SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.

RAPPORT DE RECHERCHE

Instruments d'évaluation du risque de suicide : Examen de la documentation actuelle

2017 Nº R-392

This report is also available in English. Should a copy be required, it can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9

Instruments d'évaluation du risque de suicide : Examen de la documentation actuelle

Gregory P. Brown, Ph. D.
Directeur, Institute for Applied Social Research (IASR)
Professeur agrégé, École de criminologie et de justice pénale
Université Nipissing
North Bay (Ontario)

Ron Hoffman, Ph. D.
Professeur adjoint, École de criminologie et de justice pénale
Université Nipissing
North Bay (Ontario)

Eva Neufeld, Ph. D.
Associée de recherche principale, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord
Université Laurentienne
Professeure adjointe, Division des sciences humaines
École de médecine du Nord de l'Ontario
Sudbury (Ontario)

et

Tomasz Mrozewski, M. Ph., MBSI
Bibliothécaire de données, SIG et documents gouvernementaux
Bibliothèque J.N. Desmarais
Université Laurentienne

Mai 2017

Remerciements

La présente recherche a été réalisée dans le cadre d'un contrat conclu avec la Direction de la recherche du Service correctionnel du Canada, par l'intermédiaire d'un protocole d'entente avec l'Institute for Applied Social Research de l'Université Nipissing.

Résumé

Mots clés : *évaluation du risque de suicide; facteurs de risque de suicide; facteurs de protection; innovation dans l'évaluation du risque de suicide*

Nous avons effectué un examen de la documentation actuelle (de 2000 à 2016) sur les instruments d'évaluation du risque de suicide et d'automutilation utilisés dans des milieux institutionnels pour adultes (hôpitaux généraux, établissements psychiatriques et établissements correctionnels) et évalué ces instruments en tenant compte de leur fiabilité, leur validité, leur sensibilité, leur spécificité et leur valeur prédictive. Nous avons relevé treize instruments pour lesquels il y avait soit 1) des données psychométriques et des estimations de la validité prédictive suffisantes pour démontrer leur utilité lorsqu'il s'agit de prévoir un comportement suicidaire ou un suicide, soit 2) des données probantes à l'appui d'une approche unique ou prometteuse de prévision d'un comportement suicidaire ou un suicide. Parmi les treize instruments relevés, le Service correctionnel du Canada (SCC) en utilise actuellement deux, soit l'Échelle de mesure de l'état dépressif, du désespoir et du suicide (DHS; Mills et Kroner, 2004; 2005) et l'Échelle Columbia de la gravité du risque de suicide (C-SSRS; Posner et coll., 2011).

Nous avons aussi examiné les facteurs désignés comme étant des facteurs de risque (stresseurs) de suicide ou d'automutilation ainsi que des facteurs de protection. Nous avons relevé 71 facteurs de risque (29 facteurs de risque statiques, 26 facteurs de risque dynamiques et 16 facteurs de risque institutionnels) qui sont, de façon appréciable, associés au comportement suicidaire et au suicide. Neuf facteurs de protection ont aussi été relevés dans la documentation.

Aucun instrument d'évaluation du risque de suicide, que ce soit dans les hôpitaux généraux, les établissements psychiatriques ou les établissements correctionnels, ne ressort du lot. Tous les instruments couramment utilisés reposent sur une auto-évaluation ou sur de l'information obtenue de façon clinique ou par entrevue concernant des pensées suicidaires ou un plan de suicide. Par ailleurs, certaines études ont indépendamment démontré un lien entre des déficits cognitifs établis avec divers tests comme le *Suicide Stroop* et le *Iowa Gambling Test* et le risque de comportement suicidaire et de suicide. Des études récentes se révèlent prometteuses quant au lien entre des marqueurs génétiques laissant présager un risque.

Il faudrait une stratégie empirique plus ciblée pour l'élaboration, l'évaluation et la validation des outils et instruments de dépistage. Une telle stratégie requiert que les outils et les instruments comportent de bonnes propriétés psychométriques (fiabilité et validité), soient sensibles aux changements dans les facteurs de risque dynamiques associés à un comportement suicidaire et au suicide et permettent d'établir, de façon prospective et avec un niveau élevé de sensibilité et de spécificité, un risque de comportement suicidaire ou de suicide chez un éventail de sous-groupes de la population. La question de savoir s'il faut élaborer des outils et des instruments d'évaluation du risque de suicide qui ciblent précisément les grandes populations à risque, en tenant compte de facteurs de risque statiques, dynamiques et environnementaux particuliers, requiert un examen plus poussé.

Les résultats de l'examen systématique viendront appuyer l'évaluation des mesures du risque de

suicide ou d’automutilation que le SCC utilise actuellement.

Table des matières

Remerciements ii
Résumé iv
Introduction 1
Prévalence du suicide et d'un comportement suicidaire 1
Constatations à l'échelle internationale 1
Constatations relevées au Canada 3
Objet de la présente étude 5
Méthode de recherche documentaire 6
Définitions 6
Procédure 6
Résultats 8
Examens systématiques des instruments d'évaluation du risque de suicide 8
Instruments d'évaluation du risque de suicide utilisés dans les hôpitaux généraux et les établissements psychiatriques 9
Instruments d'évaluation du risque de suicide utilisés en milieu correctionnel 12
Résumé des constatations tirées des examens systématiques des instruments d'évaluation du risque de suicide 15
Facteurs de risque de comportement suicidaire et de suicide 18
Facteurs de risque dans la population générale et en milieu hospitalier 18
Facteurs de risque chez la population carcérale 20
Discussion 28
Conclusion 30
Bibliographie 32
Annexe A 45
Annexe B 47
Annexe C 61

Introduction

Prévalence du suicide et d'un comportement suicidaire

Constatations à l'échelle internationale

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il y aurait eu plus de 800 000 suicides en 2012, ce qui en faisait alors la 15e principale cause de mortalité au monde (Organisation mondiale de la Santé, 2014). À l'échelle internationale, les taux de suicide sont plus élevés chez les hommes, à 15 pour 100 000, comparativement à 8 pour 100 000 femmes (OMS, 2014). Toujours au niveau international, les taux de suicide augmentent généralement avec l'âge pour les deux sexes et sont plus élevés après l'âge de 70 ans (Shah, 2007; OMS, 2014). Les populations autochtones sont, à l'échelle mondiale, parmi les groupes les plus à risque de suicide (Leenaars, 2006; OMS, 2014).

Comparativement à la population générale, les taux de suicide chez les détenus seraient de trois à dix fois plus élevés. Une étude multinationale portant sur les suicides en prison dans douze pays a révélé que les taux de suicide déclarés chez les détenus de sexe masculin sont trois fois plus élevés que ceux de la population générale (Fazel, Grann, Kling et Hawton, 2011). Les taux de suicide chez les détenues varient grandement, mais demeurent plus élevés que ceux de la population générale; les détenues caucasiennes sont plus à risque de suicide (Fazel et coll., 2011). En Nouvelle-Galles-du-Sud, des chercheurs australiens ont établi un taux de suicide dix fois plus élevé chez les détenus que dans la population australienne générale (O'Driscoll, Samuels et Zacka, 2007). Malgré une surreprésentation au sein de la population carcérale, les détenus autochtones ne sont, proportionnellement, pas plus susceptibles de se suicider que les détenus non autochtones. Aux États-Unis, Hayes (2012) a établi un taux de suicide dans les établissements correctionnels américains de 38 pour 100 000, soit un taux approximativement 3,5 fois plus élevé que celui de la population générale. En Angleterre, des chercheurs ont calculé une moyenne de 85 suicides par année dans les prisons de l'Angleterre et du Pays de Galles entre 1999 et 2007, avec un nombre moyen de détenus s'élevant à 80 000 pendant cette période (pour un taux de suicide de 106 pour 100 000, comparativement à 17,4 pour 100 000 dans la population générale). Les détenues sont considérablement surreprésentées dans le nombre de décès par suicide (Humber, Piper, Appleby et Shaw, 2011).

Un comportement suicidaire, qu'il s'agisse de pensées suicidaires, de l'établissement

d’un plan précis pour se donner la mort ou d’un acte délibéré d’automutilation en vue de s’enlever la vie, est plus courant que le suicide en soi. Dans un récent échantillon national (N=2 507) d’Allemands âgés de 14 à 94 ans, 2,8 % des sujets (1,6 % des hommes; 3,8 % des femmes) ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide (Müller, Claes, Smits, Brähler et de Zwaan, 2016). Aux États-Unis, un sondage national mené en 2008-2009 (N=92 264) a révélé que 3,7 % des Américains âgés de 12 ans ou plus avaient eu des pensées suicidaires l’année précédente (3,5 % des hommes; 3,9 % des femmes), que 1 % d’entre eux avaient planifié un suicide (1,0 % des hommes; 1 % des femmes) et que 0,5 % d’entre eux (0,4 % des hommes; 0,5 % des femmes), soit environ un million de personnes, avaient fait une tentative de suicide; le groupe des 18 à 29 ans montrait des taux de comportement suicidaire plus élevés (Crosby, Han, Ortega, Parks et Gfroerer, 2011). Pour un échantillon de deux groupes d’Amérindiens (N=3 084) comparé à un échantillon de la population américaine générale (N=5 877), Bolton et ses collègues (2013) ont trouvé une prévalence de pensées suicidaires de 6,8 % et de tentatives de suicide de 8,7 % chez les Indiens des plaines du Nord, et de 5,0 % de pensées suicidaires et de 5,0 % de tentatives de suicide chez les Indiens du Sud-Ouest, comparativement à 12,9 % de pensées suicidaires et 4,6 % de tentatives de suicide chez la population générale américaine. Une étude européenne menée dans 17 pays (N=84 850) a révélé une prévalence de pensées suicidaires de 9,2 %, de planification d’un suicide de 3,1 % et de tentatives de suicide de 2,7 % au cours de la vie des sujets, les femmes et les jeunes étant plus susceptibles d’adopter un comportement suicidaire (Nock et coll., 2008). Dans un échantillon d’adultes australiens de 18 ans ou plus (N=11 572), De Leo, Cerin, Spathonis et Burgis (2005) ont constaté une prévalence de pensées suicidaires de 10,4 % (9,4 % pour les hommes; 11,5 % pour les femmes), de planification d’un suicide de 4,4 % (4,2 % pour les hommes; 4,5 % pour les femmes) et de tentatives de suicide de 4,2 % (3,3 % pour les hommes; 5,0 % pour les femmes) au cours de la vie des sujets, le comportement suicidaire global déclinant avec l’âge. Dans une étude menée en Angleterre (N=4 171), 10 % des sujets avaient eu des pensées suicidaires et 3 % des sujets avec fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Crawford, Nur, McKenzie et Tyrer, 2005).

Humber, Hayes, Senior, Fahy et Shaw (2011) ont examiné des échantillons représentatifs de détenus en Angleterre et au Pays de Galles à la réception/au dépistage (N=2 498) et de détenus actuellement incarcérés faisant l’objet d’une surveillance liée à un risque de suicide ou d’automutilation (N=2 166) et ont établi que 3 % des détenus dans les deux groupes avaient eu

des pensées suicidaires à leur entrée en prison et que 17 % des détenus dans les deux groupes avaient déjà fait au moins une tentative de suicide ou d'automutilation. Une deuxième étude menée au Royaume-Uni a révélé que 40 % des détenus et 55 % des détenues avaient déclaré avoir déjà eu des pensées suicidaires, comparativement à 14 % des hommes et 4 % des femmes dans la population générale (Jenkins et coll., 2005). Environ 24 % des détenus et 41 % des détenues avaient déjà tenté de se suicider, comparativement à 3,6 % des hommes et 5,3 % des femmes dans la population générale (Jenkins et coll., 2005). Dans une étude américaine récente, 16 % des détenus dans une prison située en banlieue (N=511) ont déclaré avoir des pensées suicidaires, les délinquants de race blanche montrant un taux de pensées suicidaires plus élevé que les délinquants de race noire; aucune différence n'a été observée en fonction du sexe (Schaefer, Esposito-Smythers et Tangney, 2016). Dans une étude menée dans des prisons italiennes, Sarchiapone et coll. (2009) ont déclaré une prévalence de 40 % de pensées suicidaires et de 13 % de tentatives de suicide au cours de la vie chez les détenus de sexe masculin (N=1 117). On a relevé, dans un échantillon de délinquants australiens (N=1 166), une prévalence de pensées suicidaires de 33,7 % et de tentatives de suicide de 20,5 % au cours de la vie; aucune différence notable n'a été établie en fonction du sexe ou du statut d'Autochtone (Larney, Topp, Indig, O'Driscoll, et Greenberg, 2012). Dans l'ensemble, la prévalence des comportements suicidaires chez les détenus serait de deux à quatre fois plus grande que dans la population générale et de sept à dix fois plus grande chez les détenues comparativement aux femmes dans la population générale.

Constatations relevées au Canada

Selon Statistique Canada (2016), au pays, le taux de suicide normalisé selon l'âge pour les plus récentes données disponibles (2012) est de 10,4 pour 100 000, les hommes (16,0 pour 100 000) montrant un taux de suicide trois fois plus élevé que les femmes (5,1 pour 100 000). Selon Kirmayer et coll. (2007), le taux de suicide chez les Autochtones est près de deux fois plus élevé que celui de la population non autochtone. Au Canada, le taux de suicide est le plus élevé dans le groupe des 30 à 65 ans (Statistique Canada, 2016).

Sécurité publique Canada (2016) rapporte que le taux de suicide chez les délinquants sous responsabilité fédérale pour la période de 2004-2005 à 2013-2014 est de 68 pour 100 000; il est de 40 pour 100 000 pour les délinquants sous responsabilité provinciale. Les hommes représentent 95 % de la population de délinquants sous responsabilité fédérale et 95 % des

suicides; les délinquantes (4,2 % de la population carcérale) sont toutefois considérablement surreprésentées sur le plan de l'automutilation (15 % du nombre total d'actes d'automutilation; Power et Riley, 2010). Bien que les délinquants autochtones soient surreprésentés dans le système correctionnel, leur taux de suicide est comparable à celui de leur représentation proportionnelle au sein du système (Power et Riley, 2010).

Selon Sareen et coll. (2016), dans un échantillon national (N=15 981) de Canadiens adultes en 2013, 15,2 % des sujets ont montré une prévalence de pensées suicidaires (14,0 % des hommes; 14,8 % des femmes) et 3,6 % des sujets ont montré une prévalence de tentatives de suicide (2,4 % des hommes; 4,8 % des femmes) au cours de leur vie. L'estimation de la prévalence au cours de la dernière année était de 3,9 % (4,0 % pour les hommes; 3,9 % pour les femmes) pour les pensées suicidaires et de 0,6 % (0,5 % pour les hommes; 0,7 % pour les femmes) pour les tentatives de suicide (Sareen et coll., 2016). Dans un sondage national mené par Statistique Canada auprès d'adultes des Premières Nations vivant hors des réserves et d'adultes métis et inuits au Canada en 2012, Bougie, Arim, Kohen et Findlay (2016) ont établi que 24 % des membres des Premières Nations vivant hors des réserves, 23,5 % des Inuits et 19,6 % des Métis risquaient d'avoir des pensées suicidaires au cours de leur vie. Les femmes métisses (23,4 %) étaient plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires que les hommes métis (14,9 %), mais aucune différence en fonction du sexe n'a été établie pour les membres des Premières Nations vivant hors des réserves et pour les Inuits.

Daigle et Naud (2012) ont examiné les dossiers numérisés de détenus admis dans un pénitencier du Québec entre juillet 1995 et octobre 1996 (N=1 025) et ont effectué un suivi en décembre 2006. Dans l'ensemble, 11,1 % des détenus avaient affiché au moins un type de comportement suicidaire entre juillet 1995 et décembre 2006. Dans une précédente étude, Daigle, Labelle et Côté (2006) ont examiné un échantillon (N=306) de détenus tiré de trois établissements correctionnels au Québec et établi que 24,4 % des hommes avaient été évalués comme présentant un risque élevé de suicide, comparativement à 20,6 % des femmes. Dans une étude menée à l'Établissement de Millhaven (N=235), Holden et Kroner (2003) ont établi que 17,0 % des détenus de sexe masculin avaient déclaré une précédente tentative de suicide, alors que dans une étude sur les détenus à l'Établissement de Bath (N=272), 15,6 % des détenus de sexe masculin avaient déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide et 3,7 % d'entre eux avaient déclaré avoir fait une telle tentative au cours des deux dernières années (Mills et Kroner, 2004).

En résumé, les études sur la prévalence d'un comportement suicidaire dans les établissements correctionnels au Canada montrent une plus forte prévalence de tentatives de suicide chez les détenus comparativement à la population générale.

Objet de la présente étude

En cas de décès de cause non naturelle d'un délinquant tandis qu'il est sous la garde du SCC, un comité d'enquête examine les circonstances entourant la mort et formule des recommandations en vue de prévenir de futurs incidents. Des enquêtes indépendantes peuvent aussi être menées. Une récente enquête indépendante sur le décès de cause non naturelle de délinquants sous la garde du SCC a mené à la recommandation 1 suivante du *Troisième Comité d'examen indépendant sur les décès en établissement – Du 1er avril 2011 au 31 mars 2014* (Thériault, Leschied et Brown, 2015) :

> *L'outil d'évaluation global du risque de suicide et d'automutilation doit être révisé en tenant compte des pratiques exemplaires répertoriées dans la documentation; il doit également être quantifié afin d'en accroître la fiabilité au fil du temps et d'un utilisateur à l'autre. L'outil devrait inclure les facteurs de stress aigus et chroniques imputables au milieu correctionnel et aux sources externes* (p. 30).

Le présent rapport est un examen de la documentation contemporaine (de 2000 à 2016) sur les instruments d'évaluation du risque de suicide et d'automutilation utilisés dans des environnements institutionnels pour adultes (hôpitaux généraux, établissements psychiatriques et établissements correctionnels), y compris les rapports empiriques sur leur fiabilité, leur validité, leur sensibilité, leur spécificité et leur valeur prédictive. Il comprend aussi les facteurs que la documentation désigne comme étant des facteurs de risque (stresseurs) de suicide ou d'automutilation ainsi que des facteurs de protection. Les résultats de l'examen systématique viendront appuyer l'examen et l'évaluation critiques des outils d'évaluation du risque de suicide et d'automutilation utilisés par le SCC, ce qui reprend la deuxième partie de la recommandation susmentionnée.

Méthode de recherche documentaire

Définitions

L'absence de nomenclature et de définitions opérationnelles universelles complique la définition des termes « suicide » et « comportement suicidaire » (Association internationale pour la prévention du suicide, 2016; Silverman, 2006). Aux fins du présent rapport, le *suicide* est défini comme étant un acte délibéré et auto-infligé qui entraîne la mort (O'Connor et Nock, 2014; OMS, 2014). Un *comportement suicidaire* s'entend d'un éventail de comportements comme des pensées suicidaires, la planification d'un suicide et des actes d'automutilation délibérés visant à s'enlever la vie (O'Connor et Nock, 2014; OMS, 2014).

La base de données PsycINFO de l'American Psychological Association, via la plateforme ProQuest, a servi de principale source de données pour l'examen de la documentation, celle-ci étant la base de données la plus exhaustive dans le domaine de la psychologie.

Procédure

Nous avons au départ utilisé deux stratégies de recherche documentaire : 1) déterminer les outils de dépistage possibles dans PsycTESTS puis chercher ces outils par leur nom dans PsycINFO, et 2) faire une recherche générique dans PsycINFO pour trouver les concepts psychométriques de fiabilité et de validité de pair avec les tendances suicidaires et les prisons (sans tenir précisément compte de la sensibilité, de la spécificité ou de la validité prédictive, car cela aurait trop rapidement limité la recherche à un petit nombre d'articles de recherche), puis dégager les instruments en fonction des articles. La formulation finale de la recherche dans PsycINFO au moyen de la syntaxe de l'interface ProQuest est présentée à l'annexe A, tableau 1. Outre les termes de recherche, des filtres de recherche ont été utilisés pour n'extraire que les articles en anglais ou traduits en anglais et publiés depuis l'an 2000, exception faite des lettres, commentaires ou réponses en lien avec les articles, des manuels et des comptes rendus de livre. Au moment de la recherche finale effectuée à la fin d'août 2016, cette stratégie a permis d'extraire 200 articles de journaux, 23 livres et 9 dissertations.

La recherche documentaire a alors été transférée dans MEDLINE au moyen de l'interface PubMed pour veiller à l'extraction des écrits pertinents des disciplines biomédicales. Les mêmes critères de période et d'exclusion de date et de type d'élément ont été employés, d'où l'extraction de 81 articles de journaux. En utilisant Excel pour comparer le nom de famille de l'auteur principal et la date de publication des résultats de PsychINFO et de MEDLINE, il a été établi que 18 articles apparaissaient dans les deux bases de données et que 63 articles n'apparaissaient que dans MEDLINE. La formulation finale de la recherche dans MEDLINE au moyen de la syntaxe de l'interface PubMed est présentée à l'annexe A, tableau 2.

Une cote préliminaire « pertinent », « possiblement pertinent » et « non pertinent » a été attribuée à chaque article. Parmi les 263 articles uniques extraits, 113 ont été jugés clairement associés au dépistage des tendances suicidaires chez une population carcérale adulte ou à l'analyse judiciaire des suicides dans les systèmes carcéraux adultes, 48 ont été jugés clairement non pertinents et 92 autres cas limites ont été jugés possiblement pertinents. Parmi les motifs à l'appui d'une pertinence limite, notons les hôpitaux psychiatriques et les contextes postlibératoires (42 articles), les délinquants juvéniles (11), les services correctionnels communautaires et les services de probation (9), l'automutilation explicitement non suicidaire (7), les suicides après libération d'un établissement correctionnel (5) et autres (18). Les citations extraites des bases de données PsycINFO et MEDLINE ont été exportées dans le logiciel de gestion des références Zotero puis téléchargées dans un document Google Sheets partagé par les membres de l'équipe de recherche. Les articles de recherche en format PDF ont alors été téléchargés dans un espace de travail partagé en ligne qui a été conçu pour les chercheurs. Les 113 articles pertinents étaient disponibles en ligne ou ont été obtenus par prêt entre bibliothèques (PEB) avant la rédaction du présent rapport.

En plus de la recherche documentaire structurée, une recherche a été effectuée dans les bases de données Academic Search Premier (EBSCOHost), Scholars Portal, Ovid, JSTOR, Science Direct, Sage Publications, Wiley Online et Canadian Research Index pour y trouver des articles sur des examens systématiques des outils d'évaluation du risque de suicide et des facteurs de risque de comportement suicidaire et de suicide. De plus, une recherche a été effectuée sur le portail de Statistique Canada et d'autres sites Web publics fédéraux et provinciaux, ainsi que sur Google et Google Scholar. Enfin, une recherche a été effectuée dans les moteurs de recherche Scholars Portal EBook, EBSCOHost eBook et ebrary.

Résultats

Examens systématiques des instruments d'évaluation du risque de suicide

Les études internationales et canadiennes révèlent qu'il existe un risque élevé de comportement suicidaire au moment de l'admission dans un hôpital général, dans un établissement psychiatrique ou dans un établissement correctionnel (Chen, Tzeng, Chen et Lin, 2012; Choi, Park, Yi et Hong, 2012; Meehan et coll., 2006; Randall, Colman et Rowe, 2011), pendant l'hospitalisation ou l'incarcération (Ajdacic-Gross, Lauber, Baumgartner, Malti et Rössier, 2009; Daigle et Côté, 2006; Ferreira et coll., 2007; Horowitz et coll., 2013; Large, Smith, Sharma, Nielssen et Singh, 2011; Wichmann, Serin et Motiuk, 2000) et après l'obtention du congé ou la mise en liberté (Binswanger, 2007; Daigle et Naud, 2012; Dhossche, Ulusarac et Syed, 2001; Kariminia et coll., 2007). Un grand nombre d'outils et d'instruments de dépistage et d'échelles autonomes à l'intérieur d'instruments complets d'évaluation de la santé mentale ont été élaborés pour évaluer le risque de comportement suicidaire et de suicide. Il peut s'agir d'auto-évaluations, d'évaluations menées par un clinicien ou un interviewer ou d'une combinaison des deux. Les instruments peuvent être utilisés exclusivement en tant qu'outils de dépistage à l'admission ou à la réception pour identifier les personnes qui présentent un risque immédiat de comportement suicidaire ou de suicide, ou ils peuvent être utilisés dans le cadre d'une évaluation plus exhaustive de la santé mentale. Bien que la plupart des instruments d'évaluation du risque de suicide aient été élaborés dans les systèmes de soins hospitaliers et psychiatriques, certains ont été élaborés précisément pour le système correctionnel. Certains instruments d'évaluation du risque de suicide ont été élaborés pour des sous-populations précises, comme les jeunes ou les personnes âgées.

Un nombre relativement faible d'instruments d'évaluation du risque de suicide utilisés ont été validés au moyen de tests empiriques. Les instruments qui ont été validés de façon empirique devraient montrer une bonne fiabilité (cohérence interne, fiabilité test-retest et fiabilité interévaluateurs), une bonne validité (p. ex. validité convergente et validité conceptuelle), une bonne sensibilité au changement et une bonne valeur prédictive (sensibilité, c.-à-d. identifier les personnes véritablement à risque, et spécificité, c.-à-d. identifier les personnes qui ne sont pas à

risque), en plus de montrer la validité de l'application dans un éventail de sous-groupes de population et de contextes (Cleophas, Droogendijk et van Ouwerkerk, 2008; Greenhalgh, 1997; Harris et coll., 2015).

Instruments d'évaluation du risque de suicide utilisés dans les hôpitaux généraux et les établissements psychiatriques

Dans un examen systématique des instruments d'évaluation du risque de suicide, Brown (2002) a évalué les propriétés psychométriques de onze instruments avec auto-évaluation et douze instruments administrés par un clinicien ou un interviewer, de même qu'un certain nombre d'autres mesures de désespoir, de létalité et de raisons de vivre. Bien que bon nombre des mesures examinées montrent un niveau acceptable de fiabilité et de validité, seule l'Échelle d'idéation suicidaire (*Scale of Suicide Ideation*, SSI; Beck, Kovacs et Weissman, 1979) et l'Échelle de désespoir de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS; Beck et Steer, 1988) ont une valeur prédictive sur le plan des suicides réussis (Brown, 2002). Selon un examen systématique des instruments de dépistage du risque de suicide utilisés par des médecins de premier recours, aucune étude contrôlée randomisée n'a démontré que le dépistage de comportements suicidaires permet de réduire les tentatives de suicide ou les décès (Gaynes et coll., 2004). Une étude (Olfson, Weissman, Leon, Sheehan et Farber, 1996) a montré une bonne fiabilité pour trois questions tirées de l'échelle Système de diagnostic axé sur les symptômes pour les soins primaires (*Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care*, ISDDS-PC; Broadhead et coll., 1995**)** concernant les pensées suicidaires, lorsque mises en corrélation avec d'autres symptômes psychiatriques, et une bonne valeur prédictive des tentatives de suicide autodéclarées. Selon un examen systématique des facteurs de risque de suicide et des outils d'évaluation du risque de suicide pouvant être utilisés auprès de vétérans américains, aucun des instruments de dépistage examinés ne montre une bonne valeur prédictive. L'Inventaire de la personnalité (*Personality Assessment Inventory*, PAI; Morey, 1996) et l'Inventaire de dépression de Beck-II (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer et Brown, 1996) étaient utilisés dans les programmes du ministère des Anciens Combattants au moment de la revue, bien que les auteurs aient noté que ces instruments devraient être davantage mis à l'essai (Haney et coll., 2012). O'Connor, Gaynes, Burda, Soh et Whitlock (2013) ont mené un examen systématique des études sur l'évaluation du risque de suicide et des instruments connexes utilisés par les médecins de première ligne et ont établi que la recherche d'Olfson et coll. (1996), qui fait fond sur un petit

nombre de questions tirées de l'échelle Système de diagnostic axé sur les symptômes pour les soins primaires (*Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care*, ISDDS-PC; Broadhead et coll., 1995**),** était prometteuse. Dans cette étude, la sensibilité pour chacune des questions variait de 83 % à 100 % et la spécificité variait de 81 % à 98 %, bien que la valeur prédictive positive globale ne dépassait pas 30 %.

Roos, Sareen et Bolton (2013) ont examiné neuf instruments d'évaluation du risque de suicide pour lesquels il y avait une estimation de la validité prédictive et ont conclu que la valeur prédictive des échelles n'était pas concluante, était largement fondée sur des études menées auprès de groupes de personnes ayant déjà fait une tentative de suicide et reposait trop fortement sur des renseignements autodéclarés. Ces auteurs ont toutefois noté que bien que les différents outils élaborés par Beck et ses collègues aient fait l'objet d'une recherche approfondie, leur validité en matière de prévision du suicide n'est pas régulière. La mini-entrevue neuropsychiatrique internationale (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*, MINI; Sheehan et coll., 1998) s'est révélée prometteuse lorsqu'il s'agit de prévoir un comportement suicidaire, et l'Échelle de violence interpersonnelle de Karolinska (*Karolinska Interpersonal Violence Scale*, KIVS; Jokinen et coll., 2010) a montré une bonne valeur prédictive de suicide réussi chez une population psychiatrique à risque élevé. Roos et coll. (2013) ont aussi examiné divers autres outils d'évaluation du risque cognitivo-comportemental axés sur le dépistage des anomalies en matière de traitement cognitif (p. ex. prise de décisions et processus neurocognitifs) et soulevé l'hypothèse qu'ils pourraient permettre de prévoir un comportement suicidaire ou un suicide. La tâche *Suicide Stroop* (Nock et coll., 2010) a été administrée à un échantillon (N=124) de patients adultes en salle d'urgence et montré qu'un niveau accru d'interférence cognitive pour des mots associés au suicide permettait de prévoir les tentatives de suicide sur une période de suivi de six mois. La tâche Association implicite de « soi » avec les thèmes « mort/suicide » (*Death/suicide Implicit Association*, Nock et coll., 2010) visait à examiner les associations mentales entre « soi » et « autre que soi » et des mots associés à la vie et à la mort ou au suicide. Les chercheurs ont établi qu'une note positive à cette tâche était liée à des mesures de référence de comportement suicidaire et que cette tâche permettait de prévoir de futures tentatives de suicide mieux que les autres facteurs d'auto-évaluation ou facteurs cliniques. Roos et coll. (2013) ont conclu que les outils d'évaluation du risque neurocognitif pouvaient permettre de prévoir un comportement suicidaire et un risque de suicide dans un délai relativement court (six mois ou

moins), étaient sensibles au changement au fil du temps, pouvaient être administrés aisément et rapidement dans un contexte d'urgence et offraient une meilleure valeur prédictive que l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck.

Dans un examen systématique des instruments d'auto-évaluation du risque de suicide chez les adultes, Batterham et coll. (2015) ont dégagé de la documentation 19 mesures offrant suffisamment de données psychométriques pour permettre une évaluation comparative, dont 11 mesures qui n'apparaissaient pas dans l'étude précédente de Brown (2002). Treize des instruments seraient de portée globale, alors que les six autres seraient de brefs outils de dépistage composés de cinq questions ou moins (Batterham et coll., 2015). Parmi les mesures globales évaluées, l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (*Beck Scale of Suicidal Ideation*, BSSI; Beck et Steer, 1991), le Questionnaire sur l'idéation suicidaire chez les adultes (*Adult Suicidal Ideation Questionnaire*, ASIQ; Reynolds, 1991) et l'Échelle de dépistage du suicide de Sheehan (*Sheehan Suicide Tracking Scale*, S-STS; Coric, Stock, Pultz, Marcus et Sheehan, 2009) ont montré de bonnes propriétés psychométriques, bien que la validité prédictive de ces instruments n'ait pas été évaluée. Parmi les brefs instruments de dépistage, la Sous-échelle de tendances suicidaires – Index des symptômes de dépression (*Depressive Symptom Index Suicidality Subscale*, DSI-SS; Joiner, Pfaff et Acres, 2002), le Questionnaire sur les comportements suicidaires-Révisé (*Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised*, SBQ-R; Osman et coll., 2001) et l'Échelle d'attributs des pensées suicidaires (*Suicidal Ideation Attributes Scale*, SIDAS; van Spijker et coll., 2014) étaient des outils de dépistage montrant certaines des propriétés psychométriques exigées, mais n'avaient pas été suffisamment mis à l'essai et reproduits; la validité prédictive de ces outils n'a pas été évaluée (Batterham et coll., 2015).

Les examens systématiques des outils d'évaluation du risque de suicide chez les adultes qui sont utilisés dans les hôpitaux généraux et les établissements de psychiatrie aiguë et légale ont généralement mené à la conclusion que bien que certains instruments d'évaluation du risque montrent une bonne fiabilité et une bonne validité conceptuelle, et aient parfois été utilisés à maintes reprises dans divers contextes, aucun des outils actuels, qu'il soit axé sur l'auto-évaluation ou sur l'évaluation d'un clinicien ou d'un interviewer, ne répond à l'exigence qui consiste à montrer un niveau acceptable de validité prédictive (sensibilité et spécificité), de sorte que l'utilisateur ait suffisamment confiance en l'outil pour prendre une décision concernant le risque réel de suicide chez une personne (Batterham et coll., 2015; Brown, 2002; Gaynes et

coll, 2004; Haney et coll., 2012).

Instruments d'évaluation du risque de suicide utilisés en milieu correctionnel

Les examens systématiques des instruments d'évaluation du risque de suicide qui sont utilisés auprès des populations carcérales portent à la fois sur des instruments élaborés pour des patients en soins hospitaliers et psychiatriques et sur des instruments précisément élaborés pour les délinquants. Tripodi et Bender (2007) ont examiné deux des instruments d'évaluation du risque de suicide les plus souvent utilisés dans les prisons américaines, soit l'Échelle d'idéation suicidaire (*Scale for Suicide Ideation*, SSI; Beck, Kovacs et Weisman, 1979) et le Questionnaire sur les comportements suicidaires (*Suicide Behaviors Questionnaire*, SBQ; Linehan, 1981). Les deux échelles montrent une bonne cohérence interne et une bonne validité convergente. Aucune évaluation de leur validité prédictive n'est toutefois disponible. L'Entrevue sur les comportements suicidaires en prison (*Prison Suicide Behaviors Interview*, PSBI; Ivanoff et Jang, 1991) est un outil de dépistage à quatre questions tiré du SBQ.

Perry et Gilbody (2009) ont effectué une analyse comparative en deux étapes de trois instruments utilisés dans les établissements, soit l'Échelle de désespoir de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS; Beck et Steer, 1988), l'Inventaire de dépression de Beck-II (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer et Brown, 1996) et l'instrument Préoccupations liées au suicide chez les délinquants en milieu carcéral (*Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment*, SCOPE; Perry et Olason, 2009), qui est le plus récent. Lors de la première étape (N=1 166), Perry et Gilbody (2009) ont effectué une analyse transversale au moyen de diverses valeurs ponctuelles limites qui représentaient des niveaux accrus de sensibilité. Perry et Gilbody (2009) ont établi que la valeur limite optimale (équilibre optimal entre la sensibilité et la spécificité) pour le BDI-II était un score de ≥21, avec une sensibilité de 65,9 % et une spécificité de 67,9 %; pour la BHS, le score limite optimal était ≥5, avec une sensibilité de 67,1 % et une spécificité de 64,9 %; pour le SCOPE, le score limite optimal était ≥78, avec une sensibilité de 72,3 % et une spécificité de 74,0 %. Lors de la deuxième étape de l'étude, Perry et Gilbody (2009) ont mené une étude de suivi après quatre ans avec un sous-échantillon (N=465) de détenues afin d'évaluer la valeur prédictive des trois instruments. Perry et Gilbody (2009) ont alors comparé les scores individuels au BDI-II, à la BHS et au SCOPE aux rapports ultérieurs de comportement suicidaire en établissement et établi qu'il fallait, pour toutes les mesures, des scores limites plus élevés, soit un score ≥21 au BDI-II, ≥8 à la BHS et ≥85 au SCOPE, pour

maximiser l'équilibre entre la sensibilité et la spécificité des instruments. Perry et Gilbody (2009) ont conclu que les scores limites inférieurs à l'étude transversale reflétaient une surestimation du risque fondée exclusivement sur des pensées suicidaires et d'automutilation autodéclarées comparativement à des scores limites plus élevés dans la deuxième étude, où les incidents déclarés d'automutilation et de comportement suicidaire ont été mis en corrélation avec les scores d'évaluation du risque de suicide. De plus, comme les résultats à la deuxième étude de suivi étaient fondés sur un échantillon exclusivement féminin de détenus, Perry et Gilbody (2009) ont suggéré que, compte tenu de la plus forte prévalence de pensées suicidaires et d'automutilation chez les femmes et les détenues en général, des scores limites plus élevés pour le risque réel d'automutilation et de comportement suicidaire pourraient mieux refléter le niveau réel de risque chez les détenues.

Dans le cadre d'un examen systématique des instruments de dépistage utilisés chez les délinquants adultes, Perry, Marandos, Coulton et Johnson (2010) ont retenu cinq études de recherche contenant suffisamment de données psychométriques (incluant une estimation de la validité prédictive) pour effectuer une analyse et faisant fond sur quatre instruments de dépistage du risque de suicide : la Liste de vérification du risque de suicide (*Suicide Checklist*, SCL; Arboleda-Florez et Holley, 1988; 1989) a été utilisée dans deux des études, et l'Échelle de probabilité de suicide (*Suicide Probability Scale*, SPS; Cull et Gill, 1988), l'instrument Préoccupations liées au suicide chez les délinquants en milieu carcéral (*Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment*, SCOPE; Perry et Olason, 2009) et l'Échelle du risque potentiel de suicide (*Suicide Potential Scale*), plus tard appelée Échelle d'évaluation du risque de suicide (*Suicide Risk Assessment Scale*, SRAS; Wichmann, Serin et Motiuk, 2000) ont chacune été utilisée dans une étude. Dans l'ensemble, l'information présentée dans les études était incomplète, l'information étant insuffisante dans deux des cinq études pour calculer la valeur prédictive (Perry et coll., 2010). Deux des instruments, soit le SCOPE (81 % et 71 %) et l'Échelle du risque potentiel de suicide (86 % et 80 %), ont montré des niveaux élevés de sensibilité et de spécificité. La valeur prédictive positive (VPP) est une mesure de la proportion de personnes qui, avec l'instrument de dépistage, ont été identifiées comme présentant un risque de suicide ou de comportement suicidaire et qui ont ultérieurement affiché un tel comportement, alors que la valeur prédictive négative (VPN) est la proportion de personnes identifiées comme étant à risque et qui n'affichent pas un tel comportement ou ne se suicident pas (Perry et coll.,

2010). Le SCOPE (VPP=94 %; VPN=55 %) et l'Échelle du risque potentiel de suicide (VPP=74 %; VPN=78 %) ont, dans l'ensemble, montré les meilleurs scores de prédiction. Perry et coll. (2010) ont conclu que bien qu'aucun outil de dépistage du risque de suicide ne se distingue pour une utilisation en milieu correctionnel, il faudrait porter une attention particulière aux outils qui, étant donné le manque de ressources en matière d'intervention et de traitement dans le système correctionnel, montrent un bon niveau de spécificité (en identifiant les personnes n'étant pas à risque).

Une revue préparée pour l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (2010) s'est penchée sur les résultats d'un examen systématique (Perry et coll., 2010) et de quatorze études d'observation et a conclu que l'Inventaire de dépression de Beck-II (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer et Brown, 1996), l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (*Beck Scale for Suicidal Ideation*, BSSI, Beck et Steer, 1991) et l'Échelle de désespoir de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS; Beck et Steer, 1988) permettaient d'identifier les détenus à risque de se suicider, de même que l'instrument Préoccupations liées au suicide chez les délinquants en milieu carcéral (*Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment*, SCOPE; Perry et Olason, 2009). Six instruments de dépistage présenteraient des résultats de recherche montant leur capacité à identifier les détenus présentant un risque de suicide et d'automutilation, soit l'Échelle d'évaluation du risque de suicide (*Suicide Risk Assessment Scale*, SRAS; Wichmann, Serin et Motiuk, 2000), l'Échelle de dépression de Montgomery et Asberg (*Montgomery-Asberg Rating Scale for Depression*, MADRS; Montgomery et Asberg, 1979), l'Échelle d'anxiété de Hamilton (*Hamilton Anxiety Rating Scale*, HAM-A; Hamilton, 1959), l'Instrument de dépistage d'incapacité mentale/de risque de suicide à l'admission (*Mental Disability/Suicide Intake Screen*, MDSIS; Texas Commission on Jail Standards, 1997), l'Instrument viennois d'évaluation des tendances suicidaires dans les établissements correctionnels (*Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions*, VISCI; Frottier, Koenig, Seyringer, Matschnig et Fruehwald, 2009) et l'Échelle de mesure de l'état dépressif, du désespoir et du suicide (*Depression, Hopelessness and Suicide Scale*, DHS; Mills et Kroner, 2004). La conclusion du rapport est qu'aucune ligne directrice fondée sur des données probantes n'est établie pour déterminer le risque de comportement suicidaire ou de suicide chez les détenus.

Horon, McManus, Schollinger, Barr et Jimenez (2013) ont évalué l'utilisation du

Questionnaire sur l'idéation suicidaire chez les adultes (*Adult Suicidal Ideation Questionnaire*, ASIQ, Reynolds, 1991), de l'Échelle de désespoir de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS; Beck et Steer, 1988), de l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (*Scale for Suicidal Ideation*, BSSI, Beck et Steer, 1991) et du Questionnaire sur les raisons motivant une tentative de suicide (*Reasons for Attempting Suicide Questionnaire*, RASQ; Holden, Kerr, Mendonca et Velamoor, 1998) chez des patients (N=342) en psychiatrie ayant été aiguillés par le California Department of Corrections and Rehabilitation. Toutes les mesures ont montré une bonne ou une excellente fiabilité et une validité convergente modérée ou forte. Chacun des instruments a montré des différences statistiquement significatives dans les scores moyens des personnes ayant fait une seule tentative de suicide par opposition aux personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide, et un groupe combiné de personnes n'ayant fait aucune tentative ou ayant fait une seule tentative de suicide par opposition aux personnes ayant fait des tentatives multiples. Une analyse de régression logistique a toutefois montré un taux élevé de résultats faussement positifs (56 %) pour le groupe de personnes n'ayant fait aucune tentative ou ayant fait une seule tentative de suicide (Horon et coll., 2013). Dans l'ensemble, l'ASIQ a montré le meilleur score de l'aire sous la courbe (ASC) de la fonction d'efficacité du récepteur (0,80) pour ce qui est de prévoir les tentatives multiples, suivi de la BSSI, du RASQ et de la BHS. Horon et coll. (2013) ont conclu que la BHS peut ne pas être efficace en milieu correctionnel et que l'ASIQ, la BSSI et le RASQ peuvent venir appuyer un jugement clinique structuré en ce qui concerne l'évaluation du risque de comportement suicidaire ou de suicide dans les services de santé mentale en milieu correctionnel.

Résumé des constatations tirées des examens systématiques des instruments d'évaluation du risque de suicide

Il existe un vaste éventail d'instruments et d'échelles autonomes à l'intérieur d'instruments complets d'évaluation de la santé mentale utilisés dans les hôpitaux généraux, les établissements psychiatriques et les systèmes correctionnels, dont certains instruments qui possèdent de bonnes propriétés psychométriques et qui montrent certains indices de validité prédictive en matière de comportement suicidaire ou de suicide. Aucun instrument ou outil de dépistage à lui seul ne semble toutefois permettre, de façon convaincante, de prévoir de graves tentatives de suicide ou des suicides (Batterham et coll., 2013; Brown, 2002; Gaynes et coll., 2004; Horon et coll., 2013; Roos et coll., 2013).

Parmi les instruments d'évaluation du risque de suicide utilisés dans les hôpitaux généraux et les établissements psychiatriques, l'Échelle d'idéation suicidaire (*Scale of Suicidal Ideation*, SSI; Beck et coll., 1979) et l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (*Beck Scale for Suicide*, BSSI, Beck et Steer, 1991), l'Échelle de désespoir de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS; Beck et Steer, 1988), l'Inventaire de dépression de Beck-II (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer et Brown, 1996) et le Système de diagnostic axé sur les symptômes pour les soins primaires (*Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care*, ISDDS-PC; Broadhead et coll., 1995**)** seraient des instruments ayant de bonnes propriétés psychométriques, en plus de montrer certains indices de validité prédictive en matière de suicide. Roos et coll. (2013) ont aussi examiné deux autres tâches cognitivo-comportementales visant à évaluer le risque de comportement suicidaire et de suicide, soit la tâche *Suicide Stroop* (Nock et coll., 2010) et la tâche Association implicite de « soi » avec les thèmes « mort/suicide » (*Death/suicide Implicit Association*, Nock et coll., 2010). Une méta-analyse de vingt-cinq études sur le lien entre le rendement cognitif et le risque de suicide (Richard-Devantoy, Berlim et Joliant, 2014) a révélé un niveau de rendement toujours plus faible au Test de jeu de l'Iowa (*Iowa Gambling Test*, IGT), à des tests de fluidité verbale et au test *Stroop* chez les personnes ayant déjà une tentative de suicide comparativement à un échantillon témoin.

Parmi les instruments d'évaluation du risque de suicide utilisés en milieu carcéral, l'Échelle de désespoir de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS; Beck et Steer, 1988), l'Inventaire de dépression de Beck-II (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer et Brown, 1996), l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (*Beck Scale for Suicidal Ideation*, BSSI, Beck et Steer, 1991) et le Questionnaire sur l'idéation suicidaire chez les adultes (*Adult Suicidal Ideation Questionnaire*, ASIQ; Reynolds, 1991) ont encore une fois montré des résultats positifs. Parmi les instruments conçus précisément pour le milieu carcéral, l'instrument Préoccupations liées au suicide chez les délinquants en milieu carcéral (*Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment*, SCOPE; Perry et Olason, 2009) et l'Échelle du risque potentiel de suicide (*Suicide Potential Scale*), plus tard appelée Échelle d'évaluation du risque de suicide (*Suicide Risk Assessment Scale*, SRAS; Wichmann, Serin et Motiuk, 2000), auraient tous deux de bonnes propriétés psychométriques et montreraient des indices de validité prédictive en matière de comportement suicidaire.

L'Échelle de mesure de l'état dépressif, du désespoir et du suicide (*Depression*,

Hopelessness and Suicide Scale, DHS; Mills et Kroner, 2004; 2005) aurait de bonnes propriétés psychométriques et une bonne validité prédictive en matière de pensées suicidaires chez les délinquants en milieu carcéral, y compris les femmes (Kroner, Kang, Mills, Harris et Green, 2011; Mills et Kroner, 2008), et est actuellement utilisée au Service correctionnel du Canada (SCC) en guise d'outil de dépistage à l'admission. L'Échelle d'évaluation du risque de suicide de Columbia (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*, C-SSRS; Posner et coll., 2011) est aussi actuellement utilisé au SCC. L'Évaluation culturelle du risque de suicide (*Cultural Assessment of Risk for Suicide*, CARS; Chu et coll., 2013) est un nouvel instrument visant à intégrer des facteurs culturels (ethnicité et orientation sexuelle) qui ont montré une bonne cohérence interne et une validité convergente dans le cadre d'une étude, ainsi que des indices de validité prédictive en matière de précédentes tentatives de suicide (Chu et coll., 2013).

Une étude récente de Niculescu et coll. (2015) fait fond sur l'identification de biomarqueurs sanguins génétiques comme prédicteurs de comportement suicidaire et de suicide. L'identification de biomarqueurs a été validée en fonction de deux instruments d'évaluation du risque de suicide et d'un échantillon de suicides réussis. L'instrument Information fonctionnelle convergente sur les tendances suicidaires (*Convergent Functional Information for Suicidality*, CFI-S; Niculescu et coll., 2015) est un test à vingt-deux questions administré par un clinicien ou un interviewer. L'Échelle simplifiée de l'état affectif (*Simplified Affective State Scale*, SASS; Niculescu et coll., 2015) est une série de onze échelles analogues visuelles qui évaluent l'humeur et l'anxiété. Les chercheurs ont établi que des biomarqueurs individuels étaient séparément prédictifs de pensées suicidaires et d'une hospitalisation pour un comportement suicidaire ou une tentative de suicide et avaient des répercussions biochimiques génétiques pour le traitement pharmacologique d'un comportement suicidaire. La valeur prédictive pour chacun des biomarqueurs variait d'une valeur de l'ASC de 0,72 % (pensées suicidaires) à 0,55 (hospitalisation future). L'exactitude prédictive de la CFI-S était de 0,89 pour les pensées suicidaires et de 0,71 pour une hospitalisation future. L'exactitude prédictive de la SASS était de 0,85 pour les pensées suicidaires et de 0,71 pour une hospitalisation future. Les valeurs de l'ASC signalées pour la SASS et la CFI variaient de faible (de 0,50 à 0,70) à modérée (de 0,70 à 0,90) (Pintea et Moldovan, 2009).

Un exposé plus détaillé des instruments d'évaluation du risque de suicide mentionnés et résumés plus haut est présenté à l'annexe B.

Facteurs de risque de comportement suicidaire et de suicide

Les facteurs de risque de comportement suicidaire et de suicide ont été classés comme étant statiques (caractéristiques attribuées qui ne sont pas propices à un changement contemporain du mode de vie ou du traitement, comme le sexe, l'âge, l'ethnicité, l'état matrimonial, les précédentes tentatives de suicide, etc.) ou dynamiques, soit des facteurs changeants comme un trouble psychiatrique, un récent changement sur le plan du traitement, des problèmes financiers, l'accès à des moyens de se donner la mort, des problèmes médicaux, etc. Les facteurs de protection peuvent être à la fois des facteurs statiques (sexe féminin, moins de 16 ans ou groupe ethnique) et dynamiques (relations familiales ou emploi) qui réduisent le risque de comportement suicidaire et de suicide. Les facteurs de risque et les facteurs de protection peuvent ou non être réunis dans les instruments d'évaluation du risque de suicide.

Facteurs de risque dans la population générale et en milieu hospitalier

Welton (2007) s'est penché sur la recherche portant sur les facteurs de risque statiques par opposition aux facteurs de risque dynamiques en ce qui concerne le suicide. Parmi les facteurs de risque statiques relevés, notons : être un homme, être célibataire, être plus âgé, être blanc ou autochtone, avoir déjà fait des tentatives de suicide et avoir des antécédents familiaux de suicide. Les facteurs de risque dynamiques relevés sont les troubles mentaux, les bouleversements émotionnels (p. ex. problèmes relationnels, perte d'emploi et problèmes financiers), les pensées et les intentions suicidaires, l'impulsivité, l'accès à une arme à feu, un faible soutien social (y compris le fait de vivre seul), un événement considérablement néfaste (p. ex. une rupture conjugale), des problèmes médicaux (tout spécialement chez les personnes âgées) et des antécédents de violence (Welton, 2007). Les facteurs de protection qui réduisent le risque de suicide comprennent une bonne maîtrise de soi, des croyances religieuses ou culturelles qui vont à l'encontre du suicide et la crainte de décevoir ou de blesser les membres de sa famille (Welton, 2007). Dans une étude transnationale sur la prévalence et les facteurs de risque d'un comportement suicidaire (pensées suicidaires, planification d'un suicide et tentatives de suicide), Nock et coll. (2008) ont établi que le fait d'être une femme, le fait d'être jeune (moins de 35 ans), le fait de ne jamais avoir été marié et le fait d'avoir moins de scolarité étaient des

facteurs statistiquement significatifs de prédiction d'un comportement suicidaire, alors qu'aucun lien n'a été établi avec les antécédents en matière d'emploi. Une forte corrélation a été établie entre l'apparition précoce de pensées suicidaires et un risque plus élevé d'intentions suicidaires ou de tentatives de suicide, tout particulièrement pendant la première année de l'apparition de pensées suicidaires; l'apparition de pensées suicidaires a, de façon significative, été associée à l'adolescence et au début de l'âge adulte (Nock et coll., 2008). De précédents troubles mentaux sont, d'un point de vue statistique, significativement liés à un risque de comportement suicidaire, tout particulièrement dans le cas de troubles de l'humeur et de troubles de maîtrise des impulsions, suivis de l'anxiété et de troubles de toxicomanie, le risque augmentant avec le nombre de troubles mentaux présents (Nock et coll., 2008).

Un examen systématique des suicides chez les personnes hospitalisées mené par Bowers, Banda et Nijman (2010) a révélé que parmi les facteurs de risque statiques, le sexe masculin était lié aux suicides commis par des personnes hospitalisées dans certaines études, mais pas dans les études cas-témoin les plus rigoureuses; de même, aucune différence constante fondée sur l'état matrimonial, la scolarité ou les antécédents en matière d'emploi n'a été dégagée des études examinées. Les facteurs de risque dynamiques qui augmentent le risque de suicide seraient les troubles mentaux comme la schizophrénie, les troubles affectifs et les troubles dépressifs, mais aucun lien cohérent n'a été observé entre l'ordonnance d'antidépresseurs ou de médicaments neuroleptiques et le risque de suicide (Bowers et coll., 2010). Dans les études de recherche examinées, les antécédents de comportement suicidaire sont toujours liés aux suicides chez les personnes hospitalisées, tout comme les problèmes actuels et continus sur le plan des relations familiales; Bowers et coll. (2010) ont toutefois soulevé la nécessité de tenir compte de l'interaction entre les facteurs démographiques (facteurs de risque statiques) et les troubles psychiatriques (facteurs de risque dynamiques) pour comprendre les différentes combinaisons de facteurs pouvant accroître le risque de suicide chez les personnes hospitalisées. Le suicide par pendaison est le plus courant chez les personnes hospitalisées, et il y aurait un risque accru de suicide le soir et la nuit (Bowers et coll., 2010). Les suicides chez les personnes hospitalisées sont plus susceptibles de se produire peu après l'admission à l'hôpital, soit pendant la première semaine ou le premier mois; certains éléments portent aussi à croire que le mouvement des effectifs en milieu hospitalier est associé aux suicides chez les personnes hospitalisées et que les patients mis en salle d'observation spéciale peuvent présenter un risque accru de suicide, mais

aucune différence n'a été notée dans le nombre de suicides en salle ouverte par opposition à fermée (Bowers et coll., 2010).

Li, Page, Martin et Taylor (2011) ont mené un examen systématique des études portant sur le statut socioéconomique et les antécédents psychiatriques et d'autres corrélats comme étant des facteurs de risque de suicide et ont établi que le risque de suicide est plus élevé chez les femmes ayant un trouble mental, comparativement aux hommes, l'incidence du statut socioéconomique sur le risque étant considérablement moindre, bien que celle-ci soit plus importante chez les hommes que les femmes. Un faible niveau de scolarité, les troubles affectifs et la toxicomanie ont aussi été désignés comme des facteurs de risque de suicide (Li et coll., 2011). Beghi, Rosebaum, Cerri et Cornaggia (2012) ont examiné les facteurs de risque de tentative de suicide mortelle et non mortelle et établi que de précédentes tentatives, le fait d'avoir été victime de violence sexuelle, un mauvais fonctionnement général, un trouble psychiatrique (tout particulièrement la dépression ou l'anxiété) et la toxicomanie sont des prédicteurs d'un risque de tentative de suicide. Un âge avancé serait le plus solide prédicteur de suicide. Le chômage, le fait de vivre seul et le célibat seraient de plus faibles facteurs de risque (Beghi et coll., 2012).

Stone et Crosby (2014) ont examiné les facteurs de risque de suicide et établi que les troubles mentaux (tout particulièrement les troubles de l'humeur et de la personnalité), la toxicomanie, de précédentes tentatives de suicide, la maladie, la douleur et les problèmes socioéconomiques sont des facteurs importants. Les problèmes familiaux et relationnels, l'isolement social et les antécédents familiaux de suicide ont aussi été désignés comme étant des facteurs de risque. Les facteurs de protection qui réduisent le risque de suicide sont les liens familiaux et les réseaux d'amis, un moindre accès à des moyens de se donner la mort, une capacité d'adaptation positive, des compétences en matière de résolution des conflits et la participation à des services religieux (Stone et Crosby, 2014). Chan et coll., (2016) ont effectué un examen systématique et une méta-analyse des facteurs de risque de suicide et ont relevé quatre facteurs clés : les antécédents d'automutilation, les intentions suicidaires, les problèmes de santé et le sexe masculin.

Facteurs de risque chez la population carcérale

Blaauw, Kerkhof et Hayes (2005) ont examiné dix-neuf études sur le suicide en milieu carcéral et effectué une analyse comparative des suicides dans des établissements aux Pays-Bas,

au Royaume-Uni et aux États-Unis. Ils ont trouvé un manque d'uniformité et de soutien empirique pour nombre des facteurs généralement repris dans la recherche en milieu carcéral, y compris le sexe masculin, la race blanche, le chômage et le célibat. Une précédente incarcération et une condamnation pour infraction avec violence seraient des facteurs de risque de suicide en établissement plus solides; Blaauw et coll. (2005) ont toutefois trouvé, dans les études examinées, peu de données empiriques à l'appui d'une association entre un trouble mental et le suicide en établissement. Certaines données semblent indiquer qu'une précédente tentative de suicide et la toxicomanie seraient des prédicteurs de suicide. Dans leur analyse des données des Pays-Bas, Blaauw et coll. (2005) ont établi que l'âge (40 ans et plus), le fait d'être séparé, divorcé ou veuf, le fait de vivre seul et d'être sans abri, la toxicomanie et une précédente incarcération augmentent le risque de suicide en établissement; en comparaison avec les données des Pays-Bas, les données du Royaume-Uni et des États-Unis indiquent que l'incarcération pour une infraction avec violence, un âge supérieur à 40 ans et une précédente incarcération sont des prédicteurs de suicide; en outre, dans l'étude menée au Royaume-Uni, l'itinérance et des antécédents de soins psychiatriques augmentent le risque de suicide (Blaauw et coll., 2005).

Daniel (2006) s'est penché sur 30 années d'études portant sur le suicide en établissement et a établi que l'âge (de 25 à 34 ans), le célibat, le chômage et le manque de soutien familial sont des facteurs qui augmentent le risque de suicide chez les détenus. La présence d'un trouble mental, tout particulièrement un trouble dépressif, serait toujours liée à un risque accru de suicide en établissement; un trouble mental accompagné d'une toxicomanie augmente encore plus le niveau de risque, tout particulièrement chez les détenues (Daniel, 2006). La dépression, le sentiment de désespoir, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité antisociale et de la personnalité limite sont tous des facteurs de risque de suicide chez les détenus. Les stresseurs psychosociaux qui augmentent le risque de suicide sont un placement dans une unité non désirable, l'isolement non sollicité, le refus de mise en liberté, les conflits avec d'autres détenus et avec le personnel, ainsi que les troubles médicaux chroniques (Daniel, 2006). La séparation de la famille, le divorce et le décès d'un proche sont également des stresseurs. Les facteurs environnementaux (ou institutionnels) qui augmentent le risque de suicide chez les détenus sont les 30 premiers jours d'incarcération, les transfèrements entre établissements et l'incarcération dans un établissement à sécurité maximale. La plupart des suicides en établissement surviennent le soir ou tôt le matin, entre juillet et septembre (Daniel, 2006). Le surpeuplement, le manque de

personnel, le manque d'activités professionnelles/éducatives/récréatives et un fort roulement de personnel sont des stresseurs en établissement qui augmentent le risque de suicide. La pendaison est la méthode de suicide la plus courante en milieu carcéral, suivie d'une surdose au moyen de médicaments sous ordonnance (Daniel, 2006).

Dans un examen systématique des facteurs de risque de suicide en établissement, Fazel, Cartwright, Norman-Nott et Hawton (2008) ont établi que le fait d'être un homme, d'être de race blanche, d'être marié, d'occuper une cellule individuelle, d'être en détention provisoire, d'avoir été condamné pour une infraction avec violence et de purger une peine de plus de 18 mois (sans qu'elle soit à perpétuité) sont, d'un point de vue statistique, d'importants prédicteurs de suicide. Les facteurs cliniques qui ont été associés à un risque accru de suicide sont des pensées suicidaires, une précédente tentative de suicide, un trouble psychiatrique, la prise de médicaments psychotropes et l'abus d'alcool (Fazel et coll., 2008).

Selon un rapport de 2007 préparé pour l'Association internationale pour la prévention du suicide par Konrad et coll., les facteurs situationnels qui augmentent le risque de suicide en milieu carcéral comprennent le fait d'être placé dans une cellule d'isolement, tout particulièrement pendant les heures de la journée où le personnel est moins nombreux. Les facteurs psychosociaux sont un piètre soutien social et familial, des antécédents de troubles mentaux, de récents conflits avec d'autres détenus, des infractions disciplinaires et de récents renseignements concernant un événement néfaste, lesquels peuvent tous entraîner un état de désespoir. Konrad et coll. (2007) ont observé que bien que les femmes ne représentent qu'une petite partie de la population carcérale, elles tentent de se suicider plus souvent que les hommes et ont un taux de suicide réussi par détenue plus élevé que celui des hommes en établissement.

Humber, Webb, Piper, Appleby et Shaw (2013) ont mené une étude cas-témoin de 220 suicides réussis et ont établi une correspondance entre les cas-témoins en Angleterre et au Pays de Galles de 2005 à 2008. Ils ont conclu qu'une admission récente (moins de 30 jours), l'absence de visites sociales de l'extérieur, la mise en détention provisoire, l'occupation d'une cellule individuelle et des antécédents de violence ou une condamnation pour infraction avec violence permettent de distinguer les détenus s'étant suicidés de l'échantillon témoin. Parmi les facteurs de risque cliniques, une précédente admission en soins psychiatriques, des antécédents d'automutilation, un diagnostic psychiatrique et l'abus d'alcool seraient d'importants facteurs de risque de suicide. Une analyse multivariable des facteurs de risque établis a révélé que des

antécédents d’automutilation, l’occupation d’une cellule individuelle, la mise en détention provisoire, une ethnicité autre que blanche et un précédent traitement psychiatrique seraient des facteurs de distinction significatifs entre les détenus s’étant suicidés et ceux qui ne se sont pas suicidés (Humber et coll., 2013). Les détenus qui se sont suicidés étaient neuf fois plus susceptibles d’avoir été identifiés comme étant à risque d’automutilation ou de suicide pendant leur incarcération que le groupe témoin (Humber et coll., 2013). Roy, Carli, Sarchiapone et Branchey (2014) ont examiné un échantillon de 1 537 détenus dans un pénitencier en Italie et ont établi que les détenus qui faisaient plusieurs tentatives de suicide avaient plus de pensées suicidaires, avaient des antécédents de traumatismes subis durant l’enfance, avaient des antécédents d’automutilation et avaient un score plus élevé aux tests cliniques sur l’introversion et le manque de résilience.

Un tableau sommaire des facteurs de risque de comportement suicidaire et de suicide que l’on trouve constamment dans la documentation et qui sont significatifs d’un point de vue statistique, à la fois pour les patients en soins psychiatriques et les délinquants en milieu carcéral, est présenté ci-après.

Tableau 1

Sommaire des facteurs de risque de suicide chez les patients en soins psychiatriques et les délinquants en milieu carcéral

Type	Facteur	Références
Statique (caractéristiques personnelles)	Sexe masculin	Chan et coll. (2016); Fazel et coll. (2008); Welton (2007)
	Sexe féminin	Konrad et coll. (2010); Li et coll. (2011); Nock et coll. (2008);
	Jeune adulte (de 25 à 34 ans)	Daniel (2006); Nock et coll. (2008)
	40 ans et plus	Beghi et coll. (2012); Blaau et coll. (2005); Welton (2007)
	Célibataire/jamais marié	Beghi et coll. (2012); Daniel (2006); Nock et coll. (2008); Welton (2007).
	Récemment séparé, divorcé ou veuf	Blaauw et coll. (2005);
	Marié	Fazel et coll. (2008)
	Vivant seul/isolement social	Beghi et coll. (2012); Blaauw et coll. (2005); Stone et Crosby (2014); Welton (2007);
	Itinérance	Blaauw et coll. (2005);
Statique (caractéristiques personnelles)	De couleur	Humber et coll. (2013)
	Blanc (type caucasien)	Fazel et coll. (2008); Welton (2007)
	Autochtone	Welton (2007)
	Antécédents de violence physique/sexuelle	Beghi et coll. (2012); Roy et coll. (2014); Welton (2007)
	Manque de scolarité/faible scolarité	Li et coll. (2011); Nock et coll. (2008)
	Sans emploi	Beghi et coll. (2012)
	Problèmes financiers	Stone et Crosby (2014)
Statique (antécédents criminels)	Incarcération antérieure	Blaauw et coll. (2005)
	Condamnation pour infraction avec violence	Blaauw, Kerkhoof et Hayes (2005); Fazel et coll. (2008); Humber et coll. (2013)
	Peine > 18 mois (sans être à perpétuité)	Fazel et coll. (2008)

Type	Facteur	Références
	Diagnostic principal de l'Axe II au dossier	
	Précédente admission en soins psychiatriques	Humber et coll. (2013)
	Comportements suicidaires par le passé	Bowers et coll. (2010)
	Tentative de suicide antérieure	Beghi et coll. (2012); Blaauw et coll. (2005); Fazel et coll. (2008); Stone et Crosby (2014); Welton (2007)
	Antécédents de toxicomanie	Blaauw et coll. (2005);
	Antécédents d'automutilation	Chan et coll. (2016); Humber et coll. (2013); Roy et coll. (2014)
	Antécédents familiaux de suicide	Stone et Crosby (2014); Welton (2007)
	Apparition de pensées suicidaires en bas âge	Nock et coll. (2008)
	Mauvais fonctionnement général	Beghi et coll. (2012)
Dynamique (caractéristiques personnelles)	Chômage	Daniel (2006)
	Manque de soutien familial	Daniel (2006); Konrad et coll. (2010)
	Séparation de la famille	Daniel (2006)
	Décès d'un membre de la famille	Daniel (2006)
	Piètre soutien social	Humber et coll. (2013); Konrad et coll. (2010); Welton (2007)
	Événement néfaste récent	Konrad et coll. (2010); Welton (2007);
	Problèmes sur le plan des relations familiales	Bowers et coll. (2010); Stone et Crosby (2014)
	Problèmes sur le plan des relations conjugales	Stone et Crosby (2014)
Dynamique (besoins liés aux facteurs criminogènes)	Trouble lié à la toxicomanie	Daniel (2006); Fazel et coll. (2008); Humber et coll. (2013); Li et coll. (2011); Nock et coll. (2008); Stone et Crosby (2014)
	Trouble de la personnalité antisociale	Daniel (2006); Stone et Crosby (2014)
	Impulsivité	Nock et coll. (2008); Welton (2007)

Type	Facteur	Références
Dynamique (besoins en santé physique et mentale)	Maladie/trouble médical chronique	Chan et coll. (2016); Daniel (2006); Fazel et coll. (2008); Stone et Crosby (2014); Welton (2007)
	Présence d'un trouble mental	Beghi et coll. (2012); Daniel (2006); Humber et coll. (2013); Konrad et coll. (2010); Nock et coll. (2008); Stone et Crosby (2014)
	Nombre de troubles mentaux actuels	Nock et coll. (2008)
	Prise de médicaments psychotropes	Fazel et coll. (2008)
	Schizophrénie	Bowers et coll. (2010)
	Dépression	Beghi et coll. (2012); Bowers et coll. (2010); Daniel (2006)
	Désespoir	Daniel (2006)
	Anxiété	Beghi et coll. (2012); Daniel (2006); Nock et coll. (2008)
Dynamique (besoins en santé physique et mentale)	Trouble de la personnalité limite	Daniel (2006); Stone et Crosby (2014)
	Accumulation de médicaments psychotropes	Daniel (2006)
	Pensées suicidaires	Fazel et coll. (2008); Roy et coll. (2014); Welton (2007)
	Troubles de l'humeur	Nock et coll. (2008); Stone et Crosby (2014)
	Troubles affectifs	Bowers et coll. (2010); Li et coll. (2011)
	Intentions suicidaires	Chan et coll. (2016); Welton (2007)
	Douleur	Stone et Crosby (2014)
Dynamique (facteurs environnementaux)	De 19 h à 7 h	Bowers et coll. (2010); Daniel (2006)
	Accès à une arme à feu	Daniel (2006)
	De juillet à septembre	Daniel (2006)
	Accès à un moyen de se pendre	Bowers et coll. (2010); Daniel (2006)
Dynamique (facteurs en établissement)	Placement dans une cellule non désirable	Daniel (2006)
	Maintien en incarcération/détention provisoire	Fazel et coll. (2008); Humber et coll. (2013)
	Inconduite/infractions en établissement	Konrad et coll. (2010)

Type	Facteur	Références
Dynamique (facteurs en établissement)	Isolement non sollicité	Bowers et coll. (2010); Daniel (2006); Konrad et coll. (2010)
	Occupation d'une cellule individuelle	Fazel et coll. (2008); Humber et coll. (2013)
	Conflit avec d'autres détenus	Daniel (2006); Konrad et coll. (2010)
	Conflit avec le personnel	Daniel (2006)
	Trente premiers jours d'incarcération	Bowers et coll. (2010); Daniel (2006); Humber et coll. (2013)
	Transfèrements entre établissements	Daniel (2006)
	Sécurité maximale	Daniel (2006)
	Surpeuplement	Daniel (2006)
	Pénuries/roulement de personnel	Bowers et coll. (2010); Daniel (2006); Konrad et coll. (2010)
	Manque d'activités de formation professionnelle	Daniel (2006)
	Manque d'activités éducatives	Daniel (2006)
	Manque d'activités récréatives	Daniel (2006)
Facteurs de protection	Bonne maîtrise de soi	Welton (2007);
	Croyances religieuses ou culturelles allant à l'encontre du suicide	Stone et Crosby (2014); Welton (2007)
	Crainte de décevoir la famille ou les amis	Welton (2007)
	Éducation	Li et coll. (2011)
	Bon soutien de la famille	Stone et Crosby (2014)
	Bon soutien des amis	Stone et Crosby (2014)
	Accès réduit à des moyens de se donner la mort	Stone et Crosby (2014)
	Capacités d'adaptation positives	Stone et Crosby (2014)
	Compétences en matière de résolution de conflits	Stone et Crosby (2014)

Discussion

L'examen de la documentation actuelle sur les instruments d'évaluation du risque de suicide montre que bon nombre de courts outils de dépistage et instruments d'évaluation complets ont été élaborés pour évaluer le risque de comportement suicidaire et de suicide. Un nombre relativement faible d'outils et d'instruments ont été validés de façon empirique, et encore moins d'outils et d'instruments ont été testés de façon empirique auprès de populations autres que les patients en soins psychiatriques ou les détenus de sexe masculin. Seuls quelques-uns des outils de dépistage ou instruments examinés ont été validés de façon empirique pour une utilisation auprès de populations d'hommes et de femmes, et aucun des outils ou instruments examinés n'a été validé de façon empirique pour une utilisation auprès de populations autochtones.

Étant donné le manque de cohérence dans la méthodologie employée pour analyser et valider les instruments d'évaluation du risque de suicide, et déceler les principaux facteurs de risque statiques et dynamiques, il est difficile, si ce n'est impossible, de comparer les instruments et de dégager les pratiques exemplaires (Batterham et coll, 2015; Perry et coll., 2010). Les questions laissées sans réponse en ce qui concerne la validité des instruments d'évaluation du risque de suicide selon le sexe, le groupe d'âge, la population générale par opposition aux personnes hospitalisées et aux détenus, le groupe ethnique ou culturel, les populations autochtones et les sous-groupes liés à l'automutilation, aux pensées suicidaires, à la planification d'un suicide, aux tentatives de suicide et aux suicides réussis soulèvent de sérieux doutes quant à l'utilité des outils et instruments de dépistage du risque de suicide lorsqu'il s'agit de catégoriser les niveaux de risque et de prévoir le risque de suicide (Haney et coll., 2012; Horon et coll., 2013). La mesure dans laquelle les outils et instruments de dépistage du risque de suicide conçus pour les hôpitaux généraux et les établissements psychiatriques peuvent servir à l'évaluation du risque chez les populations carcérales est aussi une question laissée sans réponse, alors qu'une telle réponse aurait d'importantes répercussions sur le développement futur de l'évaluation du risque de suicide dans les établissements correctionnels (Perry et coll, 2010). En raison de la rareté relative du suicide chez la population générale, les personnes hospitalisées et les détenus, toute étude empirique des facteurs de risque de suicide et toute analyse des sous-groupes seraient

illusoires ou à tout le moins truffées d'erreurs (Perry et coll., 2010; Roos et coll., 2013). Large et Ryan (2014) ont conclu qu'aucune catégorisation du risque de suicide ne s'avère particulièrement utile pour la prise de décisions cliniques, étant donné les problèmes méthodologiques évidents qui sont associés aux instruments d'évaluation du risque de suicide. La plupart des autres auteurs concluent que les instruments d'évaluation du risque de suicide ne constituent qu'une partie d'une évaluation plus exhaustive et complète du risque d'automutilation, de comportement suicidaire et de suicide, et que des troubles mentaux, tout particulièrement la dépression, pourraient être la cause sous-jacente de tels comportements (Batterham et coll., 2015; Blasko, Jeglic et Malkin, 2008; Fazel et coll., 2008; Haney et coll., 2012; Horon et coll., 2013; Knoll, 2010; Konrad et coll., 2007).

Le présent examen a permis de relever treize instruments d'évaluation du risque de suicide pour lesquels il y avait soit des données psychométriques et des estimations de la validité prédictive suffisantes pour démontrer leur utilité lorsqu'il s'agit de prévoir un comportement suicidaire ou un suicide, soit des données probantes à l'appui d'une approche unique ou prometteuse de prévision d'un comportement suicidaire ou d'un suicide. Parmi ces treize instruments, deux outils de dépistage sont actuellement utilisés au Service correctionnel du Canada, soit l'Échelle de mesure de l'état dépressif, du désespoir et du suicide (*Depression, Hopelessness and Suicide Scale*, DHS; Mills et Kroner, 2004; 2005) et l'Échelle d'évaluation du risque de suicide de Columbia (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*, C-SSRS; Posner et coll., 2011). De ces deux instruments, la C-SSRS, qui est considérée par plusieurs comme étant la « référence » pour l'évaluation des pensées et des comportements suicidaires, a récemment été vivement critiquée pour son incapacité à évaluer le plein éventail de pensées et de comportements suicidaires et pour sa surestimation de la corrélation entre les pensées suicidaires et les tentatives de suicide (Chappell, Feltner, Makumi et Stewart, 2012; Giddens, Sheehan et Sheehan, 2014;). Conçus précisément pour le milieu carcéral, l'instrument Préoccupations liées au suicide chez les délinquants en milieu carcéral (*Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment*, SCOPE; Perry et Olason, 2009) et l'Échelle d'évaluation du risque de suicide (*Suicide Risk Assessment Scale*, SRAS; Wichmann, Serin et Motiuk, 2000) auraient de bonnes propriétés psychométriques et une bonne validité prédictive en ce qui concerne les comportements suicidaires et le suicide.

Au nombre des approches novatrices visant à améliorer l'évaluation du risque de suicide,

on trouve des études cas-témoin longitudinales qui cherchent à déterminer les facteurs de risque en établissant une comparaison entre les suicides réussis de détenus avec un groupe témoin de détenus (Humber, Webb, Piper, Appleby et Shaw, 2013), ainsi que des études de suivi longitudinales du suicide chez les détenus à l'intérieur et à l'extérieur des établissements correctionnels (Borschmann et coll., 2016; Daigle et Naud, 2012; Olsson, Bradvik, Öjehagen et Hakansson, 2016). Ces approches pourraient aider à répondre à d'importantes questions sur l'incidence de l'incarcération, en tant que facteur de protection ou facteur aggravant, sur le risque de suicide chez la population à risque élevé que sont les délinquants. En outre, d'autres études portant sur le lien entre le rendement neurocognitif et les tendances suicidaires (Nock et coll., 2010; Richard-Devantoy, Berlim et Joliant, 2014) et sur l'identification de marqueurs génétiques liés au comportement suicidaire (Niculescu et coll., 2015) sont de nouvelles avenues pour la recherche sur le risque de suicide.

Nous avons relevé, dans la documentation, 71 facteurs de risque (29 facteurs de risque statiques, 26 facteurs de risque dynamiques et 16 facteurs de risque institutionnels) qui sont, de façon statistiquement appréciable, associés au comportement suicidaire et au suicide, bien que la recherche soit souvent contradictoire lorsque l'on compare les résultats entre plusieurs études, sous-groupes et cultures. Nous avons aussi relevé, dans la documentation, neuf facteurs de protection, comme un soutien positif de la famille et des amis, un plus haut niveau de scolarité, des croyances religieuses et un accès réduit à des moyens de se donner la mort. Donald, Dower, Correa-Velez et Jones (2006) mettent en évidence un intérêt grandissant à l'égard de la détermination des facteurs de protection qui pourraient atténuer le risque de comportement suicidaire et de suicide et notent l'absence de recherches empiriques dans ce domaine.

Conclusion

Tenant compte de l'état actuel de l'évaluation du risque de suicide dans les établissements de soins de santé et dans les établissements correctionnels, il importe d'adopter une stratégique empirique mieux ciblée pour l'élaboration, l'évaluation et la validation des outils et instruments de dépistage. Une telle stratégie requiert que les outils et les instruments comportent de bonnes propriétés psychométriques (fiabilité et validité), soient sensibles aux changements dans les facteurs de risque dynamiques associés à un comportement suicidaire et au suicide et permettent d'établir, de façon prospective et avec un niveau élevé de sensibilité et de

spécificité, un risque de comportement suicidaire ou de suicide chez un éventail de sous-groupes de la population. La question de savoir s'il faudrait élaborer des outils et instruments d'évaluation du risque de suicide qui ciblent précisément les grandes populations à risque, en tenant compte de facteurs de risque statiques, dynamiques et environnementaux particuliers, requiert un examen plus poussé.

Bibliographie

Ajdacic-Gross,V., Lauber, C., Baumgartner, M., Malti, T. et Rössier, W. (2009). In-patient suicide-a 13-year assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 120(1), 71-75. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01380.x

Arboleda-Florez, J. et Holley, H. L. (1988). Development of a suicide screening instrument for use in a remand setting. *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 595-598

Arboleda-Florez, J. et Holley, H. L. (1989). Predicting suicide behaviours in incarcerated settings. *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry,* 34, 668-674

Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., Mackinnon, A. J., Beautris, A. et Christensen, H. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviours in population-based research. *Psychological Assessment,* 27(2), 501-512. doi: 10.1037/pas0000053

Beck, A. T., Brown, G. K. et Steer, R. A. (1997). Psychometric characteristics of the scale for suicide ideation with psychiatric outpatients. *Behavior Research & Therapy,* 35, 1039-1046

Beck, A. T., Kovacs, M. et Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 47(2), 343-352

Beck, R. W., Morris, J. B. et Beck, A. T. (1974). Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychological Reports,* 34, 445-446

Beck, A. T. et Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX : Psychological Corporation

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, TX : Psychological Corporation

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for suicide ideation*. San Antonio, TX : Psychological Corporation

Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX : Psychological Corporation

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. et Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide : A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry,* 142, 559-563

Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Ceri, C. et Cornaggia, C. M. (2012). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment,* 9, 1725-1736. doi: 10.2147/NDT.S40213

Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheedle, A., Elmore, J. G. et Koepsell, T. (2007). Release from prison – a high risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine,* 356, 157-165. doi: 10.1056/NEJMsa064115

Bisconer, S. W. et Gross, D. M. (2007). Assessment of suicide risk in a psychiatric hospital. *Professional Psychology: Research and Practice,* 38(2), 143-149

Blaauw, E., Kerkhof, A. et Hayes L. M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 35(1), 63-75

Blasko, B.L., Jeglic, E.L. et Malkin, S. (2008). Suicide risk assessment in jails. *Journal of Forensic Psychology Practice,* 8(1), 67-76. doi:10.1080/15228930801947310

Bolton, S. L., Elias, B., Enns, M. W., Sareen, J., Beals, J. et Novins, D. K. (2013). A comparison of the prevalence and risk factors of suicidal ideation and suicide attempts in two American Indian and a general population sample. *Transcultural Psychiatry,* 51(1), 3-22. doi: 10.1177/1363461513502574

Borschmann, R., Thomas, E., Moran, P., Carroll, M., Heffernan, E., Spittal, M.J. et Kinner, S.A. (2016). Self-harm following release from prison: A prospective data linkage study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1-10. doi: 10.1177/0004867416640090

Bougie, E., Arim, R. G., Kohen, D. E. et Findlay, L. C. (2016). Validation de l'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler (K10) à partir de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012. *Rapports sur la santé,* 27(1). Consulté à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2016001/article/14307-fra.pdf

Bowers, L., Banda, T. et Nijman, H. (2010). Suicide inside: A systematic review of inpatient suicides. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 315-328. doi:10.1097/NMD.0b013e3181da47e2

Broadhead, W. E., Leon, A. C., Weissman, M. M., Barrett, J. E., Blacklow, R. S., Gilbert, T.T. et Higgins, E.S. (1995). Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Archives of Family Medicine,* 4, 211-219

Brown, G. K. (2002). A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. Consulté à l'adresse : http://sbisrvntweb.uqac.ca/archivage/15290520.pdf

Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A. et Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in

psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 68, 371-377

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2010). *Rapid Assessment of Suicide Risk for Incarcerated Patients: Clinical Evidence and Guidelines for Use.* Consulté le 20 octobre 2016 à l'adresse : https://www.cadth.ca/media/pdf/k0200_rapid_suicide_screening_htis-1-5.pdf

Chan, M. K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R.C. et Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry,* 209(4), 277-283. doi: 10.1192/bjp.bp.115.1700501472-1465

Chappell, P., Feltner, D.E., Makumi, C. et Stewart, M. (2012). Initial validity and reliability data on the Columbia–Suicide Severity Rating Scale. *American Journal of Psychiatry,* 169(6), 662–663

Chen, Y-L., Tzeng, D-S., Cheng, T-S. et Lin, C-H. (2012). Sentinel events and predictors of suicide among inpatients at psychiatric hospitals. *Annals of General Psychiatry,* 11(4). Publié en ligne le 16 février 2012. doi: 10.1186/1744-859X-11-4

Chioqueta, A. P. et Stiles, T. C. (2006). Psychometric properties of the Beck Scale for Suicide Ideation : A Norwegian study with university students. *Nordic Journal of Psychiatry,* 60(5), 400-404

Chu, J. P., Goldblum, P., Floyd, R. et Bongar, B. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventive Psychology,* 14, 25-40

Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P. et Bongar, B. (2013). A tool for the culturally competent assessment of suicide: The Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) measure. *Psychological Assessment,* 25(2), 424-434. doi: 10.1037/a0031264

Choi, J. W., Park, S., Yi, K. K. et Hong, J. P. (2012). Suicide mortality of suicide attempt patients discharged from emergency room, nonsuicidal psychiatric patients discharged from emergency room, admitted suicide attempt patients, and admitted nonsuicidal psychiatric patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 42(3), 235-243. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00085.x

Cleophas, T. J., Droogenddijk, J. et van Ouwerkerk, B. M. (2008). Validating diagnostic tests, correct and incorrect methods, new developments. *Current Clinical Pharmacology,* 3(2), 70-77

Clum, G. A. et Curtin, L. (1993). Validity and reactivity of a system of self-monitoring suicide ideation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment,* 15(4), 375-385

Cochrane-Brink, K., Lofchy, J. S. et Sakinofsky, I. (2000). Clinical rating scales in suicide risk

assessment. *General Hospital Psychiatry*, 22(6), 445-451

Coric, V., Stock, E. G., Pultz, J., Marcus, R. et Sheehan, D. V. (2009). Sheehan Suicidality Tracking Scale (Sheehan-STS): Preliminary results from a multicenter clinical trial in generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(1), 26–31

Crawford, M. J., Nur, U., McKenzie, K. et Tyrer, P. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts among ethnic minority groups in England: Results of a national household survey. *Psychological Medicine*, 35(9), 1369-77. doi: 10.1017/S0033291705005556

Crosby, A. E., Han, B., Ortega, L. A., Parks, S. E. et Gfroerer J. (2011). Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 years--United States, 2008-2009. *Mortality and Morbidity Weekly Report: Surveillance Summaries.* Atlanta, GA : Centres for Disease Control and Prevention. Consulté à l'adresse : https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6013a1.htm

Cull, J. G. et Gill, W. S. (1988). *Suicide Probability Scale Manual*. Los Angeles : Western Psychological Services

Daigle M. S. (2004). MMPI inmate profiles: Suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences and the Law*, 22(6), 833-842

Daigle, M. S. et Côté, G. (2006). Nonfatal suicide-related behavior among inmates: Testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 670-681. doi: 10.1521/suli.2006.36.6.670

Daigle, M. S., Labelle, R. et Côté, G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 343-354

Daigle, M. S. et Naud, H. (2012). Risk of dying by suicide inside or outside prison: The shortened lives of male offenders. *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale = Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 54(4), 511-528. doi:10.3138/cjccj.2011.E.54

Daniel, A. E. (2006). Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(2), 165-175

De Leo, D., Cerin, E., Spathonis, K. et Burgis, S. (2005). Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 2-3, 215-224. doi: 10.1016/j.jad.2005.02.001

Dhossche, D.M., Ulusarac, A. et Syed, W. (2001). A retrospective study of general hospital patients who commit suicide shortly after being discharged from the hospital. *Archives of Internal Medicine*, 9(1), 991-994

Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I. et Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 40(1), 87-96

Fazel, S., Grann, M., Kling, B. et Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: An ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191-195. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4

Fazel, S., Cartwight, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners : A systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (11), 1721-1731. doi: 0.4088/JCP.v69n1107

Ferreira, M. H., Colombo, E. S., Guimarães, P. S., Soeiro, R. E., Dalgalarrondo, P. et Botega, N. J. (2007). Suicide risk among inpatients at a university general hospital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 51-4. Consulté le 25 octobre 2016 à l'adresse : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17435930

Frottier, P., Koenig, F., Seyringer, M., Matschnig, T. et Fruehwald, S. (2009). The distillation of "VISCI" : Towards a better identification of suicidal inmates. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 39(4), 376-385. doi: 10.1521/suli.2009.39.4.376

Fu, K., Liu, K. et Yip, P. (2007). Predictive validity of the Chinese version of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire: Psychometric properties and its short version. *Psychological Assessment,* 19, 422-429

Gaynes, B. N., West, S. L., Ford, C., Frame, P., Klein, J. et Lohr, K. N. (2004). *Screening for Suicide Risk: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force.* Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services.

Giddens, J.M., Sheehan, K.H. et Sheehan, D.V. (2014). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C–SSRS): Has the "Gold Standard" become a liability?" *Innovations in Clinical Neuroscience,* 11(9-10), 66-80

Greenhalgh, T. (1997). How to read a paper: Papers that report diagnostic or screening tests. *British Medical Journal*, 315(7107), 540-543. doi: 10.1136/bmj.315.7113.942

Greene, S. M. (1981). Levels of hopelessness in the general population. *British Journal of Clinical Psychology,* 20, 11-14

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 32, 50-55

Haney, E. M., O'Neil, M. E., Carson, S., Low, A., Peterson, K., Denneson, L.M. et Kansagara,

D. (2012). *Suicide Risk Factors and Risk Assessment Tools: A systematic review.* Washington, DC : Department of Veterans Affairs

Harris, K. M., Syu, J-J., Lelio, O. D., Chew, Y. L. E., Wilcox, C. H. et Ho, R. H. M. (2015). The ABC's of suicide risk assessment: Applying a tripartite approach to individual evaluations. *PLoS One,* 10(6). doi: 10.1371/journal.pone.0127442

Hayes, L. M. (2012). National study of jail suicide: 20 years later. *Journal of Correctional Health Care,* 18(3), 233-245. doi: 10.1177/1078345812445457

Healy, D. J., Barry, K., Blow, F., Welsh, D. et Milner, K. K. (2006). Routine use of the Beck Scale for Suicide Ideation in a psychiatric emergency department. *General Hospital Psychiatry,* 28(4), 323-329. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.04.003

Holden, R. R. et Kroner, D. G. (2003). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a forensic sample. *Revue canadienne des sciences du comportement = Canadian Journal of Behavioural Science,* 35(1), 35-44

Holden, R. R. et Delisle, M. M. (2005). Factor analysis of the Beck Scale for Suicide Ideation with female suicide attempters. *Assessment,* 12(2), 231-238

Holden, R. R. et Fekken, G. C. (1988). Test-retest reliability of the Hopelessness Scale and its items in a university population. *Journal of Clinical Psychology,* 44, 40-43

Holden, R., Kerr, P., Mendonca, J. et Velamoor, V. (1998). Are some motives more linked to suicide proneness and others? *Journal of Clinical Psychology,* 54, 569-576

Holi, M. M., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Ruuttu, T., Heilä, H. et Marttunen, M. (2005). Psychometric properties and clinical utility of the scale of suicidal ideation (SSI) in adolescents. *BMC Psychiatry,* 5, 8. Consulté le 20 octobre 2016 à l'adresse : http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/8

Horon, R., McManus, T., Schmollinger, J., Barr, T. et Jimenez, M. (2013). A study of the use and interpretation of standardized suicide risk assessment: Measures within a psychiatrically hospitalized correctional population. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 43(1), 17-38. doi: 0.1111/j.1943-278X.2012.00124.x

Horowitz, L. M., Snyder, D., Ludi, E., Rosenstein, D.L., Kohn-Godbout, J., Lee, L. et Pao, M. (2013). Ask suicide-screening questions to everyone in medical settings: The asQ'em quality improvement project. *Psychsomatics,* 54(3), 239-247. doi: 10.1016/j.psym.2013.01.002

Humber, N., Hayes, A., Senior, J., Fahy, T. et Shaw, J. (2011). Identifying, monitoring and managing prisoners at risk of self-harm/suicide in England and Wales. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology,* 22(1), 22-51. doi: 10.1080/14789949.2010.518245

Humber, N., Piper, M., Appleby, L. et Shaw, J. (2011). Characteristics of and trends in subgroups of prisoner suicides in England and Wales. *Psychological medicine,* 41, 2275-2285. doi:10.1017/S0033291711000705

Humber, N., Webb, R., Piper, M., Appleby, L. et Shaw, J. (2013). A national case–control study of risk factors for suicide among prisoners in England and Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 48(7), 1177-1185. doi: 10.1007/s00127-012-0632-4

International Association for Suicide prevention. (2016). *IASP Special Interest Group – Nomenclature*. Consulté à l'adresse : https://www.iasp.info/nomenclature.php

Ivanoff, A. et Jang, S. J. (1991). The role of hopelessness and social desirability in predicting suicidal behavior: A study of prison inmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 59, 394-399

Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T. et Paton, J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine,* 35, 257-269. doi: 10.1017/S0033291704002958

Joiner, T. E., Jr., Pfaff, J. J. et Acres, J. G. (2002). A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: Reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behaviour Research and Therapy,* 40, 471-481. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00017-1

Jokinen, J., Forslund, K., Ahnemark, E., Gustavsson, J.P., Nordström, P. et Åsberg, M. (2010). Karolinska Interpersonal Violence Scale predicts suicide in suicide attempters. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 1025-1032. doi: 10.1016/S0924-9338(11)73587-8

Kariminia, A., Law, M. G., Butler, T. G., Levy, M. H., Corben, S. P., Kaldor, J. M. et Grant, L. (2007). Suicide risk among recently released prisoners in New South Wales, Australia. *Medical Journal of Australia,* 187(7), 387-390

Kirmayer, L. J., Brass, G. M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C. et Tait, C. (2007). *Suicide chez les Autochtones au Canada.* Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison

Konrad, N., Daigle, M. S., Daniel, A. E., Dear, G. E., Frottier, P., Hayes, L. M. et Sarchiapone, M.(2007). Preventing suicide in prisons, Part I. *Crisis,* 28(3), 113-121. doi: 10.1027/0227-5910.28.3.113

Knoll, J. L. (2010). Suicide in correctional settings: Assessment, prevention, and professional liability. *Journal of Correctional Health Care,* 16 (3), 188-204. doi: 10.1177/1078345810366457

Kroner, D. G., Kang, T., Mills, J. F et Harris, A. (2011). Reliabilities, validities, and cutoff scores of the Depression Hopelessness Suicide Screening Form among women offenders. *Criminal Justice and Behavior,* 38(8), 779-795

Large, M., Smith, G., Sharma, S., Nielssen, O. et Singh, S. P. (2011). Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 18-19. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01672.x

Large, M. M. et Ryan, C.J. (2014). Suicide risk categorisation of psychiatric inpatients: What it might mean and why it is of no use. *Australasian Psychiatry*, 22(4), 390-392. doi: 0.1177/1039856214537128

Larney, S., Topp, L., Indig, D., O'Driscoll, C. et Greenberg, D. (2012). A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 12(14). Consulté à l'adresse : http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/14

Leenaars, A. A. (2006). Suicide among Indigenous peoples: Introduction and call to action. *Archives of Suicide Research*, 10, 103-115. doi: 10.1080/13811110600556624

Li, Z., Page, A., Martin, G. et Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 72(4), 608-16. doi: 0.1016/j.socscimed.2010.11.008

Linehan, M. M. (1981). Suicidal Behaviors Questionnaire. Inventaire non publié, University of Washington, Seattle, WA

McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E. et Neilly, L. (2007). Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale: A meta-analysis (provisional abstract). *Psychological Medicine*, 37(6), 769-778

.

Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H. et Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. *British Journal of Psychiatry*, 188(2), 129-134. doi: 10.1192/bjp.188.2.129

Mills, J. F. et Kroner, D. G. (2004). A new instrument to screen for depression, hopelessness and suicide in offenders. *Psychological Services*, 1, 83-91. doi: 10.1037/1541-1559.1.1.83

Mills, J. F. et Kroner, D. G. (2005). Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminal Psychology*, 10, 1-12. doi:10.1348/135532504X15295

Mills, J. F. et Kroner, D. G. (2008). Predicting suicidal ideation with the Depression Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Journal of Offender Rehabilitation*, 47(1/2), 74-100. doi: 0.1080/10509670801940680

Mireault, M. et DeMan, A. (1996). Suicidal ideation among older adults: Personal variables, stress and social support. *Social Behavior and Personality*, 24, 385-392

Montgomery S. A. et Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry,* 134, 382–389

Morey, L. C. (1996). *An interpretive guide to the Personality Assessment Inventory*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources

Müller, A., Claes, L., Smits, D., Brähler, E. et de Zwaan, M. (2016). Prevalence and correlates of self-harm in the German general population. *PLOS One,* 30 juin. doi: 10.1371/journal.pone.0157928

Mundt, J. C., Greist, J. H., Gelenberg, A. J., Katzelnick, D. J., Jefferson, J. W. et Modell, J. G. (2010). Feasibility and validation of a computer-automated Columbia-Suicide Severity Rating Scale using interactive voice response technology. *Journal of Psychiatric Research,* 44(16), 1224-1228

Neufeld, E., O'Rourke, N. et Donnelly, M. (2010). Enhanced measurement sensitivity of hopeless ideation among older adults at risk of self-harm: Reliability and validity of Likert-type responses to the Beck Hopelessness Scale. *Aging and Mental Health,* 14(6), 752-756

Niculescu, A. B., Lulow, L. L., Ogden, C. A., Le-Niculescu, H., Salomon, D. R., Schork, N. J. et Lohr, J.B (2006). PhenoChipping of psychotic disorders: a novel approach for deconstructing and quantitating psychiatric phenotypes. *American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics,* 141B, 653-662

Niculescu, A. B., Levey, D. F., Phalen, P. L., Le-Niculescu, H., Dainton, H. D., Jain, N.,… Salomon, D.R. (2015). Understanding and predicting suicidality using a combined genomic and clinical risk assessment approach. *Molecular Psychiatry,* 20, 1266-1285. doi: 10.1038/mp.2015.112

Nock, M. K., Borges, B., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A. et Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry,* 192, 98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113

Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J. et Banaji, M. R. (2010). Measuring the suicidal mind implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological Science,* 21(4), 511-517. doi: 10.2307/41062239

O'Connor, R. C. et Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry,* 1(1), 73-85. doi: 10.1016/ S2215-0366(14)70222-6

O'Connor, E., Gaynes, B.N., Burda, B.U., Soh, C. et Whitlock, E.P. (2013). Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: A systematic review for the U.S. Preventative Services Task Force. *Annals of Internal Medicine,* 158(10), 741-754. doi: 10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642

O'Driscoll, C., Samuels, A. et Zacka, M. (2007). Suicide in New South Wales prisons, 1995-2005 : Towards a better understanding. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 519-524. doi: 10.1080/00048670701341863

Olfson, M., Weissman, M. M., Leon, A. C., Sheehan, D. V. et Farber, L. (1996). Suicidal ideation in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 11, 447-453

Olsson, M.O., Bradevik, L., Öjehagen, A. et Hakansson, A. (2016). Risk factors for unnatural death: Fatal accidental intoxication, undetermined intent and suicide: Register follow-up in a criminal justice population with substance use problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 176-181. doi: 10.1016/j.drug.alcdep.2016.03.009

OMS (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial.* Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

Osman, A., Kopper, B. A., Linehan, M. M., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M. et Bagge, C. L. (1999). Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment*, 11, 115-223

Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A. et Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454

Palmer, E. J. et Connelly, R. (2005). Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, 164-170. doi:10.1002/cbm.4

Perlman C. M., Neufeld E., Martin L., Goy M. et Hirdes J. P. (2011). *Suicide Risk Assessment Inventory: A resource guide for Canadian health care organizations*. Toronto, ON : Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute

Perry, A. E. (2005). *Suicide and self-harm risk in offenders: The development of a new psychometric scale*. Thèse de doctorat, University of York

Perry, A. E. et Gilbody, S. (2009). Detecting and predicting self-harm behaviour in prisoners: A prospective psychometric analysis of three instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 853-861. doi: 10.1007/s00127-009-0007-7

Perry, R., Marandos, R., Coulton, S. et Johnson, M. (2010). Screening tools assessing risk of suicide and self-harm in adult offenders: A systematic review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 803-828

Perry, A. E. et Olason, D. T. (2009). A new psychometric instrument assessing vulnerability to

risk of suicide and self-harm behaviour in offenders: Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment (SCOPE). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53, 385-400

Pintea, S. et Moldovan, R. (2009). The receiver-operating characteristic (ROC) analysis: Fundamentals and applications in clinical psychology. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9, 49-66

Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G. et Mann, J. (2008). *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*. New York, NY : The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A. et Mann, J.J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1256. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Power, K. G. et Beveridge, L. (1990). The effects of custody in a Scottish detention centre on inmates' self-esteem. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34(3), 177-186. http://dx.doi.org/10.1177/0306624X9003400302

Power, J. et Riley, D.L. (2010). *Étude comparative des rapports d'enquête sur le suicide et sur l'automutilation chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada. Consulté à l'adresse : http://www.csc-scc.gc.ca/005/008/005008-0221-01-fra.shtml#_Toc276711540

Randall, J. R., Colman, I. et Rowe, B. H. (2011). A systematic review of psychometric assessment of self-harm risk in the emergency department. *Journal of Affective Disorders*, 134, 348-355. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.032

Reynolds, W. M. (1987). *Suicidal Ideation Questionnaire*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources

Reynolds, W. M. (1991a). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289-307

Reynolds, W. M. (1991b). *Adult Suicide Ideation Questionnaire : Professional manual*. Psychological Assessment Resources

Richard-Devantoy, S., Berlim, M.T. et Jollant, F. (2014). A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological Medicine*, 44, 1663-1673. doi: 10.1017/S0033291713002304

Roos, L., Sareen, J. et Bolton, J.M. (2013). Suicide risk assessment tools, predictive validity findings and utility today: Time for a revamp? *Neuropsychiatry*, 3(5), 1-13. doi: 10.2217/npy.13.60

Roy, A., Carli, V., Sarchiapone, M. et Branchey, M. (2014). Comparisons of prisoners who make or do not make suicide attempts and further who make one or multiple attempts. *Archives of Suicide Research*, 18, 28-38. doi: 10.1080/13811118.2013.801816

Sarchiapone, M., Jovanovic, N., Roy, A., Podlesek, A., Carli, V., Amore, M et Marušic, A. (2009). Relations of psychological characteristics to suicide behaviour: Results from a large sample of male prisoners. *Personality and Individual Differences*, 47, 250-255. doi: 10.1016/j.paid.2009.03.008

Sareen, J., Afifi, T. O., Taillieu, T., Cheung, K., Turner, S., Bolton, S-L. et Zamorski, M.A. (2016). Trends in suicidal behaviour and use of mental health services in Canadian military and civilian populations. *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, (May). Consulté le 24 octobre 2016 à l'adresse : http://www.cmaj.ca.roxy.nipissingu.ca/content/early/2016/05/24/cmaj.151047.full.pdf+html

Schaefer, K. E., Esposito-Smythers, C. et Tangney, J. P. (2016). Suicidal ideation in a United States jail: Demographic and psychiatric correlates. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(5), 698-704. doi: 10.1080/14789949.2016.1193886

Sécurité publique Canada (2016). *Aperçu statistique : le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, 2015.* Ottawa, ON : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, n° PS1-3F-PDF au catalogue. Consulté à l'adresse : http://www.publicsafety.gc.ca

Shah, Ajit (2007). The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1141-1152. doi: 10.1017/S1041610207005285

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. et Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.

Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 519-532. doi: 10.1521/suli.2006.36.5.519

Statistique Canada (2016). *Les taux de mortalité normalisés selon l'âge, pour certaines causes de décès et le sexe (Les deux sexes)*. Consulté à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health30a-fra.htm

Steed, L. (2001). Further validity and reliability evidence for Beck Hopelessness Scale Scores in a nonclinical sample. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 303-316. doi: 10.1177/00131640121971121

Steer R. A., Kumar, G. et Beck, A. T. (1993). Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 61(6), 1096-9

Stewart, L. M. (2007). *Perceived stress, self-efficacy, and depression, hopelessness, and suicidal ideation in a group of incarcerated women*. Thèse de doctorat non publiée, Fielding Graduate University, Santa Barbara

Stone, D. M. et Crosby, A. E. (2014). Suicide prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*. Consulté à l'adresse : http://digitalcommons.unl.edu/publichealthresources/304/. doi: 10.1177/1559827614551130

Texas Commission on Jail Standards. (1997). Mental disorder/suicide intake screening. Austin, TX. Consulté à l'adresse : http://www.tcjs.state.tx.us/index.php?linkID=239

Thériault, Y., Leschied, A. et Brown, S. (2015). *Troisième Comité d'examen indépendant sur les décès en établissement, du 1er avril 2011 au 31 mars 2014*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada. Consulté à l'adresse : http://www.csc-scc.gc.ca/005/007/005007-2303-fra.shtml

Tripodi, S. J. et Bender, K. (2007). Inmate Suicide: Prevalence, Assessment, and Protocols. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 40-54; doi:10.1093/brief-treatment/mhl016

van Spijker, B. A. J., Batterham, P. J., Calear, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J. et Kerkhof, A. J. (2014). The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 408–419. doi: 10.1111/sltb.12084

Welton, R. S. (2007). The management of suicidality assessment and intervention. *Psychiatry*, 4(5), 24-34

Wichmann, C., Serin, R. et Motiuk, L. (2000). *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux.* Ottawa, ON : Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada. http://www.csc-scc.gc.ca/research/092/r91_f.pdf

Annexe A

Tableau 1

Recherche documentaire des instruments d'évaluation du risque de suicide – Chaîne de recherche finale employée dans PsycINFO (ProQuest)

Chaîne	Concept	Général	Résultats	Remarques
1	Validité/fiabilité	(SU(validité) ou SU(prévoir*) ou SU(fiabilité) ou SU(conception de test) ou SU(dépistage) ou SU(psychométrie) ou SU(mesure) or SU(modèles) ou SU(structure de facteurs) ou SU(modèles cliniques) ou SU(appréciation cognitive) ou SU(psychodynamique) ou SU(évaluation psychologique) ou SU(facteurs de risque))	547 734	
2	Tendances suicidaires	(SU("pensées suicidaires") ou SU("suicide") ou SU("comportement autodestructeur"))	38 479	
3	Prison	(SU("établissements correctionnels") ou SU("prisons") ou SU("agents correctionnels") ou SU("prisonniers") ou	56 092	

		SU("criminels") ou SU("évaluation judiciaire") ou SU("psychiatrie légale") ou SU("psychologie judiciaire") ou SU("hôpital psychiatrique"))		
4	1, 2 et 3	(SU(validité) ou SU(prévoir*) ou SU(fiabilité) ou SU(conception de test) ou SU(dépistage) ou SU(psychométrie) ou SU(mesure) or SU(modèles) ou SU(structure de facteurs) ou SU(modèles cliniques) ou SU(appréciation cognitive) ou SU(psychodynamique) ou SU(évaluation psychologique) ou SU(facteurs de risque)) ET SU("pensées suicidaires") ou SU("suicide") ou SU("comportement autodestructeur") ET (SU("établissements correctionnels") ou SU("prisons") ou SU("agents correctionnels") ou SU("prisonniers") ou	293	Toutes les dates; tous les types d'éléments; toutes les langues

		SU("criminels") ou SU("évaluation judiciaire") ou SU("psychiatrie légale") ou SU("psychologie judiciaire") ou SU("hôpital psychiatrique"))		
5	4 avec filtres multiples	(SU(validité) ou SU(prévoir*) ou SU(fiabilité) ou SU(conception de test) ou SU(dépistage) ou SU(psychométrie) ou SU(mesure) or SU(modèles) ou SU(structure de facteurs) ou SU(modèles cliniques) ou SU(appréciation cognitive) ou SU(psychodynamique) ou SU(évaluation psychologique) ou SU(facteurs de risque) ET SU("pensées suicidaires") ou SU("suicide") ou SU("comportement autodestructeur") ET (SU("établissements correctionnels") ou SU("prisons") ou SU("agents correctionnels") ou SU("prisonniers") ou SU("criminels") ou	232 (200 articles de journaux, 23 livres, 9 dissertations)	Année 2000 et après; exclure le type de format “Commentaire/réponse,” “Manuel/Guide d’étude,” “Éditorial,” “Lettre”, “Compte rendu-livre”; anglais seulement

		SU("évaluation judiciaire") ou SU("psychiatrie légale") ou SU("psychologie judiciaire") ou SU("hôpital psychiatrique"))		

Tableau 2

Recherche documentaire des instruments d'évaluation du risque de suicide – Chaîne de recherche finale employée dans MEDLINE (PubMed)

Chaîne	**Concept**	**Général**	**Résultats**	**Remarques**
1	Validité/fiabilité	Reproductibilité des résultats[maille] ou "Études de validation comme sujet"[maille] ou "Modèle de recherche"[maille] ou "Facteurs de risque"[maille] ou "Psychométrie"[maille] ou "Échelle d'évaluation de l'état psychiatrique"[maille] ou "Tests psychologiques"[maille] ou "Diagnostic[maille] ou "Études de validation"[Type de publication]	7 993 607	
2	Tendances suicidaires	"Comportement d'automutilation"[maille] sans "suicide, assisté"[maille]	53 910	
3	Prison	"prisons"[maille] ou "criminels"[maille]	11 773	
4	1, 2 et 3	(((((Reproductibilité des résultats[maille] ou "Études de validation comme sujet"[maille] ou "Modèle de recherche"[maille] ou "Facteurs de risque"[maille] ou "Psychométrie"[maille] ou "Échelle d'évaluation de l'état psychiatrique"[maille] ou "Tests psychologiques"[maille] ou "Diagnostic[maille] ou "Études de	111	Toutes les dates; tous les types d'éléments; toutes les langues

		validation"[Type de publication]))))) ET ((("Comportement d'automutilation"[maille] sans "suicide, assisté"[maille])))))) ET (((prisons"[maille] ou "criminels"[maille])))		
5	4 avec filtres multiples	(((((Reproductibilité des résultats[maille] ou "Études de validation comme sujet"[maille] ou "Modèle de recherche"[maille] ou "Facteurs de risque"[maille] ou "Psychométrie"[maille] ou "Échelle d'évaluation de l'état psychiatrique"[maille] ou "Tests psychologiques"[maille] ou "Diagnostic[maille] ou "Études de validation"[Type de publication]))))) ET ((("Comportement d'automutilation"[maille] sans "suicide, assisté"[maille]))))) ET (((prisons"[maille] ou "criminels"[maille])))	81	1er janvier 2000 et après; anglais seulement

Annexe B

Instruments d'évaluation du risque de suicide tirés d'examens systématiques des instruments d'évaluation du risque de suicide

Échelle d'idéation suicidaire (SSI)

Description

L'Échelle d'idéation suicidaire (*Scale of Suicide Ideation*, SSI – Beck, Kovacs et Weissman, 1979) est une échelle d'évaluation de 19 questions administrée par un interviewer qui vise à dépister d'actuelles intentions suicidaires. La SSI mesure l'intensité des attitudes, des comportements et des intentions suicidaires (planification d'un suicide) des clients. Selon Beck et coll. (1979), les questions de la SSI sont fondées sur des dérivations cliniques et rationnelles ainsi que sur de précédentes études de recherche. Chacune des questions dans cette échelle de 19 questions comprend trois énoncés auxquels une intensité de 0 à 2 est attribuée. Le score total est établi en additionnant les scores obtenus pour chacune des questions, avec une fourchette possible de 0 à 38. La SSI est remplie par un clinicien en fonction des réponses données par le client dans le cadre d'une entrevue semi-structurée. Il y a cinq questions de sélection : trois questions qui évaluent le désir de vivre ou de mourir du répondant et deux questions qui mesurent son désir de se suicider.

Propriétés psychométriques

Les chercheurs ont établi que la SSI est associée aux questions liées au suicide de l'Inventaire de dépression de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) et à l'Échelle de dépression de Hamilton (*Hamilton Scale for Depression*, HSD). De plus, la cohérence interne, la fiabilité interévaluateurs, la fiabilité test-retest et la validité convergente ont toutes été établies (Beck, Brown et Steer, 1997; Beck et coll., 1979). Il a été noté que l'échelle avait une forte cohérence interne et des corrélations modérément élevées avec les évaluations cliniques du risque de suicide et d'automutilation. En outre, elle est sensible aux changements dans les niveaux de dépression et de désespoir au fil du temps. Sa validité conceptuelle est soutenue par deux études menées par différents chercheurs voulant évaluer le lien entre le désespoir, la dépression et les pensées suicidaires et par une étude montrant un lien significatif entre des niveaux élevés de pensées suicidaires et des attitudes « dichotomiques » à l'égard de la vie et des concepts connexes dans le cadre d'un test sémantique différentiel. L'analyse des facteurs a permis de

dégager trois facteurs pertinents : un désir actif de suicide, des intentions suicidaires précises (planification d'un suicide) et un désir passif de suicide.

Populations étudiées

Personnes hospitalisées en psychiatrie, patients externes et étudiants au collégial.

Échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSSI)

Description

L'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (*Beck Scale for Suicide Ideation*, BSSI; Beck et Steer, 1991) est l'une des mesures des pensées suicidaires les plus couramment utilisées (Tripodi et Bender, 2006). Elle comporte 21 questions pour lesquelles l'intensité des pensées suicidaires est évaluée sur trois points (p. ex. de 0 à 2), avec cinq questions visant à évaluer l'intention du patient de faire une tentative de suicide et son désir de vivre (questions de sélection). Si les questions de sélection 4 et 5 sont cochées, 14 autres questions portant sur le désir de se suicider, les moyens de le faire, les intentions et la préparation, les éléments dissuasifs et la volonté de communiquer son désir de se suicider à d'autres personnes sont posées. Les deux dernières questions visent à évaluer le nombre de tentatives de suicide antérieures et le niveau de désir de mourir lors de la plus récente tentative. La BSSI peut être administrée par un clinicien ou remplie sous forme d'auto-évaluation (Chioqueta et Stiles, 2006).

Propriétés psychométriques

Beck et Steer (1991) ont établi des coefficients de validité cohérente élevés entre la BSS et la précédente Échelle d'idéation suicidaire (*Scale for Suicide Ideation*, SSI) (0,90 patient hospitalisé, 0,94 patient externe) et ont souligné qu'aucun score limite n'avait, pour cette mesure, été établi de façon empirique. La BSSI aurait une cohérence interne élevée avec un coefficient alpha de Cronbach se situant entre $\alpha = 0{,}87$ et $\alpha = 0{,}91$ (Horon et coll., 2013). Horon et coll. (2013) ont noté une forte association entre la BSSI et des antécédents de tentatives multiples. Beck et Steer (1991) ont trouvé des coefficients de validité convergente élevés entre la BSSI et la SSI (0,90 patient hospitalisé, 0,94 patient externe). Les estimations de la fiabilité et de la validité étaient de modérées à élevées dans les études subséquentes, y compris dans des études internationales (Chioqueta et Stiles, 2006). Un modèle de motivation (p. ex. souhaits, raisons et désir) et de préparation (p. ex. planification et exécution) à deux facteurs a été établi pour un échantillon de femmes ayant tenté de se suicider (Holden et DeLisle, 2005). La fiabilité

interévaluateurs, la fiabilité test-retest et la validité convergente ont toutes été établies (Beck, Brown et Steer, 1997).

Populations étudiées

La BSSI a été validée auprès de diverses populations, y compris des patients adultes hospitalisés et externes en psychiatrie (Beck et Steer, 1991), des patients en soins primaires, des patients en salle d'urgence (Healy et coll., 2006), des étudiants au collégial, des adolescents (Steer, Kumar et Beck, 1993) et d'autres populations cliniques adultes (Beck et coll., 1985; Beck et coll., 1997; Clum et Curtin, 1993; Holi et coll., 2005; Mireault et de Man, 1996; Perlman et coll., 2011).

Renseignements supplémentaires

La BSSI ne peut être utilisée que par des personnes ayant suivi une formation précise et ayant une qualification professionnelle. Bien que la BSSI soit moins utilisée que la SSI, elle pourrait être une option viable lorsqu'il s'agit d'évaluer les pensées suicidaires au moyen d'une auto-évaluation.

Échelle de désespoir de Beck (BHS)

Description

L'Échelle de désespoir de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS; Beck et Steer, 1988) est une échelle d'auto-évaluation à 20 questions vrai/faux qui vise à mesurer trois aspects du désespoir : des sentiments négatifs à l'égard de l'avenir, la perte de motivation et des attentes pessimistes. Un score de 0 ou 1 est attribué à chaque question et le score total est établi en additionnant les réponses pessimistes à chaque question. Plus le score est élevé, plus le niveau de désespoir est élevé; un score limite publié supérieur à 9 est un indicateur qu'il faut s'attarder aux tendances suicidaires (Beck, Steer, Kovacs et Garrison, 1985).

Propriétés psychométriques

Steer (2001) a établi que la validité convergente était démontrée par de fortes corrélations avec l'Échelle du désespoir et le Test d'orientation dans la vie (*Life Orientation Test*, LOT). D'autres études ont montré une cohérente interne élevée avec un coefficient alpha de Cronbach variant entre $\alpha = 0{,}82$ et $\alpha = 0{,}93$ pour des échantillons de personnes souffrant d'une maladie mentale (Beck et Steer, 1988) et de $\alpha = 0{,}88$ pour un échantillon de personnes ne recevant aucun soin psychiatrique (Steed, 2001). En comparant les scores à la BHS aux évaluations cliniques du

désespoir, des corrélations modérées ont été établies entre les réponses à la BHS et les scores de désespoir pour un échantillon de patients dans un hôpital général (r = 0,74) et dans un échantillon de personnes ayant fait une tentative de suicide (r = 0,62) (Beck et coll., 1974). La BHS a démontré une fiabilité test-retest satisfaisante (Holden et Fekken, 1988). Horon et coll. (2013) ont établi que la BHS permettait de distinguer les personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide de celles qui en avaient fait une seule ou n'en avaient fait aucune, d'où une validité convergente et divergente.

Populations étudiées

La BHS a été conçue pour des adultes de 17 à 80 ans et peut être utilisée avec des patients en soins psychiatriques et avec la population générale (Neufeld et coll., 2010). Il a été établi que la BHS est une mesure valide en milieu carcéral (Power et Beveridge, 1990) et dans la population générale (Greene, 1981). En milieu carcéral, il a été établi que les détenus ayant des antécédents d'automutilation étaient plus susceptibles de présenter des symptômes de dépression que ceux qui n'avaient pas de tels antécédents, ce qui suggère qu'ils pourraient être plus à risque de s'automutiler ou de se suicider (Palmer et Connelly, 2005). L'utilisation de la BHS n'est pas recommandée dans les salles d'urgence, ni pour identifier les personnes présentant un risque élevé d'automutilation répétitive et non suicidaire (Cochrane-Brink et coll., 2000). Elle peut être utilisée dans un contexte judiciaire, lorsqu'un score limite supérieur à 5 pour le risque de suicide a été établi (McMillan, Gilbody, Beresford et Neilly, 2007).

Renseignements supplémentaires

McMillan et coll. (2007) ont suggéré que la BHS serait un bon premier outil de dépistage qui permettrait d'identifier les personnes qui ont besoin d'une évaluation clinique du risque plus poussée.

Inventaire de dépression de Beck II (BSI-II)

Description

L'Inventaire de dépression de Beck II (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer et Brown, 1996) est une auto-évaluation comportant 21 questions qui a été conçue pour déceler des symptômes de dépression. Une question portant sur le suicide comporte quatre éléments de réponse :

1. « Je n'ai aucune pensée suicidaire »

2. « J'ai des pensées suicidaires »
3. « J'aimerais me suicider »
4. « Je me suiciderais si j'en avais la possibilité »

Propriétés psychométriques

Le BDI-II aurait une bonne validité convergente et une bonne validité prédictive. Une corrélation modérée a été établie entre les questions portant sur le suicide dans le BDI-II et l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSSI; Beck, Kovacs et Weissman, 1979) chez des patients hospitalisés et externes. Dans une étude prospective auprès de patients hospitalisés et externes, Brown et coll. (2000) ont indiqué être en mesure d'établir une validité prédictive pour les patients externes en psychiatrie. Les patients qui ont obtenu un score de 2 ou plus à la question sur le suicide du BDI-II étaient 6,9 fois (95 % IC : de 3,7 à 12,6) plus susceptibles de se suicider que les patients ayant obtenu un score inférieur à 2.

Populations étudiées

Populations de patients hospitalisés et externes en psychiatrie.

Renseignements supplémentaires

Cette échelle pourrait permettre de mesurer les fluctuations au niveau des pensées suicidaires au fil du temps. Elle pourrait aussi servir de premier outil de dépistage pour identifier les personnes devant faire l'objet d'une évaluation plus poussée (Brown et coll., 2000).

Système de diagnostic axé sur les symptômes pour les soins primaires (SDDS-PC)

Description

Le Système de diagnostic axé sur les symptômes pour les soins primaires (*Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care*, SDDS-PC; Broadhead et coll., 1995) est une courte échelle d'auto-évaluation conçue pour évaluer de multiples troubles mentaux courants observés dans des établissements de soins primaires (Broadhead et coll., 1995; Weissman et coll., 1995). Les sous-échelles intégrées au SDDS-PC sont la consommation abusive d'alcool ou la dépendance à l'alcool, un trouble d'anxiété généralisé, une dépression majeure, un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble panique et des pensées suicidaires.

Propriétés psychométriques

Dans la première étude de validation, 937 patients en soins primaires ont fait l'objet d'une sélection; 388 d'entre eux ont été interviewés. Les auto-évaluations des patients ont été

comparées aux évaluations cliniques indépendantes menées par des professionnels de la santé mentale en utilisant les diagnostics à l'Entrevue clinique structurée pour le DSM-III-R (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*) en guise de critère essentiel. Après analyse du rendement, les 62 questions originales liées à 9 troubles mentaux et aux pensées suicidaires ont été réduites à 16 questions. La sensibilité (43 %), la spécificité (91 %) et la valeur prédictive positive (51 %) ont été calculées pour l'échelle des pensées suicidaires (43 %, 91 % et 51 %).

Populations étudiées

Médecine familiale et résidence en médecine familiale.

Questionnaire sur l'idéation suicidaire chez les adultes (ASIQ)

Description

Le Questionnaire sur l'idéation suicidaire chez les adultes (*Adult Suicidal Ideation Questionnaire*, ASIQ; Reynolds, 1991) est une mesure des pensées et des comportements suicidaires sous forme d'auto-évaluation qui comporte 25 questions et qui évalue les intentions suicidaires (planification d'un suicide) et la préparation au suicide au cours du mois précédent. Il peut être utilisé au moment de l'admission ou pendant le traitement. Les répondants doivent noter, sur une échelle de fréquence de 7 points (de 0-je n'ai jamais eu cette pensée à 6-presque chaque jour), un éventail d'éléments concernant leurs pensées et leurs comportements. Le score total est comparé à un score limite dérivé empiriquement et portant sur des échantillons normatifs pour déterminer si un suivi clinique supplémentaire est nécessaire. Les normes sont fondées sur 2 000 adultes de 18 ans et plus, y compris des patients externes en psychiatrie, des adultes de la population générale et des étudiants au collégial.

Propriétés psychométriques

Selon Reynolds (1987; 1991a;1991b), il y a de solides données à l'appui de la validité convergente de cette mesure qui a été évaluée en comparant les scores au ASIQ aux évaluations cliniques et à de multiples mesures de symptômes. La validité prédictive du ASIQ a été démontrée dans de vastes études épidémiologiques (Fu, Liu et Yip, 2007) et chez des patients hospitalisés en psychiatrie qui avaient déjà tenté de se suicider (Osman et coll., 1999). L'outil aurait montré une excellente fiabilité chez des échantillons de patients hospitalisés en psychiatrie (Bisconer et Gross, 2007; Osman et coll., 1999). Selon Reynolds (1991b), cet outil montre un coefficient de fiabilité test-retest sur une semaine de 0,95 et un coefficient de fiabilité alpha de

0,96, ce qui suggère un score limite de 31 avec six questions critiques. Ces questions sont celles qui permettent de mieux distinguer les personnes ayant fait une tentative de suicide des personnes n'en ayant fait aucune. Horon et coll. (2013) ont utilisé des analyses de la fonction d'efficacité du récepteur (FER) pour évaluer la capacité du ASIQ, de l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSS) et du Questionnaire sur les raisons motivant une tentative de suicide (RASQ) de classer correctement chaque participant en tant que personne ayant fait de multiples tentatives de suicide. Le ASIQ s'est avéré le meilleur prédicteur global des personnes devant être placées dans la catégorie des personnes ayant fait de multiples tentatives avec une ASC = 0,80.

Populations étudiées

Le ASIQ a été utilisé auprès de différentes populations adultes, y compris des étudiants au premier cycle, des adultes de la collectivité, des patients hospitalisés et des patients externes en psychiatrie, des populations judiciaires et des policiers (Batterham et coll., 2015).

Renseignements supplémentaires

En comparant le score total à un score limite, il est possible d'identifier les personnes qui requièrent une évaluation plus poussée du risque de suicide. Bien que le ASIQ ne devrait pas être utilisé seul pour évaluer le risque chronique, il offre la possibilité de faire une distinction statistique entre la population à risque élevé de suicide et la population présentant un risque relativement moindre. En outre, le ASIQ fournit des renseignements cliniques utiles concernant le désir de se suicider, la préparation au suicide et les pensées suicidaires qui peuvent être utilisés pour structurer des questions en vue d'une entrevue ultérieure.

Préoccupations liées au suicide chez les délinquants en milieu carcéral (SCOPE)

Description

L'instrument Préoccupations liées au suicide chez les délinquants en milieu carcéral (*Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment*, SCOPE; Perry et Olason, 2009) est un instrument de dépistage sous forme d'auto-évaluation de type papier-crayon. La première étude menée par Perry et Olason (2009) visait à élaborer un nouvel instrument psychométrique permettant d'évaluer la vulnérabilité au risque de suicide et de comportement d'automutilation non mortel chez de jeunes délinquants et des délinquantes adultes. Le SCOPE comporte 28 questions dans deux sous-échelles, soit le réseau social de protection et l'optimisme. La première sous-échelle est liée à la présence d'un réseau de soutien social (p. ex. la famille, les

pairs et le personnel de l'établissement), la capacité d'adaptation inhérente et l'utilisation de stratégies positives de résolution de problèmes, alors que la deuxième porte sur les symptômes de dépression, le désespoir, le comportement d'automutilation et les intentions suicidaires. Le SCOPE peut être administré par tout membre du personnel de l'établissement et ne prend que quelques minutes à remplir. Les répondants doivent répondre aux questions sur une échelle de type Likert à 6 points, de fortement d'accord (0) à fortement en désaccord (5). Cette échelle vise à identifier les détenus qui présentent la plus forte prédisposition au suicide et à déceler un risque d'automutilation par opposition à un risque de suicide.

Propriétés psychométriques

Trois études ont été menées pour évaluer les propriétés psychométriques de cette échelle au moyen d'une analyse factorielle exploratoire et confirmatoire. Perry et Olason, (2008) ont établi que la cohérence interne des deux sous-échelles était acceptable, mais que les coefficients de fiabilité test-retest étaient modérés. La validité convergente avec l'Échelle de désespoir de Beck a été jugée acceptable et le SCOPE permettrait de distinguer les personnes à risque des personnes n'ayant aucun antécédent connu de tentatives de suicide et de comportements d'automutilation non mortels ($p < 0,01$) (Perry et Olason, 2008). La validité prédictive des comportements suicidaires ou des comportements d'automutilation futurs n'a pas été utilisée, mais a été évaluée en tenant compte des antécédents d'automutilation ou de tentatives de suicide en guise de mesure des résultats. L'échelle a montré une sensibilité et une spécificité raisonnables lorsqu'il s'agit de prévoir les résultats, mais selon l'information tirée de l'analyse STARD, elle ne donne pas d'information sur les scores limites et sur l'administration du test, et la réalisation de nouvelles recherches a été recommandée pour fermement établir la valeur prédictive des futures tentatives de suicide par opposition à de précédentes tentatives de suicide en guise de mesure des résultats (Perry et Olason, 2008).

Populations étudiées

Le SCOPE a été utilisé auprès de jeunes délinquants et de délinquants adultes au Royaume-Uni (Perry, 2005).

Échelle d'évaluation du risque de suicide (SRAS)

Description

L'Échelle d'évaluation du risque de suicide (*Suicide Risk Assessment Scale*, SRAS; Wichmann et coll., 2000) a été conçue pour normaliser l'intervention du personnel correctionnel

face aux détenus qui expriment des pensées suicidaires. En 1994, la SRAS (préalablement l'Échelle du risque potentiel de suicide [*Suicide Potential Scale*]) a été intégrée à l'Évaluation initiale du délinquant du Service correctionnel du Canada. L'intention de départ était de déterminer si la SRAS pouvait servir d'outil de prédiction pour identifier, à l'admission, les détenus susceptibles de développer, plus tard au cours de leur peine, un risque accru de comportement suicidaire (Wichmann et coll., 2000). Les neuf indicateurs de l'échelle sont fondés sur l'expérience clinique et sur les écrits sur le suicide en milieu carcéral et sont cotés présents ou absents. Il s'agit des indicateurs suivants : 1) peut être suicidaire; 2) a déjà tenté de se suicider; 3) a récemment fait l'objet d'une intervention psychologique/psychiatrique; 4) a perdu récemment un parent ou son conjoint; 5) connaît actuellement des problèmes graves; 6) est actuellement sous l'influence de l'alcool ou des drogues; 7) manifeste des signes de dépression; 8) a exprimé des idées de suicide; 9) a établi un plan pour se suicider. La présence d'un seul indicateur entraîne obligatoirement un aiguillage vers une évaluation plus exhaustive, généralement sous la direction d'un psychologue.

Propriétés psychométriques

Selon Perry et coll. (2010), l'échelle montre une bonne cohérence interne (0,77) et permet de distinguer les personnes suicidaires des personnes non suicidaires. Cinq variables ont correctement identifié 92 % des cas. Le modèle a produit un taux de faux positifs de 14 % et un taux de faux négatifs de 20 % (Wichmann et coll., 2000). Une validation ultérieure menée par Daigle et coll. (2004) a révélé que la SRAS présentait une meilleure corrélation avec le risque de suicide (0,71) qu'avec l'urgence (0,50). Une analyse des fonctions d'efficacité du récepteur (FER) a même démontré que la SRAS permettrait mieux de prédire le risque qu'un test plus élaboré (Daigle, Labelle et Côté, 2006).

Populations étudiées

Les délinquants de sexe masculin dans le système carcéral canadien (Wichmann et coll., 2000).

Échelle de mesure de l'état dépressif, du désespoir et du suicide (DHS)

Description

L'Échelle de mesure de l'état dépressif, du désespoir et du suicide (*Depression Hopelessness and Suicide Scale*, DHS; Mills et Kroner, 2004, 2005) est une échelle à 39 énoncés

conçue pour déceler la dépression, le désespoir et les facteurs de risque de suicide. Elle comprend une échelle de dépression (17 énoncés), une échelle de désespoir (10 énoncés) et une liste de vérification des éléments critiques (12 énoncés). Le répondant doit indiquer s'il est d'accord ou en désaccord avec chacun des énoncés. La DHS peut être utilisée dans le cadre d'une entrevue ou d'une révision de dossier pour identifier les délinquants qui ont des antécédents de comportement suicidaire et les délinquants en détresse (Mills et Kroner, 2004).

Propriétés psychométriques

Kroner et coll. (2011) ont trouvé une cohérence interne et une bonne fiabilité test-retest chez les délinquantes. Le lien établi entre la DHS et d'autres échelles reconnues de dépression, de l'humeur, d'intentions suicidaires et de détresse psychologique soutient, dans une certaine mesure, une validité convergente et une validité discriminante. Entre autres exemples, elle est modérément et significativement liée à la SSI (r = 0,31) et le score de l'échelle de dépression de la DHS est plus fortement associé à des symptômes de dépression que ne l'est le nombre de symptômes de dépression obtenu dans le cadre d'une entrevue (r = 0,14 et r = 0,18, respectivement). La constatation générale est que la DHS est aussi fortement liée à des antécédents de maladie mentale que les résultats d'une évaluation des symptômes dépressifs effectuée sous forme d'entrevue (Kroner et coll., 2011).

Renseignements supplémentaires

Au départ, la DHS a été élaborée pour des échantillons de délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale pour déceler la présence d'une dépression et de désespoir et pour obtenir des renseignements sur les facteurs de risque liés au suicide. Des études ont aussi été menées auprès de délinquantes (Kroner et coll., 2011; Stewart, 2007).

Échelle d'évaluation du risque de suicide de Columbia (C-SSRS)

Description

L'Échelle d'évaluation du risque de suicide de Columbia (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*, C-SSRS; Posner et coll., 2008) est considérée comme étant la « référence » pour l'évaluation du risque de suicide (Giddens, Sheehan et Sheehan, 2014). Elle a été conçue pour évaluer les pensées et les comportements suicidaires au cours de la précédente semaine et de la vie, ainsi que l'intensité des pensées suicidaires. Il existe trois versions qui sont utilisées dans la pratique clinique et qui visent à surveiller l'amélioration ou l'aggravation des tendances

suicidaires : la version Au cours de la vie/récemment, qui est généralement utilisée lors de la première entrevue, la version Depuis la dernière visite, qui évalue le comportement suicidaire depuis la plus récente visite de la personne ou l'administration de la C-SSRS, et l'Évaluation du risque, qui est utilisée dans un contexte de soins actifs pour évaluer le risque immédiat de suicide.

Propriétés psychométriques

Mundt et coll. (2010) ont testé et validé une version automatisée de la C-SSRS et relevé une corrélation avec l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSSI) (r = 0,61). Bien qu'une étude de Posner et coll. (2011) soutienne la validité de la C-SSRS et la cohérence interne de la sous-échelle d'intensité des pensées suicidaires, Chappell et coll. (2012) ont indiqué que peu d'études soutiennent la fiabilité interévaluateurs des sous-échelles de gravité des pensées et du comportement suicidaires et que celles qui ont été menées sont incohérentes. Ils ont recommandé que des études prospectives supplémentaires sur la fiabilité interévaluateurs de l'échelle soient réalisées. Giddens, Sheehan et Sheehan (2014, p. 67) ont aussi noté qu'étant donné que l'échelle ne tient pas compte du plein éventail de pensées et de comportements suicidaires, elle est sujette à une erreur de type II. Ils ont donc conclu que la C-SSRS est faussée d'un point de vue conceptuel et psychométrique et ont remis en question le statut de référence de la C-SSRS pour l'évaluation du risque de suicide.

Populations étudiées

La C-SSRS est grandement utilisée dans des contextes de soins primaires, de pratique clinique, de surveillance et de recherche et dans les établissements. Elle se prête à l'évaluation des pensées et des comportements suicidaires dans un contexte clinique et dans le cadre de recherches et est utilisée dans des établissements correctionnels.

Renseignements supplémentaires

Aucune formation en santé mentale n'est requise pour faire passer ce test.

Évaluation culturelle du risque de suicide (CARS)

Description

L'Évaluation culturelle du risque de suicide (*Cultural Assessment of Risk for Suicide*, CARS; Chu et coll., 2013) est un nouvel instrument qui est fondé sur la théorie et le modèle culturels liés au suicide (Chu, Goldblum, Floyd et Bongar, 2010). Il s'agit d'un test à

39 questions conçu pour évaluer quatre catégories de risque culturel : les sanctions culturelles, les idiomes de détresse, le stress lié à un groupe minoritaire et la discorde sociale. Les répondants doivent choisir la réponse qui leur correspond le mieux sur une échelle de Likert à 6 points.

Propriétés psychométriques

Sur un échantillon de N=950 adultes, une analyse factorielle à caractère exploratoire a révélé que huit facteurs sous-jacents de la CARS reflètent les quatre catégories de risque culturel et comptent pour 57,4 % de l'écart total. Dans l'ensemble, la cohérence interne des 39 questions aurait une valeur alpha de $\alpha = 0{,}90$, avec une valeur pour chaque facteur variant de $\alpha = 0{,}73$ à $\alpha = 0{,}82$. La validité convergente de la CARS avec l'Inventaire de dépression de Beck (BDI; Beck et Steer, 1987), l'Échelle d'idéation suicidaire (SIS; Rudd, 1989) et l'Échelle de désespoir de Beck (BHS; Beck et Steer, 1988) a été évaluée au moyen du coefficient de corrélation des rangs de Spearman, les coefficients de corrélation pour le score total et les scores aux sous-échelles variant de 0,14 (faible) à 0,61 (modérée), bien que tous soient significatifs d'un point de vue statistique. Une analyse de régression logique hiérarchique a révélé que pour chaque unité d'augmentation au score de la CARS, la probabilité d'antécédents de tentatives de suicide augmente de 4 %; le taux de classement correct des tentatives/non-tentatives est de 85,2 %.

Populations étudiées

Adultes de la population générale, hommes et femmes N=950.

Renseignements supplémentaires

La CARS est un nouvel instrument prometteur qui doit faire l'objet de nouvelles études et d'une validation interculturelle.

Information fonctionnelle convergente sur les tendances suicidaires (CFI-S)

L'échelle Information fonctionnelle convergente sur les tendances suicidaires (*Convergent Functional Information for Suicidality*, CFI-S; Niculescu et coll., 2015) est un nouvel instrument de 22 questions administré par un clinicien ou un interviewer qui évalue de l'information sur les antécédents en santé physique et mentale, les toxicomanies, les événements de la vie, le stress, la dépression et la capacité d'adaptation au moyen d'une échelle ordinale « oui/non ».

Propriétés psychométriques

Aucune donnée psychométrique n'a été présentée pour la CFI-S.

Populations étudiées

Patients en psychiatrie et évaluation, par des chercheurs, de dossiers cliniques et de rapports d'autopsie de personnes s'étant suicidées.

Échelle simplifiée de l'état affectif (SASS)

Description

Au départ appelée Échelle totale de l'état affectif (*Total Affective State Scale*, TASS), l'Échelle simplifiée de l'état affectif (*Simplified Affective State Scale*, SASS, Niculescu et coll., 2015) comprend une sous-échelle de l'humeur à sept questions qui combine des critères de dépression et de manie du DSM-IV et qui est quantifiée sur un continuum de 0 à 100 et une sous-échelle d'anxiété à quatre questions qui quantifie les sentiments d'incertitude, de colère et de peur sur un continuum de 0 à 100 (Niculescu et coll., 2006). La SASS est un instrument d'auto-évaluation.

Propriétés psychométriques

Niculescu et coll. (2006) signalent que la TASS/SASS a une bonne cohérence interne et une bonne fiabilité convergente (r = 0,49) avec l'échelle HAM-28, une version avec sous-échelle de l'Échelle de dépression de Hamilton. Aucune autre donnée psychométrique n'a été fournie.

Populations étudiées

Patients en psychiatrie ayant reçu un diagnostic de psychose et cas témoins normaux.

Renseignements supplémentaires

La SASS est une nouvelle approche pour l'évaluation des états affectifs qui peuvent laisser présager un comportement suicidaire.

Survol des échelles d'évaluation du risque de suicide : caractéristiques administratives

Échelle	Administration		Nbre de ques-tions	Utilité potentielle		Contexte						Sexe			Autoch-tones
	Auto-éval.	Entrevue/ observation		Évaluation générale	Dépistage	Soins psychiatriques H	Ext	SU	Non psychiat.	Correction-nel	Judici-aire	H	F	H et F	
SSI		X	19	X	X	X	X		X					X	
BSSI	X	X	21		X	X	X	X	X	X		X	X		
BHS		X	20		X	X	X		X	X	X	X	X		
BDI-II	X		21		X	X	X					X	X		
ISDDS-PC	X		16	X	X				X					X	
ASIQ	X		25	X		X	X		X	X		X	X		
SCOPE	X		28		X					X				X	
SRAS	X		9		X					X		X			
DHS		X	39		X					X		X	X	X	
C-SSRS		X	--	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
CARS	X		39	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CFI-S		X	22	X	X	X						X			
SASS	X		11		X	X			X			X	X	X	

Échelle d'idéation suicidaire (SSI); Échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSSI); Échelle de désespoir de Beck (BHS); Inventaire de dépression de Beck II (BSI-II); Système de diagnostic axé sur les symptômes pour les soins primaires (ISDDS-PC); Questionnaire sur l'idéation suicidaire chez les adultes (ASIQ); Préoccupations liées au suicide chez les délinquants en milieu carcéral (SCOPE); Échelle d'évaluation du risque de suicide (SRAS); Échelle de mesure de l'état dépressif, du désespoir et du suicide (DHS); Échelle d'évaluation du risque de suicide de Columbia (C-SSRS); Évaluation culturelle du risque de suicide (CARS); Information fonctionnelle convergente sur les tendances suicidaires (CFI-S); Échelle simplifiée de l'état affectif (SASS)

Annexe C

Instruments relevés dans l'examen de la documentation

Échelle d'idéation suicidaire (*Scale of Suicidal Ideation*, **SSI**) (Beck, Kovacs et Weissman, 1979)

https://msrc.fsu.edu/system/files/Beck%20et%20al%201979%20Assessment%20of%20suicidal%20intention--%20the%20Scale%20for%20Suicide%20Ideation.pdf

Print this page

page 1 of 3

Scale of Suicidal Ideation

Original references:
Beck AT Kovacs M Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale of suicide ideation. J Consult Clin Psychology. 1979; 47: 343-352.
Beck AT Steer RA Rantieri WF. Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. J Clin Psychology. 1988; 44: 499-505.

The scale of suicidal ideation consists of 19 items, scored 0 to 2, which can be used to evaluate a patient's suicidal intentions. It can also be used to monitor a patient's response to interventions over time.

Item	Response	Points
1. Wish to live	moderate to strong	0
	weak	1
	none	2
2. Wish to die	none	0
	weak	1
	moderate to strong	2
3. Reasons for living/dying	for living outweigh for dying	0
	about equal	1
	for dying outweigh for living	2
4. Desire to make active suicide attempt	none	0
	weak	1
	moderate to strong	2
5. Passive suicidal desire	would take precautions to save life	0
	would leave life/death to chance	1
	would avoid steps necessary to save or maintain life	2
6. Duration of suicide ideation/wish	brief fleeting periods	0
	longer periods	1
	continuous (chronic) or almost continuous	2
7. Frequency of suicide ideation	rare occasional	0
	intermittent	1
	persistent or continuous	2
8. Attitude toward ideation/wish	rejecting	0
	ambivalent indifferent	1
	accepting	2

L'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (*Beck Scale for Suicide Ideation*, **BSSI**), l'Échelle de dépression de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, **BHS**) et l'Inventaire de dépression de Beck II (*Beck Depression Inventory II*, **BDI-II**) sont des échelles protégées par le droit d'auteur. Elles peuvent être achetées par l'intermédiaire de Pearson Clinical Assessment (Canada) au https://www.pearsonclinical.ca/en/search.html?_charset_=UTF-8&q=Beck

Système de diagnostic axé sur les symptômes pour les soins primaires (*Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care*, **SDDS-PC**)
Les éléments de l'échelle sont présentés dans l'article ci-après.

http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Symptom%20Driven%20Diagnostic%20System%20for%20Primary%20Care%20(xxxx).pdf

Le Questionnaire sur l'idéation suicidaire chez les adultes (*Adult Suicide Ideation Questionnaire*, **ASIQ**) est un instrument protégé par le droit d'auteur. Il peut être acheté par l'intermédiaire de PAR au http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=ASIQ

Préoccupations liées au suicide chez les délinquants en milieu carcéral (*Suicide Concerns for Offenders in Prison*, **SCOPE)**

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519741

Appendix
Instrument to Assess Suicide Concerns in Offenders in Secure Establishments (SCOPE)

Name:.....	Sex: Male Female
Are you on remand? .....Yes.....No.....	Age:.....

PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENT AND CIRCLE THE RESPONSE ON THE RIGHT TO INDICATE IF YOU AGREE OR DISAGREE	PLEASE CIRCLE YOUR RESPONSE					
	Strongly Agree	Mildly Agree	Agree	Disagree	Mildly Disagree	Strongly Disagree
1. I will not feel lonely in my room on my own	1	2	3	4	5	6
2. If I had a job I would not commit crime	1	2	3	4	5	6
3. If I were feeling suicidal I would speak to someone	1	2	3	4	5	6
4. I will speak to an officer when I have a problem	1	2	3	4	5	6
5. If I were on remand I would not feel stressed out	1	2	3	4	5	6
6. I do not think about harming myself	1	2	3	4	5	6
7. I do not feel suicidal when I receive bad news	1	2	3	4	5	6
8. I feel fine about coming into this establishment	1	2	3	4	5	6
9. If I had been arrested I would try and get in contact with my family	1	2	3	4	5	6
10. If I had been arrested I would say I was sorry	1	2	3	4	5	6
11. If I am nervous I do not lose my appetite	1	2	3	4	5	6
12. If I stole money for drugs I would feel like I had let myself down	1	2	3	4	5	6

Downloaded from ijo.sagepub.com at NIPISSING UNIVERSITY LIBRARY on September 18, 2016

Échelle d'évaluation du risque de suicide (*Suicide Risk Assessment Scale*, **SRAS**) Wichmann, Serin et Motiuk, 2000)

Indicateur (présent/absent)

1. Le délinquant peut être suicidaire.
2. Le délinquant a déjà tenté de se suicider.
3. Le délinquant a récemment fait l'objet d'une intervention psychologique/psychiatrique.
4. Le délinquant a perdu récemment un parent ou son conjoint.
5. Le délinquant connaît actuellement des problèmes graves (c.-à-d. juridiques).
6. Le délinquant est actuellement sous l'influence de l'alcool ou des drogues.
7. Le délinquant manifeste des signes de dépression.
8. Le délinquant a exprimé des idées de suicide.
9. Le délinquant a établi un plan pour se suicider.

Notation : Une note de 1 (présent) ou de 0 (absent) est donnée à chacun des neuf éléments. Cela donne un score maximal de 9. Plus le score moyen est élevé, plus la personne est susceptible d'être à risque. La présence d'un seul de ces indicateurs rend obligatoire un aiguillage vers un niveau d'intervention plus clinique, généralement une évaluation par un psychologue.

Échelle de mesure de l'état dépressif, du désespoir et du suicide (*Depression, Hopelessness and Suicide Scale*, **DHS**)

https://www.researchgate.net/publication/229731728_Screening_for_suicide_risk_factors_in_prison_inmates_Evaluating_the_efficiency_of_the_Depression_Hopelessness_and_Suicide_Screening_Form_DHS

L'Échelle d'évaluation du risque de suicide de Columbia (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*, **C-SSRS**; Chu et coll., 2013) est un document protégé par le droit d'auteur. Il peut être acheté sur le site Web suivant : http://cssrs.columbia.edu/

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE
Screen Version

SUICIDE IDEATION DEFINITIONS AND PROMPTS	**Past month**	
Ask questions that are bolded and underlined.	**YES**	**NO**
Ask Questions 1 and 2		
1) Wish to be Dead: Person endorses thoughts about a wish to be dead or not alive anymore, or wish to fall asleep and not wake up. ***Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?***		
2) Suicidal Thoughts: General non-specific thoughts of wanting to end one's life/commit suicide, "*I've thought about killing myself*" without general thoughts of ways to kill oneself/associated methods, intent, or plan. ***Have you actually had any thoughts of killing yourself?***		
If YES to 2, ask questions 3, 4, 5, and 6. If NO to 2, go directly to question 6.		
3) Suicidal Thoughts with Method (without Specific Plan or Intent to Act): Person endorses thoughts of suicide and has thought of a least one method during the assessment period. This is different than a specific plan with time, place or method details worked out. "*I thought about taking an overdose but I never made a specific plan as to when where or how I would actually do it....and I would never go through with it.*" ***Have you been thinking about how you might kill yourself?***		
4) Suicidal Intent (without Specific Plan): Active suicidal thoughts of killing oneself and patient reports having some intent to act on such thoughts, as opposed to "*I have the thoughts but I definitely will not do anything about them.*" ***Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?***		
5) Suicide Intent with Specific Plan: Thoughts of killing oneself with details of plan fully or partially worked out and person has some intent to carry it out. ***Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Do you intend to carry out this plan?***		
6) Suicide Behavior Question: ***Have you ever done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life?*** Examples: Collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump; or actually took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, etc. **If YES, ask:** ***How long ago did you do any of these?*** · Over a year ago? · Between three months and a year ago? · Within the last three months?		

For inquiries and training information contact: Kelly Posner, Ph.D.
New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; posnerk@nyspi.columbia.edu
© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

Posner, Brent, Lucas, Gould, Stanley, Brown, Fisher, Zelazny, Burke, Oquendo, & Mann
© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

RISK ASSESSMENT VERSION

Instructions: Check all risk and protective factors that apply. To be completed following the patient interview, review of medical record(s) and/or consultation with family members and/or other professionals.

	Suicidal and Self-Injurious Behavior (Past 3 months)		**Clinical Status (Recent)**
☐	Actual suicide attempt	☐ Lifetime	☐ Hopelessness
☐	Interrupted attempt	☐ Lifetime	☐ Major depressive episode
☐	Aborted or Self-Interrupted attempt	☐ Lifetime	☐ Mixed affective episode
☐	Other preparatory acts to kill self	☐ Lifetime	☐ Command hallucinations to hurt self
☐	Self-injurious behavior without suicidal intent	☐ Lifetime	☐ Highly impulsive behavior
	Suicidal Ideation (Most Severe in Past Month)		☐ Substance abuse or dependence
☐	Wish to be dead		☐ Agitation or severe anxiety
☐	Suicidal thoughts		☐ Perceived burden on family or others
☐	Suicidal thoughts with method (but without specific plan or intent to act)		☐ Chronic physical pain or other acute medical problem (AIDS, COPD, cancer, etc.)
☐	Suicidal intent (without specific plan)		☐ Homicidal ideation
☐	Suicidal intent with specific plan		☐ Aggressive behavior towards others
	Activating Events (Recent)		☐ Method for suicide available (gun, pills, etc.)
☐	Recent loss or other significant negative event		☐ Refuses or feels unable to agree to safety plan
	Describe:		☐ Sexual abuse (lifetime)
			☐ Family history of suicide (lifetime)
☐	Pending incarceration or homelessness		**Protective Factors (Recent)**
☐	Current or pending isolation or feeling alone		☐ Identifies reasons for living
	Treatment History		☐ Responsibility to family or others; living with family
☐	Previous psychiatric diagnoses and treatments		☐ Supportive social network or family
☐	Hopeless or dissatisfied with treatment		☐ Fear of death or dying due to pain and suffering
☐	Noncompliant with treatment		☐ Belief that suicide is immoral; high spirituality
☐	Not receiving treatment		☐ Engaged in work or school
	Other Risk Factors:		**Other Protective Factors:**
☐			☐

Describe any suicidal, self-injurious or aggressive behavior (include dates):

Évaluation culturelle du risque de suicide (Cultural Assessment of Risk for Suicide, **CARS**). Une copie de l'article peut être obtenue à (Chu et coll., 2013)

Table 1
Rotated Factor Solution of the Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) Scale

CARS factor and items	Factor loading
Social Discord category of the Cultural Theory and Model of Suicide	
Family Conflict	
There is conflict between myself and members of my family	.77
My family has disappointed me	.73
I have close, supportive relationships with family members†	.66
I socialize with members of my family†	.61
I have disappointed my family	.59
Who I am or want to be conflicts with what my family, community, religion or culture expects of me	.45
Social Support	
I have access to many resources in my community†	.72
I feel connected to, like I am a part of, a community†	.61
I am accepted and valued by others†	.61
My ethnicity, sexual, or gender orientation has given me benefits in life†	.58
I accept and value myself†	.49
Minority Stress category of the Culture Theory and Model of Suicide	
Sexual Minority Stress	
The decision to hide or reveal my sexual or gender orientation to others causes me significant distress	.79
Because of my sexual or gender orientation, no one understands my pain or distress	.72
I feel confused or conflicted by my sexual or gender orientation	.68
I was rejected by a family member or friend after telling him/her my sexual or gender orientation	.57
I feel comfortable revealing my gender or sexual attractions and/or behavior†	.53
Acculturative Stress	
Adjusting to America has been difficult for me	.87
I feel uncomfortable when others expect me to know American ways of doing things	.79
I find it confusing and feel lost whenever I try to find help in America	.78
Nonspecific Minority Stress	
People treat me unfairly because of my ethnicity, sexual, or gender identity	.75
At times, I feel I stick out because of my race, ethnicity, or sexual attractions or gender identity	.68
Stereotypes about ethnic, sexual, and gender minorities hurt my self-esteem or the way I see myself	.54
I believe the world is a dangerous place to be an ethnic sexual, or gender minority	.42
Idioms of Distress category of the Cultural Theory and Model of Suicide	
Idioms of Distress (Emotional/Somatic)	
When I get angry at something or someone, it takes me a long time to get over it	.68
I frequently have headaches, stomachaches, or pain in other parts of my body	.59
Even little things seem to make me angry	.58
Sometimes I feel so tired I do not want to get up/wake up	.51
There is something in my life I feel ashamed about	.48
I feel upset because other people have lost respect and confidence in me	.44
There is something in my life/something about me, that my family or friends would disapprove of	.41
Idioms of Distress (Suicidal Actions)	
I have thought of my household possessions as things that could be used to commit suicide	.81
I have access to a method of suicide other than a gun that I have previously thought to use (like a weapon, a rope, poison, or medication overdose)	.79
I have explored information about suicide (e.g., talked to others, using the Internet, etc.)	.77
I have, without anyone's knowledge, intentionally injured myself in the past	.70
I have, without anyone's knowledge, thought of suicide in the past	.65
Cultural Sanctions category of the Cultural Theory and Model of Suicide	
Cultural Sanctions	
Suicide would bring shame to my family†	.74
My family, culture, or religious beliefs about suicide prevent me from considering killing myself†	.70
My family, culture, or religion is against the idea of suicide†	.65
I consider suicide to be morally wrong†	.64

† Reverse-coded item.

Information fonctionnelle convergente sur les tendances suicidaires (*Convergent Functional Information for Suicidality*, **CFI-S**). Voir (Niculescu et coll., 2015)

Table 4. Convergent Functional Information for Suicide (CFI-S) Scale

Items	*Yes*	*No*	*NA*	*Domain*	*Type* *Increased Reasons (IR)* *Decreased Barriers (DB)*
1. Psychiatric illness diagnosed and treated				Mental health	IR
2. With poor treatment compliance				Mental health	DB
3. Family history of suicide in blood relatives				Mental health	IR
4. Personally knowing somebody who committed suicide				Cultural factors	DB
5. History of abuse: physical, sexual, emotional, neglect				Life satisfaction	IR
6. Acute/severe medical illness, including acute pain ("I just can't stand this pain anymore.") (within last 3 months)				Physical health	IR
7. Acute stress: Losses, grief (within last 3 months)				Environmental stress	IR
8. Chronic stress: perceived uselessness, not feeling needed, burden to extended kin				Environmental stress	IR
9. History of excessive introversion, conscientiousness (including planned suicide attempts)				Mental health	IR
10. Dissatisfaction with life at this moment in time				Life satisfaction	IR
11. Lack of hope for the future				Life satisfaction	IR
12. Current substance abuse				Addictions	DB
13. Past history of suicidal acts/gestures				Mental health	DB
14. Lack of religious beliefs				Cultural factors	DB
15. Acute stress: Rejection (within last 3 months)				Environmental stress	IR
16. Chronic stress: lack of positive relationships, social isolation				Environmental stress	DB
17. History of excessive extroversion and impulsive behaviors (including rage, anger, physical fights, seeking revenge)				Mental health	DB
18. Lack of coping skills when faced with stress (cracks under pressure)				Mental health	DB
19. Lack of children. If has children, not in touch/not helping take care of them				Life satisfaction	DB
20. History of command hallucinations of self-directed violence				Mental health	IR
21. Age: older >60 or younger <25				Age	IR
22. Gender: male				Gender	DB

Abbreviations: CFI-S, Convergent Functional Information for Suicide; DB, decreased barrier; IR, increased reasons; NA, not available. Items are scored 1 for Yes, 0 for No. Total Score has a maximum possible of 22. Final Score (normalized) is Total Score divided by number of items that were scored, as for some items information might be NA, so they are not scored.

Échelle simplifiée de l'état affectif (*Simplified Affective State Scale*, **SASS**). Voir (Niculescu et coll., 2015)