

MINISTERE DE LA SANTE
REGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

**La double peine de la douleur chronique :
Le masseur-kinésithérapeute dans le dépistage des
risques suicidaires.**

Initiation à la revue systématique de la littérature

Sous la direction de LUTTENAUER Vincent

Mémoire présenté par **Lyssandre DROUNA**,
étudiante en 5^{ème} année de masso-
kinésithérapie, en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute.

Promotion 2022-2026



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>



UE28

Mémoire

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e) Lyssandre Drouna

étudiant(e) en K5 et réalisant un mémoire d'initiation à la recherche et sous la direction de
Vincent Luttenauer

à l'IFMK de Nancy,

certifie que le manuscrit présenté en vue de la soutenance est le fruit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées.

Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni copié, ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations sont expressément signalées entre guillemets (ou par une autre disposition graphique sans ambiguïté).

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République française pour plagiat universitaire.

Fait à Nancy le 08/10/2025

Signature



Attestation d'utilisation éthique d'une Intelligence Artificielle (IA)

1. Informations générales

Je soussigné(e) Lyssandre Drouna

Étudiant(e) en K5 à l'IFMK de Nancy réalisant un mémoire d'initiation à la recherche,
sous la direction de Vincent Luttenauer

2. Utilisation de l'IA (indiquer votre autoévaluation avec l'échelle numérique dans la dernière colonne)

Aide à la compréhension de concepts / recherche bibliographique	0 (pas du tout) -----> 10 (beaucoup)	3
Traduction	0 (pas du tout) -----> 10 (beaucoup)	0
Reformulation / amélioration du style	0 (pas du tout) -----> 10 (beaucoup)	8
Planification ou structure du manuscrit	0 (pas du tout) -----> 10 (beaucoup)	2
Génération de contenu (texte, figures, images...)	0 (pas du tout) -----> 10 (beaucoup)	0
Traitement des résultats et analyse des données	0 (pas du tout) -----> 10 (beaucoup)	0

Autres utilisations à préciser :

... L'utilisation de l'IA dans ce travail se limite à la reformulation de texte initialement rédigé par moi-même et
... l'explication de certains concepts, notamment les différentes validités.

Outils d'IA utilisés (ChatGPT, Gemini, Perplexity, Mistral...) :

... ChatGPT

3. Engagement

- Je m'engage à ce que cette déclaration reflète fidèlement mon usage de l'IA dans le respect des règles des textes réglementaires en vigueur (règlement intérieur, charte sur les IA, règlement des examens...).

Je déclare également avoir :

- Vérifié la pertinence des informations fournies par l'intelligence artificielle,
- Cité les sources de mes emprunts,
- Apporté une contribution personnelle suffisante à l'élaboration du devoir.

Fait à Nancy le 26/01/2026

Signature

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier Vincent Luttenauer, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement et ses conseils tout au long de la réalisation de ce travail. Je te remercie pour le temps accordé, la qualité des échanges et le soutien apporté au cours de ce projet. Ce fut un plaisir de travailler avec toi.

Je remercie également Mélanie Jambeau et Jean-Pierre Cordier, référents pédagogiques au sein de l'ILFMK de Nancy, pour votre accompagnement et votre encadrement durant cette formation.

Je souhaite remercier l'intégralité de l'équipe pédagogique de l'ILFMK de Nancy pour les connaissances transmises au cours de ces années de formation, ainsi que l'équipe du secrétariat pour leur disponibilité, leur bienveillance et leur écoute.

Merci aux différents intervenants Diana Bailli, Alice Pichon, Élise Sauvage, Héloïse Raymond, Claire Levé, Julianne Sautier pour leur aide, leurs conseils, leur soutien, leurs pistes de réflexion et les documents fournis dans le cadre de ce travail.

Je remercie mes camarades de promotion pour ces années partagées ensemble, le soutien mutuel et l'accompagnement tout au long de la formation.

Merci à mes proches et à ma famille pour leur soutien constant et indispensable tout au long de ce parcours.

Merci également à mes collègues, ainsi qu'à Jean-Luc et Éric du Mc Donald d'Augny qui ont été d'un soutien sans faille tout au long de ces années. Merci pour tous ces moments partagés ensemble et pour votre bonne humeur contagieuse tous les week-ends.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement Maud et Arnaud pour leur soutien, leur présence et leur accompagnement constant, tant dans les moments de doutes que dans les moments les plus marquants de cette formation. Je ne pouvais pas espérer de meilleures rencontres pour traverser ces quatre années.

La double peine de la douleur chronique : le masseur-kinésithérapeute dans le dépistage des risques suicidaires : initiation à la revue de la littérature.

Introduction : Plus de 12 millions de personnes en France sont atteintes de douleurs chroniques. Au-delà de la souffrance physique, elles s'accompagnent fréquemment de troubles dépressifs, anxieux et de désespoir, constituant ainsi une population à risque suicidaire. Un patient douloureux chronique sur quatre présente une idéation suicidaire. Le masseur-kinésithérapeute fait partie intégrante du parcours de soin de ces patients. Par la fréquence, la durée des soins et l'instauration d'une alliance thérapeutique forte avec leur patientèle, il occupe une place privilégiée pour repérer d'éventuels signes de détresse psychologique. Cependant, leur rôle spécifique dans le dépistage des risques suicidaires reste peu étudié. L'objectif de ce travail était d'identifier des outils de dépistage des risques suicidaires validés et fiables, transposables à la pratique des masseurs-kinésithérapeutes auprès de patients atteints de douleurs chroniques.

Méthode : Cette initiation a suivi les lignes directrices PRISMA-COSMIN. Les bases de données Pubmed, Embase, Web of science, PsycINFO et Google Scholar ont été interrogées. Les études incluses, publiées entre 2010 et 2025 en français ou en anglais, portaient sur l'évaluation psychométrique d'outils de dépistage des risques suicidaires. La sélection s'est faite à l'aide des logiciels Zotero et Excel, par lecture du titre et résumé, puis une lecture intégrale a permis de confirmer l'éligibilité des articles. Une analyse des résultats a ensuite été menée, ainsi qu'une évaluation de la qualité des études à l'aide de la grille « COSMIN Risk of Bias checklist ».

Résultats : Au total, huit études ont été retenues. Parmi elles, le C-SSRS et le SIBAT se distinguent par de bonnes propriétés psychométriques, nécessitant toutefois un certain niveau de connaissances et une contrainte temporelle. D'autres outils, tels que l'ASQ, le SIDAS, le S-VAS ou le RMTS-S se distinguent avec des résultats encourageants et une applicabilité clinique rapide, sans nécessité de formation spécialisée.

Discussion : Cette revue met en évidence l'existence d'outils de dépistage du risque suicidaire validés et fiables, potentiellement transposables à la masso-kinésithérapie. Leur utilisation pourrait renforcer le repérage précoce et favoriser une réorientation adaptée. Toutefois, l'ensemble de ces outils nécessite des études complémentaires afin de valider leur utilisation dans différents contextes cliniques.

Mots clefs : dépistage - risques suicidaires - propriétés psychométriques - masso-kinésithérapie - douleur chronique

Abstract

The double burden of chronic pain: the role of physiotherapists in suicide risk screening: initiation to a literature review

Introduction: In France, more than 12 million people suffer from chronic pain. Beyond physical suffering, chronic pain is frequently associated with depressive disorders, anxiety, as well as feelings of hopelessness, thus constituting a population at risk of suicide. One in four patients with chronic pain experiences suicidal ideation. Physiotherapist is an integral part of the care pathway for these patients. Due to the frequency, the duration of care, and the establishment of a strong therapeutic alliance with their patient, physiotherapist occupies a privileged position to identify potential signs of psychological distress. However, their specific role in suicide risk screening remains poorly studied. The aim of this study was to identify validated and reliable suicide risk screening tools that can be used in physiotherapy practice in patients suffering from chronic pain.

Method: This review followed the PRISMA-COSMIN guidelines. The databases Pubmed, Embase, Web of Science, PsycINFO and Google Scholar were searched. Included studies, published between 2010 and 2025 in French or English, focused on the psychometric evaluation of suicide risk screening tools. Selection was performed using Zotero and Excel software, first by screening titles and abstracts, followed by full-text reading to confirm eligibility. An analysis of the result was then conducted, along with an evaluation of study quality using the "COSMIN Risk of Bias checklist".

Results: A total of eight studies were included. Among the identified tools, the C-SSRS and the SIBAT demonstrated strong psychometric properties but required a certain level of knowledge and time constraints. Other tools, such as the ASQ, SIDAS, S-VAS and RMTS-S showed encouraging psychometric results and rapid clinical applicability, without the need for specialized training.

Discussion: This review highlights the existence of valid and reliable suicide risk screening tools that may be transposable to physiotherapy practice. Their use could strengthen early screening and promote appropriate reorientation. However, further studies are required to validate their use in different clinical settings.

Keywords: screening tool - suicide risk - psychometric properties – physiotherapy - chronic pain

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
1.1. Contexte, problématique et hypothèses du mémoire	1
1.1.1. Contextualisation	1
1.1.2. Problématique	1
1.1.3. Hypothèses du mémoire	2
1.2. La douleur chronique	2
1.2.1. Physiologie de la douleur	2
1.2.2. Chronicisation de la douleur	3
1.2.3. Épidémiologie et facteurs de risques	4
1.2.4. Approches thérapeutiques de la douleur chronique	5
1.3. Le risque suicidaire	6
1.3.1. Définitions et processus suicidaire	6
1.3.2. Épidémiologie, facteurs de risques et facteurs de protections	7
1.3.3. Stratégies et dispositifs de prévention en France	9
1.4. Douleurs chroniques et risques suicidaires : quel lien ?	10
1.4.1. Impact psychologique de la douleur chronique	10
1.4.2. Étiologie entre douleur chronique et risques suicidaires	11
1.5. Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans le dépistage	12
1.5.1. L'importance de la relation thérapeutique en kinésithérapie : confiance, alliance et rôle élargi du thérapeute	12
1.5.2. Des limites liées à la formation et aux représentations professionnelles	13
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	14
2.1. Stratégie de recherche documentaire	14
2.1.1. Plan de concepts	14
2.1.2. Exclusivité du sujet	15
2.1.3. Question de recherche	15
2.1.4. Bases de données	16
2.1.5. Équations de recherche	16
2.1.6. Période de recherche documentaire	17
2.2. Méthode	17
2.2.1. Critères de sélection	17
2.2.2. Méthodologie de sélection des articles	18
2.2.3. Méthodologie d'analyse des articles	19
2.2.4. Méthodologie d'évaluation des biais	19
2.3. Création d'un support d'information	19
3. RÉSULTATS	20
3.1. Résultat de la recherche documentaire	20
3.2. Caractéristiques générales des études	20
3.3. Propriétés psychométriques des outils étudiés	22
3.3.1. Validité	24

3.3.2.	Fiabilité	25
3.3.3.	Sensibilité et spécificité	25
3.4.	Évaluation du risque de biais et des limites.....	26
3.5.	Synthèse des résultats	27
3.6.	Recommandations	29
4.	<i>DISCUSSION</i>.....	30
4.1.	Synthèse des résultats	30
4.1.1.	Interprétation des résultats	30
4.1.2.	Réponses à la question de recherche et aux hypothèses.....	31
4.2.	Liens avec la littérature	31
4.3.	Biais et limites de cette initiation à la revue de la littérature	32
4.4.	Intérêts pour la pratique clinique	33
4.4.1.	La relation thérapeutique en masso-kinésithérapie.....	33
4.4.2.	Applicabilités pratiques des outils inclus en masso-kinésithérapie	34
4.4.3.	Place et responsabilités du masseur-kinésithérapeute dans le dépistage.....	35
4.5.	Ouverture	36
5.	<i>CONCLUSION</i>.....	37

TABLE DES FIGURES

Figure 1: La théorie interpersonnelle par Orden V.	7
Figure 2: Progression des facteurs de risques suicidaires au cours de la vie d'un individu ...	8
Figure 3 : Diagramme de flux selon la méthode PRISMA.....	20

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Plan de concept.....	14
Tableau II : Critères d'inclusion et d'exclusion des études	18
Tableau III : Caractéristiques des études incluses	21
Tableau IV : Présentation des principaux résultats de chaque étude	22
Tableau V : Définition des propriétés psychométriques d'après COSMIN taxonomy	23
Tableau VI : Seuils statistiques	24
Tableau VII : Évaluation des risques de biais des études	26

GLOSSAIRE

APA = Activité Physique Adaptée

ASQ = The Ask Suicide-Screening Questions

AUC = Area Under Curve

COSMIN = COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments

C-SSRS = The Columbia-Suicide Severity Rating Scale

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PB-VAS = The Perceived Burdensomeness Visual Analog Scales

PRISMA = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

RMTS = Rapid Measurement Toolkit for Suicidality

SCI-2 = The revised Suicide Crisis Inventory

SIBAT = Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool

SIDAS = The Suicidal Ideation Attributes Scale

SSQ-OR = The Suicide Screening Questionnaire-Observer Rating

S-VAS = The Suicide Visual Analog Scales

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte, problématique et hypothèses du mémoire

1.1.1. Contextualisation

Selon la Haute Autorité de Santé, les douleurs chroniques, définies comme des douleurs persistantes pendant plus de trois mois consécutifs, touchent plus de 12 millions de personnes en France (1). Problème majeur en Santé Publique, ces douleurs ont un impact psychologique important sur les patients et leur entourage. Selon Kwon CY et al., dans une méta-analyse de 2023, les douleurs chroniques sont des facteurs de risque importants des comportements suicidaires. 25% des douloureux chroniques se retrouvent dans une situation d'idéation suicidaire (2).

De nombreux professionnels de santé font partie intégrante du parcours de soin de ces personnes et parmi eux les masseurs-kinésithérapeutes. L'exercice de la masso-kinésithérapie favorise la création d'une relation particulière avec le patient, notamment grâce au toucher et la durée des soins permettant des temps d'échange prolongé et la consolidation d'une relation de confiance (3). McGrath et al., dans une étude australienne publiée en mars 2024 révèlent que, sur une année, plus de la moitié des masseurs-kinésithérapeutes interrogés ont rencontré au moins une fois des patients exprimant des envies suicidaires. Les auteurs ont également souligné que la plupart des patients hospitalisés dans un service spécialisé dans la douleur avaient planifié un passage à l'acte (4). Habituellement associé aux professionnels de santé mentale, le lien entre masso-kinésithérapie et suicide reste largement inétudié.

Dans leur quotidien, les masseurs-kinésithérapeutes sont régulièrement confrontés à la détresse psychologique de leur patient, mais ne sont pas toujours formés à gérer ces situations. Il serait alors pertinent d'identifier un ou plusieurs outils validés de dépistage des risques suicidaires pouvant être facilement intégrés à la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes

1.1.2. Problématique

La douleur chronique a un impact important en Santé Publique, sur les sphères socio-économiques, mentales et sur la qualité de vie des patients. Afin de garantir une prise en charge optimale et efficace le parcours de soin des patients douloureux chroniques repose sur l'intervention conjointe d'un ensemble de professionnel de santé : médecin généraliste,

médecin correspondant, médecin spécialiste, infirmiers, médecin du travail, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeutes, pharmaciens, psychologues, professeur d'APA, assistant de service social ainsi que médecin conseil (1). Une coordination et une collaboration entre ses acteurs sont indispensables pour assurer une prise en charge globale répondant aux besoins de ces patients.

Le risque suicidaire étant présent chez un patient douloureux chronique sur quatre, et dans le spectre de la coordination interprofessionnelle, l'enjeu de ce travail consiste à étudier les différents outils validés à la disposition des masseurs-kinésithérapeutes pour dépister ces risques chez ces patients (2).

Dans un premier temps, il conviendra de définir les principaux termes de la recherche, à savoir la douleur chronique, les différents types de risques suicidaires, le lien entre ces notions et la place du masseur-kinésithérapeute dans ce contexte.

Dans un second temps, nous détaillerons la méthode de recherche utilisée pour identifier les outils de dépistage validés des risques suicidaires, puis nous évaluerons les outils retenus.

Enfin, ce travail se conclura par l'identification des outils applicables à la pratique du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge de patients atteints de douleurs chroniques et par la réalisation d'une brochure de sensibilisation pour les étudiants en masso-kinésithérapie.

1.1.3. Hypothèses du mémoire

Avant de débiter cette initiation à la revue de la littérature, les hypothèses suivantes ont été émises :

- Il existe des outils validés et fiables permettant le dépistage des risques suicidaires ;
- Au moins l'un de ces outils est applicable à la pratique des masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre du dépistage des risques suicidaires chez les patients atteints de douleurs chroniques.

1.2. La douleur chronique

1.2.1. Physiologie de la douleur

La définition de la douleur a été révisée par l'International association for the study of pain en 2020 ; elle est ainsi définie comme : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (5). La douleur est une expérience personnelle complexe, qu'il convient de

respecter et de ne surtout pas sous-estimer. Elle est influencée par différents facteurs : biologiques, psychologiques, sociaux, et est étroitement liée à la notion de qualité de vie (5). Ainsi, il est essentiel de considérer la douleur au-delà d'une stimulation des récepteurs nociceptifs. C'est un concept à appréhender dans sa globalité (6).

L'origine de la douleur repose sur trois mécanismes principaux : la stimulation des nocicepteurs par un stimuli considéré délétère pour l'organisme, ce sont les **douleurs nociceptives**, une dysfonction du système nerveux périphérique ou centrale, appelé **douleur neuropathique** (7) ou des douleurs en l'absence de lésions tissulaire ou somatosensoriel, nommé **douleur nociplastique** (8). Le processus de la douleur débute par la détection d'un stimulus potentiellement dangereux par les récepteurs de la douleur appelés nocicepteurs. Ce sont des terminaisons libres des fibres nerveuses situées dans la peau, les muscles, les articulations ou encore les viscères. Ces récepteurs s'activent à la suite de différents types de stimuli : mécaniques, thermiques ou chimiques (7,9).

À la suite d'un stimuli, la membrane du nocicepteur subit une dépolarisation, générant un potentiel d'action qui est transmis au système nerveux central via les fibres afférentes A δ et C. Les fibres A δ , sont des fibres myélinisées de conduction rapide, responsables de la douleur aiguë, tandis que les fibres C, sont des fibres non myélinisées de conduction lente, intervenant principalement dans la douleur persistante (9,10). Ces fibres pénètrent la moelle épinière par la corne dorsale, où le message douloureux est relayé par des neurones relais dits de deuxième ordre. Le signal est principalement transmis par la voie spinothalamique latérale. Ces neurones de deuxième ordre croisent la ligne médiane, zone de décussation, puis remontent jusqu'au tronc cérébral et au thalamus. Enfin, des neurones de troisième ordre relient le thalamus au cortex somato-sensoriel, permettant la perception consciente de la douleur (9,10).

Tout au long de ce trajet, le signal douloureux est régulé par des mécanismes inhibiteurs, permettant de moduler une réponse efficace en fonction de la situation et de l'environnement (10).

1.2.2. Chronicisation de la douleur

La douleur chronique a un impact important sur la qualité de vie, la santé psychologique des patients et représente un coût économique important en matière de santé. Elle est caractérisée par sa durée, c'est une douleur qui est présente ou se répète depuis au moins trois mois (11). La chronicisation de la douleur correspond au phénomène décrit entre la

transition d'une douleur aiguë à une douleur chronique. La sensibilisation centrale ou périphérique sont des mécanismes physiologiques jouant un rôle déterminant dans l'apparition de la douleur chronique. La sensibilisation est définie par un seuil de douleur diminué couplé à une exagération des réponses à un stimulus nocif (12).

La sensibilisation périphérique est définie par une augmentation des réactions et une diminution du seuil des neurones nociceptifs en périphérie. C'est une réponse à la suite d'une lésion qui est précédée par un processus inflammatoire libérant des médiateurs (sérotonine, bradykinine, substance P...). Ces substances sensibilisent les nocicepteurs en périphérie, ce qui augmente leurs réactivités aux stimuli thermiques et mécaniques, entraînant des changements à court terme et des modifications de l'expression génique à long terme des protéines (12).

La sensibilisation centrale est une hyperréactivité des neurones nociceptifs au niveau du système nerveux central. Un excès de signaux douloureux dans le système nerveux central crée et maintient une hyperexcitabilité. Celle-ci entraîne des signaux douloureux amplifiés, une diminution de tolérance de la douleur et une augmentation de la sensibilité à la douleur (12).

Ainsi, plusieurs mécanismes interviennent dans la chronicisation. L'importance d'une balance entre les systèmes de régulation de la douleur joue un rôle dans ce phénomène. Outre l'aspect physiologique, d'autres déterminants, génétiques, environnementaux, biopsychosociaux sont impliqués dans cette transition (12).

1.2.3. Épidémiologie et facteurs de risques

En 2008, l'étude STONEP, réalisée en France, avait pour objectif l'évaluation de la prévalence des douleurs chroniques, associées ou non à une composante neuropathique, à l'aide d'un questionnaire adressé à 30 155 participants. Les résultats ont montré que 31,7% de la population étudiée souffrait de douleurs chroniques. Cette prévalence est marquée par une prédominance féminine (35% chez les femmes et 28,2% chez les hommes), ainsi qu'une augmentation avec l'âge et chez les personnes retraitées (13).

Des facteurs de risque modifiables ou non contribuent à la transition entre douleur aiguë et douleur chronique. Une revue narrative de 2019 a classé ces facteurs en trois catégories : démographiques, comportementales et cliniques. La douleur chronique est plus fréquente chez les personnes âgées, mais touche aussi les plus jeunes. Les femmes sont particulièrement affectées, présentant une intensité et un impact fonctionnel plus élevés, en

lien avec des facteurs biologiques et psychosociaux. Le contexte socio-économique défavorable, les minorités, les populations défavorisées, ainsi que la précarité professionnelle augmentent également les risques. Sur le plan comportemental et clinique, la présence de douleurs multiples, la multi-morbidité, les troubles mentaux et les croyances négatives concernant la douleur favorisent sa chronicité. Les interventions chirurgicales, notamment les chirurgies lourdes, ainsi que l'obésité, les troubles du sommeil, une mauvaise qualité de vie et des facteurs génétiques jouent aussi un rôle important. L'association fréquente de ces facteurs complique la prise en charge et détériorent la qualité de vie (14).

En 2025, Wilson et al. ont mis en évidence le rôle déterminant des facteurs psychosociaux et des stratégies d'adaptation des patients dans le processus de chronicisation de la douleur. Parmi les principaux facteurs de risque figurent la détresse psychologique (stress, anxiété, dépression), la dramatisation de la douleur, les expériences négatives ou traumatismes vécus dans l'enfance, le trouble du stress post-traumatique, la stigmatisation liée à la condition, le sentiment d'injustice, ainsi que la discrimination et le racisme. Ces éléments constituent des déterminants majeurs dans la transition vers la douleur chronique. A l'inverse, des facteurs de résilience, tels que l'optimisme, le soutien social et l'acceptation, permettent de réduire ce risque, leur absence pouvant au contraire favoriser la chronicisation (15).

1.2.4. Approches thérapeutiques de la douleur chronique

Un traitement optimal de la douleur chronique passe par une prise en charge en pluridisciplinarité avec une approche centrée sur le patient, personnalisée, appliquant un modèle biopsychosocial et selon les besoins du patient. Le traitement mis en place peut se rapporter soit à la prise en charge des symptômes, soit à la prise en charge de la pathologie et débutera toujours par les moyens les moins invasifs possibles (16). Les traitements de la douleur chronique peuvent inclure :

- **La pharmacothérapie**, comprenant des médicaments non-opioïdes (antidépresseurs analgésiques, antiépileptiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens), et des opioïdes, non recommandés pour certaines populations et entraînant des risques (utilisation abusive, addiction) ;
- **Les thérapies cognitivo-comportementales**, sont des interventions visant à déconstruire les mauvaises attitudes, croyances et comportements pouvant contribuer au maintien de la pathologie ;
- **Les traitements chirurgicaux**, notamment des interventions chirurgicales pour certaines pathologies douloureuses, de la neurostimulation de la moelle épinière ou encore la mise en place d'un système d'administration intrathécale de médicaments ;

- **La médecine intégrative**, souvent utilisée en complément de la médecine traditionnelle, ce sont les médecines complémentaires et alternatives comme l'acupuncture, la chiropraxie, les suppléments alimentaires, la musicothérapie ;
- **Les traitements interventionnels**, les interventions mini-invasives (infiltrations, destruction par radiofréquence), utilisé pour le diagnostic, à visé thérapeutique ou encore pour aider à pouvoir réaliser d'autres traitements en combinaison (bloc moteur) (16).

Les masseurs-kinésithérapeutes sont amenés à prendre en charge tous types de patients atteints de douleurs chroniques. Maître J-H. et Crouan A. ont déterminé quatre interventions cliniquement significatives pour le traitement de la douleur par le masseur-kinésithérapeute : l'activité physique et les exercices thérapeutiques, l'éducation thérapeutique, les approches psychologiques et les thérapies manuelles (17).

1.3. Le risque suicidaire

1.3.1. Définitions et processus suicidaire

Pour définir le comportement suicidaire, il faut prendre en considération un spectre de notions. Le suicide est rarement un phénomène impulsif, il s'inscrit plutôt dans un processus évolutif marqué par plusieurs étapes. Ce processus débute par le manque d'espoir qui mène à la première notion, l'idéation suicidaire. Définies comme des pensées à se donner la mort de manière persistante ou récurrente, elles sont le point de départ de ce processus. L'intensification de ces pensées ainsi que leur durée dans le temps mène à la planification imaginée du passage à l'acte. Ainsi, les pensées deviennent de plus en plus structurées. La suite peut aboutir à une ou plusieurs tentatives suicidaires, défini comme un acte non fatal mais accompli avec l'intention de se donner la mort. Le schéma décrit peut ainsi s'arrêter à la première tentative de suicide ou plusieurs tentatives vont être faites, d'intensité plus importante avec des risques de plus en plus élevés de mener au décès. Le plan suicidaire est de plus en plus ficelé et précis. Finalement, la dernière notion est le suicide avec passage à l'acte. Le suicide est défini comme le fait de se donner la mort. De ce fait, le comportement suicidaire inclut l'idéation suicidaire (pensées à l'acte), et la ou les tentatives suicidaires (intention de se donner la mort mais non fatales). Puis il y a le suicide, le passage à l'acte qui aboutit au décès de l'individu (18).

La théorie interpersonnelle du suicide développée par Orden V. et al. décrit que le désir suicidaire naît de la combinaison entre un sentiment de manque d'appartenance et le sentiment d'être un fardeau pour les autres. Toutefois, cette théorie souligne que le désir en

lui seul ne mène pas au suicide, c'est l'acquisition de la capacité suicidaire combiné aux deux éléments précédents qui conduit une personne au passage à l'acte. Cette capacité suicidaire se développe lorsque 4 éléments sont réunis : 1. Une absence totale de peur de mourir, 2. Une tolérance à la douleur liée à l'automutilation, 3. L'habitude et le processus adverses, 4. Les expériences douloureuses et traumatisantes passées (19,20) (Figure 1).

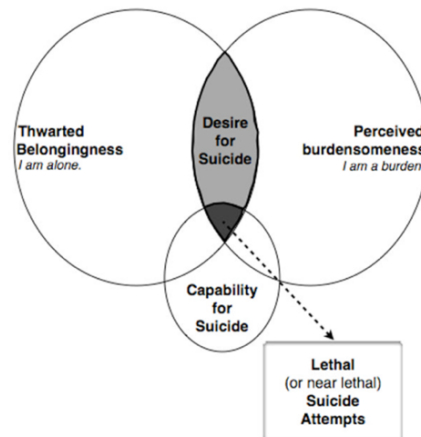


Figure 1: La théorie interpersonnelle par Orden V.

En 2013, Pandey GN. A publié un article de synthèse mettant en lien la biologie et le comportement suicidaire. Des analyses menées sur des patients avec des conduites suicidaires ainsi que sur des cerveaux post-mortem de personnes décédées par suicide ont mis en évidence des anomalies neurobiologiques. Parmi celles-ci, figurent des perturbations des systèmes sérotoninergique et noradrénergique ainsi que de leurs récepteurs, des anomalies des facteurs neurotrophiques, des dysfonctionnements de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, et une altération des mécanismes neuro-immunes. La poursuite de ces recherches pourrait permettre l'identification de biomarqueurs biologiques du risque suicidaire (21).

1.3.2. Épidémiologie, facteurs de risques et facteurs de protections

Le suicide est un problème majeur de santé publique, qui touche tous les sexes, âges et régions du monde. D'après l'OMS, en 2021, 727 000 personnes sont décédées par suicide, faisant de celui-ci l'une des principales causes de mortalité (22). La France fait partie des pays de l'Union Européenne enregistrant le plus grand nombre de décès par suicide (23). En mai 2025, Santé Publique France a publié le bilan national et régional des conduites suicidaires pour l'année 2023. En somme, en France en 2023, ont été enregistrées 74 039 consultations aux urgences pour geste suicidaire ainsi que 91 162 hospitalisations à la suite de gestes auto-infligés (tentatives de suicide et automutilations) (24). Dans le Grand EST, 770 décès par suicide ont été déclarés en 2023, accompagnés de 6740 consultations aux urgences et 7548 hospitalisations pour geste auto-infligé (25).

L'étude et la compréhension des facteurs de risques du suicide constituent un enjeu majeur pour la prévention et l'identification des éléments favorisant l'émergence de comportements suicidaires. Le modèle de l'analyse de vie met en évidence que ces facteurs de risques apparaissent progressivement tout au long de la vie et que leur accumulation augmente la probabilité de passage à l'acte (26) (Figure 2). Parmi eux, les troubles psychiatriques figurent parmi les déterminants les plus fortement associés aux risques suicidaires (26,27).

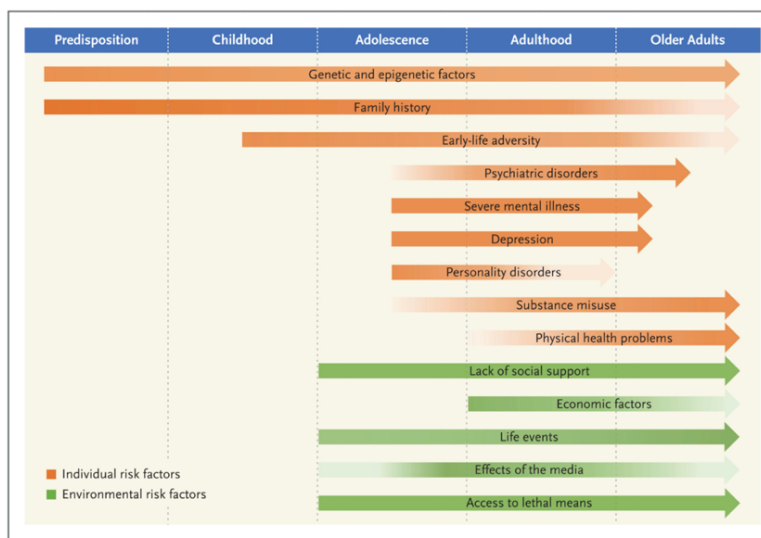


Figure 2: Progression des facteurs de risques suicidaires au cours de la vie d'un individu

Chez les personnes âgées, les conduites suicidaires et les risques de passage à l'acte augmentent en raison de facteurs médicaux (maladies chroniques, douleurs persistantes), et également psycho-sociaux (dépression, isolement social, perte d'autonomie, veuvage), faisant de l'âge un facteur de risque (28). Les facteurs liés au mode de vie jouent également un rôle significatif : la consommation excessive d'alcool ou de tabac, la sédentarité, le manque d'activité physique, une mauvaise qualité de sommeil constituent des déterminants importants des comportements suicidaires, tandis que des habitudes de vie favorables peuvent avoir un effet protecteur (29).

L'isolement social est un facteur de risque majeur du suicide. L'absence de liens sociaux et le sentiment de solitude augmentent la vulnérabilité aux conduites suicidaires. L'isolement constitue à la fois un déclencheur potentiel mais aussi un amplificateur de certains autres facteurs de risques psychologiques ou psychiatriques (30). Au contraire, le soutien social, ou encore le sentiment d'appartenance sont quant à eux considérés comme des facteurs protecteurs (31).

Les antécédents suicidaires constituent un facteur de risques importants à prendre en compte, une personne sur cinq ayant fait une tentative est susceptible de récidiver, et ce avec des facteurs de risques similaires à ceux observés lors d'un premier passage à l'acte (32).

La revue parapluie de Favril L. et al. en 2023, basée sur 33 méta-analyses, a permis de dresser un tableau de 38 facteurs de risques individuels associés à la mortalité par suicide (Annexe I). Ce tableau met en évidence la diversité de ces déterminants, allant des troubles psychiatriques, aux maladies chroniques, en passant par des variables sociodémographiques. Toutefois, bien que ces facteurs soient statistiquement significatifs, leur valeur prédictive reste limitée, ce qui témoigne du caractère multifactoriel et complexe du risque suicidaire (27).

Les facteurs de risques peuvent être classés en deux catégories, ceux considérés comme « statiques », ce sont des facteurs liés à l'histoire de l'individu (tentatives de suicides, automutilation, histoires personnelles), ou au contexte démographique (genre, origine). D'autres considérés comme « dynamique » correspondent quant à eux aux situations vécues par l'individu. Ils évoluent dans le temps (prise de substance, problèmes psychiatriques, désespoir, harcèlement, sentiment d'être un fardeau, évènements stressants) (31).

1.3.3. Stratégies et dispositifs de prévention en France

La prévention est indispensable pour réduire le taux de suicide et est réalisable sans avoir de formations en psychologie particulières. Il est nécessaire de connaître les facteurs de risques, et les facteurs protecteurs afin de détecter les patients étant susceptibles d'être en idéation suicidaire ou proche du passage à l'acte. Si un doute sur un patient est identifié, il faut alors évaluer l'urgence et la dangerosité. Pour ce faire, il faut oser poser la question directement au patient. Si une réponse est positive, il faut continuer de poser des questions afin de préciser si le patient a déjà un plan élaboré en tête, cela permet de savoir où le patient se situe. Si un scénario est établi avec détail et est programmé alors l'urgence est très élevée, il est nécessaire d'agir immédiatement (33).

En février 2024, une stratégie nationale de prévention contre le suicide a été publiée par le ministère du travail, de la santé et des solidarités. Quatre actions ont été déterminées :

- 1) **Le dispositif Vigilans**, créé en 2015, vise à réduire le risque de récurrence de tentative de suicide, par la mise en place d'un suivi téléphonique. Des appels par des professionnels de santé vont être mis en place, à J+10, J+20, J+6 mois, et au-delà de 6 mois, si le risque persiste. En 2023, le risque a été réduit de 40% pour les patients intégrés dans ce programme ;
- 2) **La formation en prévention**, afin de créer un repérage de façon structurée et en pluridisciplinarité. Trois acteurs, « la sentinelle », citoyens ou professionnels de santé

non clinicien, « l'évaluateur » et « l'intervenant de crise » qui sont quant à eux des professionnelles de santé ou des psychologues ;

- 3) **Prévenir le phénomène de « contagion suicidaire »**, le fait d'être exposé au phénomène suicidaire par les médias, les antécédents familiaux, les lieux à risques, les réseaux sociaux multiplierait le risque de passage à l'acte par 2 à 4 fois. Pour agir face à ce phénomène plusieurs programmes existent : le programme Papageno, le projet d'équipe en ligne d'intervention et d'orientation pour la prévention du suicide (Elios), le programme postvention, ou encore la cartographie des lieux à risques ou « hot-spot » ;
- 4) Depuis le 1er octobre 2021, un **numéro national de prévention du suicide**, le 3114, est disponible 24h/24 et 7j/7 gratuitement pour venir en aide aux personnes qui appellent. Depuis sa mise en place, plus de 500 000 appels ont été passés (34).

Le plan de protection élaboré par Stanley B. et Brown GK. est une intervention brève, élaborée en collaboration avec le patient. Il consiste à identifier les signaux d'alerte, mettre en place des stratégies d'adaptation, mobiliser le soutien social et professionnel et limiter l'accès aux moyens létaux (35). En 2021, une méta-analyse met en évidence l'efficacité du plan de protection dans la prévention des risques suicidaires notamment pour la réduction des comportements suicidaires. Le but de ces interventions est de réduire le risque immédiat de passage à l'acte et donner des moyens concrets aux individus pour faire face à la crise (36). En 2024, ce plan a été adapté en français en se basant sur les recommandations de Sousa & Rojjanasrirat (37) (Annexe II).

1.4. Douleurs chroniques et risques suicidaires : quel lien ?

1.4.1. Impact psychologique de la douleur chronique

La douleur chronique ne se limite pas à une expérience sensorielle, elle s'accompagne d'un retentissement psychologique important qui inscrit les patients dans un contexte biopsychosociale. Parmi les comorbidités les plus fréquentes, les troubles dépressifs et anxieux ont une prévalence variant de 30 à 45% selon les contextes cliniques (38). Cette relation est bidirectionnelle, la dépression et l'anxiété augmentent les risques de développer des douleurs chroniques et la chronicisation de la douleur aggrave elle aussi la détresse psychologique. Des mécanismes cognitifs et émotionnels, tels que le catastrophisme, la peur-évitement ou encore l'hypervigilance, contribuent à maintenir le cercle vicieux douleur-détresse, ce qui entraîne des perturbations de la régulation émotionnelle et des fonctions cognitives (39). Les troubles du sommeil sont également fréquents, et touchent jusqu'à 85% des patients douloureux chroniques (40). Une relation bidirectionnelle s'applique également

entre ces troubles et la douleur, participant ainsi à l'aggravation de la perception douloureuse et de la détresse psychologique (41).

Au-delà de la souffrance physique, l'impact psychologique de la douleur chronique influence la diminution notable de la qualité de vie, touchant les capacités fonctionnelles, la sphère familiale et social et le milieu professionnel (41).

1.4.2. Étiologie entre douleur chronique et risques suicidaires

Les personnes atteintes de douleur chronique sont plus exposées aux risques suicidaires. Les résultats d'une méta-analyse comportant 19 études sur la prévalence des comportements suicidaires des patients atteints de douleur chronique estiment qu'au cours de leur vie 28,9% ont vécu l'idéation suicidaire, et 10,83% ont fait une tentative de suicide. Ainsi, la prévalence de l'idéation suicidaire touche un patient douloureux chronique sur quatre, soit 25% (2). Une étude par cas-témoin menée dans l'état de l'Utah aux États-Unis a montré une prévalence de diagnostic de douleurs chroniques, près de trois fois plus importante, chez les personnes décédées par suicide. A noté la présence de comorbidités (dépression, anxiété, insomnie, douleurs, prises de substances) chez ces patients douloureux chroniques décédés par suicide (42). Cette prévalence a été démontrée dans le milieu hospitalier par une étude publiée en 2025. 720 adultes hospitalisés ont répondu à un questionnaire dont le but est d'évaluer le risque suicidaire, en vue d'étudier le lien entre douleur chronique, désespoir et risques suicidaires chez les adultes hospitalisés. En conclusion, les résultats montrent une augmentation indépendante du risque suicidaire chez les patients douloureux chroniques. 2,8% ont affirmé avoir envisagé le suicide uniquement à cause de leur état de santé (43).

Au-delà de la prévalence, des revues soulignent les mécanismes psychologiques en lien. La revue de Racine, de 2018, décrit des facteurs psychologiques liés à la douleur : dépression, catastrophisme, troubles du sommeil, l'isolement social, le sentiment de fardeau, dont certains de ces éléments sont décrites dans la théorie interpersonnelle du suicide (44). En 2013, une étude a montré l'applicabilité et le lien entre cette théorie et les personnes souffrant de douleur chronique en interrogeant 303 patients douloureux chroniques (45). La douleur ne se limite pas à une expérience physique, elle joue un rôle important dans la vulnérabilité suicidaire à la fois par son impact direct et par les troubles psychologiques et sociaux qu'elle engendre.

1.5. Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans le dépistage

1.5.1. L'importance de la relation thérapeutique en kinésithérapie : confiance, alliance et rôle élargi du thérapeute

La relation entre le masseur-kinésithérapeute et son patient est un pilier du processus thérapeutique et participe à l'efficacité des soins. L'alliance thérapeutique, concept souvent retrouvé en kinésithérapie repose sur des interactions humaines fondées sur la communication, la collaboration, considérer le patient comme une personne et non pas le définir par sa maladie, et la confiance, elle ne se réduit pas à des techniques de traitement (46). Cette alliance peut être renforcée par la capacité du thérapeute à montrer de l'empathie, à reconnaître et intégrer l'expérience subjective du patient, ce qui améliore la qualité du lien et l'adhésion au traitement (47). Dans une étude de Monaco et al., des masseurs-kinésithérapeutes ont été interrogés sur leur perception de leur relation avec leur patient. En conclusion, ils se placent eux-mêmes en tant que « psychologue » afin de comprendre au mieux l'expérience émotionnelle des patients et ainsi fournir un traitement complet, centré sur la personne, liant le corps et l'esprit (48). Dès les premières rencontres, l'instauration d'une communication ouverte, de l'écoute active sont déterminantes pour instaurer un climat de confiance et favoriser l'expression du vécu du patient (49). Le traitement par le toucher « hands-on » est un outil clé dans la communication non-verbal utilisé par les masseurs-kinésithérapeutes (50). Il permet de transmettre des émotions et de supprimer certaines barrières (51).

L'exercice de la masso-kinésithérapie amène en outre les thérapeutes à construire une relation particulière avec leurs patients. Notamment par la temporalité des soins rarement retrouvée chez d'autres thérapeutes, ce qui favorise un temps d'échange plus long et ainsi consolide une relation de confiance (3). Dans ce contexte, une approche centrée sur le patient et biopsychosocial est déterminante. Ceux-ci ont pour objectif de considérer le patient comme un acteur actif de son traitement, en reconnaissant ses valeurs, ses attentes et ses priorités, ce qui contribue à renforcer l'autonomie, l'adhésion à la rééducation et d'instaurer une bonne communication, une relation de confiance entre le patient et son thérapeute (52,53). La proximité relationnelle instaurée entre le masseur-kinésithérapeute et le patient, fondée sur la confiance et l'écoute active, place également le thérapeute dans une position privilégiée pour repérer d'éventuels signes de détresse, et ainsi orienter le patient vers une prise en charge adéquate et globale. Une étude australienne de 2024, montre que plus de la moitié des kinésithérapeutes interrogés rapportent être confrontés au moins une fois par an à des

confidences de patients concernant des pensées ou comportements suicidaires, montrant ainsi la nécessité de reconnaître ce rôle de dépistage et d'orientation (4).

Enfin, cette relation de confiance, construite dans un cadre éthique, de transparence et de réciprocité, constitue une condition indispensable pour que le patient s'engage pleinement dans son parcours de rééducation (3,54). La qualité de l'interaction patient-kinésithérapeute n'est pas envisageable comme un simple complément aux traitements, mais comme un facteur déterminant de son succès.

1.5.2. Des limites liées à la formation et aux représentations professionnelles

Actuellement, la place du masseur-kinésithérapeute dans la prévention et le dépistage du risque suicidaire est peu reconnue. Par la fréquence, la continuité des contacts et la prise en charge de patients avec diverses pathologies, le masseur-kinésithérapeute est souvent confronté à la souffrance et la détresse psychologique, voire à des situations de crise suicidaire (55,56). La relation thérapeute-patient et l'alliance thérapeutique crée un espace de confiance et de dialogue, dans lequel le masseur-kinésithérapeute peut identifier des signes précoces de détresse (57). Cependant, un sentiment d'impréparation et d'insécurité face à la gestion de ces situations est exprimé par les professionnelles et jeunes diplômés, ce qui illustre un manque de formation spécifique en matière de santé mentale (55,58). Ce manque de formation génère également chez les professionnels une surcharge émotionnelle, tant l'impact psychologique des patients affecte leur thérapeute, ne sachant pas comment gérer cette prise en charge (59). En 2021, l'association australienne de physiothérapie a demandé que le rôle en santé mentale des kinésithérapeutes soit reconnu. Ainsi, la mise en place de formation spécifique en santé mentale pourrait octroyer aux masseurs-kinésithérapeutes un rôle important, notamment dans le dépistage des risques suicidaires (60,61).

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Dans cette partie, nous détaillons la méthodologie utilisée pour conduire cette initiation à la revue systématique de la littérature, dans le but de répondre à notre question de recherche : Quels outils de dépistage des risques suicidaires, validés et fiables, sont transposables à la pratique des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge de patients atteints de douleurs chroniques ? Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les lignes directrices PRISMA-COSMIN (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses – Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments) (62).

Cette extension de la grille PRISMA de 2020 a été spécifiquement conçue pour les revues systématiques portant sur les instruments de mesure en santé. Elle comprend 30 items de vérification pour le corps de texte, ainsi que 13 items dédiés au résumé (63). Au vu de son approche méthodologique, PRISMA-COSMIN s'avère plus pertinente et mieux adaptée à la conduite de ce travail que la grille PRISMA seule.

2.1. Stratégie de recherche documentaire

2.1.1. Plan de concepts

Pour construire le plan de concept (Tableau I), nous avons d'abord identifié les différentes notions clés de la question de recherche. Les concepts seuls ne suffisaient pas à créer une équation de recherche pertinente. Nous avons donc élargi notre travail en recherchant des mots-clés et synonymes en français et en anglais, en nous appuyant sur des outils tels que Wordreference, ainsi que sur des thésaurus comme HeTOP et Emtree pour déterminer les termes MeSH.

Cette étape avait pour objectif principal de structurer et clarifier notre réflexion, afin de pouvoir, dans un second temps, élaborer une équation de recherche à la fois exhaustive et pertinente, permettant de fournir des résultats cohérents et suffisants pour répondre à la question de recherche.

Tableau I : Plan de concept

	Concept 1	AND	Concept 2	AND	Concept 3
Concepts	• Outils de dépistage	AND	• Risques suicidaires	AND	• Étude validé
MeSH	• Mass screening • Surveys and questionnaires	AND	• Suicidal ideation	AND	• Validation study
Emtree	• Screening	AND	• Suicidal ideation • Suicide risk	AND	

			• Suicidal behavior		
Synonymes français	• Test • Bilan • Échelle • Questionnaire • Dépistage	AND	• Suicide • Idéation suicidaire • Risques suicidaires • Comportement suicidaire	AND	• Validité • Fiabilité
Synonymes anglais	• Test • Scale • Assessment tool • Questionnaire • Screening tool	AND	• Suicid* • Suicide • Suicidal ideation • Suicide risk • Suicidal thoughts • Suicidal behavior	AND	• Validation study • Validity • Reliability

2.1.2. Exclusivité du sujet

Avant de débiter ce travail, nous avons réalisé une recherche visant à vérifier la faisabilité et l'exclusivité de notre sujet. Cette étape préliminaire avait pour but de vérifier, d'une part, s'il existait un nombre suffisant de publications pertinentes permettant de mener une revue systématique, et d'autre part, si les résultats disponibles correspondaient bien à notre champ d'étude et à notre question de recherche. Il s'agissait également de s'assurer que le sujet n'avait pas déjà fait l'objet d'une revue de la littérature abordant les mêmes dimensions ou angles d'analyse.

Pour ce faire, nous avons interrogé plusieurs bases de données scientifiques à partir de nos mots-clés initiaux, en appliquant les filtres « systematic review » ou « revue systématique ». Les résultats obtenus par cette recherche ont été satisfaisants et nous ont ainsi permis de valider notre choix de sujet et de poursuivre notre démarche d'initiation à la revue de la littérature.

2.1.3. Question de recherche

Cette revue a pour objectif de répondre à la question de recherche suivante : Quels outils de dépistage des risques suicidaires, validés et fiables, sont transposables à la pratique des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge de patients atteints de douleurs chroniques ? Cette question a été formulée en suivant le modèle PICO qui permet de structurer une problématique en quatre points :

- Population (P) : Patients atteints de douleurs chroniques
- Intervention (I) : Outils de dépistage de risques suicidaires
- Comparaison (C) : Aucun comparateur spécifique
- Outcome (O) : Validité, fiabilité psychométrique des outils et applicabilité à la pratique des masseurs-kinésithérapeutes.

2.1.4. Bases de données

Pour mener cette recherche scientifique de manière rigoureuse, nous avons sélectionné plusieurs bases de données pertinentes à explorer. Au total, cinq plateformes ont été retenues : Pubmed, Embase, Web of science, PsycINFO et Google Scholar. Ce choix a été guidé à la fois par les outils mis à disposition par l'Université de Lorraine, par la pertinence scientifique des contenus proposés et par leur complémentarité.

Les bases sélectionnées sont des références en littérature scientifique et de santé, contrairement aux sites destinés au grand public. Leur accès à des publications en français et anglais constitue une ouverture linguistique plus large.

En s'appuyant sur ces bases de données, nous avons maximisé les chances de produire une revue systématique de meilleure qualité scientifique.

2.1.5. Équations de recherche

À partir du tableau conceptuel (Tableau I), des connecteurs booléens (OR/OU et AND/ET) ont été utilisés afin d'associer entre eux les différents termes et concepts. L'utilisation de la troncature « * », a également permis d'élargir la recherche à l'ensemble des termes partageant une racine commune. Chaque base de données possédant ses propres spécificités syntaxiques, il a été nécessaire d'adapter chaque équation de recherche. Dans cette section, nous détaillons la stratégie de recherche employée dans PubMed. Les équations appliquées aux autres bases sont disponibles en annexe (Annexe III).

Une recherche des termes MeSH a été effectuée pour la base Pubmed. Cependant l'application des termes MeSH n'a rien apporté à notre recherche. Les connecteurs booléens OR ont permis d'associer les synonymes au sein de chaque concept. Les différentes notions ainsi enrichies ont été combinées entre elles à l'aide du connecteur AND, formant ainsi l'équation de recherche finale. Les termes ont été recherchés spécifiquement dans le champ « Title/Abstract », afin de cibler les articles pertinents. Des filtres ont été appliqués pour restreindre les résultats aux études validées, et aux articles rédigés en anglais et en français. Les équations de recherches avec les termes « douleurs chroniques » et/ou « kinésithérapie » n'ayant abouti à aucun résultat, nous avons élargi notre recherche pour nous concentrer sur les outils de dépistage validés. L'équation de recherche utilisée dans PubMed était la suivante : ("screening tool"[Title/Abstract] OR "assessment tool"[Title/Abstract] OR "questionnaire"[Title/Abstract] OR "scale"[Title/Abstract] OR "instrument"[Title/Abstract] OR "test"[Title/Abstract]) AND ("suicide risk"[Title/Abstract] OR "suicidal ideation"[Title/Abstract] OR "suicidal behavior"[Title/Abstract] OR "suicidal thoughts"[Title/Abstract] OR "suicid*"[Title/Abstract]) AND ("validation"[Title/Abstract] OR "validity"[Title/Abstract] OR

"reliability"[Title/Abstract])). À la suite de l'utilisation des filtres, un total de 277 résultats a été enregistré.

Sur Embase, la démarche repose sur le même principe, à la différence que la recherche des termes a été effectuée par Entree. En conclusion, 117 résultats sont ressortis de cette recherche. Le principe utilisé sur Web of Science et PsychInfo suit la même logique que développé précédemment avec leur spécificité propre et ont donné respectivement 208 et 135 résultats. La recherche avancée de Google Scholar ne permet pas d'élaborer une équation de recherche complexe, les concepts ont donc été liés à l'aide du mot « allintitle », cette recherche a donné 40 résultats.

2.1.6. Période de recherche documentaire

Cette recherche documentaire s'est achevée le 23 septembre 2025. Afin de s'assurer qu'aucune nouvelle publication sur le sujet ne soit publiée et manquée, une veille bibliographique a été mise en place sur l'ensemble des bases de données exploitées. En complément de cette veille automatisée, une vérification manuelle hebdomadaire a été réalisée. Elle consistait à réintroduire les équations de recherche dans les différentes bases et à comparer le nombre de résultats obtenus avec ceux des recherches précédentes. Cette démarche complémentaire permettait d'être au courant de toute mise à jour de la littérature pouvant apporter des éléments à ce travail.

2.2. Méthode

2.2.1. Critères de sélection

Afin d'assurer la rigueur et la pertinence de notre démarche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été préalablement définis pour encadrer la sélection des articles à inclure dans cette initiation à la revue systématique. Ces critères ont permis de cibler les études les plus pertinentes en lien avec notre question de recherche et de filtrer les résultats obtenus lors du processus de sélection, en se basant sur le type d'étude, la population concernée, les outils évalués, les propriétés psychométriques rapportées, l'applicabilité professionnelle, l'année de publication des articles, ainsi que la langue de publication. Ces critères ont été assemblés sous forme de tableau (Tableau II).

Tableau II : Critères d'inclusion et d'exclusion des études

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
• Type d'étude : étude de validation psychométrique ou revues évaluant la validité d'outils de mesures existants • Population : étude applicable aux patients atteints de douleurs chroniques • Outils évalués : outils de dépistage du risque suicidaire, incluant les échelles, questionnaires, ou instruments permettant d'identifier le risque suicidaire, l'idéation suicidaire ou les comportements suicidaires • Propriétés psychométriques : étude rapportant au moins une donnée sur la validité, une fiabilité et/ou l'applicabilité clinique des outils • Applicabilité professionnelle : outils pouvant être utilisés dans des contextes de soins de santé non spécialisés en psychiatrie, en particulier dans la pratique de professionnels tels que les masseurs-kinésithérapeutes • Année de publication : Articles publiés entre 2010 et 2025 • Langue : articles publiés en français ou en anglais	• Type d'étude : les études qualitatives, études de cas uniques • Population : étude exclusivement centrée sur des populations psychiatriques spécialisées en dehors des troubles dépressifs et anxieux • Outils évalués : outils non destinés au dépistage ou sans lien direct avec l'évaluation du risque suicidaire • Propriétés psychométriques : étude ne présentant aucune évaluation des propriétés de mesure • Applicabilité professionnelle : outils réservés à un usage strictement psychiatrique ou médical spécialisé • Année de publication : Articles publiés avant 2010 • Langue : articles rédigés dans une autre langue que le français ou l'anglais

2.2.2. Méthodologie de sélection des articles

Plusieurs équations de recherche ont été testées sur les différents moteurs de recherche, jusqu'à l'obtention d'une équation générant des résultats pertinents. Une fois l'équation de recherche finalisée pour chaque base, la méthode PRISMA a été suivie pour l'exportation des références sur le logiciel Zotero et sur un tableur EXCEL (64). Après suppression des doublons, une première phase de sélection a été réalisée par lecture des

titres et résumés. Les articles présélectionnés ont ensuite été lus dans leur intégralité afin de vérifier leur conformité avec les critères d'inclusion et d'exclusion préalablement définis. Cette phase de sélection a duré du 18 juillet 2025 au 23 septembre 2025, et l'ensemble de ses étapes ont été détaillées dans un diagramme de flux (Figure 3).

2.2.3. Méthodologie d'analyse des articles

Les articles inclus dans cette initiation à la revue systématique ont été analysés à l'aide des lignes directrices de la grille PRISMA-COSMIN. Cette grille permet d'identifier les éléments essentiels devant figurer dans ce type d'étude, en particulier lorsqu'il s'agit d'évaluer des instruments de mesure en santé.

À partir de ces recommandations, une fiche de lecture standardisée a été élaborée et complétée pour chacun des articles retenus (Annexe IV). L'extraction et l'analyse des données psychométriques ont été menées en s'appuyant sur la taxonomie COSMIN, qui évalue la qualité des instruments de mesure (65). Cette évaluation repose sur trois dimensions fondamentales : la fiabilité, la validité et la sensibilité.

2.2.4. Méthodologie d'évaluation des biais

L'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses, ainsi que de la fiabilité de leurs résultats, s'est poursuivie à l'aide de la grille COSMIN « risk of bias checklist » (66). Cet outil permet d'apprécier le risque de biais dans les études portant sur les propriétés de mesure des instruments.

Les éléments à analyser sont organisés en dix domaines distincts, chacun étant évalué selon un système de notation à cinq niveaux : « very good », « adéquates », « doubtful », « inadequate », « not applicable (NA) », correspondant respectivement en français à : « très bon », « acceptable », « douteux », « insuffisant » et « non applicable ».

2.3. Création d'un support d'information

Une brochure a ensuite été créée à la suite de ce travail (Annexe V). Pour sa conception, le logiciel Canva® a été utilisé. Les informations présentées dans la brochure ont été réparties de la manière suivante : une page consacrée à la mise en contexte, une page dédiée au repérage et au questionnement, deux pages portant sur les outils de dépistage sélectionnés à l'issue de cette démarche, et une page réservée aux actions de réorientation. Cette brochure a été conçue dans un objectif de sensibilisation des étudiants masseurs-kinésithérapeutes au dépistage des risques suicidaires.

3. RÉSULTATS

3.1. Résultat de la recherche documentaire

Nous avons interrogé cinq bases de données nous permettant de recenser un total de 776 articles. Après suppression des doublons, 534 références ont été analysées par leur titre et la lecture du résumé. Pour donner suite à cette étape, 459 références ont été exclues. La lecture des textes intégraux des 75 articles restants nous a permis d'exclure 67 articles ne respectant pas les critères d'inclusion. Les huit articles restants ont été inclus dans cette revue. Un diagramme de flux présenté ci-dessous a été réalisé afin de résumer chaque étape du travail d'inclusion et d'exclusion (Figure 3).

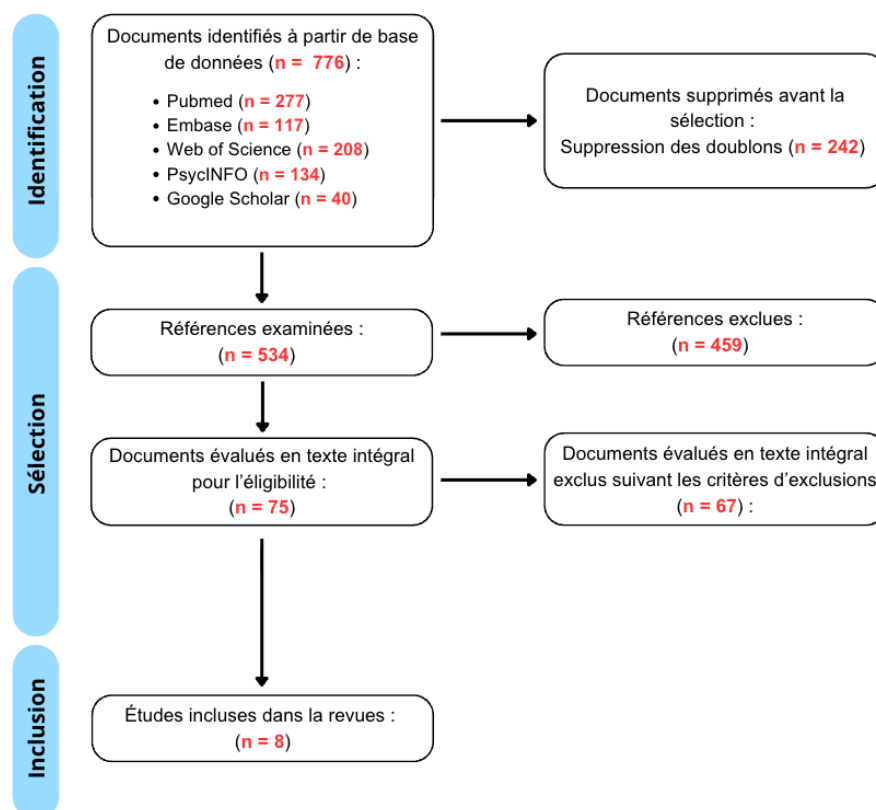


Figure 3 : Diagramme de flux selon la méthode PRISMA (64)

3.2. Caractéristiques générales des études

Les huit articles inclus ont été publiés entre 2011 et 2022. Ces études ont été menées dans des contextes cliniques variés composés de populations médicales, communautaires et présentant des troubles psychologiques, les plus récurrents étant la dépression ou l'anxiété. Une population majoritairement composée d'adultes a été incluse dans ces articles, à l'exception d'une étude qui a inclus également des adolescents. La taille des échantillons variait allant d'une centaine à quelques milliers selon les études.

Les études retenues avaient toutes pour objectifs la validation psychométrique d'outils de dépistage et d'évaluation des risques suicidaires. Différentes structures de test ont été étudiées dans cette initiation à la revue de la littérature, en passant par des auto-questionnaires, des questionnaires remplis par un tiers, des outils brefs ou encore visuels.

Les principales caractéristiques des études incluses, notamment le nom du test, la population, la structure, les propriétés psychométriques étudiées, sont présentées sous forme de tableau (Tableau III). Les huit outils inclus sont disponibles en annexe (Annexe VI).

Tableau III : Caractéristiques des études incluses

Auteurs et année de parution	Nom du test et acronyme	Population	Langue du test	Structure du test	Modalités de réponses	Dimensions mesurées	Propriétés psychométriques étudiées
Posner et al. 2011 (67)	The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Adultes et adolescents	Anglais Français	4 rubriques	Dichotomique (oui / non) Échelle ordinale	Sévérité de l'idéation et du comportement suicidaire	Validité convergente, divergente, prédictive ; sensibilité ; spécificité ; cohérence interne ; sensibilité au changement
Van Spijker et al. 2014 (68)	The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS)	Adultes Australien	Anglais	5 items	Échelle de Likert de 0 (= pas du tout ; jamais) à 10 (= toujours, extrême, oui)	Intensité de l'idéation suicidaire	Validité convergente ; validité de construit ; cohérence interne ; validité concurrente ; sensibilité ; spécificité
Craig J. Bryan 2019 (69)	The Suicide and Perceived Burdenomeness Visual Analog Scales (S-VAS) et (PB-VAS)	Adultes militaires suicidaires	/	1 item par construit Échelle visuelle	Curseur de 0 (= pas du tout) à 100 (=extrême)	S-VAS : Intensité de l'idéation suicidaire immédiate ; PB-VAS : le sentiment de fardeau perçu	Validité convergente ; validité prédictive ; sensibilité au changement ; différence minimale cliniquement pertinente
Horowitz et al. 2020 (70)	The Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)	Adultes hospitalisés en médecine générale	Anglais (Traduit dans 23 langues dont le français)	5 items	Dichotomique (oui / non)	Idéation suicidaire, antécédents de comportements suicidaires	Sensibilité ; spécificité ; validité de critère
Calear et al. 2020 (71)	Rapid Measurement Toolkit for Suicidalit y (RMTS)	Adultes Australien	Anglais	5 items pour le test statique Environ 6.2 items pour le test adaptatif	Échelle de Likert de 5 propositions de « jamais » à « toujours »	Idéation et comportements suicidaires	Validité de construit ; validité convergente ; validité de critère ; sensibilité ; spécificité ; fidélité ; validité concurrente
Alphs et al. 2020 (72)	Suicide Ideation and Behavior	Adultes et adolescents de 12 à 85 ans	Anglais	8 modules (5 modules patient)	Échelle ordinale Dichotomiques (oui / non) (présent / absent)	Idéation et comportements suicidaires	Fiabilité inter et intra évaluateur ; validité

	Assessment Tool (SIBAT)			auto-rapportés (3 modules cliniciens)			convergente ; mapping
Bloch-Elkouby et al. 2021 (73)	The revised suicide crisis inventory (SCI-2)	Adultes en médecine psychiatriques hospitalisés ou ambulatoires	Anglais	5 dimensions répartis en 61 items	Échelle de Likert de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement)	Dimensions de la crise suicidaire	Cohérence interne ; structure interne ; validité convergente ; validité discriminante ; validité de critère ; validité prédictive
Choi et al. 2022 (74)	The suicide screening questionnaire-observer rating (SSQ-OR)	Adultes	Anglais	25 items	3 propositions : "oui", "non", "Ne sais pas"	Idéation et comportements suicidaires	Validité structurelle ; validité concurrente ; cohérence interne ; sensibilité ; spécificité ; validité prédictive ;

3.3. Propriétés psychométriques des outils étudiés

Un tableau récapitulant les principaux résultats des analyses psychométriques des différentes études incluses a été réalisé ci-dessous (Tableau IV).

Tableau IV : Présentation des principaux résultats de chaque étude

	Validité de critère	Validité de construit	Fiabilité	Sensibilité	Sensibilité au changement	Spécificité
C-SSRS	Validité prédictive : risque suicidaire multiplié par 3 à 4 en présence d'idées ou de plan suicidaire	Validité convergente : $r = 0,23 - 0,80$; Validité divergente avec les symptômes somatiques : $r = 0,06 - 0,24$	Cohérence interne : α de Cronbach = $0,73 - 0,94$; Fiabilité inter-évaluateurs démontrée dans d'autres études	100%	$r = 0,70-0,85$	99,4%
SIDAS	Validité concurrente : fréquence et contrôlabilité sont des items prédictifs significatifs	Validité de construit unidimensionnelle (sévérité de l'idéation suicidaire) ; Validité convergente : $r = 0,40 - 0,66$	Cohérence interne : α de Cronbach = $0,91$	Plan suicidaire : 39,6% ; Tentative suicidaire : 50,0%	NR	Plan suicidaire : 95,8% ; Tentative suicidaire : 94,9%
S-VAS et PB-VAS	Validité prédictive : S-VAS prédit les tentatives de suicides à 6 mois	Validité convergente : S-VAS $r = 0,09 - 0,66$; PB-VAS $r = 0,02 - 0,52$	NR	NR	Changement de l'idéation suicidaire actuelle et à un mois : S-VAS : $-0,94$ et PB-VAS : $-0,51$; Rémission précoce des idées : S-VAS : $0,41$ et PB-VAS : $0,78$; Absence de tentative lors de la période de suivi : S-VAS : $0,32$ et PB-VAS : $0,43$	NR

ASQ	VPN = 100% ; VPP = 32% ; AUC = 94,4% ; LR+ = 8,81 ; LR- = 0,02	NR	NR	100%	NR	89%
RMTS	AUC = 0,91	Validité convergente : r = 0,96	NR	86%	NR	83%
SIBAT	Validité concurrente : très bonne cohérence	NR	Fiabilité intra-évaluateur : Kappa pondéré = 0,64-0,76 ; Fiabilité inter-évaluateur : ICCs = 0,79-0,82	NR	NR	NR
SCI-2	Validité prédictive : dimension « manque de contrôle » AUC = 0,847 ; AUC total = 0,883	Validité convergente : r = 0,79 ; Validité discriminante : r = 0,03	Cohérence interne : α de Cronbach = 0,97	NR	NR	NR
SSQ-OR	Validité concurrente : modéré ; Validité prédictive : bonne à court terme ; AUC = 0,817	Structure factorielle à deux dimensions : « suicide et santé mentale » et « stress social et environnement »	Cohérence interne : α de Cronbach = 0,91	73%	NR	79%

Légende : NR = Non Rapporté; AUC = Area Under Curve; VPN = Valeur Prédictive Négative; VPP = Valeur Prédictive Positive ; ICCs = Coefficient de Corrélation Interclasse ; C-SSRS = The Columbia-Suicide Severity Rating Scale; SIDAS = The Suicidal Ideation Attributes Scale; S-VAS = The Suicide Visual Analog Scales; ASQ = The Ask Suicide-Screening Questions; RMTS = Rapid Measurement Toolkit for Suicidality; SIBAT = Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool; SCI-2 = The revised suicide crisis inventory; SSQ-OR = The suicide screening questionnaire-observer rating

Une bonne compréhension des différentes propriétés psychométriques ainsi que des seuils statistiques est indispensable pour comprendre les résultats des études sélectionnées. Deux tableaux ont été créés afin de répertorier respectivement les définitions des propriétés psychométriques (Tableau V) et les seuils statistiques clefs d'interprétation (Tableau VI).

Tableau V : Définition des propriétés psychométriques d'après COSMIN taxonomy (65)

Domaine d'après COSMIN	Propriétés psychométriques	Définition
Fiabilité	Cohérence interne	Niveau de corrélation entre les items
	Fiabilité	Proportion de la variance totale des mesures qui est dus aux « vraies » différences entre les patients.
	Erreur de mesure	Erreur systématique et randomisée du score d'un patient qui n'est pas attribué à un des changements vrais du construit étant mesuré.
Validité	Validité de contenu	Mesure dans laquelle le contenu d'un instrument reflète adéquatement le construit mesuré.
	Validité de construit	Mesure dans laquelle les résultats d'un instrument sont cohérents avec des hypothèses basées sur la théorie que l'instrument mesure bien le construit à mesurer.
	Validité de critère	Mesure dans laquelle les scores d'un instrument sont le reflet adéquat d'un « gold standard »
Sensibilité	Sensibilité	Capacité d'un instrument à mesurer un changement du construit mesuré au fil du temps

Tableau VI : Seuils statistiques clés d'après Youngstrom et al. (75)

Données	Seuils statistiques		
	Acceptable	Bon	Excellent
Coefficient de corrélation (r)	0,30-0,50	0,50-0,70	≥ 0,70
Cohérence interne (α de Cronbach)	0,70 - 0,79	0,80 - 0,89	≥ 0,90
AUC (Area Under Curve)	< 0,60	0,60 - < 0,75	0,75 - 0,90
Coefficient de Kappa	0,60 – 0,74	0,75 – 0,84	≥ 0,85
Corrélation interclasse (ICCs)	0,70 – 0,79	0,80 – 0,89	≥ 0,90

3.3.1. Validité

Différents types de validité peuvent être recherchés au cours d'analyse psychométrique. Dans ces études, la validité de critère et la validité de construit ont été principalement investigués.

La **validité de construit** comprend la validité convergente, divergente et structurelle. La **validité convergente** a pour but d'évaluer la corrélation entre les résultats du test étudié et ceux d'autres tests de référence mesurant des construits similaires. Ainsi, de nombreuses échelles de référence ont été utilisées, parmi lesquelles figurent the Beck Lethality Scale, the Columbia-Suicide Severity Scale, the Scale for Suicide Ideation, the Adult Suicide Ideation Questionnaire, the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised ou encore the Beck Hopelessness Scale. Pour la majorité des études, une corrélation modérée à élevée a été observée. Ce qui confère aux outils étudiés une bonne convergence avec des outils de mesures établies du risque suicidaire ou des dimensions affectives associées telles que la dépression. La **validité divergente** permet d'établir dans quelle mesure un outil n'est pas corrélé avec un construit. Cette dimension a été étudiée uniquement pour le C-SSRS, montrant de faibles corrélations 0,06-0,24 avec les symptômes somatiques. Ces résultats suggèrent que le C-SSRS ne mesure pas ces construits, confirmant une bonne validité divergente.

La **validité de critère** comprend la validité concourante et la validité prédictive. La **capacité prédictive** des instruments de mesure a été évaluée dans la majorité des études incluses. Les résultats indiquent une validité prédictive satisfaisante, variable selon la période d'évaluation. Le SSQ-OR présente une capacité prédictive à court terme, le S-VAS montre une bonne prédictivité jusqu'à six mois. Cette capacité varie également selon les critères analysés. Le test complet du SCI-2 offre une bonne prédictivité, et tout particulièrement l'item sur le manque de contrôle qui est un facteur prédictif à lui seul. La **validité concourante** vérifie

qu'il existe une corrélation entre les résultats de l'outil et un critère actuel. Les études rapportent une corrélation modérée pour le SSQ-OR et une corrélation élevée pour le SIBAT. Les autres outils inclus ne présentent pas de résultat concernant cette propriété psychométrique.

3.3.2. Fiabilité

Les études incluses abordent différents aspects de la fiabilité des outils étudiés, notamment la cohérence interne, la fiabilité inter-évaluateur et la fidélité test-retest.

La **cohérence interne** permet d'évaluer la cohérence des items d'un même test entre eux. Elle est principalement mesurée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach (α), dont la valeur varie entre 0 et 1 et est dit acceptable pour un seuil supérieur à 0,70. Cette propriété a été évaluée dans la moitié des études incluses et a été jugée comme excellente avec des seuils majoritairement proches de 0,91. Ces résultats indiquent une bonne homogénéité des items au sein de chaque test indépendamment.

La **fiabilité inter-évaluateur** et **intra-évaluateur** a été évaluée pour le SIBAT, à l'aide du calcul du coefficient de corrélation intra-classe (ICC). Les résultats obtenus traduisent une bonne concordance entre les évaluateurs, ce qui signifie que le test présente une bonne reproductibilité non-évaluateurs dépendants. Les auteurs du C-SSRS exposent que la fiabilité inter-évaluateur a été démontrée dans des études antérieures.

3.3.3. Sensibilité et spécificité

La **sensibilité** correspond à la capacité d'un instrument de mesure à identifier les individus présentant un risque suicidaire, les vrais positifs. Pour la majorité des études, la sensibilité est jugée bonne à élevée, avec des valeurs comprises entre 73% et 100%, indiquant une bonne capacité à identifier les personnes à risque. Une exception est observée avec le SIDAS pour lequel les valeurs de la sensibilité rapportées sont plus faibles, comprises entre 39,6% et 50,0%.

La **spécificité** permet d'identifier les individus ne présentant pas de risques suicidaires, les vrais négatifs. Les résultats montrent une spécificité variable allant de 79% pour le SSQ-OR à 99,4% pour le C-SSRS.

La **sensibilité au changement** a également été étudiée dans deux études, le C-SSRS et le S-VAS. L'étude de cette sensibilité permet d'évaluer la capacité de ces outils à détecter

une évolution du risque suicidaire au cours du temps. Les résultats indiquent une sensibilité au changement modérée à élevée pour ces deux outils.

3.4. Évaluation du risque de biais et des limites

Nous avons analysé les biais des études incluses en se basant sur la grille « COSMIN Risk of Bias Checklist ». Les résultats de cette analyse sont présentés sous forme de tableau (Tableau VII).

Tableau VII : Évaluation des risques de biais des études

Notation allant de « non évalué » (/), « non adapté » (NA), « insuffisant », « douteux », « adéquate » à « très bon », selon le COSMIN Risk of Bias Checklist (66)

	PROM développement	Validité de contenu	Validité structurelle	Cohérence interne	Validité interculturelle	Fiabilité	Erreur de mesure	Validité de critère	Test d'hypothèses pour la validité de construit	Sensibilité
C-SSRS	/	Insuffisant	/	Très bon	/	/	/	Très bon	Très bon	Très bon
SIDAS	Insuffisant	/	Adéquate	Très bon	/	/	/	Très bon	Adéquate	/
S-VAS	/	/	NA	NA	/	/	/	Très bon	Très bon	Très bon
ASQ	/	/	/	/	/	/	/	Très bon	Adéquate	/
RMTS	Insuffisant	/	Très bon	/	/	/	Très bon	Très bon	Très bon	/
SIBAT	Insuffisant	/	/	/	/	/	/	Très bon	Adéquate	/
SCI-2	Adéquate	Adéquate	Très bon	Très bon	/	/	/	Très bon	Adéquate	/
SSQ-OR	Adéquate	Adéquate	Très bon	Très bon	/	/	/	Très bon	Adéquate	/

Légende : PROM = Patient-Reported Outcome Measure; C-SSRS = The Columbia-Suicide Severity Rating Scale; SIDAS = The Suicidal Ideation Attributes Scale; S-VAS = The Suicide Visual Analog Scales; ASQ = The Ask Suicide-Screening Questions; RMTS = Rapid Measurement Toolkit for Suicidality; SIBAT = Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool; SCI-2 = The revised suicide crisis inventory; SSQ-OR = The suicide screening questionnaire-observer rating

Les principaux biais identifiés dans cette analyse concernent la validité de contenu des outils, ainsi que la sélection et le recrutement des populations étudiées. Peu d'études décrivent rigoureusement le processus de construction des instruments de mesure. Le développement d'un outil de mesure requiert la réalisation de pré-tests, l'implication d'experts et de patients, notamment pour évaluer l'exhaustivité, la compréhension et la pertinence des items (box 2). Ces éléments n'ont pas été réalisés ou décrits dans les études incluses.

Plusieurs biais liés au recrutement des participants ont été relevés. Le SIDAS et le RMTS ont recruté leur population de l'étude à l'aide d'une annonce postée sur Facebook, conférant ainsi un biais d'auto-sélection. De même, la majorité des recrutements a été réalisée dans des contextes où la probabilité de rencontrer une population à risque suicidaire était plus élevée. Certaines études, tels que le S-VAS ont été menées dans une population très spécifique, en l'occurrence de militaires. L'ensemble de ces éléments constitue un biais d'extrapolation à la population générale. Les participants à l'étude sur le SCI-2 recevaient une compensation financière de 50\$ pour leur participation de départ et 25\$ supplémentaires pour leur participation au suivi à un moins pouvant ainsi influencer la motivation à participer.

De manière générale, l'utilisation d'auto-questionnaires expose à un biais d'auto-évaluation. Cette méthode peut entraîner une sous-estimation des risques réels du patient, notamment en raison de la désirabilité sociale ou encore une réticence à exprimer certaines

pensées. Le contexte de passation de l'autotest est également susceptible d'influencer les réponses des participants.

Les limites mises en évidence par ces études se joignent toutes en un point : la nécessité de mener des études complémentaires. En effet, certaines propriétés psychométriques essentielles ont été peu ou pas évaluées, malgré leur importance méthodologique. De nouvelles analyses apparaissent nécessaires afin d'évaluer ces outils dans différents contextes populationnels et culturels, mais aussi sur des intervalles de temps différents afin de convenir de leur efficacité dans le temps.

3.5. Synthèse des résultats

Le **Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)** est composé de quatre rubriques : l'idéation suicidaire, l'intensité de l'idéation, les comportements suicidaires et les comportements auto-agressifs. Il combine des modalités de réponses dichotomiques par oui ou non et des échelles ordinales. Cette échelle présente de bons résultats psychométriques et peut être utilisée en contexte médical ou de recherche.

Le **Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS)** comporte cinq items, et se présente sous la forme d'un auto-questionnaire disponible pour une utilisation en ligne. Les items mesurent la fréquence de l'idéation suicidaire, le niveau de contrôlabilité du patient, le niveau de proximité à un passage à l'acte, le niveau de détresse et l'impact sur la vie quotidienne du patient. Il mesure la sévérité et l'idéation suicidaire. Les réponses sont recueillies à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 (= « pas du tout », « jamais ») à 10 (= « toujours »). Le total donne une note sur 50. Un score supérieur ou égal à 21 est considéré comme une idéation sévère. Le temps moyen de passation est de 30 à 60 secondes. Une étude de validation psychométrique en français a été conduite pour ce test. Les résultats mettent en évidence une bonne cohérence interne, validité convergente et spécificité.

Le **Suicide Visual Analog Scale (S-VAS)** et le **Perceived Burdensomeness Visual Analog Scale (PB-VAS)** sont des échelles visuelles analogiques, garantissant un temps de passation très court et une évaluation immédiate. Elle repose sur un curseur allant de 0 (= « pas du tout ») à 100 (= « extrême »). Chacun de ces tests mesure une dimension qui est respectivement l'envie suicidaire immédiate et le sentiment de fardeau perçu. Les résultats de cette étude préliminaire de validation sont encourageants, il nécessiterait toutefois davantage de recherche pour garantir une validation plus large.

L'**Ask Suicide Screening Questions (ASQ)** est composé de quatre items portant sur les dernières semaines : le souhait de mourir, le sentiment de fardeau, les pensées suicidaires et les antécédents de tentative de suicide. Les réponses sont dichotomiques par oui ou non. En cas de réponse positive à l'un des items, une cinquième question portant sur l'intention d'un passage à l'acte imminent est posée. Cet outil présente de fortes propriétés psychométriques avec une sensibilité et une valeur prédictive négative de 100%, ainsi qu'une spécificité de 89%.

Le **Rapid Measurement Toolkit for Suicidality (RMTS)** se décline en deux versions : le **RMTS-S** (statique) comportant cinq items et le **RMTS-A** (dynamique) comportant en moyenne 6,2 items. Les réponses sont recueillies à l'aide d'une échelle de Likert avec cinq modalités, allant de « jamais » à « toujours ». Cet outil évalue principalement l'idéation suicidaire au cours des 30 derniers jours et peut être utilisé en contextes d'urgences cliniques et en population générale. Il présente de bons résultats psychométriques avec une bonne validité convergente et une sensibilité plus importante que le test de référence the Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R).

Le **Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT)**, comporte huit modules répartis en deux parties : une d'auto-évaluation et une deuxième conduite par un clinicien. Plusieurs modalités de réponses sont utilisées. Ce test demande un temps de passation conséquent, estimé à environ 47 minutes.

Le **Revised Suicide Crisis Inventory (SCI-2)** comporte 61 items répartis en cinq dimensions : « le sentiment de piégeage » (10 items) ; « la perturbation affective » (18 items) ; « la perte de contrôle cognitif » (15 items) ; « l'hypervigilance » (13 items) et « le retrait social » (5 items). Ces cinq dimensions correspondent aux symptômes caractéristiques du « syndrome de crise suicidaire ». Les réponses sont recueillies à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 (= « pas du tout ») à 4 (= « extrêmement »). Cet outil octroie une bonne validité prédictive, en particulier pour la dimension sur la perte de contrôle.

Le **Suicide Screening Questionnaire – Observer Rating (SSQ-OR)**, est une hétéroévaluation pouvant être complétée par une personne de l'entourage du patient (famille, amis, professionnel, professeur). Il peut ainsi être utilisé dans différents contextes, cliniques, communautaires ou encore scolaires. Il comprend 25 items mesurant deux dimensions : « suicide et santé mentale » et « stress social et environnement ». Cet outil présente une bonne capacité prédictive à court terme. Pour autant les auteurs conseillent de le combiner avec un autre test clinique ou auto-questionnaire.

3.6. Recommandations

Les outils de dépistage des risques suicidaires inclus dans ce travail présentent des modalités d'administration variées, tant en termes de format, de temps de passation que de dimensions mesurées.

Les outils courts, tels que le **SIDAS**, l'**ASQ**, le **S-VAS** et le **RMTS-S**, confèrent une praticité en contexte clinique. Leur temps de passation relativement bref, associé à des modes d'administration simple, auto-questionnaire et échelle visuelle analogique, permettent une mise en place tant de manière autonome par le patient que par le thérapeute sans formation nécessaire. De même, le **SSQ-OR** pouvant être rempli par toute personne de l'entourage de l'individu, présente une facilité d'administration bien que son temps de passation soit légèrement plus long que celui des outils précédemment cités.

Le **C-SSRS** et le **SIBAT** sont plus difficiles à mettre en place. Il demande un temps de passation plus élevé, pouvant constituer un frein en pratique clinique. Leur utilisation optimale nécessite un minimum de formation. Ces outils présentent un intérêt en raison de leur capacité à proposer une évaluation plus approfondie du risque suicidaire.

Une alternative peut être envisagée avec le **SCI-2**. Son temps de passation est lui aussi plus long en raison de ses 61 items, mais cet outil ne requiert pas de formation spécifique. Il permet également de mesurer cinq dimensions du syndrome de crise suicidaire faisant de cet instrument un évaluateur relativement exhaustif.

L'**ASQ** se distingue par son format très bref et sa traduction dans vingt-trois langues dont le français. Des études de validation dans ces langues restent nécessaires. Cet outil est facilement applicable en milieu clinique, par un professionnel de santé non spécialisé en psychiatrie et permet de mesurer à la fois la présence d'idéations suicidaires et de comportements suicidaires.

Ces outils ont été validés dans divers contextes psychiatriques, médicaux ou communautaires, mais aucun dans le cadre de la pratique de la masso-kinésithérapie. Des recherches complémentaires sont donc nécessaires afin de valider ces outils dans d'autres contextes. Toutefois, leurs caractéristiques pratiques peuvent suggérer une faisabilité d'application dans ce contexte, afin de pouvoir réorienter efficacement les patients.

4. DISCUSSION

4.1. Synthèse des résultats

4.1.1. Interprétation des résultats

Cette initiation à la revue de la littérature a permis d'inclure huit articles évaluant les propriétés psychométriques de validité et de fiabilité d'outils de dépistage des risques suicidaires.

Les instruments inclus présentent des modalités d'administrations variées, comprenant des auto-questionnaires, des outils d'observations par un tiers, des entretiens cliniques ou encore une échelle visuelle analogique. Cette variété suggère une faisabilité potentielle d'utilisation et d'applicabilité dans différents contextes de soins, en fonction du temps disponible ou encore du niveau de connaissances de l'administrateur en santé mentale. Toutefois, aucun de ces outils n'a été étudié dans un contexte de prise en charge en masso-kinésithérapie, ni validé auprès d'une population de patients atteints de douleurs chroniques.

L'ensemble de ces articles présentent des propriétés psychométriques satisfaisantes, bien que la majorité des auteurs souligne la nécessité de poursuivre les recherches. La validité convergente et la validité de construit ont été investiguées dans la majorité des cas. Certains instruments, tels que le SCI-2 et le C-SSRS, ont également étudié la validité prédictive, montrant une efficacité à identifier un risque suicidaire à court terme.

En ce qui concerne la fiabilité des outils, lorsqu'elle a été évaluée, la cohérence interne est jugée comme bonne à excellente, traduisant une bonne homogénéité des items. La fiabilité inter-évaluateur a été uniquement évaluée dans le SIBAT et démontrée comme élevée.

La sensibilité et la spécificité sont plus hétérogènes dans les études, mais restent tout de même assez élevées. L'ASQ et le C-SSRS se distinguent par une sensibilité de 100% et une spécificité élevée.

Ainsi, les échelles courtes sont avantagées par leur simplicité et rapidité d'administration. Cependant, elles présentent des limites au niveau de leur précision ou de certaines données psychométriques. Au contraire, les instruments plus longs comme le C-SSRS ou le SIBAT sont plus robustes et précis mais se distinguent par un temps de passation plus long et l'acquisition d'un certain niveau de connaissance dans le domaine.

Dans cette perspective, la version abrégée du C-SSRS pourrait présenter un compromis entre solidité psychométrique et applicabilité clinique. Par ailleurs, l'ASQ semble être un outil prometteur avec de bons résultats psychométriques, une traduction en langue

française et une rapidité d'administration, éléments en faveur d'une éventuelle utilisation par des professionnels de santé non spécialisés, dont les masseurs-kinésithérapeutes.

4.1.2. Réponses à la question de recherche et aux hypothèses

Le but de ce travail était de répondre à la question de recherche suivante : Quels outils de dépistage des risques suicidaires, validés et fiables, sont transposables à la pratique des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge de patients atteints de douleurs chroniques ? Les résultats de cette initiation à la revue de la littérature mettent en évidence l'existence de plusieurs outils de dépistage des risques suicidaires avec des propriétés psychométriques valides et fiables. Toutefois, leur applicabilité dans le milieu de la masso-kinésithérapie ne peut pas être affirmée à ce jour. Aucune des études incluses n'a été spécifiquement menée dans ce contexte précis. Néanmoins, l'existence d'outils rapides, facilement applicables, avec des propriétés psychométriques encourageantes et ne nécessitant aucune formation spécialisée, constitue un élément à ne pas négliger. Ces caractéristiques suggèrent une applicabilité dans différents contextes de soins, pouvant inclure la pratique des masseurs-kinésithérapeutes.

Avant de débiter ce travail de recherche, deux hypothèses avaient été formulées : Il existe des outils validés et fiables permettant le dépistage des risques suicidaires et au moins l'un de ces outils est applicable à la pratique des masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre du dépistage des risques suicidaires chez les patients atteints de douleurs chroniques. Les résultats permettent de confirmer la première hypothèse, puisque huit outils de dépistage valides et fiables ont été inclus. Concernant la seconde hypothèse, certains des outils inclus peuvent être utilisés par des professionnels de santé non spécialisés, voire par l'entourage, ce qui suggère une applicabilité potentielle en masso-kinésithérapie. Toutefois, ce propos doit être nuancé, en l'absence d'étude menée dans ce contexte spécifique.

4.2. Liens avec la littérature

Les résultats de cette revue convergent avec le travail de Pollak O. et al. En 2024, ils ont mené une revue de la littérature afin d'identifier des instruments de mesure des idées et comportements suicidaires chez les adultes et d'examiner les propriétés psychométriques de ceux-ci (76). Un total de 70 articles représentant 19 outils de mesures ont été inclus. Les principaux résultats de ces études mettent en évidence une bonne cohérence interne et validité de contenu. Les auteurs soulignent que les instruments de mesures menés par entretiens sont les outils avec les propriétés psychométriques et l'utilité clinique la plus

importante. En conclusion, ils conviennent qu'il est nécessaire d'approfondir les recherches, ainsi que de diversifier les populations et contextes cliniques étudiés.

Ces constats rejoignent les résultats de ce travail d'initiation à la revue de la littérature. Le C-SSRS et le SIBAT, comprenant des entretiens, présentent des résultats psychométriques forts, et de manière générale la majorité des études présente une cohérence interne bonne à excellente.

Tout comme la revue de Pollak et al., cette initiation à la revue de la littérature met en évidence des manques dans la littérature, notamment pour ce qui est des contextes cliniques dans lesquels sont menées ces études. Ainsi, bien que les propriétés psychométriques des outils de mesures soient encourageantes, leur applicabilité à divers contextes cliniques, tels que la masso-kinésithérapie, reste limitée et nécessite des études complémentaires.

4.3. Biais et limites de cette initiation à la revue de la littérature

Cette initiation à la revue de la littérature a été menée en suivant les recommandations PRISMA-COSMIN le plus rigoureusement possible. Néanmoins, certaines limites doivent être prises en considération. Celles-ci concernent la méthodologie de la revue et certaines caractéristiques des études incluses.

La procédure de sélection des articles a été menée par une unique personne dans le cadre de son mémoire de fin d'études. Ceci entraîne un biais de sélection assez important puisque l'interprétation des critères d'inclusion et d'exclusion repose uniquement sur l'appréciation subjective d'une seule personne. Une relecture par au moins un deuxième évaluateur aguerri à la revue de la littérature aurait permis de confronter les avis et ainsi limiter ce biais de sélection. La restriction aux études uniquement rédigées en français ou en anglais renforce ce biais et limite une vision globale.

Ce travail de recherche documentaire est régi par les résultats obtenus par l'élaboration de la stratégie de recherche initiale. Bien que **l'équation de recherche** ait été élaborée de manière structurée par des termes clés et un certain nombre de synonymes, celle-ci aurait pu être davantage optimisée. L'absence d'utilisation d'autres termes, de qualificatif supplémentaire ou encore le choix des opérateurs booléens et des champs de recherche ont pu contribuer à une limitation des résultats obtenus.

Le choix des **bases de données** sélectionnées ne garantit pas l'exhaustivité des études ayant pu être incluses dans cette revue. En effet, lors de la recherche documentaire initiale, d'autres outils de dépistage des risques suicidaires ont été aperçus, mais n'ont pas été

obtenus par les moteurs de recherches utilisés avec cette équation. Ce point suggère que certaines études pertinentes ont pu ne pas être incluses dans cette revue.

Les huit articles inclus présentent des **contextes cliniques plutôt hétérogènes**, ce qui rend l'interprétation et la comparaison des résultats plus compliqués. Aucune des études incluses n'a étudié ces outils dans le cadre spécifique de cette recherche, ce qui rend les résultats difficilement transposables.

L'absence de validation et de traduction de ces outils dans d'autres langues, notamment le français, limite leur utilisation et leur applicabilité dans le contexte clinique actuel.

La **disparité des méthodologies** employées dans les études afin d'évaluer les propriétés psychométriques de ces outils représente une autre limite. L'ensemble des dimensions recommandées par l'échelle COSMIN n'ont pas été constamment évaluées dans les études, limitant également la comparaison entre ces instruments. De même, l'évaluation des **niveaux de preuves** de ses études est subjective, ce qui entraîne un manque de rigueur.

Ces limites et biais évoqués permettent de souligner la nécessité d'interpréter les résultats de cette initiation à la revue de la littérature avec prudence, et mettent en lumière l'intérêt de mener de futures recherches dans ce domaine.

4.4. Intérêts pour la pratique clinique

4.4.1. La relation thérapeutique en masso-kinésithérapie

La prise en charge masso-kinésithérapique présente des caractéristiques uniques. Le masseur-kinésithérapeute occupe une place particulière dans le parcours de soin des patients. La prise en charge masso-kinésithérapique s'inscrit dans la durée, avec des séances d'une trentaine de minutes parfois plusieurs fois par semaine et s'étalent sur plusieurs semaines, plusieurs mois, voire plusieurs années. Cette spécificité à la profession favorise l'instauration d'une relation thérapeutique forte combinant échange et confiance, permettant aux patients de se sentir en sécurité pour l'expression de leur vécu émotionnel. Ce suivi peut permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de percevoir des changements dans l'attitude, le comportement, la motivation ou encore l'implication du patient dans son parcours de soin. Les patients atteints de douleur chronique sont un exemple de ce type de suivi sur du long terme.

4.4.2. Applicabilités pratiques des outils inclus en masso-kinésithérapie

Le masseur-kinésithérapeute se doit de faire un bilan diagnostique le plus précis possible. Par ce bilan, il élimine tous signes nécessitant une réorientation du patient, les drapeaux rouges. Tout au long du suivi avec le masseur-kinésithérapeute, une confiance plus ou moins importante peut s'installer entre le patient et son thérapeute. Les patients peuvent être amenés à se confier à leur thérapeute sur d'éventuelles problématiques de santé mentale demandant potentiellement une action d'alerte de la part du masseur-kinésithérapeute. Tel les drapeaux rouges susmentionnés, la réalisation d'un test rapide afin d'évaluer le danger peut permettre au masseur-kinésithérapeute de réorienter efficacement le patient vers un professionnel de santé mentale compétent.

Compte tenu des contraintes temporelles des séances de kinésithérapie, l'outil doit être facile, rapide d'utilisation et ne nécessitant pas de formation spécifique. Dans cette perspective, les instruments comme le SIDAS, l'ASQ, le RMTS-S et le S-VAS pourraient être facilement intégrés à la pratique du masseur-kinésithérapeute. D'autres instruments tels que le C-SSRS et le SIBAT présentent des résultats psychométriques robustes, toutefois, leur utilisation est plus complexe à mettre en place, nécessitant un temps de passation relativement long et un minimum de formation. Le SCI-2 et le SSQ-OR restent intéressants, ils sont complets et peuvent être utilisés par des professionnels de santé non spécialistes en santé mentale, l'utilisation de ces deux outils va être limitée par le temps disponible de l'évaluateur.

Ainsi, l'intégration d'un outil dans une pratique ne peut pas dépendre uniquement des résultats psychométriques de celui-ci, il faut prendre en compte les contraintes organisationnelles pour une mise en pratique compatible avec une séance de masso-kinésithérapie.

Les signes d'alertes peuvent être variés. Ils peuvent se manifester par des propos verbaux, des changements de comportements ou encore par des signes physiques observés sur le patient. En cas de doute, il est recommandé de questionner le patient afin de déterminer la présence d'éventuelles idées et/ou comportements suicidaires. Cette première évaluation peut être complétée par l'utilisation d'un outil de dépistage afin de confirmer les suspicions. En cas de réponse positive, l'objectif est de déterminer le niveau de dangerosité du risque suicidaire. Cette évaluation repose sur l'exploration de l'existence d'un plan suicidaire. Plus un plan est précis en termes de temporalité (jour précis), de modalités et de moyens disponibles, plus le risque est considéré comme immédiat. Les actions à envisager dépendent du niveau de risque identifié. Le patient peut être redirigé vers son médecin traitant, un psychologue ou

un psychiatre. Si le danger est jugé élevé, alors une orientation vers les services d'urgences est indiquée. Il est également possible de contacter le numéro national de prévention du suicide, le 3114, accessible 24 heures sur 24.

En 2022 Budd. et al. ont mené une revue narrative visant à présenter les défis psychosociaux rencontrés par les patients blessés médullaires. Ces recherches mettent en évidence la présence de risques suicidaires chez cette population. Les auteurs suggèrent l'utilisation d'outils de dépistage bref afin d'identifier la présence d'idéation suicidaire chez ces patients (77). L'objectif de ces outils est de permettre un repérage précoce pour une mise en place de solutions rapide. Comme pour les patients douloureux chroniques, les patients blessés médullaires sont amenés à avoir une prise en charge prolongée en masso-kinésithérapie. Ce constat constitue un argument en faveur de l'implication du masseur-kinésithérapeute dans le repérage des risques suicidaires.

4.4.3. Place et responsabilités du masseur-kinésithérapeute dans le dépistage

Il est indispensable de distinguer le dépistage du diagnostic, ce dernier n'étant pas autorisé dans le champ de compétence du masseur-kinésithérapeute interdit. Le dépistage vise à repérer une situation, des signes potentiels d'alertes afin de permettre une réorientation du patient vers des professionnels de santé qualifiés pour répondre efficacement à cette situation. Cette démarche s'inscrit dans le champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes. La compétence trois du référentiel se réfère à cette notion de prévention et de dépistage : « Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage ». D'un point de vue réglementaire, le masseur-kinésithérapeute a un devoir d'assistance. L'article R.4321-60 du Code de la santé publique précise que : « Le masseur-kinésithérapeute qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires » (78). Dans ce contexte, l'intégration d'outil de dépistage du risque suicidaire dans la pratique des masseurs-kinésithérapeutes pourrait contribuer au repérage précoce de situations à risque et faciliter une réorientation adaptée dans le respect de son champ de compétences.

Les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas spécifiquement formés à la gestion de ce type de risque. Une sensibilisation minimale apparaît nécessaire afin de leur permettre d'adopter une conduite appropriée face à un dépistage positif (Annexe V). L'objectif principal reste la réorientation du patient vers un service d'urgence ou vers un professionnel de santé mentale compétent, en fonction du niveau d'urgence identifié. Cette démarche s'inscrit dans

un contexte de collaboration et de prise en charge pluridisciplinaire. Une communication efficace et une coopération étroite entre les professionnels de santé constituent un levier essentiel pour optimiser la prise en charge des patients et améliorer la qualité des soins.

Dans le contexte actuel où la santé mentale occupe une place importante en santé publique, le masseur-kinésithérapeute, par sa proximité et la régularité des soins, peut jouer un rôle clé dans le dépistage et la prévention.

4.5. Ouverture

Cette initiation à la revue de la littérature ouvre plusieurs perspectives de réflexion et de recherche. Elle met en évidence la nécessité de mener des études propres au champ de la masso-kinésithérapie et dans des populations à risques spécifiques comme les patients douloureux chroniques. De futurs travaux pourraient s'intéresser à la faisabilité, à l'acceptabilité des patients et des professionnels, ainsi qu'à l'impact clinique de l'intégration de ces outils de dépistage dans la pratique des masseurs-kinésithérapeutes.

Une sensibilisation des masseurs-kinésithérapeutes aux enjeux de la santé mentale pourrait avoir un intérêt dans le cadre de la formation initiale et continue. L'intégration de notions fondamentales de repérage des idées et comportements suicidaires à risque pourrait compléter la prise en charge du corps et de l'esprit et la prévention par le masseur-kinésithérapeute sans empiéter sur la notion de diagnostic.

Cette réflexion s'inscrit dans un contexte de santé publique où la santé mentale est un enjeu majeur. Ce travail invite donc à mener une réflexion sur la place et l'action du masseur-kinésithérapeute dans une approche globale et complète du soin, intégrant les notions biopsychosociales.

5. CONCLUSION

La douleur chronique et la santé mentale constituent des enjeux majeurs actuels de santé publique. La douleur chronique impacte non seulement les personnes physiquement mais aussi psychologiquement. Des sentiments tels que l'épuisement, le fardeau, la solitude peuvent apparaître et constituent alors des éléments clefs de potentiel détresse psychologique. La littérature met en évidence un lien entre douleur chronique et risque suicidaire, avec une prévalence plus importante d'idéation et de comportements suicidaires chez cette population.

Le masseur-kinésithérapeute occupe une place importante dans le parcours de soins des patients qu'il encadre. Pour mettre en place un traitement efficace, une relation thérapeutique forte doit être créée entre thérapeute et patient. Cette relation va être façonnée au cours des séances, des semaines, des mois voire des années. Une relation de confiance permet alors au patient de se sentir écouté et libre de parler. Le thérapeute lui est plus à même de repérer certains signes de détresse psychologique tels qu'un désengagement des soins, une perte de motivation, des signes de dépression ou encore d'anxiété. Au-delà des échanges, le masseur-kinésithérapeute peut être amené à repérer des signes d'alertes corporels d'automutilation par exemple. Le bilan diagnostic kinésithérapique, occupant une place centrale dans le métier, apprend au thérapeute à repérer et éliminer tous signes pouvant nécessiter la réorientation du patient, les drapeaux rouges. L'ensemble de ces éléments le place en tant qu'acteurs de choix dans le repérage et la réorientation des patients.

C'est en partant de ce constat que nous avons décidé de répondre à la question suivante : Quels outils de dépistage des risques suicidaires, validés et fiables, sont transposables à la pratique des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge de patients atteints de douleurs chroniques ? Pour répondre à ce questionnement, nous avons mené une initiation à la revue de la littérature. Les résultats de ce travail montrent qu'il existe des outils fiables permettant de repérer efficacement des personnes avec des idéations et des comportements suicidaires. Certains outils, par leur brièveté, et facilité d'administration apparaissent être compatibles à la pratique en masso-kinésithérapie. Toutefois aucune étude menée ne permet de confirmer cette hypothèse.

De futurs travaux de recherche seraient nécessaires afin de tester ces outils dans ces milieux cliniques. Il pourrait être également intéressant d'enquêter sur l'acceptabilité et l'impact clinique de ces outils dans la pratique masso-kinésithérapique. Reconnaître le rôle du masseur-kinésithérapeute dans le dépistage des risques suicidaires pourrait permettre la mise en place de prévention plus efficace et précoce, constituant ainsi un réel bénéfice pour les populations à risques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HAS. Argumentaire. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. 2023. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_de_sante_dune_personne_presentant_une_douleur_chronique.pdf
2. Kwon CY, Lee B. Prevalence of suicidal behavior in patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Front Psychol.* 2023 ;14 :1217299.
3. Boudrahem S, Morel-Lab V. Conduite éthique de la relation en masso-kinésithérapie dans le respect du droit. *Kinésithérapie Rev.* 2021;21(230):51-57.
4. McGrath RL, Parnell T, Shephard S, Verdon S, Pope R. Physiotherapists often encounter clients disclosing suicidal thoughts and behaviors: a cross-sectional survey of Australian physiotherapists. *Physiother Theory Pract.* 2025; 41 (2): 260-274.
5. IASP. IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979. Disponible sur : https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheets_R2-1-1-1.pdf
6. Webb CM, Steeds CE. The anatomy and physiology of pain. *Clin Integr Care.* 2022 ;14 :100115.
7. Bessaguet F, Desmoulière A. Physiologie de la douleur. *Actual Pharm.* 2023;62(629):22-26.
8. Terminology | International Association for the Study of Pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
9. Almeida TF, Roizenblatt S, Tufik S. Afferent pain pathways: a neuroanatomical review. *Brain Res.* 2004 ;1000(1-2) : 40-56.
10. Plaghki L, Mouraux A, Le Bars D. Physiologie de la douleur. *EMC - Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation* 2017; 13(4):1-22 [Article 26-007-E-10]
11. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain.* 2019;160(1):19-27.
12. Isa A, Chetty S. Physiology and pathophysiology of chronic pain (Part II): how does pain become chronic? *South Afr J Anaesth Analg.* 2022;28(1):11-14.
13. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain.* 2008;136(3):380-7.

14. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019; 123(2): 273-283.
15. Wilson JM, Steinhilber K, Yamin JB, Edwards RR, Meints SM. A dual-focus approach for evaluating contributors to chronic pain: The roles of psychosocial risk and resilience factors. *Curr Opin Psychol*. 2025; 62:101981.
16. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*. 2021 ;397(10289) : 2082-2097.
17. Maître JH, Crouan A. Approches thérapeutiques de la douleur en kinésithérapie. *Kinésithérapie Rev*. juin 2017;17(186):56-70.
18. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord*. 2012;138(1-2):19-26.
19. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575-600.
20. Robison M, Udupa NS, Rice TB, Wilson-Lemoine E, Joiner TE, Rogers ML. The Interpersonal Theory of Suicide: State of the Science. *Behav Ther*. 2024;55(6):1158-1171.
21. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord*. 2013 ;15(5): 524-541.
22. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381495/9789240110069-eng.pdf>
23. Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014 [cité 7 sept 2025]. 89 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/131801>
24. Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2023. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 9 p., 12 05 2025.
25. Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2023. Bulletin. Édition Grand Est. Saint-Maurice : Santé publique France, 6 p., 12 mai 2025.
26. Fazel S, Runeson B. Suicide. Ropper AH, éditeur. *N Engl J Med*. 2020;382(3):266-274.
27. Favril L, Yu R, Geddes JR, Fazel S. Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *Lancet Public Health*. 2023; 8(11): 868-877.
28. Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A, et al. Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021; 127:193-211.

29. Kim H, Ryu S, Jeon HJ, Roh S. Lifestyle factors and suicide risk: A nationwide population-based study. *J Affect Disord.* 2023; 328: 215-221.
30. Motillon-Toudic C, Walter M, Séguin M, Carrier JD, Berrouguet S, Lemey C. Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *Eur Psychiatry.* 2022; 65(1): e65, 1-22.
31. Holman MS, Williams MN. Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Arch Suicide Res.* 2022 ; 26(1) : 137-154.
32. Pemau A, Marin-Martin C, Diaz-Marsa M, De La Torre-Luque A, Ayad-Ahmed W, Gonzalez-Pinto A, et al. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2024 ; 54(9) : 1897-1904.
33. Pouquet M, Niare D, Guerrisi C, Blanchon T, Hanslik T, Younes N. Prévention du suicide : comment agir ? *Rev Médecine Interne.* 2022 ; 43(6) : 375-380.
34. Ministère du Travail, de la Santé et des solidarités. Stratégie nationale de prévention du suicide. 2024.
35. Stanley B, Brown GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cogn Behav Pract.* 2012; 19(2): 256-264.
36. Nuij C, Van Ballegooijen W, De Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2021; 219(2): 419-426.
37. Chalancon B, Leaune É, Vacher A, Vernet T, Vieux M, Lau-Taï P, et al. French translation and adaptation of the “safety planning intervention” for the prevention of suicide attempts: A four-step method. *L'Encéphale.* 2025; 51: 532-538.
38. Vadivelu N, Kai AM, Kodumudi G, Babayan K, Fontes M, Burg MM. Pain and Psychology—A Reciprocal Relationship. *Ochsner Journal.* 2017 ; 19 (2) : 173-180.
39. Laurent B. Douleur chronique : son retentissement émotionnel et cognitif. *Bull Académie Natl Médecine.* 2015; 199(4-5): 543-554.
40. Stålnacke BM. Psychological Symptoms in Patients with Injury-Related Chronic Pain. *ISRN Psychiatry.* 2012; 2012:1-4.
41. Duenas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res.* 2016; 9:457-467.
42. DiBlasi E, Kaufman EA, Webster S, Hagn EE, Shabalin AA, Chen D, et al. Phenome-wide diagnostic comparison among suicide deaths and living individuals with chronic pain diagnoses. *BMC Med.* 2024; 22(1): 568-578.

43. Ryan PC, Lowry NJ, Boudreaux E, Snyder DJ, Claassen CA, Harrington CJ, et al. Chronic Pain, Hopelessness, and Suicide Risk Among Adult Medical Inpatients. *J Acad Consult-Liaison Psychiatry*. 2024;65(2):126-135.
44. Racine M. Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018; 87: 269-280.
45. Wilson KG, Kowal J, Henderson PR, McWilliams LA, Pélouquin K. Chronic pain and the interpersonal theory of suicide. *Rehabil Psychol*. 2013; 58(1): 111-115.
46. Søndena P, Dalusio-King G, Hebron C. Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy: is it adequate? *Musculoskelet Sci Pract*. 2020; 46: 102131.
47. Rodríguez-Nogueira Ó, Leirós-Rodríguez R, Pinto-Carral A, Álvarez-Álvarez MJ, Morera-Balaguer J, Moreno-Poyato AR. The association between empathy and the physiotherapy–patient therapeutic alliance: A cross-sectional study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2022; 59: 102557.
48. Monaco S, Renzi A, Galluzzi B, Mariani R, Di Trani M. The Relationship between Physiotherapist and Patient: A Qualitative Study on Physiotherapists’ Representations on This Theme. *Healthcare*. 2022; 10(11): 2123.
49. Opsommer E, Schoeb V. ‘Tell Me About Your Troubles’: Description of Patient-Physiotherapist Interaction During Initial Encounters: Tell Me About Your Troubles. *Physiother Res Int*. 2014;19(4): 205-221.
50. Lange E, Danielsson L. Reaching for connection: a qualitative study of communication and interaction in video-based physiotherapy. *Physiother Theory Pract*. 2024;40(12):2865-2876.
51. Geri T, Viceconti A, Minacci M, Testa M, Rossetini G. Manual therapy: Exploiting the role of human touch. *Musculoskelet Sci Pract*. 2019; 44:102044.
52. Van Dijk H, Köke AJA, Elbers S, Mollema J, Smeets RJEM, Wittink H. Physiotherapists Using the Biopsychosocial Model for Chronic Pain: Barriers and Facilitators—A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1634.
53. Hiller A, Guillemin M, Delany C. Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Educ Couns*. 2015 ;98(10) :1222-1228.
54. Mauduit L, Ferring V. La confiance dans la relation patient–thérapeute. *Kinésithérapie Rev*. 2016;16(180):60-64.
55. Lundin Å, Bergenheim A. Encountering suicide in primary healthcare rehabilitation: the experiences of physiotherapists. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):597.
56. McGrath RL, Shephard S, Hemmings L, Verdon S, Parnell T. Preventing Suicide: Time to Mobilize the Physical Therapist Workforce. *Phys Ther*. 2023;103(11):1-9.

57. McGrath RL, Parnell T, Verdon S, MacDonald JB, Smith M. Trust, conversations and the 'middle space': A qualitative exploration of the experiences of physiotherapists with clients with suicidal thoughts and behaviours. English C, éditeur. PLOS ONE. 2020;15(9): e0238884.
58. Gamblin K, McNaughton RJ, Raby P. "I haven't got a clue what policies are in place for this!": physiotherapy students' preparedness to deal with self-harm. *Physiotherapy*. 2024; 124:21-28.
59. McGrath RL, Parnell T, Verdon S, Pope R. "We take on people's emotions": a qualitative study of physiotherapists' experiences with patients experiencing psychological distress. *Physiother Theory Pract*. 2024;40(2):304-326
60. Vancampfort D, McGrath RL, Stubbs B. The untapped role of physiotherapists in suicide prevention. *J Physiother*. 2025;71(3):143-145.
61. Australian Physiotherapy Association. Select Committee on Mental Health and Suicide Prevention. Mars 2021.
62. Mokkink LB, Elsman E, Terwee CB. Conducted a systematic review of Patient-Reported Outcome Measures. Version 2.0. 2024.
63. Elsman EBM, Mokkink LB, Terwee CB, Beaton D, Gagnier JJ, Tricco AC, et al. Guideline for reporting systematic reviews of outcome measurement instruments (OMIs): PRISMA-COSMIN for OMIs 2024. *Qual Life Res*. 2024;33(8):2029-46.
64. Mateo S. Procédure pour conduire avec succès une revue de littérature selon la méthode PRISMA. *Kinésithérapie Rev*. 2020;20(226):29-37.
65. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2010 ;63(7) :737-745.
66. Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM et al. COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. *Qual Life Res* 2018; 27: 1171-1179.
67. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266-1277.
68. Van Spijker BAJ, Batterham PJ, Caelear AL, Farrer L, Christensen H, Reynolds J, et al. The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-Based Validation Study of a New Scale for the Measurement of Suicidal Ideation. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(4):408-419.

69. Bryan CJ. A Preliminary Validation Study of Two Ultra-Brief Measures of Suicide Risk: The Suicide and Perceived Burdensomeness Visual Analog Scales. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49(2):343-352.
70. Horowitz LM, Snyder DJ, Boudreaux ED, He JP, Harrington CJ, Cai J, et al. Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. *Psychosomatics.* 2020;61(6):713-722.
71. Caelear AL, Batterham PJ, Sunderland M, Carragher N. Development and Validation of Static and Adaptive Screeners to Assess Suicidal Thoughts and Behavior. *Suicide Life Threat Behav.* 2020;50(1):189-200.
72. Alphas L, Fu DJ, Williamson D, Turkoz I, Jamieson C, Revicki D, et al. Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT): Evaluation of Intra- and Inter-Rater Reliability, Validity, and Mapping to Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment. *Psychiatry Res.* 2020; 294:113495.
73. Bloch-Elkouby S, Barzilay S, Gorman BS, Lawrence OC, Rogers ML, Richards J, et al. The revised suicide crisis inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *J Affect Disord.* 2021; 295:1280-1291.
74. Choi YH, Yook V, Yang K, Cho Y, Lee DH, Lee HJ, et al. Development and validation study of the suicide screening questionnaire-observer rating (SSQ-OR). *Front Psychiatry.* 2022; 13:945051.
75. Youngstrom EA, Van Meter A, Frazier TW, Hunsley J, Prinstein MJ, Ong M, et al. Evidence-based assessment as an integrative model for applying psychological science to guide the voyage of treatment. *Clin Psychol Sci Pract.* 2017;24(4):331-363.
76. Pollak OH, Sheehan AE, Walsh RFL, Stephenson AR, Zell H, Mayes J, et al. Assessment of suicidal thoughts and behaviors in adults: A systematic review of measure psychometric properties and implications for clinical and research utility. *Clin Psychol Rev.* 2024; 112:102464.
77. Budd MA, Gater DR, Channell I. Psychosocial Consequences of Spinal Cord Injury: A Narrative Review. *J Pers Med.* 2022;12(7):1178.
78. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Code de déontologie du masseur-kinésithérapeute [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://deontologie.ordremk.fr>

ANNEXES

ANNEXE I : Tableau des facteurs de risques suicidaires

ANNEXE II : Plan de protection personnel traduit en Français

ANNEXE III : Méthodologie des équations de recherche

ANNEXE IV : Fiches de lectures

ANNEXE V : Brochure à destination des étudiants

ANNEXE VI : Les outils cliniques

ANNEXE I : Tableau des facteurs de risques suicidaires

	k	Statistic	Effect size (95% CI)	I ²	Prediction interval	Small-study effects (p)	Excess significance	Risk of bias	Overall quality
Physical domain									
Epilepsy ⁵⁸	6	RR	2.9 (2.2-3.8)	52%	1.5-5.6	0.198	1.1	Moderate	2
Hidradenitis suppurativa ⁶⁰	4	OR	2.1 (1.3-3.4)	98%	0.4-11.9	0.673	1.4	High	1
Concussion ⁵⁰	6	RR	2.0 (1.5-2.8)	96%	0.7-5.7	0.526	1.0	Low	2
COPD ⁶³	5	OR	1.9 (1.3-2.9)	95%	0.5-7.5	0.107	0.6	Moderate	2
Cancer ⁵¹	28	SMR	1.9 (1.6-2.2)	99%	0.8-4.1	0.245	0.4	Low	3
Multiple sclerosis ⁶⁵	16	IRR	1.7 (1.4-2.2)	87%	0.7-4.1	0.673	1.1	Moderate	1
Stroke ⁶⁹	14	RR	1.6 (1.4-1.8)	92%	0.9-2.7	0.690	1.2	Moderate	1
Parkinson's disease ⁴⁷	4	SMR	1.6 (1.3-1.9)	89%	0.2-12.1	0.021	0.3	High	1
Diabetes ⁷⁰	28	RR	1.6 (1.3-1.9)	93%	0.6-3.9	0.483	1.2	Low	2
Psoriasis ⁵³	7	HR	1.3 (0.9-2.0)	87%	0.4-4.4	0.808	0.7	Moderate	2
Asthma ⁷³	8	OR	1.3 (1.1-1.6)	80%	0.8-2.2	0.303	1.1	Moderate	1
Dementia ⁴¹	16	OR	1.3 (0.8-2.1)	96%	0.2-10.1	0.148	0.3	Moderate	2
Inflammatory bowel disease ⁷¹	17	RR	1.3 (1.1-1.4)	56%	0.8-2.0	0.841	1.0	Moderate	1
Psychiatric domain									
Psychotic disorders ⁶⁷	4	RR	13.2 (8.6-20.3)	98%	3.4-51.8	0.292	0.7	Low	4
Mood disorders ⁶⁷	7	RR	12.3 (8.9-17.1)	97%	4.2-36.4	0.463	0.9	Low	4
Personality disorders ⁶⁷	3	RR	8.1 (4.6-14.2)	94%	1.5-45.0	0.549	0.6	Low	4
Anorexia nervosa ⁴⁹	9	RR	6.9 (4.1-11.5)	0%	3.7-12.9	0.269	0.5	Moderate	4
ADHD ⁶⁴	4	OR	6.7 (3.2-13.8)	88%	0.7-62.9	0.716	1.3	Low	2
Substance use disorders ⁶⁷	6	RR	4.4 (2.9-6.8)	98%	1.1-18.5	0.370	2.3	Low	3
Anxiety disorders ⁶⁷	6	RR	4.1 (2.4-6.9)	98%	0.5-31.2	0.310	0.7	Low	3
Suicide-related domain									
Suicide attempt/self-harm ⁷²	11	OR	16.3 (7.5-35.5)	74%	1.3-208.7	0.028	0.5	High	2
Suicidal ideation ⁵³	14	RR	5.6 (3.1-10.1)	79%	0.8-41.2	0.044	1.3	Low	1
Parental suicide ⁴⁵	10	RR	3.0 (2.5-3.5)	85%	1.6-5.5	0.006	1.5	Low	2
Sociodemographic domain									
Unsecured financial debt ⁶²	4	OR	7.9 (5.2-12.0)	0%	4.0-15.6	0.513	1.0	High	3
No religious affiliation ⁶¹	14	RR	2.4 (1.9-2.9)	94%	1.23-4.6	0.186	2.4	High	2
Low education ⁵⁵	4	RR	1.9 (1.2-3.0)	74%	0.5-7.3	0.010	1.8	High	0
Unemployment ⁴²	21	OR	1.9 (1.4-2.5)	100%	0.2-18.4	0.496	1.1	High	1
Low income ⁵⁵	4	RR	1.8 (1.3-2.5)	91%	0.7-4.9	0.045	0.7	High	1
Low skill level occupation ⁵⁶	34	IRR	1.8 (1.4-2.2)	99%	0.3-10.7	0.055	1.1	Moderate	0
Not married ^{54*}	36	OR	1.6 (1.4-1.9)	99%	..	..	..	Low	1
Ethnic minority ⁶⁸	51	IRR	1.3 (0.9-1.7)	100%	0.1-83.8	0.352	2.2	Low	2
Job stressors ⁵⁷	6	OR	1.2 (1.0-1.3)	96%	0.7-1.9	0.031	1.1	Moderate	0
Other domain									
Criminal offending ⁶⁶	15	OR	4.5 (2.1-9.7)	100%	1.6-12.9	0.572	0.2	Moderate	3
State care in childhood ⁴⁴	4	RR	3.4 (2.4-4.7)	72%	1.2-9.0	0.790	0.6	Low	4
Access to firearms ⁴³	14	OR	3.2 (2.4-4.4)	89%	1.2-8.9	0.897	1.3	Low	3
Smoking ⁴⁸	15	RR	2.4 (2.1-2.8)	49%	1.5-3.8	0.673	0.9	Moderate	4
Sleep disturbances ⁴⁶	5	RR	1.8 (1.3-2.4)	59%	0.8-4.1	0.079	0.9	Low	2
BMI (underweight) ⁵⁹	9	HR	1.2 (1.1-1.4)	38%	0.9-1.6	0.230	1.0	Moderate	2

Overall quality scores range from 0 to 5, with higher scores indicating higher quality. ADHD=attention-deficit hyperactivity disorder. COPD=chronic obstructive pulmonary disease. HR=hazard ratio. IRR=incidence rate ratio. OR=odds ratio. RR=relative risk or risk ratio. SMR=standardised mortality ratio. *Quality tests could not be performed because no study-level data were available.

Table: Risk factors for suicide mortality, by domain

ANNEXE II : Plan de protection personnel traduit en Français

Plan de protection personnel

Date: __/__/__

Étape 1: Signes annonciateurs d'une crise (pensées, images, humeurs, situations, comportements...) :

1. _____
2. _____
3. _____

Étape 2: Stratégies d'adaptation interne – Ce que je peux faire pour penser à autre chose que mes problèmes sans faire appel à quelqu'un :

1. _____
2. _____
3. _____

Étape 3 : Personnes ou environnements sociaux pouvant me changer les idées :

1. Nom : _____ Téléphone : _____
2. Nom : _____ Téléphone : _____
3. Lieu : _____ 4. Lieu : _____

Étape 4 : Personnes à qui je peux demander de l'aide :

1. Nom : _____ Téléphone : _____
2. Nom : _____ Téléphone : _____
3. Nom : _____ Téléphone : _____

Étape 5 : Professionnels ou dispositifs que je peux contacter durant une crise :

1. Nom du professionnel : _____ Téléphone : _____
Téléphone d'urgence : _____
2. Nom du professionnel : _____ Téléphone : _____
Téléphone d'urgence : _____
3. Service d'urgence de proximité : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
4. Numéro national de prévention du suicide; numéro gratuit, ouvert 7j/7, 24h/24 :



Étape 6 : Sécuriser l'environnement en limitant l'accès au(x) moyen(s) suicidaire(s) :

1. _____
2. _____

Safety Plan Template 2008, 2021 Barbara Stanley, PhD & Gregory K. Brown, PhD Ressources complémentaires : www.suicidesafetyplan.fr

Le modèle de plan de protection a été reproduit avec la permission explicite des auteurs. Aucune partie du modèle du plan de protection ne peut être reproduite sans leurs autorisations explicites et écrites. L'utilisation individuelle du plan de protection est autorisée. Version française 2024 validée et autorisée par Gregory K. Brown.

ANNEXE III : Méthodologie des équations de recherche

Base de données	Équation de recherche	Filtres appliqués	Nombre de résultats
PubMed	((("screening tool"[Title/Abstract] OR "assessment tool"[Title/Abstract] OR "questionnaire"[Title/Abstract] OR "scale"[Title/Abstract] OR "instrument"[Title/Abstract] OR "test"[Title/Abstract]) AND ("suicide risk"[Title/Abstract] OR "suicidal ideation"[Title/Abstract] OR "suicidal behavior"[Title/Abstract] OR "suicidal thoughts"[Title/Abstract] OR "suicid*" [Title/Abstract]) AND ("validation"[Title/Abstract] OR "validity"[Title/Abstract] OR "reliability"[Title/Abstract]))	"Validation study" "Français" "Anglais"	277
Embase	'screening tool':ab,ti OR 'questionnaire':ab,ti OR 'scale':ab,ti OR 'medical device':ab,ti OR 'test':ab,ti AND 'suicide risk':ab,ti OR 'suicidal ideation':ab,ti OR 'suicidal behavior':ab,ti AND 'validation':ab,ti OR 'validity':ab,ti OR 'reliability':ab,ti AND 'validation study'/de AND ([english]/lim OR [french]/lim)	"Validation study" "English" "French"	117
Web of science	(TI=(screening tool) OR TI=(assessment tool) OR TI=(questionnaire) OR TI=(scale) OR TI=(instrument) OR TI=(test)) AND (TI=(suicide risk) OR TI=(suicidal ideation) OR TI=(suicidal behavior) OR TI=(suicidal thoughts) OR TI=(suicid*)) AND (TI=(validation) OR TI=(validity) OR TI=(reliability))	"Articles" "Français" "Anglais"	208
PsycINFO	TI (screening tool or assessment tool or questionnaire or scale or instrument or test) AND TI (suicide risk or suicidal ideation or suicidal behavior or suicidal thoughts or suicid*) AND TI (validation or validity or reliability)	"Anglais" "Français" "Quantitative study"	135
Google Scholar	allintitle : validation study screening tool suicidal ideation	"Articles de revue"	40

ANNEXE IV : Fiches de lectures

Fiche de lecture n° 1			
	Titre	The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults	
	Auteurs	Kelly Posner, Gregory K. Brown, Barbara Stanley, David A. Brent, Kseniya V. Yershova, Maria A. Oquendo, Glenn W. Currier, Glenn A. Melvin, Laurence Greenhill, Sa Shen, J. John Mann.	
	Année de publication	2011	
	Références bibliographique (norme Vancouver)	Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. AJP. déc 2011;168(12):1266-77.	
	Item	Description	Commentaires, critiques
TITRE	Titre	Étude de validité initiale et cohérence interne selon 3 études	Le titre défini bien la population, le type d'étude, le nom du test
RÉSUMÉ	Structure	• Objectif : Évaluation des propriétés psychométriques de l'échelle C-SSRS • Test: The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) • Critères : non précisé • Échantillon : 3 études (N = 124 + 312 + 237 = 673) • Méthode : Analyse de 3 études multisite • Résultat : ○ Bonne validité convergente et divergente ○ Sensibilité et spécificité élevé pour les comportements suicidaires ○ Sensibilité au changement ○ Cohérence interne bonne à élevé • Conclusion : Le C-SSRS est adapté pour évaluer l'idéation et le comportement suicidaire dans un milieu médical et de recherche.	Le type d'étude, les propriétés psychométriques ainsi que la population étudiée sont clairement définies. Manque de précision sur la méthode : critères d'inclusions, d'exclusions, risques de biais.
INTRODUCTION	Contexte	Il y a de fortes disparités de définition pour les termes se référant à la suicidalité. Manque de consensus aux niveaux du langage. Ceci crée un frein dans le milieu de la recherche. Actuellement il n'y a pas d'outil unique standardisé qui mesure à la fois l'idéation et le comportement suicidaire.	Justifie l'intérêt de mener cette étude et permet de définir le cadre dans lequel le C-SSRS a été construit au départ
	Objectif(s) / Question de recherche / Hypothèse(s)	• Objectifs : ○ Tester les propriétés psychométriques de cette échelle (validité convergente, divergente, prédictive, sensibilité, spécificité, sensibilité au changement et cohérence interne) • Hypothèses : non renseigné	Aucune information sur les résultats attendus de l'étude, pas de formulation d'hypothèses
	Méthodologie	• Étude de validation psychométrique multicentrique • Analyse secondaire de données	

MATÉRIEL ET MÉTHODE	Population / Critères d'inclusion et d'exclusion	• Population : ○ Étude 1 : Adolescent ayant fait une tentative de suicide ou ayant une tentative interrompue dans les 90 jours précédents ○ Étude 2 : Adolescent avec un trouble dépressif important ○ Étude 3 : Adultes admis dans un service d'urgence dû à des raisons psychiatriques • Taille de l'échantillon : ○ Étude 1 : 124 adolescents ○ Étude 2 : 312 adolescents ○ Étude 3 : 237 adultes • Critères d'inclusion : ○ Étude 1 : garçons et filles, âgé entre 12 et 18 ans, ayant fait une tentative de suicide ou une tentative interrompue dans les 90 jours. ○ Étude 2 : adolescents entre 11 et 17 ans avec un diagnostic de dépression sévère ○ Étude 3 : Personnes de minimum 18 ans consultant un service d'urgence pour des raisons psychiatrique. • Critères d'exclusion : ○ Étude 2 : personnes avec un risque suicidaire important, selon l'examineur, incluant ceux ayant fait une tentative de suicide récemment	L'étude comporte plusieurs échantillons indépendants bien détaillés.
	Déroulement de l'étude	• Procédure : ○ Comparaison des résultats de trois études déjà existantes dans lesquelles le C-SSRS a été utilisé. • Description du test : ○ 4 construits sont mesurés : la sévérité de l'idéation, l'intensité de l'idéation, le comportement, la mortalité	L'échelle est détaillée selon les construits mesurés et comment chacun de ces construits est mesuré. Les analyses ont été mené par des logiciels.
	Procédure de recherche (stratégie, sélection, collection des données)	• Période de sélection des données : Non renseigné • Recrutement : Non renseigné • Mesures de références : ○ Étude 1 : C-SSRS; Columbia Suicide History Form; SSI; Beck Lethality Scale; BDI; MADRS ○ Étude 2 : C-SSRS ; Suicidal Ideation Questionnaire-Junior ○ Étude 3 : C-SSRS; SSI; Beck Lethality Scale; Columbia Suicide History Form	Les auteurs ne justifient pas comment ils ont sélectionné ces études et pourquoi
	Évaluation du biais	• Non renseigné	
	Analyses statistiques et synthèse des résultats	• Analyse : ○ Étude 1 et 2 : logiciel SAS version 9.1 ○ Étude 3 : logiciel SPSS version 19 • Validité convergente et divergente :	Les analyses psychométriques menées sont bien détaillés et justifiés pour chacune des études, séparé en plusieurs paragraphe ce qui facilite la lecture.

		○ Étude 1 et 2: Coefficient de corrélation de Pearson; modèle linéaire mixte et Steiger's z test ○ Étude 3: coefficient phi • Validité prédictive : modèle de régression logistique • Sensibilité / Spécificité et Sensibilité au changement : modèles de régression linéaire mixte • Cohérence interne : Alpha de Cronbach	La validité inter-évaluateur n'a pas été étudié mais il est tout de même spécifié que d'autres études ont mené cette analyse
RÉSULTATS	Caractéristiques des études et instruments	• Population d'adolescent et d'adultes • Différents niveaux de suicidalité	Les différentes populations sont bien détaillées dans la méthodologie, cependant aucuns tableaux n'ont été créé afin de comparer les populations entre elle et de rassembler l'ensemble des données
	Synthèse des résultats	• Validité convergente : ○ Modéré à forte ○ Étude 1 : $r = 0,52$ à $r = 0,80$ ○ Étude 2 : $r = 0,23$ à $r = 0,36$ ○ Étude 3 : $r = 0,34$ à $0,69$ • Validité divergente : ○ Corrélations faibles avec les symptômes somatiques ($r = 0,06-0,24$) • Validité prédictive : Risque multiplié par 3 à 4 en cas d'intention et de plan suicidaire • Sensibilité / Spécificité : ○ Excellente ○ Étude 1 : Sensibilité = 100% et Spécificité = 99,4% : pour identifier les tentatives abandonnées ; Sensibilité = 100% et spécificité = 100% : tentatives interrompues et réelles ○ Étude 3 : Spécificité = 100% et sensibilité = 100% : identifier les tentatives réelles ; Spécificité = 99% et sensibilité = 94% : identifier les tentatives interrompues. • Sensibilité au changement : ○ Le score évolue selon l'évolution clinique ○ $r = 0,70-0,85$ • Cohérence interne : ○ Étude 1 : Alpha de Cronbach = 0,93-0,94 ○ Étude 2 et 3 : Alpha de Cronbach = 0,73 • Fiabilité inter-évaluateurs déjà démontré dans d'autres études	Les résultats sont clairement présentés par sous-parties selon les propriétés. Ils restent descriptifs sans interprétation. Les résultats sont bons, toutefois certaines mesures n'ont pas été étudiés ce qui nécessiterait d'autres études.
	Lisibilité des résultats	• Présenté sous formes de tableaux et de graphiques	
DISCUSSION	Discussion des résultats	• Résumé des résultats : oui	Les résultats sont bien résumés. Les auteurs comparent les résultats avec des sources scientifiques.

	Limites de la revue	• Les études sélectionnées n'avaient pas pour but l'évaluation spécifiques des propriétés psychométriques • Possible biais par l'évaluateur • Limite dans la généralisation des résultats • Ces résultats doivent tester dans une population communautaire	
AUTRES	Recommandations	• Les résultats devraient être répliquer dans des études désignées pour tester les propriétés psychométriques • L'applicabilité de l'échelle dans d'autres populations nécessite davantage d'études	
	Financement	• Étude 1: Duke University Medical Center; Johns Hopkins University; New York State Psychiatric Institute; University of Pittsburgh; University of Texas Southwestern Medical Center • Étude 2: Forest Laboratories • The American Foundation for Suicide Prevention • National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism	

Fiche de lecture n° 2			
Titre		The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-Based Validation Study of a New Scale for the Measurement of Suicidal Ideation	
Auteurs		Bregje A. J. Van Spijker, Philip J. Batterham, Alison L. Catear, Louise Farrer, Helen Christensen, Julia Reynolds, Ad J. F. M. Kerkhof	
Année de publication		2014	
Références bibliographique (norme Vancouver)		Van Spijker BAJ, Batterham PJ, Catear AL, Farrer L, Christensen H, Reynolds J, et al. The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-Based Validation Study of a New Scale for the Measurement of Suicidal Ideation. Suicide & Life Threat Behav. août 2014;44(4):408-19.	
Item		Description	Commentaires, critiques
TITRE	Titre	Le titre donne des informations sur le nom du test, le type d'étude de validation et le but de cette échelle qui est l'évaluation de l'idéation suicidaire	Le type de personne à qui ce test s'applique n'est pas précisé dans le titre.
RÉSUMÉ	Structure	• Objectif : créer une échelle d'évaluation de l'idéation suicidaire simple et rapide en ligne • Test : SIDAS (Suicidal Ideation Attributes Scale) • Critères : non renseigné • Échantillon : adulte Australien (n = 1352) • Méthode : enquête internet • Résultat : ○ Cohérence interne élevé ○ Bonne validité convergente ○ Score ≥ 21 indique un risque élevé de comportement suicidaire • Conclusion : outil valide pour mesurer la gravité de l'idéation suicidaire	Le résumé est peu détaillé, toutefois il donne des informations sur l'objectif principal, l'échantillon et les résultats principaux.
INTRODUCTION	Contexte	• Les idées suicidaires sont un problème majeur de santé publique • Cependant elles sont souvent mesurées de manière dichotomique, et manque de précision quant à la sévérité, la fréquence, le contrôle. • La prévention actuelle est davantage présente sur internet, peu d'échelle sont facilement et rapidement utilisable via les plateformes informatiques.	Le contexte est bien développé, les auteurs justifient l'étude.
	Objectif(s) / Question de recherche / Hypothèse(s)	• Objectifs : ○ Développer une échelle brève auto-rapporté compatible à une utilisation sur internet et ne demandant pas de formation spécifique ○ Évaluer les propriétés psychométriques de cette échelle • Hypothèses : ○ Cohérence interne importante	Le contexte menant à la création de ce test est bien amené Les objectifs et hypothèses sont bien formulés. Toutefois, les auteurs ne décrivent pas beaucoup la création du test et la validité de contenu

		○ L'association entre la suicidalité sévère et les cinq attributs différeront ○ La fréquence et la contrôlabilité sont attendu à être moins associé à la sévérité que les attributs en lien avec le comportement ○ Impact sur le fonctionnement d'être plus associé à la suicidalité sévère ○ Le niveau de détresse sera plus lié aux comportements que les items sur la fréquence et la contrôlabilité	
MATÉRIEL ET MÉTHODE	Méthodologie	Étude de validation transversale	
	Population / Critères d'inclusion et d'exclusion	• Population : personne de 18 ans et plus vivant en Australie • Taille de l'échantillon : 1352 personnes ont répondu entièrement au SIDAS • Critères d'inclusion : ○ Âge $\geq$ 18 ans ○ Compréhension suffisante de la langue pour répondre au questionnaire • Critères d'exclusion : questionnaires incomplets • Consentement : les participants devaient donner leur consentement après que l'objectif de l'étude était expliqué	Taille d'échantillon plutôt importante
	Déroulement de l'étude	• Procédure : ○ Questionnaire anonyme en ligne publié sur la plateforme Facebook ○ Les participants devaient donner leur consentement éclairé avant de répondre ○ Des ressources d'aide étaient proposé au début et à la fin du questionnaire ○ Temps de passation d'environ 30 minutes ○ Une partie du questionnaire était spécifique aux données démographiques (âge, genre, métier...) • Description du SIDAS : ○ 5 questions (fréquence des idées suicidaires, contrôle sur ces pensées, proximité d'un passage à l'acte, détresse, impact sur les activités quotidiennes) ○ Échelle de Likert de 0 à 10 ○ Score total des questions allant de 0 à 50 (0 pas de risque, 50 risque élevé) ○ Temps de passation : 30 à 60 secondes	Le déroulement est bien détaillé. Les tests de références sélectionnés sont bien expliqués et décrits par les auteurs.
	Procédure de recherche (stratégie, sélection, collection des données)	• Période de sélection des données : non renseigné • Recrutement : ○ Publication sur la plateforme Facebook ○ Environ 12 773 visites de l'annonce et 1 352 participations	Biais de sélection possible avec le recrutement sur la plateforme Facebook

		• Mesures de références : ○ Columbia Suicide Severity Scale (C-SSRS) ○ Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) ○ Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) ○ Insomnia Severity Index (ISI)	
	Évaluation du biais	<i>Non précisé</i>	
	Analyses statistiques et synthèse des résultats	• Validité convergente : comparaison avec 4 autres tests (C-SSRS ; PHQ-9 ; GAD-7 ; ISI) • Cohérence interne : évalué avec l'alpha de Cronbach • Sensibilité et spécificité : courbe ROC • Validité concurrente : régression logistique • Validité de construit : analyse factorielle exploratoire	Les différentes propriétés évaluées sont expliquées ainsi que la méthode utilisée pour les évalué. Les méthodes utilisées sont cohérentes.
RÉSULTATS	Caractéristiques des études et instruments	• 41,4% des participants présentes une idéation suicidaire • 10,7% ont déjà effectués une tentative ou ont un plan de passage à l'acte • La dépression touche 24,6% des participants, l'anxiété 19,7% et l'insomnie 47,8% • Un score plus élevé est marqué chez les personnes sans emploi, les étudiants et les personnes célibataires ou séparé/divorcé • Le score moyen total du SIDAS de l'échantillon est de 5,5/50	
	Synthèse des résultats	• Validité convergente : bonne corrélation avec les 4 autres questionnaires ○ C-SSRS : 0,66 ○ PHQ-9 : 0,65 ○ GAD-7 : 0,58 ○ ISI : 0,40 • Validité de construit : le SIDAS mesure un unique concept, la sévérité de l'idéation suicidaire • Cohérence interne : élevé (alpha de Cronbach = 0,91) • Validité concurrente : ○ Les items portant sur la fréquence et la contrôlabilité sont des prédicteurs significatifs des risques suicidaires ○ L'items sur la proximité du passage à l'acte offre aussi une bonne prédictibilité du risque suicidaire • Sensibilité et spécificité : ○ Pour un score ≥ 21 : Plan suicidaire au cours de la dernière année, spécificité = 95,8% et sensibilité = 39,6% / Tentative suicidaire au cours de la dernière année, spécificité = 94,9% et sensibilité = 50,0% ○ 0 = pas d'idéation ○ 1-20 = idéation faible ○ 21-50 = idéation sévère	Les résultats sont bien exposés, décrit à l'aide de tableaux afin d'illustré les propos.

	Lisibilité des résultats	Présenté sous forme de tableaux	
DISCUSSION	Discussion des résultats	- Résumé des principaux résultats - Le SIDAS montre une cohérence interne élevé, une bonne validité convergente et identifie un facteur (la sévérité de l'idéation suicidaire)	Les auteurs interprètent les résultats
	Limites de la revue	- Certains attribue de l'idéation suicidaire n'ont pas été inclus afin de garantir une version courte du test - Certains items pourraient être mal interprété - Recrutement via la plateforme Facebook (biais de sélection) - Étude transversale donc pas de précision sur le long terme - Vérifier l'applicabilité sur des échantillons spécifiques de population	Ils mettent en lumières les possibles biais notable, notamment le biais de sélection et le suivi longitudinales
	Applicabilité clinique	Aide de prévention proposé selon le résultat au score	
AUTRES	Autorisation	Étude autorisé par the Science and Medical Delegated Ethics Review Committee at the Australian National University	
	Financement	- The Australian National University - NHMRC (National Health and Medical Research Council)	

Fiche de lecture n° 3			
Titre		A preliminary Validation Study of Two Ultra-Brief Measures of Suicide Risks: The Suicide and Perceived Burdensomeness Visual Analog Scales	
Auteurs		Craig J. Bryan	
Année de publication		2019	
Références bibliographique (norme Vancouver)		Bryan CJ. A Preliminary Validation Study of Two Ultra-Brief Measures of Suicide Risk: The Suicide and Perceived Burdensomeness Visual Analog Scales. Suicide & Life Threat Behav. avr 2019;49(2) :343-52.	
Item		Description	Commentaires, critiques
TITRE	Titre	Étude de validation préliminaire pour deux outils ultra brefs de dépistage des risques suicidaires	Clair, nous renseigne sur le type d'étude ainsi que sur le type d'outil de dépistage étudié. Le titre ne précise pas la population étudiée.
RÉSUMÉ	Structure	• Objectif : Validé deux outils brefs de dépistage de risques suicidaire • Test : Le S-VAS et le PB-VAS • Critères : Validité convergente et prédictive, sensibilité et utilité clinique • Échantillon : non renseigné • Méthode : non renseigné • Résultat : • Conclusion : Les deux tests sont valides pour identifier rapidement 2 dimensions du risque suicidaire	Résumé peu détailler. Nous n'avons pas de connaissance sur la population étudiée, sur l'échantillon, sur la méthode employée. Nous ne retrouvons aucunes données chiffrées. Il n'y a aucun détail sur les tests : nombre d'items par exemple
INTRODUCTION	Contexte	Le suicide est un phénomène dynamique qui évolue dans le temps, même sur des temps court. Les outils utilisés actuellement permette le dépistage sur des temps moyen-long (semaine / mois). Il est nécessaire de développer des outils très brefs permettant de mesurer les risques sur une période très courtes (minutes / heures). L'auteur propose l'utilisation d'une échelle visuelle analogique un outil déjà validé et utilisé dans le domaine médical notamment pour l'évaluation de la douleur, de l'anxiété... Il présente ainsi deux nouvelles échelles : ○ S-VAS : échelle visuelle analogique de l'envie suicidaire ○ PB-VAS : échelle visuelle analogique du sentiment d'être un fardeau pour autrui Deux dimensions considérées comme des indicateurs forts du risque suicidaire	Bonne structure, on comprend où l'auteur veut nous amener. Justification de l'outil d'une échelle visuelle analogique est clair, deux même pour les deux critères évalués. Manque de contextes concrets dans lesquels l'utilisation de ce genre d'outils est pertinente. Le choix des dimensions retenues est justifié mais pas suffisamment développés. Manque de précision sur la population étudiée et ce que cette va vraiment démontrée.
	Objectif(s) / Question de recherche / Hypothèse(s)	• Objectifs : l'objectif de cette étude est de mener une évaluation psychométrique initiale de ces outils rapides. • Hypothèses : 3 hypothèses ont été formulé par l'auteur : ○ Les deux outils présenteront une validité convergente avec d'autres outils évaluant respectivement les mêmes concepts	La formulation des objectifs et hypothèses est clairs. Elles nous renseignent sur les différentes données psychométriques qui vont être investiguées.

		- Les deux outils auront une validité prédictive, prédiction du risque suicidaire pendant le suivi - Les deux outils seront sensibles pour détecter des variations entre le début de l'étude et le suivi	
MATÉRIEL ET MÉTHODE	Méthodologie	Essai clinique randomisés	
	Population / Critères d'inclusion et d'exclusion	Population : militaires américains en activités de 19 à 53 ans Taille de l'échantillon : 97 Critères d'inclusion : - Idéation suicidaire dans la semaine précédente - Antécédents de tentative de suicide Critères d'exclusion : - Un état mental empêchant le participant de donner son consentement éclairé Consentement : Consentement du patient	Échantillon faible. Population très spécifique ce qui ne permet pas de généraliser les résultats. Peu de détail sur la façon dont le consentement a été recueilli.
	Déroulement de l'étude	Procédure : - Les données utilisées proviennent d'une étude plus large portant sur la prévention suicidaire - Les soldats inclus ont rempli des questionnaires d'auto-évaluation puis ils recevaient une intervention au hasard - D'autres auto-questionnaires ont été remplis immédiatement en post-intervention - Suivi à 1, 3 et 6 mois post-intervention (auto-questionnaire et entretien clinique) - Les deux échelles à valider étaient administrées avec un curseur allant de 0 (aucun) à 100 (extrême)	Manque de détail sur beaucoup de points : les questionnaires remplis, les interventions, le nombre de questionnaires remplis, la randomisation des interventions. Suivi à 1, 3 et 6 mois alors que le but est de tester la validité de ces outils dans un laps de temps court (minutes / heure)
	Procédure de recherche (stratégie, sélection, collection des données)	Période de sélection des données : non mentionnée Recrutement : - Soldats se présentant dans un service d'urgence ou une clinique en santé comportementale avec des idées suicidaires ou des antécédents de tentatives de suicide Mesures de références : - SSI : Scale for suicide ideation - DSI-SS : Depression Symptom Index-Suicidality Subscale - INQ : The Interpersonal Needs Questionnaire - SCS : Suicide Cognitions Scale - BDI-II : Beck Depression Inventory, Second edition - BHS : Beck Hopelessness Scale - SASII : Suicide Attempt Self-Injury Interview	Manque de précision sur la phase de recrutement, comment et la durée. Chaque test est décrit avec le nombre d'items et ce qu'il mesure. La récolte des données n'est pas décrite.
	Évaluation du biais	Non précisé	
	Analyses statistiques et synthèse des résultats	Validité convergente : - Coefficients de corrélation avec d'autres échelles cliniques, évalués immédiatement, à 1 et 3 mois	Manque de justification. Il aurait été intéressant de chercher la spécificité du test avec un groupe contrôle.

		○ Équations d'estimation généralisées afin de calculer la variance • Validité prédictive : ○ Régression logistique binaire • Sensibilité au changement : ○ Index de sensibilité de Guyatt • Différence minimale cliniquement pertinente (MCID) : ○ Approche basée sur la distribution	
RÉSULTATS	Caractéristiques des études et instruments	• La population comporte des militaires, principalement de sexe masculin (78%) de 19 à 53 ans. • Les participants font partie de l'armée en moyenne depuis 5,4 ans et ont été déployé 1,2 fois. • Différents diagnostics psychiatriques : ○ Troubles de l'adaptation (44%) ○ Troubles dépressifs (39%) ○ Troubles anxieux (20%) ○ Troubles bipolaire (16%) ○ Troubles liés au stress (12%)	Il aurait été intéressant d'avoir un tableau pour présenter les caractéristiques de la population.
	Synthèse des résultats	• Score moyen du S-VAS : 23,6 • Score moyen du PB-VAS : 52,8 • Les deux échelles ne sont pas corrélées entre elles • Validité convergente : ○ Le S-VAS a une corrélation forte avec DSI-SS et une corrélation modérée à légère avec les autres tests. ○ Le PB-VAS a une forte corrélation avec INQ-PB, SCS, BDI-II, BHS, cependant à 6 mois le coefficient de corrélation chute ○ Le S-VAS prédit l'idéation suicidaire immédiate ○ Le PB-VAS prédit la dépression et le fardeau perçu • Validité prédictive : ○ Le PB-VAS ne prédit pas les tentatives de suicides ○ Le S-VAS prédit les tentatives de suicides dans les 6 mois ○ En réalité le SCS est la seule échelle réellement prédictive • Sensibilité au changement : ○ Le S-VAS présente une bonne sensibilité au changement ○ Le PB-VAS présente une sensibilité au changement modéré ○ Changement de l'idéation suicidaire actuelle et à un mois : S-VAS : -0,94 et PB-VAS : -0,51 ○ Rémission précoce des idées : S-VAS : 0,41 et PB-VAS : 0,78 ○ Absence de tentative lors de la période de suivi : S-VAS : 0,32 et PB-VAS : 0,43 • Différence minimale cliniquement pertinente (MCID) : ○ MCID S-VAS : entre 12 et 21	

		○ MCID PB-VAS : entre 23 et 25	
	Lisibilité des résultats	• Présenté sous formes de tableaux et / ou sous formes de textes rédigés	
DISCUSSION	Discussion des résultats	• S-VAS : ○ Le S-VAS est valide et spécifique ○ Mesure le risque suicidaire sur des périodes courte • PB-VAS : ○ Mesure le fardeau perçu mais manque de spécificité car mesure beaucoup la dépression aussi ○ Mesure des changements sur des périodes plus longue	Explication claire des résultats. Nuance peu surtout pour le S-VAS, embellit les résultats
	Limites de la revue	• Échantillons très spécifiques (hommes, militaires) • Intervalle de mesure trop long (1, 3 et 6 mois) • PB-VAS très en lien avec la dépression	Les limites ont été clairement rédigés par les auteurs. Cependant certains points manquent de transparence et de justification.
	Applicabilité clinique	• Dans des milieux de recherche et des milieux cliniques qui demande des évaluations répétées fréquemment. • Nécessite des recherche supplémentaires	Ne reflète pas les résultats obtenus sur une population très spécifique
AUTRES	Recommandations	• Tester sur une population plus diverse • Étudier sur des intervalles de temps beaucoup plus courtes • Étudier différente formulation pour le PB-VAS	Marges de progression proposée par les auteurs.
	Autorisation	• The Madigan Army Medical Center's institutional review board	
	Financement	• En partie par : the Military Suicide Research Consortium (MSRC)	

Fiche de lecture n° 4			
	Titre	Validation of the Ask Suicide Screening Questions (ASQ) for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages	
	Auteurs	Lisa M. Horowitz, Deborah J. Snyder, Edwin D. Boudreaux, Jian-Ping He, Colin J. Harrington, June Cai, Cynthia A. Claassen, Joan E. Salhany, Tram Dao, John F. Chaves, David A. Jobes, Kathleen R. Merikangas, Jeffrey A. Bridge, Maryland Pao	
	Année de publication	2020	
	Références bibliographique (norme Vancouver)	Horowitz LM, Snyder DJ, Boudreaux ED, He JP, Harrington CJ, Cai J, et al. Validation of the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. Psychosomatics. nov 2020;61(6):713-22.	
	Concepts clefs	Dépistage du risque suicidaire, patients adultes hospitalisés, études de validation, contexte médical	
	Item	Description	Commentaires, critiques
TITRE	Titre	Explicite le sujet de l'article : étude de validation d'un outil de dépistage du risque suicidaire (ASQ) pour des patients adultes hospitalisés.	La population cible est citée, ainsi que l'objectif : un outil rapide a été utilisé pour tous âges.
RÉSUMÉ	Structure	• Objectif : Déterminer si le ASQ est un outil valide de dépistage des risques suicidaires dans un milieu médical pour adultes et déterminer d'autres outils à utiliser sur la population adulte • Test et items: Ask Suicide Screening Questions (ASQ), 4 items • Critères : Sensibilité, spécificité et valeur prédictive négative • Échantillon : 727 adultes hospitalisés en service médical ou chirurgical • Méthode : Étude de validation transversale • Comparaison : Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ) à 25 items • Résultat : propriétés psychométriques fortes ; sensibilité de 100%, spécificité de 89%, valeur prédictive négative de 100% • Conclusion : ASQ est un outil valide et rapide qui peut être utilisé dans une population adulte et pédiatrique	Les grandes lignes de la grille PRIMA-COSMIN ont été respectées. Le résumé est structuré et clair. Les éléments principaux sont présentés.
INTRODUCTION	Contexte	Le suicide est la 10 ^{ème} cause de mort aux États-Unis. Avant le passage à l'acte la majorité des personnes sont en contact avec des professionnels pour des raisons non-psychiatriques. Les patients médicaux présentent un risque plus important de suicidalité. Il existe peu d'outil validé en milieu médical. L'ASQ est très utilisé chez les enfants mais peu chez les adultes	Justification de la pertinence clinique
	Objectif(s) / Question de recherche / Hypothèse(s)	• Objectifs : ○ Déterminer si l'ASQ est un outil valide à utiliser dans le dépistage des risques suicidaires chez des adultes hospitalisés • Hypothèses :	Justifie clairement l'objectif, hypothèse et problématique. Les hypothèses sont toutefois peu détaillées, les seuils attendus ne sont pas traités

		○ L'ASQ conserve de bonnes propriétés psychométriques chez les adultes.	
MATÉRIEL ET MÉTHODE	Méthodologie	Étude de validation transversale	
	Population / Critères d'inclusion et d'exclusion	• Population : 727 patients inclus • Taille de l'échantillon : une nécessité de 497 participants • Critères d'inclusion : ○ Patients admis dans une unité médicale désignée ○ Avoir 18 ans ou plus ○ Être capable de donner son consentement ○ Parler anglais ○ Ne pas être déjà inscrit dans cette étude • Critères d'exclusion : ○ Présenter des troubles cognitifs sévères ○ Être mineur ○ Ne pas parler anglais ○ Avoir déjà été inscrit dans cette étude ○ Sortit de l'hôpital prévu prochainement • Consentement : oui	La population est bien définie avec les critères clairement exposés et détaillés. Calcul de la taille d'échantillon avec la formule de Buderer.
	Déroulement de l'étude	• Procédure : ○ Suite au recueil du consentement éclairé, les patients passé oralement trois questionnaires : les 20 questions candidates comprenant les items de l'ASQ, l'ASIQ et un questionnaire démographique ○ L'ordre de passage des questions était aléatoire ○ Si résultat positif aux items candidat ou à l'ASIQ, passation d'un test par un clinicien formé ○ Une consultation psychiatrique était administrée lorsque nécessaire • Description du ASQ : ○ 4 items	
	Procédure de recherche (stratégie, sélection, collection des données)	• Période de sélection des données : de juin 2014 à octobre 2019 • Recrutement : 4 sites aux États-Unis: the National Institutes of Health Clinical Center (NIHCC), Rhode Island Hospital (RIH), Walter Reed National Military Medical Center (WRNMMC), and John Peter Smith Health Network (JPS). Infirmière ont transmis aux collecteurs des données une listes de patients pré-sélectionnés • Mesures de références : ○ Auto-questionnaire comportant 20 items candidats	Biais de sélection, la sélection ne s'est pas faite de manière aléatoire. L'ASIQ est un auto-questionnaire ce qui constitue un biais

		○ The Adult Suicide Ideation Questionnaire (ASIQ) ○ Un questionnaire démographique	
	Évaluation du biais	<i>Non précisé</i>	
	Analyses statistiques et synthèse des résultats	• Validité de critère : ○ Sensibilité ○ Spécificité ○ Valeur prédictive positive ○ Valeur prédictive négative ○ Rapport de vraisemblance (LR+ et LR-) ○ AUC ○ Coefficient de Kappa • Régressions logistiques • Calcul de l'échantillon : Formule de Bederer	Les analyses statistiques menés sont décrites par les auteurs. Toutefois il manque des données psychométriques clefs tel que la cohérence interne, un suivi longitudinal ou encore la fidélité.
RÉSULTATS	Caractéristiques des études et instruments	• 12 participants ont été exclus • 53,4% d'hommes • Âge moyen de 50,2 ans • 54,9% des participants ont été admis à l'hôpital pour de la médecine générale • Les autres admissions étaient : suivi par un chirurgien (24,2%), blessure (5,5%), condition médical générale + troubles psychiatrique (1,0%) et raison psychiatriques (0,4%) • 38,7% ont des antécédents de problème de santé mental diagnostiqué par un professionnel (24,8% de dépressif et 22,0% d'anxieux)	Les caractéristiques de l'échantillons sont bien détaillées, présentés également sous forme de tableaux, ce qui permet de bien définir la population.
	Synthèse des résultats	• Modèle final présentant 4 items • Coefficient de Kappa : 0,05 à 0,71 • Sensibilité : 100% • Spécificité : 89% • Valeur prédictive négative : 100% • Valeur prédictive positive : 32% • Rapport de vraisemblance : ○ LR+ = 8,81 ○ LR- = 0,02 • AUC : 94,4% → accord important entre l'ASIQ et l'ASQ	
	Lisibilité des résultats	• Présenté sous forme de tableaux	
DISCUSSION	Discussion des résultats	• Résumé des résultats : oui • L'ASQ est un outil valide pour détecter le risque suicidaire auprès d'adultes hospitalisés. • Validité de contenu forte	La discussion expose les résultats clefs de manière fidèle.
	Limites de la revue	• Les hôpitaux où ont été mené l'étude provenait uniquement de milieu urbain • Bais de sélection	Les limites sont exposés de manières claires.

		• Effet de fatigue dû aux questions répétitives sur les idées suicidaires • Patients non anglophones étaient exclus, les résultats ne peuvent pas être généralisé • Pas de suivi longitudinal	
	Applicabilité clinique	• Suite à un résultat positif à ceux test tous les patients ne sont pas dans une situation de risque élevé, ainsi il serait nécessaire de suivre avec une évaluation rapide du niveau de sécurité du patient (échelle de risque). L'évaluation du niveau auquel se trouve le patient permet de ne pas sur engorger les services si non nécessaire.	
AUTRES	Recommandations	• Recherche future afin de déterminer comment le dépistage affecte le suicide et les comportements suicidaires. • Déterminer des interventions brèves à mettre en place à la sortie des patients hospitalisé	
	Financement	• En partie par : The Intramural Research Program of the NIMH	
	Autorisation	• Approuvé par : The institutional review board at the National Institute of Mental Health, RIH, WRNMMC, JPS	

Fiche de lecture n° 5			
Titre		Development and Validation of Static and Adaptive Screeners to Assess Suicidal Thoughts and Behavior.	
Auteurs		Alison L. Catear, Philip J. Batterham, Matthew Sunderland, Natacha Carragher	
Année de publication		2020	
Références bibliographique (norme Vancouver)		Catear AL, Batterham PJ, Sunderland M, Carragher N. Development and Validation of Static and Adaptive Screeners to Assess Suicidal Thoughts and Behavior. Suicide & Life Threat Behav. févr 2020;50(1):189-200.	
	Item	Description	Commentaires, critiques
TITRE	Titre	Développement et validation de dépisteurs des pensées et comportements suicidaires	Connaissance du type d'étude et de l'objectif, peu de précision sur la population et l'outils en lui-même.
RÉSUMÉ	Structure	• Objectif : Utilisé une méthode basée sur les données pour créer un outil brefs statique et dynamique pour le dépistage du risque suicidaire • Test: Rapid Measurement Toolkit for Suicidality (RMTS) • Critères : Validité, fiabilité • Échantillon : ○ 3 175 Australien pour le développement de l'échelle ○ 3 755 Australien pour la validation de l'échelle • Méthode : La théorie de la réponse aux items • Résultat : ○ Une échelle statique de 5 items aussi efficace que le SBQ-R ○ Une échelle adaptative avec une moyenne de 6,2 items • Conclusion : Le RMTS est un outil valide et fiable applicable en recherche, en clinique et à la communauté.	Bonne construction et déroulé du résumé, objectif et technique utilisé clair. Manque de précision sur les critères évalués sur le recrutement.
INTRODUCTION	Contexte	Le suicide est un problème de santé public majeur. Cependant le dépistage de la suicidalité est limité par le manque d'outils fiable, rapide et facile. Une méta-analyse à identifier seulement 3 outils répondant à ces critères. Il est indispensable de créer un outil pouvant être utilisé en communauté, et dans un milieu clinique. Ces dernières années la méthode IRT (théorie de la réponse à l'item) a été développé afin de créer des outils avec peu d'items mais qui donne les meilleurs résultats. Ainsi deux modes de questionnaires peuvent être créé, un mode statique et un mode adaptatif. Des tests adaptatifs existent déjà pour dépister la suicidalité en se basant sur d'autres tests. Contrairement à ces tests, l'outil créer dans cet article se base sur des données de la population générale et en exploitant 23 items de suicidalité développé selon les standards PROMIS.	Les auteurs justifient l'intérêt du sujet et l'intérêt de créer ce genre d'outils. Ils justifient également leur choix méthodologique.

	Objectif(s) / Question de recherche / Hypothèse(s)	• Objectifs : ○ Créer une boîte à outil de mesure rapide de la suicidalité le RMTS ○ Un test statique (RMTS-S) et un test numérique adaptatif (RMTS-A) ○ Étudier la différence d'efficacité entre la méthode statique et adaptative • Hypothèses : ○ Non précisé	Les objectifs de l'étude sont clairement exposés, seulement les hypothèses posées par les auteurs ne sont pas clairement détaillées.
MATÉRIEL ET MÉTHODE	Méthodologie	• Étude observationnelle et transversale	
	Population / Critères d'inclusion et d'exclusion	• Population : ○ Australien et Australienne de 18 ans et plus • Taille de l'échantillon : ○ Pour le développement de l'échelle : 3 175 ○ Pour la validation de l'échelle : 3 577 ○ Pondération des données afin d'harmoniser la population • Critères d'inclusion : ○ Avoir 18 ans ou plus ○ Résider en Australie ○ Avoir rempli entièrement le questionnaire en ligne • Critères d'exclusion : ○ Questionnaire n'étant pas rempli entièrement • Consentement : ○ Participants donnent leur consentement lors du remplissage du test en ligne	Échantillons indépendants pour le développement de l'échelle et pour la validation. Critères d'inclusion et d'exclusion peu détaillés.
	Déroulement de l'étude	• Procédure : ○ Pour la création du test, une revue de la littérature sur les échelles existantes portant sur les pensées et les comportements suicidaires a été menée afin d'extraire des items qui ont été reformulés pour être adaptés au PROMI. 23 items ont été retenus. ○ Création du RMTS-S : CAT pour sélectionner les questions	
	Procédure de recherche (stratégie, sélection, collection des données)	• Période de sélection des données : ○ Pour le développement de l'échelle : Entre août et décembre 2014 ○ Pour la validation de l'échelle : Entre janvier et février 2026 • Recrutement : ○ Annonce publiée sur Facebook • Mesures de références : ○ SBQ-R: The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised	Biais de recrutement via la plateforme Facebook. Comparaison avec un outil robuste
	Évaluation du biais	Oui	L'évaluation des biais a été menée par les auteurs ce qui renforce la qualité de l'étude

	Analyses statistiques et synthèse des résultats	• Utilisation de logiciel : mirtCAT package for R, version 0.5 • Simulation de CAT (Computerized Adaptive Testing) • Validité de construit : théorie des réponses aux éléments (IRT) • Validité convergente : corrélation de Pearson • Validité de critère, sensibilité, spécificité : étude de la courbe ROC • Fidélité : RMSD (déviations de la racine de la moyenne des carrés), méthode EAP (Expected A Posteriori) • Validité concurrente : courbe d'information	Analyses statistiques appropriées. Pas d'évaluation dans le temps.
RÉSULTATS	Caractéristiques des études et instruments	• La population dans les deux échantillons étaient majoritairement des femmes, avec un niveau de problématique psychologiques plus représentés que dans la population générale et la présence d'idéation suicidaire durant les 30 derniers jours.	Surreprésentation de femme dans l'échantillon ce qui limite l'extrapolation des résultats
	Synthèse des résultats	• RMTS-S : ○ 5 items ont été retenues pour le RMTS-S ○ Le RMTS-S suit le continuum de la banque de donnée complète ○ Il est plus précis que le SBQ-R ○ Sensibilité = 86% ○ Spécificité = 83% ○ Plus sensible que le SBQ-R, la spécificité est quant à elle similaire ○ Corrélation = 0,96 • RMTS-A : ○ Nombre moyen d'items nécessaire : 6,2 ○ Corrélation avec le test complet : 0,98 ○ RMSD = 0,18 ○ Faible biais : 0,01	Les résultats sont clairement exposés et de manière logique. Les résultats n'ont pas été explorés dans le temps. La validité de contenu n'est pas abordée ce qui laisse un manque important dans l'analyse psychométrique
	Lisibilité des résultats	• Présenté sous forme de courbe et de tableau	Présentation claire des résultats à l'aide des graphiques, ce qui facilite la compréhension et permet une bonne visualisation.
DISCUSSION	Discussion des résultats	• Résumé des principaux résultats • Ces deux outils permettent d'évaluer rapidement et efficacement le risque suicidaire	Les principaux résultats sont clairement résumés. Toutefois certaines limites de résultats psychométriques considérés important n'ont pas été justifié par les auteurs.
	Limites de la revue	• Recrutement via la plate-forme Facebook : risque de biais d'auto-sélection • Échantillon non représentatif • Nécessité d'approfondir les recherches dans différents contextes • Le protocole ne peut pas tester toutes les combinaisons de paramètres possibles	Les auteurs exposent clairement les biais identifiés dans leur étude ce qui montre une certaine transparence.

		N'évalue pas directement les comportements suicidaires mais évalue l'idéation suicidaire	
	Applicabilité clinique	- Application dans la population générale - Dans un milieu clinique d'urgence pour le triage - En recherche clinique - RMTS-A : dans un contexte de suivi avec mesure répétée	Ouverture pour certaines pistes d'utilisation de ces outils. Laisse paraître une application large toutefois certaines limites pourraient être relevé comme la validation uniquement en anglais, l'absence de validation dans différents contextes, différentes populations.
AUTRES	Financement	The National Health and Medical Research Council (NHMRC)	
	Autorisation	The Australian National University Human Research Ethics Committee à autorisé le déroulement cette étude	

Fiche de lecture n° 6			
	Titre	Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT): Evaluation of Intra-and Inter-Rater Reliability, Validity, and Mapping to Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment	
	Auteurs	Larry Alphas, Dong-Jing Fu, David Williamson, Ibrahim Turkoz, Carol Jamieson, Dennis Revicki, Carla M. Canuso	
	Année de publication	2020	
	Références bibliographique (norme Vancouver)	Alphas L, Fu DJ, Williamson D, Turkoz I, Jamieson C, Revicki D, et al. Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT): Evaluation of Intra- and Inter-Rater Reliability, Validity, and Mapping to Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment. Psychiatry Research. déc 2020; 294:113495	
	Item	Description	Commentaires, critiques
TITRE	Titre	Nom du test + les différents critères d'évaluation	Ne précise pas la population a qui se test s'applique
RÉSUMÉ	Structure	• Objectif : Évaluer les propriétés psychométriques du (SIBAT) • Test et items: Suicide Ideation and Behavior Assessment Tool (SIBAT) • Critères : fiabilité inter et intra-évaluateur, validité concurrente, concordance des « mappage » • Échantillon : 130 participants • Méthode : • Comparaison : CGI ; CGI-SS-r ; PROMIS ; S-STS CMCM ; C-CASA ; C-SSRS • Résultat : ○ Bonne fiabilité intra-évaluateur et inter-évaluateur ○ Corrélation importante avec le score de dépression PROMIS ○ Corrélation modérée avec S-STS CMCM • Conclusion : Le SIBAT est un outil valide et fiable pour dépister l'idéation et les comportements suicidaires	Résumé correcte suivant le plan Imrad
INTRODUCTION	Contexte	Les auteurs expliquent la fréquence des risques suicidaires chez certaines populations, notamment chez les personnes dépressives et la nécessité d'avoir un outil valide permettant de dépister les changements soudains d'idéation et de comportement suicidaire. Ils soulignent les limites des instruments validés utilisés pour le dépistage des risques suicidaire notamment le C-SSRS, jugé peu sensible aux changements rapides et à la classification de gravité de l'idéation et de comportement suicidaire. Ensuite ils décrivent les différents modules du SIBAT	Les auteurs justifient la création de leur outil en mettant en lumière les limites des autres tests cliniques. Donne peu d'indication sur l'applicabilité clinique de cet outil.
	Objectif(s) / Question de recherche / Hypothèse(s)	• Objectifs : Évaluer les propriétés psychométriques du SIBAT et validé son utilisation	Il n'y a pas d'hypothèse formulé par les auteurs. Les différentes évaluations réalisées dans l'étude sont citées dans l'introduction, ainsi nous

			savons quel vont être les évaluations psychométriques.
MATÉRIEL ET MÉTHODE	Méthodologie	Étude de validation transversale	Une étude longitudinale aurait pu être pertinente puisque le but est d'évaluer le caractère de changement soudain des patients. Ne permet pas d'assurer la validité dans le temps.
	Population / Critères d'inclusion et d'exclusion	• Population : Les évaluateurs (=25) étaient de professionnels de santé mentale formés à l'utilisation des outils. Patients avec différents niveaux suicidaires et d'âge varié sélectionnés aux urgences psychiatriques, dans des unités d'hospitalisation ou des centres de recherche clinique en psychiatrie. • Taille de l'échantillon : 120 participants à l'étude + 25 évaluateurs • Critères d'inclusion : Avoir la capacité de parler, lire et écrire en anglais. Avoir entre 12 et 85 ans. Sous-groupe de personne diagnostiqué dépressif mais excluent la schizophrénie et les troubles bipolaires • Critères d'exclusion : Les patients présentant un élément clinique physique ou psychologique pouvant interférer avec les résultats ou la compréhension selon l'évaluateur • Consentement : Les patients majeurs ont signé un formulaire de consentement éclairé. Les patients mineurs devaient fournir un accord du représentant légal. Un autre consentement était demandé pour la participation aux entretiens filmés	Échantillon petit, les auteurs considèrent l'échantillon comme adéquat mais ne justifient pas à l'aide de statistique. Le consentement éclairé des patients a été enregistré.
	Déroulement de l'étude	Chaque patient inclus faisait une unique visite. Ils devaient répondre aux 5 premiers modules du SIBAT qui est un auto-questionnaire. Ensuite ils passaient le module 6 correspondant à un entretien semi-directif par les cliniciens compétents. Les modules 7 et 8 sont réalisés par l'évaluateur lui-même à la suite de l'entretien. Certains des participants ont participé à 3 entretiens filmés afin de passer une évaluation sur des outils différents et passé par des évaluateurs différents. Pour finir les participants devaient remplir une échelle PROMIS (Système d'information sur la mesure des résultats rapportés par les patients)	Le déroulement est clairement décrit. Toutefois manque de précision sur la randomisation pour les enregistrements vidéo, les tests ont été distribués de façon randomisée mais ceci n'est pas plus détaillé.
	Procédure de recherche (stratégie, sélection, collection des données)	• Période de sélection des données : Non répertorié • Recrutement : le personnel médical de 4 sites cliniques aux États-Unis (Alabama, Californie, New Jersey, Ohio) ont été formés à recruter un échantillon varié (âge et niveau de risque suicidaire différent) • Questionnaires de références : CGI ; CGI-SS-r ; PROMIS ; S-STS CMCM ; C-CASA ; C-SSRS	La sélection a été réalisée dans différents États, ce qui permet de diversifier la population incluse. Cependant nous pouvons noter un biais de sélection
	Évaluation du biais	Non traité dans cette partie	

	Analyses statistiques et synthèse des résultats	• Fiabilité intra-évaluateur : Après deux semaines les évaluateurs d'origine ont de nouveaux accès aux modules complétés par les patients et leur vidéo, ils recomplètent le module 7 et 8 une seconde fois. Même déroulé pour les évaluations S-STC CMCM et C-SSRS + CGI-SS-r • Fiabilité inter-évaluateur : 10 nouveaux évaluateurs ont accès aux informations des patients et ont réalisé les évaluations • Validité concourante : Les score du SIBAT ont été comparés avec d'autres outils et avec les évaluations des cliniciens. • Mapping avec le C-CASA 2012 PLUS : Le SIBAT, le S-STC CMCM et le C-SSRS • Synthèse des résultats : La validité a été évalué par la corrélation de Spearman. La fiabilité intra-évaluateur par le Kappa pondéré. L'intra-class correlation coefficient pour la fiabilité inter-évaluateur.	Plusieurs données psychométriques ont été évalués et clairement rapportés. Toutefois il manque certaines analyses jugées comme indispensables dans ce genre d'étude d'après COSMIN
RÉSULTATS	Caractéristiques des études et instruments	• Caractéristiques des participants : ○ Majorité de femmes adultes (18-64 ans) caucasienne dans les différents groupes ○ Il y a des patients pour tous les niveaux de sévérité du suicide ○ Évaluateur majoritairement féminine d'environ 37 ans et une expérience en moyenne de 9 ans dans le dépistage suicidaire • Temps moyen de passation du SIBAT : 47 min	Temps de passation assez conséquents. Présentation claire des participants sous formes de tableaux mais échantillon petit et aucune critique dessus.
	Synthèse des résultats	• Fiabilité intra-évaluateur : Le Kappa pondéré varie de 0,64 à 0,76, ce qui traduit une bonne concordance entre les évaluations. • Fiabilité inter-évaluateur : Le ICCs varie de 0,79 à 0,82, ainsi il est noté une excellente concordance inter-évaluateur, excepté le module 8 qui a une concordance adéquate. • Validité concourante : Très bonne cohérence avec les outils comparatifs • Mapping avec le C-CASA 2012 PLUS : Kappa entre 0,54 et 0,56. Concordance modérée.	Lecture des résultats un peu compliqué. Certaine redondance entre les tableaux et le texte.
	Lisibilité des résultats	• Les résultats sont séparés en sous parties pour chaque élément étudié et présenté également sous forme de tableau.	Suit la logique détaillée dans le développement. Tableau clair.
DISCUSSION	Discussion des résultats	• Résumé des principaux résultats : oui	Résumé clair des résultats et mise en parallèle avec la littérature actuelle. Propos parfois trop favorable, manque de certaines critiques de certains résultats
	Limites de la revue	• Taille de l'échantillon considéré comme peu • Interview filmé	Certaines des limites ont bien été exposé ce qui permet une transparence
AUTRES	Recommandations	• Évaluer la sensibilité au changement	
	Financement	• Janssen Research & Development, LLC, USA	
	Conflit d'intérêt	• Déclaré	

Fiche de lecture n°7	
Titre	The revised suicide crisis inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up
Auteurs	Sarah Bloch-Elkouby, Shira Barzilay, Bernard S. Gorman, Olivia C. Lawrence, Megan L. Rogers, Jenelle Richards, Lisa J. Cohen, Benjamin N. Johnson, Igor Galynker
Année de publication	2021
Références bibliographique (norme Vancouver)	Bloch-Elkouby S, Barzilay S, Gorman BS, Lawrence OC, Rogers ML, Richards J, et al. The revised suicide crisis inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. Journal of Affective Disorders. déc 2021;295:1280-91.

	Item	Description	Commentaires, critiques
TITRE	Titre		Population non ciblée dans le titre
RÉSUMÉ	Structure	• Objectif : Évaluer la validité psychométrique de la version révisée du SCI, le SCI-2 • Test et items : SCI-2, questionnaire auto-rapporté de 61 items • Critères : Cohérence interne, validité • Échantillon : 421 participants • Méthode : Étude prospective • Résultat : ○ Excellente cohérence interne ○ Bonne validité ○ Bonne évaluation prédictive • Conclusion : Test fiable et valide pour prédire les risques à court terme même chez des patients ne présentant pas de signaux d'idéation suicidaire	Suit le plan Imrad. Manque d'information sur l'échantillon. Aucune limite de l'étude n'est présentée par les auteurs. Nous ne retrouvons pas de comparaison avec d'autres outils.
INTRODUCTION	Contexte	Les auteurs expliquent que le suicide est la 10 ^{ème} cause de décès aux Etats-Unis. Ils précisent que 75% des personnes qui se suicident ne montre ou ne rapporte aucuns signes suicidaires aux professionnels de santé qu'ils consultent. Afin de dépister ces personnes, les facteurs de risques sont mis en avant. Ils définissent le Suicide Crisis Syndrome (SCS) qui est un ensemble de symptôme caractéristique de la phase pré-suicide. Le Suicide Crisis Inventory (SCI), un test de 49 items permet le dépistage des 5 catégories de symptôme du SCS. De nouvelles dimensions du SCS ont été identifiées, ce qui rend le SCI moins adapté.	Le développement est logique, justifié avec des études récentes. De plus, les auteurs montrent la pertinence de l'étude. Ils justifient la pertinence de créer une version révisée.
	Objectif(s) / Question de recherche / Hypothèse(s)	• Objectifs : Les objectifs de l'étude sont ainsi de réviser la première version du SCI pour être adapté aux nouveaux facteurs identifiés dans le SCS et d'étudier les données psychométriques ainsi que l'utilité des cliniques de cette révision le SCI-2.	Objectifs et différentes hypothèses clairement énoncé dans l'introduction.

		• Hypothèses : ○ Le SCI-2 à une bonne cohérence interne et une forte convergence, divergente et validité des critères. ○ La structure du SCI-2 est adapté à la structure du SCS ○ Le SCI-2 prédirait de façon significative l'idéation et les comportements suicidaires à court terme	
MATÉRIEL ET MÉTHODE	Méthodologie	Étude de validation psychométrique, observationnelle et prospective	Le type d'étude est clairement défini
	Population / Critères d'inclusion et d'exclusion	• Population : ○ Entre 18 et 77 ans ○ 54% de femme ○ Majorité née aux Etats-Unis ○ Majorité à mi-temps ○ 42% de dépressif et 16% de bipolaire • Taille de l'échantillon : ○ 421 au total ○ 105 hospitalisé ○ 316 en ambulatoire ○ 225 pour la réévaluation • Critères d'inclusion : ○ Patient psychiatrique hospitalisé ou non ○ Avoir 18 ans ou plus ○ Avoir la capacité de consentir et de comprendre l'objet de l'étude ○ Pour les patients hospitalisés : admission pour cause de comportement ou idéation suicidaire • Critères d'exclusion : ○ Absence de contact pour le suivi ○ Déficiences cognitives et ou intellectuelles ○ Difficulté pour comprendre ou parler l'anglais • Consentement : Consentement oral et écrit	Description précise de la population étudiée ainsi que des critères d'inclusions et d'exclusions. La taille de l'échantillon n'est pas justifiée et il y a un taux important de perte pour le suivi.
	Déroulement de l'étude	• Développement de l'échelle : ○ Pour concevoir le SCI-2, 2 des auteurs ont sélectionné 34 items de la première version qui correspondait au mieux au SCS. ○ Ensuite 27 nouveaux items d'autre questionnaires validés ont été ajoutés ○ Finalement 2 items ont été créé pour évaluer le retrait social • Procédure : ○ Administration du SCI-2 et d'autres échelles de validations dans les 72h post-hospitalisation ou dans les 2 semaines suivant le premier rendez-vous	Le processus de création du SCI-2 est bien détaillé toutefois le rôle des patients n'est pas connu bien que nécessaire pour la validité de contenu.

		○ Réévaluation en personne ou par téléphone environ 1 mois et demi plus tard	
	Procédure de recherche (stratégie, sélection, collection des données)	• Période de sélection des données : D'octobre 2018 à décembre 2019 • Recrutement : ○ Unité affilié au Mount Sinai Hospital à New York • Mesures de références : ○ The Brief Symptom Inventory (BSI) ○ The Secure Subscale of the Relationship Scales Questionnaire (RSQ) ○ The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Les outils de comparaisons sélectionnés sont appropriés et validés.
	Évaluation du biais	Non spécifié	
	Analyses statistiques et synthèse des résultats	• Cohérence interne de l'échelle complète : évalué avec l'alpha de Cronbach • Structure interne : analyse factorielle confirmatoire version 0.13.01 du JASP • Évaluation de la validité convergente et discriminante : étude de la corrélation entre le SCI-2, le BSI et le RSQ avec la version 24.0 du SPSS • Validité de critère : corrélation entre le score total du SCI-2 et deux comportements suicidaires (idéation suicidaire et tentative de suicide) • Validité prédictive : ○ 3 critères évalué à 1 mois : idées suicidaires, comportements suicidaires et tentatives de suicides ○ Analyse ROC (Receiver Operating Characteristic) = (caractéristique opératoire du récepteur) et aire sous la courbe • Sensibilité et Spécificité : Analyse de la courbe ROC	Analyse statistiques adaptées et bien décrites. Absence d'évaluation de certaines statistiques clefs pour COSMIN
RÉSULTATS	Caractéristiques des études et instruments	• 53, 8% de femme, âgé de 18 à 77 ans • La majorité des patients sont né aux États-Unis, n'ont jamais été marié et n'ont pas de travail à temps pleins • Le trouble psychologique le plus répertorié est la dépression • 46,6% de perte de patient lors du suivi à 1 mois	Description détaillée de la population étudiée
	Synthèse des résultats	• Cohérence interne : excellente ($\alpha = 0,97$) • Structure interne : bonne • Validité convergente : forte corrélation avec le BSI ($r = 0,79$) • Validité discriminante : mauvaise corrélation avec le RSQ ($r = 0,03$) • Validité de critère : ○ Corrélation modérée entre le SCI-2 et l'idéation suicidaire au cours du mois précédent ($r = 0,42$)	Présentation claire et logique des résultats. Bons résultats psychométriques. Le nombre de perte pour la validité prédictive doit être pris en compte pour ne pas surinterpréter les résultats exposés. Les résultats de la sensibilité et de la spécificité sont peu détaillés.

		○ Corrélation faible mais significatives entre le SCI-2 et la tentative suicidaire au cours du mois précédent ($r = 0,15$) • Validité prédictive : les 5 dimensions du SCI-2 excepté l'isolement social sont prédictif d'une tentative de suicide ($AUC = 0,883$) et tout particulièrement la dimension sur le manque de contrôle ($AUC = 0,847$)	
	Lisibilité des résultats	• Présenté sous forme de tableaux et de graphique	Les résultats sont clairement illustrés par les tableaux et graphiques
DISCUSSION	Discussion des résultats	• Rappel de l'objectif de l'étude • Mise en parallèle des hypothèses de départ avec les résultats obtenus • Résumé des résultats : oui	Rappel clair des principaux résultats de l'étude avec rappel et réponses aux objectifs et hypothèses de départ. Le ton est très favorable manque de nuance des propos.
	Limites de la revue	• Taux élevé de perte pour le suivi • Faible taux des résultats suicidaires dans l'échantillon	Les limites sont clairement exposées par les auteurs, toutefois certaines limites importantes ne sont pas discutées.
	Applicabilité clinique	• Cette échelle pourrait être utilisé pour les personnes à risques silencieux	
AUTRES	Recommandations	• Évaluer la validité prédictive des 5 dimensions • Créer une version plus courte de l'échelle	Les recommandations restent générales.
	Financement	• Les patients recevaient 50\$ pour l'évaluation de base et 25\$ pour la réévaluation à 1 mois • Supporté par : The American Foundation for Suicide Prevention (AFSP)	

Fiche de lecture n°8	
Titre	Development and validation study of the suicide screening questionnaire-observer rating (SSQ-OR)
Auteurs	Young-Hwan Choi, Vidal Yook, Kyojin Yang, Yaehee Cho, Deok Hee Lee, Hwa Jung Lee, Dong Hun Lee and Hong Jin Jeon
Année de publication	2022
Références bibliographique (norme Vancouver)	Choi YH, Yook V, Yang K, Cho Y, Lee DH, Lee HJ, et al. Development and validation study of the suicide screening questionnaire-observer rating (SSQ-OR). Front Psychiatry. 12 août 2022; 13:945051.

	Item	Description	Commentaires, critiques
TITRE	Titre	Nom du test, précise le sujet de l'article : développement et étude de validation	Ne présente pas la population ciblée
RÉSUMÉ	Structure	Objectif : nécessité de développer un outil pour les observateurs car les personnes à risque suicidaire ne sont pas toujours en capacité de chercher de l'aide. Évaluer la fiabilité et la validité du SSQ-OR Test et items : SSQ-OR avec 25 questions Critères : - α de Cronbach - Test U de Mann-Whitney - Corrélation de Spearman - Analyse factorielle - Courbe ROC - Régression logistique Échantillon : 328 individus à risques élevés et 661 personnes pour le groupe contrôle Méthode : Comparaison : BSSI ; PGQ-9 Résultat : - Cohérence interne importante - Bonne validité concurrente - Sensibilité de 0,73 - Spécificité de 0,79 - Validité prédictive significative Conclusion : le SSQ-OR a de bonnes propriétés psychométriques et pourrait être utilisé en complément des auto-questionnaires et des évaluations cliniques	Résumé très bien détaillé qui suit le plan Imrad. Ne mentionne pas de potentiels limites. Le résumé ne précise pas la population qui a été validé.

INTRODUCTION	Contexte	Problème majeur de santé publique. Cependant l'identification du risque suicidaire reste limitée. La plupart des outils de dépistage se concentre sur uniquement certaines dimensions. Le dépistage des risques suicidaires ne peut pas se limiter un une unique évaluation et doit prendre en compte l'ensemble des facteurs de risques. Les évaluations par des observateurs sont intéressante et permet de compléter les auto-questionnaires ou les entretiens cliniques, par l'observation du sujet dans sa vie quotidienne.	Contexte clairement établi, la problématique est bien expliquée. Justification d'une hétéroévaluation
	Objectif(s) / Question de recherche / Hypothèse(s)	• Objectifs : Développer et valider un instrument de dépistage pour les observateurs plus complet • Hypothèses : instrument présente une validité structurelle, validité concurrente, prédictive, cohérence interne, score seuil qui discrimine les personnes avec risques élevés et risques faibles	Objectifs et hypothèses clairement exposés.
MATÉRIEL ET MÉTHODE	Méthodologie	• Étude qualitative pour le développement de l'échelle	
	Population / Critères d'inclusion et d'exclusion	• Population : 2 groupes : ○ « suicidal group » groupe avec des risques élevés (n = 328) et ○ Groupe contrôle (n = 661) qui ne présente ni idéation ou tentative suicidaire • Les observateurs : amis, collègues, conseillers, famille, professeurs, époux, amant et autres • Taille de l'échantillon : 989 personnes • Critères d'inclusion : ○ Être majeur ○ Avoir un niveau de lecture collégiale • Critères d'exclusion : ○ Maladie neurodégénérative ○ Déficience intellectuelle ○ Trouble de la personnalité cliniquement significatif ○ Lésion cérébrale ○ Toute autre condition qui pourrait interférer avec la participation • Consentement : formulaire de consentement éclairé signé à la suite de l'explication de l'étude	La population est clairement décrite, avec des critères d'inclusions et d'exclusion établi. Manque d'information sur les observateurs.
	Déroulement de l'étude	• Procédure : ○ Les participants ont eu un entretien individuel avec un clinicien ○ Puis ils complétaient différents auto-questionnaires ○ Le SSQ-OR était rempli par un proche du participant ○ Puis un suivi téléphonique à 6 mois a été réalisé pour vérifier l'apparition ou non d'idéation suicidaire	Description détaillée du développement de l'échelle.
	Procédure de recherche (stratégie,	• Période de sélection des données : d'octobre 2020 à mars 2021 • Recrutement : Dans 12 centres d'urgences et 5 centres universitaire en Corée du Sud	Recrutement multicentrique

	sélection, collection des données)	• Mesures de références : ○ Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) ○ Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	
	Évaluation du biais	<i>Non précisé</i>	
	Analyses statistiques et synthèse des résultats	• Logiciel utilisé : ○ The Statistical Package for Social Sciences 21 ○ RANDBETWEEN de Microsoft Office 2016 ○ Mplus 7.0 • Validité de construit : ○ Analyse factorielle exploratoire ○ Analyse factorielle confirmatoire • Validité concurrente : Corrélation de Spearman • Cohérence interne : α de Cronbach • Sensibilité et spécificité : analyse de la courbe ROC • Validité prédictive : régression logistique • Comparaison inter-groupe : Mann-Whitney U-test	Analyses statistiques adaptées et bien décrites. Absence de l'évaluation de certaines données clefs.
RÉSULTATS	Caractéristiques des études et instruments	• Caractéristique de la population : ○ Entre 18 et 68 ans ○ Échantillon du groupe « suicidaire » : n = 328 ; 71,34% de femme ○ Échantillon du groupe « contrôle » : n = 661 ; 60,06% de femme	Description plutôt détaillée de la population.
	Synthèse des résultats	• Validité de construit : 2 facteurs identifiés : ○ Suicide et santé mentale ○ Stress social et environnement • Validité concurrente : ○ Corrélation modérée avec le BSSI et le PHQ-9 ○ Corrélation avec les sous-facteurs = 0,778 • Cohérence interne : ○ Excellente : α de Cronbach total = 0,91 • Analyse ROC : ○ Sensibilité = 73% ○ Spécificité = 79% ○ AUC = 0,817 • Validité prédictive : bonne à court terme	Présentation claire des résultats. La validité prédictive est basée sur un sous-échantillon.
	Lisibilité des résultats	• Présenté sous forme de tableaux et de graphique	
DISCUSSION	Discussion des résultats	• Résumé des résultats : oui • Comparaison des résultats obtenus avec la littérature	Une synthèse des principaux résultats a bien été détaillée et ces résultats ont été mis en perspective avec la littérature actuelle.
	Limites de la revue	• Effet plancher • Uniquement validé dans une population est-asiatique • Suivi uniquement pour un sous-échantillon	Certaines limites sont clairement exposées par les auteurs mais aucun argument sur les biais lié à l'hétéroévaluation.

	Applicabilité clinique	• Ne pas utiliser uniquement ce test mais le comparer avec un auto-questionnaire ou un test clinique • Applicable en milieux scolaire, dans la communauté, ou en milieu clinique	
AUTRES	Recommandations	• Validation dans d'autres populations	Peu de perspective précise évoqué par les auteurs
	Autorisation	• Approuvé par: The Institutional Review Board of the Samsung Medical Center	
	Financement	• Ministère du Commerce, de l'industrie et de l'énergie (Corée) • Ministère de la Santé et du Bien-être (Corée)	

ANNEXE V : Brochure à destination des étudiants

CONTEXTE

Cette brochure a été réalisée à la suite d'une initiation à la revue de la littérature dans le cadre d'un mémoire de fin d'études. Son objectif était d'identifier des outils de dépistage des risques suicidaires valides et fiables, applicables à la pratique des MK. Ainsi, la validité et fiabilité des outils présentés dans cette brochure ont été prouvées dans la littérature. Toutefois aucune étude n'a étudié leur applicabilité en masso-kinésithérapie. Cette brochure offre des pistes d'utilisation clinique afin de sensibiliser les étudiants à ce sujet.

Plus de 12 millions de personnes en France sont atteintes de douleurs chroniques (1). Au-delà de la souffrance physique, elle s'accompagne fréquemment de troubles dépressifs, anxieux et de désespoir, constituant ainsi une population à risque suicidaire. Un patient douloureux chronique sur quatre présente une **idéation suicidaire** (2).

Le suicide est rarement un phénomène impulsif, il s'inscrit plutôt dans un **processus évolutif** marqué par plusieurs étapes. 1. le désespoir menant à l'**idéation suicidaire**, pensées à se donner la mort de manière persistante ou récurrente celle-ci peut mener à la **planification** d'un passage à l'acte. 2. La **tentative de suicide** (acte non fatal accompli avec l'intention de se donner la mort). 3. Le **suicide** (se donner la mort). Une dernière notion clef est les **comportements suicidaires** caractérisés entre autres par les gestes auto-infligés (3).

Le masso-kinésithérapeute fait partie intégrante du parcours de soin de ces patients. Par la **fréquence**, la **durée** des soins et l'instauration d'une **alliance thérapeutique** forte avec leur patientèle, il occupe une place privilégiée pour repérer d'éventuels signes de détresse psychologique. Son rôle clef dans le dépistage lui permet ainsi de **reorienter** au mieux les patients dans un contexte de **collaboration** et de **pluridisciplinarité** (4-5).

RÉORIENTER

Médecin traitant

Psychologue / Psychiatre

Urgences si danger immédiat

NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

3114

Joignable 24h/24 et 7j/7
Gratuit

1. HAS Argumentaire. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. 2023.
2. Kwon CY, Lee B. Prevalence of suicidal behavior in patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Front Psychol. 2023;14:1212799.
3. Schryvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. J Affect Disord. 2012;138(1-2):19-26.
4. Boudrihem S, Wornat-Lab V. Conduite éthique de la relation en masso-kinésithérapie dans le respect du droit. Kinésithérapie Rev. 2021;21(230):51-57.
5. McGrath RL, Parnell T, Shepherd S, Verdon S, Pope R. Physiotherapists often encounter clients disclosing suicidal thoughts and behaviors: a cross-sectional survey of Australian physiotherapists. Physiother Theory Pract. 2025; 41 (2): 280-294.
6. Horowitz LM, Snyder DJ, Bouchoux ED, He JP, Harrington CJ, Cai J, et al. Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. Psychosomatics. 2020;61(6):713-722.
7. Bryan CJ. A Preliminary Validation Study of Two Ultra-Brief Measures of Suicide Risk: The Suicide and Perceived Burdensomeness Visual Analog Scales. Suicide Life Threat Behav. 2019;49(2):343-352.
8. Van Spiljer BAJ, Batterham PJ, Calear AL, Farmer L, Christensen H, Reynolds J, et al. The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-Based Validation Study of a New Scale for the Measurement of Suicidal Ideation. Suicide Life Threat Behav. 2014;44(4):408-419.
9. Calear AL, Batterham PJ, Sunderland M, Carragher N. Development and Validation of State and Adaptive Screeners to Assess Suicidal Thoughts and Behavior. Suicide Life Threat Behav. 2020;50(1):189-200.

DOULEUR CHRONIQUE & RISQUES SUICIDAIRES

LE RÔLE DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

DROUNA LYSSANDRE, JANVIER 2026

REPÉRER

PAROLE

“Je n'en peux plus”

“À quoi bon continuer ?”

“Je suis un fardeau pour tout le monde”

COMPORTEMENT

- Repli sur soi
- Perte de motivation
- Désengagement des soins
- Anxiété / Dépression
- Signes d'auto-mutilation / violence

QUESTIONNER ?

En cas de doute, osez poser la question

- Ressentez-vous l'envie de vous faire du mal ?
- Est-ce qu'il vous arrive de penser que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue ?
- Avez-vous des pensées suicidaires ?

Si oui, déterminez le niveau de dangerosité

- Questionner la présence d'un **plan suicidaire**
- Plus un scénario est détaillé (jour, manière, dispositif à disposition...) plus l'urgence est importante !

Questionner augmente pas le risque

TESTER

4 outils de dépistage à proposer au patient

ASQ[®]

1- Au cours des dernières semaines, avez-vous souhaité être mort ?
☐ OUI ☐ NON

2- Au cours des dernières semaines, avez-vous eu le sentiment qu'il serait préférable, pour vous ou votre famille, que vous soyez mort ?
☐ OUI ☐ NON

3- Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu des pensées suicidaires ?
☐ OUI ☐ NON

4- Avez-vous déjà essayé de vous suicider ?
☐ OUI ☐ NON

Si oui, quand et comment ? :

Si le patient répond oui à l'une des questions ci-dessus, poser la question 5

5- Avez-vous l'intention de vous suicider en ce moment ?
☐ OUI ☐ NON

Si oui, détaillez :

• Résultats psychométriques

• Applicabilité clinique théorique

S-VAS[®]

Envie de me donner la mort

Face vu par le praticien :

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Face présentée au patient :

Pas du tout Extrêmement

• Résultats psychométriques

• Applicabilité clinique théorique

SIDAS[®] (8)

1- Au cours du mois passé, à quelle fréquence avez-vous eu des pensées suicidaires ?
Jamais 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout le temps

2- Au cours du mois passé, à quel point avez-vous eu le contrôle sur ces pensées ?
Pas de contrôle 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Contrôle complet

3- Au cours du mois passé, à quel point étiez-vous proche de faire une tentative de suicide ?
Pas du tout proche 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tentative de suicide

4- Au cours du mois passé, dans quelle mesure vous êtes-vous senti tourmenté par des pensées suicidaires ?
Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

5- Au cours du mois passé, dans quelle mesure les pensées suicidaires ont-elles interféré avec votre capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne comme le travail, les tâches ménagères ou les activités sociales ?
Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement

• Résultats psychométriques

• Applicabilité clinique théorique

RMTS-S[®] (9)

LES 30 DERNIERS JOURS :

1- Je pensais que mourir serait un soulagement

2- Je pensais que les choses ne s'amélioreraient pas

3- Je sentais que je n'avais aucune raison de vivre

4- Je souhaitais être mort

5- Je pensais que je serais mieux mort

• Résultats psychométriques

• Applicabilité clinique théorique

* Traduction réalisée dans le cadre de ce travail, non confirmée par la littérature

ANNEXE VI : Les tests cliniques

C-SSRS

IDÉATION SUICIDAIRE		Depuis la naissance : moment où il/elle s'est senti(e) le plus suicidaire	Au cours des derniers mois
1. Désir d'être mort(e) Le sujet souscrit à des pensées concernant le désir de mourir ou de ne plus être en vie, ou le désir de s'endormir et de ne pas se réveiller. <i>Avez-vous souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller ?</i> Si oui, décrivez :		Oui Non ☐ ☐	Oui Non ☐ ☐
2. Pensées suicidaires actives non spécifiques Pensées d'ordre général non spécifiques autour de la volonté de mettre fin à ses jours/se suicider (par ex. « J'ai pensé à me suicider »), non associées à des pensées sur les manières permettant de se suicider, c'est-à-dire ni aux moyens, ni à une intention ou à un scénario, au cours de la période d'évaluation. <i>Avez-vous réellement pensé à vous suicider ?</i> Si oui, décrivez :		Oui Non ☐ ☐	Oui Non ☐ ☐
3. Idéation suicidaire active avec définition de moyens (sans scénario), sans intention de passage à l'acte Le sujet pense au suicide et a envisagé au moins un moyen pour y parvenir au cours de la période d'évaluation. Il ne s'agit pas ici de l'élaboration d'un scénario spécifique comprenant le moment, le lieu ou le moyen (par ex. le sujet a pensé à un moyen pour se suicider, mais ne dispose pas d'un scénario précis). Il s'agit par exemple d'une personne déclarant : « J'ai pensé à avaler des médicaments, mais je n'ai pas de scénario précis sur le moment, le lieu ou la manière dont je le ferais... et je n'irais jamais jusque là ». <i>Avez-vous pensé à la manière dont vous vous y prendriez ?</i> Si oui, décrivez :		Oui Non ☐ ☐	Oui Non ☐ ☐
4. Idéation suicidaire active avec intention de passage à l'acte, sans scénario précis Pensées suicidaires actives, le sujet exprime une intention plus ou moins forte de passer à l'acte et ne se contente pas de déclarer : « J'ai des pensées suicidaires, mais je ne ferai jamais rien pour les mettre en œuvre ». <i>Avez-vous eu des pensées de ce genre et l'intention de passer à l'acte ?</i> Si oui, décrivez :		Oui Non ☐ ☐	Oui Non ☐ ☐
5. Idéation suicidaire active avec scénario précis et intention de passage à l'acte Pensées suicidaires associées à l'élaboration complète ou partielle d'un scénario détaillé ; le sujet exprime une intention plus ou moins forte de mettre ce scénario à exécution. <i>Avez-vous commencé ou fini d'élaborer un scénario détaillé sur la manière dont vous voulez vous suicider ? Avez-vous l'intention de mettre ce scénario à exécution ?</i> Si oui, décrivez :		Oui Non ☐ ☐	Oui Non ☐ ☐
INTENSITÉ DE L'IDÉATION Les aspects suivants doivent être évalués en fonction du type d'idéation le plus grave (c.-à-d. idéations 1 à 5 ci-dessus, 1 étant la moins grave et 5 la plus grave). La question portera sur le moment où il/elle s'est senti(e) le plus suicidaire. Depuis la naissance - Idéation la plus grave : _____ Au cours des derniers mois - Idéation la plus grave : _____ N° du type (1 à 5) Description de l'idéation		Idéation la plus grave	Idéation la plus grave
Fréquence Combien de fois avez-vous eu ces pensées ? (1) Moins d'une fois par semaine (2) Une fois par semaine (3) 2 à 5 fois par semaine (4) Tous les jours ou presque (5) Plusieurs fois par jour		_____	_____
Durée Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ? (1) Quelques instants : quelques secondes ou quelques minutes (4) 4 à 8 heures/une grande partie de la journée (2) Moins d'une heure/un certain temps (5) Plus de 8 heures/en permanence ou tout le temps (3) 1 à 4 heures/longtemps		_____	_____
Maîtrise des pensées suicidaires Pourriez-vous/pouvez-vous arrêter de penser au suicide ou à votre envie de mourir si vous le voul(î)ez ? (1) Maîtrise facilement ses pensées. (4) Capable de maîtriser ses pensées avec de grandes difficultés. (2) Capable de maîtriser ses pensées avec de légères difficultés. (5) Incapable de maîtriser ses pensées. (3) Capable de maîtriser ses pensées avec quelques difficultés. (6) N'essaie pas de maîtriser ses pensées.		_____	_____
Éléments dissuasifs Y a-t-il quelque chose ou quelqu'un (par ex. votre famille, votre religion ou la douleur au moment de la mort) qui vous a dissuadé(e) de vouloir mourir ou de mettre à exécution vos pensées suicidaires ? (1) Des éléments dissuasifs vous ont véritablement empêché(e) de tenter de vous suicider. (4) Vous n'avez très probablement été arrêté(e) par aucun élément dissuasif. (2) Des éléments dissuasifs vous ont probablement arrêté(e). (5) Les éléments dissuasifs ne vous ont pas du tout arrêté(e). (3) Vous ne savez pas si des éléments dissuasifs vous ont arrêté(e). (6) Sans objet		_____	_____
Causes de l'idéation Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez souhaité mourir ou vous suicider ? Était-ce pour faire cesser la douleur ou bien pour ne plus ressentir votre mal-être (en d'autres termes, vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être), ou bien pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres ? Ou tout cela à la fois ? (1) Uniquement pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres. (4) Principalement pour faire cesser la douleur (vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être). (2) Principalement pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres. (5) Uniquement pour faire cesser la douleur (vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être). (3) Autant pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres que pour faire cesser la douleur. (6) Sans objet		_____	_____

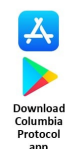
COMPORTEMENT SUICIDAIRE (Cochez toutes les cases correspondant à des événements distincts ; le sujet devra être interrogé sur tous les types de comportements)		Depuis la naissance		Au cours des 3 derniers mois	
Tentative avérée : Acte potentiellement auto-agressif commis avec l'intention plus ou moins forte de mourir <i>suite à cet acte</i> . Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire n'est pas nécessairement de 100 %. Si une intention/volonté quelconque de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra être qualifié de tentative de suicide avérée. La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire , mais seulement potentielle. Si la personne appuie sur la gâchette d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que cette arme ne fonctionne pas et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte sera considéré comme une tentative. Intention présumée : même si la personne nie son intention/sa volonté de mourir, on peut supposer d'un point de vue clinique l'existence de cette intention/volonté d'après le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (par ex. balle tirée dans la tête, défenestration d'un étage élevé). On peut également présumer une intention de mourir lorsqu'une personne nie son intention de mourir, tout en indiquant qu'elle pensait que ce qu'elle faisait pouvait être mortel. Avez-vous fait une tentative de suicide ? Avez-vous cherché à vous faire du mal ? Avez-vous fait quelque chose de dangereux qui aurait pu entraîner votre mort ? Qu'avez-vous fait ? Avez-vous _____ dans le but de mettre fin à vos jours ? Vouliez-vous mourir (même un peu) quand vous _____ ? Avez-vous tenté de mettre fin à vos jours quand vous _____ ? Où avez-vous pensé que vous pouviez mourir en _____ ? Où l'avez-vous fait uniquement pour d'autres raisons/sans AUCUNE intention de vous suicider (par exemple pour être moins stressé(e), vous sentir mieux, obtenir de la compassion ou pour que quelque chose d'autre arrive) ? (Comportement auto-agressif sans intention de suicide) Si oui, décrivez : _____		Oui ☐ Non ☐ Nombre total de tentatives _____	Oui ☐ Non ☐ Nombre total de tentatives _____		
Le sujet a-t-il eu un comportement auto-agressif non suicidaire ?		Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐		
Tentative interrompue : Interruption (par des facteurs extérieurs) de la mise en œuvre par la personne d'un acte potentiellement auto-agressif (<i>sinon, une tentative avérée aurait eu lieu</i>). Surdosage : la personne a des comprimés dans la main, mais quelqu'un l'empêche de les avaler. Si elle ingère un ou plusieurs comprimés, il s'agit d'une tentative avérée plutôt que d'une tentative interrompue. Arme à feu : la personne pointe une arme vers elle, mais l'arme lui est reprise par quelqu'un, ou quelque chose l'empêche d'appuyer sur la gâchette. Si elle appuie sur la gâchette et même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative avérée. Saut dans le vide : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un la retient et l'éloigne du bord. Pendoison : la personne a une corde autour du cou mais ne s'est pas encore pendue car quelqu'un l'en empêche. Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais d'en être empêché(e) par quelqu'un ou quelque chose avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez : _____		Oui ☐ Non ☐ Nombre total de tentatives interrompues _____	Oui ☐ Non ☐ Nombre total de tentatives interrompues _____		
Tentative avortée : La personne se prépare à se suicider, mais s'interrompt d'elle-même avant d'avoir réellement eu un comportement autodestructeur. Les exemples sont similaires à ceux illustrant une tentative interrompue, si ce n'est qu'ici la personne interrompt d'elle-même sa tentative au lieu d'être interrompue par un facteur extérieur. Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais de vous arrêter de vous-même avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez : _____		Oui ☐ Non ☐ Nombre total de tentatives avortées _____	Oui ☐ Non ☐ Nombre total de tentatives avortées _____		
Préparatifs Actes ou préparatifs en vue d'une tentative de suicide imminente. Il peut s'agir de tout ce qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, comme l'élaboration d'un moyen spécifique (par ex. se procurer des comprimés ou une arme à feu) ou la prise de dispositions en vue de son suicide (par ex. dons d'objets, rédaction d'une lettre d'adieu). Avez-vous pris certaines mesures pour faire une tentative de suicide ou pour préparer votre suicide (par ex. rassembler des comprimés, vous procurer une arme à feu, donner vos objets de valeur ou écrire une lettre d'adieu) ? Si oui, décrivez : _____		Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐		
	Tentative la plus récente Date :	Tentative la plus létale Date :	Première tentative Date :		
Létalité/lésions médicales observées : 0. Aucune atteinte physique ou atteinte physique très légère (par ex. égratignures). 1. Atteinte physique légère (par ex. élocution ralentie, brûlures au premier degré, légers saignements, entorses). 2. Atteinte physique modérée nécessitant une prise en charge médicale (par ex. personne consciente mais somnolente, altération de la réactivité, brûlures au deuxième degré, saignement d'un vaisseau important). 3. Atteinte physique grave, hospitalisation nécessaire et soins intensifs probablement nécessaires (par ex. état comateux avec réflexes intacts, brûlures au troisième degré sur moins de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante mais sans risque vital, fractures importantes). 4. Atteinte physique très grave, hospitalisation et soins intensifs nécessaires (par ex. état comateux avec absence de réflexes, brûlures au troisième degré sur plus de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante associée à une instabilité des signes vitaux, atteinte majeure d'un organe vital). 5. Décès	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____		
Létalité potentielle : ne répondre que si la létalité observée = 0 Létalité probable d'une tentative avérée en l'absence de lésions médicales (exemples de tentatives n'ayant entraîné aucune lésion médicale, mais pouvant potentiellement présenter un degré très élevé de létalité : la personne place le canon d'une arme à feu dans sa bouche, appuie sur la gâchette, mais le coup ne part pas et aucune lésion médicale n'est engendrée ; la personne s'allonge sur les rails à l'approche d'un train mais est relevée par quelqu'un avant d'être écrasée). 0 = Comportement peu enclin à engendrer des blessures 1 = Comportement susceptible d'engendrer des blessures mais ne pouvant causer la mort 2 = Comportement susceptible de causer la mort malgré des soins médicaux disponibles	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____		

C-SSRS – Version courte

Always ask questions 1 and 2.	Past Month
1) Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?	
2) Have you actually had any thoughts about killing yourself?	
If YES to 2, ask questions 3, 4, 5 and 6. If NO to 2, skip to question 6.	
3) Have you been thinking about how you might do this?	
4) Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?	High Risk
5) Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Did you intend to carry out this plan?	High Risk
Always Ask Question 6	Life-time Past 3 Months
6) Have you done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life? Examples: Took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, or 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, etc. If yes, was this within the past 3 months?	High Risk



If YES to 2 or 3, seek behavioral healthcare for further evaluation.
If the answer to 4, 5 or 6 is YES, get **immediate help: Call or text 988, call 911 or go to the emergency room.**
STAY WITH THEM until they can be evaluated.



Poser toujours les questions 1 et 2.	(Au cours du dernier mois)	
1. Avez-vous souhaité être mort ou avez-vous souhaité pouvoir vous endormir et ne pas vous réveiller ?		
2. Avez-vous réellement eu des pensées concernant le fait de vous suicider ?		
Si OUI à la question 2, posez les questions 3, 4, 5 et 6. Si NON à la question 2, passez directement à la question 6.		
3. Avez-vous réfléchi à la manière dont vous pourriez vous y prendre ?		
4. Avez-vous eu ces pensées en ayant une certaine intention de passer à l'acte ?	Risque Élevé	
3. Avez-vous commencé à élaborer ou avez-vous élaboré les détails de la manière de vous suicider ? Avez-vous l'intention de mettre ce plan à exécution ?	Risque Élevé	
Poser toujours la question 6	Au cours de la vie	Les 3 derniers mois
6) Avez-vous fait quoi que ce soit, commencé à faire quoi que ce soit ou vous êtes-vous préparé à faire quoi que ce soit pour mettre fin à vos jours ? Exemples : Pris des comprimés, tenté de vous tirer une balle, vous être coupé, tenté de vous pendre, sorti des comprimés mais ne les avez pas avalés, tenu une arme à feu mais avez changé d'avis ou on vous l'a arrachée des mains, êtes allé sur un toit mais n'avez pas sauté, collectionné des comprimés, vous êtes procuré une arme, donné des objets de valeur, rédigé un testament ou une lettre de suicide, etc. Si oui, était-ce au cours des 3 derniers mois ?		Risque Élevé

Si la réponse à la question 2 ou 3 est OUI, orientez la personne vers un service de santé pour une évaluation plus approfondie.

Si la réponse à la question 4, 5 ou 6 est OUI, obtenez une aide immédiate :

Composez le 31 14, appelez le 15, ou rendez-vous aux urgences.

RESTEZ AVEC LA PERSONNE jusqu'à ce qu'elle puisse être évaluée.



SIDAS

1- “In the past month, how often have you had thoughts about suicide?”

0 Never, 1–9 : unlabeled points, 10 Always

2- “In the past month, how much control have you had over these thoughts?”

0 No control/do not control, 1–9: unlabeled points, 10 Full controls

3- “In the past month, how close have you come to making a suicide attempt?”

0 Not at all close, 1–9: unlabeled points 10 Have made an attempt

4- “In the past month, to what extent have you felt tormented by thoughts about suicide?”

0 Not at all, 1–9: unlabeled points, 10 Extremely

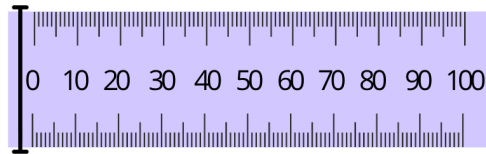
5- “In the past month, how much have thoughts about suicide interfered with your ability to carry out daily activities, such as work, household tasks or social activities?”

0 Not at all, 1–9: unlabeled points, 10 Extremely

S-VAS / PB-VAS

S-VAS: urge to kill myself (= envie de me donner la mort)

Face vu par le praticien :

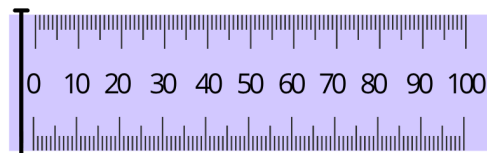


Face présentée au patient :



PB-VAS: like a burden (= impression d'être un fardeau)

Face vu par le praticien :



Face présentée au patient :



ASQ

NIMH TOOLKIT



Suicide Risk Screening Tool

Ask ~~Suicide-Screening~~ Questions

Ask the patient:

- In the past few weeks, have you wished you were dead? ☐ Yes ☐ No
- In the past few weeks, have you felt that you or your family would be better off if you were dead? ☐ Yes ☐ No
- In the past week, have you been having thoughts about killing yourself? ☐ Yes ☐ No
- Have you ever tried to kill yourself? ☐ Yes ☐ No
 If yes, how? _____

 When? _____

If the patient answers **Yes** to any of the above, ask the following acuity question:

- Are you having thoughts of killing yourself right now? ☐ Yes ☐ No
 If yes, please describe: _____

Next steps:

- If patient answers "No" to all questions 1 through 4, screening is complete (not necessary to ask question #5). No intervention is necessary (*Note: Clinical judgment can always override a negative screen).
- If patient answers "Yes" to any of questions 1 through 4, or refuses to answer, they are considered a **positive screen**. Ask question #5 to assess acuity:
 - ☐ "Yes" to question #5 = **acute positive screen** (imminent risk identified)
 - Patient requires a **STAT** safety/full mental health evaluation.
 - **Patient cannot leave until evaluated for safety.**
 - Keep patient in sight. Remove all dangerous objects from room. Alert physician or clinician responsible for patient's care.
 - ☐ "No" to question #5 = **non-acute positive screen** (potential risk identified)
 - Patient requires a **brief** suicide safety assessment to determine if a **full** mental health evaluation is needed. **Patient cannot leave until evaluated for safety.**
 - Alert physician or clinician responsible for patient's care.

Provide resources to all patients

- 24/7 National Suicide Prevention Lifeline 1-800-273-TALK (8255) En Español: 1-888-628-9454
- 24/7 Crisis Text Line: Text "HOME" to 741-741

asQ Suicide Risk Screening Toolkit
NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH)



ASQ – Traduction française

Questionnaire ASQ

- Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ?
- Au cours des dernières semaines, as-tu eu le sentiment qu'il serait préférable, pour toi ou ta famille, que tu sois mort ?
- Au cours de la dernière semaine, as-tu eu des pensées suicidaires ?
- As-tu déjà essayé de te suicider ?

Si le patient répond oui à l'une des questions ci-dessus, il est demandé de lui poser la question supplémentaire suivante :

- As-tu l'intention de te suicider en ce moment ?

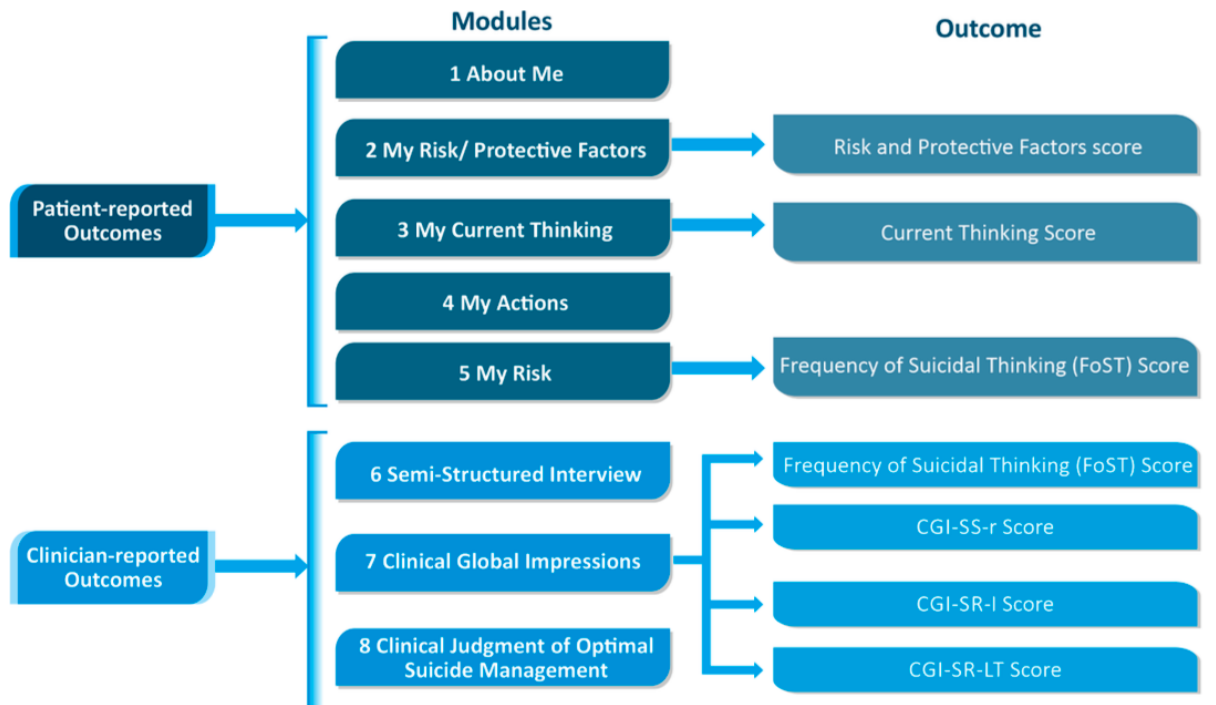
RMTS-S

Rapid Measurement Toolkit for Suicidality-Static Screener (RMTS-S)

In the past 30 days

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
I thought that dying would be a relief	☐	☐	☐	☐	☐
I thought that things would not get better	☐	☐	☐	☐	☐
I felt that I had no reason to live	☐	☐	☐	☐	☐
I wished I were dead	☐	☐	☐	☐	☐
I thought I would be better off dead	☐	☐	☐	☐	☐

SIBAT



SCI-2

The suicide crisis syndrome and the suicide crisis inventory-2.

Over-arching criterion	Symptomatic Dimension	Symptoms	SCI-2 items selected from
Criterion A	(A) Entrapment (10 items)	Entrapment (10 items)	SCI (Barzilay et al., 2020) Items 4, 12, 13, 17, 29, 30, 35, 42, 44 & 49
Criterion B	(B1) Affective disturbance (18 items)	Emotional pain (5 items)	SCI (Barzilay et al., 2020) Items 7, 19, 38, 41 & 48
		Rapid spikes of negative emotions (2 items)	Affective Intensity Rating Scale (AIRS; Yaseen et al., 2012) Items 19 & 20
		Extreme anxiety (7 items)	Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis and Melisartos, 1983) Item 1 SCI (Barzilay et al., 2020) Items 5, 6, 9, 20, 22, 32
		Acute anhedonia (4 items)	Beck Depression Inventory (BDI) (Beck and Steer, 1987) Items 4 & 12 Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SH-PS) (Snaith et al., 1995) Items 2 & 3
	(B2) Loss of cognitive control (15 items)	Rumination (4 items)	SCI (Barzilay et al., 2020) Items 3, 24, 26 & 34
		Cognitive rigidity (4 items)	Resistance to Change Scale (RTC) (Oreg, 2003) Items 14, 15, 16 & 17 were included after modification
		Ruminative flooding (4 items)	SCI (Barzilay et al., 2020) Items 8, 14, 45 & 47
		Failed thoughts suppression (3 items)	SCI (Barzilay et al., 2020) items 11, 39 & 40
	(B3) Hyperarousal (13 items)	Agitation (5 items)	BSI (Derogatis and Melisartos, 1983) Items 38 & 49 Brief Agitation Measure (BAM) (Ribeiro et al. 2011) Items 1, 2, & 3
		Hypervigilance (3 items)	BSI (Derogatis and Melisartos, 1983) Item 10 Brief Hypervigilance Scale (BHI) (Bernstein et al., 2015) Items 1 & 5
		Irritability (3 items)	BSI (Derogatis and Melisartos, 1983) Items 6, 13, & 46.
		Insomnia (2 items)	SCI (Barzilay et al., 2020) items 17 & 15
	(B4) Social withdrawal (5 items)	Social withdrawal (5 items)	The Interpersonal Needs Questionnaire Short-Form (INQ) (Van Orden et al., 2012) Item 9 Social Disconnectedness and Perceived Isolation Scales (Cornwell and Waite, 2009) Items 3 & 9 2 items generated by the team

SSQ-OR

	Content	Yes	No	Do not know
1	Rarely meets anyone and spends most of the day alone			
2	Suffers from conflicts with family members such as parents, children, or siblings			
3	Suffers from conflict, divorce, or breakup with a lover or spouse			
4	Depreciates or regards him/herself as pathetic			
5	Impulsively does something dangerous or regrettable (e.g., drunken driving, violence, binge eating, impulsive consumption, severe argument with people around)			
6	Says that he/she will die when emotions get intense			
7	Has planned a place, time, method for suicide (e.g., checking out a place or buying a tool, etc.)			
8	Has attempted suicide more than once so far			
9	Says that death is the only way to solve the current problems			
10	Talks about suicide or death			
11	Suddenly organizes the surroundings (e.g., property arrangement, personal affair arrangement, efforts to improve relationships)			
12	Says that people around him/her would be better off if he/she dies or disappears			
13	Says that he/she wanted to die following a deceased family member, friend, pet or celebrity			
14	Looks depressed or lethargic almost every day			
15	Has hurt him/herself to the extent of leaving a scar			
16	Continues drinking even though drinking causes serious problems (e.g., deterioration of health, violence/abusive language, interpersonal conflicts)			
17	Looks very anxious and nervous			
18	Has severe mood swings			
19	Is being suspicious of other people's intention and/or thinks others are doing him/her harm			
20	Complains about sleep problems (e.g., not being able to fall asleep easily, waking up in the middle of the night, change in sleeping hours)			
21	Suffers from a failure (e.g., job, promotion, business, academic failure, etc.)			
22	Suffers from the financial distress (e.g., debt, poverty, bankruptcy, etc.)			
23	Has suffered since experiencing physical, verbal or sexual violence			
24	Suffers from being unemployed			
25	Suffers from unfair treatment or insult			