



Groupement d'Études et de Prévention du Suicide

Recommandations
concernant
la prévention du suicide
et autres gestes auto-infligés
dans les
Établissements sanitaires
et médico-sociaux
en France

Édition 2026

Table des matières

Le Geps	6
Terminologie : définition et choix des mots	7
Synthèse	8
Justification des recommandations	8
Les 10 recommandations du Geps	9
Conclusion	11
Abstract	12
Rationale for the recommendations	12
The 10 Geps recommendations	13
Conclusion	15
Tableau de synthèse	16
Cadre méthodologique de ces recommandations	18
Objectifs et questions posées	18
Populations cliniques concernées	18
Professionnels concernés	18
Critères de certification HAS 2025	19
Méthodologie des recommandations	19
Revue de la littérature	22
Méthode	22
Résultats	23
Niveaux de preuve	24
Préambule	27
Le suicide est une mort évitable	28
Le suicide en établissement de soins : Un événement évitable trop fréquent	29
Des taux élevés de suicide en établissement de santé	29
Le triple choc du suicide en établissement de santé	30
Caractéristiques des suicides en établissement de santé	31
Études des causes profondes des suicides en établissement	33
Des taux élevés de suicide dans l'année qui suit la sortie	34
Comprendre la crise suicidaire	35
Dynamique de la crise suicidaire	35



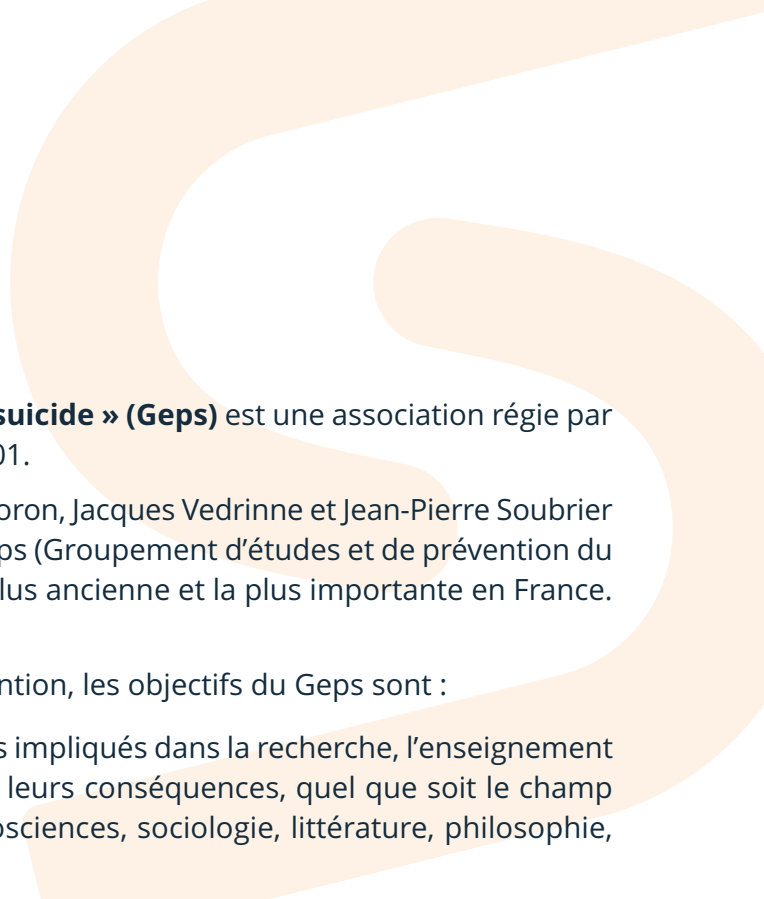
Des idées aux actes : la transition suicidaire	37
Principes généraux de l'identification de la crise suicidaire	38
Parler de ses idées suicidaires n'est pas simple	38
Reconnaitre les barrières à l'évaluation des idées suicidaires par les soignants	39
Savoir poser simplement la question des idées suicidaires	40
La difficulté à évaluer un risque suicidaire individuel et notre très faible capacité de prédiction des actes suicidaires	40
Les questionnaires sont peu utiles en pratique clinique	42
Principes généraux de l'intervention de crise suicidaire	42
La prévention du suicide se heurte à de nombreuses idées reçues qu'il faut combattre	42
Définir les objectifs généraux de l'intervention de crise en identifiant les besoins actuels du patient	44
Chercher la qualité de la relation thérapeutique, être bienveillant et disponible et ne pas rester seul	44
Restreindre systématiquement l'accès aux moyens létaux durant la crise	45
Interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques de la crise suicidaire	45
Hospitaliser à temps complet pour crise suicidaire : une décision complexe, non systématique et si possible partagée	46
Un niveau de preuve très limité en termes de prévention du suicide	46
L'hospitalisation en psychiatrie comporte aussi des risques	47
Les limites de la prédiction	47
De possibles alternatives	48
L'hospitalisation : pas un gold standard systématique mais une option parmi d'autres à bien peser	48
Les enfants et adolescents en crise suicidaire	50
Recommandations	51
Recommandation 1 : Définir et mettre en place un plan d'établissement de prévention du suicide et des gestes auto-infligés, et associer un plan de postvention institutionnelle	52
Niveau de preuve	52
Créer un plan d'actions multimodales de prévention du suicide et des gestes auto-infligés en établissement	52
Être conscient des freins et facilitateurs à la mise en place d'un plan de prévention du suicide	53
Associer systématiquement un plan de postvention institutionnelle	53



Recommandation 2 : Assurer la sécurisation de tous les lieux de soins des patients dans l'établissement	55
Niveau de preuve	55
Justification	56
Réaliser un audit pluriprofessionnel du mobilier et de l'immobilier	57
Procéder à une sécurisation physique du mobilier et de l'immobilier	57
Quelques exemples de sécurisation des lieux de soins	58
Les unités et services de soins psychiatriques fermés ne sont pas un moyen efficace de prévention du suicide	60
Faire systématiquement l'inventaire des affaires des patients à l'entrée en établissement et au retour de permissions	60
Autres procédures de sécurité	60
Recommandation 3 : S'assurer d'une formation adéquate du personnel soignant, en nombre suffisant et disponible, de relations de soins de qualité et des décisions partagées	61
Niveau de preuve	61
Former le personnel à la crise suicidaire	62
Assurer un nombre suffisant de soignants par unité de soins	62
Assurer une disponibilité et une relation bienveillante et de qualité	63
Vers une culture du soin partagé	64
Recommandation 4 : Assurer un dépistage régulier des pensées suicidaires et développer un plan de surveillance et de protection	65
Niveau de preuve	65
Évaluer régulièrement l'existence de pensées suicidaires durant l'hospitalisation	65
Mettre en place un plan de surveillance et de protection et prescrire le niveau de surveillance d'un patient suicidaire	68
L'observation constante et le contrat « pas de suicide » ne sont pas efficaces	69
Recommandation 5 : Faciliter la transmission des informations externes et internes sur le patient	70
Niveau de preuve	70
Assurer la qualité des procédures de transmission des informations et de leur traçabilité	70
S'assurer d'une communication adéquate des informations entre tous les intervenants à l'entrée	71
S'assurer d'une transmission optimale des informations en interne au cours de l'hospitalisation	72
S'assurer d'une communication adéquate des informations avec l'entourage tout au long de l'hospitalisation	72

Recommandation 6 : Organiser la psychiatrie de liaison dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)	73
Niveau de preuve	73
S'appuyer sur une unité de psychiatrie de liaison pour la prise en charge des patients en crise suicidaire en MCO	73
Recommandation 7 : Traiter les troubles psychiatriques et de l'usage de substances ; discuter les interventions pharmacologiques et psychosociales de la crise suicidaire	75
Niveau de preuve	75
Traiter efficacement les troubles psychiatriques et les troubles de l'usage de substances	76
Traitements pharmacologiques de la crise suicidaire et de la prévention des actes suicidaires	77
Interventions psychosociales de la crise suicidaire et de la prévention des actes suicidaires	78
Recommandation 8 : Préparer les périodes de transition (transferts, permissions, sorties), et assurer la continuité des soins et un re-contact	79
Niveau de preuve	79
Préparer les permissions avec le patient et son entourage	80
Préparer la sortie avec le patient, son entourage et les soignants en ambulatoire	81
Assurer une continuité des soins	82
Mettre en place un dispositif de re-contact	83
Recommandation 9 : Améliorer le signalement des suicides et tentatives de suicide en établissement de santé	84
Niveau de preuve	84
Signaler tout acte suicidaire survenue en établissement de santé	84
Recommandation 10 : Conduire systématiquement une revue de mortalité et morbidité après un acte suicidaire	85
Niveau de preuve	85
Mettre en place une RMM après tout suicide ou tentative de suicide	85
Ont participé à l'élaboration de ces recommandations	87
Groupe de travail	87
Revue de littérature	87
Groupe de lecture	88
Abréviations	89
Références bibliographiques	90

Le Geps



Le « **Groupement d'étude et de prévention du suicide** » (**Geps**) est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.

Il a été fondé en 1969 par les professeurs Pierre Moron, Jacques Vedrinne et Jean-Pierre Soubrier avec le soutien du professeur Pierre Pichot. Le Geps (Groupement d'études et de prévention du suicide) est la société savante de suicidologie la plus ancienne et la plus importante en France.

Articulé sur le trépied formation-recherche-prévention, les objectifs du Geps sont :

- de contribuer à fédérer les experts francophones impliqués dans la recherche, l'enseignement et la prévention des conduites suicidaires et de leurs conséquences, quel que soit le champ d'étude (médecine, psychologie, biologie, neurosciences, sociologie, littérature, philosophie, éthique, théologie, pédagogie, etc.),
- de soutenir et de participer à l'animation scientifique concernant les conduites suicidaires et leur prévention en France,
- de soutenir, stimuler et faciliter les actions de prévention du suicide et de leurs conséquences,
- de contribuer à définir, à diffuser et à promouvoir les meilleures pratiques en prévention des conduites suicidaire et de leurs conséquences, notamment à travers l'élaboration, la diffusion et la promotion de recommandations, ainsi que l'élaboration et l'accompagnement à l'implémentation de contenus pédagogiques,
- de stimuler, de promouvoir et de soutenir la recherche concernant les conduites suicidaires, leurs déterminants et leurs conséquences, et de contribuer à en diffuser les résultats,
- de soutenir la diffusion de ressources et d'informations à caractère scientifique concernant les conduites suicidaires et leur prévention auprès de la communauté des acteurs de la prévention et du grand public,
- d'aviser les organisations et décideurs locaux, nationaux et internationaux dans l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques de prévention des conduites suicidaires et de leurs conséquences,
- d'assurer une fonction représentative au sein des organisations nationales et internationales impliquées dans l'étude et la prévention des conduites suicidaires et de leurs conséquences,
- de faciliter les échanges avec des experts et représentants internationaux d'organismes contribuant à l'étude et à la prévention des conduites suicidaires et de leurs conséquences,

Le Geps conduit son action dans un esprit constant d'exigence scientifique, de pluridisciplinarité et d'interprofessionnalité.

Terminologie :

définition et choix des mots

Dans le présent document, une **crise suicidaire** est définie comme une crise psychique caractérisée par la présence d'idées suicidaires. L'acte suicidaire n'est pas systématique dans la crise suicidaire même si c'est l'issue redoutée ¹.

Les **idées ou pensées suicidaires** sont des pensées liées au désir de mourir, passivement (ne pas se réveiller, avoir un accident, etc.) ou en se donnant activement la mort par un moyen suicidaire. Les idées suicidaires sont donc hétérogènes et s'étendent de vagues idées passives à un plan et une préparation active.

Une **tentative de suicide** est un acte réalisé avec une certaine intention de mourir et n'ayant pas conduit à la mort, quel que soit la raison (moyen peu létal, appel rapide des secours, secours externes, chance, etc.). Il s'agit donc de gestes très hétérogènes s'étendant de gestes à faible intention suicidaire (souvent considérés comme ayant pour but principal d'appeler au secours) jusqu'à des gestes très intentionnels conduisant à des blessures parfois majeures ou n'ayant pas conduit à la mort par chance. Il ne s'agit pas de « suicides ratés ».

Les **gestes auto-infligés non létaux** comprennent les tentatives de suicides et les gestes auto-agressifs sans intention suicidaire (scarification, automutilations, etc.). Les codages selon la CIM-10 (à l'hôpital, concernant les causes de décès, etc.) suivent cette taxonomie en distinguant lésions auto-infligées et auto-intoxications. Le terme choisi ici de geste auto-infligé met l'accent sur la prévention de tout geste et indirectement sur les conséquences physiques et non pas seulement sur la prévention des blessures.

Un **suicide** (ou **suicide « abouti »**, terme à préférer à « suicide réussi »), est un acte réalisé avec une certaine intention de mourir et ayant conduit à la mort. L'intention de l'acte peut être compliquée à déterminer a posteriori.

Les termes de personnes ou patients suicidaires (ou suicidaires) et personnes ou patients suicidantes (ou suicidants) ont été évités car réducteurs, « essentialisants » et stigmatisants pour être remplacés par **personnes ou patients ayant des idées suicidaires** et **personnes ou patients ayant réalisé un acte suicidaire**.

De même, les termes de suicidés et récurrences suicidaires, aux connotations judiciaires et stigmatisantes, sont remplacées par **personnes décédées de suicide** et **réitération suicidaire**.

Enfin, le **masculin** a été utilisé ici dans une forme neutre, applicable à tout genre.

¹ Conférence de Consensus. (2000). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

Synthèse

Justification des recommandations

Le suicide est une cause de décès évitable, y compris en établissement de santé. Chaque année, plusieurs centaines de suicides sont recensés en milieu hospitalier en France, en psychiatrie mais aussi en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), ou en établissement médico-social.

Ces suicides constituent un triple choc pour les familles, les autres patients présents et les équipes soignantes.

Ils exposent aussi les établissements à un risque juridique et éventuellement financier.

Un risque élevé de suicide est également rapporté dans les semaines et mois qui suivent la sortie d'hospitalisation.

Malgré l'avancée des connaissances scientifiques, la capacité à prédire les actes suicidaires reste très faible : Une majorité de patients qui se suicident en établissement n'étaient pas considérés comme à risque lors de leur dernier contact avec l'équipe soignante.

Il est donc impératif d'adopter une approche systémique et collective, en intégrant des mesures concrètes de prévention, d'identification, d'intervention et, en cas de suicide, de postvention.

Ces recommandations s'appuient sur une revue systématique de la littérature et sur un consensus d'experts.

Leur objectif est de réduire le nombre de suicides et de gestes auto-infligés pendant l'hospitalisation et dans les mois suivant la sortie, en diffusant des pratiques basées sur les preuves et en faisant la promotion d'une culture de prévention du suicide et des gestes auto-infligés dans les établissements français.

NIVEAUX DE PREUVE :

→ Niveau 1 : Actions efficaces à niveau de preuve élevé

Méta-analyse avec intervalles de confiance étroits et/ou 2 ou plusieurs études randomisées et contrôlées avec une taille d'échantillon adéquate ;

→ Niveau 2 : Actions efficaces à niveau de preuve moyen

Méta-analyse avec intervalles de confiance larges et/ou 1 ou plusieurs études randomisées et contrôlées avec une taille d'échantillon adéquate ;

→ Niveau 3 : Actions efficaces à niveau de preuve limité

Études randomisées et contrôlées à petit échantillon ou études prospectives contrôlées non randomisées ou séries de cas ou études rétrospectives de haute qualité.

→ Niveau 4 : Actions possiblement efficaces selon avis d'experts et consensus

Aucune recommandation n'atteint le niveau 1 (élevé) et peu de recommandation le niveau 2 (moyen) en raison de la difficulté de conduire des études randomisées et contrôlées dans le domaine. Toutefois, plusieurs études permettent de classer certaines recommandations en niveau 3 (limité).

LES 10 RECOMMANDATIONS DU GEPS

1 **Élaborer un plan d'établissement de prévention des actes suicidaires et un plan de postvention institutionnelle**

Niveau de preuve : limité / consensus d'experts

Chaque établissement doit disposer d'un plan de prévention du suicide intégré dans sa politique qualité et gestion des risques. Ce plan doit être multimodal (associant plusieurs actions conjointes) et réalisé en équipe pluriprofessionnelle, impliquant les soignants comme la direction. Il doit faciliter l'émergence d'une culture d'établissement de réduction du risque de suicide. Un plan de postvention institutionnelle, préparant la réponse à un éventuel suicide, devrait être systématiquement associé.

2 **Sécuriser les lieux de soins pour tous les patients**

Niveau de preuve : limité / consensus d'experts

Il s'agit d'une action essentielle de la prévention du suicide en établissement. Un audit pluriprofessionnel exhaustif de sécurité portant sur le mobilier et l'immobilier doit être réalisé pour identifier les moyens de suicide, et des travaux entrepris sans délai pour réduire les risques. Les services fermés n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. L'inventaire des affaires personnelles est indispensable à l'entrée et au retour de permission. La sécurité des lieux de soins vis-à-vis du suicide (mobilier, immobilier, procédures) doit faire l'objet d'un suivi.

3 **Former les soignants, assurer un nombre suffisant, une disponibilité suffisante, des relations de soins de qualité, et favoriser les décisions partagées**

Niveau de preuve : limité / consensus d'experts

Le personnel soignant doit être formé à l'identification et à la gestion des crises suicidaires – en priorité en psychiatrie et dans les services recevant des patients à risque (notamment urgences, pédiatrie, gériatrie) mais aussi en MCO en général et en 10 établissement médicosocial. Le personnel doit être en nombre suffisant, activement disponible, et adopter une attitude bienveillante vis-à-vis des personnes en souffrance psychique, en crise suicidaire et celles qui ont réalisé un acte suicidaire. Les décisions partagées doivent être favorisées.

4 **Évaluer régulièrement l'existence d'idées suicidaires**

Niveau de preuve : limité / consensus d'experts

L'évaluation d'une éventuelle crise suicidaire doit être faite à l'entrée puis de manière régulière, pour tous les patients en service de psychiatrie, et pour les patients en MCO ou en établissement médico-social dans des situations psychosociales de souffrance ou souffrant de trouble psychiatrique. L'observation constante des patients jugés à haut risque n'a pas montré de bénéfice. Un plan de surveillance doit être prescrit et adapté à chaque situation et chaque personne, ainsi qu'un plan de protection adapté à l'hospitalisation et construit avec le patient.

5 Améliorer la transmission des informations

Niveau de preuve : consensus d'experts

Une communication fluide et structurée est essentielle : dès l'entrée du patient, entre les équipes pendant l'hospitalisation, et avec l'entourage du patient, en mobilisant l'ensemble des intervenants et afin d'éviter les pertes préjudiciables d'informations essentielles.

6 Structurer la psychiatrie de liaison

Niveau de preuve : limité

Les services de MCO doivent se rapprocher d'une équipe de psychiatrie de liaison avec des protocoles d'intervention clairement définis, pour une prise en charge rapide et adaptée.

7 Traiter les troubles psychiatriques et addictologiques et discuter les traitements pharmacologiques et psychosociaux de la crise suicidaire

Niveau de preuve : limité / consensus d'expert

Un traitement efficace (pharmacologique et/ou psychosocial) des troubles psychiatriques et addictologiques est indispensable, ces troubles représentant d'importants facteurs de risque suicidaire. Les traitements de la crise suicidaire doivent être discutés.

8 Anticiper les transitions (transferts, permissions, sorties), assurer une continuité des soins et un recontact

Niveau de preuve : moyen / limité / consensus d'experts

Les périodes de transition sont des périodes à haut risque. Il faut préparer les permissions et sorties avec le patient et son entourage, incluant un plan de protection pour les personnes ayant des idées suicidaires et celles ayant réalisé un acte suicidaire. Il est nécessaire d'assurer une continuité des soins avec un rendez-vous rapide dès la sortie, et organiser un dispositif de re-contact dans les jours suivant la sortie, idéalement dans les 7 jours.

9 Signaler systématiquement les actes suicidaires en établissement

Niveau de preuve : consensus d'experts

Une déclaration claire et exhaustive des suicides et tentatives de suicide en établissement est indispensable pour améliorer la connaissance et la prévention. Il s'agit d'une procédure obligatoire.

10 Conduire une revue de mortalité et morbidité (RMM) après chaque acte suicidaire

Niveau de preuve : limité

Une RMM devrait être menée après chaque suicide ou tentative de suicide. Elle doit inclure une analyse pluriprofessionnelle des causes profondes, mobiliser les équipes, et aboutir à des actions correctives.

Conclusion

Le suicide en établissement de santé n'est pas une fatalité. En combinant actions organisationnelles, humaines, cliniques et environnementales, les établissements peuvent prévenir de nombreux drames.

Le Geps insiste sur l'importance d'une culture partagée de la prévention des actes suicidaires, fondée sur la bienveillance, la disponibilité, la vigilance, la rigueur et la coopération interprofessionnelle et avec l'entourage (au sens large).

Ces recommandations visent à être opérationnelles et adaptables à tous types d'établissements de soins. Elles nécessitent un engagement institutionnel fort, mais aussi l'implication de chaque professionnel.

Abstract

Rationale for the recommendations

Suicide is a preventable cause of death, including in healthcare facilities. Each year, several hundred suicides are recorded in hospitals in France, in psychiatry, but also in medicine, surgery and obstetrics (MSO), and in medico-social facilities.

These suicides are a triple shock for families, other patients present, and care teams.

They also expose institutions to legal and potentially financial risk.

A high risk of suicide is also reported in the weeks and months following discharge from hospital.

Despite advances in scientific knowledge, the ability to predict suicidal acts remains very limited: the majority of patients who die by suicide in a facility were not considered at risk at their last contact with the care team.

It is therefore essential to adopt a systemic and collective approach, integrating concrete measures for prevention, identification, intervention, and, in case of suicide, postvention.

These recommendations are based on a systematic review of the literature and an expert consensus.

Their aim is to reduce the number of suicides and self-inflicted acts during hospitalization and in the months following discharge, by disseminating evidence-based practices and promoting a culture of prevention of suicide and self-inflicted acts within French facilities.

LEVELS OF EVIDENCE:

→ Level 1: Effective actions with a high level of evidence

Meta-analysis with narrow confidence intervals and/or two or more randomized controlled trials with an adequate sample size;

→ Level 2: Effective actions with a moderate level of evidence

Meta-analysis with wide confidence intervals and/or one or more randomized controlled trials with adequate sample size;

→ Level 3: Effective actions with limited evidence

Small randomized controlled trials or high-quality prospective non-randomized controlled trials or case series or retrospective studies.

→ Level 4: Actions that may be effective according to expert opinion and consensus

No recommendations reach level 1 (high) and few reach level 2 (moderate) due to the difficulty of conducting randomized controlled trials in this field. However, several studies allow certain recommendations to be classified as level 3 (limited).

THE 10 GEPS RECOMMENDATIONS

1

Develop a healthcare facility plan to prevent suicidal acts and an institutional postvention plan

Evidence level : limited /expert consensus

Each facility must develop a suicide prevention plan integrated into its quality policy and risk management. This plan must be multimodal (combining several actions implemented jointly) and developed by a multiprofessional team, involving both caregivers and management. It should foster the emergence of a facility culture aimed at reducing suicide risk. An institutional postvention plan, preparing the response to a possible suicide, should systematically be included.

2

Make care settings safe for all patients

Evidence level : limited /expert consensus

This is an essential action for suicide prevention in facilities. A comprehensive, multiprofessional safety audit of furniture and the physical environment must be conducted to identify means of suicide, and work should be undertaken without delay to reduce risks. Locked/closed units have not been proven effective. An inventory of personal belongings is indispensable upon admission and upon return from leave. The safety of care areas with regard to suicide (furnishings, environment, procedures) must be monitored.

3

Train caregivers, ensure sufficient staffing, availability, high-quality therapeutic relationships and shared decisions

Evidence level : limited /expert consensus

Care staff must be trained in identifying and managing suicidal crises - in priority in psychiatry and in units receiving at-risk patients (emergency, pediatrics, geriatrics) but also in MSO and in medicosocial facilities. Staffing must be sufficient, staff must be actively available, and they must adopt a caring attitude toward people experiencing psychological distress, those in suicidal crisis, and those who have carried out a suicidal act. Shared therapeutic decisions should be favored.

4

Regularly assess the presence of suicidal thoughts

Evidence level : limited /expert consensus

Assessment for a possible suicidal crisis must be carried out on admission and then regularly, for all patients in psychiatric units, and for patients from MSO services or medico-social facilities who are in psychosocial distress or have a psychiatric disorder. Constant observation of patients deemed at high risk has not shown benefit. A monitoring plan must be prescribed and tailored to each situation and person, as well as a safety plan adapted to hospitalization and build with the patient.

5 Improve information transfer

Evidence level : expert consensus

Smooth, structured communication is essential: from the time the patient is admitted, between care teams during hospitalization, and with the patient's relatives, by mobilizing all stakeholders to avoid harmful losses of essential information.

6 Structure liaison psychiatry

Evidence level : limited

MSO services should work closely with a liaison psychiatry team, with clearly defined intervention protocols, to ensure rapid and appropriate care.

7 Treat psychiatric and substance use disorders, and discuss pharmacological and psychosocial treatments for the suicidal crisis

Evidence level : limited / expert consensus

Effective treatment (pharmacological and/or psychosocial) of psychiatric and addictive disorders is essential. These disorders are major risk factors on suicidal acts. Treatments for the suicidal crisis should be discussed.

8 Anticipate transitions (transfers, leave, discharge) and ensure continuity of care and follow-up contact

Evidence level : moderate / limited / expert consensus

Transition periods are high-risk periods. Leave and discharge must be prepared with the patient and their relatives, including a safety plan for people with suicidal thoughts and those who have carried out a suicidal act. Continuity of care must be ensured with a prompt appointment after discharge, and a follow-up contact system organized in the days after discharge, ideally within 7 days.

9 Systematically report suicidal acts occurring in healthcare facilities

Evidence level : expert consensus

Clear and comprehensive reporting of suicides and suicide attempts occurring in facilities is essential to improve knowledge and prevention. It is also compulsory.

10 Conduct a mortality and morbidity review (MMR) after each suicidal act

Evidence level : limited

An MMR must be carried out after each suicide or suicide attempt. It must include a multiprofessional analysis of root causes, mobilize teams, and lead to corrective actions.

Conclusion

Suicide in healthcare facilities is not inevitable. By combining organizational, human, clinical, and environmental actions, facilities can prevent many tragedies.

Geps emphasizes the importance of a shared culture of preventing suicidal acts, based on kindness, availability, vigilance, rigor, and interprofessional cooperation, as well as cooperation with the patient's relatives (in a broad sense).

These recommendations are intended to be practical and adaptable to all types of care facilities. They require strong institutional commitment, but also the involvement of every professional.

Tableau de synthèse

Recommandations du Geps sur la prévention du suicide et autres gestes auto-infligés en établissement de santé et à la sortie, et leurs niveaux de preuve.

Niveaux de preuve : 1 : Actions efficaces à niveau de preuve élevé ; 2 : Actions efficaces à niveau de preuve moyen ; 3 : Actions efficaces à niveau de preuve limité ; 4 : Actions possiblement efficaces selon un consensus d'experts.

RECOMMANDATIONS GENERALES	ACTIONS SPECIFIQUES	NIVEAU DE PREUVE
1. INSTITUTION Définir et mettre en place un PLAN D'ETABLISSEMENT de prévention du suicide et des gestes auto-infligés et associer un plan de postvention	Créer un plan d'actions multimodales de prévention du suicide et des gestes auto-infligés en établissement	3
	Associer systématiquement un plan de postvention	4
2. MOYENS SUICIDAIRES Assurer la SECURISATION DE TOUS LES LIEUX DE SOINS des patients dans l'établissement	Réaliser un audit puis une sécurisation physique du mobilier et de l'immobilier	3
	Les unités et services de soins psychiatriques fermés ne sont pas un moyen efficace de prévention en comparaison des unités et services ouverts	3
	Faire systématiquement l'inventaire des affaires des patients à l'entrée en établissement et au retour de permissions	4
	Autres procédures de sécurité : chariots de médicaments, de ménage	4
3. PERSONNEL SOIGNANT S'assurer d'une FORMATION adéquate du personnel soignant, en NOMBRE SUFFISANT et DISPONIBLE , de RELATIONS de qualité, et favoriser les DECISIONS PARTAGEES	Former le personnel soignant à la crise suicidaire Assurer un nombre suffisant de soignants par unité de soins	4
	Assurer un nombre suffisant de soignants par unité de soins	3
	Assurer une disponibilité bienveillante du personnel soignant, et des relations de soins de qualité	4
	Favoriser les décisions partagées soignants-patients	3
4. EVALUER Assurer une EVALUATION REGULIERE de la crise suicidaire et une SURVEILLANCE de tous les patients	Évaluer régulièrement l'existence de pensées suicidaires durant l'hospitalisation	4
	L'observation constante et le contrat « pas de suicide » ne sont pas efficaces	3
	Mettre en place un plan de surveillance et de protection et prescrire le niveau de surveillance d'un patient suicidaire	4

RECOMMANDATIONS GENERALES	ACTIONS SPECIFIQUES	NIVEAU DE PREUVE
5. COMMUNIQUER Faciliter la TRANSMISSION DES INFORMATIONS externes et internes concernant le patient	S'assurer d'une communication adéquate des informations entre tous les intervenants à l'entrée	4
	S'assurer d'une transmission optimale des informations en interne au cours de l'hospitalisation	4
	S'assurer d'une communication adéquate des informations avec l'entourage tout au long l'hospitalisation	4
6. MCO Organiser la PSYCHIATRIE DE LIAISON dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)	Organiser les procédures d'avis de psychiatrie de liaison en MCO et définir les procédures d'intervention	3
7. TRAITER Traiter efficacement les TROUBLES PSYCHIATRIQUES et ADDICTOLOGIQUES et discuter les INTERVENTIONS pharmacologiques et psychosociaux adaptées de la crise suicidaire	Traitements des troubles psychiatriques et de l'usage de substances	4
	Interventions pharmacologiques de la crise suicidaire	4
	Interventions psychosociales de la crise suicidaire	3
8. PREPARER Préparer les PERIODES DE TRANSITION (transferts, permissions, sorties), et assurer la CONTINUITÉ DES SOINS	Préparer les permissions avec le patient, son entourage et les soignants en ambulatoire	4
	Incluant un plan de protection	4
	Assurer une continuité des soins et un re-contact	3 2
9. DECLARER Améliorer le SIGNALEMENT des suicides et tentatives de suicide en établissement de santé		4
10. REPARLER Conduire systématiquement une REVUE DE MORTALITE et MORBIDITE (RMM) après un acte suicidaire		3

Cadre méthodologique de ces recommandations

Objectifs et questions posées

Objectif : Élaboration de recommandations pour la prévention du suicide et autres gestes auto-infligés (tentatives de suicide et actes non suicidaires) en établissement sanitaire et médico-social en France. Ces recommandations couvrent la période de l'hospitalisation même - dans le périmètre ou à l'extérieur de l'établissement, et lors des permissions et sorties à l'insu (fugues) - ainsi que les semaines suivant la sortie d'hospitalisation.

Question posée : Quelles sont les actions efficaces de prévention du suicide et autres gestes auto-infligés (tentatives de suicide et actes non suicidaires) en établissement sanitaire et médico-social et dans les 12 mois au plus suivant la sortie, selon la littérature scientifique et selon un consensus d'experts ?

Populations cliniques concernées

Personnes hospitalisées :

→ En établissement de santé en général, généraux ou spécialisés, publics ou privés.

- Établissements médicaux
 - en psychiatrie
 - en Médecine somatique, Chirurgie et Obstétrique (MCO),
 - en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR),
- et établissements médico-sociaux.

Ont été exclues de ces recommandations :

- les prises en charge ambulatoires (incluant à partir des urgences) ;
- et la prévention du suicide du personnel soignant.

Professionnels concernés

Équipes soignantes et associées : chefs de pôle et de service, médecins, sage-femmes, infirmiers et infirmiers de pratique avancée, cadres de santé, aides-soignants, psychologues, case managers, ergothérapeutes et autres professions paramédicales, assistants sociaux, pair-aidants, assistants administratifs des unités de soins, etc.

Personnel de direction des établissements sanitaires et médico-sociaux notamment direction générale, direction de la qualité des soins, direction des travaux.

Commissions médicales d'établissement (CME) et commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

Architectes d'établissement de soins.

Critères de certification HAS 2025

Les recommandations présentées sont en accord avec les critères suivants de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant la certification des établissements :

- **Critère 1.3-10** : Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé)
- **Critère 2.1-10** : En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi
- **Critère 2.1-11** : Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge.

Méthodologie des recommandations

La rédaction de ces recommandations a suivi le guide méthodologique de la HAS de 2020 « *Recommandations pour la pratique clinique (RPC). Méthode d'élaboration de recommandations de bonne pratique* »²

Étape 1. Un Groupe de Travail (GT) de 8 membres du Geps s'est réuni afin d'identifier :

- les objectifs et les questions posées;
- la population concernée;
- les professionnels concernés par les recommandations;
- la composition du GT et du Groupe de Lecture (GL).

Étape 2. Une revue systématique de la littérature scientifique a été conduite permettant l'élaboration d'un argumentaire scientifique avec niveaux de preuve.

Étape 3. Une première version des recommandations a été élaboré par le GT en prenant en compte l'argumentaire scientifique ainsi que les revues de littérature et recommandations suivantes publiées entre 2010 et 2023 (par ordre chronologique) :

Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*, 198(5), 315–328.

Martelli, C., Awad, H., & Hardy, P. (2010). Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. *Encephale*, 36 Suppl 2, D83–91.

de Leo, D., & Svetcic, J. (2010). Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? *Epidemiol Psychiatr Soc*, 19(1), 8–15.

Sakinofsky, I. (2014). Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatry*, 59(3), 131–140.

Jayaram, G. (2014). Inpatient suicide prevention: promoting a culture and system of safety over 30 years of practice. *J Psychiatr Pract*, 20(5), 392–404.

De Santis, M. L., Myrick, H., Lamis, D. A., Pelic, C. P., Rhue, C., Rhue, C., & York, J. (2015). Suicide-specific Safety in the Inpatient Psychiatric Unit. *Issues Ment Health Nurs*, 36(3), 190–199.

² Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). Élaboration de bonne pratique clinique. 23p.

National Action Alliance for Suicide Prevention. (2019). Best practices in care transitions for individuals with suicide risk: Inpatient care to outpatient care. Washington, DC: Education Development Center, Inc.

Timberlake, L. M., Beeber, L. S., & Hubbard, G. (2020). Nonsuicidal Self-Injury: Management on the Inpatient Psychiatric Unit. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 26(1), 10–26.

Schuster, H., Jones, N., & Qadri, S. F. (2021). Safety Planning: Why It Is Essential on the Day of Discharge From In-patient Psychiatric Hospitalization in Reducing Future Risks of Suicide. *Cureus*, 13(12), e20648.

Nawaz, R. F., Reen, G., Bloodworth, N., Maughan, D., & Vincent, C. (2021). Interventions to reduce self-harm on in-patient wards: systematic review. *BJPsych Open*, 7(3), e80.

Yiu, H. W., Rowe, S., & Wood, L. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*, 305, 114175.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2022). Les suicides et tentatives de suicide de patients. Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021. 50p.

Chammas, F., Januel, D., & Bouaziz, N. (2022). Inpatient suicide in psychiatric settings: Evaluation of current prevention measures. *Front Psychiatry*, 13, 997974.

Tay, J. L., & Li, Z. (2022). Brief contact interventions to reduce suicide among discharged patients with mental health disorders-A meta-analysis of RCTs. *Suicide Life Threat Behav*, 52(6), 1074–1095.

Étape 4. Ces recommandations initiales ont ensuite été envoyées au GL représentant les parties prenantes concernés par ces recommandations (ici, médecins, infirmiers, administration hospitalière, etc.). Chaque membre du GL a relu ce travail individuellement sur la base de son expérience et de l'argumentaire scientifique qui lui a été envoyé au préalable et a répondu à une grille de commentaires sur le logiciel de sondage Drag n' Survey.

Les avis quantitatifs du GL concernant ces recommandations ont été les suivantes :

En tenant compte de votre expérience et de vos savoirs, avez-vous trouvé ces recommandations globalement nécessaires et justifiées actuellement ? Score = 4,6/5, 73,3% totalement d'accord, 16,7% d'accord.

Globalement, avez-vous trouvé ces recommandations pertinentes ? Score = 4,1/5, 46,4% totalement d'accord, 39,3% d'accord..

Globalement, avez-vous trouvé ces recommandations utiles ? Score = 4,2/5, 44,4% totalement d'accord, 37,0% d'accord.

Globalement, avez-vous trouvé ces recommandations bien écrites et lisibles ? Score = 4,3/5, 50,0% totalement d'accord, 38,5% d'accord.

Globalement, avez-vous trouvé ces recommandations acceptables par les parties concernées (patients hospitalisés, entourage, soignants, établissements) ? Score = 3,9/5, 36,0% totalement d'accord, 40,0% d'accord.

Globalement, avez-vous trouvé ces recommandations applicables ? Score = 3,3/5, 11,5% totalement d'accord, 30,8% d'accord, 38,5% plutôt d'accord.

Certains membres du GL ont notamment laissé entendre que certaines recommandations seraient difficiles à mettre en oeuvre dans le contexte budgétaire actuel restreint.

Étape 5. Les commentaires reçus par le GT de la part des membres du GL, ont conduit à l'élaboration d'une version amendée et augmentée.

En raison des retards pris durant l'élaboration des recommandations, une mise à jour de la littérature a entretemps été effectuée (voir plus loin). Nous avons aussi pris en compte les revues de littérature, meta-analyses et articles d'opinion suivants publiés entre juin 2023 et décembre 2025 :

Olarte-Godoy, J., Halladay, J., Jack, S. M., Cleverley, K., McGillion, M., Gehrke, P., Peacock, J., & Links, P. (2025). Psychosocial interventions targeting suicidality within inpatient psychiatry: a scoping review. *J Ment Health*, 1–20.

Quinlivan, L., Westhead, J., Graney, J., Su, F., Steeg, S., Nielsen, E., Curtis, E., Wildbore, E., Mughal, F., Elliott, R., Webb, R. T., & Kapur, N. (2025). Psychosocial interventions for self-harm and suicide prevention in liaison psychiatry: an overview of systematic reviews. *BMC Psychiatry*, 25(1), 1127.

Quinlivan, L., Westhead, J., Graney, J., Su, F., Steeg, S., Nielsen, E., Curtis, E., Wildbore, E., Mughal, F., Elliott, R., Webb, R. T., & Kapur, N. (2025). Umbrella review of psychosocial and ward-based interventions to reduce self-harm and suicide risks in in-patient mental health settings. *BJPsych Open*, 11(5), e196.

Fusar-Poli, L., Figini, C., Moioli, F., Marchesi, C., Kovic, A., Politi, P., & Brondino, N. (2025). Psychoeducation for Suicidal Behaviors in Inpatient Settings: A Scoping Review. *Behav Sci (Basel)*, 15(8), 1005.

Griffiths, J. L., Foye, U., Stuart, R., Jarvis, R., Chipp, B., Griffiths, R., Jeynes, T., Mitchell, L., Parker, J., Rowan Olive, R., Quirke, K., Baker, J., Brennan, G., Lamph, G., McKeown, M., Lloyd-Evans, B., Trevillion, K., & Simpson, A. (2025). Quantitative Evidence for Relational Care Approaches to Assessing and Managing Self-Harm and Suicide Risk in Inpatient Mental Health and Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Issues Ment Health Nurs*, 46(6), 529–565.

Abdolizadeh, A., Jones, B. D. M., Hosseini Kupaei, M., Shah, A., Rodak, T., Farooqui, S., Husain, M. O., Weissman, C. R., Zaheer, J., Gratz, D., Blumberger, D. M., & Husain, M. I. (2025). Inpatient Treatment of Suicidality: A Systematic Review of Clinical Trials. *J Clin Psychiatry*, 86(1), 24r15382.

Krishnamoorthy, S., Mathieu, S., Armstrong, G., Ross, V., Francis, J., Reifels, L., & Kölves, K. (2025). Implementation of Complex Suicide Prevention Interventions: Insights into Barriers, Facilitators and Lessons Learned. *Arch Suicide Res*, 29(2), 556–579.

Greiner, C., Von Rohr-De Pree, C., Michaud, L., Besch, V., Debbané, M., Large, M., Huber, J., & Prada, P. (2024). Risque suicidaire et hospitalisation : un changement de paradigme est-il nécessaire ? [Suicide risk and hospitalization: is a paradigm shift necessary?]. *Rev Med Suisse*, 20(887), 1654–1656.

Étape 6. Diffusion du document.

Revue de la littérature

MÉTHODE

Ce travail a consisté en une première revue systématique de la littérature jusqu'au 21 juin 2023. Elle a été réalisée selon la méthode PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Le protocole de recherche a été soumis à la plateforme PROSPERO le 21 juin 2023 et enregistré sous la référence CRD42023438462

(<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD42023438462>)

Nous n'avons inclus que des articles évalués par des pairs, rédigés en anglais ou en français. Le lieu de l'étude n'était pas un critère de sélection.

Les articles sélectionnés devaient inclure des patients actuellement hospitalisés, ou ayant été hospitalisés au cours des douze derniers mois.

Aucun critère d'âge, de sexe ou géographique n'était requis pour l'inclusion dans cette étude. De même, aucun critère d'exclusion n'était applicable aux antécédents médicaux, chirurgicaux ou psychiatriques ni aux diagnostics des patients.

Nous avons exclu les études menées auprès de patients recevant des soins ambulatoires, de patients vus aux urgences sans hospitalisation, du personnel médical et administratif hospitalier ou de la population générale.

Les articles devaient également rendre compte de tout type d'intervention mise en oeuvre en établissement, avec pour objectif principal ou secondaire de prévenir et de réduire le taux ou le nombre de suicides, de tentatives de suicide ou de gestes auto-infligés pendant le séjour ou 12 mois au maximum après la sortie. Les critères d'exclusion comprenaient toute intervention ne visant pas à réduire le suicide ou les gestes auto-infligés ou pour laquelle de telles données ne sont pas présentées.

Nous avons utilisé cinq bases de données pour cette revue : MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, Web of Sciences et Cochrane.

L'équation de recherche était : (suicid*[ti] OR self-harm*[ti] OR « self harm »[ti] OR self-injur*[ti] OR self-poison*[ti] OR « suicide attempt »[ti]) AND (intervention* OR trial* OR prevent* OR strategy OR measure*) AND (hospital*[ti] OR inpatient*[ti] OR ward*[ti] OR facilit*[ti] OR unit[ti]) NOT (euthanasia OR « assisted suicide » OR « assisted dying » OR « assisted death » OR « aid in dying » OR postvention).

Le choix de cette équation de recherche a été fait après avoir testé différentes équations de recherche par les deux évaluateurs.

Nous avons utilisé le logiciel COVIDENCE (<https://www.covidence.org/>) pour le processus de sélection.

Les données extraites des cinq bases de données ont été importées le 21 juin 2023 dans COVIDENCE, ce qui a automatiquement exclu les doublons.

La recherche documentaire a été menée indépendamment entre le 21 juin 2023 et le 31 juillet 2024 par deux évaluateurs (AC et JTM). Les conflits ont été résolus par un troisième évaluateur (FJ). Les articles ont d'abord été sélectionnés sur la base de leur titre et de leur résumé. Ensuite, une deuxième étape de sélection a porté sur les articles complets. Les articles en libre accès ont

été téléchargés automatiquement, tandis que les autres ont été téléchargés manuellement. Des articles non identifiés ont été ajoutés en fonction des références des articles sélectionnés. COVIDENCE a généré l'organigramme final.

Les données des articles sélectionnés ont été extraites dans un tableau Excel et comprenaient : les auteurs, l'année et le lieu de l'étude, le titre, le type d'étude, le type d'intervention, les caractéristiques de la population (âge, trouble) et les objectifs.

Les articles sélectionnés à l'étape finale ont fait l'objet d'une évaluation systématique de la qualité à l'aide de la grille d'évaluation Effective Public Health Practice Project (EPHPP). Cet outil, développé par des chercheurs canadiens, évalue les études selon huit catégories et leur attribue une note. Note de qualité globale de 1 (élevé), 2 (modéré) ou 3 (faible) pour chaque catégorie. Afin d'assurer la cohérence, un dictionnaire expliquant les critères de la grille a été fourni. L'évaluation de la qualité a été menée indépendamment par les deux évaluateurs.

RÉSULTATS

4 935 articles ont été identifiés et, après sélection, 49 articles ont été conservés pour la revue. Pour 6 interventions, 2 articles différents ont été publiés. Certains articles rapportent plusieurs interventions.

La revue de littérature rapporte au final 44 interventions différentes dont 5 interventions sur l'environnement physique (6 articles), 4 interventions portant sur le personnel et la surveillance (4 articles), 3 interventions sur les procédures ou des actions multimodales (3 articles), 18 types d'interventions psychosociales durant l'hospitalisation (20 articles), 14 interventions de re-contact et de suivi (17 articles).

Concernant le type d'établissement, 31 interventions ont eu lieu dans un hôpital psychiatrique, 8 dans un hôpital général, 2 dans les deux types d'établissement, et dans 2 cas, le type d'établissement n'était pas mentionné.

Aucune étude n'a été identifiée en établissement médicosocial.

En raison du long délai entre la fin de la revue de littérature et les retours du groupe de lecture, une recherche supplémentaire de mise à jour a été conduite sur MEDLINE uniquement avec la même équation de recherche et un filtre temporel allant du 01/06/2023 au 31/12/2025 : 307 références ont été identifiées dont 10 ont été ajoutées incluant 5 sur les interventions psychosociales, 2 sur le personnel, la surveillance et les relations de soins et 3 sur la continuité des soins.

Ces nouvelles publications n'ont pas justifié de nouvelles recommandations, ni modifié les recommandations et ont le plus souvent renforcé le niveau de preuve.

NIVEAUX DE PREUVE

Pour chaque grand type d'intervention, les niveaux de preuve suivants ont été mesurés suivant Kennedy et al (2016)³ :

→ **Niveau 1 : Actions efficaces à niveau de preuve élevé**

Méta-analyse avec intervalles de confiance étroits et/ou 2 ou plusieurs études randomisées et contrôlées avec une taille d'échantillon adéquate ;

→ **Niveau 2 : Actions efficaces à niveau de preuve moyen**

Méta-analyse avec intervalles de confiance larges et/ou 1 ou plusieurs études randomisées et contrôlées avec une taille d'échantillon adéquate ;

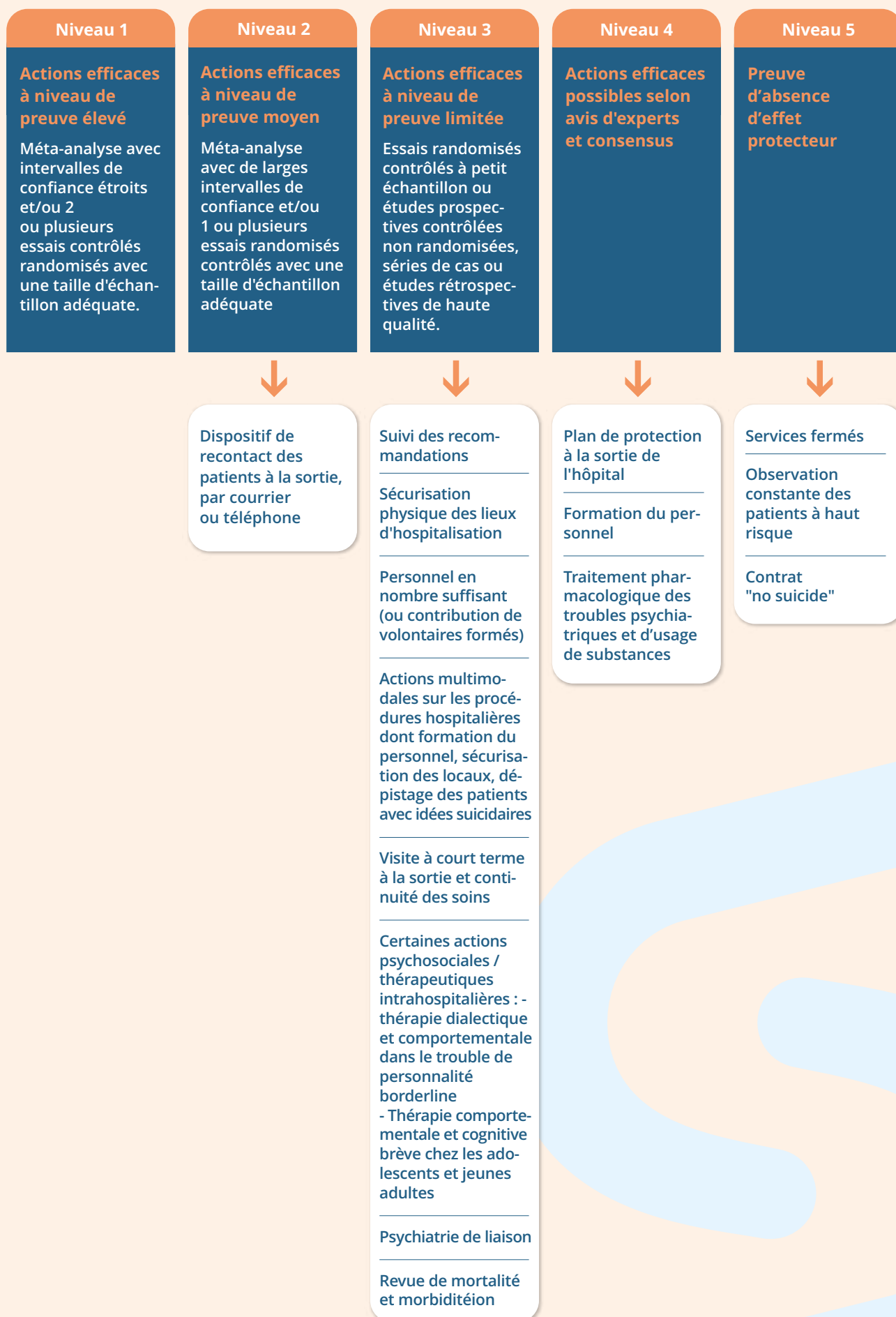
→ **Niveau 3 : Actions efficaces à niveau de preuve limité**

Études randomisées et contrôlées à petit échantillon ou études prospectives contrôlées non randomisées ou séries de cas ou études rétrospectives de haute qualité.

→ **Niveau 4 : Actions possiblement efficaces selon avis d'experts et consensus**

³ Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., Blier, P., Hasnain, M., Jollant, F., Levitt, A. J., MacQueen, G. M., McInerney, S. J., McIntosh, D., Milev, R. V., Muller, D. J., Parikh, S. V., Pearson, N. L., Ravindran, A. V., Uher, R., & CANMAT, D. W. G. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*.

Résumé des interventions de prévention du suicide et autres gestes auto-infligés identifiées par la revue de littérature et leur niveau de preuve.







Préambule

Les 10 recommandations présentées dans ce document nécessitent à notre avis un certain nombre d'informations préalables pour bien en saisir la pertinence au regard des connaissances actuelles.

Nous sommes également conscients que le niveau de connaissances sur les conduites suicidaires est variable d'un lecteur à l'autre selon sa discipline, sa profession et son expérience.

Ce préambule se propose donc de synthétiser les connaissances sur la crise suicidaire et la prévention des actes suicidaires.

Le suicide est une mort évitable

Faire de la prévention du suicide suppose d'**être convaincu que de nombreux décès par suicide sont évitables même si le risque zéro n'existe pas.**

De nombreuses actions ont, de fait, montré leur capacité à réduire significativement le nombre de suicides, que ce soit au niveau national ou local, que ces actions soient individuelles ou collectives : sécurisation des hotspots (lieux avec de nombreux suicides sur une longue période de temps), modification du conditionnement de certains médicaments rendant leur absorption massive plus compliquée, régulation des armes à feu, programmes de sensibilisation scolaire, usage de certains traitements des troubles psychiatriques, dispositifs de suivi des personnes après un acte suicidaire, etc.⁴

En Grande-Bretagne, une large étude nationale a montré que les services de santé mentale ayant mis en place plus de 6 recommandations de prévention du suicide ont observé une baisse des suicides, au contraire des services qui ne les ont pas mis en place⁵.

Un grand nombre de décès peut donc être évité par des mesures actives de prévention.

Ces actions sont en outre plus efficaces si elles sont combinées et multimodales⁶.

Les actes suicidaires ne doivent pas être vus comme une fatalité, ou comme une évolution naturelle de la maladie psychiatrique, mais comme un risque qui peut être réduit, individuellement et collectivement, par des actions ciblées.

Plusieurs études ont aussi mis en évidence un bénéfice de certaines actions en termes de réduction du nombre de suicides, de tentatives de suicide ou de blessures auto-infligées **en établissement de soins**, comme nous le verrons plus loin.

La prévention des actes suicidaires en établissements sanitaires et médico-sociaux devrait faire l'objet d'une **réflexion pluriprofessionnelle** puis de la mise en place de mesures concrètes efficaces.

Elle devrait s'intégrer durablement dans un contexte plus large de **gestion des risques et d'amélioration des pratiques en établissement de santé**, au même titre que la prévention des actes hétéro-agressifs, des accidents et chûtes, des maladies nosocomiales, par exemple.

⁴ Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659.

⁵ While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379(9820), 1005–1012.

⁶ Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 63, 127–140.

Le suicide en établissement de soins : Un événement évitable trop fréquent

DES TAUX ÉLEVÉS DE SUICIDE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Dans un rapport de 2022, la Haute Autorité de Santé (HAS), sur la base des déclarations d'Événements Indésirables Graves liés aux Soins (EIGS) entre le 27 mars 2017 et le 24 juin 2021 en France, identifie 795 cas d'actes suicidaires dont 64,8% de suicides⁷. La période d'étude inclut la période du confinement per-pandémie à Covid-19 en 2020 qui a vu une baisse initiale des actes suicidaires. Il est donc probable que cela ait majoré d'autant plus la sous-estimation connue des déclarations pour EIGS. Les tentatives de suicide semblent particulièrement sous-estimées.

Selon ce rapport, **les actes suicidaires sont aujourd'hui le premier motif de déclaration d'EIGS (20,3%)**.

En outre, ces chiffres suggèrent que les suicides en établissement de soins pourraient représenter entre **1 et 2% de l'ensemble des suicides en France**, peut-être plus.

La grande majorité de ces actes suicidaires a eu lieu en établissement sanitaire, essentiellement :

- en service de psychiatrie (56,7% de l'ensemble)
- mais aussi en MCO (16,5% de l'ensemble)
- et en établissement médico-social (15,1% de l'ensemble).

Cette situation n'est pas propre à la France. Aux Etats-Unis, le suicide représente le 4^{ème} motif de déclaration d'« événements sentinelles » (terme désignant les EIGS), dont 75% ont lieu en psychiatrie⁸.

Une revue de littérature de 2015⁹ portant sur 44 études publiées dans le monde entre 1945 et 2013 évalue un taux moyen de suicide durant une hospitalisation en psychiatrie de l'ordre de **147 pour 100 000 admissions année**, avec une tendance à **des taux plus élevés dans les années les plus récentes**. L'incidence calculée est de **1 suicide pour 676 admissions**. Les taux de suicide en psychiatrie sont donc plus de 10 fois ceux en population générale. Ils varient cependant entre les pays ce qui pourrait refléter à la fois les taux de suicide en population générale et le niveau de prévention du suicide en établissement de santé¹⁰.

La prévention du suicide en établissement de soins doit donc porter prioritairement sur la psychiatrie mais doit aussi inclure les services de MCO et les établissements médico-sociaux, notamment les EHPAD.

⁷ Haute Autorité de Santé (2022). Les suicides et tentatives de suicide de patients. Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021. 50p.

⁸ Mills, P. D., Soncrant, C., Bender, J., & Gunnar, W. (2020). Impact of over-the-door alarms: Root cause analysis review of suicide attempts and deaths on veterans health administration mental health units. *Gen Hosp Psychiatry*, 64, 41–45.

⁹ Walsh, G., Sara, G., Ryan, C. J., & Large, M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*, 131(3), 174–184. <https://doi.org/10.1111/acps.12383>

¹⁰ Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*, 198(5), 315–328.

LE TRIPLE CHOC DU SUICIDE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Le suicide est un **événement traumatique** pour toute personne qui y est exposée. Dans le cadre du suicide en établissement de soins, cela impactera en priorité l'entourage proche (famille, amis), mais également les autres patients hospitalisés en même temps que la personne décédée de suicide et les soignants du service concerné.

Il est estimé qu'**entre 15 et 30 personnes sont directement impactées par le suicide d'un proche**¹¹ et 135 ont été « exposées » plus ou moins directement¹². Une étude montre que 85% des proches endeuillés par suicide vont développer des signes de deuil prolongé et d'état de stress post-traumatique¹³. Dix ans après le suicide, 21,6% des apparentés de premier degré présentent toujours un syndrome de deuil prolongé¹⁴. Les personnes impactées par le suicide d'un proche présentent des taux plus élevés de dépression, idées suicidaires, une mauvaise qualité de vie et un risque de conflits familiaux et de séparation.

Dans le cas des suicides en établissement, le choc est majoré par le fait que la personne décédée a pu être hospitalisée dans le but même de la protéger d'un risque de passage à l'acte. Après un suicide en établissement de soins, il est important de bien recevoir les proches pour les informer, accueillir leur souffrance (qui s'exprimera de différentes manières allant d'un état de sidération à une colère et des menaces), et leur proposer un soutien. Ce temps de partage avec l'entourage permet non seulement de leur montrer de l'empathie et du soutien, de leur communiquer des éléments essentiels pour eux dans leur parcours d'endeuillés mais aussi d'éviter des judiciarisation préjudiciables.

Le traumatisme d'un suicide en établissement affecte également les **autres patients** présents dans le service au moment des faits, même si nous avons moins de données scientifiques à disposition¹⁵. Ceux-ci pouvaient connaître la victime, voire partager la même chambre. Certains ont pu découvrir le corps. Le suicide représente par ailleurs un obstacle médico-légal à l'inhumation, conduisant à une investigation de police. Cet événement et l'émoi collectif qu'il suscite risquent d'aggraver l'état mental de certains patients. Un risque reconnu est celui de précipiter un acte suicidaire chez plusieurs patients dans les jours qui suivent, un effet dit de « clusterisation temporo-spatiale ». Bien que cela ait été décrit, cet effet semble heureusement rare¹⁶. Une attention particulière pour tous les patients hospitalisés durant cette période, présents ou non au moment des faits (certains sont en permission), sera bien entendu nécessaire.

Un impact est également attendu chez certains **soignants**, notamment ceux plus particulièrement impliqués dans les soins au patient décédé de suicide, et ceux qui ont découvert le corps.

¹¹ Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav*, 41(1), 110–116.

¹² Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav*, 49(2), 529–534.

¹³ Grafiadeli, R., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2022). Loss-Related Characteristics and Symptoms of Depression, Prolonged Grief, and Posttraumatic Stress Following Suicide Bereavement. *Int J Environ Res Public Health*, 19(16), 10277.

¹⁴ de Groot, M., & Kollen, B. J. (2013). Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. *BMJ*, 347, f5519.

¹⁵ Seeman, M. V. (2015). The Impact of Suicide on Co-patients. *Psychiatr Q*, 86(4), 449–457.

¹⁶ Niedzwiedz, C., Haw, C., Hawton, K., & Platt, S. (2014). The Definition and Epidemiology of Clusters of Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide Life Threat Behav*.

Une étude en France montre que les psychiatres exposés au suicide d'un de leur patient peuvent présenter des signes de culpabilité et de tristesse, d'état de stress post-traumatique, et éventuellement envisager de changer de profession, notamment chez les plus jeunes¹⁷.

Des infirmières anglaises d'un hôpital général exposées au suicide d'un patient en hospitalisation se sont senties choquées, blâmées et condamnées, inadaptées et ont craint des représailles¹⁸.

Enfin, un suicide dans un service clinique risque d'impacter au long cours le fonctionnement du service (arrêts maladie, démission, aggravation de dysfonctionnement préexistants). Il s'agit d'une conséquence possible à ne pas sous-estimer.

La **postvention institutionnelle** recouvre l'ensemble des mesures prises après le suicide d'une personne pour en réduire les conséquences et prévenir la survenue d'un nouveau suicide¹⁹.

CARACTÉRISTIQUES DES SUICIDES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Le rapport de la HAS de 2022 sur les données déclarées en France rapporte que 53% des actes rapportés ont été réalisés par pendaison. **La pendaison est de loin le mode de suicide le plus fréquent durant une hospitalisation.**

Le saut d'une hauteur est une autre modalité, aujourd'hui plus rare en raison des protections souvent mises en place.

Les actes suicidaires peuvent survenir à tout moment de la journée et de la semaine : 29,3% des actes ont eu lieu la nuit, 22,1% le week-end.

Une très large étude de cohorte danoise identifie **la première semaine suivant l'admission et les semaines suivant la sortie** comme particulièrement à risque de suicide²⁰. La prévention du suicide commence donc dès l'entrée (et en fait un peu avant) et bien après la sortie administrative du patient.

Dans une étude de cas réalisée à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne à Paris²¹, tous les patients qui se sont suicidés avaient **des antécédents personnels de tentative de suicide**, dont la moitié durant un séjour antérieur ; la majorité des suicides a eu lieu la nuit et les jours fériés dans l'unité de soins, ou dans des périodes de sous-effectif ; et le moyen le plus fréquent était, à nouveau, la pendaison.

¹⁷ Leaute, E., Allali, R., Rotgé, J. Y., Simon, L., Vieux, M., Fossati, P., Gaillard, R., Gourion, D., Masson, M., Olié, E., & Vaiva, G. (2021). Prevalence and impact of patient suicide in psychiatrists: Results from a national French web-based survey. *Encephale*, 47(6), 507–513.

¹⁸ Matandela, M., & Matlakanda, M. C. (2016). Nurses' experiences of inpatients suicide in a general hospital. *Health SA Gesondheid*, 54–59.

¹⁹ Vachon, M., Nicolas, C., Notredame, C. E., & Séguin, M. (2021). Examen des meilleures pratiques de postvention : méthode Delphi. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 69(6), 367–379.

²⁰ Madsen, T., Erlangsen, A., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2020). High suicide rates during psychiatric inpatient stay and shortly after discharge. *Acta Psychiatr Scand*, 142(5), 355–365.

²¹ Hauseux, P. A., Jollant, F., & Launay, C. (2020). Le suicide de patients hospitalisés en psychiatrie: analyse qualitative de huit cas à l'hôpital Sainte-Anne à Paris et recommandations. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.

Dans une large étude britannique²², 73% des suicides en établissement ont été réalisés par pendaison, 24% durant les 7 premiers jours d'hospitalisation, 75% des personnes avaient une histoire de geste auto-infligé, plus de 70% étaient **en hospitalisation volontaire**, 41% des suicides a eu lieu **durant une permission ou une sortie autorisée** (25% durant une sortie non autorisée) soulignant l'importance de la prévention du suicide en permission.

Dans une revue de littérature de 2010²³, les points suivants sont soulignés : la **période proche de l'admission** est particulièrement à risque ; une **histoire personnelle de tentative de suicide** est un important facteur de risque de suicide, même en établissement de soins ; **le moyen de suicide utilisé dépend aussi de l'environnement local** (par exemple, proximité du métro, d'une falaise) ; le moment et le lieu des suicides semblent être associés à **l'absence de soutien, de supervision et à la présence de conflits familiaux** ; plusieurs suicides ont lieu **durant une permission** de l'établissement ; il existe quelques preuves de l'impact (positif ou négatif) de **la relation entre l'équipe soignante et le patient** sur le risque de suicide.

Dans une revue de littérature et méta-analyse publiée en 2011²⁴, les facteurs significativement associés au suicide chez les patients hospitalisés en psychiatrie comprenaient des **antécédents personnels de gestes auto-infligés**, le **désespoir** et des sentiments de **culpabilité ou d'ina-déquation**, une **humeur dépressive**, des **idées suicidaires** et des antécédents familiaux de suicide. Le risque suicidaire était particulièrement augmenté **chez les patients souffrant de dépression ou de schizophrénie (notamment durant un épisode dépressif)**.

Dans une étude britannique, **la population qui se suicide durant une sortie à l'insu de l'équipe soignante / fugue** (25% des cas de suicides en hospitalisation dans cette étude) est plus souvent jeune, sans emploi, sans domicile fixe, souffrant de schizophrénie, avec une histoire d'acte hétéro-agressif, d'hospitalisation sous contrainte ou d'abus de substances, et non-compliante au traitement²⁵.

Bien qu'importants, ces différents **facteurs de risque statistiques** – certains concernant le patient, d'autre des facteurs environnementaux - ne permettent pas d'identifier avec précision les personnes qui vont passer à l'acte²⁶. L'étude britannique citée plus haut montre ainsi que **80% des patients qui se sont suicidés durant une hospitalisation n'étaient pas identifiés à risque suicidaire lors de leur dernier contact avec le personnel soignant**²⁷.

Des mesures de prévention collective pour tous les patients hospitalisés et à tout moment de l'hospitalisation - pas seulement pour ceux identifiés cliniquement à risque élevé - sont donc nécessaires.

²² Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., Flynn, S., Burns, J., Amos, T., Shaw, J., & Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *Br J Psychiatry*, 188, 129–134.

²³ Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*, 198(5), 315–328.

²⁴ Large, M., Smith, G., Sharma, S., Nielssen, O., & Singh, S. P. (2011). Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*, 124(1), 18–29.

²⁵ Hunt, I. M., Windfuhr, K., Swinson, N., Shaw, J., Appleby, L., Kapur, N., & National, C. I. I. S. A. H. B. P. W. M. I. (2010). Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey. *BMC Psychiatry*, 10, 14.

²⁶ Powell, J., Geddes, J., Deeks, J., Goldacre, M., & Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry*, 176, 266–272.

²⁷ Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., Flynn, S., Burns, J., Amos, T., Shaw, J., & Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *Br J Psychiatry*, 188, 129–134.

ÉTUDES DES CAUSES PROFONDES DES SUICIDES EN ÉTABLISSEMENT

L'analyse des causes profondes des suicides en établissement rapportées par la HAS en 2022 identifie les catégories suivantes :

- **Concernant le personnel soignant** (61% des causes) : pas d'évaluation du risque suicidaire ; manque de culture psychiatrique ; surcharge de travail ; défaut de surveillance d'un patient à risque ; défaut de surveillance de la prise des traitements.
- **Défaut de sécurisation** (54%) : pas de sécurisation ou sécurisation insuffisante du bâtiment ; mobilier dangereux ; possession d'objets dangereux par le patient.
- **Organisation du service** (27%) : pas de protocole d'évaluation du risque suicidaire ; manque de personnel ; pas d'accès à un avis psychiatrique ; hospitalisation en lieu inapproprié.
- **Défaut de communication et de transmissions** (19%) : défaut de transmission dans l'équipe, avec la famille, entre établissements.
- **Concernant le patient** (6%) : Refus de prise en charge ; Isolement social important.

Une analyse similaire des causes profondes de suicide en établissement aux Etats-Unis a montré un taux de 84% attribué à **l'environnement physique**²⁸.

Ces différents points sont largement repris dans les 10 recommandations du Geps.

²⁸ Lieberman, D. Z., Resnik, H. L., & Holder-Perkins, V. (2004). Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 34(4), 448–453.

DES TAUX ÉLEVÉS DE SUICIDE DANS L'ANNÉE QUI SUIV LA SORTIE

Le risque de suicide est également élevé à la sortie d'hospitalisation en psychiatrie. Une méta-analyse de 2017 de 100 études longitudinales évalue le risque à 3 mois de la sortie à 1 132 (95% IC : 874-1467) pour 100 000 personnes années, et 654 (95% IC : 533-802) pour 100 000 personnes années entre 3 et 12 mois²⁹.

Une étude montre que **les sorties non planifiées, le défaut de communication du risque suicidaire et des failles dans le processus de soins** contribueraient aux suicides survenant dans les jours suivant la sortie d'hospitalisation³⁰.

Les explications possibles sont : le retour aux facteurs de stress de la vie en dehors de l'hôpital ; une prise de conscience des conséquences de la maladie ; une diminution de la surveillance, entraînant une absence de détection des rechutes ; un manque d'observance et une perte de contact avec les soignants³¹.

Notons toutefois que le problème de la surmortalité suicidaire à la sortie d'un établissement de soins n'est pas propre à la psychiatrie : une étude britannique³² rapporte **proportionnellement plus de suicides à la sortie de l'hôpital général qu'à la sortie de l'hôpital psychiatrique**. La plupart de ces patients n'avaient pas bénéficié d'une évaluation psychiatrique.

Au vu de l'ensemble de ces données, nous avons donc considéré ici les mesures prises pour prévenir les suicides non seulement durant l'hospitalisation mais aussi dans les 12 mois suivant la sortie d'hospitalisation, selon l'idée que **l'hospitalisation, au-delà de sa définition temporelle administrative restrictive, devrait être envisagée dans un continuum de la préadmission à la post-sortie**.

²⁹ Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>

³⁰ Riblet, N., Shiner, B., Watts, B. V., Mills, P., Rusch, B., & Hemphill, R. R. (2017). Death by Suicide Within 1 Week of Hospital Discharge: A Retrospective Study of Root Cause Analysis Reports. *J Nerv Ment Dis*, 205(6), 436–442.

³¹ Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., Flynn, S., Burns, J., Amos, T., Shaw, J., & Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *Br J Psychiatry*, 188, 129–134.

³² Dougall, N., Lambert, P., Maxwell, M., Dawson, A., Sinnott, R., McCafferty, S., Morris, C., Clark, D., & Springbett, A. (2014). Deaths by suicide and their relationship with general and psychiatric hospital discharge: 30-year record linkage study. *Br J Psychiatry*, 204, 267–273.

Comprendre la crise suicidaire

Nous souhaitons synthétiser ici un certain nombre de connaissances actuelles sur la crise suicidaire, son histoire naturelle, son identification et sa prise en charge, notions pouvant être utiles à tout soignant. Certaines de ces connaissances reposent sur des preuves scientifiques tandis que d'autres restent empiriques et sont susceptibles d'évoluer au gré des connaissances.

Par ailleurs, ces points permettent aussi de comprendre certaines des recommandations de prévention formulées plus loin par les experts, certaines recommandations n'étant pas forcément intuitives.

DYNAMIQUE DE LA CRISE SUICIDAIRE

La **crise suicidaire est une crise psychique** marquée par l'émergence de pensées suicidaires, d'abord vagues puis de plus en plus prégnantes³³.

Selon le Baromètre Santé, environ **5% de la population générale adulte a présenté des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois en France**³⁴. Ce chiffre atteint plus de 15% des adolescents³⁵. On note une accentuation récente de la prévalence des idées suicidaires en post-pandémie de Covid-19 chez les adolescentes et jeunes femmes - sachant que l'augmentation a débuté avant la pandémie - mais pas dans les autres tranches d'âge à ce jour.

Les crises suicidaires affectent donc à la fois **une minorité de la population générale** (5%) **mais un grand nombre de personnes chaque année** en France en nombre absolu (plus de 2,5 millions d'adultes, bien plus en comptant les adolescents). Cela a un impact sur l'organisation collective des soins (accès aux soins, durée de prise en charge, etc.).

Une crise suicidaire survient habituellement, mais pas toujours, dans les suites d'un **événement ou d'une série d'événements récents vécus douloureusement**³⁶ : le plus souvent problème interpersonnel, mais aussi situation de chômage ou de difficultés professionnelles, difficultés financières, contexte de violences et de maltraitements, situation de handicap, difficultés scolaires, problèmes de logement, problèmes judiciaires, deuil, etc.

Un autre facteur majeur est un **état aigu d'un trouble psychiatrique** au premier rang duquel la dépression.

³³ Conférence de Consensus. (2000). La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

³⁴ Leon, C., du Roscoat, E., & Beck, F. (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd*, 3, 42–56.

³⁵ Janssen, E., Spilka, S., & du Roscoat, E. (2019). Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2017 et évolutions depuis 2011. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 3-4, 74–82.

³⁶ Foster, T. (2011). Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*, 15(1), 1–15.

Il est reconnu que des **facteurs de vulnérabilité personnelle** contribuent également à augmenter le risque de déclenchement d'une crise suicidaire en cas de facteurs de stress : certains traits de personnalité (notamment impulsifs et agressifs ou pessimistes) ; une histoire de maltraitements dans l'enfance ayant affecté le développement biopsychosocial de la personne ; des complications obstétricales ou périnatales ; des facteurs génétiques (contribuant cependant globalement pour moins de 50% de la variabilité entre individus) ou encore une histoire familiale de suicide.

La crise suicidaire résulte donc d'une **interaction complexe entre des facteurs de stress récents (psychosociaux et psychiatriques) et une vulnérabilité individuelle** sous-tendue par une histoire personnelle et familiale.

La crise suicidaire est le plus souvent un **état fluctuant**, beaucoup plus rarement un état linéaire ou stable³⁷. La personne en crise peut avoir des jours avec et des jours sans, des matinées meilleures que des soirées, ou l'inverse. La personne étant dans un état de grande fragilité psychique, de petits événements peuvent brusquement aggraver son état : c'est la « goutte d'eau qui fait déborder le vase ».

Du fait de son caractère fluctuant, l'évaluation des idées suicidaires à un temps t est insuffisante et potentiellement trompeuse. Il est ainsi préférable de considérer que la personne est dans une période de crise suicidaire quand des idées suicidaires ont récemment été identifiées. Une conséquence de cette observation est **l'intérêt d'interroger la personne sur la présence d'idées suicidaire au cours d'une période de 7 à 15 jours passés**, et pas seulement « actuellement ».

La crise suicidaire est un **état temporaire** qui peut durer de plusieurs jours à plusieurs semaines. On considèrera que la personne est sortie de la crise suicidaire en l'absence d'idées suicidaires depuis plusieurs jours consécutifs, bien que le nombre de jours de rémission nécessaire ne fasse pas consensus.

Chez certaines personnes, notamment en cas de trouble de personnalité, c'est aussi un **état récurrent** qui va nécessiter un plan thérapeutique spécifique au long cours.

Les crises suicidaires sont cliniquement **polymorphes**. Elles se présentent de manière variable d'une personne à l'autre ce qui complique leur identification. Certains signes peu spécifiques sont toutefois fréquemment retrouvés : troubles du sommeil (cauchemars), agitation ou calme excessif, ruminations anxieuses, sentiment de désespoir.

Un élément central est la **souffrance psychique**, qui fait le lit des actes suicidaires³⁸, sachant que tous les états de souffrance psychique ne conduisent pas à des idées suicidaires³⁹.

L'acte suicidaire doit être en partie compris comme la recherche de la fin de la souffrance, d'un soulagement. Toute action réduisant la souffrance psychique (la main tendue, redonner de l'espoir, le traitement de la dépression, pour certains un traitement par kétamine racémique) est susceptible de réduire les idées suicidaires et le risque de passage à l'acte.

³⁷ Wyder, M., & De Leo, D. (2007). Behind impulsive suicide attempts: indications from a community study. *J Affect Disord*, 104(1-3), 167–173.

³⁸ Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2017). Psychological Pain in Suicidality: A Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*.

³⁹ Jollant, F., Voegeli, G., Kordsmeier, N. C., Carbajal, J. M., Richard-Devantoy, S., Turecki, G., & Cáceda, R. (2019). A visual analog scale to measure psychological and physical pain: A preliminary validation of the PPP-VAS in two independent samples of depressed patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 90, 55–61.

DES IDÉES AUX ACTES : LA TRANSITION SUICIDAIRE

Le risque majeur de la crise suicidaire est le passage à l'acte suicidaire. Cependant, **la majorité des crises suicidaires ne mène pas à un acte suicidaire.** Le taux de transition suicidaire (c'est-à-dire le taux d'actes suicidaires parmi ceux ayant des idées suicidaires) en population générale adulte dans le Baromètre Santé est inférieur à 10%⁴⁰.

Une méta-analyse d'études longitudinales estime ce taux **entre 2,6 et 37,0% selon la population**⁴¹. Bien que redouté, le passage à l'acte est donc plus l'exception que la règle.

En outre, dans la majorité des cas, cet acte, quand il a lieu, ne sera pas fatal. Le ratio tentative de suicide sur suicide dépend cependant de l'âge : il est important chez les adolescents (de l'ordre de 11 tentatives de suicide pour 1 suicide) et plus faible chez les personnes âgées de plus de 75 ans (2,5 pour 1)⁴².

Il semble exister chez beaucoup de personnes ayant des **idées suicidaires une accélération du processus suicidaire avant le passage à l'acte** : elles avaient souvent des idées suicidaires et une vague idée du moyen et du lieu depuis plusieurs jours voire plusieurs semaines, mais la durée entre la décision définitive du geste et sa réalisation est de quelques heures voire moins chez de nombreuses personnes⁴³. Ce processus peut notamment s'accélérer à l'occasion d'un événement, parfois mineur.

Cette difficulté à contrôler le processus suicidaire justifie **l'importance de la sécurisation du lieu de vie durant une crise suicidaire plutôt que de miser sur une impossible prédiction.** Il s'agira, après avoir identifié la crise suicidaire, de rendre le geste plus difficile, plus compliqué à réaliser, et de gagner un temps suffisant pour faire retomber la tension suicidaire et repousser la perspective d'un passage à l'acte, ouvrant ainsi la possibilité d'une demande d'aide secondaire même chez les personnes les plus décidées au départ. L'état suicidaire est marqué par une grande **ambivalence**, entre raisons de vivre et de mourir. Il en faut peu pour passer d'un côté ou de l'autre.

Dans tous les cas, les actes suicidaires sont **rare**s. Les tentatives de suicide concernent 0,5% de la population générale adulte chaque année ce qui représente quand même entre 100 000 et 150 000 actes⁴⁴. Le nombre annuel de suicides en France est d'environ 10 000 en prenant en compte la sous-estimation, représentant un taux de 14 pour 100 000 soit 0,014% de la population générale.

Cependant, dans la mesure où ce sont aussi des actes évitables, et des actes au fort potentiel traumatiques et pour certains létaux, **ces actes sont aussi trop fréquents.**

⁴⁰ Jollant, F., & Leon, C. (2024). Suicidal transition rates and their predictors in the adult general population: a repeated survey over 21 years in France. *Eur Psychiatry*, 67(1), e74.

⁴¹ Haregu, T., Cho, E., Spittal, M., & Armstrong, G. (2023). The rate of transition to a suicide attempt among people with suicidal thoughts in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*, 331, 57–63.

⁴² Richard-Devantoy, S., & Jollant, F. (2024). Conduites suicidaires de la personne âgée : état des connaissances. *NPG - Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*.

⁴³ Millner, A. J., Lee, M. D., & Nock, M. K. (2017). Describing and Measuring the Pathway to Suicide Attempts: A Preliminary Study. *Suicide Life Threat Behav*, 47(3), 353–369.

⁴⁴ Leon, C., du Roscoat, E., & Beck, F. (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd*, 3, 42–56.

Principes généraux de l'identification de la crise suicidaire

PARLER DE SES IDÉES SUICIDAIRES N'EST PAS SIMPLE

De nombreuses personnes vont spontanément parler de leurs idées suicidaires et aller chercher de l'aide. Il existe d'ailleurs une tendance générale à une plus grande divulgation des pensées suicidaires, notamment chez les femmes et les jeunes générations⁴⁵. Les témoignages positifs de célébrités sur le sujet sont aussi une action favorable dans ce sens⁴⁶.

Le **numéro national 3114** - gratuit, ouvert 24/7 et reposant sur des répondants professionnels – offre aujourd'hui aux personnes ayant des idées suicidaires (mais également à l'entourage et aux professionnels de santé) une réponse facilitée et individualisée.

Rappelons que de nombreuses **autres lignes d'écoute** existent depuis longtemps (SOS Amitié, Suicide Écoute, SOS Suicide Phénix, etc.) dont le principe repose, ici, sur une écoute non interventionnelle et anonyme.

Toutefois, **près de la moitié des personnes ayant des idées suicidaires ne vont pas parler de leurs pensées suicidaires**⁴⁷. Il est important de garder en tête les **nombreux freins à la divulgation par la personne de ses idées suicidaires** :

- craindre le jugement moral ou le blâme (« tu es fou, pas rationnel, tu ne devrais pas dire ce genre de choses, comment peux-tu avoir ces idées avec ta vie, tes enfants, ton beau mariage, etc. ») ;
- craindre la minimisation (« ça va passer, bouge-toi, etc. ») ou la dramatisation ;
- avoir honte (« Comment puis-je avoir ces idées en tant que mère/père, je vais faire un orphelin, etc. ») ;
- penser que le suicide est un péché, ou une faiblesse morale ;
- avoir peur d'être stigmatisé ;
- craindre les conséquences d'une révélation (hospitalisation, perte d'emploi, perte de la garde des enfants...) ;
- ne pas faire confiance aux professionnels de santé ou aux institutions (en raison, éventuellement, d'une expérience précédente problématique) ; être déterminé à agir ;
- penser qu'il n'y a rien d'autre à faire.

Ceci justifie d'évaluer les idées suicidaires au cours d'un entretien après avoir idéalement créé **des conditions de confiance et d'alliance** facilitant cette divulgation compliquée.

⁴⁵ Husky, M. M., Léon, C., & Vasiliadis, H. M. (2025). Increases in suicidal thoughts disclosure among adults in France from 2000 to 2021. *J Affect Disord*, 371, 54–60.

⁴⁶ Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kirchner, S., Sinyor, M., Braun, M., Pirkis, J., Tran, U. S., Voracek, M., Arendt, F., Ftanou, M., Kovacs, R., King, K., Schlichthorst, M., Stack, S., & Spittal, M. J. (2022). Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 7(2), e156–e168.

⁴⁷ Hallford, D. J., Rusanov, D., Winestone, B., Kaplan, R., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Melvin, G. (2023). Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Clin Psychol Rev*, 101, 102272.

RECONNAITRE LES BARRIÈRES À L'ÉVALUATION DES IDÉES SUICIDAIRES PAR LES SOIGNANTS

De nombreux soignants se sentent mal à l'aise à poser la question de l'existence d'idées suicidaires. Le principal frein est une **idée reçue**, tenace mais totalement fausse : *poser la question des idées suicidaires peut donner des idées à quelqu'un qui n'en a pas*. Des études ont au contraire montré que de nombreux patients sont soulagés de pouvoir en parler⁴⁸. Par ailleurs, ne pas la poser, pour les raisons évoquées plus haut, risque de conduire un patient ayant des idées suicidaires à ne pas oser en parler spontanément.

En France, 8,5% des personnes décédées de suicide avaient consulté un médecin ou un service d'urgence le jour de leur suicide, 34,1% durant la semaine précédente, et 60,9% durant le mois précédent leur décès⁴⁹. Ce sont autant d'occasions manquées de prévention.

Soulignons encore ce point : **Poser la question des idées suicidaires ne donne pas d'idées suicidaires à quelqu'un qui n'en a pas, mais cela augmente les chances d'identifier celles qui en ont.**

Les autres barrières du côté des soignants sont :

- se sentir incompetent dans l'évaluation des idées suicidaires ou incapable d'accompagner un patient ayant des idées suicidaires ;
- se sentir trop isolé pour intervenir ;
- ne pas se sentir à l'aise avec la question des actes suicidaires (par exemple, le soignant a eu des idées suicidaires, il y a eu un cas de suicide dans sa famille, etc.) ;
- penser qu'il n'y a pas grand-chose à faire pour prévenir un acte suicidaire chez une personne ayant de fortes intentions suicidaires ;
- craindre les conséquences juridiques si le patient révèle ses idées suicidaires puis meurt par suicide.

De courtes **formations** permettent habituellement de faire tomber les appréhensions et idées reçues et d'améliorer le sentiment de capacité et l'attitude vis-à-vis des personnes ayant des idées suicidaires⁵⁰.

Rappelons ici les **formations proposées par le Geps** dans l'ensemble des régions françaises dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide.

Il est enfin important que les soignants connaissent bien leur environnement professionnel et les divers moyens d'aide qu'ils ont à disposition pour répondre à diverses situations critiques.

Ne pas rester seul.e est un axe essentiel de la prévention du suicide.

⁴⁸ Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence. *Psychol Med*, 44(16), 3361–3363.

⁴⁹ Laanani, M., Imbaud, C., Tuppin, P., Poulalhon, C., Jollant, F., Coste, J., & Rey, G. (2020). Contacts with Health Services During the Year Prior to Suicide Death and Prevalent Conditions A Nationwide Study. *J Affect Disord*, 274, 174–182.

⁵⁰ Bocquier, A., Pambrun, E., Dumesnil, H., Villani, P., Verdoux, H., & Verger, P. (2013). Physicians' characteristics associated with exploring suicide risk among patients with depression: a French panel survey of general practitioners. *PLoS One*, 8(12), e80797.

SAVOIR POSER SIMPLEMENT LA QUESTION DES IDÉES SUICIDAIRES

Poser la question de l'existence d'idées suicidaires peut paraître embarrassant mais sa formulation ne présente pas de problème particulier. Il s'agit I) d'éviter les termes ambigus (« se faire du mal », « idées noires ») et II) d'évaluer l'existence d'idées suicidaires sur une période suffisante en raison des fluctuations naturelles de la crise, comme nous l'avons vu plus haut.

Une manière simple de poser la question des idées suicidaires est, en une étape (tourner autour de la question ne ferait que donner le sentiment d'être mal à l'aise) :

« Avez-vous eu des idées suicidaires (ou avez-vous pensé vous donner la mort) au cours des 15 derniers jours ? ».

On peut améliorer encore la question en faisant le lien avec la situation actuelle du sujet ou son vécu émotionnel :

« Quand on vit (situation) / quand on ressent (vécu émotionnel), on peut avoir des idées suicidaires. Est-ce que cela a été votre cas au cours des 15 derniers jours ? ».

On respectera un éventuel silence initial comme réponse.

Une réponse affirmative doit conduire à interroger, de manière plus précise, sur :

- I) la fréquence des idées suicidaires, leur intensité et leur retentissement sur le fonctionnement du sujet ;
- II) un moyen envisagé, sa disponibilité réelle et sa létalité potentielle ;
- III) un éventuel choix de lieu et de date.

L'évaluation doit permettre, in fine, d'évaluer le caractère :

- d'**urgence suicidaire** (par exemple : plan suicidaire en cours, souffrance psychique intense, sentiment d'absence d'issue possible, conviction d'avoir tout tenté, alcoolisation importante facilitant le passage des idées aux actes, isolement social, etc.)
- et de **dangerosité** (disponibilité d'un moyen suicidaire, notamment très létal)
- en sus des facteurs de risque (voir ci-dessous).

LA DIFFICULTÉ À ÉVALUER UN RISQUE SUICIDAIRE INDIVIDUEL ET NOTRE TRÈS FAIBLE CAPACITÉ DE PRÉDICTION DES ACTES SUICIDAIRES

Bien que trop fréquent, le suicide est un acte très rare comme nous l'avons vu plus haut. En outre, les actes suicidaires résultent de processus individuels complexes et multiples, avec une grande variabilité entre les personnes.

Les **facteurs de risque identifiés**⁵¹ par les études scientifiques sont importants à prendre en compte, au premier rang desquels (liste non exhaustive) :

- Être un homme âgé pour le suicide abouti ;
- Une histoire personnelle de tentative de suicide ;

⁵¹ Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health*, 25(4), 148–155.

- Un trouble psychiatrique ou addictif sévère ;
- Un événement récent douloureux (problème interpersonnel, chômage, victime de violences, etc.) ;
- Une maladie physique grave (douloureuse, invalidante, au mauvais pronostic...) ;
- Une histoire ou un vécu de maltraitance dans l'enfance ;
- Une histoire familiale de suicide ;
- Un isolement social.

Toutefois, il est important de garder en tête qu'il s'agit de facteurs de risque statistiques, établis sur de larges populations, qu'il est difficile d'appliquer à une personne donnée.

Une des conséquences de ces différents éléments – rareté des actes suicidaires, mécanismes complexes et multifactoriels, facteurs de risque statistiques - est **qu'il n'est pas possible à l'heure actuelle de prédire avec précision un risque de suicide ou de tentative de suicide au niveau individuel.**

Les facteurs de risque connus manquent de capacité de prédiction, ils ont une **valeur prédictive positive très faible**. Par exemple, la prédiction du jugement clinique sur le risque de réitération suicidaire après un geste auto-infligé n'atteint que 22%⁵². En d'autres termes, le clinicien se trompe dans 80% des cas quand il pense que la personne va réitérer un tel acte. Même dans les populations les plus à risque, notamment chez les personnes qui ont déjà fait un acte suicidaire, la grande majorité ne refait pas de nouveau geste suicidaire et ne mourra pas de suicide : A un an, 16,3% de réitération et 1,6% de décès par suicide selon une méta-analyse⁵³.

L'objectif ne peut donc pas être d'évaluer un niveau de « risque suicidaire » individuel, impossible à chiffrer⁵⁴, contrairement à ce qu'il est souvent enseigné.

Il est plus pertinent d'évaluer :

- l'état psychique actuel de la personne,
- l'existence d'une crise suicidaire en cours (incluant urgence et dangerosité),
- le contexte environnemental récent et d'éventuels événements à venir,
- le niveau de vulnérabilité de la personne (incluant son histoire passée et des actes antérieurs suicidaires).

et de décider à partir de ces éléments de la **conduite à suivre à court terme** sur la base des besoins immédiats identifiés (par exemple, mise en sécurité, réduction de l'anxiété, reconnexion sociale, réduction de la douleur, etc.), des souhaits du patient et de son entourage, et des ressources locales à disposition.

⁵² Woodford, R., Spittal, M. J., Milner, A., McGill, K., Kapur, N., Pirkis, J., Mitchell, A., & Carter, G. (2019). Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide Life Threat Behav*, 49(1), 23–40.

⁵³ Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(2), e89944.

⁵⁴ Greiner, C., Von Rohr-De Pree, C., Michaud, L., Besch, V., Debbané, M., Large, M., Huber, J., & Prada, P. (2024). Risque suicidaire et hospitalisation : un changement de paradigme est-il nécessaire ? [Suicide risk and hospitalization: is a paradigm shift necessary?]. *Rev Med Suisse*, 20(887), 1654–1656.

LES QUESTIONNAIRES SONT PEU UTILES EN PRATIQUE CLINIQUE

Plusieurs études ont montré que les questionnaires n'améliorent pas la prédiction⁵⁵.

Les auteurs d'une large méta-analyse concluent que « *Aucune classification "à haut risque" [basée sur des questionnaires] ne s'est avérée cliniquement utile. La prévalence [des gestes suicidaires] impose un plafond à la valeur prédictive positive. La prise en charge doit réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables et offrir des interventions efficaces pour des sous-populations sélectionnées et des populations cliniques non sélectionnées.* »

En outre, les questionnaires sont chronophages et ils risquent d'induire le soignant en erreur, dans un sens comme dans l'autre (sur- ou sous-estimation).

Leur utilisation doit donc être réfléchie en dehors de la recherche et de l'enseignement.

L'échelle RUD (ou plus exactement la grille UDR : Urgence-Dangereuxité-Risque) peut être utilisée comme guide à un entretien (en évitant d'en faire une checklist explicite). Sa construction souligne l'importance des facteurs d'urgence (U) (présence d'idées suicidaires, d'un plan, un haut niveau de désespoir, etc.) et de dangereuseité (D) (c'est-à-dire l'accès à un moyen létal) au regard des facteurs de risque statistiques que présentent la personne (R). Cette grille de lecture – qui n'est pas une échelle et n'a pas jamais reçu de validation formelle – entretient une confusion entre la probabilité clinique de passage à court terme (UD) et la probabilité statistique de passage à l'acte à long terme (R). Les recommandations HAS pour la prévention du suicide chez les enfants et les adolescents préconisent de lui substituer une évaluation clinique plus intégrée, comprenant l'évaluation de l'urgence et de la dangereuseité du geste envisagé, et de la vulnérabilité de la personne.

Principes généraux de l'intervention de crise suicidaire

LA PRÉVENTION DU SUICIDE SE HEURTE À DE NOMBREUSES IDÉES REÇUES QU'IL FAUT COMBATTRE

Citons notamment :

- ✓ Le suicide est un acte de courage ou de lâcheté :

Le suicide est l'expression d'une souffrance, les notions morales ne sont pas utilement mobilisées en prévention.

- ✓ suicide est un acte de liberté :

Il est au contraire question d'un sentiment subjectif d'absence de choix - donc d'absence de liberté - qui conduit à envisager la mort comme seule solution. Le suicide est une aliénation à la souffrance.

⁵⁵ Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *Br J Psychiatry*, 210(6), 387–395.

✓ Les personnes qui veulent se suicider ne donnent jamais d'indication sur leur intention à leur entourage avant de le faire :

Même s'il existe des cas pour lesquels les signes annonciateurs sont très discrets et aspécifiques, dans la majorité des cas des signaux directs ou indirects ont existé mais n'ont pas forcément été entendus et compris.

✓ Ceux qui en parlent le plus ne le font pas. Les personnes qui menacent de se suicider ne le font que pour attirer l'attention, elles ne se suicideront pas :

...jusqu'au moment où elles passeront éventuellement à l'acte. Parler de suicide n'est jamais anodin. Il est plus intéressant d'être « conservateur » ici en s'occupant de tous les gens qui en parlent même si beaucoup ne passeront pas à l'acte (et tant mieux) que de prendre le risque d'un acte qui est par nature difficile à prédire. La notion de menace convoque le registre du jugement moral qui parasite l'évaluation clinique.

✓ Quand on veut se suicider, on peut toujours. Si on ne meurt pas, c'est qu'on ne le voulait pas vraiment :

Il y a des circonstances non maîtrisées, tant dans un sens que dans l'autre. Tout acte suicidaire est aussi marqué d'une forte ambivalence avec un désir de vivre qui retient. Alors tant mieux si la personne ne meurt pas, il reste encore une chance de faire quelque chose.

✓ Parler de suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire :

Au contraire, poser la question libère la parole. Il y a beaucoup de raisons pour une personne ayant des idées suicidaires de ne pas en parler si on ne lui pose pas la question.

✓ Le suicide est un problème de pays riches :

Les trois-quarts des suicides dans le monde ont lieu dans les pays à revenus faibles ou modérés selon l'OMS.

✓ Il n'y a rien à faire contre le suicide :

De nombreuses mesures individuelles et collectives ont montré leur capacité à réduire le nombre de suicides⁵⁶. Même si l'objectif « zero suicide » est illusoire (et culpabilisant), il est possible de sauver de très nombreuses vies. Il faut le savoir et y croire !

Il est absolument nécessaire d'être convaincu que ces assertions sont fausses afin d'adopter face à une personne ayant des idées suicidaires ou ayant fait un geste suicidaire une attitude appropriée et bienveillante et lui proposer une intervention adéquate susceptible d'être efficace.

⁵⁶ Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016).

DÉFINIR LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'INTERVENTION DE CRISE EN IDENTIFIANT LES BESOINS ACTUELS DU PATIENT

Il n'existe pas à l'heure actuelle de preuves solides, scientifiquement reconnues, concernant la meilleure manière de mener une intervention de crise suicidaire⁵⁷. La plupart des interventions proposées sont empiriques.

Dans tous les cas, l'intervention sera **personnalisée**.

Dans de nombreux cas, elle devra aussi être un **travail d'équipe**, impliquant les professionnels de santé et l'entourage.

L'intervention de crise devrait commencer par une définition des objectifs de l'intervention. Cela se fait à la fin d'une évaluation clinique bien conduite, en ayant en main le plus de connaissances possibles sur la personne et la situation. On prend de meilleures décisions en ayant toutes les cartes en main.

Ces objectifs doivent idéalement être **validés par la personne en crise suicidaire et son entourage**. Cela permet de s'assurer de l'engagement à venir de l'entourage et du patient et d'éviter les malentendus.

La situation actuelle de la personne doit faire l'objet d'une attention prioritaire (les problèmes plus anciens seront pris en compte plus tard).

Parmi les objectifs généraux, notons :

- Réduire la souffrance génératrice d'idées suicidaires ;
- Briser l'isolement et refaire du lien social, montrer au patient qu'il n'est pas seul ;
- Permettre de passer la crise suicidaire en sécurité en réduisant l'accès aux moyens létaux ;
- Accompagner la personne dans la résolution de ses problèmes, lui donner de l'espoir ;
- Engager la personne dans une démarche de soins.

Il peut être utile, notamment pour les professionnels de santé mentale formés à cela, d'identifier **les besoins actuels non satisfaits du patient**. Il s'agit notamment du besoin d'évitement de la douleur, de sécurité, d'appartenance, de bien-être mais aussi des besoins physiologiques (dormir, manger). Ces besoins peuvent être exprimés par le patient ou déduits de son histoire.

CHERCHER LA QUALITÉ DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE, ÊTRE BIENVEILLANT ET DISPONIBLE ET NE PAS RESTER SEUL

La qualité de la relation thérapeutique, caractérisée par une écoute bienveillante, empathique et sans jugement est primordiale.

Le soignant doit montrer sa capacité à avoir compris la souffrance de la personne, et à être un intervenant compétent et de confiance. Il est donc important de créer et d'entretenir une **bonne alliance thérapeutique**.

Il s'agira de montrer une **inquiétude raisonnable**, un **souci sincère**, pour l'état du patient ayant des idées suicidaires et de lui donner de l'espoir.

Outre la bienveillance et l'empathie, **la disponibilité du soignant** est primordiale. Le patient doit savoir comment contacter le soignant si besoin durant la crise suicidaire. Par exemple, en

⁵⁷ Harmer, B., Lee, S., Duong, T., & Saadabadi, A. (2022). Suicidal Ideation. StatPearls. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=33351435

intrahospitalier, les dispositifs d'appel dans les chambres qui doivent être expliqués au patient et sécurisés ; en ambulatoire, connaître les numéros de téléphone utiles, les périodes d'absence et d'indisponibilité du professionnel, et les alternatives locales (hôpital de jour, centre de crise, urgences, etc.).

Il est souhaitable dans les crises suicidaires sévères ou quand l'état du patient est très instable de **solliciter l'intervention d'autres personnes**. La **collaboration** est essentielle.

Il s'agira d'impliquer **l'entourage** (au sens large : famille, amis, voisins, collègues de travail) après avoir évalué au préalable leur capacité d'étayage et de compréhension et l'absence de potentiel conflictuel.

Selon les situations, l'entourage proche sera sollicité pour compléter les informations sur l'état de la personne, pour participer à la décision thérapeutique, voire pour assurer la surveillance à domicile et sa sécurisation quand les alternatives hospitalières n'existent pas ou que le patient et l'entourage ne souhaitent pas une hospitalisation.

De la même manière, le soignant prendra soin de solliciter ses **propres soutiens professionnels** selon la situation et ses disponibilités : collègues de consultation, secrétariat et accueil, service d'urgence, hospitalisation, etc.

RESTREINDRE SYSTÉMATIQUEMENT L'ACCÈS AUX MOYENS LÉTAUX DURANT LA CRISE

Une mesure essentielle de la prévention du suicide est la restriction d'accès à des moyens létaux durant la crise suicidaire⁵⁸.

La recommandation 2 présentée plus loin repose sur ce principe essentiel de prévention.

La disponibilité de moyens létaux à domicile doit être systématiquement recherchée auprès du patient et de son entourage. Par exemple :

- Les armes à feu doivent être collectées de manière sécurisées par la police ou la gendarmerie du lieu de domicile.
- Les cordes doivent être entreposées dans un endroit non accessible à la personne ayant des idées suicidaires.
- Les médicaments doivent être en nombre limité à domicile, voire mis sous clé avec accès contrôlé par un proche.
- Si le domicile est en hauteur, il est souhaitable d'être hébergé ponctuellement par un proche dans un lieu plus sécurisé, le temps de la crise.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES ET PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES DE LA CRISE SUICIDAIRE

Voir Recommandation 7.

⁵⁸ Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659; Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*, 178(7), 611–624.

Hospitaliser à temps complet pour crise suicidaire : une décision complexe, non systématique et si possible partagée

Le premier niveau de prévention du suicide en établissement de santé est de questionner **la balance bénéfice-risque de l'hospitalisation des patients ayant des idées suicidaires**. Contrairement à une idée reçue, celle-ci n'est pas toujours favorable.

UN NIVEAU DE PREUVE TRÈS LIMITÉ EN TERMES DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Un premier point important est **que le niveau de preuve du bénéfice de l'hospitalisation complète sur la prévention du suicide est extrêmement limité**.

La fermeture de quasiment tous les lits d'hospitalisation en Italie dans les années 1970 ne s'est pas accompagnée d'une hausse des suicides⁵⁹. En Finlande, à la suite d'une désinstitutionalisation importante, les municipalités avec le plus faible taux de suicide ont été celles avec un ratio plus élevé de soins ambulatoires par rapport au nombre de lits d'hospitalisation complète⁶⁰. Une des rares études connues ayant randomisé les patients à être admis en hospitalisation ou suivi en ambulatoire après une tentative de suicide n'a pas montré de différence en termes de réitération sur de petits échantillons⁶¹. Une étude américaine retrouve un risque de suicide plus élevé chez les patients hospitalisés que chez ceux non hospitalisés après une tentative de suicide⁶².

Une seule étude, à notre connaissance, met en évidence un risque de réitération suicidaire inférieur après hospitalisation, mais uniquement si la tentative de suicide a eu lieu le jour même, sans effet chez ceux qui ont réalisé leur geste récemment et chez les patients avec idées suicidaires sans passage à l'acte⁶³.

⁵⁹ Barbui, C., Papola, D., & Saraceno, B. (2018). Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst*, 12, 43.

⁶⁰ Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*, 373(9658), 147–153.

⁶¹ Waterhouse, J., & Platt, S. (1990). General hospital admission in the management of parasuicide. A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 156, 236–242.

⁶² Goldman-Mellor, S. J., Bhat, H. S., Allen, M. H., & Schoenbaum, M. (2022). Suicide Risk Among Hospitalized Versus Discharged Deliberate Self-Harm Patients: Generalized Random Forest Analysis Using a Large Claims Data Set. *Am J Prev Med*, 62(4), 558–566.

⁶³ Ross, E. L., Bossarte, R. M., Dobscha, S. K., Gildea, S. M., Hwang, I., Kennedy, C. J., Liu, H., Luedtke, A., Marx, B. P., Nock, M. K., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Zainal, N. H., Sverdrup, E., Wager, S., & Kessler, R. C. (2023). Estimated Average Treatment Effect of Psychiatric Hospitalization in Patients With Suicidal Behaviors: A Precision Treatment Analysis. *JAMA Psychiatry*, e233994.

L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE COMPORTE AUSSI DES RISQUES

Pour beaucoup de patients, **l'hospitalisation en psychiatrie peut être associée à des expériences négatives voire douloureuses et traumatisantes**. Bien que les conditions d'accueil intrahospitalier font l'objet d'une attention croissante, elles peuvent encore donner lieu à des situations ou des sentiments d'infantilisation, d'insécurité, de négligence, de stigmatisation ou de coercition.

De fait, l'hospitalisation ne semble pas optimale pour de nombreuses personnes ayant réalisé un acte suicidaire⁶⁴.

L'expérience préalable du patient avec l'hospitalisation est en outre capitale à prendre en compte lors de la prise de décision médicale.

Dans ces conditions, **il ne faudra pas confondre refus d'hospitalisation et refus de soins**.

Enfin, le motif d'hospitalisation étant le plus souvent de mettre le patient à l'abri d'un acte suicidaire, il est nécessaire de s'assurer que le lieu d'hospitalisation où le patient est référé est réellement sécurisé.

LES LIMITES DE LA PRÉDICTION

Comme évoqué plus haut, nous ne savons pas aujourd'hui prédire avec suffisamment de fiabilité le risque suicidaire individuel. Par conséquent, décider d'une hospitalisation – option préventive qui n'a pas fait ses preuves et qui n'est pas dénuée d'effets iatrogènes – sur la seule base de l'évaluation de ce risque pose un problème éthique sérieux⁶⁵.

À noter cependant qu'au-delà de l'évaluation du risque suicidaire, **plusieurs facteurs peuvent contribuer au choix d'une hospitalisation** : absence d'alternative locale, manque de formation à l'intervention ambulatoire de crise suicidaire, craintes des conséquences légales, etc. Pour autant, plusieurs de ces points sont amendables (formation pratique, développement de centres de post-urgence, décision partagée écrite et justifiée, etc.).

Enfin, l'hospitalisation de certains patients peut être bien entendue justifiée par **d'autres motifs cliniques** : mise à distance d'un entourage problématique, troubles majeurs du comportement et consommation importante de substances rendant la surveillance à domicile impossible, isolement majeur ou impossibilité de sécurisation du domicile, etc.

⁶⁴ Bantjes, J., Nel, A., Louw, K. A., Frenkel, L., Benjamin, E., & Lewis, I. (2017). 'This place is making me more depressed': The organisation of care for suicide attempters in a South African hospital. *J Health Psychol*, 22(11), 1434–1446.

⁶⁵ Greiner, C., Von Rohr-De Pree, C., Michaud, L., Besch, V., Debbané, M., Large, M., Huber, J., & Prada, P. (2024). Risque suicidaire et hospitalisation : un changement de paradigme est-il nécessaire ? [Suicide risk and hospitalization: is a paradigm shift necessary?]. *Rev Med Suisse*, 20(887), 1654–1656.

DE POSSIBLES ALTERNATIVES

Il existe à ce jour **quelques arguments à un bénéfice d'alternatives à l'hospitalisation complète**.

Une étude randomisée britannique montre un bénéfice supérieur d'une **hospitalisation de jour** pour des patients ayant des idées suicidaires en comparaison de l'hospitalisation complète, même chez des patients socialement isolés⁶⁶.

En Grande-Bretagne, les services de santé mentale ayant mis en place un **centre de crise ouvert 24h/24** ont vu une diminution des suicides en hospitalisation⁶⁷.

Rappelons l'étude finlandaise citée plus haut montrant les bénéfices d'une disponibilité accrue des services ambulatoires sur les taux de suicide⁶⁸.

Il est en effet tout à fait possible de prendre en charge un patient ayant des idées suicidaires **en ambulatoire**, avec un peu d'expérience et sous conditions (voir infra). Ceci est évidemment une nécessité au regard de l'incidence annuelle des idées suicidaires, autour de 5% de la population adulte et plus de 10% des adolescents. La prise en charge peut être faite en consultation ou dans des structures dédiées, centres de crise ou hôpitaux de jour. Développer une meilleure formation des internes de psychiatrie à la prise en charge ambulatoire de la crise suicidaire est indispensable, par exemple à l'aide de la simulation⁶⁹.

Notons qu'un programme de formation au traitement de la dépression à destination des médecins généralistes sur l'île de Gotland en Suède a conduit à moins d'hospitalisations en psychiatrie et moins de suicides sur l'île⁷⁰, soulignant l'importance de la formation des médecins généralistes et du traitement ambulatoire bien conduit de la dépression.

L'HOSPITALISATION : PAS UN GOLD STANDARD SYSTÉMATIQUE MAIS UNE OPTION PARMI D'AUTRES À BIEN PESER

Les données présentées plus haut suggèrent donc que l'hospitalisation en psychiatrie ne représente pas aujourd'hui le gold standard de la prévention du suicide ou de l'intervention de crise suicidaire mais **une option thérapeutique parmi d'autres** qui ne doit certainement pas être systématique.

Dans la mesure du possible, il sera important **d'impliquer l'entourage dans le choix de cette option thérapeutique**, sans minimiser les alternatives quand elles existent.

⁶⁶ Jones, G., Jankovic Grailovic, J., McCabe, R., Bechtas, C., & Priebe, S. (2008). Treating suicidal patients in an acute psychiatric day hospital: A challenge to assumptions about risk and overnight care. *J Ment Health*, 17(4), 375–387.

⁶⁷ While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379(9820), 1005–1012.

⁶⁸ Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*, 373(9658), 147–153.

⁶⁹ Richard, O., Piot, M. A., & Jollant, F. (2024). Short-term effects of a simulation-based training program on suicide risk assessment and intervention for first-year psychiatry residents. *Encephale*, 50(6), 623–629.

⁷⁰ Rutz, W., von Knorring, L., & Walinder, J. (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*, 85(1), 83–88.

Les questions suivantes peuvent être utiles pour déterminer le lieu de prise en charge le plus adapté à un patient donné :

- Quelles sont les options alternatives de prise en charge disponibles localement ?

- Centre de crise, hôpital de jour, consultation de post-urgence, associations, etc.

- Certains signes et symptômes cliniques nécessitent-ils une hospitalisation ?

Par exemple,

- alcoolisation ou prise d'autres substances en quantité et de manière incontrôlable ;
- symptômes délirants envahissants ;
- déni des troubles et refus de soins ;
- compliance thérapeutique incertaine ; état psychique et émotionnel très perturbé, agitation majeure, catatonie, ralentissement psychomoteur marqué ;
- menaces homicidaires associées aux pensées suicidaires ;
- etc.

- Y-a-t-il un besoin de mise à distance d'un environnement familial ou social problématique ?

- Si une prise en charge ambulatoire est privilégiée, permet-elle un suivi intensif dans les prochaines semaines (disponibilité et sécurité) ?

- Le lieu de vie du sujet est-il sûr ou peut-il être sécurisé (logement en hauteur, arme à feu, médicaments, cordes et points d'accroche, etc.) ?
- Des personnes de confiance - étayantes et ayant bien compris la problématique de surveillance - peuvent-elles se relayer à domicile auprès du patient ?
- Le patient peut-il revenir voir le soignant dans les 48h et le soignant qui a rencontré initialement le patient ou le suit (de préférence) ou quelqu'un d'autre de confiance est-il disponible pour le recevoir et réévaluer l'état psychique de la personne dans ce délai ?
- Le patient est-il d'accord pour prendre un court traitement contre l'anxiété et les troubles du sommeil ?
- Ce traitement peut-il être surveillé / accompagné / sécurisé par quelqu'un de l'entourage ?

- Quel est le choix du patient et pourquoi ?

- Quelles sont les options qu'il refuse/accepte et pourquoi ?
- Peut-on répondre simplement à ses questions ?

- Quel est le choix de l'entourage et pourquoi ?

- Quelles sont les options qu'il refuse/accepte et pourquoi ?
- Peut-on répondre simplement à ses questions ?

L'hospitalisation en psychiatrie pour crise suicidaire doit donc faire l'objet d'une évaluation des bénéfices, risques et alternatives, et d'une **décision partagée**.

Enfin toute décision doit être systématiquement justifiée par écrit dans le dossier médical.

Envisager avec le patient des alternatives à l'hospitalisation permettrait probablement de prévenir certains suicides en établissement⁷¹.

⁷¹ de Leo, D., & Svetlicic, J. (2010). Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? *Epidemiol Psychiatr Soc*, 19(1), 8–15.

Les enfants et adolescents en crise suicidaire

L'évaluation et la prise en charge des adolescents ayant des idées suicidaires ou après une tentative de suicide a fait l'objet de recommandations de la HAS en 2021⁷².

De nombreux enfants et adolescents sont hospitalisés pour crise suicidaire. Or, la situation actuelle en France conduit à hospitaliser de nombreux enfants et adolescents en service de pédiatrie ou en psychiatrie d'adulte et non en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou unité spécialisée par manque de lits dédiés. D'une façon générale, les recommandations présentées ci-après s'appliquent aux services de pédiatrie et de psychiatrie recevant des adolescents en crise suicidaire comme aux services adultes. Il faudra néanmoins s'assurer de leur adaptation aux spécificités développementales des enfants et adolescents.

Parmi les recommandations de la HAS, le Geps souligne l'importance :

- de mesurer finement les bénéfices/risque de l'hospitalisation ;
- lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire, de privilégier les unités spécialisées ou les unités de pédiatrie disposant d'un service de liaison psychiatrique ;
- d'inclure la pédiatrie dans le plan d'établissement ;
- de la sécurisation physique des lieux de soins, y compris en pédiatrie ;
- de la formation des soignants de pédiatrie à l'identification de la crise suicidaire de l'adolescent, cette population représentant dans certaines unités de soins une grande part des jeunes hospitalisés ;
- de la bonne communication avec l'entourage ;
- de la bonne transmission des informations dans l'équipe de soins ;
- d'une bonne coordination avec les psychiatres de liaison et tout autre intervenant spécialisé (psychologues par exemple) ;
- de la qualité de l'évaluation psychiatrique, addictologique et psychologique, et des soins qui en découlent.

⁷² https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge



Recommendations

Recommandation 1 :

Définir et mettre en place un plan d'établissement de prévention du suicide et des gestes auto-infligés, et associer un plan de postvention institutionnelle

Niveau de preuve

Limité pour le plan de prévention ; consensus d'experts pour le plan de postvention.

Les interventions multimodales ont montré leur bénéfice dans trois études, à l'hôpital général comme à l'hôpital psychiatrique⁷³. Deux revues de littérature soutiennent une approche « centrée sur le système » combinant plusieurs actions⁷⁴.

Créer un plan d'actions multimodales de prévention du suicide et des gestes auto-infligés en établissement

Le Geps recommande que chaque établissement de santé établisse un plan de prévention des actes suicidaires.

Ce plan d'établissement doit s'inscrire dans la démarche qualité « Prévention / Gestion des risques » de tout établissement hospitalier.

Ce plan doit décrire les différentes actions entreprises et celles à entreprendre, notamment sur la base des recommandations présentées ci-après.

Le plan d'action doit être **multimodal**, comprenant une série d'actions complémentaires, simples et compréhensibles, acceptables, applicables et le plus possible basées sur les preuves scientifiques.

⁷³ Ang, L. P. A. (2018). Reducing inpatient suicide rates: The success of a suicide management program in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*, 54, 60–61 ; Changchien, T. C., Yen, Y. C., Wang, Y. J., Chang, Y. C., Ju, R. S., Yen, P. F., Cheng, Y. T., Shih, M. L., & Huang, Y. H. (2019). Establishment of a Comprehensive Inpatient Suicide Prevention Network by Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis. *Psychiatr Serv*, 70(6), 518–521 ; Noelck, M., Velazquez-Campbell, M., & Austin, J. P. (2019). A Quality Improvement Initiative to Reduce Safety Events Among Adolescents Hospitalized After a Suicide Attempt. *Hosp Pediatr*, 9(5), 365–372.

⁷⁴ Nawaz, R. F., Reen, G., Bloodworth, N., Maughan, D., & Vincent, C. (2021). Interventions to reduce self-harm on in-patient wards: systematic review. *BJPsych Open*, 7(3), e80. ; Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*, 178(7), 611–624.

Ce plan doit être un **travail collectif** impliquant l'ensemble du personnel concerné personnel soignant, gouvernance de l'hôpital, département qualité des soins, département des travaux, ingénieurs, etc. La participation de patients experts et représentants des usagers est fortement recommandée.

Le plan doit être régulièrement révisé au vu des connaissances scientifiques et des retours d'expérience.

Ce travail collectif doit permettre de développer une **culture d'établissement en prévention du suicide**⁷⁵. Il s'agit de contrer un fatalisme dommageable mais aussi d'alerter sur la réalité d'un phénomène qui, en raison de sa rareté, peut être sous-estimé.

De manière globale, la prévention du suicide doit **s'intégrer totalement dans une culture et une politique de sécurité des patients, de prévention des risques et de qualité des soins en établissement de santé**.

Être conscient des freins et facilitateurs à la mise en place d'un plan de prévention du suicide

La mise en place d'un plan de prévention du suicide va bénéficier de facteurs favorisant mais aussi se heurter à des freins et barrières.⁷⁶

Il sera donc souvent nécessaire, au préalable, de **faire tomber les freins psychologiques et les idées reçues** (par exemple, sur le coût, l'esthétique, l'inutilité de la sécurisation, la relative rareté du suicide au regard d'autres causes de mortalité) et **d'expliquer et convaincre**.

La motivation et un niveau d'adhésion significatif des intervenants et un soutien institutionnel fort et au long cours sont essentiels.

Associer systématiquement un plan de postvention institutionnelle

Le Geps recommande en outre d'associer systématiquement à ce plan de prévention du suicide un plan de postvention institutionnelle.

La disponibilité d'un plan de postvention doit permettre de gérer les situations de crise suite à un suicide en établissement dans des conditions optimales, et de prévenir de futurs actes.

L'importance de la postvention institutionnelle (« collective ») a donné lieu à une instruction de la Direction Générale de la Santé (DGS) en 2025 ⁷⁷.

⁷⁵ Jayaram, G. (2014). Inpatient suicide prevention: promoting a culture and system of safety over 30 years of practice. *J Psychiatr Pract*, 20(5), 392–404.

⁷⁶ Krishnamoorthy, S., Mathieu, S., Armstrong, G., Ross, V., Francis, J., Reifels, L., & Kölves, K. (2025). Implementation of Complex Suicide Prevention Interventions: Insights into Barriers, Facilitators and Lessons Learned. *Arch Suicide Res*, 29(2), 556–579.

⁷⁷ <https://bulletins-officiels.social.gouv.fr/sites/textes-officiels/files/2025-08/TSSP2521493N.pdf>

Ce plan de postvention comprendra par exemple⁷⁸ :

- I) L'identification d'une équipe d'intervention en urgence qui se déplacera auprès du service concerné pour le conseiller ;
- II) Les modalités d'action immédiate et à court terme à la suite de la découverte du corps : information de la famille, gestion des personnes en état de choc psychique, intervention de la police, communication avec les media, évaluation des autres patients, etc. ;
- III) Les aspects médico-légaux : ce qui peut être partagé avec la police, l'accompagnement en cas de convocation au commissariat, la question des réquisitions judiciaires, etc.
- IV) Les actions à mener à moyen et long terme : par exemple, réunion d'équipe dans les 15 jours, orientation et suivi des personnes affectées dans le cadre d'une action de postvention individuelle ;
- v) La déclaration en EIGS (voir recommandation 9) et la réalisation systématique d'une revue de mortalité et morbidité à distance (RMM ; voir guide de la HAS⁷⁹) (voir recommandation 10).

La mise en place d'un système de postvention institutionnelle ne consiste pas à la simple application d'un plan préconstruit. Elle consiste en une démarche globale menée avec les différentes parties prenantes et impliquant la mise en place d'une cellule de postvention, la co-construction d'un plan adapté à l'institution et le suivi de la mise en oeuvre de ce plan.

Voir les plans de postvention suivants :

<https://papageno-suicide.com/ressource/protocoliser-un-plan-de-postvention/>

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/99038/download&ved=2ahUKEwiCq6nztluSAXWhdq-QEHVoQCpkQFnoECBsQAQ&usg=AOvVaw3KOLjijjQDjvKHjQyVmViB>

⁷⁸ Ballard, E. D., Pao, M., Horowitz, L., Lee, L. M., Henderson, D. K., & Rosenstein, D. L. (2008). Aftermath of suicide in the hospital: institutional response. *Psychosomatics*, 49(6), 461–469.

⁷⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

Recommandation 2 :

Assurer la sécurisation de tous les lieux de soins des patients dans l'établissement

Niveau de preuve

Limité pour la sécurisation physique des lieux de soins et les unités fermées ; consensus d'experts pour l'inventaire et les autres procédures.

Une large étude de l'administration de santé des vétérans américains, ainsi qu'une étude en Suisse dans un hôpital général, et une étude en Grande-Bretagne ont montré un bénéfice de la sécurisation physique des points de ligature en termes de réduction du nombre de suicides en établissement de soins⁸⁰.

Une large étude allemande⁸¹ a montré que, à niveau égal de sévérité des patients, les services fermés étaient associés à plus de tentatives de suicide et de fugues que les services ouverts. Par ailleurs, les services fermés n'avaient pas moins de suicides aboutis.

⁸⁰ Mills, P. D., Watts, B. V., Miller, S., Kemp, J., Knox, K., DeRosier, J. M., & Bagian, J. P. (2010). A checklist to identify inpatient suicide hazards in veterans affairs hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 36(2), 87–93; Watts, B. V., Young-Xu, Y., Mills, P. D., DeRosier, J. M., Kemp, J., Shiner, B., & Duncan, W. E. (2012). Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Arch Gen Psychiatry*, 69(6), 588–592. Mills, P. D., King, L. A., Watts, B. V., & Hemphill, R. R. (2013). Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: avoiding environmental hazards. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(5), 528–536; Watts, B. V., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Mills, P. D. (2017). Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide. *Psychiatr Serv*, 68(4), 405–407. Mohl, A., Stulz, N., Martin, A., Eigenmann, F., Hepp, U., Hüsler, J., & Beer, J. H. (2012). The “Suicide Guard Rail”: a minimal structural intervention in hospitals reduces suicide jumps. *BMC Res Notes*, 5, 408. While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379(9820), 1005–1012.

⁸¹ Huber, C. G., Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., von Felten, S., Walter, M., Zinkler, M., Beine, K., Heinz, A., Borgwardt, S., & Lang, U. E. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 842–849.

Justification

Bien qu'il s'agisse d'une action centrale de la prévention du suicide en établissement, la sécurisation des lieux peut **susciter des interrogations et véhiculer des idées reçues**.

Il est parfois **difficile d'identifier les patients en crise suicidaire**. Cette crise peut survenir ou s'accroître de **manière rapide** (à la suite d'une mauvaise nouvelle, par exemple) et conduire à un acte suicidaire inattendu. Il est également **extrêmement compliqué de prédire un passage à l'acte**, et encore plus son moment de survenue. De fait, un grand nombre de cas de suicide en établissement surviennent chez des patients qui ne sont pas identifiés à risque.

La prévention du suicide en établissement **ne peut donc pas reposer uniquement sur un dépistage individuel suivie d'une intervention ciblée** (par exemple, mise en chambre sécurisée des seules personnes identifiées à risque).

Les patients hospitalisés – notamment ceux hospitalisés en psychiatrie, ceux hospitalisés pour une crise suicidaire ou après un geste suicidaire quel que soit le lieu d'hospitalisation (soins intensifs, médecine, chirurgie), ceux souffrant d'une trouble psychiatrique et ceux hospitalisés en MCO dans une situation médicale et psychique douloureuse (annonce d'une maladie grave, douleurs intenses, atteinte à l'intégrité physique, pronostic vital engagé, etc.) - **sont globalement à risque suicidaire élevé**.

La surveillance constante des personnes ayant des idées suicidaires s'avère en outre souvent insuffisante, et possiblement iatrogène (voir plus loin). Le personnel soignant peut aussi se sentir mal à l'aise avec ce type d'action, souvent perçu comme une mesure de gardiennage plus que de soins. Le manque de personnel est par ailleurs une réalité de la situation hospitalière dans de nombreux établissements actuellement.

Enfin, **il n'est pas possible de compter uniquement sur la présence du personnel soignant**. Même si de nombreuses personnes ayant des idées suicidaires vont chercher spontanément de l'aide quand elles ne sentent pas bien, certaines passeront à l'acte sans alerter ou demander d'aide avec un sentiment subjectif que personne ne peut les aider et que leur situation est désespérée.

Pour ces raisons, **la sécurisation physique de l'ensemble des lieux de vie des patients se justifie**. Rendre le geste compliqué à l'acmé de la crise suicidaire est un acte de prévention du suicide reconnu.

Une idée reçue classique est qu'un patient empêché de réaliser un acte suicidaire se reportera sur un autre moyen. Cela n'est pas vrai en pratique dans de nombreux cas. Le passage à l'acte survient le plus souvent dans un moment aigu de grande détresse. Si le geste est empêché ou difficile à réaliser, ce pic va retomber en partie et laisser place à une fréquente ambivalence voire à une recherche d'aide.

Enfin, notons que certaines actions de sécurisation des locaux et du mobilier contribuent aussi à **prévenir les accidents et les actes hétéro-agressifs**.

Réaliser un audit pluriprofessionnel du mobilier et de l'immobilier

Le Geps recommande de procéder à un audit pluriprofessionnel détaillé des lieux de soins des patients.

Cela pourra être fait à l'aide de l'outil développé par l'administration des vétérans américains et traduite et adaptée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère de la Santé⁸².

Ce travail d'audit doit être entrepris minutieusement par une **équipe pluriprofessionnelle** comprenant médecins, infirmiers, aides-soignants, cadres de santé, responsables de la qualité des soins et responsables des travaux.

Une collecte de **l'historique des moyens suicidaires** utilisés lors de gestes suicidaires de patients dans l'établissement peut être particulièrement utile.

Procéder à une sécurisation physique du mobilier et de l'immobilier

Le Geps recommande de procéder systématiquement à la sécurisation physique complète et permanente des lieux de soins des patients.

Notons que l'effet de ces mesures est en outre prolongé ce qui les différencie des actions à effets plus limités dans le temps, comme les formations du personnel, qui doivent être répétées, notamment en cas de turnover important.

Ces actions doivent porter à la fois sur **l'immobilier** (radiateurs, tuyaux, fenêtres, portes, poignées de portes et de fenêtres, faux plafonds, mains courantes, robinets, tuyaux de douche, cordons de sonnette, etc.) et sur le mobilier (placards, lits, miroirs, etc.).

La sécurisation doit porter sur **l'ensemble des lieux de vie des patients à l'hôpital** et non pas seulement sur certains lieux (par exemple, un nombre limité de chambres dites « sécurisées »).

Les lieux prioritaires sont toutefois les chambres, les toilettes et salles de bain et, si possible, les parties communes (couloirs, escaliers, salons, salles à manger, salles d'activité).

Il s'agira également d'évaluer la sécurité des **salles de soins et bureaux de consultation** quand ils sont facilement accessibles aux patients.

Des **solutions à coût modéré** sont disponibles, notamment en cas d'achat de groupe (par exemple, coffrage des radiateurs et des tuyaux, changement des poignées, des serrures et des mains courantes).

Le coût initial des travaux doit être compris comme un investissement dans la sécurité ayant un **bénéfice prolongé**.

Le Geps met en garde sur le fait **qu'une sécurisation partielle ne permettra pas une protection efficace**.

⁸² https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/securite-des-soins-et-des-patients/article/prevenir-le-risque-suicidaire-en-etablissement?var_mode=calcul

Il sera nécessaire de **vérifier régulièrement** (par exemple tous les ans) que le mobilier et l'immobilier n'ont pas été modifiés dans un sens défavorable, ou ne s'est pas altéré. Il en est de même pour les autres procédures de sécurisation (voir ci-dessous).

Le Geps souligne également l'importance de sécuriser les **boxes des services d'urgence**, qui reçoivent un grand nombre de patients ayant des idées suicidaires. Une vigilance particulière concernera les cordons de sonnette, bandages, draps, ceintures de contention, sacs en plastique et tubes à oxygène.

Une vigilance particulière sera portée durant les périodes de travaux (outils, échafaudages, etc.).

La sécurisation des lieux de soins vis-à-vis du suicide est loin d'être une réalité en France, notamment dans de vieux établissements, mais pas seulement. Par exemple, le guide « Nouvelles organisations et architectures hospitalières » publié par le ministère de la santé en juin 2001 ne cite pas du tout la question du suicide⁸³. Plus récemment, la question de la sécurité des patients ayant des idées suicidaires est brièvement citée dans le document « Architecture des services d'urgences » publié en 2024, mais essentiellement dans la prise en charge de la « filière psychiatrie » sans tenir compte du risque suicidaire des patients « dans une filière médecine ou chirurgie »⁸⁴.

Attention : Sécuriser ne signifie pas « bunkeriser ». Des solutions n'altérant pas le **cadre de vie** doivent être envisagées et existent. De fait, l'architecture hospitalière doit à la fois **combinaison des aspects de sécurisation, de soins, de dignité, d'intimité et de bien-être**. Le lieu doit rester agréable à vivre pour des personnes en situation de souffrance qui nécessitent soutien, réconfort et empathie. Il doit également permettre de bonne condition de travail pour les soignants.⁸⁵

Quelques exemples de sécurisation des lieux de soins

Nous donnons ici quelques pistes non exhaustives de sécurisation pouvant s'appliquer **en hôpital et service psychiatrique comme en MCO** (voir outil d'audit pour plus de détails).

- Les actions de sécurisation doivent prévenir toute possibilité **de pendaison**, premier moyen suicidaire en établissement de soins, en supprimant tout point de fixation/ligature.

Notons qu'une pendaison peut s'effectuer à moins d'1 mètre du sol.

Les portes, les poignées et les charnières des portes et fenêtres représentent des points d'accroches fréquents. Des poignées sécurisées (par exemple en demi-lune ou vers le bas), des portes biseautées sur leur angle supérieur externe, et des charnières de sécurité (par exemple charnières continues sur toute la longueur) sont disponibles sur le marché. Une étude rétrospective dans le système de soins des vétérans américains suggère une efficacité sur la prévention des suicides de systèmes d'alarmes sur toutes les portes, la pendaison sur les portes représentant 70% des cas de pendaison dans une étude⁸⁶.

⁸³ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf

⁸⁴ https://www.sfmur.org/upload/referentielsSFMURBP2024_ArchitectureSMU.pdf

⁸⁵ Liu, A. J., Im, D. S., & Hirshbein, L. D. (2024). What Does the History of Inpatient Psychiatric Unit Design Tell Us About Balancing Safety and Healing for Patients With Suicidal Behaviors? *AMA J Ethics*, 26(3), E257–263.

⁸⁶ Mills, P. D., Soncrant, C., Bender, J., & Gunnar, W. (2020). Impact of over-the-door alarms: Root cause analysis review of suicide attempts and deaths on veterans health administration mental health units. *Gen Hosp Psychiatry*, 64, 41–45. h

Les lits ne devraient pas avoir de montants ou avoir des montants pleins et arrondis aux angles. Ils ne devraient pas non plus avoir de cordons d'alimentation électrique ou de raccordement. Ils peuvent être remplacés par des lits à élévation par pédale ou par télécommande sans fil.

Les placards ne doivent pas comprendre de tringles et de cintres solides. Des portants en caoutchouc existent pour les vêtements, ou de simples étagères.

Les téléviseurs doivent être vissés au mur de manière sécurisée mais pouvoir s'arracher sous un poids humain, ou bien être coffrés ; ils ne doivent pas être supportés par une potence et ne doivent utiliser que des câbles électriques très courts (moins de 30 cm) ne pouvant être arrachés/enlevés et utilisés pour faire un noeud coulant.

Des câbles courts (moins de 30 cm) de recharge des téléphones portables peuvent être mis à disposition des patients par les services.

Les douches ne doivent pas comporter de tuyaux de douche mais une arrivée d'eau du mur sans accroche possible.

Les rideaux de douche doivent être remplacés par des cloisons solides allant du sol au plafond. Des mains courantes pleines, sans accroche possibles, sont disponibles.

Tous les tuyaux - dans la salle de bain, les toilettes comme les chambres - doivent être coffrés.

Les faux plafonds ne doivent pas pouvoir être ouverts facilement (accès à des tuyaux et autres accroches solides et accessibles).

- *Ces actions doivent également prévenir tout risque **de strangulation et suffocation**.*

Les poubelles des chambres ne devraient pas utiliser de sacs poubelles (et doivent être en plastique léger et de petite taille pour éviter d'être utilisés comme projectile et être facilement lavables).

Les draps et les oreillers doivent être indéchirables.

Les dispositifs d'appel ne doivent pas comprendre de cordons de plus de 30 cm.

- *Ces actions doivent aussi prévenir toute possibilité **de saut d'une hauteur**.*

Les fenêtres et toute structure en hauteur (par exemple terrasse, balcons) doivent donc être sécurisées de manière solide (verre et chaîne incassable pour les fenêtres ; grillage haut ou vitres incassables pour les terrasses).

L'accès aux escaliers de secours doit comprendre une alarme sonore.

Les cages d'escalier qui donnent accès au service ou à l'unité doivent être sécurisées.

- *Ces actions doivent prévenir tout **accès à des objets tranchants**.*

Les miroirs et tableaux doivent être incassables, ainsi que les plinthes en plastique.

- *Verrouillage des portes*

Tout en assurant un niveau suffisant d'intimité, **les portes des chambres, des salles de bain et des toilettes ne doivent pas pouvoir être verrouillées ou bloquées de l'intérieur** afin de pouvoir intervenir rapidement si nécessaire.

Les unités et services de soins psychiatriques fermés ne sont pas un moyen efficace de prévention du suicide

Le Geps ne recommande pas le recours systématique à des unités et services fermés en tant que moyen de prévention du suicide.

Il est fait l'hypothèse que les services fermés modifient de manière négative les relations soignants-soignés, diminuent la vigilance des soignants et créent un cadre de soins étouffant, essentiellement marqué par la coercition.

Si les secteurs fermés peuvent se justifier dans certaines conditions psychiatriques et neurologiques (agitation majeure, troubles neurocognitifs, etc.), ils ne semblent être un moyen efficace, globalement, de prévention du suicide.

Faire systématiquement l'inventaire des affaires des patients à l'entrée en établissement et au retour de permissions

Le Geps recommande de procéder systématiquement à l'inventaire des affaires des patients, à l'entrée (y compris après passage aux urgences) et au retour de chaque permission.

Cette action n'a pas fait l'objet de publication scientifique à notre connaissance. Toutefois, plusieurs cas de suicides dont le moyen suicidaire a été introduit à l'hôpital ont été décrits.

Les objets devant être retirés incluent notamment : les armes de tout ordre, les médicaments, les miroirs et autres objets cassants, les ciseaux et autres ustensiles tranchants ou coupants, les ceintures et les lacets (en proposant des alternatives si nécessaire), les briquets et allumettes, les lames de rasoir.

Il est suggéré de mettre en avant, non pas l'aspect réglementaire qui s'apparente souvent faussement à un acte de police, mais avant tout **l'objectif de sécurité pour le patient et les autres patients.**

L'inventaire représente donc un **acte soignant de prévention qui doit être conduit avec empathie.**

L'entourage doit également être informé et éventuellement présent lors de l'inventaire.

Des **formations pratiques** peuvent être organisées par les services ou les hôpitaux pour améliorer les compétences et l'acceptabilité du personnel soignant dans ce domaine.

Autres procédures de sécurité

Les chariots de médicaments ne doivent pas être laissés ouverts sans surveillance dans les couloirs.

La prise des médicaments doit être vérifiée systématiquement après la dispensation. Des cas de suicides par médicaments dispensés à l'hôpital et accumulés ont été documentés.

Le poste de soins ne doit pas être accessible aux patients sans la présence d'un soignant. Il doit être systématiquement fermé à clé en cas d'absence des soignants. Des dispositifs pratiques par badge existent.

Les chariots du ménage ne doivent pas être laissés sans surveillance dans les couloirs et ne devraient pas comporter de produits ménagers en grande quantité. Les produits ménagers doivent être stockés dans des endroits sécurisés non accessibles aux patients.

Recommandation 3 :

S'assurer d'une formation adéquate du personnel soignant, en nombre suffisant et disponible, de relations de soins de qualité et des décisions partagées

Niveau de preuve

Limité pour le nombre suffisant de soignants par unité et pour les décisions partagées ; consensus d'experts pour la formation, la disponibilité et les relations de qualité.

Nous n'avons pas identifié d'étude montrant les bénéfices de la formation du personnel sur la prévention des actes suicidaires en hospitalisation. Une étude britannique ne trouve pas de bénéfice en termes de réduction des suicides de la mise en place de formations au risque suicidaire du personnel dans les services de santé mentale⁸⁷.

Des études rétrospectives retrouvent un lien entre taux de suicide en hospitalisation et ratio soignants/patients⁸⁸. Dans une unité de soins pour adolescents, une augmentation du nombre de soignants a réduit le risque de gestes auto-infligés⁸⁹. La participation de volontaires non-soignants dans des services de psychiatre a aussi été efficace dans une étude⁹⁰.

Une étude dans un centre de santé mentale pour femmes présentant des troubles des apprentissages montre une réduction des actes hétéro-agressifs et de gestes auto-infligés après la mise en place de réunion de concertation entre les soignants et les patients sur les soins et les activités⁹¹.

⁸⁷ While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379(9820), 1005–1012.

⁸⁸ Lieberman, D. Z., Resnik, H. L., & Holder-Perkins, V. (2004). Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 34(4), 448–453.

⁸⁹ Reen, G. K., Bailey, J., McGuigan, L., Bloodworth, N., Nawaz, R. F., & Vincent, C. (2021). Environmental changes to reduce self-harm on an adolescent inpatient psychiatric ward: an interrupted time series analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 30(8), 1173–1186.

⁹⁰ Martz, B. M. (1974). The use of volunteers in a suicide prevention program at a private psychiatric hospital. *Hosp Community Psychiatry*, 25(10), 643, 651.

⁹¹ Paradza, M., Zichawo, F., & Georgiou, M. (2025). Reducing incidents of violence and aggression and self-harm on a secure mental health inpatient ward for women with learning disabilities. *BMJ Open Qual*, 14(3), e003397.

Former le personnel à la crise suicidaire

Le Geps recommande que le personnel soignants, médical et paramédical, et administratif (notamment les assistants sociaux) se forme spécifiquement à l'identification, l'évaluation et l'intervention de crise suicidaire.

Le Geps recommande également la **formation de sentinelles professionnelles** (assistants sociaux, aumôniers, personnel administratif). Ces formations doivent se faire dans le **respect du champ de compétence et de responsabilité de chaque professionnel.**

Ces formations permettent d'acquérir **des connaissances théoriques et des compétences pratiques dans l'évaluation et l'intervention de crise suicidaire** mais aussi de **modifier les attitudes négatives.**

Rappelons que les attitudes vis-à-vis des personnes ayant des idées suicidaires ou ayant réalisé un geste suicidaire peuvent être très négatives parmi les soignants, notamment dans les hôpitaux généraux et aux urgences, impactant la qualité de l'accueil et les possibilités d'empathie et d'aide⁹². La formation est en général associée à une amélioration des attitudes vis-à-vis des personnes concernées⁹³.

Il s'agira en priorité de cibler le personnel travaillant dans des structures recevant une population à risque suicidaire élevé, notamment **psychiatrie, pédiatrie (unités d'adolescents), gériatrie, SAMU et Urgences**. À noter, toutefois, que tous les services MCO sont potentiellement concernés.

Le taux optimal de personnel formé par unité de soins n'est pas connu.

Il sera nécessaire, en raison du turnover du personnel soignant qui peut être important, d'offrir régulièrement ces formations dans le cadre de la formation continue et **d'inscrire la formation à la crise suicidaire au plan de formation des établissements.**

Des formations courtes existent. Notons les formations construites par le Geps et déployées dans toutes les régions françaises (2 jours pour les professionnels cliniciens, 1 jour pour les sentinelles et sentinelles professionnelles)⁹⁴.

⁹² Saunders, K. E., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*, 139(3), 205–216.

⁹³ Richard, O., Jollant, F., Billon, G., Attoe, C., Vodovar, D., & Piot, M. A. (2023). Simulation training in suicide risk assessment and intervention: a systematic review and meta-analysis. *Med Educ Online*, 28(1), 2199469.

⁹⁴ <https://www.geps.fr/formations/nos-modules-de-formations/>

Assurer un nombre suffisant de soignants par unité de soins

Le nombre ou le ratio optimal n'est pas connu et est possiblement variable. Il devrait en effet prendre en compte le nombre de patients, leur sévérité, le turnover des patients, l'expérience du personnel présent et la charge de travail.

Assurer une disponibilité et une relation bienveillante et de qualité

Un élément essentiel de la prise en charge sera la **disponibilité du personnel soignant et une réponse bienveillante aux sollicitations** afin que chaque moment « sensible » que peut vivre le patient durant son hospitalisation soit correctement entendu et pris en compte⁹⁵.

Une étude qualitative auprès de patients ayant des idées suicidaires hospitalisés a montré que leurs attentes principales sont i) être reconnu comme ayant des idées suicidaires, ii) recevoir un traitement sur mesure et iii) être protégé par une pratique adaptée⁹⁶. Une autre étude qualitative souligne l'importance pour les patients de « se sentir nourris par un engagement interpersonnel », ce processus étant sous-tendu par : « Se sentir en sécurité et pris en charge tout en ayant du mal à faire confiance » et « Travailler à l'atténuation et au changement de mes idées suicidaires »⁹⁷.

Outre la disponibilité, **la qualité de la relation est centrale**. Une revue de littérature sur les « soins relationnels »⁹⁸ souligne les difficultés de la relation thérapeutique en hospitalisation : personnel varié et changeant au cours de la journée, personnel temporaire subvenant aux déficits en ressources humaines, un environnement coercitif de la psychiatrie avec de nombreux patients hospitalisés sous contrainte.

Comme discuté en préambule, il est essentiel de développer une bonne **alliance thérapeutique** avec les patients, et de promouvoir un **travail collaboratif** avec le patient, son entourage et les autres soignants.

⁹⁵ Timberlake, L. M., Beeber, L. S., & Hubbard, G. (2020). Nonsuicidal Self-Injury: Management on the Inpatient Psychiatric Unit. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 26(1), 10–26.

⁹⁶ Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., & Aase, K. (2020). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. *BMJ Open*, 10(11), e040088.

⁹⁷ Vandewalle, J., Van Hoe, C., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2021). Engagement between adults in suicidal crises and nurses in mental health wards: a qualitative study of patients' perspectives. *Arch Psychiatr Nurs*, 35(5), 541–548.

⁹⁸ Griffiths, J. L., Foye, U., Stuart, R., Jarvis, R., Chipp, B., Griffiths, R., Jeynes, T., Mitchell, L., Parker, J., Rowan Olive, R., Quirke, K., Baker, J., Brennan, G., Lamph, G., McKeown, M., Lloyd-Evans, B., Trevillion, K., & Simpson, A. (2025). Quantitative Evidence for Relational Care Approaches to Assessing and Managing Self-Harm and Suicide Risk in Inpatient Mental Health and Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Issues Ment Health Nurs*, 46(6), 529–565.

Vers une culture du soin partagé

Le Service national de santé britannique (NHS) a introduit des « normes de soins coproduites » pour les soins de santé mentale dispensés aux patients hospitalisés que nous rapportons ici pour information⁹⁹ :

- **Expérience vécue par le patient** : l'expérience vécue est intégrée et valorisée à tous les niveaux des soins.
- **Sécurité** : les personnes se sentent en sécurité et prises en charge dans les services hospitaliers.
- **Relations** : Les personnes bénéficient de soins de haute qualité fondés sur les droits et de relations de confiance.
- **Soutien du personnel** : Le personnel est soutenu pour être présent aux côtés des personnes en détresse.
- **Égalité** : Des soins inclusifs qui valorisent la différence et favorisent l'équité en matière d'accès, de traitement et de détresse.
- **Prévention des préjudices** : Chercher activement à éviter les préjudices et les traumatismes.
- **Axé sur les besoins** : Valoriser la compréhension que les personnes ont de leur propre détresse.
- **Choix** : « Rien sur moi sans moi ».
- **Environnement** : les espaces réservés aux patients hospitalisés reflètent la valeur accordée aux personnes.
- **Activités dans le service** : large éventail d'activités proposées chaque jour à la demande des patients.
- **Soutien thérapeutique** : offrir une gamme de thérapies et de soutien qui donnent de l'espoir.
- **Transparence** : conversations honnêtes et ouvertes et nommer les choses difficiles.

⁹⁹ Quinlivan, L., Westhead, J., Graney, J., Su, F., Steeg, S., Nielsen, E., Curtis, E., Wildbore, E., Mughal, F., Elliott, R., Webb, R. T., & Kapur, N. (2025). Umbrella review of psychosocial and ward-based interventions to reduce self-harm suicide risks in in-patient mental health settings. *BJPsych Open*, 11(5), e196.

Recommandation 4 :

Assurer un dépistage régulier des pensées suicidaires et développer un plan de surveillance et de protection

Niveau de preuve

Limité pour la surveillance constante et le contrat « pas de suicide » ; consensus d'experts pour le dépistage régulier des idées suicidaires et la prescription d'un plan de surveillance.

Le contrat « pas de suicide » (« no suicide ») avec un patient n'a montré aucun bénéfice¹⁰⁰. Une étude scientifique n'a pas montré de bénéfice de l'observation constante¹⁰¹.

Évaluer régulièrement l'existence de pensées suicidaires durant l'hospitalisation

Le Geps recommande que tout soignant procède à un dépistage régulier actif des pensées suicidaires.

Le personnel en première ligne comprend les médecins et les infirmiers, mais tout professionnel paramédical ainsi que les assistants sociaux peuvent bénéficier d'une formation dite « sentinelle » au repérage des idées suicidaires.

Ce dépistage devrait concerner

- de manière régulière, tout patient hospitalisé en psychiatrie et tout patient présentant un trouble psychiatrique,
- tous les patients en situation de souffrance psychique ou présentant des signaux évocateurs de souffrance psychique hospitalisés dans des services de MCO ou des établissements médico-sociaux.

Rappelons que poser la question des idées suicidaires ne donne pas d'idées suicidaires à quelqu'un qui n'en a pas, mais peut révéler des idées suicidaires méconnues.

¹⁰⁰ Drew, B. L. (2001). Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Arch Psychiatr Nurs*, 15(3), 99–106.

¹⁰¹ Stewart, D., Bowers, L., & Warburton, F. (2009). Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 31(6), 523–530.

Comme il a été expliqué en préambule, de nombreux patients ne feront pas part spontanément de leurs idées suicidaires. **La démarche d'évaluation doit donc être pro-active.**

Cibler les patients sur leurs seuls facteurs de risque cliniques ou sociodémographiques n'est pas une mesure efficace. Une hospitalisation, quel que soit le service et la discipline, est justifiée en général par une situation médicale sévère (et ses multiples corollaires : souffrance, handicap, perte d'autonomie, risque mortel) et peut entraîner un vécu de souffrance, d'isolement voire d'abandon ouvrant la possibilité d'une crise suicidaire.

Cette recommandation est en accord avec les recommandations d'accréditation de juillet 2019 de la Joint Commission aux Etats-Unis¹⁰², un organisme d'accréditation à but non lucratif dans le domaine des soins de santé. Son objectif national de sécurité des patients (NPSG) en matière de prévention du suicide exige que les hôpitaux agréés (y compris les services ambulatoires agréés rattachés à l'hôpital) dépistent tous les patients âgés de 12 ans ou plus qui sont évalués ou traités pour des troubles comportementaux comme principale raison de leur prise en charge pour risque de suicide à l'aide d'un outil de dépistage validé.

Le Geps ne recommande pas d'utiliser un outil spécifique de dépistage. Comme discuté au chapitre « Principes généraux de l'identification de la crise suicidaire », les outils d'évaluation du risque suicidaire n'ont pas fait la preuve de leur capacité de prédiction, sont chronophage et peuvent faussement induire en erreur.

Un questionnement simple dans le cadre d'un entretien, comme proposé plus haut, nous semble suffisant en l'état actuel des connaissances.

Comme discuté en préambule, la **grille RUD** n'a pas été validée mais peut servir de guide d'entretien (éléments cliniques et contextuels d'urgence et de dangerosité, facteurs de risque).

Des signaux peuvent alerter d'une possibilité de crise suicidaire en cours ou à venir¹⁰³ et justifier d'une évaluation plus approfondie de la crise suicidaire :

- Sentiment de désespoir
- Souffrance insupportable
- Anxiété majeure
- Événements récents difficiles / perte
- Ruminations / soucis excessifs
- Sentiment d'échec
- Agitation excessive
- Sentiment d'être piégé
- Se sentir sans valeur
- Avoir perdu l'envie de vivre
- Accentuation de troubles du sommeil
- Rupture des liens sociaux
- Arrêt des activités qu'il/elle aimait faire
- Modification de l'état antérieur.

¹⁰² <https://www.jointcommission.org/en-us/standards/r3-report/r3-report-18>

¹⁰³ Tsai, M., & Klonsky, E. D. (2023). Warning signs for suicide attempts in psychiatric inpatients: Patient and informant perspectives. *Gen Hosp Psychiatry*, 85, 207–212.

Des **situations particulières** doivent faire l'objet d'une vigilance accrue¹⁰⁴ et conduire à interroger le patient sur d'éventuelles pensées suicidaires:

- Une amélioration clinique trompeuse ou trop rapide
- L'absence de résolution des problèmes psychosociaux ayant contribué à l'hospitalisation
- Un comportement ressenti comme manipulateur, un rejet de l'équipe soignante ;
- Des problèmes dans l'équipe soignante
- Un niveau de qualification insuffisant de l'équipe soignante
- Le début d'hospitalisation
- La période précédant immédiatement la sortie
- La survenue de fugues
- La survenue récente de suicides dans l'établissement.

Comme souligné plus haut, **les premiers jours d'une hospitalisation en psychiatrie** sont une période à risque suicidaire élevé. Cependant, un état fragile peut facilement s'aggraver à tout moment.

La période suivant **l'annonce d'un diagnostic particulièrement sombre en MCO comme en psychiatrie** doit faire l'objet d'une attention particulière.

Il s'agit aussi d'être vigilant envers les **patients hospitalisés au long cours** qui risquent de bénéficier de moins d'attention bien que parfois dans un état chronique propice au désespoir.

Une vigilance particulière sera également nécessaire dans les périodes de réduction d'effectifs, ainsi que la nuit et lors des transmissions et réunions.

La mise en place d'un dispositif électronique de ronde infirmière a été associée à une réduction des actes suicidaires en services psychiatriques dans une étude¹⁰⁵. Les unités de soins pourraient évaluer les bénéfices d'un tel dispositif.

Enfin, **l'inquiétude que peuvent exprimer certains patients à propos de l'état psychique, notamment suicidaire, de co-patients doit être pris au sérieux**. Plusieurs cas d'alerte non prise en compte avant un suicide ont été rapportés.

Toute évaluation de crise suicidaire doit être **tracée dans le dossier médical**.

Toute procédure de dépistage des pensées suicidaires doit s'inscrire dans **un plan de surveillance** (voir ci-dessous) **et doit être associé à un plan d'intervention** (par exemple, appel au psychiatre de liaison en MCO, voir recommandation 6).

¹⁰⁴ Martelli, C., Awad, H., & Hardy, P. (2010). [In-patients suicide: epidemiology and prevention]. *Encephale*, 36 Suppl 2, D83–91.

¹⁰⁵ Kay Shibley, M., Chae Kim, S., & Ecoff, L. (2023). Effect of Electronic Rounding Board on Falls and Self-harm Among Psychiatric Inpatients: Quality Improvement Project. *Crit Care Nurs Q*, 46(3), 310–318.

Mettre en place un plan de surveillance et de protection et prescrire le niveau de surveillance d'un patient suicidaire

Le Geps recommande que chaque service ou établissement mette en place un plan de surveillance des patients en crise suicidaire ou suspectés d'être en crise suicidaire.

Ce plan peut aussi avoir un intérêt médical.legal.

Il est fréquent que **tout nouvel entrant en psychiatrie bénéficie systématiquement du niveau le plus élevé de surveillance durant plusieurs jours**. Cette approche, qui n'a pas été démontrée, est toutefois en accord avec le nombre plus élevé de suicides en début d'hospitalisation.

La prescription de la surveillance d'un patient en crise suicidaire est un acte médical. Elle doit être écrite et transmise oralement aux équipes soignantes. Elle doit être revue régulièrement.

Les informations doivent notamment comporter :

- I) Le rythme de la surveillance de nuit (idéalement en évitant les fréquences trop régulières qui peuvent être anticipées) ;
- II) Les droits de sortie de l'unité de soins et les modalités d'accompagnement ;
- III) La sécurisation de la chambre, des toilettes et de la salle de bain du patient et le retrait des objets dangereux selon une liste établie par avance, si le service n'est pas sécurisé ;
- IV) Éventuellement, le choix de la chambre quand cela est nécessaire (chambre proche du poste de soins ou à distance de la sortie, par exemple) ;
- V) Dans certains cas limités en raison du risque d'atteinte à la dignité, la prescription possible de 'tenue anti-suicide » (tenue ne permettant ni pendaison ni étouffement tout en garantissant le respect de l'intimité de la personne).

Comme déjà évoqué pour la relation thérapeutique, **la surveillance sera bienveillante, empathique et marquée par une inquiétude raisonnable**. Elle ne doit pas s'opposer aux soins.

Enfin, il est suggéré de coconstruire avec les patients en crise suicidaire ou récemment en crise suicidaire, et sans attendre la sortie, un **plan de protection/sécurité (« safety plan »)**¹⁰⁶ adapté à l'hospitalisation.

Ce plan comprendra :

- étape 1 : l'identification par le patient des signaux annonciateurs de crise (pensées, images, humeurs, etc.) ;
- étape 2 : l'identification des stratégies simples d'adaptation interne ;
- étape 3 : l'identification des personnes extérieures ou actions qui peuvent aider à se changer les idées ;
- étape 4 : l'identification des personnes à qui le patient peut demander de l'aide dans le service.

(Ici, l'étape 5 « appel des professionnels » est incluse dans l'étape 4 ; et l'étape 6 « sécurisation de l'environnement » devrait être systématique.)

¹⁰⁶ Chalancon, B., Leaune, É., Vacher, A., Vernet, T., Vieux, M., Lau-Taï, P., Bislimi, K., & Poulet, E. (2025). French translation and adaptation of the "safety planning intervention" for the prevention of suicide attempts: A four-step method. *Encephale*, S0013-7006(25)00010.

L'observation constante et le contrat « pas de suicide » ne sont pas efficaces

Le Geps ne recommande pas la surveillance constante des patients jugés à risque.

La mise en place d'une procédure d'observation constante dite « à vue » (présence constante d'un soignant en chambre ou vidéosurveillance) pour la prévention du suicide est un sujet controversé¹⁰⁷. De nombreux infirmiers sont opposés à cette approche souvent apparentée à un gardiennage non-thérapeutique allant à l'encontre de leurs propres engagements humanistes. Cette approche soulève en outre des questions de respect de l'intimité et peut être vécue de manière humiliante, stigmatisante et intrusive. Les patients ne sont toutefois pas unanimement contre, certains peuvent se sentir sécurisés¹⁰⁸.

Par ailleurs, comme déjà discuté, l'identification du risque suicidaire individuel reste complexe et peu performant. Le risque est donc de détourner du personnel soignant des autres patients jugés, parfois à tort, moins à risque.

¹⁰⁷ Russ, M. J. (2016). Constant Observation of Suicidal Patients: The Intervention We Love to Hate. *J Psychiatr Pract*, 22(5), 382–388.

¹⁰⁸ Pitula, C. R., & Cardell, R. (1996). Suicidal inpatients' experience of constant observation. *Psychiatr Serv*, 47(6), 649–651.

Recommandation 5 :

Faciliter la transmission des informations externes et internes sur le patient

Niveau de preuve

Consensus d'experts.

Pas d'étude scientifique identifiée montrant un impact des procédures de transmission des informations sur le suicide en hospitalisation.

Assurer la qualité des procédures de transmission des informations et de leur traçabilité.

Le Geps recommande d'assurer la qualité des procédures de transmission des informations et de leur traçabilité.

Plusieurs cas de suicides en établissement semblent relever d'un **défaut de transmission d'information soit à l'entrée** (par exemple, patient ayant réalisé récemment une tentative de suicide) **soit durant l'hospitalisation** (défaut de transmission d'une information capitale entre les équipes ou avec les familles).

L'objectif sera de faciliter une communication entre différents intervenants, en lien les uns avec les autres, dans l'intérêt du patient.

Ces mesures dépassent de fait le seul cadre de la prévention du suicide.

Le secret médical doit être impérativement respecté et il est nécessaire d'obtenir au préalable l'accord du patient pour échanger avec son entourage. Le contenu de l'échange (ce qu'on peut dire et ne pas dire à l'entourage) doit aussi être discuté en amont avec le patient.

Les raisons du refus du patient de communiquer avec son entourage doivent aussi être discutées - certains freins pouvant être facilement levés - et consignées dans le dossier médical.

Toutefois, le secret médical ne saurait entrer en conflit avec la sécurité du patient. Il est difficile de demander à l'entourage de mettre en place des mesures de sécurité à domicile sans justifier de l'existence d'une crise ou d'un acte suicidaire. Cela risque de mettre le soignant en position très inconfortable et cela doit donc être expliqué au patient.

La prise en charge optimale d'un patient suicidaire repose sur plusieurs intervenants différents et en lien entre eux. Le système de santé ne représente qu'un acteur, important certes, mais un acteur parmi d'autres (entourage, associations, etc.).

Le Geps ne recommande pas de mettre à distance systématiquement le patient de son entourage durant quelques jours à l'entrée comme il est d'usage dans de nombreux établissements psychiatriques. La mise à distance de l'entourage peut représenter une forme de perte de soutien indispensable à un moment critique et parfois difficile, et éventuellement être compris comme une punition. Une décision de mise à distance devrait donc être rare, individuelle, discutée avec le patient et si possible son entourage, et justifiée dans une balance bénéfices/risques.

S'assurer d'une communication adéquate des informations entre tous les intervenants à l'entrée

Il est essentiel que la qualité de l'accueil soit optimale. L'entrée en hospitalisation est un moment sensible, parfois douloureux, notamment la première hospitalisation.

Il est également essentiel que l'équipe de soins recevant un patient en hospitalisation **ait suffisamment d'informations sur le patient à l'entrée.**

Cela inclut notamment des informations sur l'existence d'une crise suicidaire récente ou d'une tentative de suicide récente ou passée, sur l'état psychique actuel du sujet (comportement, délire, hallucinations, etc.), sur une consommation éventuelle d'alcool et ou autres substances, sur une prise récente de médicaments, sur les antécédents d'hospitalisation et la manière dont cela s'est déroulé, etc.

Il est recommandé que l'admission en établissement de soins soit accompagnée d'un **courrier écrit du médecin (ou du soignant) référant**, incluant ces informations, et que **les informations transmises oralement soit consignées dans le dossier de soins.**

Il est recommandé que le **médecin traitant soit informé de l'hospitalisation du patient**, via le dossier médical partagé et la messagerie sécurisée, éventuellement par téléphone en sus.

L'accueil conjoint de **l'entourage, ou un appel à l'entourage proche**, à l'entrée est fortement recommandée. Cette rencontre doit permettre la mise en place d'une collaboration de soins et d'obtenir des informations complémentaires tant sur le patient que sur l'entourage et son environnement de vie. L'explication des actes de soins prévus, de leur déroulés, et l'information concernant la disponibilité des soignants, permet également de réduire l'anxiété et renforcer l'alliance.

Pour beaucoup de patients, notamment ceux en situation d'isolement social, l'entourage doit être compris au sens large de « toute personne connaissant le patient et agissant dans son intérêt » : famille, amis, connaissances, voisins, collègues de travail, bénévoles d'association, etc.

L'ensemble de ces actions doit permettre non seulement de collecter des informations capitales permettant d'intervenir au mieux, mais aussi de travailler en équipe.

Toutes les informations d'entrée doivent être **consignées par écrit dans le dossier de soins** par le médecin ayant fait l'accueil et **transmises oralement à l'équipe soignante.**

S'assurer d'une transmission optimale des informations en interne au cours de l'hospitalisation

La transmission optimale des informations médicales et paramédicales entre soignants d'une unité de soins doit faire l'objet d'une attention particulière et d'une procédure écrite et régulièrement évaluée à l'échelle de l'établissement et des services cliniques.

Ces mesures générales essentielles dépassent à nouveau le seul cadre de la prévention du suicide.

La transmission d'information sur une crise suicidaire récente ou actuelle ou suspectée devrait faire l'objet d'une transmission spécifique, **à la fois écrite et orale**.

L'information orale aux équipe soignante sur une crise suicidaire ou un risque éventuel de crise actuelle ou à venir doit être systématique. La seule mention écrite dans le dossier médical, obligatoire et réglementaire, peut être insuffisante et risque de passer inaperçue.

Des réunions d'équipe pluriprofessionnelles régulières (transmissions des équipes infirmières pluriquotidiennes, réunions hebdomadaires) doivent permettre de faciliter ces échanges.

Les modalités de transmission dans les **dossiers informatiques** dépendent en partie des systèmes d'information disponibles. Certains systèmes d'information disposent d'un onglet ou d'un cadre spécifique.

Le système informatique d'information optimal n'est pas connu. L'information doit être facile à saisir, accessible par tous les professionnels de soins impliqués dans les soins au patient tout en garantissant un niveau élevé de sécurité informatique et de secret professionnel, nominative et horodatée.

S'assurer d'une communication adéquate des informations avec l'entourage tout au long de l'hospitalisation

La communication avec l'entourage tout au long de l'hospitalisation est essentielle afin I) d'impliquer l'entourage à différents degrés dans le soutien et la prise en charge au patient hospitalisé et de faciliter le travail de soins collaboratif ; II) d'obtenir des informations complémentaires sur le patient en cours d'hospitalisation (incluant une crise suicidaire ou des événements potentiellement déclencheurs) ; III) de préparer les permissions et sorties (voir plus loin).

Recommandation 6 :

Organiser la psychiatrie de liaison dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

Niveau de preuve

Limité.

Une étude conduite à Taïwan a montré que l'organisation d'une consultation de psychiatrie de liaison, après identification des patients par les services demandeurs, était associé à une baisse des tentatives de suicide en établissement¹⁰⁹.

S'appuyer sur une unité de psychiatrie de liaison pour la prise en charge des patients en crise suicidaire en MCO

Le Geps recommande de s'appuyer sur une unité de psychiatrie de liaison pour la prise en charge des crises suicidaires en MCO.

Dans de nombreux services de MCO, un avis médical par un psychiatre dit de liaison - ou l'avis initial d'un psychologue ou d'un infirmier de liaison - peut être demandé (parfois à la suite d'une convention avec un centre hospitalier spécialisé de secteur).

Les interventions de liaison peuvent notamment être suscitées par l'énonciation de pensées suicidaires par le patient hospitalisé, une tentative de suicide ayant motivé l'hospitalisation en MCO, un acte suicidaire durant l'hospitalisation, un trouble psychiatrique connu ou suspecté ou des troubles du comportement durant l'hospitalisation. Dans certains cas, l'intervention du soignant de liaison mettra en évidence une crise suicidaire passée inaperçue.

La qualité de la communication entre le soignant de liaison (ou l'unité gérant les consultations de liaison) et les services demandeurs est essentielle. Il est nécessaire de clarifier et d'informer les procédures de demande d'intervention, notamment les modalités pratiques de cette demande, les informations transmises - incluant les motifs de la demande et le degré d'urgence, les délais de réponse et les modalités locales d'intervention possibles (chambre seule ou double, bureau de consultation accessible pour la rencontre, horaires des soins prévus...).

Le développement d'une **relation de confiance** entre les services demandeurs et les intervenants, notamment lorsque ceux-ci interviennent régulièrement dans un service donné, facilite la communication et la prise en charge.

¹⁰⁹ Changchien, T. C., Yen, Y. C., Wang, Y. J., Chang, Y. C., Ju, R. S., Yen, P. F., Cheng, Y. T., Shih, M. L., & Huang, Y. H. (2019). Establishment of a Comprehensive Inpatient Suicide Prevention Network by Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis. *Psychiatr Serv*, 70(6), 518–521.

A la suite de l'intervention du psychiatre ou du psychologue ou de l'infirmier, la qualité de la **transmission des informations** avec l'équipe de soins est essentielle. Cette transmission doit être à la fois **écrite et orale**.

Un aspect particulier de l'intervention de crise en MCO sera de mettre en place une **sécurisation de la chambre du patient**, notamment lorsque ce dernier n'est pas transférable en psychiatrie.

Il sera le plus souvent nécessaire de **prendre le temps d'expliquer la démarche et de rassurer l'équipe soignante**.

La disponibilité ultérieure de l'intervenant de liaison est également capitale.

Dans l'attente d'un avis, et en l'absence de procédures écrites avec la psychiatrie de liaison, les points vus précédemment dans la prise en charge de la crise suicidaire doivent être appliqués :

- Recevoir l'entourage, collecter des informations sur le geste suicidaire le cas échéant et les antécédents ;
- Entretenir une interaction bienveillante et empathique avec le patient. Il s'agit d'un être en souffrance, qui n'a pas su/pu exprimer sa souffrance autrement et qui a besoin d'aide ; il faut être vigilant vis-à-vis d'un ressenti négatif (par exemple, « il prend la place de patients plus graves, il me fait peur, je ne sais quoi faire, etc. ») et éviter les formules toutes faites : « Ça va passer », « C'est rien », « Faut pas faire ça », etc. Une écoute sans-jugement est souvent suffisante ;
- Assurer la sécurisation physique de la chambre et des toilettes, faire l'inventaire des affaires du patient ;
- Assurer une surveillance suffisante, s'appuyer si nécessaire sur l'entourage en journée ;
- Définir les conditions de sortie accompagnée du service (et avec qui) le cas échéant ;
- Si nécessaire, réduire l'anxiété et traiter les troubles du sommeil en évitant les benzodiazépines. Le choix du traitement dépend de l'état physique du patient ;
- Traiter adéquatement la douleur physique si présente ;
- En cas d'idées suicidaires importantes, envisager une perfusion IV de kétamine racémique à petite dose (0,5mg/kg sur 40min) en l'absence de contre-indication ; Ce traitement bénéficie en France d'une autorisation officielle (cadre de prescription compassionnelle depuis mars 2026)¹¹⁰ ;
- Noter les informations dans le dossier médical, prescrire la surveillance, informer l'équipe soignante par écrit et oralement.

¹¹⁰ 110 <https://ansm.sante.fr/tableau-acces-derogatoire/ketamine#> ; Jollant, F., Abbar, M., & Ait Tayeb, A. E. K. (2026). Suicidal crisis: first regulatory approval of IV racemic ketamine. *Lancet*, S0140–6736(26)00594.

Recommandation 7 :

Traiter les troubles psychiatriques et de l'usage de substances ; discuter les interventions pharmacologiques et psychosociales de la crise suicidaire

Niveau de preuve

Limité à moyen pour les interventions psychosociales de la crise suicidaire en hospitalisation ; consensus d'expert pour le traitement des troubles psychiatriques et de l'usage de substances et pour le traitement pharmacologique de la crise suicidaire.

Bien que de nombreuses études aient montré des bénéfices de certains traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques sur la réduction du suicide ou des réitérations suicidaires (cf. infra), leur bénéfice en hospitalisation n'est pas connu.

Notre revue de la littérature a identifié 23 interventions psychosociales conduites en hospitalisation (25 articles), essentiellement de type cognitive et comportementale, et mesurant un effet sur les gestes auto-infligés et le suicide durant l'hospitalisation ou après la sortie. Globalement, la plupart des études sont de faible qualité, beaucoup se sont focalisées sur les idées suicidaires plus que la prévention des actes suicidaires, et les essais randomisés et contrôlés de qualité supérieure n'ont pas montré de bénéfice ce que confirment deux revues de littérature¹¹¹. Une large étude récente randomisée contrôlée utilisant une thérapie cognitive et comportementale brève a cependant montré une réduction de 60% des tentatives de suicide dans les 6 mois suivant la sortie d'hospitalisation en comparaison du traitement habituel¹¹². Les études centrées sur la psychoéducation n'ont pas montré de bénéfice à ce jour sur la prévention des actes suicidaires selon une revue de littérature¹¹³.

¹¹¹ Yiu, H. W., Rowe, S., & Wood, L. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*, 305, 114175; Olarte-Godoy, J., Halladay, J., Jack, S. M., Cleverley, K., McGillion, M., Gehrke, P., Peacock, J., & Links, P. (2025). Psychosocial interventions targeting suicidality within inpatient psychiatry: a scoping review. *J Ment Health*, 1–20.

¹¹² Diefenbach, G. J., Lord, K. A., Stubbing, J., Rudd, M. D., Levy, H. C., Worden, B., Sain, K. S., Bimstein, J. G., Rice, T. B., Everhardt, K., Gueorguieva, R., & Tolin, D. F. (2024). Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Inpatients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 81(12), 1177–1186.

¹¹³ Fusar-Poli, L., Figini, C., Moioli, F., Marchesi, C., Kovic, A., Politi, P., & Brondino, N. (2025). Psychoeducation for Suicidal Behaviors in Inpatient Settings: A Scoping Review. *Behav Sci (Basel)*, 15(8), 1005.

Traiter efficacement les troubles psychiatriques et les troubles de l'usage de substances

Le Geps souligne ici l'intérêt probable du traitement efficace des troubles psychiatriques – quelques soient les modalités efficaces pour un patient donné – dans la prévention du suicide en établissement de soins, en psychiatrie comme en MCO.

Le Geps souligne également l'importance probable du dépistage et de la prise en soins des troubles de l'usage de substances, incluant la prévention des sevrages.

Cette dernière action peut s'appuyer si besoin sur des structures locales spécialisées, CSAPA et ELSA.

Les troubles psychiatriques et de l'usage de substances sont des facteurs de risque majeurs, ayant le plus fort poids parmi les facteurs de risque : selon une méta-analyse d'études d'autopsie psychologique, le risque de suicide est multiplié par 13 en cas de maladie psychiatrique (suivi de près par une histoire personnelle de geste auto-infligé, risque x10)¹¹⁴.

C'est aussi un facteur de risque modifiable. Tout traitement efficace des troubles psychiatriques est susceptible de réduire le risque de suicide¹¹⁵.

Plusieurs traitements pharmacologiques des troubles psychiatriques ont montré des bénéfices en termes de réduction du risque de suicide, incluant¹¹⁶ :

- le **lithium** dans les troubles bipolaires et le trouble dépressif récurrent ;
- la **clozapine et plusieurs antipsychotiques** (dont ceux à longue durée d'action) dans la schizophrénie ;
- les **antidépresseurs** dans la dépression des plus de 25 ans, avec un effet marqué chez les plus de 65 ans. En revanche, une augmentation des idées et des actes suicidaires a été rapporté chez les moins de 25 ans nécessitant une vigilance accrue ;

La méthadone et la buprénorphine dans les troubles de l'usage aux opiacés¹¹⁷.

¹¹⁴ Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health*, 25(4), 148–155.

¹¹⁵ Angst, J., Angst, F., Gerber-Werder, R., & Gamma, A. (2005). Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res*, 9(3), 279–300.

¹¹⁶ Wilkinson, S. T., Trujillo Diaz, D., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., Avila-Quintero, V. J., Rhee, T. G., Olfson, M., & Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*, 39(2), 100–112 ; Smith, K. A., & Cipriani, A. (2017). Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar Disord*, 19(7), 575–586 ; Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659 ; Barbui, C., Esposito, E., & Cipriani, A. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ*, 180(3), 291–297 ; Stone, M., Laughren, T., Jones, M. L., Levenson, M., Holland, P. C., Hughes, A., Hammad, T. A., Temple, R., & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *British Medical Journal*, 339(aug11 2), b2880.

¹¹⁷ Santo, T., Clark, B., Hickman, M., Grebely, J., Campbell, G., Sordo, L., Chen, A., Tran, L. T., Bharat, C., Padmanathan, P., Cousins, G., Dupouy, J., Kely, E., Muga, R., Nosyk, B., Min, J., Pavarin, R., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2021). Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 979–993. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0976>

Les thérapies cognitives et comportementales sont efficaces dans la prévention des réitérations suicidaires¹¹⁸. Un bénéfice des thérapies dialectiques et comportementales pour la prise en charge des troubles de personnalité borderline reste discuté¹¹⁹. Toutefois, la plupart de ces interventions ont lieu en ambulatoire.

Nous renvoyons le lecteur aux recommandations régulièrement mises à jour par la HAS et les sociétés savantes françaises et internationales concernant le traitement des troubles psychiatriques et de l'usage de substances.

Traitements pharmacologiques de la crise suicidaire et de la prévention des actes suicidaires

En l'état actuel des connaissances, le Geps ne peut recommander un type particulier de traitement pharmacologique de la crise suicidaire ayant montré un bénéfice en termes de réduction des actes suicidaires.

Il n'existe à l'heure actuelle que peu de preuves des traitements pharmacologiques à utiliser chez un patient en crise suicidaire ou après un geste suicidaire selon une revue de la littérature Cochrane¹²⁰.

La kétamine racémique intraveineuse (au contraire de la eskétamine intranasale, Spravato®) a montré des bénéfices significatifs en termes de réduction rapide des idées suicidaires (40% de rémission totale à la fin de la perfusion, 60% à 3 jours, dans une large étude française¹²¹) mais son bénéfice en termes de prévention des actes suicidaires n'est pas encore établi¹²².

¹¹⁸ Sobanski, T., Josfeld, S., Peikert, G., & Wagner, G. (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review. *Psychol Med*, 1–16. Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., Schneider, L. K., Rohani-Montez, S. C., Fairley, L., Smith, N., Bitter, I., Gorwood, P., Taipale, H., & Tiihonen, J. (2022). Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*, 21(2), 248–271.

¹¹⁹ Sobanski, T., Josfeld, S., Peikert, G., & Wagner, G. (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review. *Psychol Med*, 1–16; Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8), 740–750.

¹²⁰ Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), CD013669.

¹²¹ Abbar, M., Demattei, C., El-Hage, W., Llorca, P. M., Samalin, L., Demaricourt, P., Gaillard, R., Courtet, P., Vaiva, G., Gorwood, P., Fabbro, P., & Jollant, F. (2022). Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: double blind, randomised placebo controlled trial. *BMJ*, 376, e067194.

¹²² Jollant, F., Colle, R., Nguyen, T. M. L., Corruble, E., Gardier, A. M., Walter, M., Abbar, M., & Wagner, G. (2023). Ketamine and esketamine in suicidal thoughts and behaviors: a systematic review. *Ther Adv Psychopharmacol*, 13, 20451253231151327.

La kétamine racémique bénéficie depuis mars 2026 d'une **autorisation officielle (Cadre de Prescription Compassionnelle, CPC) d'utilisation dans la crise suicidaire sévère de l'adulte**¹²³. Des préconisations d'utilisation ont aussi été récemment publiées par la Société Française d'Anesthésie-Réanimation¹²⁴. Outre les idées suicidaires, la kétamine montre un bénéfice sur la douleur psychique¹²⁵ et le sommeil.

Les benzodiazépines doivent être évitées, étant associées à un risque augmenté de tentatives de suicide et de suicides dans les études épidémiologiques¹²⁶.

Les preuves d'un bénéfice des **hypnotiques** à court terme restent extrêmement limitées. Il est habituel de leur préférer des molécules comme la Cyamémazine (Tercian®) ou un antipsychotique de seconde génération, même si le niveau de preuve scientifique est insuffisant.

Interventions psychosociales de la crise suicidaire et de la prévention des actes suicidaires

Dans l'attente de plus de données scientifiques, le Geps souligne l'intérêt possible des interventions de type thérapie cognitive et comportementale brève pour la prévention des actes suicidaires.

Une approche centrée sur le patient et ses besoins doit être privilégiée.

Le **plan de protection** à la sortie est décrit dans la Recommandation 8 et une adaptation per-hospitalisation dans la recommandation 4.

¹²³ <https://ansm.sante.fr/tableau-acces-derogatoire/ketamine#>; Jollant, F., Abbar, M., & Ait Tayeb, A. E. K. (2026). Suicidal crisis: first regulatory approval of IV racemic ketamine. *Lancet*, S0140–6736(26)00594.

¹²⁴ <https://sfar.org/utilisation-de-la-ketamine-intraveineuse-iv-pour-le-traitement-des-pathologies-mentales-enpsychiatrie/>

¹²⁵ Abbar, M., Demattei, C., El-Hage, W., Llorca, P. M., Samalin, L., Demaricourt, P., Gaillard, R., Courtet, P., Vaiva, G., Gorwood, P., Fabbro, P., & Jollant, F. (2022). Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: double blind, randomised placebo controlled trial. *BMJ*, 376, e067194.

¹²⁶ Tournier, M., Bénard-Larivière, A., Jollant, F., Hucteau, E., Diop, P. Y., Jarne-Munoz, A., Pariente, A., Oger, E., & Bezin, J. (2023). Risk of suicide attempt and suicide associated with benzodiazepine: A nationwide case crossover study. *Acta Psychiatr Scand*, 148(3), 233–241.

Recommandation 8 :

Préparer les périodes de transition (transferts, permissions, sorties), et assurer la continuité des soins et un re-contact

Tout comme l'entrée en établissement de santé, les périodes de transition que représentent les transferts d'un établissement ou d'un service à l'autre, ainsi que les permissions et les sorties représentent des périodes à risque de suicide pour certains patients.

La recommandation 5 sur la communication et la transmission des informations aborde la question de l'entrée en hospitalisation. Nous décrivons ici les étapes plus spécifiques des permissions et de la fin d'hospitalisation.

Niveau de preuve

Moyen pour le re-contact ; consensus d'expert pour la préparation des transitions et pour le plan de protection en sortie d'hospitalisation ; limité pour la continuité des soins.

Plusieurs études ont montré un bénéfice d'un re-contact des patients en sortie d'hospitalisation, par carte postale, rappel téléphonique ou rendez-vous de suivi¹²⁷. Une revue « ombrelle » récente de littérature¹²⁸ met en évidence l'intérêt des interventions brèves de re-contacts centrées sur la personne, notamment le plan de protection et le suivi, tout en soulignant la grande hétérogénéité des études et le manque de données robustes.

¹²⁷ Motto, J. A. (1976). Suicide prevention for high-risk persons who refuse treatment. *Suicide Life Threat Behav*, 6(4), 223–230 ; Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv*, 52(6), 828–833; Wulliemier, F., Bovet, J., & Meylan, D. (1979). [The future of suicidal patients admitted to a general hospital. Comparative study of 2 methods of prevention recurrence and of suicides]. *Soz Praventivmed*, 24(1), 73–88 ; Vijayakumar, L., Umamaheswari, C., Shujaath Ali, Z. S., Devaraj, P., & Kesavan, K. (2011). Intervention for suicide attempters: A randomized controlled study. *Indian J Psychiatry*, 53(3), 244–248; Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2005). Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*, 331(7520), 805 ; Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2005). Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*, 331(7520), 805 ; Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2007). Postcards from the EDge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry*, 191, 548–553.

¹²⁸ Quinlivan, L., Westhead, J., Graney, J., Su, F., Steeg, S., Nielsen, E., Curtis, E., Wildbore, E., Mughal, F., Elliott, R., Webb, R. T., & Kapur, N. (2025). Psychosocial interventions for self-harm and suicide prevention in liaison psychiatry: an overview of systematic reviews. *BMC Psychiatry*, 25(1), 1127.

La continuité des soins, avec un rendez-vous à 7 ou 14 jours suivant la sortie, a été associée à un risque moindre de suicide ou d'actes auto-infligés dans plusieurs études¹²⁹ alors qu'une étude a montré un effet opposé¹³⁰.

Préparer les permissions avec le patient et son entourage

Le geips recommande de préparer avec soins les permissions d'hospitalisation.

Les permissions représentent des moments importants de l'hospitalisation permettant de préparer la fin de l'hospitalisation et de s'assurer de la récupération fonctionnelle du patient hors hôpital.

Ce sont aussi des moments sensibles qui peuvent occasionnellement mal se passer, conduire à une aggravation de l'état mental de la personne et éventuellement à un acte suicidaire à domicile¹³¹. Plusieurs cas de suicide en permission sont documentés.

Les points principaux de la préparation des permissions reposent largement sur les points discutés en préambule et sur les recommandations précédemment citées. Il est ainsi recommandé de :

- I) **Évaluer** l'état psychique du patient le jour de la sortie ;
- II) **Recevoir le patient et son entourage ensemble** avant la permission afin de communiquer les informations essentielles ;

¹²⁹ King, E. A., Baldwin, D. S., Sinclair, J. M., Baker, N. G., Campbell, M. J., & Thompson, C. (2001). The Wessex Recent In-Patient Suicide Study. 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry*, 178, 531–536 ; Desai, R. A., Dausey, D. J., & Rosenheck, R. A. (2005). Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *Am J Psychiatry*, 162(2), 311–318 ; Fontanella, C. A., Warner, L. A., Steelesmith, D. L., Brock, G., Bridge, J. A., & Campo, J. V. (2020). Association of Timely Outpatient Mental Health Services for Youths After Psychiatric Hospitalization With Risk of Death by Suicide. *JAMA Netw Open*, 3(8), e2012887 ; Choi, Y., Nam, C. M., Lee, S. G., Park, S., Ryu, H. G., & Park, E. C. (2020). Association of continuity of care with readmission, mortality and suicide after hospital discharge among psychiatric patients. *Int J Qual Health Care*, 32(9), 569–576 ; Gryglewicz, K., Peterson, A., Nam, E., Vance, M. M., Borntrager, L., & Karver, M. S. (2023). Caring Transitions - A Care Coordination Intervention to Reduce Suicide Risk Among Youth Discharged From Inpatient Psychiatric Hospitalization. *Crisis*, 44(1), 7–13 ; De Leo, D., & Heller, T. (2007). Intensive case management in suicide attempters following discharge from inpatient psychiatric care. *Australian Journal of Primary Health*, 13(3), 49–58 ; Kennard, B. D., Goldstein, T., Foxwell, A. A., McMakin, D. L., Wolfe, K., Biernesser, C., Moorehead, A., Douaihy, A., Zullo, L., Wentroble, E., Owen, V., Zelazny, J., Iyengar, S., Porta, G., & Brent, D. (2018). As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in Hospitalized, Suicidal Adolescents. *Am J Psychiatry*, 175(9), 864–872 ; Czyz, E. K., King, C. A., Prouty, D., Micol, V. J., Walton, M., & Nahum-Shani, I. (2021). Adaptive intervention for prevention of adolescent suicidal behavior after hospitalization: a pilot sequential multiple assignment randomized trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 62(8), 1019–1031 ; While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379(9820), 1005–1012 ; Musgrove, R., Carr, M. J., Kapur, N., Chew-Graham, C. A., Mughal, F., Ashcroft, D. M., & Webb, R. T. (2024). Primary care contact, clinical management, and suicide risk following discharge from inpatient mental health care: a case-control study. *BJGP Open*, 8(4), BJGPO.2023.0165 ; Che, S. E., Gwon, Y. G., & Kim, K. H. (2023). Follow-Up Timing After Discharge and Suicide Risk Among Patients Hospitalized With Psychiatric Illness. *JAMA Netw Open*, 6(10), e2336767 ; Schmutte, T., Olfson, M., Xie, M., & Marcus, S. C. (2024). Association of 7-Day Follow-Up With 6-Month Suicide Mortality Following Hospitalization for Suicidal Thoughts or Behaviors Among Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 32(1), 128–134.

¹³⁰ Schmutte, T., Olfson, M., Xie, M., & Marcus, S. C. (2024). Association of 7-Day Follow-Up With 6-Month Suicide Mortality Following Hospitalization for Suicidal Thoughts or Behaviors Among Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 32(1), 128–134.

¹³¹ Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*, 198(5), 315–328.

- III) **Faire sécuriser le domicile** en restreignant l'accès à des moyens potentiellement létaux (médicaments dangereux et/ou en quantité importante, armes en feu, cordes, etc.) ;
- IV) **S'assurer de la présence** d'un entourage bienveillant auprès du patient, ne pas le laisser seul, sans être dans une surveillance intrusive constante ;
- V) **Donner le numéro de téléphone** que le patient ou son entourage peut appeler en cas de problème (disponibilité), leur indiquer la possibilité de rentrer avant l'heure.

Préparer la sortie avec le patient, son entourage et les soignants en ambulatoire

Le geips recommande de préparer avec soins les sorties d'hospitalisation.

Les premières semaines et mois suivant la sortie d'hospitalisation sont associés à une hausse majeure des suicides, notamment, mais pas uniquement, chez ceux qui sont entrés pour idées ou actes suicidaires¹³².

De plus, de nombreux patients ne bénéficient d'aucune consultation ambulatoire dans les jours suivant leur hospitalisation. La responsabilité du suivi est de fait souvent diluée entre établissements hospitaliers sortants et équipes de soins ambulatoires au risque de ne pas être fiable, notamment si le patient ne se présente pas.

De nombreuses sorties d'hospitalisation se font aussi dans la précipitation à la demande du patient ou du service. **En cas de demande de sortie prématurée, notamment en cas de contre-avis médical, il est essentiel d'éviter une rupture totale des soins.** Les sorties non préparées sont associées à un risque de suicide plus élevé¹³³.

La préparation à la sortie d'hospitalisation nécessite d'anticiper les actions suivantes :

- I) **Définir un plan de protection** avec le patient et son entourage les jours précédant la sortie : Même si le niveau de preuve de cette action en sortie d'hospitalisation reste faible¹³⁴, il s'agit d'une action qui a montré des bénéfices au décours d'un séjour aux urgences notamment. Une étude révèle que pour être efficace sur la réduction des actes suicidaires, la qualité et la fidélité du plan de protection, globalement et pour les signaux d'alerte, doivent être bonnes¹³⁵. Une version française validée est désormais disponible¹³⁶. La mention de ce plan de protection pourra être faite dans le compte-rendu de sortie remis au patient.

¹³² Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694–702.

¹³³ Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C., & Nielssen, O. (2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(8), 619–628.

¹³⁴ Schuster, H., Jones, N., & Qadri, S. F. (2021). Safety Planning: Why It Is Essential on the Day of Discharge From In-patient Psychiatric Hospitalization in Reducing Future Risks of Suicide. *Cureus*, 13(12), e20648.

¹³⁵ Kearns, J. C., Crasta, D., Spitzer, E. G., Gorman, K. R., Green, J. D., Nock, M. K., Keane, T. M., Marx, B. P., & Britton, P. C. (2025). Evaluating the Effectiveness of Safety Plans for Mitigating Suicide Risk in Two Samples of Psychiatrically Hospitalized Military Veterans. *Behav Ther*, 56(2), 438–451.

¹³⁶ Chalancon, B., Leaute, É., Vacher, A., Vernet, T., Vieux, M., Lau-Taï, P., Bislami, K., & Poulet, E. (2025). French translation and adaptation of the “safety planning intervention” for the prevention of suicide attempts: A four-step method. *Encephale*, S0013–7006(25)00010.

- II) **Recevoir le patient et son entourage** afin de préparer la sortie et communiquer les informations essentielles.
- III) **Assurer la sécurisation du domicile** en restreignant l'accès à des moyens potentiellement létaux (médicaments dangereux et/ou en quantité importante, armes en feu, cordes, etc.) durant les premiers mois et tant que le patient reste symptomatique.
- IV) **Évaluer** correctement l'état psychique du patient, notamment le jour de la sortie ; discuter avec lui/elle de ses appréhensions, craintes, attentes, etc.
- V) **S'assurer d'une présence bienveillante de l'entourage** auprès du patient dans les premiers jours.
- VI) **Assurer la continuité de soins** (voir ci-dessous).

Assurer une continuité des soins

Le geys recommande de s'assurer d'une continuité des soins optimale en sortie d'hospitalisation.

La prévention du suicide est plus susceptible d'être efficace en cas de bonne coopération, étroite et proactive, entre les soignants hospitaliers et ambulatoires, et la famille et les patients eux-mêmes. Il s'agit d'une **responsabilité partagée**.

Une continuité des soins optimale comprendra notamment :

- I) **Une prescription fractionnée de médicaments**, par exemple pour une semaine et suffisante jusqu'à la reprise du suivi ambulatoire.
- II) **La rédaction d'un courrier de sortie** remis au patient au moment de la sortie mentionnant les principaux points diagnostiques et thérapeutiques et envoyé par messagerie sécurisée aux professionnels référents du patient afin de s'assurer de la transmission des informations.
- III) **La rédaction d'un compte-rendu d'hospitalisation** envoyé dans les 7 jours à l'ensemble des soignants qui vont prendre le relai ambulatoire, incluant le médecin traitant, les différents spécialistes et soignants (infirmiers, psychologues, etc.).
- IV) **La provision des numéros de téléphone** que le patient ou son entourage peuvent appeler en cas de problème dans les jours suivant la sortie : Il peut s'agir du numéro du service d'hospitalisation, ou de celui du médecin ou de l'équipe qui va prendre le relai en ambulatoire ;
- V) **La prise d'un rendez-vous de consultation avec le médecin ou l'équipe soignante qui assurera le suivi en ambulatoire** dans des délais raisonnables (moins d'un mois). Quand cela est possible, une visite au patient et à l'équipe de soins d'intra par les soignants des unités de soins ambulatoires avant la sortie d'hospitalisation est aussi encouragée.
- VI) **Le rappel systématique des patients qui ne viennent pas au rendez-vous de consultation**. Une étude britannique a montré que ce type de service était associé à une réduction du nombre de suicide¹³⁷.

¹³⁷ While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379(9820), 1005–1012.

Mettre en place un dispositif de re-contact

Le geeps recommande de mettre en place systématiquement un dispositif de re-contact.

Ceci comprend notamment :

- I) **Planifier une consultation ou un appel téléphonique dans les 7 à 14 jours suivant la sortie**, idéalement par une personne qui connaît le patient et l'a suivi en hospitalisation (médecin senior, interne, infirmier). Certains services ont mis en place un dispositif de rappel ou de rencontre systématique dans la semaine qui suit la sortie par un médecin, un interne ou un infirmier. Une procédure d'envoi de SMS dans les 24h peut aussi être mise en place comme cela est fait, par exemple, en chirurgie ambulatoire.
- II) **Le déclenchement du dispositif de surveillance Vigilans local si le patient a réalisé une tentative de suicide** peu avant ou durant l'hospitalisation. Les dispositifs de re-contact des patients ont montré un bénéfice dans la réduction des réitérations suicidaires¹³⁸, incluant en France¹³⁹ même si la plupart des données portent sur les sorties de services d'urgence. La mention de l'inclusion dans Vigilans sera faite dans le compte-rendu de sortie remis au patient. S'assurer aussi que le patient a bien été signalé au centre Vigilans s'il est passé par les urgences car cela a pu être oublié. Le patient sera ensuite contacté par téléphone dans les 10 jours selon la procédure actuelle.

¹³⁸ Tay, J. L., & Li, Z. (2022). Brief contact interventions to reduce suicide among discharged patients with mental health disorders-A meta-analysis of RCTs. *Suicide Life Threat Behav*, 52(6), 1074–1095.

¹³⁹ Gallien, Y., Broussouloux, S., Demesmaeker, A., Fouillet, A., Mertens, C., Chin, F., Cassourret, G., Caserio-Schone-mann, C., du Roscoät, E., Le Strat, Y., & Vigilans Collaborators. (2025). Outcomes and Cost-Benefit of a National Suicide Reattempt Prevention Program. *JAMA Netw Open*, 8(8), e2525671.

Recommandation 9 :

Améliorer le signalement des suicides et tentatives de suicide en établissement de santé

Niveau de preuve

Consensus d'experts.

Signaler tout acte suicidaire survenue en établissement santé

Le Geps rappelle et souligne que tout acte suicidaire, suicide comme tentatives de suicide, ayant lieu en établissement sanitaire ou médico-social doit faire l'objet d'un signalement.

Le Geps recommande de ne pas se limiter au signalement des suicides mais de déclarer également les tentatives de suicide.

Le signalement concerne à la fois les actes ayant eu lieu à l'hôpital et ceux au domicile ou autre lieu externe lors d'une permission ou fugue.

Le signalement des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS) est une **obligation réglementaire**. Elle se fait désormais en ligne : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

Le Geps est bien conscient que de nombreux freins aux déclarations existent : peur du jugement, des conséquences administratives ou légales, impact sur les « performances », images du service, etc.

Plusieurs membres du groupe de travail et du groupe de lecture ont aussi souligné l'importance de faire évoluer à terme la procédure jugée complexe.

Les données issues des signalements d'EIGS représentent des sources importantes de connaissances permettant de guider les politiques publiques en matière de prévention du suicide. Elles devraient permettre également de pouvoir conduire des études scientifiques contribuant à améliorer les connaissances et identifier les mesures les plus efficaces¹⁴⁰. On doit considérer ces actions comme des actes de santé publique, dans l'intérêt de tous. Le signalement des EIGS représente ainsi une démarche visant la qualité des soins.

Ce travail de déclaration peut se faire en coordination avec des **structures régionales d'appui** (<https://www.forap.fr/sra>).

¹⁴⁰ Haute Autorité de Santé (HAS). (2022). Les suicides et tentatives de suicide de patients. Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021. 50p.

Recommandation 10 :

Conduire systématiquement une revue de mortalité et morbidité après un acte suicidaire

Niveau de preuve

Limité. Une étude britannique a montré une réduction des cas de suicide dans les services de santé mentale ayant mis en place ce type de procédure (suicide en intra et en extra)¹⁴¹.

Mettre en place une RMM après tout suicide ou tentative de suicide

Le Geps recommande de mettre en place une démarche conduite de Revue de Mortalité et Morbidité (RMM) après tout suicide ou tentative de suicide.

Rappelons qu'une RMM peut être conduite dans les suites d'une déclaration d'un évènement détecté, dont la conséquence est le décès, la mise en jeu du pronostic vital, un déficit fonctionnel permanent avéré ou permanent (Décret du 25 nov. 2016). La RMM est une analyse rétrospective, collective qui permet d'identifier les causes profondes de la survenue de l'évènement, afin de définir des actions d'amélioration en vue de prévenir sa récurrence. Elle permet aussi d'évaluer l'évitabilité de l'évènement.

Il s'agit d'une approche pluriprofessionnelle essentielle pour **améliorer les pratiques et organisations de soins**, prévenir de futurs cas mais aussi créer une cohésion de groupe dans un moment de grande vulnérabilité pour de nombreux soignants et pour le fonctionnement des services affectés.

La HAS recommande la réalisation de RMM comme un dispositif d'apprentissage par l'erreur non culpabilisant¹⁴².

Il est essentiel de développer **une culture des RMM**. La formation aux RMM est obligatoire dans certains cursus médicaux, par exemple aux Etats-Unis.

La RMM devrait idéalement **rassembler** l'ensemble du personnel soignant de l'unité de soins où a eu lieu l'acte, la direction du service et du pôle, ainsi que des représentants de la direction de l'établissement. Il est essentiel que la réunion de RMM soit conduite par une personne ayant l'expérience de cette démarche.

¹⁴¹ While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379(9820), 1005-1012.

¹⁴² https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

Une **vigilance particulière** sera apportée aux personnes impactées par l'acte suicidaire (notamment celle qui a découvert le corps, celle qui a parlé à la personne décédée en dernier, les soignants qui connaissaient bien la victime, etc.), et à toute celles qui n'étaient pas disponibles pour la réunion quel que soit le motif.

Ce travail peut se faire en coordination avec des structures régionales d'appui (<https://www.forap.fr/sra>) qui proposent en outre une guide d'analyse.

Nous renvoyant au site de la HAS¹⁴³ pour les détails de la conduite d'une RMM.

¹⁴³ https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

Ont participé à l'élaboration de ces recommandations

Groupe de travail

Coordination du groupe de travail et écriture : Fabrice JOLLANT, professeur de psychiatrie, université Paris-Saclay, faculté de médecine, Le Kremlin-Bicêtre & hôpital Paul Brousse, AP-HP, Villejuif ; membre du CA du GEPS au début des travaux et actuel président de l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS).

Pierre BESSE, praticien hospitalier de psychiatrie, chef de service, centre hospitalier la Chartreuse, Dijon ; membre du CA du GEPS au début des travaux.

Françoise CHASTANG, praticien hospitalier de psychiatrie, service des urgences, CHU de Caen ; membre du CA du GEPS.

Diane LEVY-CHAVAGNAT, praticien hospitalier de psychiatrie, CHU de Poitiers ; membre du CA du GEPS.

Catherine MASSOUBRE, professeure de psychiatrie, cheffe de service, CHU de Saint-Etienne ; présidente du GEPS au début des travaux.

Cécile OMNES, praticien hospitalier de psychiatrie, centre hospitalier de Plaisir ; membre du CA du GEPS.

Marie TOURNIER, professeure de psychiatrie, cheffe de service, université de Bordeaux, CH Charles-Perrens, Bordeaux.

Aucun membre du groupe de travail ne rapporte de liens d'intérêt en rapport avec ce travail.

Revue de littérature

Anne CHASSANG, interne de psychiatrie d'Ile-de-France

Juliana TETI-MEYER, interne de psychiatrie d'Ile-de-France

Fabrice JOLLANT, supervision

Groupe de lecture

Nathalie BORGNE, directrice, centre hospitalier d'Armentières en direction commune avec le CHU de Lille et CH de Bailleul.

Aurore BOUQUEREL, directrice de la qualité, CHU Caen.

Aurélien CADART, directeur des soins, Association française des directeurs de soins (AFDS), HAS, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Calais.

Benoit CHALANCON, infirmier, centre hospitalier Le Vinatier, Lyon.

Hanna CHAS, sage-femme, coordinatrice et ingénieure qualité gestion des risques STARAQS, Paris.

Alice DESCHENAU, praticien hospitalier de psychiatrie, cheffe de service, présidente SFT et administratrice FFA, Fondation Vallée, hôpital Paul Guiraud, Villejuif.

Pierre FOURNERET, professeur de pédopsychiatrie, chef de service, université Claude Bernard Lyon 1 & hospices civils de Lyon, Bron.

Matthieu GASNIER, praticien hospitalier de psychiatrie, Hôpital Bicêtre, AP-HP, Kremlin-Bicêtre.

Pierre GERARD, praticien hospitalier de psychiatrie, EPSM de Caen, service d'urgences psychiatriques, CHU de Caen.

Priscille GERARDIN, professeur de pédopsychiatrie, cheffe de service, CHU de Rouen, cheffe de pôle, CH Le Rouvray.

Laure HICKMAN, cadre de santé, hôpitaux Paris Est - Val de Marne, Saint-Maurice.

Louis JEHEL, professeur de psychiatrie, CHU de Martinique, Fort-de-France.

Edouard LEAUNE, Maître de conférence universitaire de psychiatrie – praticien hospitalier psychiatrie, CH Le Vinatier, Lyon.

Céline KOPP-BIGAULT, docteure en psychologie, Fondation Bon Sauveur, Bégard.

Yen-Lan NGUYEN, cheffe du service gestion des risques et vigilances, direction qualité partenariat patient – DPQAM, siège de l'AP-HP.

Chantal MANNONI, médecin de santé publique et médecine sociale, 3114, Lyon.

Catherine MARTELLI, praticien hospitalier de psychiatrie et addictologie, responsable du secteur 94G12, service de psychiatrie et addictologie, hôpital Paul Brousse, AP-HP, Villejuif.

Charles-Édouard NOTREDAME, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU et Université de Lille, actuel président du Geps.

David OSMAN, Praticien Hospitalier en médecine intensive et réanimation (Hôpital Bicêtre), coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (Hôpitaux Paris-Saclay et

Bruno ROMEO, praticien hospitalier de psychiatre/addictologie, service de psychiatrie et addictologie, hôpital Paul Brousse, AP-HP, Villejuif.

Renaud de TOURNEMIRE, praticien hospitalier de pédiatrie, chef de service, hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt.

Guillaume VAIVA, professeur de psychiatrie, chef de service de psychiatrie universitaire, Université et CHU de Lille.

Un membre du groupe de lecture n'a pas souhaité être nommé.

Aucun membre du groupe de lecture ne rapporte de liens d'intérêt en rapport avec ce travail.

La synthèse de ce document a été réalisée avec l'aide de ChatGPT version 4o.

Abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction Générale de la Santé

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIGS : Événements Indésirables Graves liés aux Soins

GEPS : Groupement d'Études et de Prévention du Suicide

GT : Groupe de Travail

GL : Groupe de lecture

HAS : Haute Autorité de Santé

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

NHS : National Health Service (système de santé du Royaume-Uni)

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PROSPERO : Plateforme d'enregistrement des protocoles de revues systématiques

RMM : Revue de Mortalité et Morbidité

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

SMR : Soins médicaux et de réadaptation

UDR / RUD : Grille "Urgence-Dangereusité-Risque"

UNPS : Union nationale de prévention du suicide.

Références bibliographiques

1. Abbar, M., Demattei, C., El-Hage, W., Llorca, P. M., Samalin, L., Demaricourt, P., Gaillard, R., Courtet, P., Vaiva, G., Gorwood, P., Fabbro, P., & Jollant, F. (2022). Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: double blind, randomised placebo controlled trial. *BMJ*, 376, e067194.
2. Abdolizadeh, A., Jones, B. D. M., Hosseini Kupaei, M., Shah, A., Rodak, T., Farooqui, S., Husain, M. O., Weissman, C. R., Zaheer, J., Gratzer, D., Blumberger, D. M., & Husain, M. I. (2025). Inpatient Treatment of Suicidality: A Systematic Review of Clinical Trials. *J Clin Psychiatry*, 86(1), 24r15382.
3. Ang, L. P. A. (2018). Reducing inpatient suicide rates: The success of a suicide management program in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*, 54, 60–61
4. Angst, J., Angst, F., Gerber-Werder, R., & Gamma, A. (2005). Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res*, 9(3), 279–300.
5. Agence Nationale du Médicament et des produits de santé (mars 2026). Kétamine: Traitement des idées suicidaires sévères chez l'adulte. <https://ansm.sante.fr/tableau-accesderogatoire/ketamine#>
6. Ballard, E. D., Pao, M., Horowitz, L., Lee, L. M., Henderson, D. K., & Rosenstein, D. L. (2008). Aftermath of suicide in the hospital: institutional response. *Psychosomatics*, 49(6), 461–469.
7. Bantjes, J., Nel, A., Louw, K. A., Frenkel, L., Benjamin, E., & Lewis, I. (2017). 'This place is making me more depressed': The organisation of care for suicide attempters in a South African hospital. *J Health Psychol*, 22(11), 1434–1446.
8. Barbui, C., Esposito, E., & Cipriani, A. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ*, 180(3), 291–297
9. Barbui, C., Papola, D., & Saraceno, B. (2018). Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst*, 12, 43.
10. Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., & Aase, K. (2020). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. *BMJ Open*, 10(11), e040088.
11. Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav*, 41(1), 110–116.
12. Bocquier, A., Pambrun, E., Dumesnil, H., Villani, P., Verdoux, H., & Verger, P. (2013). Physicians' characteristics associated with exploring suicide risk among patients with depression: a French panel survey of general practitioners. *PLoS One*, 8(12), e80797.
13. Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*, 198(5), 315–328.
14. Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(2), e89944.
15. Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2005). Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*, 331(7520), 805.

16. Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2007). Postcards from the EDge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry*, 191, 548–553.
17. Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *Br J Psychiatry*, 210(6), 387–395.
18. Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav*, 49(2), 529–534.
19. Chalancon, B., Leaune, É., Vacher, A., Vernet, T., Vieux, M., Lau-Taï, P., Bislimi, K., & Poulet, E. (2025). French translation and adaptation of the “safety planning intervention” for the prevention of suicide attempts: A four-step method. *Encephale*, S0013–7006(25)00010.
20. Chammas, F., Januel, D., & Bouaziz, N. (2022). Inpatient suicide in psychiatric settings: Evaluation of current prevention measures. *Front Psychiatry*, 13, 997974.
21. Changchien, T. C., Yen, Y. C., Wang, Y. J., Chang, Y. C., Ju, R. S., Yen, P. F., Cheng, Y. T., Shih, M. L., & Huang, Y. H. (2019). Establishment of a Comprehensive Inpatient Suicide Prevention Network by Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis. *Psychiatr Serv*, 70(6), 518– 521.
22. Che, S. E., Gwon, Y. G., & Kim, K. H. (2023). Follow-Up Timing After Discharge and Suicide Risk Among Patients Hospitalized With Psychiatric Illness. *JAMA Netw Open*, 6(10), e2336767.
23. Choi, Y., Nam, C. M., Lee, S. G., Park, S., Ryu, H. G., & Park, E. C. (2020). Association of continuity of care with readmission, mortality and suicide after hospital discharge among psychiatric patients. *Int J Qual Health Care*, 32(9), 569–576.
24. Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Metaanalysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694–702.
25. Conférence de Consensus. (2000). La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge.
26. Czyz, E. K., King, C. A., Prouty, D., Micol, V. J., Walton, M., & Nahum-Shani, I. (2021). Adaptive intervention for prevention of adolescent suicidal behavior after hospitalization: a pilot sequential multiple assignment randomized trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 62(8), 1019–1031.
27. Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence. *Psychol Med*, 44(16), 3361–3363.
28. de Groot, M., & Kollen, B. J. (2013). Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. *BMJ*, 347, f5519.
29. De Leo, D., & Heller, T. (2007). Intensive case management in suicide attempters following discharge from inpatient psychiatric care. *Australian Journal of Primary Health*, 13(3), 49–58.
30. de Leo, D., & Svetcic, J. (2010). Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? *Epidemiol Psichiatr Soc*, 19(1), 8–15.

31. De Santis, M. L., Myrick, H., Lamis, D. A., Pelic, C. P., Rhue, C., Rhue, C., & York, J. (2015). Suicide-specific Safety in the Inpatient Psychiatric Unit. *Issues Ment Health Nurs*, 36(3), 190–199.
32. Desai, R. A., Dausey, D. J., & Rosenheck, R. A. (2005). Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *Am J Psychiatry*, 162(2), 311–318.
33. Diefenbach, G. J., Lord, K. A., Stubbing, J., Rudd, M. D., Levy, H. C., Worden, B., Sain, K. S., Bimstein, J. G., Rice, T. B., Everhardt, K., Gueorguieva, R., & Tolin, D. F. (2024). Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Inpatients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 81(12), 1177–1186.
34. Dougall, N., Lambert, P., Maxwell, M., Dawson, A., Sinnott, R., McCafferty, S., Morris, C., Clark, D., & Springbett, A. (2014). Deaths by suicide and their relationship with general and psychiatric hospital discharge: 30-year record linkage study. *Br J Psychiatry*, 204, 267–273.
35. Drew, B. L. (2001). Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Arch Psychiatr Nurs*, 15(3), 99–106.
36. Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2017). Psychological Pain in Suicidality: A Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*.
37. Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health*, 25(4), 148–155.
38. Fontanella, C. A., Warner, L. A., Steelesmith, D. L., Brock, G., Bridge, J. A., & Campo, J. V. (2020). Association of Timely Outpatient Mental Health Services for Youths After Psychiatric Hospitalization With Risk of Death by Suicide. *JAMA Netw Open*, 3(8), e2012887.
39. Foster, T. (2011). Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*, 15(1), 1–15.
40. Fusar-Poli, L., Figini, C., Moiola, F., Marchesi, C., Kovic, A., Politi, P., & Brondino, N. (2025). Psychoeducation for Suicidal Behaviors in Inpatient Settings: A Scoping Review. *Behav Sci (Basel)*, 15(8), 1005.
41. Gallien, Y., Broussouloux, S., Demesmaeker, A., Fouillet, A., Mertens, C., Chin, F., Cassourret, G., Caserio-Schonemann, C., du Roscoät, E., Le Strat, Y., & Vigilant Collaborators. (2025). Outcomes and Cost-Benefit of a National Suicide Reattempt Prevention Program. *JAMA Netw Open*, 8(8), e2525671.
42. Goldman-Mellor, S. J., Bhat, H. S., Allen, M. H., & Schoenbaum, M. (2022). Suicide Risk Among Hospitalized Versus Discharged Deliberate Self-Harm Patients: Generalized Random Forest Analysis Using a Large Claims Data Set. *Am J Prev Med*, 62(4), 558–566.
43. Grafiadeli, R., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2022). Loss-Related Characteristics and Symptoms of Depression, Prolonged Grief, and Posttraumatic Stress Following Suicide Bereavement. *Int J Environ Res Public Health*, 19(16), 10277.
44. Greiner, C., Von Rohr-De Pree, C., Michaud, L., Besch, V., Debbané, M., Large, M., Huber, J., & Prada, P. (2024). Risque suicidaire et hospitalisation: un changement de paradigme est-il nécessaire ? [Suicide risk and hospitalization: is a paradigm shift necessary?]. *Rev Med Suisse*, 20(887), 1654–1656.

45. Griffiths, J. L., Foye, U., Stuart, R., Jarvis, R., Chipp, B., Griffiths, R., Jaynes, T., Mitchell, L., Parker, J., Rowan Olive, R., Quirke, K., Baker, J., Brennan, G., Lamph, G., McKeown, M., Lloyd-Evans, B., Trevillion, K., & Simpson, A. (2025). Quantitative Evidence for Relational Care Approaches to Assessing and Managing Self-Harm and Suicide Risk in Inpatient Mental Health and Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Issues Ment Health Nurs*, 46(6), 529–565.
46. Gryglewicz, K., Peterson, A., Nam, E., Vance, M. M., Borntrager, L., & Karver, M. S. (2023). Caring Transitions - A Care Coordination Intervention to Reduce Suicide Risk Among Youth Discharged From Inpatient Psychiatric Hospitalization. *Crisis*, 44(1), 7–13.
47. Hallford, D. J., Rusanov, D., Winestone, B., Kaplan, R., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Melvin, G. (2023). Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Clin Psychol Rev*, 101, 102272.
48. Haregu, T., Cho, E., Spittal, M., & Armstrong, G. (2023). The rate of transition to a suicide attempt among people with suicidal thoughts in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*, 331, 57–63.
49. Harmer, B., Lee, S., Duong, T., & Saadabadi, A. (2022). Suicidal Ideation. *StatPearls*.
50. Hauseux, P. A., Jollant, F., & Launay, C. (2020). Le suicide de patients hospitalisés en psychiatrie: analyse qualitative de huit cas à l'hôpital Sainte-Anne à Paris et recommandations. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.
51. Haute Autorité de Santé (HAS). (2021) Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge.
52. Haute Autorité de Santé (2022). Les suicides et tentatives de suicide de patients. Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021. 50p.
53. Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). Elaboration de bonne pratique clinique. 23p.
54. Haute Autorité de Santé (HAS). (2022) Revue de mortalité et de morbidité (RMM) – Outil d'amélioration des pratiques professionnelles.
55. Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8), 740–750.
56. Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özguç D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 63, 127–140.
57. Huber, C. G., Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., von Felten, S., Walter, M., Zinkler, M., Beine, K., Heinz, A., Borgwardt, S., & Lang, U. E. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 842–849.
58. Hunt, I. M., Windfuhr, K., Swinson, N., Shaw, J., Appleby, L., Kapur, N., & National, C. I. I. S. A. H. B. P. W. M. I. (2010). Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey. *BMC Psychiatry*, 10, 14.
59. Husky, M. M., Léon, C., & Vasiliadis, H. M. (2025). Increases in suicidal thoughts disclosure among adults in France from 2000 to 2021. *J Affect Disord*, 371, 54–60.

60. Janssen, E., Spilka, S., & du Roscoät, E. (2019). Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2017 et évolutions depuis 2011. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 3-4, 74-82.
61. Jayaram, G. (2014). Inpatient suicide prevention: promoting a culture and system of safety over 30 years of practice. *J Psychiatr Pract*, 20(5), 392-404.
62. Joint Commission (2018 Nov 26). R3 Report Issue 18: National Patient Safety Goal for Suicide Prevention.
63. Jollant, F., Abbar, M., & Ait Tayeb, A. E. K. (2026). Suicidal crisis: first regulatory approval of IV racemic ketamine. *Lancet*, S0140-6736(26)00594.
64. Jollant, F., & Leon, C. (2024). Suicidal transition rates and their predictors in the adult general population: a repeated survey over 21 years in France. *Eur Psychiatry*, 67(1), e74.
65. Jollant, F., Colle, R., Nguyen, T. M. L., Corruble, E., Gardier, A. M., Walter, M., Abbar, M., & Wagner, G. (2023). Ketamine and esketamine in suicidal thoughts and behaviors: a systematic review. *Ther Adv Psychopharmacol*, 13, 20451253231151327.
66. Jollant, F., Voegeli, G., Kordsmeier, N. C., Carbajal, J. M., Richard-Devantoy, S., Turecki, G., & Cáceda, R. (2019). A visual analog scale to measure psychological and physical pain: A preliminary validation of the PPP-VAS in two independent samples of depressed patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 90, 55-61.
67. Jones, G., Jankovic Gravilovic, J., McCabe, R., Bechtas, C., & Priebe, S. (2008). Treating suicidal patients in an acute psychiatric day hospital: A challenge to assumptions about risk and overnight care. *J Ment Health*, 17(4), 375-387.
68. Kay Shibley, M., Chae Kim, S., & Ecoff, L. (2023). Effect of Electronic Rounding Board on Falls and Self-harm Among Psychiatric Inpatients: Quality Improvement Project. *Crit Care Nurs Q*, 46(3), 310-318.
69. Kearns, J. C., Crasta, D., Spitzer, E. G., Gorman, K. R., Green, J. D., Nock, M. K., Keane, T. M., Marx, B. P., & Britton, P. C. (2025). Evaluating the Effectiveness of Safety Plans for Mitigating Suicide Risk in Two Samples of Psychiatrically Hospitalized Military Veterans. *Behav Ther*, 56(2), 438-451.
70. Kennard, B. D., Goldstein, T., Foxwell, A. A., McMakin, D. L., Wolfe, K., Biernesser, C., Moorehead, A., Douaihy, A., Zullo, L., Wentroble, E., Owen, V., Zelazny, J., Iyengar, S., Porta, G., & Brent, D. (2018). As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in Hospitalized, Suicidal Adolescents. *Am J Psychiatry*, 175(9), 864-872.
71. Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., Blier, P., Hasnain, M., Jollant, F., Levitt, A. J., MacQueen, G. M., McNerney, S. J., McIntosh, D., Milev, R. V., Müller, D. J., Parikh, S. V., Pearson, N. L., Ravindran, A. V., Uher, R., & CANMAT, D. W. G. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*.
72. King, E. A., Baldwin, D. S., Sinclair, J. M., Baker, N. G., Campbell, M. J., & Thompson, C. (2001). The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry*, 178, 531-536.
73. Krishnamoorthy, S., Mathieu, S., Armstrong, G., Ross, V., Francis, J., Reifels, L., & Kölves, K. (2025). Implementation of Complex Suicide Prevention Interventions: Insights into Barriers, Facilitators and Lessons Learned. *Arch Suicide Res*, 29(2), 556-579.

74. Laanani, M., Imbaud, C., Tuppin, P., Poulalhon, C., Jollant, F., Coste, J., & Rey, G. (2020). Contacts with Health Services During the Year Prior to Suicide Death and Prevalent Conditions A Nationwide Study. *J Affect Disord*, 274, 174–182.
75. Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C., & Nielssen, O. (2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(8), 619–628.
76. Large, M., Smith, G., Sharma, S., Nielssen, O., & Singh, S. P. (2011). Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*, 124(1), 18–29.
77. Leaune, E., Allali, R., Rotgé, J. Y., Simon, L., Vieux, M., Fossati, P., Gaillard, R., Gourion, D., Masson, M., Olié, E., & Vaiva, G. (2021). Prevalence and impact of patient suicide in psychiatrists: Results from a national French web-based survey. *Encephale*, 47(6), 507–513.
78. Leon, C., du Roscoat, E., & Beck, F. (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en france: résultats du baromètre santé 2021. *Bull Epidemiol Hebd*, 3, 42–56.
79. Lieberman, D. Z., Resnik, H. L., & Holder-Perkins, V. (2004). Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 34(4), 448–453.
80. Liu, A. J., Im, D. S., & Hirshbein, L. D. (2024). What Does the History of Inpatient Psychiatric Unit Design Tell Us About Balancing Safety and Healing for Patients With Suicidal Behaviors? *AMA J Ethics*, 26(3), E257–263.
81. Madsen, T., Erlangsen, A., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2020). High suicide rates during psychiatric inpatient stay and shortly after discharge. *Acta Psychiatr Scand*, 142(5), 355–365.
82. Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*, 178(7), 611–624.
83. Martelli, C., Awad, H., & Hardy, P. (2010). [In-patients suicide: epidemiology and prevention]. *Encephale*, 36 Suppl 2, D83–91.
84. Martz, B. M. (1974). The use of volunteers in a suicide prevention program at a private psychiatric hospital. *Hosp Community Psychiatry*, 25(10), 643, 651.
85. Matandela, M., & Matlakanda, M. C. (2016). Nurses' experiences of inpatients suicide in a general hospital. *Health SA Gesondheid*, 54–59.
86. Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., Flynn, S., Burns, J., Amos, T., Shaw, J., & Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *Br J Psychiatry*, 188, 129–134.
87. Millner, A. J., Lee, M. D., & Nock, M. K. (2017). Describing and Measuring the Pathway to Suicide Attempts: A Preliminary Study. *Suicide Life Threat Behav*, 47(3), 353–369.
88. Mills, P. D., Soncrant, C., Bender, J., & Gunnar, W. (2020). Impact of over-the-door alarms: Root cause analysis review of suicide attempts and deaths on veterans health administration mental health units. *Gen Hosp Psychiatry*, 64, 41–45.
89. Mills, P. D., Soncrant, C., Bender, J., & Gunnar, W. (2020). Impact of over-the-door alarms: Root cause analysis review of suicide attempts and deaths on veterans health administration mental health units. *Gen Hosp Psychiatry*, 64, 41–45.

90. Mills, P. D., Watts, B. V., Miller, S., Kemp, J., Knox, K., DeRosier, J. M., & Bagian, J. P. (2010). A checklist to identify inpatient suicide hazards in veterans affairs hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 36(2), 87–93.
91. Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) (2006) Nouvelles organisations et architectures hospitalières.
92. Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Direction générale de la santé (DGS). Note d'information n° DGS/SP4/2025/114 du 28 juillet 2025 relative au plan d'action visant à prévenir les phénomènes de contagion suicidaire intégré à la Stratégie nationale de prévention du suicide.
93. Mohl, A., Stulz, N., Martin, A., Eigenmann, F., Hepp, U., Hußler, J., & Beer, J. H. (2012). The "Suicide Guard Rail": a minimal structural intervention in hospitals reduces suicide jumps. *BMC Res Notes*, 5, 408.
94. Motto, J. A. (1976). Suicide prevention for high-risk persons who refuse treatment. *Suicide Life Threat Behav*, 6(4), 223–230.
95. Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv*, 52(6), 828–833.
96. Musgrove, R., Carr, M. J., Kapur, N., Chew-Graham, C. A., Mughal, F., Ashcroft, D. M., & Webb, R. T. (2024). Primary care contact, clinical management, and suicide risk following discharge from inpatient mental health care: a case-control study. *BJGP Open*, 8(4), BJGPO.2023.0165.
97. National Action Alliance for Suicide Prevention. (2019). Best practices in care transitions for individuals with suicide risk: Inpatient care to outpatient care. Washington, DC: Education Development Center, Inc.
98. Nawaz, R. F., Reen, G., Bloodworth, N., Maughan, D., & Vincent, C. (2021). Interventions to reduce self-harm on in-patient wards: systematic review. *BJPsych Open*, 7(3), e80.
99. Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kirchner, S., Sinyor, M., Braun, M., Pirkis, J., Tran, U. S., Voracek, M., Arendt, F., Ftanou, M., Kovacs, R., King, K., Schlichthorst, M., Stack, S., & Spittal, M. J. (2022). Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 7(2), e156–e168.
100. Niedzwiedz, C., Haw, C., Hawton, K., & Platt, S. (2014). The Definition and Epidemiology of Clusters of Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide Life Threat Behav*.
101. Noelck, M., Velazquez-Campbell, M., & Austin, J. P. (2019). A Quality Improvement Initiative to Reduce Safety Events Among Adolescents Hospitalized After a Suicide Attempt. *Hosp Pediatr*, 9(5), 365–372.
102. Oberlin M, Douay B, Desclefs JP, Depil-Duval A, Ganansia O, Giraud L, et al. Architecture des structures de médecine d'urgence (2024) : recommandations de bonne pratique. *Ann Fr Med Urgence*. 2024 Mar-Apr;14(2):121-135.
103. Olarte-Godoy, J., Halladay, J., Jack, S. M., Cleverley, K., McGillion, M., Gehrke, P., Peacock, J., & Links, P. (2025). Psychosocial interventions targeting suicidality within inpatient psychiatry: a scoping review. *J Ment Health*, 1–20.
104. Paradza, M., Zichawo, F., & Georgiou, M. (2025). Reducing incidents of violence and aggression and self-harm on a secure mental health inpatient ward for women with learning disabilities. *BMJ Open Qual*, 14(3), e003397.
105. Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*, 373(9658), 147–153.

106. Pitula, C. R., & Cardell, R. (1996). Suicidal inpatients' experience of constant observation. *Psychiatr Serv*, 47(6), 649–651.
107. Powell, J., Geddes, J., Deeks, J., Goldacre, M., & Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry*, 176, 266–272.
108. Préconisations sur l'utilisation de la ketamine en psychiatrie (2025). Société Française d'Anesthésie-Réanimation. <https://sfar.org/utilisation-de-la-ketamine-intraveineuse-iv-pour-le-traitement-des-pathologies-mentales-en-psychiatrie/>
109. Quinlivan, L., Westhead, J., Graney, J., Su, F., Steeg, S., Nielsen, E., Curtis, E., Wildbore, E., Mughal, F., Elliott, R., Webb, R. T., & Kapur, N. (2025). Psychosocial interventions for self harm and suicide prevention in liaison psychiatry: an overview of systematic reviews. *BMC Psychiatry*, 25(1), 1127.
110. Quinlivan, L., Westhead, J., Graney, J., Su, F., Steeg, S., Nielsen, E., Curtis, E., Wildbore, E., Mughal, F., Elliott, R., Webb, R. T., & Kapur, N. (2025). Umbrella review of psychosocial and ward-based interventions to reduce self-harm and suicide risks in in-patient mental health settings. *BJPsych Open*, 11(5), e196.
111. Reen, G. K., Bailey, J., McGuigan, L., Bloodworth, N., Nawaz, R. F., & Vincent, C. (2021). Environmental changes to reduce self-harm on an adolescent inpatient psychiatric ward: an interrupted time series analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 30(8), 1173–1186.
112. Riblet, N., Shiner, B., Watts, B. V., Mills, P., Rusch, B., & Hemphill, R. R. (2017). Death by Suicide Within 1 Week of Hospital Discharge: A Retrospective Study of Root Cause Analysis Reports. *J Nerv Ment Dis*, 205(6), 436–442.
113. Richard, O., Jollant, F., Billon, G., Attoe, C., Vodovar, D., & Piot, M. A. (2023). Simulation training in suicide risk assessment and intervention: a systematic review and meta-analysis. *Med Educ Online*, 28(1), 2199469.
114. Richard, O., Piot, M. A., & Jollant, F. (2024). Short-term effects of a simulation-based training program on suicide risk assessment and intervention for first-year psychiatry residents. *Encephale*, 50(6), 623–629.
115. Richard-Devantoy, S., & Jollant, F. (2024). Conduites suicidaires de la personne âgée: état des connaissances. *NPG - Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*.
116. Ross, E. L., Bossarte, R. M., Dobscha, S. K., Gildea, S. M., Hwang, I., Kennedy, C. J., Liu, H., Luedtke, A., Marx, B. P., Nock, M. K., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Zainal, N. H., Sverdrup, E., Wager, S., & Kessler, R. C. (2023). Estimated Average Treatment Effect of Psychiatric Hospitalization in Patients With Suicidal Behaviors: A Precision Treatment Analysis. *JAMA Psychiatry*, e233994.
117. Russ, M. J. (2016). Constant Observation of Suicidal Patients: The Intervention We Love to Hate. *J Psychiatr Pract*, 22(5), 382–388.
118. Rutz, W., von Knorring, L., & Walinder, J. (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*, 85(1), 83–88.
119. Sakinofsky, I. (2014). Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatry*, 59(3), 131–140.
120. Santo, T., Clark, B., Hickman, M., Grebely, J., Campbell, G., Sordo, L., Chen, A., Tran, L. T., Bharat, C., Padmanathan, P., Cousins, G., Dupouy, J., Kelty, E., Muga, R., Nosyk, B., Min, J., Pavarin, R., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2021). Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 979–993.

121. Saunders, K. E., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*, 139(3), 205–216.
122. Schmutte, T., Olfson, M., Xie, M., & Marcus, S. C. (2024). Association of 7-Day Follow-Up With 6-Month Suicide Mortality Following Hospitalization for Suicidal Thoughts or Behaviors Among Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 32(1), 128–134.
123. Schuster, H., Jones, N., & Qadri, S. F. (2021). Safety Planning: Why It Is Essential on the Day of Discharge From In-patient Psychiatric Hospitalization in Reducing Future Risks of Suicide. *Cureus*, 13(12), e20648.
124. Seeman, M. V. (2015). The Impact of Suicide on Co-patients. *Psychiatr Q*, 86(4), 449–457.
125. Smith, K. A., & Cipriani, A. (2017). Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar Disord*, 19(7), 575–586.
126. Sobanski, T., Josfeld, S., Peikert, G., & Wagner, G. (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review. *Psychol Med*, 1–16
127. Sobanski, T., Josfeld, S., Peikert, G., & Wagner, G. (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review. *Psychol Med*, 1–16. Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., Schneider, L. K., Rohani-Montez, S. C., Fairley, L., Smith, N., Bitter, I., Gorwood, P., Taipale, H., & Tiihonen, J. (2022). Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*, 21(2), 248–271.
128. Stewart, D., Bowers, L., & Warburton, F. (2009). Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 31(6), 523–530.
129. Stone, M., Laughren, T., Jones, M. L., Levenson, M., Holland, P. C., Hughes, A., Hammad, T. A., Temple, R., & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *British Medical Journal*, 339(aug11 2), b2880.
130. Tay, J. L., & Li, Z. (2022). Brief contact interventions to reduce suicide among discharged patients with mental health disorders-A meta-analysis of RCTs. *Suicide Life Threat Behav*, 52(6), 1074–1095.
131. Timberlake, L. M., Beeber, L. S., & Hubbard, G. (2020). Nonsuicidal Self-Injury: Management on the Inpatient Psychiatric Unit. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 26(1), 10–26.
132. Tournier, M., Bénard-Larivière, A., Jollant, F., Hucteau, E., Diop, P. Y., Jarne-Munoz, A., Pariente, A., Oger, E., & Bezin, J. (2023). Risk of suicide attempt and suicide associated with benzodiazepine: A nationwide case crossover study. *Acta Psychiatr Scand*, 148(3), 233–241.
133. Tsai, M., & Klonsky, E. D. (2023). Warning signs for suicide attempts in psychiatric inpatients: Patient and informant perspectives. *Gen Hosp Psychiatry*, 85, 207–212.
134. Vachon, M., Nicolas, C., Notredame, C. E., & Séguin, M. (2021). Examen des meilleures pratiques de postvention: méthode Delphi. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 69(6), 367–379.
135. Vandewalle, J., Van Hoe, C., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2021). Engagement between adults in suicidal crises and nurses in mental health wards: a qualitative study of patients' perspectives. *Arch Psychiatr Nurs*, 35(5), 541–548.

136. Vijayakumar, L., Umamaheswari, C., Shujaath Ali, Z. S., Devaraj, P., & Kesavan, K. (2011). Intervention for suicide attempters: A randomized controlled study. *Indian J Psychiatry*, 53(3), 244–248.
137. Walsh, G., Sara, G., Ryan, C. J., & Large, M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*, 131(3), 174–184.
138. Waterhouse, J., & Platt, S. (1990). General hospital admission in the management of parasuicide. A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 156, 236–242.
139. Watts, B. V., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Mills, P. D. (2017). Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide. *Psychiatr Serv*, 68(4), 405–407.
140. Watts, B. V., Young-Xu, Y., Mills, P. D., DeRosier, J. M., Kemp, J., Shiner, B., & Duncan, W. E. (2012). Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Arch Gen Psychiatry*, 69(6), 588–592. Mills, P. D., King, L. A., Watts, B. V., & Hemphill, R. R. (2013). Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: avoiding environmental hazards. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(5), 528–536.
141. While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379(9820), 1005–1012.
142. Wilkinson, S. T., Trujillo Diaz, D., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., Avila-Quintero, V. J., Rhee, T. G., Olfson, M., & Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*, 39(2), 100–112.
143. Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), CD013669.
144. Woodford, R., Spittal, M. J., Milner, A., McGill, K., Kapur, N., Pirkis, J., Mitchell, A., & Carter, G. (2019). Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide Life Threat Behav*, 49(1), 23–40.
145. Wullemier, F., Bovet, J., & Meylan, D. (1979). [The future of suicidal patients admitted to a general hospital. Comparative study of 2 methods of prevention recurrence and of suicides]. *Soz Praventivmed*, 24(1), 73–88.
146. Wyder, M., & De Leo, D. (2007). Behind impulsive suicide attempts: indications from a community study. *J Affect Disord*, 104(1-3), 167–173.
147. Yiu, H. W., Rowe, S., & Wood, L. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*, 305, 114175.
148. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659.



GEPS

**Groupeement d'Études et
de Prévention du Suicide**

67 route des Groges
86280 Saint-Benoit

www.geps.fr