdP/BP/bp349-f.htm](http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp349-f.htm).

Sobel, J., & Thévoz, M. (2009). *L'aide au suicide. Contre l'acharnement thérapeutique et palliatif. Pour le droit de mourir dans la dignité*. Lausanne : Favre.

*Alain Legault, inf., Ph. D., est professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.*

# La prévention du suicide chez les personnes âgées : s'outiller pour intervenir<sup>1</sup>

Louise Beauvais, inf., M.Sc. inf.

Danielle Corbeil, inf., M.Sc. inf., MAP

**S**elon les données de l'Institut de santé publique du Québec (INSPQ), 1 103 décès par suicide ont été enregistrés au Québec en 2008 et de ce nombre, 137 étaient des personnes de plus de 65 ans. Alors qu'on observe une diminution du taux de suicide qui est passé de 18,0 à 14,2 /100 000 de 2001 à 2008 dans toutes les tranches d'âges, le taux demeure stable pour les mêmes périodes (12,1 à 12,1 /100 000) chez les personnes âgées de 65 ans et plus (INSPQ, 2010).

De plus, plusieurs suicides de personnes âgées ne figurent pas dans les statistiques car leur mort n'est pas nécessairement identifiée comme telle. Les auteurs Préville, Boyer, Hébert, Bravo & Seguin (2003) citent des études selon lesquelles plusieurs décès de personnes âgées associés à un refus de traitement, à l'excès volontaire de médicaments ou à un refus de s'alimenter ne sont pas dénombrés dans les cas de suicide. Ce phénomène est préoccupant et doit nous alerter afin de mettre fin au désespoir des personnes âgées.

Ces personnes représentent un groupe vulnérable pouvant être victime de préjugés en considérant la perte du goût de vivre et la dépression comme une condition inhérente à cet âge. Ces attitudes à leur égard amènent à minimiser ou à passer sous silence certains comportements suicidaires.

Les infirmières interviennent en grand nombre auprès de cette clientèle et leur famille dans les divers milieux de soins et peuvent aider à prévenir le suicide en étant à l'écoute des signes de détresse psychologique des personnes âgées. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2007) mentionne que l'expertise clinique des infirmières peut être mise à profit pour réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicides, étant donné les diverses sphères d'intervention où elles œuvrent. Un guide sur la prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des CSSS (MSSS, 2010) donne également des orientations pour soutenir le rehaussement des interventions et des pratiques de gestion afin d'améliorer les services aux personnes suicidaires.

Le but de cet article est de sensibiliser les infirmières au rôle important qu'elles peuvent jouer dans le dépistage et

dans l'évaluation du risque suicidaire chez les personnes âgées. Il propose également des pistes d'interventions pour venir en aide aux personnes suicidaires ainsi qu'à leurs proches.



## **Mythes et croyances entourant la personne âgée suicidaire**

Plusieurs mythes et croyances entourant le suicide peuvent être un frein pour intervenir en prévention de celui-ci. Parmi ces mythes, en voici quelques-uns qui consistent à croire que :

*« Parler du suicide peut donner à la personne le goût de le faire ».*

Au contraire, demander à une personne si elle a des idées suicidaires peut aider à diminuer son angoisse et ouvrir une porte à l'expression de sa souffrance. Cela permet de démontrer que nous sommes prêts à entendre parler de son expérience de vie.

*« Les personnes qui parlent de suicide, qui menacent de se suicider ne passent jamais à l'acte ».*

L'étude de Préville et al. (2003) révèle que 75 % des personnes âgées décédées par suicide avaient exprimé des idées de mort ou fait part d'un comportement suicidaire au cours des six mois qui ont précédé leur suicide. Souvent, les membres de la famille ou les proches expriment qu'ils n'ont rien perçu de ces indices. Il faut donc prendre au sérieux tout propos et projets suicidaires. Ce résultat suggère que la famille et l'entourage peuvent jouer un rôle important dans la prévention du suicide en encourageant une personne à discuter de ses pensées suicidaires avec un professionnel de la santé.

*« Les candidats au suicide sont clairement et formellement décidés à mourir ».*

Il faut souligner que l'ambivalence est toujours présente dans le processus suicidaire. Les personnes vivent de l'indécision jusqu'à la toute fin. Ce mythe fait référence au choix de mourir alors que la personne agit par manque de choix ou d'alternative. À cet effet, le slogan de la

semaine nationale de prévention du suicide de 2011, « *Le suicide n'est pas une option* », rappelle l'importance d'encourager la personne vers la recherche de solutions pour diminuer sa souffrance psychologique.

### ❖ **Indices précurseurs de comportements suicidaires**

Les signes avant-coureurs du suicide peuvent être directement exprimés : « *Je n'ai plus envie de vivre, je veux mourir* » ou indirectement « *Dans peu de temps, je n'aurai plus de problème* ». La personne peut présenter un comportement inhabituel, tel qu'intérêt soudain pour les armes à feu, accumulation de médicaments, refus de s'alimenter, perte d'intérêt pour les choses qu'elle aimait faire auparavant, etc. L'intensité des signes présentés et la perte d'espoir sont des indices d'alerte pour les infirmières afin d'orienter leur action vers le dépistage du risque suicidaire.

### ❖ **Dépistage du risque suicidaire**

En plus d'être à l'affût des signes avant-coureurs, il faut créer un climat de confiance avec la personne et l'encourager à se confier en tentant de :

- déceler les sentiments de désespoir et la diminution du désir de vivre;
- vérifier si la personne se sent plus triste ou déprimée et s'il y a des choses qui l'inquiètent.

Par la suite, l'infirmière peut aborder plus clairement la présence d'idées sombres en posant des questions directes sur les intentions suicidaires. Afin de s'assurer que le risque suicidaire soit dépisté chez toutes les personnes présentant un trouble de santé mentale ou d'autres facteurs de risque, il est recommandé que les questions suivantes s'intègrent à l'outil d'évaluation initiale de l'infirmière<sup>2</sup> :

- 1) *Vous êtes-vous déjà senti découragé au point de souhaiter mourir?*
- 2) *Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie?*
  - *Si oui, combien de fois?*
  - *Pouvez-vous préciser comment, où et quand (COQ)?*
- 3) *Avez-vous des idées suicidaires actuellement?*
  - *Si oui, à quelle fréquence ces pensées reviennent-elles?*
  - *Avez-vous pensé à un plan (COQ : comment, où, quand)?*

Même si certains gestes suicidaires peuvent être impulsifs, la présence d'un plan détaillé est généralement associée à un plus haut risque. Lorsque les idées suicidaires sont connues, il est important d'aborder directement et

clairement la question du plan suicidaire, c'est-à-dire le COQ (comment, où, quand?).

### ❖ **Facteurs de risque associés au suicide**

Plusieurs facteurs qui exposent une personne au risque suicidaire peuvent être impliqués dans l'apparition d'un comportement suicidaire. Les facteurs plus spécifiques chez les personnes âgées sont<sup>3</sup> :

- les tentatives de suicide antérieures;
- la dépression majeure;
- les maladies chroniques, les handicaps physiques, la dépendance associée à certains problèmes, de même que la douleur chronique;
- l'abus et le mauvais usage de médicament;
- l'inadaptation au veuvage;
- l'inefficacité des habiletés d'adaptation;
- l'accumulation de pertes (conjoint, réseau social, d'un rôle dans la société);
- la perte d'un travail significatif, de son domicile;
- la menace d'institutionnalisation;
- les difficultés ou l'incapacité à demander de l'aide.

Plusieurs écrits mentionnent que c'est l'accumulation des facteurs de risque qui doit être prise en compte dans le dépistage des personnes suicidaires. Cependant les tentatives de suicide dans le passé, de même que la présence d'un trouble mental doivent donner l'alerte sur le dépistage systématique du risque suicidaire. Une étude menée par Prévillle & al. (2005) auprès de 95 cas de suicide chez des personnes âgées indique que 74,7 % de celles-ci présentaient un trouble mental associé. Cette étude concorde avec d'autres résultats associant les risques de suicide à la dépression, pouvant aller de 40 à 60 % des cas de suicide. Une autre étude récente (Cohen, Abdallah & Diwan, 2010) rapporte que la prévalence du suicide augmente chez les personnes âgées ayant un diagnostic de schizophrénie.

### ❖ **Facteurs de protection**

Certains facteurs de protection agissent comme un filet de sécurité contre le passage à l'acte suicidaire et contribuent à réduire les effets des facteurs de risque de suicide. Parmi ces facteurs, soulignons :

- la pratique religieuse;
- le maintien d'un réseau social;
- la présence de la famille et des amis;
- la capacité de demander de l'aide.

Les proches sont de puissants facteurs de protection dans la prévention du suicide (Mishara & Houle, 2008). Leur rôle doit être soutenu par les intervenants, que ce soit par

des rencontres d'information sur diverses ressources pour eux et la personne suicidaire ou en leur donnant un soutien émotif en vue de les encourager dans leurs efforts pour venir en aide à une personne suicidaire.

Une meilleure connaissance des facteurs qui exposent une personne au risque suicidaire, ainsi que des moyens de protection, ouvre la porte à la prévention en permettant d'intervenir dans les différentes dimensions entourant ces facteurs.

❖  
**Évaluation du risque suicidaire**

Divers outils d'évaluation du risque suicidaire peuvent être utilisés selon les milieux de soins. Afin de soutenir l'infirmière dans sa pratique, le Regroupement des directrices de soins hospitaliers des centres hospitaliers psychiatriques du Québec (2010), dans le répertoire des guides cliniques pour l'élaboration des PTI en santé mentale, donne un accès électronique à des outils cliniques pour évaluer le risque suicidaire. Le guide ci-dessous fournit des exemples de questions qui peuvent être posées lors de l'évaluation d'une personne suicidaire.

**Guide d'évaluation de la suicidalité<sup>4</sup>**

<b>IDÉES SUICIDAIRES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous des idées suicidaires actuellement?</li> <li>• Quand ces pensées ont-elles commencé?</li> <li>• Pouvez-vous préciser ces pensées?</li> <li>• Qu'est-ce qui est à l'origine de ces pensées? (événements précipitants, changements d'humeur)</li> <li>• Ces idées sont-elles associées à certaines émotions? (colère, culpabilité, honte, désespoir)</li> <li>• Ces idées reviennent-elle souvent? Vous sentez-vous envahi par ces idées? Vous sentez-vous en contrôle?</li> <li>• (En présence d'éléments psychotiques) Vous arrive-t-il d'entendre des voix? À quoi ressemblent-elles? Que disent-elles? Vous donnent-elles des ordres? Comment réagissez-vous à ces voix?</li> </ul>
<b>ACCESSIBILITÉ AUX MOYENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous pris des informations sur certaines méthodes?</li> <li>• Avez-vous actuellement accès au moyen envisagé?</li> <li>• Avez-vous facilement accès à des médicaments ou des produits dangereux?</li> <li>• Avez-vous facilement accès à des armes à feu ou d'autres types d'armes?</li> </ul>
<b>INTENTION / LÉTALITÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous fait des préparatifs spéciaux en vue de votre suicide (ex. : rédaction d'une lettre, mise en ordre de ses affaires, saluer certaines personnes, dons d'objets significatifs, etc.)</li> <li>• Croyez-vous que le moyen que vous envisagez sera efficace?</li> <li>• Avez-vous pris des mesures pour ne pas être découvert?</li> <li>• Souhaitez-vous mourir ou mettre fin à votre souffrance?</li> <li>• (S'il y a eu tentative) Aviez-vous planifié votre geste ou encore s'agissait-il d'un geste impulsif? Pourquoi la tentative n'a-t-elle pas fonctionné? Avez-vous demandé de l'aide?</li> <li>• (Après le geste) Est-ce vous qui avez demandé de l'aide? Comment vous sentez-vous du fait d'être encore en vie? (regrets, soulagement, indifférence...)</li> </ul>
<b>TENTATIVES ANTÉRIEURES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous déjà posé des gestes dangereux pour votre vie? Comment cela s'est-il passé? (circonstances, moyen utilisé, pensées, conséquences...)</li> <li>• Que recherchiez-vous en posant ce geste?</li> <li>• Aviez-vous consommé des drogues ou de l'alcool?</li> <li>• En quoi est-ce que la situation actuelle est similaire?</li> <li>• Avez-vous fait d'autres tentatives suicidaires? Si oui, combien et comment? À quand remonte la dernière fois? Ont-elles nécessité une hospitalisation?</li> </ul>
<b>SÉCURITÉ DES AUTRES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Y a-t-il des personnes que vous croyez responsables de ce qui vous arrive?</li> <li>• Y a-t-il d'autres personnes à qui vous pensez faire du mal?</li> <li>• Y a-t-il des personnes que vous souhaiteriez amener avec vous?</li> </ul>
<b>PROTECTION CONTRE LE PASSAGE À L'ACTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui vous a empêché de passer à l'action jusqu'à maintenant?</li> <li>• Y a-t-il quelque chose que vous pouvez faire pour diminuer ces idées ou une personne avec laquelle vous vous sentez plus en sécurité?</li> <li>• Vous avez dit que vous n'avez pas concrétisé vos idées suicidaires par le passé à cause de X. Jusqu'à quel point ce facteur a de l'importance en ce moment?</li> </ul>

## ❖ *Mise en garde*

L'utilisation des divers guides et outils d'évaluation ne remplace pas le jugement clinique de l'infirmière lorsqu'elle est en présence d'une personne présentant des comportements suicidaires.

L'évaluation du risque suicidaire doit tenir compte des facteurs de risque et de protection, de l'alliance thérapeutique ainsi que des propos rapportés par la famille, l'entourage et les intervenants impliqués auprès de la personne suicidaire.

L'infirmière doit reconnaître ses limites et ne pas hésiter à demander de l'aide auprès des collègues ou à d'autres professionnels spécialisés en santé mentale lorsqu'elle est en présence d'une inquiétude ou d'un questionnement.

Il importe d'aider la personne âgée suicidaire et de l'orienter vers des ressources appropriées selon le dépistage et l'évaluation qui seront faits afin de s'assurer que des soins sécuritaires lui soient offerts. Tel que mentionné dans le guide de bonnes pratiques de prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux (MSSS, 2010), le rôle de l'intervenant est d'accueillir, de repérer les personnes suicidaires, d'estimer la dangerosité du passage à l'acte, d'intervenir et d'orienter vers les ressources.

## ❖ *Pistes d'interventions*

L'infirmière devrait percevoir le processus suicidaire d'une personne âgée comme l'occasion d'un changement. Ce processus peut devenir une période de croissance si la personne est motivée à changer et si elle bénéficie d'une aide professionnelle et d'un soutien appropriés<sup>5</sup>. Voici quelques pistes d'interventions pouvant être utilisées :

- créer un climat de confiance empreint d'attention et d'intérêt sincères;
- accorder une sensibilité fine aux besoins présents en tenant compte des croyances, des valeurs et des coutumes particulières de la personne âgée;
- inviter la personne à nommer ses craintes au moyen d'un dialogue ouvert et constant;
- porter attention aux façons dont la personne âgée confronte ses peurs et ses pertes;
- nommer et questionner le suicide;
- renforcer ses stratégies d'adaptation tournées vers la vie et valoriser l'expérience passée;
- créer un sentiment d'appartenance à un groupe ou avec un intervenant afin de contrer l'isolement et les effets de multiples pertes;

- explorer toutes les options et les ressources accessibles au sein de la famille, encourager les échanges mutuels et proposer d'autres avenues de soutien affectif;
- rassurer la personne et sa famille quant à une approche d'équipe et de soutien;
- aider la personne à développer des stratégies lui permettant de retrouver le sentiment que son existence a un sens et lui démontrer son importance pour sa famille ou la collectivité.

## ❖ *Habiletés nécessaires à l'infirmière pour intervenir auprès d'une personne suicidaire*

En plus des habiletés générales d'écoute, d'empathie, de respect et d'attitude chaleureuse, l'infirmière qui intervient auprès d'une personne suicidaire doit développer certaines habiletés spécifiques telles que :

- capacité de centrer la conversation sur l'ici et maintenant;
- capacité d'être directive au besoin;
- capacité de parler du suicide.

Certains aînés ont plus de difficultés à exprimer leurs idées suicidaires. Des interdits liés à leur religion ou à leur éducation peuvent en freiner l'expression. La planification du suicide peut se faire « en silence » et l'issue sera plus souvent létale à cause de leur santé plus précaire. De plus, plusieurs aînés vivent seuls et la possibilité d'être secourus s'en trouve réduite. Il est important de leur donner l'opportunité d'exprimer leurs craintes, de parler ouvertement de leur envie de mourir et d'encourager le développement d'un réseau de soutien afin de diminuer leur solitude.

Dans plusieurs situations, l'infirmière doit intervenir auprès de la famille ou de l'entourage de la personne suicidaire afin de fournir l'information sur les divers services offerts tant à la personne suicidaire qu'à ses proches.

Il faut éviter certaines impasses à la relation d'aide telle que :

- garder le secret;
- minimiser la souffrance de l'autre;
- être moralisateur;
- raconter son histoire.

L'infirmière doit aviser la personne qu'elle communiquera à l'équipe de soins les propos suicidaires inquiétants. Il faut éviter de minimiser le désespoir des personnes âgées croyant à tort que c'est normal de déprimer en vieillissant et de vouloir mourir. Notre

société a tendance à accepter le suicide d'une personne âgée alors qu'elle refuse celui d'une personne plus jeune. Ces attitudes sont même partagées par les aînés eux-mêmes, ce qui peut contribuer à augmenter le risque de suicide dans ce groupe d'âge. La personne âgée a besoin qu'on s'intéresse à son histoire de vie et qu'on démontre un intérêt sincère pour elle.

### ❖ **Conclusion**

Par une attitude chaleureuse d'accueil et d'écoute attentive, les infirmières peuvent contribuer à redonner de l'espoir aux aînés qui entretiennent des propos suicidaires. Les divers champs de pratiques où elles exercent leur profession offrent des occasions de repérer les personnes suicidaires et d'intervenir en vue de préserver la vie.

Les questionnaires, pour leur part, doivent encourager le développement des compétences des infirmières en prévention du suicide. La prévention du suicide nécessite d'être proactif pour dépister les personnes suicidaires et d'améliorer les connaissances sur l'évaluation du risque suicidaire en vue de mettre en place des interventions qui permettront d'assurer des soins sécuritaires de qualité pour cette clientèle.

### **NOTES**

<sup>1</sup> Certaines parties de cet article sont tirées et adaptées du *Guide de Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique* (2006) publié par le regroupement des directrices de soins infirmiers (DSI) des centres hospitaliers psychiatriques. Madame Louise Beauvais est co-auteure de ce guide avec d'autres conseillères cliniciennes des centres hospitaliers psychiatriques dont : mesdames Lise Laberge (Institut universitaire en santé mentale du Québec), Marie-Josée Désy (Hôpital Rivière-des-Prairies), Francine Lavoie (Hôpital Louis-H. Lafontaine), Lyne Bouchard (Institut Philippe-Pinel de Montréal).

Merci également au Centre hospitalier Pierre-Janet pour sa collaboration tout au long de la rédaction du guide ainsi qu'à madame Danielle Corbeil, adjointe à la DSI de l'Hôpital Douglas qui, au moment de la rédaction du guide, a été d'un apport précieux et a contribué également par ses lectures et commentaires à ce guide.

<sup>2</sup> Source : Regroupement des directrices de soins infirmiers des centres hospitaliers psychiatriques (2006) *Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique*, Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies, Service des communications.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

### **RÉFÉRENCES**

Cohen, C.L., Abdallah, G.C., & Diwan, S. (2010). Suicide Attempts and Associated Factors in Older Adults with Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 119, 253-257.

Institut national de santé publique du Québec. (2010). *La mortalité par suicide au Québec : Tendances et données récentes de 1981 à 2008*. Québec : INSPQ.

Institut national de santé publique du Québec. (2011). *La mortalité par suicide au Québec : Données récentes de 2005 à 2009*. Mise à jour 2011. Québec : INSPQ.

Mishara, B., & Houle, J. (2008). Le rôle des proches dans la prévention du suicide. *Perspectives Psy*, 47(4), 343-349.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Guide de pratique clinique : Prévenir le suicide pour préserver la vie*. Montréal : OIIQ.

Plawecki, L.H., & Amrhein D.W. (2010). Someone to Talk: The Nurse and the Depressed or Suicidal Older Patient. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(5), 15-18.

Prévile, M., Hébert, R., Boyer, R., Bravo, G., & Seguin, M. (2003). *Études des facteurs psychologiques, sociaux et de santé reliés au suicide chez les personnes âgées : rapport de recherche*. Centre de recherche sur le Vieillessement. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; centre de recherche Fernand-Seguin, Université de Montréal.

Prévile, M., Hébert, R., Boyer, R., Bravo, G., & Seguin, M. (2005). Physical health and mental disorder in elderly suicide: A case control study. *Aging & Mental Health*, 9(6), 576-584.

Regroupement des directrices de soins infirmiers des centres hospitaliers psychiatriques (2006). *Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique*, Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies, services des communications.

Regroupement des directrices de soins infirmiers des centres hospitaliers psychiatriques du Québec. (2010). *Répertoire des guides cliniques pour l'élaboration des PTI en santé mentale*. <http://www.institutsmq.qc.ca/enseignement/repertoire-guides-cliniques-pti-sante-mentale>.

Service de développement d'adaptation et d'intégration sociale du MSSS et Centre de santé et des services sociaux - Institut universitaire de Sherbrooke. (2010). *Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*. Direction des communications du MSSS du Québec.

Service de développement d'adaptation et d'intégration sociale du MSSS et Centre de santé et des services sociaux - Institut universitaire de Sherbrooke. (2010). *Prévention du suicide : Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et des services sociaux*. Direction des communications du MSSS du Québec.

*Louise Beauvais* est conseillère cadre en soins infirmiers au Programme de santé mentale, Hôpital St-Mary's.

*Danielle Corbeil* est gestionnaire du Programme de santé mentale Hôpital St. Mary's.

# *La douleur: pour le meilleur soulagement possible*

## *Outils cliniques destinés aux professionnels des soins infirmiers et feuillet d'information destiné aux patients et leur famille*

*Maryse Grégoire, inf., M.A.*  
*Patricia Bourgault, inf., Ph.D.*  
*Frédéric Grondin, inf., M.Sc.*

---

**I**l est reconnu que l'évaluation de la douleur est la clé d'une gestion et d'un soulagement adéquat de celle-ci. Or, bien qu'une grande majorité de patients se présentent en milieu hospitalier en raison d'une douleur, celle-ci demeure pauvrement évaluée. Aucun secteur n'y échappe, de l'urgence à la chirurgie en passant par la pédiatrie et la gériatrie. Parallèlement, nombre d'organismes professionnels et académiques ont énoncé des recommandations relatives à l'évaluation de la douleur, notamment l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 2009.

Ces recommandations précisent les modalités d'évaluation de la douleur (intensité), mais également de surveillance chez les patients recevant des opiacés (signes vitaux et état de conscience). Pour favoriser l'application de ces éléments dans la pratique, la création d'outils cliniques a été privilégiée. Un premier outil permet d'évaluer la douleur entre 0 (aucune douleur) et 10 (pire douleur imaginable) et inclut des échelles validées (numérique, visuelle analogue, descriptive, de visages). Un deuxième outil précise la façon d'utiliser ces différentes échelles en fonction de

leurs caractéristiques. Un troisième outil comporte les règles de surveillance pour les patients sous opiacés ainsi que des précisions sur la médication (pic action, effets indésirables), une échelle de somnolence validée et la procédure à suivre en cas de détresse respiratoire. Ces trois outils ont été remis à tout le personnel du centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Une telle démarche avait dans le passé permis d'augmenter la fréquence d'évaluation de la douleur au triage à l'urgence. Il est ainsi attendu que cette stratégie accroisse l'évaluation de la douleur dans tous les secteurs et chez tous les types de clientèles incluant les personnes âgées.

En plus de mieux outiller le personnel infirmier, un dépliant sur l'importance de la gestion de la douleur, comprenant son évaluation et son soulagement, a été élaboré pour les patients et leurs familles. Ce dépliant est placé à des endroits stratégiques pour que les patients le consultent. Ces différentes actions, combinées au soutien de l'organisation, devraient permettre d'améliorer la pratique en regard de la douleur, et ainsi accroître le bien-être des patients et leur éviter les conséquences délétères d'une douleur non soulagée.

*Maryse Grégoire, inf. M.A.* est conseillère cadre clinicienne pour le programme clientèle médecine générale et urgence à la Direction interdisciplinaire des services cliniques du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Elle est également professeure associée à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke à titre de chargée de cours et superviseure de stages en soins critiques aux urgences.

Détentrice d'un certificat en administration des affaires, d'un certificat en gérontologie, d'un baccalauréat en sciences infirmières, d'une maîtrise recherche en gérontologie, d'un microprogramme en éthique clinique (2<sup>e</sup> cycle) de l'Université de Sherbrooke, elle détient également un certificat en gestion des services de santé et des services sociaux de l'Université du Québec et a complété un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle à l'École nationale d'administration publique (ENAP).

*Patricia Bourgault* est infirmière et détentrice d'un doctorat en sciences cliniques (sciences infirmières) de l'Université de Sherbrooke où elle s'est intéressée à la recherche d'aide effectuée par les femmes aux prises avec un problème de santé impliquant de la douleur chronique, notamment la migraine, le syndrome du côlon irritable et la fibromyalgie. Elle poursuit ses études postdoctorales à l'Université McGill, toujours en lien avec la douleur chronique mais orientées vers l'intervention auprès de personnes souffrant de fibromyalgie et de lombalgie. Elle est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Son enseignement porte principalement sur la gestion de la douleur. Elle supervise de nombreux étudiants aux cycles supérieurs dans le programme de sciences cliniques et dirige le micro-programme de 2<sup>e</sup> cycle en gestion de la douleur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Ses activités de recherche sont axées sur l'étude de la gestion de la douleur aiguë ou chronique principalement en milieu clinique.

*Frédéric Grondin* est infirmier et travaille comme conseiller cadre clinicien pour le Programme clientèle Médecine spécialisée au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Il est détenteur d'un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle en gestion de la douleur et il est présentement en cours d'obtention d'une maîtrise en sciences cliniques à l'Université de Sherbrooke. Ses intérêts de recherche se situent au niveau de la gestion de la douleur aiguë et de l'implication familiale dans les soins.

## Surveillance opiacés

### Évaluation de la douleur – 5<sup>e</sup> signe vital

1. Évaluation complète de la douleur à l'admission (régions anatomiques, modificateurs, description et aspect temporel).
2. Évaluation de l'intensité de la douleur de 0 à 10 lors de la prise des signes vitaux. Minimalement à chaque 8 heures.
3. Réévaluation de l'intensité de la douleur de 0 à 10 :
  - en fonction des analgésiques
  - selon l'état du patient
  - à chaque épisode de douleur inattendue ou sévère
  - lorsque la douleur provient d'une région non reliée à la maladie ou à la chirurgie

### Surveillance clinique des patients recevant des opiacés

Lors de l'administration d'un **bolus unique**, d'un **début de traitement**, d'une **modification à la hausse de la dose**.

Avant l'administration et au pic d'action \* X 2 :

- évaluer l'intensité de la douleur (sur une échelle de 0 à 10)
- évaluer le degré de sédation (échelle SAS)
- évaluer l'état respiratoire (fréquence, amplitude, SpO<sub>2</sub> et ronflements)

Pour les doses subséquentes (même médicament et même posologie).

Avant l'administration et au pic d'action \* X 1 :

- évaluer l'intensité de la douleur (sur une échelle de 0 à 10)
- évaluer le degré de sédation (échelle SAS)
- évaluer l'état respiratoire (fréquence, amplitude, SpO<sub>2</sub> et ronflements)

### \* Pics d'action des analgésiques

IV ≈ 5 à 15 min I/M - S/C ≈ 30 à 60 min PO - I/R ≈ 60 min

### Effets secondaires des opiacés

Bloc moteur	Étourdissements	Prurit
Céphalée	Hallucinations	Rétention urinaire
Confusion	Insomnie	Somnolence
Constipation	Nausée	Tremblements/Myoclonie
Diarrhée	Perte d'appétit	Vomissements

OIIQ, 2009



www.chus.qc.ca

## Surveillance opiacés

### Échelle de sédation et d'agitation (SAS)

Qualitatif	Description	Score
Agitation dangereuse	Tire sur la sonde endotrachéale, tente d'arracher les cathéters, tente de passer par-dessus les ridelles, frappe le personnel.	7
Très agité	Ne peut être calmé par des rappels verbaux fréquents, besoin de contentions physiques, mord la sonde endotrachéale.	6
Agitation	Anxieux, légèrement agité, tente de s'asseoir, <b>se calme</b> à la suite de rappels verbaux.	5
Calme et collaboratif	Calme, <b>se réveille facilement et suit les consignes.</b>	4
Sédation	Difficile à stimuler. Se réveille aux <b>stimuli verbaux</b> ou à la <b>stimulation légère</b> , mais se rendort aussitôt. Répond aux ordres simples.	3
Sédation profonde	Se réveille aux <b>stimuli physiques</b> (mais ne communique pas ou ne répond pas aux commandes). Peut bouger spontanément.	2
Aucune réaction	Peu ou pas de réaction aux <b>stimuli douloureux</b> , ne communique pas et ne répond pas aux commandes.	1


Riker et al., 1999

### Aviser le médecin STAT si :

- SAS < 4 ET FR normale entre 16 et 20/minute
- SAS < 4 ET FR ≤ 8/min :
  - Cesser l'administration de l'opiacé.
  - Installer O<sub>2</sub> à 100 %.
  - Aviser l'inhalothérapeute STAT.
  - Installer NaCl 0,9 en TVO.
  - Avancer un chariot d'initiation de RCR.
  - Envisager le protocole de naloxone.

Adapté de l'Hôpital Charles LeMoine par P. Bourgault, inf., Ph.D., Université de Sherbrooke et M. Grégoire, inf., M.A., DSI, © CHUS 2006, révisé 2011








## Évaluation douleur




**Centre hospitalier  
universitaire  
de Sherbrooke**

---

### ÉCHELLE


Verbale de classement	Numérique
 Douleur maximale imaginable	Pire douleur imaginable  10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 Aucune douleur
 Douleur très intense	
 Douleur intense	
 Douleur modérée	
 Douleur légère	
 Pas de douleur	
RNAO, 2002, 2007	RNAO, 2002, 2007

RNAO, Registered Nurses Association of Ontario (2002), Assessment and Management of Pain, Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.




Centre hospitalier  
universitaire  
de Sherbrooke

Avec vous, pour la Vie



Centre de services  
universitaires de Sherbrooke


Brigitte-Perreault



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

École des sciences infirmières

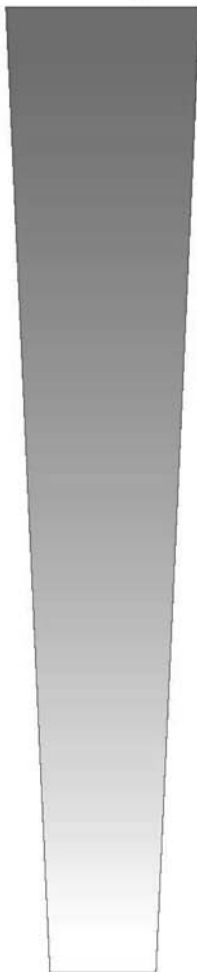

## Évaluation douleur



**Centre hospitalier  
universitaire  
de Sherbrooke**

---

### ÉCHELLE

Visuelle analogue	Visage
Pire douleur imaginable  Aucune douleur Jensen & Karoly, 2001 dans Turk & Melzack, 2001	 Hicks et al., 2001

ISAP: This Faces Pain Scale-Revised has been reproduced with permission of the International Association for the Study of Pain © (IASP 8). The figure may not be reproduced for any other purpose without permission.

M. Grégoire, inf., M.A.,  
Conseillère cadre clinicienne  
Centre hospitalier  
universitaire de Sherbrooke  
Professeure associée  
École des sciences infirmières  
Université de Sherbrooke

P. Bourgault, inf., Ph. D.,  
Professeure agrégée  
École des sciences infirmières  
Université de Sherbrooke

F. Grondin, inf., M. Sc.,  
Conseiller cadre clinicien  
Centre hospitalier  
universitaire de Sherbrooke

© CHUS 2006, révisé 2011

## Évaluation ● douleur Guide d'utilisation des échelles

### Douleur = 5<sup>e</sup> signe vital

1-3 : légère 4-6 : modérée > 7 : sévère

#### Consignes d'utilisation

- ◆ C'est le patient qui détermine sa douleur. Chaque patient est unique.
- ◆ Il ne faut pas interpréter (juger, sous-estimer) la douleur des patients.
- ◆ Il importe de toujours utiliser la même échelle avec le même patient.

Les échelles proposées sont :

- Simples à utiliser.
- Donnent rapidement un score.
- Faciles à documenter.
- Multiculturelles et multilingues.
- Adaptées aux enfants, adultes et personnes âgées.

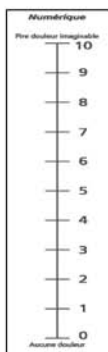
Les échelles EVA et numériques permettent aussi d'évaluer l'aspect désagréable de la douleur : « douleur aucunement désagréable » (0) à « douleur la plus désagréable imaginable » (10).

ASPMN, 2006

**L'évaluation rapide de la douleur est basée sur le :**

- P** Provoque ou pallie.  
**Q** Qualité, caractéristiques.  
**R** Région/irradiation.  
**S** Sévérité (intensité) et symptômes associés.  
**T** Temps, durée et apparition.  
**U** « Understanding » (compréhension et signification).

Gélinas, 2009 dans Jarvis, 2008



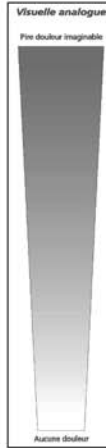
#### Échelle numérique

- ◆ Demander verbalement au patient de quantifier l'intensité de sa douleur sur une échelle entre 0 (aucune douleur) et 10 (pire douleur imaginable).
- ◆ Souvent l'échelle la plus facile à utiliser par les patients.

RNAO, 2002, 2007

## Évaluation ● douleur Guide d'utilisation des échelles

### Douleur = 5<sup>e</sup> signe vital

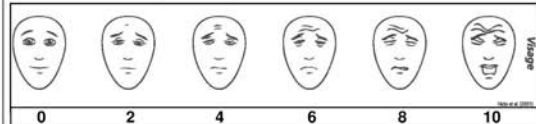


#### Échelle visuelle analogue (ÉVA)

- ◆ Dire au patient de pointer directement sur l'échelle l'intensité de sa douleur entre « aucune douleur » et la « pire douleur imaginable ».
- ◆ Le chiffre équivalent se trouve au verso.
- ◆ Attention : plus difficile à comprendre pour certains patients (ex. problèmes cognitifs, visuels).
- ◆ Peut être utilisée chez les enfants > 5-7 ans.

Jensen & Karoly, 2001 dans Turk & Melzack, 2001

#### Échelle visage (ÉV)



- ◆ Dire au patient de pointer le visage qui représente l'intensité de sa douleur et non de son humeur.
- ◆ Attention : c'est le patient qui doit pointer et non l'infirmière qui interprète la douleur en observant le patient.

Hicks, 2001

#### Verbale de classement

●	Douleur maximale imaginable	10
●	Douleur très intense	8
●	Douleur intense	6
●	Douleur modérée	4
●	Douleur légère	2
○	Pas de douleur	0

#### Échelle verbale de classement (ÉVC)

- ◆ Dire au patient les descriptions présentes sur l'échelle afin qu'il fasse un choix.
- ou**
- ◆ Laisser lire le patient et lui demander de pointer ou de nommer.

RNAO 2002, 2007

## Effets de la douleur

- À court terme
  - Immobilisation
  - Perte d'autonomie
  - Temps de guérison allongé
  - Dans certaines situations particulières, le patient peut présenter de la confusion ou souffrir d'une pneumonie.

## À long terme

- Stress, irritabilité, inquiétude et troubles du sommeil
- Risque que la douleur persiste et devienne chronique.

## Les faits à propos de la douleur

- La douleur est l'un des motifs les plus fréquents de consultation d'un professionnel de la santé.
- Il est plus facile de soulager la douleur avant qu'elle devienne intense. C'est pourquoi il ne faut pas attendre que la douleur soit forte avant de demander un médicament.
- L'utilisation de morphine ou autres médicaments apparentés n'entraîne généralement pas de dépendance.
- Le vieillissement peut s'accompagner de douleur mais elle doit, comme les autres douleurs, être soulagée.

## Ce que vous pouvez faire

- Prenez part aux décisions concernant le soulagement de votre douleur.
- N'hésitez pas à questionner votre équipe de soins si vous avez des inquiétudes ou pour trouver des pistes de solutions.
- Demandez le soutien de vos proches. Le fait d'être rassuré, serein, confiant et motivé permet de diminuer la douleur.

**Vous êtes unique et votre traitement l'est aussi.**

Auteurs : Manyse Grégoire, inf. M.A., CHUS / Frédéric Grondin, inf. B. Sc., CHUS / Patricia Bourgault, inf. Ph. D., Université de Sherbrooke

Approuvé par le comité multidisciplinaire en évaluation en gestion de la douleur (CMEG), CHUS / Février 2011

© Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) / [www.chus.qc.ca](http://www.chus.qc.ca)

Ce dépliant est disponible grâce au soutien financier du Fonds Brigitte-Perreault destiné à la qualité et à la sécurité des soins.



## Qu'est-ce que la douleur?

Il y a différentes causes et divers types de douleur. Elle peut être provoquée par une blessure, une chirurgie ou une maladie.

**LA DOULEUR AIGUË** est un signal d'alarme, une alerte lorsque notre corps est en danger. Elle peut être légère, modérée ou intense. Exemple : une fracture ou un mal de tête.

**LA DOULEUR CHRONIQUE** n'est plus un signal d'alarme. C'est une douleur qui persiste pendant plus de trois mois ou au-delà du moment où une blessure devrait être guérie. Exemples : l'arthrite, l'arthrose, la maladie de Crohn.

## Évaluer votre douleur

Les professionnels de la santé ne ressentent pas votre douleur. Il faut leur dire que vous avez mal. Pour évaluer votre douleur, on vous demandera de :

- > localiser l'endroit où vous avez mal;
- > décrire dans vos mots les effets de la douleur : ça brûle, ça serre, ça picote, ça élance, etc.;
- > quantifier l'intensité de votre douleur sur une échelle entre 0 et 10.

Pour un meilleur contrôle de votre douleur, vous devez savoir à quoi servent les médicaments que vous prenez. N'hésitez pas à poser des questions.

## La médication antidouleur

Plusieurs médicaments peuvent soulager la douleur aiguë ou chronique; la médication et la façon de l'administrer varient selon l'intensité de cette douleur.

> Les **comprimés** agissent entre 45 et 60 minutes. Par exemple : Tylenol®, Statex®, Dilaudid®, Empracet®.

> Les **injections sous-cutanées** ou **intramusculaires** agissent en 30 minutes. Par exemple : morphine, Dilaudid®.

> La **voie intraveineuse** est utilisée pour un soulagement plus rapide, mais de courte durée.

> Les **timbres (patch)** sont indiqués pour les douleurs à long terme. Par exemple : Duragesic®.

> Les **crèmes** peuvent être prescrites pour soulager la douleur à un endroit précis. Par exemple : Emla®.



## Effets secondaires possibles des médicaments de type morphine :

nausées, vomissements, somnolence, bouche sèche, constipation, diminution de la vigilance, irritation cutanée.

Avisez votre professionnel de la santé si vous avez des effets secondaires. Ils sont habituellement légers et faciles à traiter.

## Autres moyens de soulager la douleur

Le soulagement de la douleur est plus efficace lorsqu'il y a combinaison de la médication antidouleur avec d'autres moyens.



> La **chaleur** ou le **froid** permet la détente musculaire et diminue l'inflammation.



> La **distraktion** : écouter la radio ou la télévision pour se changer les idées.



> La **relaxation** : certaines techniques de respiration aident à se détendre.



> Le fait de **bouger**, même légèrement, diminue la douleur chronique mais aussi la douleur aiguë.



> Les **massages** : pour détendre les muscles et favoriser la détente.

> Si votre douleur n'est pas soulagée, vous risquez d'avoir plus de complications et d'être hospitalisé plus longtemps.

> Vous aurez aussi de la difficulté à participer à des thérapies, par exemple un traitement de physiothérapie.

# J'ai lu

Huguette Bleau

---

## Protégez-vous – Guide pratique - Aide aux aînés

---

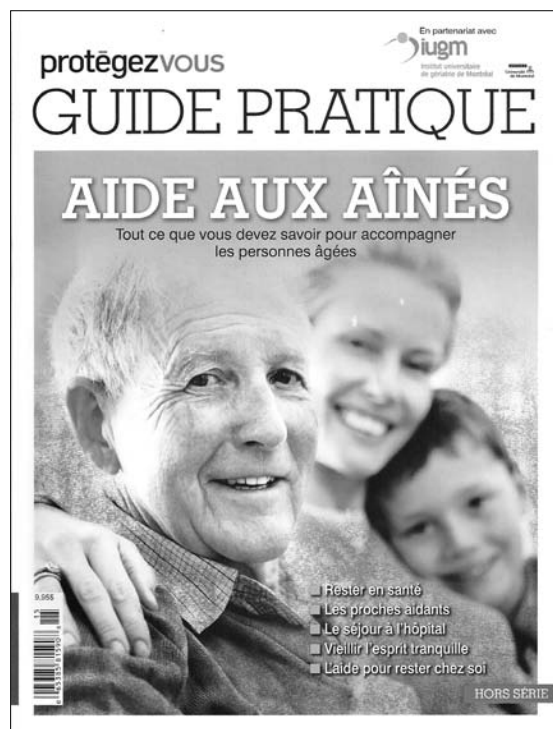
*Protégez-vous* propose un cahier hors-série sous forme de guide pratique pour les aînés et leurs proches. Intitulé « *Guide pratique Aide aux aînés* », il présente tout ce que vous devez savoir pour accompagner les personnes âgées. Cette initiative a été réalisée en partenariat avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et l'Université de Montréal.

Ce guide de 88 pages, au coût de 9,95 \$ regroupe une large gamme d'informations. Les thèmes abordés sont : vieillir en santé, vieillir en sécurité, vieillir l'esprit en paix, rester chez soi, aller vivre ailleurs, à l'hôpital, les proches aidants, et la mort. Le tout se termine par une liste de ressources disponibles comprenant les coordonnées des agences de la santé et des services sociaux par région ainsi que les diverses associations impliquées auprès des aînés. Par exemple, sous le thème « Vivre en santé », 20 trucs et astuces sont proposés: s'accorder un plaisir par jour ou consulter une source d'information fiable pour votre état de santé. Un court résumé termine les différents textes. Des sujets pouvant être plus sensibles sont également discutés, comme la sexualité, la maltraitance, la perte d'autonomie face à la conduite d'un véhicule, les volontés de fin de vie, les pré-arrangements funéraires.

Chacun des huit thèmes est élaboré sous forme de courts textes par différents spécialistes. Les disciplines représentées sont la psychologie, la neuropsychologie, les soins infirmiers, la médecine gériatrique, l'ergothérapie, la pharmacie, le service social, et même la comptabilité.

Tout au long du cahier, le lecteur a accès à différentes références gouvernementales, organisationnelles et informationnelles comme des sites internet. Des découvertes intéressantes attendent autant le grand public que les professionnels de la santé. Il vaut la peine de prendre le temps d'aller lire les chroniques du Dr Maxime sur le site internet de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, pour sourire et reconnaître l'humain en nous (voir page 7). Surveillez les petits encadrés très informatifs: ce sont les astuces et l'information principale à consulter. Pour poursuivre vos recherches et aller au-delà de l'information fournie, consultez le petit encadré rose «*Pour en savoir plus*».

En début de revue, le sommaire est clair et les thèmes, aisés à repérer. Le langage est compréhensible et le texte supporté par différents tableaux synthétisant l'information; par exemple, un tableau résume la structure du sys-



tème de santé au Québec, un autre propose quelles informations recueillir lors d'une visite dans un centre d'hébergement de soins de longue durée et même une fiche d'information à compléter afin de retrouver l'information rapidement en cas d'urgence. Les photos sont évocatrices de la possibilité de vivre une vie pleine et entière tout en avançant en âge.

Bravo à *Protégez-vous*, à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et à l'Université de Montréal pour cet heureux partenariat. Les préoccupations et les questions des personnes âgées et de leurs proches sont adressées simplement et concrètement. Les professionnels de la santé bénéficieront de ce recueil d'informations. N'hésitez pas à conseiller cette lecture, il s'agit d'un incontournable!

# En marge d'un souper causerie

Le 25 mai 2011 avait lieu le souper causerie<sup>1</sup> que tient l'Association aux deux ans. Deux conférenciers, l'un issu du milieu juridique et l'autre de l'enseignement, ont entretenu les convives durant le repas. Le juge à la retraite Michael Sheehan, de la Cour du Québec, et le professeur de cégep, Gervais Soucy, tous deux de Québec, nous ont parlé d'un sujet qui intéresse profondément les infirmiers et infirmières, soit le suicide chez les aînés. Tous deux militent comme bénévoles depuis plusieurs années.

Le suicide est un sujet préoccupant à tout âge pour les travailleurs de la santé. Il se complexifie lorsqu'il s'agit de personnes âgées. Les intervenants sont souvent pris au dépourvu lorsqu'ils soupçonnent un risque suicidaire chez quelqu'un qui avance en âge.

On sait que la mortalité par suicide au Québec a tendance à diminuer selon l'Institut national de santé publique (2011)<sup>2</sup>. Cependant, le taux de mortalité chez les aînés continue d'augmenter, soit 20,37 pour 100 000 personnes chez les hommes âgés de plus de 65 ans, et 4,4 pour 100 000 chez les femmes du même âge. Pourquoi les hommes se suicident-ils plus que les femmes? D'après Gervais Soucy, citant les recherches de l'UQÀM (2008)<sup>3</sup>, plusieurs causes peuvent expliquer cette situation. D'abord, ils utilisent des moyens létaux solides; ils souffrent souvent d'état dépressif, ce qui les conduit à absorber différentes substances comme l'alcool, les drogues, etc.; ils sont plus réticents à demander de l'aide et enfin, ils sont moins bien intégrés socialement.

Quant à lui, Michael Sheehan a dit que l'amour et l'ignorance ne préviennent pas le suicide, c'est-à-dire qu'aimer beaucoup et penser que tout va aller mieux ne suffit pas. Il faut qu'intervenants et proches d'une personne suicidaire travaillent ensemble. Il a de plus ajouté qu'il était très difficile, en particulier pour les soignants, d'aider les autres. Travailler jour après jour en relation d'aide, parfois dans un contexte d'heures supplémentaires, équivaut trop souvent à cultiver l'épuisement. Un intervenant en matière de détresse n'est pas immunisé contre sa propre détresse. Il souligne que les milieux de soins et de services devraient avoir une équipe de surveillance constituée de bénévoles en prévention du suicide, pour être à l'écoute des collègues de travail et de « faire le lien », le cas échéant, avec les ressources d'aide.

Il devient primordial de fournir de l'assistance aux personnes présentant des signes de détresse. Bien sûr, il y a des programmes d'aide et des intervenants dévoués. Mais il existe également des formes d'aide fournies par le milieu lui-même. Ce sont des personnes bénévoles



appartenant à diverses organisations (postes, banques, dépanneurs, épiceries, pharmacies). On les appelle sentinelles, veilleurs, éclaireurs. Formés par leur organisation, ils ont un rôle de dépistage en identifiant des signes précurseurs de la détresse psychologique ou de la perte d'autonomie chez les plus âgés et en les signalant ensuite aux personnes compétentes.

En plus des conférences, un cocktail et un très bon repas ont charmé les quelque 75 personnes présentes. Des exposants présentaient leurs produits et une équipe du *Réseau québécois de recherche sur le suicide* était présente pour répondre aux diverses questions concernant les recherches en cours et les bourses disponibles pour les chercheurs. Des prix de présence ont été attribués par tirage parmi les personnes présentes.

Une belle soirée qui nous a encore permis de constater que le suicide est toujours un sujet délicat auquel il faut porter de plus en plus attention. Merci aux conférenciers qui nous ont livré leurs témoignages.

## NOTES

<sup>1</sup> Centre des congrès et des banquets Renaissance, 7550, boul. Henri-Bourassa Est, Montréal H1E 1P2.

<sup>2</sup> Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2011). La mortalité par suicide au Québec : données récentes 2005-2009.

<sup>3</sup> Crise. (2008). Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide.  
<http://www.criseapplication.uqam.ca> (consulté le 15 août 2011).

# La géronto-gériatrie à l'honneur

Olivette Soucy



**U**ne infirmière, Lucie Tremblay, directrice des soins infirmiers et des services cliniques du Centre gériatrique Maimonides Donald Berman et CHSLD juif de Montréal<sup>1</sup> a remporté le 5 juin dernier, le Prix de leadership en soins infirmiers au Canada. Ce prix, décerné par le Collège Canadien des leaders en santé<sup>2</sup>, lui a été remis lors du Gala de la Conférence nationale du Collège canadien tenu à Whistler, Colombie-Britannique.

Lucie, comme tout le monde l'appelle, est un membre connu de notre Association. On se souvient qu'elle fut infirmière-chef d'unité au Pavillon Alfred-DesRochers de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal de 1986 à 1993. Elle a été adjointe à la direction des soins au Centre J.-H.-Charbonneau de 1993 à 1998. Par la suite, elle est devenue directrice des soins infirmiers et des services cliniques au Centre gériatrique Maimonides. Depuis 2005, elle poursuit son travail à Maimonides, mais aussi au CHSLD juif de Montréal.

Passionnée de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, elle a notamment encouragé dans ces centres l'implantation de divers programmes dont la diminution des contentions et la mise en place du modèle Planetree<sup>3</sup>. Le respect de la dignité et de l'humanité de chacun des individus est une des valeurs fondamentales de ce modèle.

Enthousiaste et passionnée, elle préconise les approches basées sur les rapports humains de qualité et les relations harmonieuses entre les intervenants du milieu de soins pour le plus grand bonheur des résidents. Elle en fait d'ailleurs la promotion par le biais de publications dont *La Gérotoise* (2010), et de conférences, entre autres dans *Perspectives infirmières* (2011).

Gestionnaire dans l'âme, elle mobilise tous les membres de son équipe autour du bien-être des personnes âgées confiées à leurs soins. Lorsqu'on se promène dans les unités des deux centres sous sa juridiction, on sent les effets de cette philosophie de collaboration et d'entraide entre les soignants et les résidents. L'atmosphère est calme et amicale quoique plusieurs unités regroupent des résidents présentant des grandes pertes d'autonomie cognitive.

Cette bienveillance serait-elle la raison du peu de mouvement des employés qui y travaillent depuis de nombreuses années?

Il est agréable de constater que tout le monde la connaît et, plus est, l'appelle respectueusement par son prénom. On les sent très fiers d'avoir parmi eux «l'infirmière de l'année». De même, elle connaît tous et chacun et s'adresse aux résidents par leurs noms.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a reconnu sa compétence en lui décernant le Prix Florence dans la Catégorie «Excellence des Soins» en 2008. Il soulignait également sa nomination comme infirmière de l'année par le Collège canadien des leaders en santé en lui consacrant une page dans sa revue d'octobre 2011. Dans la section *Portrait* (octobre, 2011), on la présente sous trois vocables qui la résument toute entière : Humanisme, Respect de la dignité et Énergie. Beau témoignage!

« C'est agréable de recevoir un tel prix, pas pour moi spécialement, mais pour la reconnaissance des soins gériatriques qu'il implique », dit-elle en souriant.

La gériatrie et les institutions gériatriques, peu connues il y a une cinquantaine d'années, ont acquis leurs lettres de noblesse. Elles font maintenant partie de l'ensemble des institutions de santé, indispensables au bien-être de la population.

Les soins infirmiers gériatriques évoluent et c'est très heureux! Avec des leaders de la trempe de Lucie Tremblay, nul doute qu'ils atteindront un haut niveau d'excellence dans la qualité des soins pour le plus grand bien des personnes âgées en perte d'autonomie physique et cognitive.

## NOTES

<sup>1</sup> Le Centre Maimonides Donald Berman et le CHSLD juif de Montréal sont des milieux desservant un peu plus de 800 résidents dans les quartiers Côte-St-Luc et Côte-des-Neiges, à Montréal.

<sup>2</sup> Collège canadien des leaders en santé est une association professionnelle nationale sans but lucratif vouée au développement, à la promotion, à l'avancement et à la reconnaissance de l'excellence en leadership dans le secteur de la santé.

Le Collège canadien des leaders en santé : [http://www.cchse.org/default1.asp?active\\_page\\_id=&lang=French](http://www.cchse.org/default1.asp?active_page_id=&lang=French)

<sup>3</sup> Le modèle Planetree est essentiellement basé sur une approche humaniste. La première de ses dix composantes recommande la reconnaissance primordiale de l'interaction humaine.

Le Réseau Planetree Québec : <http://reseauplanetree.org>

## RÉFÉRENCES

Ordre des infirmières et infirmières du Québec. (2011). Planetree : plus qu'un modèle. *Perspectives infirmières*, 8(4), juillet-août, 24.

Décarie, Suzanne. (2011). Lucie Tremblay : humaniste, respect de la dignité, énergie. *Perspectives infirmières*, 8(5), septembre-octobre, 6.

Tremblay, Lucie, Lavoie, Brigitte, Robidoux, Joannie, et Chiasson, Carl. (2010). Le modèle Planetree pour une plus grande humanité en soins de longue durée. *La Gérotoise*, 21(2), 18-23.

# Le Grand Prix Innovation clinique octroyé au projet MeS-SAGES (région de Montréal-Laval)

Suite à l'attribution du *Prix régional Innovation clinique* pour le projet de formation en ligne MeS-SAGES (Méthode *électro-nique* de Soutien aux Stratégies d'Apprentissage à la GEstion du Stress), décerné par l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la région de Montréal/Laval le 8 juin 2011, l'équipe qui a réalisé ce projet s'est mérité le *Grand Prix Innovation clinique*, le 25 octobre 2011, lors du Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

MeS-SAGES est une formation et un soutien à distance sur le Web destinés aux aidants de personnes âgées. Le projet est issu du programme psychoéducatif à la gestion du stress. Il a été conçu et développé par l'équipe de la *Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille*. Le programme est aussi offert, lors de visites à domicile, en suivi individuel par un professionnel de la santé qui accompagne et soutient un aidant dans ses apprentissages. Quelle que soit la modalité retenue, des résultats positifs sur différents indicateurs de qualité de vie des aidants ont été obtenus suite à son utilisation.

Madame **Francine Ducharme**, inf. Ph. D, titulaire de la Chaire Desjardins et chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) explique l'alliance créée entre la recherche, l'enseignement et la clinique au cours du développement de ce projet. «Outre le soutien à offrir aux aidants, je souhaitais, dit-elle, impliquer tout au long du processus de recherche, des infirmières du milieu clinique pour développer et expérimenter un nouveau rôle infirmier en gérontologie, soit le soutien virtuel». L'expertise et les connaissances des conseillères en soins infirmiers spécialisés, dont **Denise Trudeau** et **Marie Bertrand** et de l'infirmière clinicienne responsable de la Clinique externe de cognition de l'IUGM au moment de l'étude, **Annie Dugas**, ont permis de bonifier le programme de formation et de faciliter son transfert et sa validation dans un mode virtuel accessible aux aidants.



De gauche à droite :  
1<sup>er</sup> rang : Josette Gaudet, Paule Lebel, Francine Ducharme  
2<sup>e</sup> rang : Marie Bertrand, Denise Trudeau, Véronique Dubé, Diane Saulnier.  
Sont absentes sur la photo : Annie Dugas et Carole Roy



C'est d'ailleurs l'un des avantages qui a été fort apprécié par les proches aidants qui ont participé au projet. Pour le mode en suivi individuel, Denise Trudeau a dispensé plusieurs sessions de formation à près d'une centaine de professionnels au Québec et en Suisse, et ce, à plusieurs reprises entre 2008 et 2010.

Francine Ducharme mentionne que l'équipe a identifié, au cours du projet, des besoins similaires pour les aidants dont le parent vit en hébergement. Les résultats soulignent le potentiel de transfert de cette approche à différents contextes de vie et de soins et a été perçu positivement tant par les aidants participants que par les tutrices virtuelles. L'évaluation de cette formation étant complétée, des démarches pour trouver du financement à ce projet sont entreprises présentement par l'équipe pour réactiver le programme sur le site *aidant.ca*.

La coordonnatrice du projet MeS-SAGES, madame **Véronique Dubé**, candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal, souligne que ce nouveau mode d'intervention a également modifié la pratique des infirmières impliquées dans cette recherche. «Agir comme tutrice en ligne fait appel à d'autres habiletés cliniques, soit des habiletés orientées vers l'accompagnement et le soutien à distance des aidants lors de leurs apprentissages sur le Web, plutôt que sur la transmission des savoirs ».

Outre la contribution des infirmières de l'IUGM, **Josette Gaudet**, travailleuse sociale au CSSS de Thérèse de Blainville a aussi participé à titre de tutrice en ligne à ce projet. L'édimestre **Carole Roy**, du Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et de leurs aidants (CESPA), **Paule Lebel**, médecin spécialisé en santé communautaire et directrice du CESPA au moment du projet et co-chercheur, et **Diane Saulnier**, coordonnatrice de la Chaire Desjardins ont, elles aussi, apporté leur contribution singulière au projet. Plusieurs services de l'IUGM ont aussi été mobilisés aux différentes phases du développement du programme de formation. Le financement du projet pilote MeS-SAGES a été obtenu grâce à une subvention de VINCI (Fonds de soutien à la valorisation/Université de Montréal/CRSH), de la Fondation de l'IUGM et de Desjardins Sécurité financière (DSF). La diffusion de plus de 75 000 dépliants promotionnels a été rendue possible grâce à la contribution financière de DSF et à la création d'un partenariat avec VON Canada (Victorian Order of Nurses) pour une diffusion à travers le Canada.

Le *Prix Innovation clinique* vise à mettre en valeur la contribution des infirmières à la qualité des soins offerts à la population, à l'efficacité et à l'efficience des services de santé ainsi qu'à l'avancement de la profession d'infirmière.



## Pour toute communication avec l'Association

Une seule adresse: AQIIG  
4565, chemin Queen-Mary, Montréal (Québec) H3W 1W5  
Tél. : (514) 340-2800, poste 3092 (boîte vocale)  
Courriel : info@aqiig.org  
**www.aqiig.org**

---

### Membres du Conseil d'administration 2011-2012

- Francine Lincourt Éthier, présidente  
Directrice des soins infirmiers  
et des programmes à la clientèle - Résidence Angelica  
(514) 324-6110, poste 289  
francine.lincourt.ange@ssss.gouv.qc.ca
- Huguette Bleau, vice-présidente  
Directrice des soins et services cliniques  
CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes  
(514) 527-4595, poste 310  
huguette.bleau.nddl@ssss.gouv.qc.ca
- Johanne Dumas, trésorière  
Chargée de projets - IUGM  
(514) 340-2800  
johanne.dumas.iugm@ssss.gouv.qc.ca
- Line Allaire, administratrice  
Conseillère aux activités cliniques - Résidence Angelica  
(514) 324-6110, poste 287  
line.allaire.ange@ssss.gouv.qc.ca
- Maria Crescenzi, administratrice  
Conseillère aux activités cliniques - Contractuelle  
maria.crescenzi@sympatico.ca
- Amélie Gagnon, administratrice  
Conseillère clinique à l'approche adaptée à la  
personne âgée - CSSS Laval  
(514) 668-1010, poste 24482
- Olivette Soucy, administratrice  
Consultante en soins infirmiers gériatriques  
(514) 504-6279  
soucy.olivette@gmail.com
- Karine Thorn, administratrice  
Infirmière clinicienne  
Clinique de cognition IUGM  
(514) 340-2800, poste 3082  
karine.thorn.iugm@ssss.gouv.qc.ca

---

### Changement d'adresse

Nouvelle adresse : \_\_\_\_\_ # membre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

À compter du : \_\_\_\_\_

Nouvelle adresse : \_\_\_\_\_ # membre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_