

Intégration des modèles de suicidalité en suicidologie canadienne : Une synthèse narrative

Matias Gay^a

^a Un centre de soins pédiatrique IWK

Résumé

Contexte : Le suicide demeure un grave problème de santé publique qui exige des approches allant au-delà des modèles statiques. Les modèles traditionnels fonctionnent encore souvent de manière isolée, ce qui ne permet pas de les appliquer dans des environnements à forte intensité de soins comme les services d'urgences. Des modèles intégratifs reflétant la nature fluide et complexe de la suicidalité dans les services de soins aigus sont donc nécessaires.

Objectif : La présente synthèse narrative examine comment divers modèles théoriques peuvent éclairer la pratique des soins infirmiers d'urgence en concevant la suicidalité comme un processus dynamique et évolutif. L'objectif est d'améliorer l'évaluation du risque de suicide en adoptant une approche intégrée et pertinente sur le plan clinique.

Méthodes : Une synthèse narrative a été réalisée afin d'examiner les modèles empiriques et conceptuels ayant démontré leur pertinence pour la santé mentale en situation d'urgence. Les cadres théoriques comprenaient le modèle des trajectoires suicidaires, le modèle narratif de crise, la théorie de l'attachement, les perspectives de développement, les cadres relatifs au genre et le syndrome de crise suicidaire (SCS). Ces modèles ont été retenus en raison de leur valeur prédictive, de leur utilité clinique et de leur pouvoir explicatif.

Résultats : La suicidalité naît de l'interaction entre les vulnérabilités à long terme et les états de crise aigus. Le cadre intégré met en évidence les rôles de l'attachement insécurisant, des perturbations de l'identité, des facteurs de risque lié au sexe et du stade développemental. Une attention particulière est prêtée aux expériences des personnes de genre divers, qui échappent souvent aux modèles de risque traditionnels.

Conclusion : Un cadre pluridimensionnel et adapté au développement améliore la détection du risque de suicide et l'intervention dans les situations d'urgence. La prise en considération de l'identité, du contexte relationnel et de la dynamique de la crise permet de favoriser des stratégies de prévention plus inclusives et plus efficaces aux soins de première ligne.

Mots-clés : suicide, soins infirmiers d'urgence, trajectoires suicidaires, modèle narratif de crise, modes d'attachement, stades de développement, suicidologie canadienne.

Introduction

Le suicide demeure un problème de santé publique complexe et urgent au Canada. Malgré des taux nationaux relativement stables au cours des deux dernières décennies, certaines populations — en particulier les jeunes et les communautés autochtones — continuent d'afficher des taux disproportionnellement élevés (gouvernement du Canada, 2023 ; Zulyniak et coll., 2022 ; OMS, 2023). Le suicide est la deuxième cause de décès la plus fréquente chez les jeunes Canadiens âgés

de 15 à 24 ans, rendant nécessaire la mise en place de stratégies de prévention précoces et fondées sur des données probantes (Bennet et coll., 2015; Skinner et coll., 2012; Orri et coll., 2020).

Les services d'urgence (SU) constituent des points d'accès essentiels pour les personnes en crise suicidaire, surtout dans les zones rurales où il n'existe pas d'autres ressources en santé mentale (Hickman et coll., 2018; McCabe et coll., 2001; Hatcher et coll., 2018; Kyanko et coll., 2022; Cunningham, 2009). Bien qu'ils jouent un rôle central, les services d'urgence sont souvent mal équipés pour évaluer efficacement la suicidalité. Les cliniciens s'appuient largement sur des outils statiques dont la validité prédictive est limitée, contribuant ainsi à des résultats incohérents et à une pression accrue sur les systèmes de santé (Carter et coll., 2024; Awan et coll., 2022; Large et coll., 2018).

Pour compliquer encore les soins, la suicidalité n'est pas un diagnostic psychiatrique officiel. En général, les patients sont soignés pour des troubles connexes comme la dépression ou la schizophrénie, ce qui peut ne pas tenir compte des mécanismes fondamentaux des idées suicidaires (Sanati, 2009; Sher, 2024; D'Arrigo, 2024; McHugh et coll., 2019; O'Connor & Nock, 2014; Wasserman et coll., 2021).

La suicidologie clinique demeure donc fragmentée, plusieurs modèles étant utilisés de manière isolée. La présente synthèse narrative comble cette faille en présentant la suicidalité comme un processus dynamique devant faire l'objet d'une évaluation intégrée et pluridimensionnelle. En combinant les connaissances empiriques et des connaissances théoriques, cet article plaide en faveur d'une approche plus unifiée et fondée sur des données probantes de la formulation du risque et de l'intervention (Jobes, 2016; Klonsky et coll., 2018; Galynker, 2017).

Contexte

Les approches traditionnelles de l'évaluation du risque suicidaire ont été hautement variables, incohérentes et souvent inefficaces (Large et coll., 2018; Belsher et coll., 2019; Carter et coll., 2017). La dépendance généralisée à l'égard d'outils statiques actuariels — tels que l'échelle SAD PERSONS, l'échelle Columbia d'évaluation de la gravité du risque suicidaire (C-SSRS) et d'autres listes de vérification prédictives — s'est avérée insuffisante pour identifier avec précision les individus présentant un risque imminent de suicide (Mulder et coll., 2016; Bolton et coll., 2015; Quinlivan et coll., 2017). Ces instruments offrent des mesures de dépistage structurées, mais leur validité prédictive est faible, de nombreuses études faisant état de taux élevés de faux positifs et de faux négatifs, menant à des hospitalisations inutiles pour certains et négligeant les individus les plus à risque (McCabe et coll., 2018; Ribeiro et coll., 2016; Franklin et coll., 2017). Par ailleurs, ces évaluations ponctuelles ne permettent pas de prendre en compte la nature fluctuante de la suicidalité, et considèrent le risque comme une catégorie fixe plutôt que comme un processus dynamique (Bryan et coll., 2020; Jobes & Joiner, 2019; Galynker, 2017).

Pour mieux comprendre ces modèles, il faut les considérer non pas séparément, mais comme des cadres interdépendants qui, ensemble, donnent une image plus complète de la suicidalité.

Par exemple, le modèle des trajectoires suicidaires (Maris, 2000) explique comment la suicidalité se développe dans le temps, tandis que le modèle narratif de crise (Galynker, 2017) explique pourquoi un état de crise peut émerger soudainement, malgré des facteurs de risque à long terme. Il est donc important d'évaluer les facteurs de risque chroniques et aigus lors d'un même entretien avec le patient. De même, la théorie de l'attachement (Mikulincer et Shaver, 2018) fournit un aperçu des vulnérabilités relationnelles à long terme qui influencent les schémas de recherche d'aide, tandis que le SCS (Galynker, 2023) identifie les états pré-suicidaires aigus qui nécessitent une intervention immédiate. En synthétisant ces perspectives, le personnel infirmier des urgences peut adopter une approche plus souple et cliniquement adaptée de l'évaluation du risque suicidaire.

Comprendre la suicidalité en tant que processus dynamique et évolutif

Le concept de trajectoire suicidaire (Maris, 2000) fait valoir que la suicidalité se développe au fil du temps, déterminée par une combinaison de facteurs de stress aigus, de vulnérabilités liées aux traits et de dynamiques interpersonnelles (Klonsky et coll., 2018; Rudd, 2006; Joiner, 2005). Pourtant, les urgences traitent souvent la suicidalité comme une crise isolée, plutôt que comme un processus qui exige une évaluation et une intervention à long terme (McCabe et coll., 2018; Carter et coll., 2017; Bryan et coll., 2020).

Le modèle narratif de crise (Galynker, 2017) précise cette perspective, proposant que les états suicidaires naissent d'un profond sentiment d'enfermement, où les individus se sentent piégés émotionnellement, psychologiquement et socialement, sans pouvoir s'échapper (Goschin et coll., 2013; Cohen et coll., 2024; O'Connor et Nock, 2014). Ce modèle est fortement étayé sur le plan empirique, démontrant une utilité prédictive pour le risque de suicide aigu, mais il est largement absent des protocoles habituels d'évaluation du risque aux urgences (Galynker, 2017; McHugh et coll., 2019; Ribeiro et coll., 2016).

La théorie de l'attachement joue également un rôle essentiel dans la compréhension de la suicidalité, car les premières expériences relationnelles influencent les schémas de régulation émotionnelle, la tolérance à la détresse et le comportement de recherche d'aide (Mikulincer et Shaver, 2018; Bartholomew et Horowitz, 1991). Les personnes dont le mode d'attachement est insécurisant sont beaucoup plus susceptibles d'éprouver une suicidalité chronique, une sensibilité interpersonnelle et une réactivité accrue à la détresse (Levi-Belz et coll., 2020; Allen et coll., 2018). Cependant, en dépit de leur pertinence pour l'évaluation du risque de suicide, ces facteurs de risque développementaux sont souvent négligés lors d'entretiens brefs avec les services d'urgence (Hames et coll., 2018; Jobes, 2016; Bryan et coll., 2020).

Par ailleurs, la recherche révèle des disparités évidentes entre les sexes et les cultures concernant les facteurs de risque de suicide, et pourtant la plupart des évaluations réalisées par les services d'urgence ne tiennent pas compte de ces nuances (Canetto et Sakinofsky, 1998; Kirmayer et coll., 2022; Pollock et coll., 2018). Par exemple, les personnes de sexe masculin sont moins enclines à révéler leurs pensées suicidaires et adoptent souvent

des comportements extériorisés (par exemple, consommation de substances, violence), tandis que les personnes de sexe féminin et les personnes aux identités de genre diverses peuvent faire preuve d'une détresse intériorisée et de tentatives plus fréquentes et moins dangereuses (Skinner et coll., 2022 ; Rhodes et coll., 2018).

Methods

L'étude adopte une approche de synthèse narrative pour intégrer divers cadres théoriques sur la suicidalité, afin d'offrir une perspective cohésive et pertinente sur le plan clinique pour les soins infirmiers d'urgence au Canada. La synthèse narrative est bien adaptée à l'examen de phénomènes complexes comme la suicidalité, dont les multiples modèles conceptuels apportent des éclairages complémentaires plutôt que des explications contradictoires.

Nous avons examiné la documentation évaluée par les pairs et publiée entre 2000 et 2023, en nous concentrant sur les modèles ayant un soutien empirique et une pertinence clinique pour l'évaluation et l'intervention en matière de risque suicidaire. Parmi les bases de données consultées, citons PubMed, PsycINFO, CINAHL et Google Scholar. Les modèles ont été retenus en fonction de leur pertinence théorique, de leur validation empirique et de leur applicabilité en milieu d'urgence. Le modèle des trajectoires suicidaires, le modèle narratif de crise, la théorie de l'attachement, les perspectives de développement et le SCS ont été considérés comme prioritaires. Les études portant uniquement sur des approches biomédicales ou pharmacologiques ont été exclues.

Le procédé de synthèse a suivi les lignes directrices de l'examen narratif. L'objectif était d'extraire les principales contributions théoriques, d'identifier les relations entre les cadres et de contextualiser les résultats dans le cadre des soins de santé au Canada. Les aspects importants, tels que la perturbation de l'identité, la vulnérabilité relationnelle, les états de crise et le risque longitudinal, ont été intégrés dans un modèle conceptuel pluridimensionnel.

La synthèse met l'accent sur la façon dont chaque modèle contribue à une meilleure compréhension de la suicidalité en tant que processus dynamique, plutôt que d'établir un classement. On obtient ainsi un cadre pratique qui soutient les soins d'urgence de première ligne en facilitant l'évaluation, la formulation du risque et la planification de l'intervention.

Cette figure illustre la méthode structurée de la synthèse narrative, décrivant les principales étapes méthodologiques, de la recherche de données et des critères de sélection à l'intégration théorique et à l'élaboration du modèle final, garantissant ainsi une approche cohérente et fondée sur des données probantes de la recherche sur la suicidalité.

Conceptualisation de la suicidalité : Un cadre intégré

La compréhension de la suicidalité demande une approche pluridimensionnelle qui tienne compte des trajectoires individuelles, des états de crise, des perturbations de l'identité, des vulnérabilités relationnelles et des influences développementales. Souvent, les modèles traditionnels ont une approche

Figure 1

Organigramme de la méthodologie de synthèse narrative



fragmentée du risque de suicide : ils se concentrent soit sur la pathologie biomédicale, soit sur les facteurs de risque sociaux, soit sur la symptomatologie aiguë, sans tenir compte des interactions entre ces dimensions (Franklin et coll., 2017 ; O'Connor & Kirtley, 2018 ; Jobes, 2016). La présente synthèse narrative intègre des modèles théoriques fondamentaux pour élaborer un cadre cohésif et applicable sur le plan clinique pour la suicidalité.

Trajectoires suicidaires : Comprendre l'évolution de la suicidalité

Le concept de trajectoire suicidaire, introduit par Maris (2000), reformule la suicidalité comme un processus fluide et évolutif plutôt qu'un état fixe. Ce modèle remet en cause les catégorisations statiques du risque, affirmant que la suicidalité se développe au fil du temps à travers des crises chroniques, des vulnérabilités personnelles et des contextes sociaux changeants (Maris, 2002 ; Rudd, 2006 ; Klonsky et coll., 2018). Contrairement aux modèles traditionnels qui privilégient la prédiction du suicide à court terme, le cadre des trajectoires suicidaires souligne l'importance de l'évaluation et de l'intervention longitudinales, en comprenant que les individus oscillent entre des périodes de risque accru et de rémission en fonction des facteurs de stress, des ressources d'adaptation et des facteurs relationnels (Large et coll., 2018 ; McHugh et coll., 2019 ; Bryan et coll., 2020).

Les trajectoires suicidaires sont souvent marquées par une exposition cumulative à des facteurs de risque, tels que l'adversité précoce, la désaffiliation sociale, les menaces à l'identité et les transitions majeures de la vie, qui contribuent tous à accroître la vulnérabilité au fil du temps (Turecki et coll., 2019 ; Bolton et coll., 2015 ; Sheftall et coll., 2016). Ce modèle basé sur la trajectoire appuie la nécessité d'évaluations continues et dynamiques du risque de suicide plutôt que de dépistages isolés, en particulier dans les situations d'urgence où les individus peuvent se trouver à différents stades de la progression suicidaire (Carter et coll., 2017 ; Ribeiro et coll., 2016).

Le modèle narratif de la crise : perturbations de l'identité et piège suicidaire

À partir du cadre des trajectoires suicidaires, le modèle narratif de crise (MNC) souligne le rôle de la fragmentation de l'identité, de la détresse existentielle et de la constriction cognitive dans la survenance de la suicidalité (Galynker, 2017; O'Connor & Nock, 2014; Bryan et coll., 2020). Ce modèle suppose que les personnes qui éprouvent une perte de cohérence dans leur récit de soi — que ce soit en raison d'une perte relationnelle, d'un échec professionnel ou du sentiment d'être rejeté par la société — peuvent sombrer dans un état de piège suicidaire, où la mort est perçue comme la seule solution (Bloch-Elkouby et coll., 2020; Goschin et coll., 2013; Millner et coll., 2020).

Le MNC fait comprendre pourquoi certains individus passent d'idées suicidaires chroniques à des crises suicidaires aiguës, en soulignant le rôle de la dysrégulation cognitive et affective (Ribeiro et coll., 2016; Joiner, 2005; Klonsky et coll., 2018). Notamment, une rumination intense, une rigidité cognitive et une incapacité à envisager des solutions alternatives contribuent à un rétrécissement psychologique des choix perçus (O'Connor et Kirtley, 2018; Galynker et coll., 2023; Jobes, 2016). Ces constatations démontrent la nécessité d'interventions cliniques axées sur la restauration de la flexibilité cognitive et la reformulation du récit suicidaire, en particulier dans les contextes de santé mentale d'urgence où les évaluations des risques doivent faire la distinction entre la suicidalité chronique et la suicidalité imminente (Bryan et coll., 2020; Large et coll., 2017; Bolton et coll., 2015).

Attachement et différences entre les sexes en matière de suicidalité

La théorie de l'attachement éclaircit davantage le risque de suicide en clarifiant comment les modèles relationnels précoces influencent la vulnérabilité à la détresse, la régulation émotionnelle et le comportement de recherche d'aide (Mikulincer et Shaver, 2018; Bartholomew et Horowitz, 1991; Allen et coll., 2018). Les individus dont les modes d'attachement sont insécurisés, en particulier l'attachement anxieux-préoccupé et l'attachement évitant-désengagé font preuve d'une susceptibilité accrue à la suicidalité, car ils sont aux prises avec une dysrégulation émotionnelle intense, des sentiments d'abandon et éprouvent des difficultés à établir des liens relationnels sécurisants (Levi-Belz et coll., 2020; Sheftall et coll., 2016; Fonagy et coll., 2016).

Les différences entre les sexes influencent également le comportement suicidaire, la létalité et les modèles de divulgation. Les personnes de sexe masculin sont moins enclines à révéler leurs pensées suicidaires et adoptent souvent des comportements extériorisés par la consommation de substances, la violence ou des actes impulsifs, tandis que les personnes de sexe féminin et les personnes aux identités de genre diverses peuvent faire preuve d'une détresse intériorisée chronique et de tentatives plus fréquentes et moins dangereuses (Canetto et Sakinofsky, 1998; Rhodes et coll., 2018; Skinner et coll., 2022). Ces différences accentuent la nécessité d'évaluations du risque de suicide tenant

compte du sexe et de la façon dont la détresse est exprimée dans différentes populations (Hames et coll., 2018; Carter et coll., 2017; Jobes, 2016).

Perspectives développementales sur la suicidalité

Le risque de suicide varie considérablement au cours de la vie, puisque des vulnérabilités développementales distinctes déterminent le comportement suicidaire à différents âges (Erikson, 1950; Orri et coll., 2020; McHugh et coll., 2019). Les enfants et les adolescents sont très sensibles aux perturbations identitaires, au rejet par leurs pairs et aux conflits familiaux, tandis que les adultes d'âge moyen connaissent souvent des problèmes existentiels, une instabilité financière ou des ruptures relationnelles (Joiner, 2005; Klonsky et coll., 2018; McCabe et coll., 2018). Pour les gens âgés, l'isolement social, les maladies chroniques et la perte d'autonomie sont d'importants facteurs de risque de suicide (Turecki et coll., 2019; Bolton et coll., 2015; Orri et coll., 2020). Pour intervenir en fonction de l'âge, il faut reconnaître ces schémas de risque évolutifs et veiller à ce que les stratégies de prévention du suicide correspondent aux besoins et aux défis particuliers de chaque étape de la vie (Jobes, 2016; Franklin et coll., 2017).

Le SCS : identifier les états suicidaires aigus

Le SCS approfondit notre compréhension du risque de suicide imminent, en identifiant des états présuicidaires distincts caractérisés par un sentiment d'impuissance, une perte de contrôle cognitif, un état d'hyperexcitation et un retrait social aigu (Galynker, 2017; Galynker, 2023; Ribeiro et coll., 2016). Ce modèle fondé sur des données probantes constitue une alternative aux facteurs de risque statiques, en offrant des indicateurs prédictifs de tentatives de suicide imminentes qui peuvent améliorer les évaluations d'urgence du risque (Bryan et coll., 2020; Large et coll., 2017; Melzer, 2024). Il est particulièrement utile pour le personnel infirmier des urgences de reconnaître ces états présuicidaires aigus, car cela permet un jugement clinique en temps réel qui va au-delà des modèles traditionnels de prédiction du risque, afin d'améliorer l'intervention précoce et la désescalade de la crise (Galynker, 2023; O'Connor et Nock, 2014; Jobes, 2016).

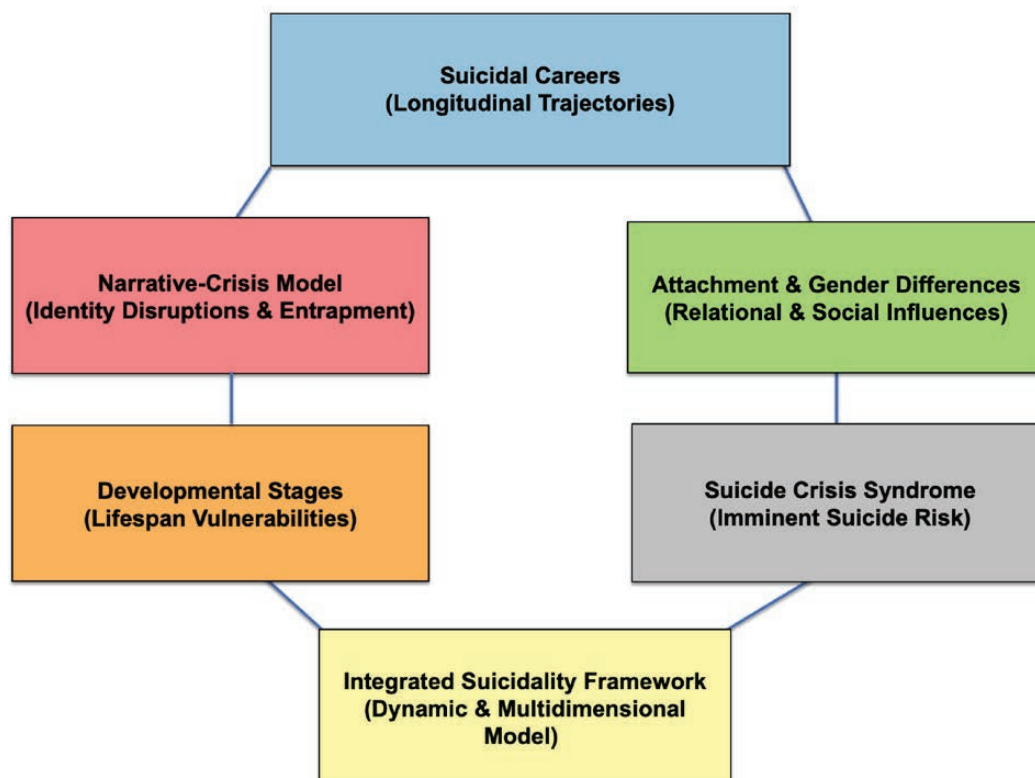
Cette figure conceptualise la suicidalité en tant que processus dynamique et évolutif, en intégrant les trajectoires longitudinales, les perturbations identitaires, les influences relationnelles, les vulnérabilités développementales et les états de crise aigus pour éclairer une approche globale et pluridimensionnelle de l'évaluation du risque suicidaire et de l'intervention.

Implications pour la pratique des soins infirmiers d'urgence : Un cadre pour l'intégration des modèles de suicidalité dans les soins cliniques

Les urgences continuent d'être le principal point de contact pour les personnes en crise suicidaire aiguë, mais l'évaluation et la gestion du risque de suicide aux urgences continuent d'être fragmentées, incohérentes et souvent inadéquates (McCabe et coll.,

Figure 2

Cadre intégré de la suicidalité : Un modèle conceptuel pluridimensionnel



2018; Rhodes et coll., 2018; Savioli et coll., 2022). Le recours prédominant à des outils statiques d'évaluation du risque — tels que l'échelle Columbia de gravité du suicide (C-SSRS) et l'échelle SAD PERSONS — ne tient pas compte de la nature fluctuante de la suicidalité, de l'influence des perturbations identitaires et relationnelles ni des marqueurs cognitifs et affectifs du risque de suicide imminent (Large et coll., 2017; Ribeiro et coll., 2016; Quinlivan et coll., 2017). Ainsi, le personnel infirmier des urgences est confronté à des difficultés considérables pour faire la distinction entre une détresse passagère et un risque de suicide imminent, ce qui se traduit souvent par des erreurs de classification, des hospitalisations inutiles ou le fait de ne pas remarquer certains signes précurseurs (Franklin et coll., 2017; O'Connor & Nock, 2014).

Les résultats du présent article indiquent qu'une approche plus complète et intégrative qui synthétise les modèles actuels de suicidologie dans un cadre clinique pertinent est nécessaire pour améliorer l'évaluation du risque de suicide et l'intervention dans le domaine des soins infirmiers d'urgence. La structuration de l'évaluation de la suicidalité sous l'angle des trajectoires longitudinales du risque, des marqueurs de crise aiguë, de la détresse identitaire, des vulnérabilités relationnelles et des aspects développementaux offre au personnel infirmier des urgences une approche méthodique et souple, pour faciliter la prise de décision clinique dans des environnements à haute pression.

Exemple d'application clinique

Un homme de 28 ans arrive aux urgences après une tentative de suicide par surdose. L'infirmière effectue une évaluation dynamique du risque à l'aide d'un cadre intégré. Les antécédents du patient en plus de ses multiples tentatives passées et ses traumatismes dans l'enfance, correspondent au modèle des trajectoires suicidaires (Maris, 2000). Cela suggère une trajectoire de risque chronique. Toutefois, il fait également preuve d'une rigidité cognitive intense, d'un sentiment d'enfermement et d'une dysrégulation émotionnelle, signes d'un SCS (Galynker, 2023), ce qui signale un risque aigu et imminent. Un examen plus approfondi révèle une rupture et une perte d'emploi récentes, reflétant un récit de crise (Galynker, 2017). Faisant appel à la théorie de l'attachement (Mikulincer & Shaver, 2018), l'infirmière constate un mode d'attachement évitant, ce qui peut constituer un risque supplémentaire de non-divulgaration d'une suicidalité persistante. Ce cas démontre qu'une approche intégrative améliore la détection du risque et favorise une intervention plus ciblée.

Un cadre pour les soins d'urgence en matière de suicide : Structurer l'évaluation du risque et l'intervention

La mise en pratique des modèles de suicidalité dans les soins d'urgence exige une approche qui soit à la fois théoriquement fondée et pragmatiquement structurée pour pouvoir être utilisée

dans des contextes cliniques. À partir des principales conclusions du présent article, le cadre suivant fournit une structure organisationnelle pour évaluer la suicidalité et y répondre dans la pratique des soins infirmiers d'urgence, en intégrant cinq dimensions essentielles de la formulation du risque suicidaire :

1. Établir un profil de risque longitudinal

- Les antécédents suicidaires d'un patient et sa trajectoire au fil du temps offrent un aperçu essentiel de son état de risque actuel et de son risque à l'avenir. Les méthodes conventionnelles d'évaluation du risque classent souvent les individus dans les catégories de risque faible, modéré ou élevé, sans tenir compte de la manière dont la suicidalité peut évoluer au cours des différents événements de la vie (Maris, 2000 ; Rudd, 2006 ; Klonsky et coll., 2018). Par contre, l'évaluation des trajectoires suicidaires dans les situations d'urgence implique ;
- l'évaluation des tentatives de suicide répétées ou des idées suicidaires chroniques afin de déterminer si un patient fait preuve d'une suicidalité persistante ou d'une situation de crise aiguë (Franklin et coll., 2017 ; Ribeiro et coll., 2016 ; McHugh et coll., 2019).
- l'identification des périodes de transition et des facteurs de stress majeurs, telle que la perte d'un emploi, les perturbations relationnelles, l'instabilité financière ou les transitions au début de l'âge adulte, ce qui accroît souvent la vulnérabilité au suicide (Bolton et coll., 2015 ; Turecki et coll., 2019 ; Orri et coll., 2020).
- l'évaluation des vulnérabilités cumulatives, y compris les traumatismes de la petite enfance, la déconnexion sociale et les hospitalisations psychiatriques antérieures, afin de déterminer si un individu suit une trajectoire de risque croissant (Sheftall et coll., 2016 ; McCabe et coll., 2018 ; Jobes, 2016).

2. Identifier les indicateurs d'une crise aiguë

- Plusieurs patients en situation d'urgence vivent une crise suicidaire à court terme plutôt qu'une suicidalité chronique. Le cadre SCS propose une méthode validée par la pratique clinique pour identifier le risque suicidaire imminent, en le différenciant des facteurs de risque à long terme (Galynker, 2017 ; Bryan et coll., 2020 ; O'Connor et Nock, 2014). Le personnel infirmier des urgences peut améliorer la détection des risques en dépistant :
- la rigidité cognitive et l'inondation ruminative, surtout chez les patients qui déclarent être incapables de penser à autre chose qu'à leur détresse actuelle ou au suicide comme étant la seule option (Goschin et coll., 2013 ; Ribeiro et coll., 2016 ; Klonsky et coll., 2018).
- la dysrégulation émotionnelle et l'intolérance à la détresse, qui se caractérisent par la panique, une agitation extrême ou une incapacité à se calmer (Franklin et coll., 2017 ; Millner et coll., 2020 ; Galynker et coll., 2023).
- le retrait social et le désengagement, en particulier chez les gens qui cessent soudainement de communiquer avec leur famille ou qui expriment un sentiment d'abandon (Bolton et coll., 2015 ; Bryan et coll., 2020 ; McHugh et coll., 2019).

3. Évaluer les perturbations narratives et identitaires

- Beaucoup de personnes touchées par la suicidalité décrivent qu'elles se sentent piégées, désespérées, ou qu'elles ont perdu

leur sens de l'identité ou de l'avenir. Le modèle narratif de crise indique que la suicidalité découle souvent d'une désintégration de l'identité, par laquelle une personne ne parvient plus à voir un parcours significatif (Galynker et coll., 2017 ; Jobes, 2016 ; O'Connor et Kirtley, 2018). Le personnel infirmier des urgences peut adopter des techniques d'entretien basées sur le récit pour explorer les aspects suivants :

- les thèmes de l'échec perçu et de la perte, en particulier chez les patients qui font état d'objectifs de vie ruinés ou de revers humiliants (Joiner, 2005 ; Klonsky et coll., 2018 ; Franklin et coll., 2017).
- le désespoir et le sentiment d'être pris au piège, lorsque les individus déclarent qu'ils n'ont aucune alternative ou qu'ils ont un sentiment de désespoir écrasant (O'Connor et Kirtley, 2018 ; Galynker et coll., 2020 ; Millner et coll., 2020).
- les influences culturelles et générationnelles, en particulier chez les populations autochtones et marginalisées, chez lesquelles le risque de suicide est souvent lié à des traumatismes historiques et à des inégalités sociales (Kirmayer et coll., 2022 ; Pollock et coll., 2018 ; Skinner et coll., 2022).

4. Intégration des facteurs de risque développementaux et relationnels

- Le risque de suicide varie en fonction des étapes du développement, présentant des vulnérabilités distinctes selon l'âge et des influences découlant de l'attachement (Erikson, 1950 ; Sheftall et coll., 2016 ; Orri et coll., 2020). Le personnel infirmier des urgences devrait :
- évaluer les modes d'attachement, car l'attachement anxieux est associé à une détresse accrue, à une difficulté à rechercher du soutien et à un risque de suicide plus élevé (Mikulincer et Shaver, 2018 ; Levi-Belz et coll., 2020 ; Bartholomew et Horowitz, 1991).
- adapter les interventions en matière de suicide en fonction des étapes de la vie, en considérant les luttes identitaires à l'adolescence, l'instabilité professionnelle au cours du jeune âge adulte et le désespoir existentiel chez les adultes d'âge moyen (Turecki et coll., 2019 ; McCabe et coll., 2018 ; Bolton et coll., 2015).

5. Mise en œuvre d'interventions individualisées en cas de crise et une planification de la sécurité

- L'intégration de ces dimensions permet une approche souple et centrée sur le patient pour l'intervention en cas de suicide dans un contexte d'urgence. Le personnel infirmier des urgences peut :
- utiliser un modèle évolutif de formulation du risque, en reconnaissant que le risque de suicide n'est pas statique, mais fluctue en fonction des événements de la vie et des crises (Jobes, 2016 ; O'Connor et Nock, 2014 ; Franklin et coll., 2017).
- élaborer des plans de sécurité individualisés en intégrant des techniques de stabilisation à court terme et des stratégies d'adaptation à long terme (McHugh et coll., 2019 ; Carter et coll., 2017).
- veiller à la planification concertée des sorties, en évitant la sortie prématurée des patients à haut risque et en assurant un soutien continu en matière de santé mentale (Bryan et coll., 2020 ; Jobes, 2016 ; Quinlivan et coll., 2017).

Tableau 1

Cadre intégré d'évaluation du risque de suicide et d'intervention pour les soins infirmiers en milieu d'urgence

Assessment Dimension	Clinical Focus	Example Questions	Intervention Strategies
Longitudinal Risk Assessment (<i>Suicidal Careers</i>)	Identify chronic vs. acute suicidality by assessing past attempts, hospitalizations, and life transitions.	<i>"Have you experienced suicidal thoughts? How do your current feelings compare to past episodes?"</i>	Document past risk factors, identify destabilizing events, and assess escalating suicidality (Maris, 2000; Rudd, 2006; Klonsky et al., 2018; Franklin et al., 2017; Turecki et al., 2019).
Markers of Acute Crisis (SCS)	Screen for imminent risk, including cognitive rigidity, distress, and social withdrawal.	<i>"Do you feel trapped? Have you noticed changes in sleep, focus, or emotions?"</i>	Observe real-time affective dysregulation and use structured assessments (Galynker, 2017; Bryan et al., 2020; Ribeiro et al., 2016; Bolton et al., 2015; O'Connor & Nock, 2014).
Narrative and Identity Disruptions (<i>Narrative-Crisis Model</i>)	Explore themes of perceived failure, entrapment, and loss of identity.	<i>"What has led you to feel this way? What would need to change for things to feel different?"</i>	Use open-ended questions to reconstruct hope and meaning (Galynker, 2017; Jobes, 2016; O'Connor & Kirtley, 2018; Millner et al., 2020; Klonsky et al., 2018).
Relational and Developmental Risk Factors	Assess attachment styles, family relationships, and age-specific vulnerabilities.	<i>"How do you typically cope with distress? Who do you turn to for support?"</i>	Tailor interventions to life stage – specific risk factors (Mikulincer & Shaver, 2018; Sheftall et al., 2016; Erikson, 1950; Bartholomew & Horowitz, 1991; Levi-Belz et al., 2020).
Individualized Crisis Interventions and Safety Planning	Develop safety plans, dynamic risk formulations, and interdisciplinary care strategies.	<i>"What has helped you manage past crises? What steps can we take now to keep you safe?"</i>	Create personalized safety plans, ensuring follow-up and multi-disciplinary care (et al., 2017; Bryan et al., 2020; Quinlivan et al., 2017).

Conclusion

L'évaluation et l'intervention en matière de risque suicidaire dans les soins infirmiers en milieu d'urgence nécessitent une approche globale et dynamique, allant au-delà des modèles statiques de stratification du risque. Les outils actuels ne parviennent souvent pas à saisir la nature fluide, identitaire et relationnelle de la suicidali   (Franklin et coll., 2017 ; Galynker, 2017 ; Jobes, 2016). Cet article propose un cadre clinique intégré — s'appuyant sur des trajectoires suicidaires, le modèle narratif de crise, des perspectives développementales et la théorie de l'attachement — qui renforce la capacité du personnel infirmier d'urgence à identifier et à répondre à la suicidali   dans les établissements de soins aigus.

L'application clinique des modèles de suicidali   doit tenir compte des défis inhérents aux environnements d'urgence, où les contraintes de temps, la variabilité des patients et la prise de décisions critiques compliquent la formulation du risque

suicidaire (McCabe et coll., 2018 ; Bolton et coll., 2015). Les outils classiques fondés sur des listes de vérification manquent de précision prédictive et conduisent souvent à des hospitalisations inutiles ou à une incapacité à identifier un risque aigu (Franklin et coll., 2017 ; Large et coll., 2017).

Le cadre proposé soutient le personnel infirmier des urgences dans :

- la différenciation entre la suicidali   chronique et la crise aiguë pour éclairer les décisions relatives au niveau de soins (Maris, 2000 ; Rudd, 2006 ; Klonsky et coll., 2018).
- l'utilisation d'évaluations narratives et identitaires pour explorer le sentiment d'enfermement, la perte de sens et la perturbation de l'image de soi (Galynker, 2017 ; O'Connor et Kirtley, 2018 ; Jobes, 2016).
- l'intégration de facteurs relationnels et développementaux, y compris le mode d'attachement et les schémas de risque selon l'âge (Erikson, 1950 ; Mikulincer et Shaver, 2018 ; Sheftall et coll., 2016).

- la personnalisation de la planification de la sécurité et des stratégies de congé, au-delà des recommandations générales (Bryan et coll., 2020 ; Carter et coll., 2017).

Implications pour la mise en œuvre clinique et la recherche future

Ce cadre propose une structure pratique et adaptable pour améliorer la détection des risques, l'intervention et les résultats pour les patients. Toutefois, une validation empirique plus approfondie est nécessaire. Les recherches futures devraient explorer :

- la validité prédictive des modèles intégrés dans un contexte de soins d'urgence (Franklin et coll., 2017)
- la faisabilité de mettre en œuvre des évaluations basées sur l'identité et le récit dans les processus cliniques (O'Connor et Nock, 2014 ; Galyunker, 2017).
- le rôle du personnel infirmier des urgences dans la continuité des soins après le congé (Bryan et coll., 2020 ; Quinlivan et coll., 2017).

Le personnel infirmier des urgences est souvent le premier point de contact pour les personnes en crise suicidaire. En adoptant une approche holistique et multiforme — qui prend en compte les facteurs longitudinaux, cognitifs, relationnels et développementaux — le personnel infirmier des urgences peut progresser vers un modèle à la fois plus précis, plus compatissant et plus efficace de prévention du suicide.

RÉFÉRENCES

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2018). *Mentalizing in clinical practice* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.
- Awan, S., Diwan, M. N., Aamir, A., Allahuddin, Z., Irfan, M., Carano, A., Vellante, F., Ventriglio, A., Fornaro, M., Valchera, A., Pettorruso, M., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., Ullah, I., & De Berardis, D. (2022). Suicide in healthcare workers: Determinants, challenges, and the impact of COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 792925. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.792925>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Belsher, B. E., Smolenski, D. J., Pruitt, L. D., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., Morgan, R. L., Evatt, D. P., Tucker, J., & Skopp, N. A. (2019). Prediction models for suicide attempts and deaths: A systematic review and simulation. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 642–651. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0174>
- Bennett, K., Rhodes, A. E., Duda, S., Cheung, A. H., Manassis, K., Links, P., Mushquash, C., Braunberger, P., Newton, A. S., Kutcher, S., Bridge, J. A., Santos, R. G., Manion, I. G., McLennan, J. D., Bagnell, A., Lipman, E., Rice, M., & Szatmari, P. (2015). A youth suicide prevention plan for Canada: A systematic review of reviews. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(6), 245–257. <https://doi.org/10.1177/070674371506000603>
- Bloch-Elkouby, S., Gorman, B., Schuck, A., Barzilay, S., Calati, R., Cohen, L. J., Begum, F., & Galyunker, I. (2020). The suicide crisis syndrome: A network analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 67(5), 595–607. <https://doi.org/10.1037/cou0000423>
- Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ (Clinical research ed.)*, 351, h4978. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4978>
- Bryan, C. J., Allen, M. H., Wastler, H. M., Bryan, A. O., Baker, J. C., May, A. M., & Thomsen, C. J. (2023). Rapid intensification of suicide

Notes d'auteur

Matias Gay, B.Sc.Inf., IA, est un expert de premier plan en suicidologie, spécialisé dans la santé mentale d'urgence et en toxicomanie à un l'hôpital pour enfants IWK. Il détient un baccalauréat en sciences infirmières et possède une vaste expérience en pratique clinique, en leadership et en recherche. Matias a consacré sa carrière à la compréhension et à la prévention de la suicidalité par le biais d'approches pluridisciplinaires. Ses intérêts professionnels portent sur l'identité narrative, les influences culturelles sur la santé mentale et le développement d'interventions innovantes pour la prévention du suicide.

Conflits d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Déclaration de l'auteur (CRediT)

MG – Conceptualisation, méthodologie, rédaction – préparation de l'ébauche, supervision, rédaction – révision et édition.

Financement

Cette recherche n'a bénéficié d'aucune subvention particulière de quelque organisme de financement que ce soit, qu'il soit public, commercial ou à but non lucratif.

- risk preceding suicidal behavior among primary care patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 53(2), e12948. <https://doi.org/10.1111/sltb.12948>
- Bryan, C. J., Butner, J. E., May, A. M., Rugo, K. F., Harris, J., Oakey, D. N., Rozek, D. C., & Bryan, A. O. (2020). Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas in Psychology*, 57, 10.1016/j.newideapsych.2019.100758. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100758>
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 28(1), 1–23.
- Carter, B., Young, S., Ford, K., & Campbell, S. (2024). The concept of child-centred care in healthcare: A scoping review. *Pediatric Reports*, 16(1), 114–134. <https://doi.org/10.3390/pediatric16010012>
- Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: Systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(6), 387–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>
- Cohen, L. J., White, B. J., Miller, F. E., Karsen, E. F., & Galyunker, I. I. (2024). Diagnosis of the SCS in the emergency department associated with significant reduction in 3-month readmission rates. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 85(4), 24m15320. <https://doi.org/10.4088/JCP.24m15320>
- Cunningham, P. J. (2009). Beyond parity: Primary care physicians' perspectives on access to mental health care. *Health Affairs*, 28(Suppl 1), w490–w501. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.3.w490>
- D'Arrigo, T. (2024). One in five who attempt suicide have no prior mental illness. *Psychiatric News*, 59(5). <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2024.05.5.3>

- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Norton.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PloS one*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Galynker, I. (2017). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. Oxford University Press.
- Galynker, I. (2023). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk* (2nd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780197582718.001.0001>
- Goschin, S., Briggs, J., Blanco-Lutzen, S., Cohen, L. J., & Galynker, I. (2013). Parental suicide as a risk factor for suicidal behavior in offspring: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 1–8.
- Government of Canada. (2023). *Suicide mortality in Canada*. Public Health Infobase, Health Canada. <https://health-infobase.canada.ca/mental-health/suicide-self-harm/suicide-mortality.html>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468–471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hames, J. L., Rogers, M. L., Silva, C., Ribeiro, J. D., Teale, N. E., & Joiner, T. E. (2018). A social exclusion manipulation interacts with acquired capability for suicide to predict self-aggressive behaviors. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(1), 32–45. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1304309>
- Hatcher, S., Whittaker, R., Patton, M., Miles, W. S., Ralph, N., Kercher, K., & Sharon, C. (2018). Web-based therapy plus support by a coach in depressed patients referred to secondary mental health care: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 5(1), e5. <https://doi.org/10.2196/mental.8510>
- Hickman, R., Fitzpatrick, J. J., & Alfes, C. M. (Eds.). (2018). *Handbook of clinical nursing: Critical and emergency care nursing*. Springer Publishing Company.
- Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Jobes, D. A., & Joiner, T. E. (2019). Reflections on suicidal ideation. *Crisis*, 40(4), 227–230. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000615>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kirmayer, L. J. (2022). Suicide in cultural context: An ecosocial approach. *Transcultural Psychiatry*, 59(1), 3–12. <https://doi.org/10.1177/13634615221076424>. 2017;62(4):296–297. doi:10.1177/0706743717695087
- Klonsky, E. D., Qiu, T., & Saffer, B. Y. (2018). Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Behavioral Sciences & the Law*, 36(2), 13–29. <https://doi.org/10.1002/bsl.2338>
- Kyanko, K. A., Curry, L. A., Keene, D. E., Sutherland, R., Naik, K., & Busch, S. H. (2022). Does primary care fill the gap in access to specialty mental health care? A mixed methods study. *Journal of General Internal Medicine*, 37(7), 1641–1647. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07260-z>
- Large, M. M. (2018). The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 197–205. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/mlarge>
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., & Apter, A. (2020). The serious suicide attempts approach for understanding suicide: Review of the psychological evidence. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 86(2), 591–608. <https://doi.org/10.1177/0030222820981235> (Original work published 2022)
- Maris, R. W. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press.
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *Lancet (London, England)*, 360(9329), 319–326. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09556-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09556-9)
- McCabe, J. B. (2001). Emergency department overcrowding: A national crisis. *Academic Medicine*, 76(7), 672–674.
- McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulos, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1663-5>
- McHugh, C. M., Cordery, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B., & Large, M. M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: Meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*, 5, e18, 1–12. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.88>
- Melzer, L., Forkmann, T., & Teismann, T. (2024). Suicide crisis syndrome: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(3), 556–574. <https://doi.org/10.1111/sltb.13065>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2018). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Millner, A. J., Robinaugh, D. J., & Nock, M. K. (2020). Advancing the understanding of suicide: The need for formal theory and rigorous descriptive research. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(9), 704–716. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.06.007>
- Mulder, R., Newton-Howes, G., & Coid, J. W. (2016). The futility of risk prediction in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 209(4), 271–272. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184960>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), Article 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Orri, M., Scardera, S., Perret, L. C., Bolanis, D., Temcheff, C., Séguin, J. R., Boivin, M., Turecki, G., Tremblay, R. E., Côté, S. M., & Geoffroy, M. C. (2020). Mental health problems and risk of suicidal ideation and attempts in adolescents. *Pediatrics*, 146(1), e20193823. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3823>
- Pollock, N. J., Naicker, K., Loro, A., Mulay, S., & Colman, I. (2018). Global incidence of suicide among Indigenous peoples: A systematic review. *BMC Medicine*, 16(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1115-6>
- Quinlivan, L., Cooper, J., Meehan, D., Longson, D., Potokar, J., Hulme, T., Marsden, J., Brand, F., Lange, K., Riseborough, E., Page, L., Metcalfe, C., Davies, L., O'Connor, R., Hawton, K., Gunnell, D., & Kapur, N. (2017). Predictive accuracy of risk scales following self-harm: Multicentre, prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(6), 429–436. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189993>
- Rhodes, A. E., Sinyor, M., Boyle, M. H., Bridge, J. A., Katz, L. Y., Bethell, J., Bennett, K., Szatmari, P., & Newton, A. S. (2018). Emergency department presentations and youth suicide: A case-control study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(2), 88–97. <https://doi.org/10.1177/0706743718802799>
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225–236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., & Witte, T. (2006). Warning

- signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255–262. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255>
- Sanati, A. (2009). Does suicide always indicate a mental illness? *London Journal of Primary Care*, 2(2), 93–94. <https://doi.org/10.1080/17571472.2009.11493259>
- Savioli, G., Ceresa, I. F., Gri, N., Bavestrello Piccini, G., Longhitano, Y., Zanza, C., Piccioni, A., Esposito, C., Ricevuti, G., & Bressan, M. A. (2022). Emergency department overcrowding: Understanding the factors to find corresponding solutions. *Journal of Personalized Medicine*, 12(2), 279. <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>
- Sheftall, A. H., Asti, L., Horowitz, L. M., Felts, A., Fontanella, C. A., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2016). Suicide in elementary school-aged children and early adolescents. *Pediatrics*, 138(4), e20160436. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0436>
- Sher, L. (2024). Suicide in individuals with no psychiatric disorders: What makes you vulnerable? *QJM: An International Journal of Medicine*, 117(5), 313–316. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcad279>
- Skinner, M. S., & Sogstad, M. (2022). Social and gender differences in informal caregiving for sick, disabled, or elderly persons: A cross-sectional study. *SAGE Open Nursing*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.1177/23779608221130585>
- Skinner, R., & McFaull, S. (2012). Suicide among children and adolescents in Canada: Trends and sex differences, 1980–2008. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 184(9), 1029–1034. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111867>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Nock, M. K., Pirkis, J., & Kirtley, O. J. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in psychiatric patients. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(1), e12450. <https://doi.org/10.1111/appy.12450>
- World Health Organization. (2023). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation* (2nd ed.). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081765>
- Zulyniak, S., Wiens, K., Bulloch, A. G. M., Williams, J. V. A., Lukmanji, A., Dores, A. K., Isherwood, L. J., & Patten, S. B. (2022). Increasing rates of youth and adolescent suicide in Canadian Women. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 67(1), 67–69. <https://doi.org/10.1177/07067437211017875>