



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

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

Validé par le Collège le 7 juillet 2022

Descriptif de la publication

Titre	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
Méthode de travail	Analyse de la base de données nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (base REX-EIGS)
Objectif(s)	Identifier les circonstances et les causes des suicides et tentatives de suicide déclarés. En tirer de premiers enseignements et proposer des préconisations aux établissements afin de réduire leur survenue.
Cibles concernées	Les professionnels de santé, les organisations du système de santé, les institutions de santé, les associations de patients
Demandeur	Haute Autorité de santé (HAS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Philippe Chevalier, chargé de mission ; Zineb Messarat-Haddouche, Chantal Andriamanga et Catherine Auger, chefs de projet, Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (SEVOQSS) ; Candice Legris, adjointe au chef de service ; Dr Laetitia May-Michelangeli, chef de service, SEVOQSS Secrétariat : Sylvia Desnoyers ; Karima Nicola
Recherche documentaire	Service documentation de la HAS : Gaëlle Fanelli et Juliette Chazareng Recherches effectuées sur les bases de données Medline et PsycInfo
Auteurs	Dr Pierre-Emmanuel Michels, université Paris Saclay, sous la responsabilité de Dr Claire Morgand ; Philippe Chevalier, chargé de mission.
Validation	Version du 7 juillet 2022

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2022 – ISBN : 978-2-11-167545-2

Sommaire

Introduction	4
1. Éléments de compréhension pour aborder le suicide des patients	5
1.1. L'autopsie psychologique : le mètre-étalon de l'analyse des causes	5
1.2. Données françaises sur les suicides en population générale et dans les établissements de santé et médico-sociaux	6
1.3. Données internationales sur les suicides en établissements de santé	7
1.4. La complexité de la notion de risque de suicide	7
1.5. Les attitudes défensives face au suicide et à sa prévention	9
2. Matériel et méthode d'analyse des déclarations	11
3. Résultats quantitatifs	14
3.1. Origine des déclarations	14
3.2. Caractéristiques des patients	15
3.3. Conséquences des événements déclarés et moyens utilisés	16
3.4. Caractéristiques des événements	18
4. Résultats qualitatifs	20
4.1. Grille ALARM	20
4.2. Analyse détaillée des causes profondes	20
4.3. Qualité des déclarations	22
5. Discussion	24
5.1. Peut-on prévenir sans évaluer précisément la notion de risque ?	24
5.2. Quels freins à la détection proactive des crises suicidaires ?	24
5.3. Le raptus suicidaire comme classement sans suite	25
6. Préconisations	26
6.1. Préconisations à l'ensemble des établissements	26
6.2. Préconisations spécifiques à secteurs d'activité	33
Conclusion	37
Annexes	38
Références bibliographiques	42
Remerciements	48
Abréviations et acronymes	49

Introduction

Le suicide occupe par sa nature une position particulière parmi les événements indésirables pouvant survenir lors de la prise en charge d'un patient¹. En effet, il s'agit d'une mise en danger intentionnelle, par le patient, pour obtenir l'arrêt d'une souffrance insoutenable. Si la survenance d'un décès par suicide est le prototype de la perte de contrôle pour ceux qui découvrent la scène, elle est, pour la victime, une reprise de contrôle, totale et définitive, sur la souffrance. En quelques secondes, en quelques minutes, ce qui était insoutenable et interminable est balayé.

Ces événements génèrent souvent un sentiment d'échec et de culpabilité chez les professionnels de santé (1) et incitent parfois à une remise en question professionnelle et institutionnelle.

Le suicide d'un patient est dans la littérature un événement sentinelle (2), considéré comme grave et fréquent au sein des établissements de soins et nécessitant d'être analysé. Pour cela, il faut prendre en compte tous les actes suicidaires d'un patient lors de sa prise en charge, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution, pendant une sortie autorisée, ou non, une promenade, un séjour dans un autre établissement pour un traitement concomitant et en ville lors d'une prise en charge ambulatoire (3).

La nature intentionnelle du geste a conduit à considérer la prévention du risque de suicide comme relativement impossible, retardant sa prise en considération dans les politiques de prévention. Pendant longtemps, et encore aujourd'hui, comme cela apparaît dans certaines déclarations d'EIGS, le processus suicidaire peut être considéré comme énigmatique, imprévisible, inéluctable au point de ne pas l'inscrire dans la prévention.

Pourtant, malgré son caractère intentionnel, le suicide est classé de façon universelle dans les morts évitables ou, tout du moins, partiellement évitables. Même si les meilleurs résultats obtenus par les programmes de prévention ne conduisent jamais à zéro suicide (4), la mise en œuvre d'un programme ou projet d'établissement, de moyens et de formations et une meilleure connaissance des contextes de survenue des suicides permettent d'agir sur ces événements.

Les objectifs de cette première étude des cas de suicide et de tentatives de suicide enregistrés dans la base de déclaration des EIGS sont :

- d'identifier les circonstances et les causes de ces événements ;
- d'en tirer de premiers enseignements ;
- et de proposer des préconisations aux établissements afin de réduire leur survenue.

¹ Dans ce rapport, le mot « patient » est utilisé de façon générique pour désigner tous les bénéficiaires d'une prise en charge, quel que soit le secteur concerné. Ce mot inclut donc aussi les « résidents » des établissements médico-sociaux.

1. Éléments de compréhension pour aborder le suicide des patients

Avant d'aborder la description des événements présents dans la base de déclaration des EIGS, d'en apporter une analyse et de proposer des préconisations, il apparaît essentiel de fournir des éléments de compréhension plus généraux issus de l'analyse de la littérature sur les tentatives de suicide et les suicides.

1.1. L'autopsie psychologique : le mètre-étalon de l'analyse des causes

La culture du retour d'expérience s'est développée progressivement en médecine pour les accidents « médicaux » sévères. L'anesthésie réanimation a été le leader d'application de méthodes issues du monde industriel et des erreurs humaines. Le monde de la santé mentale et de la psychiatrie a adopté très progressivement cette façon de tirer enseignement du « malheur » pour améliorer la construction de la prévention.

Le retour d'expérience dans le domaine des suicides s'est d'abord concrétisé aux États-Unis, à la fin des années cinquante, avec l'autopsie psychologique, décrite comme une méthode systématique pour comprendre le contexte psychologique et les circonstances précédant le suicide (5, 6).

Dans la couronne anglaise, les *coroners*, officiers publics au Canada, ont développé des méthodes d'analyse pour émettre des recommandations à destination des structures qui ont eu à déplorer des suicides (7).

Ainsi, les études faisant appel à l'autopsie psychologique se sont avérées fiables pour identifier les facteurs de risque associés à la mortalité par suicide (7). Le caractère approfondi de la démarche en matière de recherche de causalité en fait une sorte de référence à l'heure actuelle.

La recherche des causes du suicide est à distinguer de ses conséquences émotionnelles ainsi que de la recherche de responsabilité. Les trois niveaux peuvent interférer. Par exemple, les craintes liées à la recherche de responsabilité peuvent conduire à ne pas mettre au jour les informations qui permettraient une analyse causale de l'évènement, voire à ne pas déclarer tous les évènements.

Déclarer et analyser les événements est la première étape de la démarche pour améliorer la prévention.

1.2. Données françaises sur les suicides en population générale et dans les établissements de santé et médico-sociaux

En population générale

À l'échelle d'une année et en population générale, le nombre de décès par suicide était près de 8 500 en 2017 (données CépiDc²). Il s'agit de la statistique nationale la plus récente. Le taux annuel moyen en France est proche de 20 à 25 pour 100 000 habitants pour les hommes et de 5 à 7 pour 100 000 habitants pour les femmes, avec des variations selon l'âge (8). L'estimation du nombre de tentatives de suicide est de l'ordre de 200 000 par an, faisant de la France un des pays européens les plus touchés par ce fléau (9).

Le suicide représente 1,3 % des causes de décès, 2 % d'hommes et 0,7 % de femmes (9).

En établissements de santé

Le suicide pourrait être considéré comme un risque dont l'occurrence est faible sur une période limitée comme une hospitalisation ou même sur une échelle de temps longue comme les séjours dans les EHPAD.

En France, il n'y a pas de base de données spécifiques sur les suicides et tentatives de suicide. L'intégration des causes de décès dans le système national des données de santé (SNDS) pourrait être une piste à étudier pour obtenir un décompte plus précis de ces événements. Des données nationales sur les suicides en population générale sont publiées environ quatre ans après les actions de prévention entreprises. Pour l'heure, le dispositif national de déclaration des EIGS recueille des données sur les suicides et tentatives de suicide et, bien que non exhaustif, permet ainsi d'avoir des éléments d'information sur le sujet au niveau national.

En établissements médico-sociaux

La première étude française sur le sujet porte sur les années 1988-1993 (10). Sur cette période, 823 suicides en EHPAD avaient été identifiés, soit 164 par an. Pour les années 2013 à 2015, 300 suicides ont été identifiés dans les EHPAD, soit 100 par an (9). Ces chiffres sont cohérents avec la réduction du taux de suicide des personnes âgées observée en France. La base des EIGS comprend de nombreuses déclarations faites par les EHPAD.

² Source INSERM/CépiDc 2017 : chapitre 17.2 Suicides et lésions auto-infligées. Code Cim-10 : X60-X84, Y87.0. Donnée sous-estimée par une non-exhaustivité du recueil de ces certificats de décès au CépiDc.

1.3. Données internationales sur les suicides en établissements de santé

En établissements psychiatriques

Selon une étude publiée en 2010, portant sur plusieurs pays et sur une longue période, l'incidence du suicide en milieu hospitalier serait d'environ 250 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux psychiatriques, où ont lieu environ 80 % des suicides hospitaliers (11).

Sur la base d'une étude nationale menée en Angleterre et au pays de Galles entre 1996 et 2000, parmi les 23 % des personnes décédées par suicide et qui ont été en lien avec un intervenant de psychiatrie dans l'année précédant leur décès étaient sorties d'une hospitalisation dans les trois derniers mois, et entre 10 et 16 % sont décédées au cours de leur hospitalisation. À noter que 2,9 % sont décédées le lendemain de leur sortie (12).

En 2015, au Royaume-Uni, parmi les 6 000 personnes décédées par suicide, 1 538 étaient en contact avec les services de psychiatrie dans les douze mois précédents (13).

Les études réalisées dans plusieurs pays – mais pas en France – montrent que le risque de suicide des patients est 5 à 15 fois supérieur à celui de la population générale, en cas de trouble mental, même lorsque des soins sont mis en place (11). Les soins sont, dans ce cas, plus à considérer comme un témoin du risque qu'un facteur de risque.

Dans les hôpitaux généraux

L'incidence du suicide dans les hôpitaux généraux est comparativement très inférieure, de l'ordre de 1,7 à 1,9 pour 100 000 admissions (11).

À la suite de programmes de prévention conduits dans les hôpitaux, psychiatriques et généraux, les taux de suicide ont pu être réduits. Par exemple, la *Veteran's Health Administration* a montré que la mise en place d'une *check-list* portant sur la réduction de l'accès aux moyens de suicide dans les unités de soins a réduit le taux de suicide de 4,2 pour 100 000 admissions à 0,74. Aucune perte d'efficacité n'a été observée au cours des sept années qui ont suivi la mise en place de la procédure (14). Parmi les taux de suicide publiés, ce sont les plus bas.

1.4. La complexité de la notion de risque de suicide

La notion de risque est abondamment utilisée dans le domaine de la prévention du suicide : population à risque, facteur de risque, période à risque, évaluation du risque, risque sur la vie, risque immédiat, prévention du risque. Quelques précisions sont nécessaires pour rendre la prévention plus opérationnelle.

La notion de risque abordée ne concerne ici que le risque de suicide. Il existe des zones de recouvrement et aussi des différences notables pour le risque de développer des idées de suicide et pour le risque de tentative de suicide.

Le risque de suicide sur la vie entière

Le risque étant une probabilité, il est licite de concevoir que chaque individu, sur sa vie entière, a un risque de décès par suicide dont l'importance sera déterminée par le nombre et le poids de ses facteurs de risque et de protection (15). En fonction de ces derniers, l'importance du risque peut varier dans des proportions considérables. Les facteurs de risque sont relativement bien connus et leur accumulation conduit à des risques élevés. Néanmoins, dans les sous-populations dont le risque est élevé, la plupart des personnes ne décéderont pas par suicide. Si le risque de décès par suicide est évalué à 7 % dans la dépression, cette valeur ne permet pas de prédire si une personne dépressive décédera ou non par suicide et surtout ni quel jour, ni à quelle heure (16).

Ainsi, la notion de risque s'étend sur des périodes longues de la vie de la personne, si bien que même en cas de risque élevé, celui-ci n'éclaire en rien sur la date précise de survenue de l'évènement suicide, qui est la question essentielle à laquelle sont confrontés les équipes des établissements de santé et médico-sociaux ainsi que les proches.

Aussi, un consensus s'est dessiné pour dire que la prédiction à moyen ou long terme chez des personnes à risque élevé de suicide était impossible. En effet, la valeur prédictive positive est seulement de 5 % dans ce cas. *A contrario*, se centrer sur les personnes à risque élevé pourrait aussi faire oublier que des suicides surviennent chez des personnes à risque moyen ou faible (13).

De ce fait, il est possible de distinguer :

- la prévention du suicide, qui va porter sur des populations à risque élevé et agir en diminuant le poids des facteurs de risque, sans avoir l'ambition de prédire le moment de sa survenue ;
- l'intervention « de crise suicidaire » qui, en priorité, revient à savoir si la personne, vit actuellement une crise suicidaire ou pas, et le degré de progression dans cette crise (15) ;
- et enfin, la postvention, qui comprend les actions développées par, avec ou pour les survivants d'une tentative de suicide, dans le but de faciliter leur rétablissement, et pour prévenir les issues négatives, incluant les tentatives de suicide (17). Initialement conçue pour les proches endeuillés, la postvention inclut les professionnels stressés, voire endeuillés, du fait de leur engagement dans la relation d'aide et de soins.

Le risque immédiat ou crise suicidaire

Cette notion de risque immédiat, ou crise suicidaire, est, pour des visées opérationnelles, de plus en plus mise en avant dans les recommandations qui portent sur la prévention au sein des établissements de santé (13, 18). L'identification des besoins immédiats du patient doit être la priorité plus que la prédiction d'un geste suicidaire futur (13). En effet, une immense majorité de personnes qui ont des pensées de suicide ne décéderont pas par suicide. Le risque de décès dans l'année est estimé à 1,4 % pour les patients soignés en psychiatrie et 0,23 % pour les autres patients (19).

L'appréciation du degré d'urgence d'une crise suicidaire se fonde sur sa progression qui peut se schématiser en quatre étapes : les idées, les intentions, la programmation et la mise en œuvre (15). L'information qui structure le plus la conduite à tenir est la détermination par le patient d'une date précise de son geste. Cette donnée essentielle ne peut être recueillie que par le dialogue avec la personne.

Les données nationales permettent d'articuler les idéations suicidaires, les tentatives et les décès. Au cours d'une année, 4,7 % de la population des 18-75 ans dit avoir été touchée par des idées de suicide au cours des douze derniers mois, soit plus de 2 millions de personnes (20). Cependant, la plupart des

personnes qui sont amenées à concevoir le suicide comme une solution ne feront pas de tentative de suicide (7,2 % des 18-75 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (20) et la plupart des tentatives ne seront pas létales [1.2]) (20).

Ceci fait considérer le suicide plus comme un risque que comme une maladie, au cours tout tracé. Ces chiffres mettent en évidence l'extrême difficulté à prédire une issue fatale et donnent une place essentielle à la détection des crises suicidaires pour apporter la sécurité nécessaire. Elle pourrait être comparée, seulement dans une certaine mesure, à la sécurité incendie. Toute anomalie, tout écart par rapport à ce qui est attendu doit conduire à une investigation sans délai.

La décision du caractère systématique, ou non, de cette détection est fondée sur la fréquence de l'existence d'une crise suicidaire dans les sous-populations. Dans une étude de 2005 portant sur la population suivie en psychiatrie de la ville de Vaulx-en-Velin, le taux de patients en crise suicidaire a été évalué à plus de 30 % (21). L'hospitalisation peut être motivée par une crise suicidaire, comme par une tentative récente. La détection est considérée comme systématiquement nécessaire lors d'une hospitalisation en psychiatrie selon des auteurs américains (22). Néanmoins, le degré d'application des recommandations professionnelles reste partiel. Une étude de 2017 réalisée aux États-Unis rapporte qu'environ un tiers des professionnels de psychiatrie n'exploraient pas systématiquement les pensées actuelles de suicide et les antécédents de tentatives pour chaque patient (23).

L'évaluation des pratiques professionnelles est un complément nécessaire aux recommandations professionnelles et à la formation.

1.5. Les attitudes défensives face au suicide et à sa prévention

La nature même du phénomène et les peurs qu'il engendre sont à la source de nombreux mythes et idées reçues fausses, tant sur le processus suicidaire que sa prévention. Si le suicide est pour la personne en détresse psychique majeure une prise de contrôle sur sa souffrance, il constitue une perte de contrôle totale pour ceux qui en sont les témoins. Au cœur des émotions et des sentiments, le désarroi et l'impuissance prennent une large place.

Les *a priori* qui sont des obstacles majeurs à la compréhension du phénomène et à sa prévention transparaissent dans les informations recueillies par les équipes qui ont eu à déplorer un décès par suicide. Ceci retentit sur la qualité de leur analyse et des mesures préventives.

Ces idées reçues sont les suivantes (24) :

- les personnes qui en parlent ne le font pas, et ceux qui le font ne le disent pas ;
- le suicide est un acte de liberté à respecter, notamment pour les sujets d'âge avancé ;
- poser des questions sur le suicide peut l'inciter ;
- les personnes ne diront jamais qu'elles sont suicidaires si on leur demande ;
- rien ne peut empêcher une personne décidée.

La plupart de ces idées reçues sur le suicide et sa prévention sont autant de freins à l'implémentation de politiques préventives.

Lors de la survenance d'un décès par suicide, ces mêmes stratégies de défense peuvent être à l'œuvre, complétées par d'autres pour parer au désarroi perceptible à la lecture des déclarations d'EIGS.

Un tel évènement est un coup de canif dans la confiance interhumaine en raison de la disparition brutale et définitive de la personne. Le temps est coupé en deux de façon chirurgicale : ce qui s'est passé avant, puis le chaos à la suite de la découverte de la scène du suicide. Peu de morts créent autant d'impuissance et posent autant de questions rétrospectivement, notamment pour les proches endeuillés.

Pour les équipes des établissements, la description de l'évènement et son analyse constituent une façon de reprendre pied. Un questionnement adapté permet de revenir sur l'évènement, sur ses conséquences, ses déterminants et projette vers des mesures préventives (17).

2. Matériel et méthode d'analyse des déclarations

Source de données

L'analyse a été réalisée à partir des déclarations anonymisées reçues à la HAS entre le 27 mars 2017 et le 24 juin 2021 dans le cadre du dispositif national de déclaration des EIGS.

Avertissement aux lecteurs

Les données concernant les événements indésirables graves associés à des soins présentées dans ce rapport sont exclusivement issues de l'analyse des déclarations complètes reçues à la HAS dans le cadre de ce dispositif. Elles n'ont pas fait l'objet d'un retraitement sur le fond (incohérence, imprécision...) et les analyses portent donc sur le contenu des déclarations telles qu'elles ont été saisies par les professionnels. En outre, ces données ne présentent pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou des soins pour caractériser une nature de risque sur un secteur d'activité. Elles éclairent sur les circonstances des accidents déclarés et permettent ainsi d'orienter les actions pour améliorer la sécurité du patient.

Stratégie d'interrogation de la base de données et résultats

Afin d'identifier les déclarations liées aux tentatives de suicide et suicides dans la base de données, une recherche semi-automatisée à partir de mots clés (« autolyse », « défenestration », « automutilation », « mutilation », « passage à l'acte », « pendaison », « pendu », « suicidaire », « suicidant », « suicide », « tentative de suicide », « refus alimentaire » et « probable TS ») a permis d'identifier 787 cas.

Après lecture, 7 déclarations sans lien avec une tentative de suicide ont été écartées et 15 déclarations concernant des décès inexplicables assimilables à un suicide ont été rajoutées de la base.

Un total de 795 déclarations concernant une tentative de suicide ou un suicide ont été utilisées pour l'étude, soit 20,3 % de l'ensemble des déclarations de la base.

Méthode d'analyse

Ces déclarations contiennent de nombreuses variables, certaines quantitatives permettant une analyse statistique, et certaines textuelles (champs à commentaire libre) permettant une analyse qualitative.

- **Variables utilisées pour l'analyse**

Pour l'analyse quantitative : des données structurées correspondant aux questions fermées du formulaire de déclaration ont été utilisées :

- concernant le patient : le genre, la tranche d'âge ;
- concernant l'institution : le lieu de prise en charge, l'activité du service ;
- concernant l'évènement : le caractère évitable, la complexité de la situation initiale, la période de survenue, les causes profondes identifiées par la méthode ALARM.

Pour l'analyse qualitative : des données non structurées correspondant aux réponses libres à des questions ouvertes du formulaire de déclaration ont été utilisées. Il s'agit des circonstances de survenue et informations sur la gestion de l'évènement (anamnèse de l'évènement décrite par le déclarant et résumé de l'expert HAS).

- **Ajustement des variables**

Les variables suivantes ont été reconstruites pour la réalisation de l'étude :

- **évitabilité** : passage d'une échelle à 4 variables (« évitable », « probablement évitable », « probablement inévitable », « inévitable ») à 2 variables (« évitable » et « inévitable ») ;
- **complexité** : de même, passage d'une échelle à 4 variables (« très complexe », « plutôt complexe », « plutôt non complexe » et « non complexe ») à 2 variables (« complexe », « non complexe ») ;
- **activité concernée** : la variable qui comprend 10 modalités de réponses est réduite en 3 modalités :
 - médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) : regroupement de « 01- Médecine », « 02- Chirurgie », « 03- Obstétrique », « 07- Cancérologie », « 09- Plateau technique interventionnel » et « 11- Centre de soins »,
 - soins rééducatifs/longue durée : regroupement de « 04- SSR (soins de suite et réadaptation) », « 05- SLD (soins longue durée) » et « 08- HAD (hospitalisation à domicile) »,
 - psychiatrie : « 06- Psychiatrie » ;
- **lieu de survenue** : la variable qui comprend 9 modalités de réponses est réduite en 5 modalités :
 - public : « 01- ES public »,
 - privé : regroupement de « 02- ES privé » et « 03- ESPIC »,
 - médico-social : regroupement de « 04- ESMS pour personnes âgées » et « 05- ESMS pour adultes handicapés »,
 - domicile : « 08- Domicile du patient »,
 - voie publique : « 09- Autre » (décision d'attribution à la lecture des EIGS) ;
- **diagnostic initial** : les diagnostics sont renseignés dans un champ libre dans le formulaire d'EIGS soit en texte soit en code CIM 10 (classification internationale des maladies), rendant leur analyse automatisée très complexe. Ils ont donc été recodés manuellement à partir du code CIM 10 ou de la désignation claire de la pathologie dans l'une des 4 catégories suivantes :
 - troubles de l'humeur (affectifs) : les codes F30 à F39 de la CIM 10 et les diagnostics correspondants,
 - schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants : les codes F20 à F29 de la CIM 10 et les diagnostics correspondants,
 - autres troubles psychiatriques : les autres codes CIM 10 et diagnostics psychiatriques différents des deux premiers points,
 - pathologies non psychiatriques : les codes CIM 10 et diagnostics non psychiatriques.

En cas d'absence de diagnostic clairement renseigné, la lecture de l'intégralité du formulaire de déclaration a permis d'attribuer une catégorie diagnostique. Ces attributions ont été réalisées séparément par deux cliniciens, permettant discussion visant un consensus pour les dossiers les plus complexes.

Analyses statistiques

- **Analyses quantitatives**

Les analyses statistiques comportent des comparaisons de proportions réalisées à partir de tests de Chi2. Les conditions de validité ont été vérifiées pour chaque test.

Elles ont été effectuées avec le logiciel R version 4.0.5 pour Windows (2021-03-31).

- **Analyse qualitative**

L'analyse qualitative a pour but d'extraire du narratif des déclarations, des éléments explicatifs concernant les circonstances et les causes des tentatives de suicide et des suicides. Elle a nécessité la lecture des déclarations par deux lecteurs indépendamment. Celles les plus complexes ont été rediscutées à deux jusqu'à obtention d'un consensus.

Ainsi, 85 déclarations ont été analysées. Parmi elles, 37 ont été suffisantes pour atteindre la saturation d'identification des causes profondes. Ensuite, 10 autres déclarations ont été tirées au sort et aucune nouvelle cause profonde n'a été découverte, motivant l'arrêt de l'analyse.

Les causes profondes retenues ont ensuite été regroupées en catégories et sous-catégories.

Revue bibliographique

La recherche bibliographique, non systématique, a été conduite en français et en anglais dans les bases de données Medline, PsycInfo et Science direct, entre 2010 et juillet 2021, sur les thèmes suivants : l'autopsie psychologique et les études portant sur la collecte des suicides et tentatives de suicide comme événements indésirables survenant en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux et les études épidémiologiques. En complément, une recherche de littérature grise a été effectuée sur les sites internet des agences, ou des sociétés savantes nationales et internationales.

Limites de l'étude

Cette étude est réalisée sur une base de données reposant sur la déclaration d'évènements indésirables graves de la part des professionnels de santé et des institutions. Bien que celle-ci soit réglementairement obligatoire (25), une importante sous-déclaration est constatée (26).

Les 3 917 EIGS déclarés sur un peu plus de trois ans (de 2017 à aujourd'hui) sont très en deçà du nombre réel d'EIGS survenant au niveau national (27). De plus, la quasi-absence de déclarations par les professionnels de ville diminue encore la représentativité de l'échantillon (28).

De plus, la qualité insuffisante des données transmises limite leur exploitation et la portée des enseignements issus de cette analyse (point 4.3).

Au vu de l'augmentation progressive des déclarations annuelles, il semble pertinent de reproduire cette étude dans quelques années avec un corpus plus fourni et plus représentatif de l'ensemble du territoire français.

3. Résultats quantitatifs

Les tentatives de suicide et suicides sont la première cause de déclaration dans le dispositif. En effet, ils représentent 20,3 % (N = 795) de l'ensemble des déclarations. Pour en savoir plus sur les autres risques déclarés, il est possible de se reporter aux différents rapports annuels publiés par la HAS sur ce sujet (29-31).

Une description quantitative de ces événements permet de mieux appréhender leurs caractéristiques.

3.1. Origine des déclarations

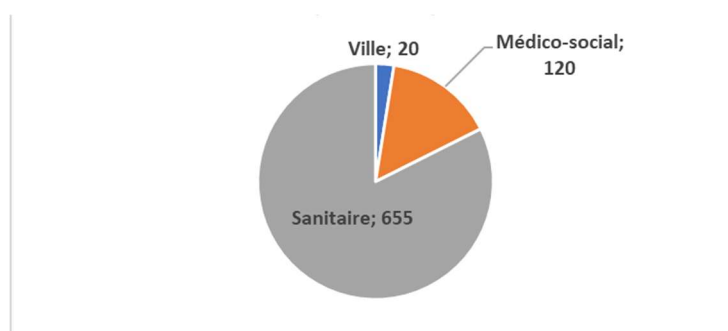
3.1.1. Déclarations par secteur d'activité

Les déclarations de tentatives de suicide et de suicides proviennent des trois secteurs de soins impliqués dans le dispositif dans des proportions différentes.

Le secteur sanitaire représente 82,4 % (N = 655) des déclarations avec une prédominance des services de psychiatrie qui en déclarent un peu plus de la moitié (56,7 % ; N = 451).

Le secteur médico-social représente quant à lui un volume de déclarations de 15,1 % (N = 120) qui augmente régulièrement (Figure 1).

Figure 1. Secteur de survenue des tentatives de suicide ou suicides – N = 795



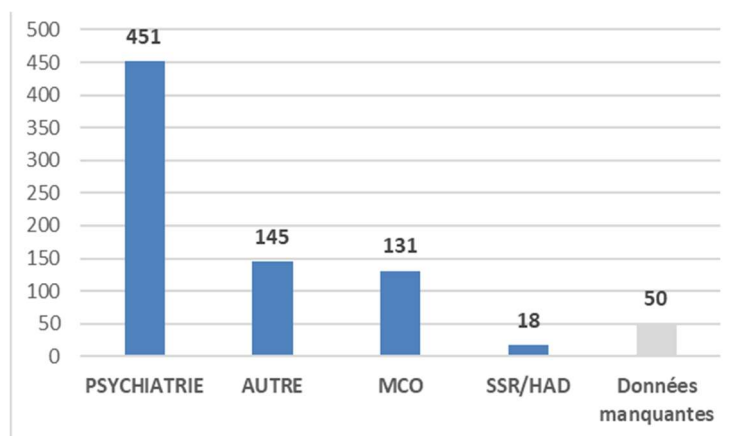
Le secteur de la ville représente 2,5 % (N = 20), correspondant à un très faible nombre de déclarations reçues dans la base de données. Cette sous-déclaration des soignants de ville, comparativement aux déclarations en établissements de santé et médico-sociaux, est largement décrite dans les différents rapports annuels de la HAS portant sur le dispositif national de déclarations des EIGS et constitue une limite à l'analyse des données dans ce secteur.

Cette insuffisance importante de déclarations pourrait s'expliquer par l'instauration plus laborieuse d'une culture sécurité en ville (32). D'une part, la réalisation d'une déclaration et d'une analyse approfondie est plus complexe à réaliser du fait de l'indépendance des acteurs et d'autre part, la terminologie de gestion des risques, plus consensuelle en milieu hospitalier, semble bien moins acceptée par les nombreux intervenants libéraux.

3.1.2. Déclarations par type de prise en charge hospitalière

L'ensemble des services d'hospitalisation déclarent des tentatives de suicide et des suicides. La majorité de ces déclarations proviennent des services de psychiatrie (56,7 % ; N = 451). Dans 16,5 % des cas, elles ont été faites par un établissement MCO (N = 131), notamment dans les secteurs de médecine et, dans une moindre mesure, en chirurgie (Figure 2).

Figure 2. Origine des déclarations des tentatives de suicide ou suicides – N = 795



Concernant le médico-social, les déclarations de suicide émanent des EHPAD à 80 %.

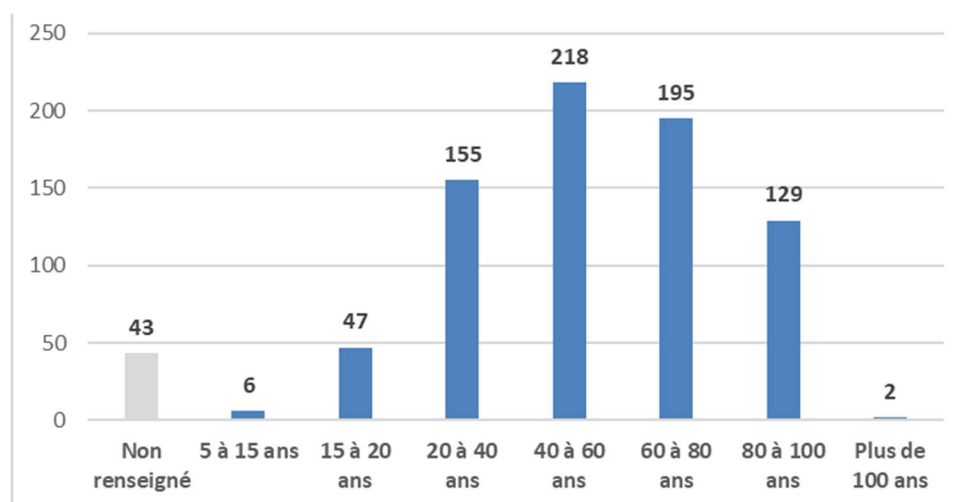
3.2. Caractéristiques des patients

3.2.1. Distribution de l'âge des tentatives de suicide et des suicides

L'histogramme de répartition des âges montre l'augmentation des tentatives de suicide et des suicides au fil des tranches d'âge. Ainsi, 41 % de ceux-ci surviennent après 60 ans, tous services confondus (Figure 3).

L'inclusion des EHPAD dans la base de données augmente l'âge moyen des tentatives de suicide et des suicides. Les patients âgés vivant en institution seraient par ailleurs plus déprimés et auraient plus d'idées suicidaires que les patients âgés vivant encore en indépendance (33).

Figure 3. Distribution de l'âge des déclarations des tentatives de suicide et suicides – N = 795



3.2.2. Distribution par sexe

Le sex-ratio des tentatives de suicide et suicides est de 1,28 (446 hommes pour 349 femmes) (Tableau 1) alors qu'il est de l'ordre de 3 en population générale (8).

Tableau 1. Distribution par sexe des déclarations des tentatives de suicide et suicides – N = 795

Genre	N	%
Femme	349	43,9 %
Homme	446	56,1 %

Ce sex-ratio particulièrement bas pourrait soulever la question d'une prévention du suicide moins présente pour les femmes. Le fait d'être un homme est un facteur de risque bien connu. Il est possible qu'il y ait une sous-estimation du risque de suicide chez les patientes atteintes de troubles mentaux qui nécessitent une hospitalisation. Très fréquemment, le rôle protecteur des enfants vis-à-vis du suicide est surestimé chez les femmes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé, ou un autre trouble sévère.

Les résultats concernant le sexe et l'âge vont aussi dans le sens de la littérature : les hommes décèdent plus que les femmes d'un suicide, et en vieillissant la mortalité par suicide augmente (8, 34, 35). Les hommes sont plus représentés dans le cas des suicides (56,1 % d'hommes contre 43,9 % de femmes).

3.3. Conséquences des événements déclarés et moyens utilisés

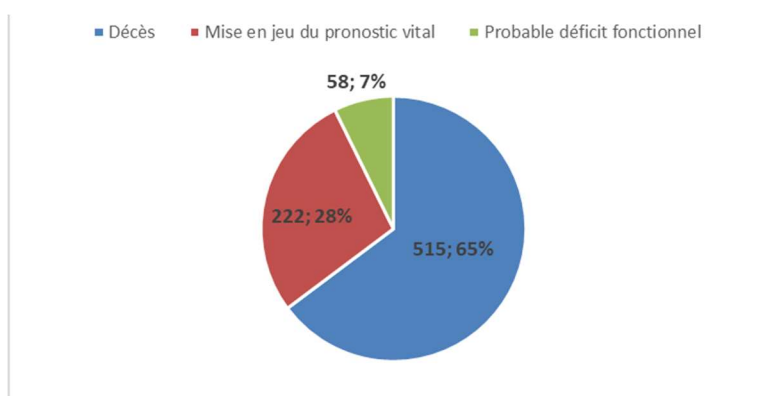
3.3.1. Conséquences des événements déclarés

Par définition, le dispositif de déclaration des EIGS ne recueille que des événements dont les conséquences sont graves.

Sur les 795 déclarations de tentatives de suicide et suicides, 515 d'entre elles ont conduit au décès du patient (soit 65 %), 222 à la mise en jeu du pronostic vital (soit 28 %) et 58 à un probable déficit fonctionnel (soit 7 %) (Figure 4).

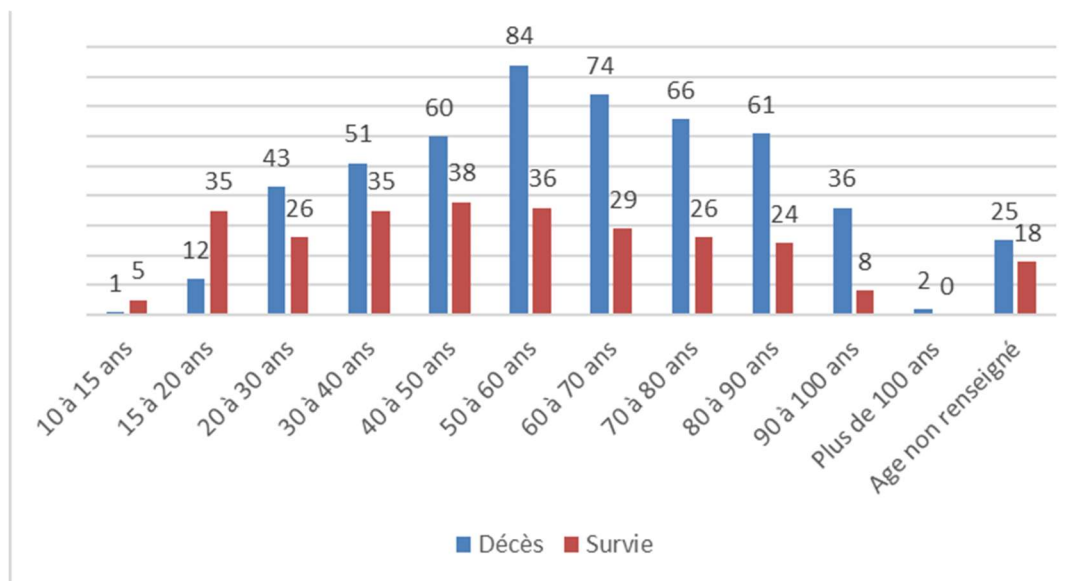
Le lieu de prise en charge, l'activité du service d'hospitalisation, le caractère évitable déclaré et la complexité de la situation initiale ne sont pas associés de manière significative à la létalité des suicides.

Figure 4. Conséquences des événements déclarés – N = 795



On peut noter un ratio suicide abouti/tentative de suicide qui devient plus élevé avec l'âge (Figure 5), ce qui rejoint les données en population générale. En effet, chez les personnes âgées, le ratio suicide abouti/tentative de suicide est particulièrement élevé, de l'ordre de 1 pour 4, contre 1 pour 200 chez les personnes de moins de 25 ans (34). Le rapport du Comité national de bientraitance et des droits (2013) indique : « La personne âgée accomplissant un geste suicidaire est en général animée d'une détermination forte comme en témoignent les moyens fréquemment employés (précipitation d'un lieu élevé, arme à feu, pendaison). L'intentionnalité plus grande du sujet âgé se conjugue souvent avec une fragilité organique sous-jacente plus grande. »

Figure 5. Conséquences des événements déclarés en fonction de l'âge – N = 795



3.3.2. Moyens utilisés

Parmi les déclarations analysées, la pendaison représente au total 53 % des moyens utilisés. Ce résultat est cohérent avec ce qui est observé en population générale, où la pendaison est la première méthode utilisée, tant par les hommes que par les femmes (8). En milieu hospitalier, comme dans les EHPAD, en raison de la vigilance exercée pour l'accès aux médicaments et aux lieux élevés, les méthodes utilisées restent radicales et violentes : pendaison, arme à feu, défenestration, intoxication volontaire³...

La vigilance doit porter aussi sur l'accès à des moyens que l'on pourrait penser improbables, comme les armes à feu. Dans deux cas, une arme à feu a été utilisée. En EHPAD, un ancien policier a pu aller chercher l'arme chez lui malgré la crainte ouvertement exprimée de sa famille. Un autre décès par arme à feu est à déplorer dans un établissement de psychiatrie. Le patient avait introduit l'arme dès son admission.

La létalité élevée met l'accent sur l'importance de la limitation de l'accès aux moyens de suicide. Elle constitue un champ de prévention du suicide particulièrement efficace.

³ <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/144000058.pdf>

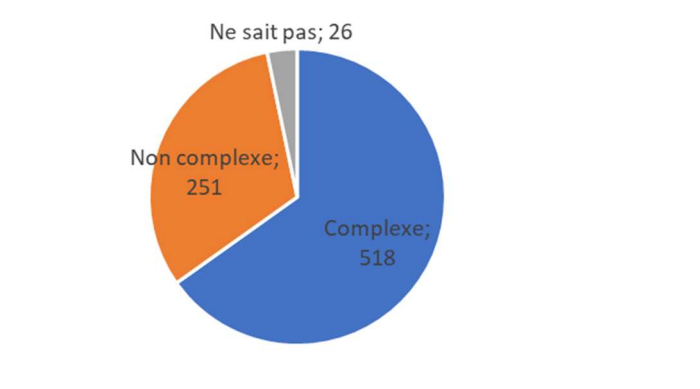
3.4. Caractéristiques des évènements

3.4.1. Complexité de la situation clinique

Dans 65,2 % des déclarations, la situation clinique dans le contexte de l'évènement est considérée comme complexe (N = 518) (Figure 6).

Un peu plus de la moitié des décès ayant lieu dans le cadre de soins psychiatriques, la présence de troubles de la personnalité peut expliquer l'appréciation complexe de la situation clinique et/ou de la relation thérapeutique et d'aide. Il est ainsi retrouvé cette notion de facteur favorisant lié au patient/résident dans de nombreuses déclarations (Point 4.2).

Figure 6. Appréciation de la complexité de la situation clinique des tentatives de suicide et suicides déclarés – N = 795



Ainsi, le repérage des troubles de la personnalité semble essentiel car ils représentent :

- un facteur de comorbidité très fréquent, plus de la moitié des cas dans les populations cliniques qui recourent aux soins hospitaliers ;
- un facteur de résistance aux soins qui vient souvent troubler la relation thérapeutique ;
- un facteur de risque de suicide clairement identifié pour les troubles de la personnalité dys-sociale et états limites.

3.4.2. Caractère évitable de l'évènement

Les tentatives de suicide et suicides déclarés sont dans 61,4 % des cas estimés comme évitables par le déclarant.

Exemple de suicide déclaré et considéré comme évitable par le déclarant

Suicide par arme à feu d'un patient hospitalisé en psychiatrie

Suicide d'un patient hospitalisé en psychiatrie au moyen d'une arme à feu qu'il avait introduite dans l'établissement.

L'arme à feu a pu être introduite lors de l'admission car les bagages du patient n'ont pas été défaits en présence d'un soignant.

Le suicide a eu lieu dans le parc de l'établissement mais a été découvert tardivement, car les recherches ont été lancées après la découverte de l'absence du patient.

L'analyse des causes profondes mentionne un protocole d'admission à revoir.

3.4.3. Période de survenue de l'évènement

Concernant les périodes de survenue de l'évènement (Tableaux III en annexe), lorsque l'on compare les tentatives de suicide aux suicides aboutis, deux périodes ressortent de manière significative : la nuit et la journée en jour ouvré. Lors des horaires ouvrés, le taux de suicide abouti atteint 58,1 %, alors que la nuit, il augmente à 72,5 %. Le week-end, les jours fériés et les changements d'équipe ne semblent pas être associés à une différence significative.

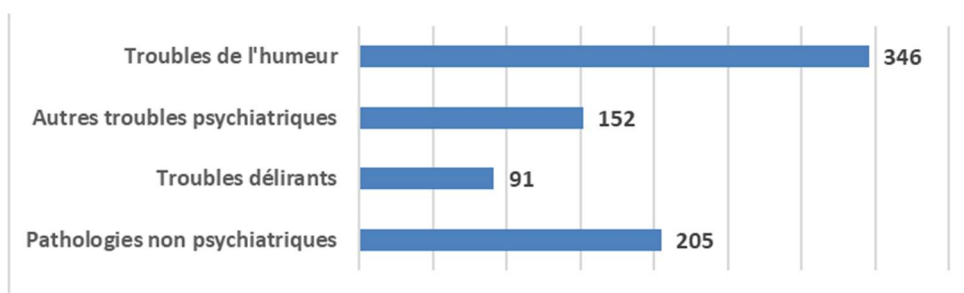
3.4.4. Contexte pathologique des patients

Les diagnostics initiaux saisis dans un champ libre de la déclaration ont été regroupés en quatre catégories, confirmant que les pathologies psychiatriques sont présentes dans trois quarts des tentatives de suicide et des suicides (2. Matériel et méthode d'analyse des déclarations).

Les troubles de l'humeur sont la catégorie diagnostique associée à la plus grande proportion de suicides aboutis (242 décès soit 69,9 % de suicides aboutis) comparativement aux autres diagnostics (135 soit 65,9 % pour les pathologies non psychiatriques, 54 soit 59,3 % pour les troubles délirants et 83 soit 54,6 % pour les autres troubles psychiatriques) (Annexe - Tableau I).

Le fait que les troubles de l'humeur soient plus fortement associés aux tentatives de suicide et suicides que les autres diagnostics (Figure 7) ne surprend pas, car ils ont depuis longtemps été décrits comme facteurs de risque de suicide, que ce soit en population générale ou plus spécifiquement dans les populations vivant dans des résidences pour seniors (8, 34, 36, 37). Il est cependant important de souligner que ces catégories diagnostiques concernent uniquement la pathologie initiant la prise en charge au cours de laquelle la tentative de suicide ou le suicide est survenu ; il est donc possible que les patients dans les autres diagnostics que « troubles de l'humeur » souffrent eux aussi de dépression. On sait notamment que la dépression est moins recherchée chez les personnes âgées (38).

Figure 7. Regroupements des diagnostics associés aux tentatives de suicide et suicides déclarés – N = 795



Un dépistage de la dépression et des idées suicidaires serait particulièrement pertinent pour les patients pris en charge pour des pathologies chroniques physiques étant donné que la présence et le cumul de ces pathologies entraînent une augmentation importante du risque de suicide (39).

Le fait de souffrir d'un cancer augmente lui aussi le risque d'idées suicidaires justifiant la nécessité d'un dépistage systématique (40).

4. Résultats qualitatifs

4.1. Grille ALARM

La méthode ALARM s'appuie sur une analyse approfondie des événements qui permet de mettre en lumière des causes profondes ayant participé à la survenue de l'évènement. Sept catégories de facteurs correspondant à une typologie de causes profondes sont étudiées et, à l'intérieur de chacune, plusieurs sous-catégories (Tableau 2). Plusieurs sous-catégories peuvent être sélectionnées par le déclarant (41).

Tableau 2. Causes profondes de la grille ALARM

Grille ALARM	Nombre de facteurs sélectionnés (N = 795) (choix multiples possibles)
Facteurs liés au patient	715
Facteurs liés aux tâches à accomplir	268
Facteurs liés au soignant	142
Facteurs liés à l'équipe	220
Facteurs liés à l'environnement de travail	316
Facteurs liés à l'organisation et au management	166
Facteurs liés au contexte institutionnel	115

Les causes profondes liées au patient sont le plus souvent citées. *A contrario*, les facteurs liés à l'organisation des soins, au fonctionnement en équipe et à la compétence des soignants font partie des facteurs les moins sélectionnés.

Ces chiffres reflètent la complexité de la prise en charge des patients psychiatriques et la difficile prévention des suicides au niveau de l'organisation.

4.2. Analyse détaillée des causes profondes

Les causes profondes identifiées à partir des différentes analyses des tentatives de suicide et suicides déclarés rejoignent de nombreux autres exemples de la littérature, que ce soit dans des services d'urgence ou en maison de retraite (42, 43). On retrouve ainsi, pour les urgences, le manque de formation, de surveillance ou de sécurisation des locaux et, pour les maisons de retraite, le manque de compétences spécifiques, une documentation incomplète à propos du patient, des difficultés de coordination d'équipe ou des défauts de communication (4).

Il a pu être montré que les soignants en maison de retraite avaient les mêmes préjugés que la population générale à propos du suicide (il s'agit d'un « acte d'indépendance », « une expression du libre arbitre » et que « l'on ne peut pas y faire grand-chose ») (24).

On retrouve aussi un lien entre le risque de suicide et le fait d'avoir été hospitalisé dans de multiples hôpitaux psychiatriques différents (44). Ceci s'explique par une histoire de la maladie incomplète ne permettant pas une compréhension optimale du parcours de soin du patient. L'isolement social est lui aussi reconnu comme un facteur de risque d'idéation suicidaire.

Exemples de sous-catégories de causes profondes identifiées

Des exemples contextuels sont présentés, issus de plusieurs sous-catégories de la grille ALARM.

- **Concernant la sécurisation des locaux et le matériel (N = 51)**
 - Sécurisation absente ou insuffisante du bâtiment (N = 34) : absence, insuffisance ou défaillance de moyens restreignant l'accès à des fenêtres dans les étages, bloquant les puits dans les cages d'escaliers ou l'accès au chariot de ménage.
 - Mobilier dangereux (N = 9) : existence de points d'ancrage dans la chambre (patères, potences de lit...) pouvant permettre un suicide par pendaison.
 - Possession d'objets personnels dangereux par le patient (N = 8) : lors de l'inventaire d'entrée, certains objets dangereux comme les ceintures ne devraient pas être laissés aux patients à risque.

- **Concernant l'organisation des soins (N = 58)**
 - Défaut d'évaluation ou de réévaluation d'un risque suicidaire ou absence de protocole d'évaluation du risque suicidaire (N = 22).
 - Surcharge de travail (N = 10) : lorsque les soignants sont occupés, des situations à risque se présentent plus facilement aux patients suicidaires.
 - Manque de culture psychiatrique (N = 15) : les patients suicidaires peuvent ne pas être pris en charge par des services de psychiatrie ; les soignants ont donc le risque de ne pas avoir de formation récente en psychiatrie, menant à la perte de l'habitude et donc à la méconnaissance des pathologies psychiatriques et à l'incertitude quant à la prise en charge nécessaire.
 - Défaut de surveillance d'un patient identifié comme à risque (N = 8) : le patient a verbalisé des idées suicidaires ou a été évalué comme à risque suicidaire, mais une absence ou insuffisance de surveillance a mené au suicide.
 - Défaut de surveillance de la prise de traitements (N = 3) : ceci permet au patient de ne pas prendre son traitement symptomatique, menant à une poursuite de la phase aiguë de la maladie, ou de stocker les médicaments en vue d'une intoxication médicamenteuse volontaire.

- **Concernant l'organisation du service (N = 26)**
 - Absence de protocole d'évaluation du risque suicidaire (N = 10).
 - Manque de personnel (N = 8) : un manque de personnel peut mener à une majoration du risque des situations conduisant à un suicide.
 - Pas d'accès à un avis psychiatrique (N = 5) : les soignants ont identifié et évalué le risque, mais l'accès à un avis spécialisé est impossible, menant à un défaut de prise en charge du patient.
 - Hospitalisation dans un secteur non psychiatrique (N = 3) : pour des raisons médicales ou administratives diverses, des patients identifiés comme à risque suicidaire peuvent ne pas être hospitalisés dans des services psychiatriques, menant à une prise en charge dans des locaux non spécifiques (exemple : lors d'hospitalisation de patients psychiatriques en secteurs MCO).

– **Concernant la communication (N = 18)**

- Défaut de transmission entre équipes (N = 12) : les éléments de risque ont été identifiés ou l'évaluation a été réalisée, mais ces informations ont été perdues lors de transmissions entre soignants, menant à un défaut de surveillance ou de prise en charge.
- Défaut de transmission avec la famille (N = 3) : les éléments dénotant le risque suicidaire n'ont pas été transmis de la famille aux soignants ou inversement.
- Défaut de transmission entre établissements (N = 3) : le manque d'information sur le parcours et les antécédents du patient mène à une prise en charge non optimale au vu des informations existantes pour ce patient.

– **Concernant le patient (N = 6)**

- Isolement social important (N = 2) : l'isolement social diminue fortement la quantité de soutien qu'un patient peut obtenir à la sortie, ou aggraver les difficultés psychiatriques ou émotionnelles.
- Refus de prise en charge (N = 4) : malgré les multiples actions de prise en charge du patient, celui-ci finit par se suicider.

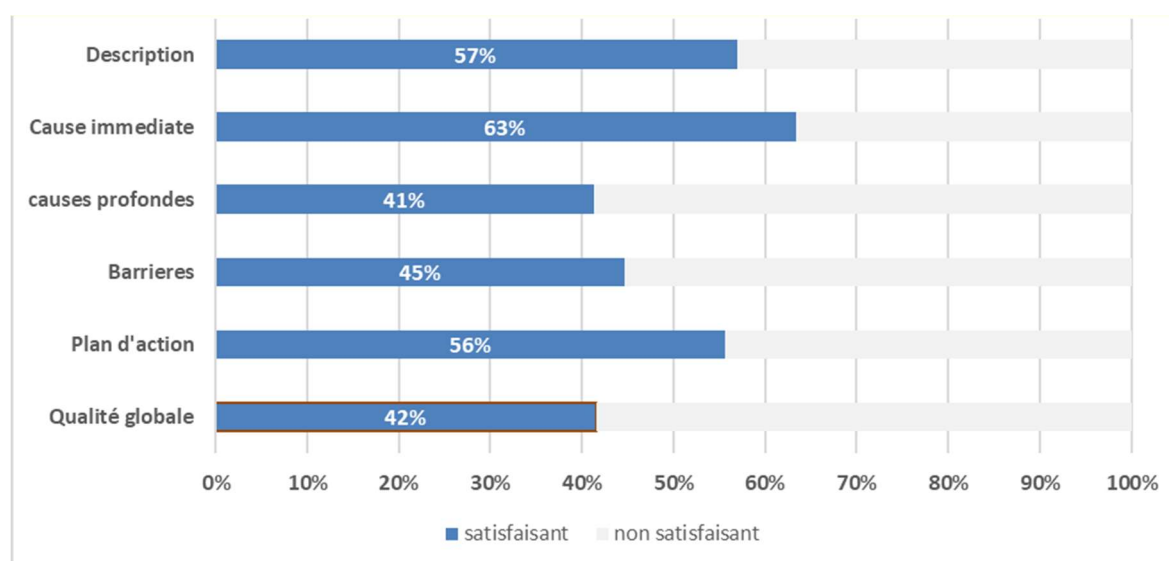
Le Tableau V en annexe illustre le regroupement de l'ensemble de ces causes profondes en catégories.

4.3. Qualité des déclarations

Pour rappel, la qualité de l'analyse réalisée par le déclarant est évaluée par les experts de la HAS.

Seulement 42 % des déclarations de tentatives de suicide et suicides ont une qualité globale jugée satisfaisante. Dans le détail, l'analyse approfondie et l'identification des barrières ayant ou non fonctionné sont les points les moins bien développés.

Figure 8. Niveau de satisfaction de la qualité des déclarations des tentatives de suicide et suicides sur 5 items et appréciation globale – N = 795



Comment la tentative de suicide et le suicide d'un patient dans un établissement spécialisé peuvent-ils conduire à des déclarations de faible qualité ? Une première explication serait l'absence d'utilisation du dossier du patient pour apporter les informations sur ses pathologies, ses traitements et pour décrire comment il vivait. Bien souvent, la lecture de l'évènement peut faire penser que le patient est peu connu ou que le suicide est un artefact déconnecté de l'histoire clinique. L'approche pharmacologique est très peu citée, et n'est que rarement remise en question. On pourrait croire qu'elle est exclue des stratégies qui peuvent réduire la souffrance qui pousse au suicide. Cette vision donnée ne correspond pas à la pratique quotidienne et aux recommandations internationales (45). Le fait que la déclaration ne soit pas renseignée par un médecin dans la majorité des cas pourrait expliquer cette mise de côté du volet pharmacologique des soins.

5. Discussion

5.1. Peut-on prévenir sans évaluer précisément la notion de risque ?

Il apparaît à la lecture des déclarations de tentatives de suicide et de suicides que le risque de suicide, s'il est plus ou moins abordé, n'est pas utilisé pour construire un plan de protection pour le patient. Le manque d'informations déclarées empêche de dire si l'importance du risque de suicide est évaluée en fonction de la nature et du nombre de facteurs de risque.

Un recensement précis des facteurs de risque dans les déclarations apporterait un éclairage supplémentaire. Le plus souvent, un seul facteur de risque est cité, par exemple « schizophrénie ». La représentation du risque qui transparait est alors dichotomique. Le monde se diviserait en deux, avec risque et sans risque, alors que le risque est un continuum entre un niveau faible et un niveau considérablement élevé.

Parfois, le défaut de représentation du risque de suicide est flagrant. Parmi plusieurs exemples, comment concevoir et accepter que le décès par suicide d'un patient mélancolique, catatonique et suicidaire peut être considéré comme inattendu dans un service spécialisé en psychiatrie ?

Même interrogation devant le cas d'un homme, célibataire, sans enfant, devenu paraplégique à la suite de deux accidents, obligé de s'autosonder, ayant une infection au niveau de son fixateur externe qui nécessite une reprise chirurgicale mais repoussée, avec un risque d'amputation au niveau du membre inférieur et pour lequel, en plus, une tumeur vertébrale a été découverte au scanner. Malgré des entretiens avec des professionnels spécialisés, aucun risque de suicide n'a été identifié.

Ce cas précis illustre le fait que la notion de risque s'applique à deux échelles de temps. Celui qui est en lien avec l'accumulation d'atteintes physiques sévères, de handicap et de complications et qui va courir sur de longues périodes en raison du caractère irréversible des lésions et du handicap. Et l'évaluation du risque immédiat, ou degré d'urgence suicidaire, qui revient à identifier, ou non, une crise suicidaire et à en apprécier la progression. C'est ce risque immédiat qui n'a pas pu être identifié dans la situation ci-dessus.

L'évaluation du risque (par exemple à l'aide de l'échelle Risque Urgence Dangereusité – RUD – (15)) ou la [vulnérabilité suicidaire](#) sont des éléments indispensables à rechercher, en particulier lors d'antécédents de tentative de suicide, de pathologies psychiatriques, mais également lors d'annonces de pathologies chroniques. Les idées suicidaires ne doivent jamais être banalisées (46).

La lecture des déclarations ne permet pas toujours de faire le lien entre l'évaluation, les décisions prises et les actions réalisées.

5.2. Quels freins à la détection proactive des crises suicidaires ?

Dans les déclarations, de nombreux commentaires portent sur le fait que le patient n'a pas signalé sa crise suicidaire. Certains professionnels s'attendent donc à ce que ce soit le patient lui-même qui alerte les équipes de soin.

Par ailleurs, sauf exceptions, une stratégie de détection des crises suicidaires par une investigation minutieuse n'a pas pu être mise en évidence dans les déclarations de tentatives de suicide et suicides

analysés. Dans les rares cas où l'exploration des idées de suicide a été faite, le patient a reconnu leur présence.

Du côté des professionnels, les freins identifiés sont la peur d'induire des idées de suicide en abordant directement la problématique avec le patient. Or, il a bien été démontré que ce n'était pas le cas, des publications promouvant largement le slogan : « Ne pas en parler peut tuer, en parler peut sauver » (47, 48).

La prévention du suicide des personnes âgées soulève des freins en lien avec les questions de la fin de vie, de l'euthanasie et de la liberté (24). Ces freins sont à prendre en compte pour la mise en place des programmes de prévention dans les EHPAD (49, 50).

Les personnes en crise suicidaire peuvent éprouver des craintes vis-à-vis des conséquences de la révélation de leur projet de suicide. Il s'agit, par exemple, de la peur d'un changement de traitement, d'une limitation de leur liberté d'aller et venir ou du refus d'une sortie temporaire. Pour ces raisons, la recherche des idéations doit être proactive. La position qui revient à attendre l'alerte des patients est une réelle prise de risque, tant le rapport risque/bénéfice est en faveur de la détection proactive, systématique ou non (51).

5.3. Le raptus suicidaire comme classement sans suite

Une attitude empreinte de fatalisme transparaît dans beaucoup de déclarations avec pour principale compréhension de l'évènement l'indication d'un « raptus suicidaire ». Il est certain que la soudaineté et la brutalité de l'évènement peuvent conduire, en première analyse, à trouver une explication tout aussi rapide. Dans nombre de situations conclues ainsi, une analyse clinique centrée sur la perspective du patient apporterait beaucoup, comme dans l'exemple suivant.

Une description de qualité rapporte le cas d'un patient conduit aux urgences, par les pompiers, pour des idées de suicide. Il demande à être hospitalisé. Au bout de presque 6 heures d'attente, sur un palier non sécurisé, il enjambe la rambarde. Trois jours plus tôt, il sortait d'une hospitalisation en psychiatrie. Il est noté qu'il souffrait d'anxiété, de dépression, de difficultés financières et sociales, avec un entourage très fragile.

Dans ce cas, comme dans bien d'autres, la notion de raptus anxieux vient mettre un terme à la recherche des causes. Ce concept viendrait expliquer l'inexplicable alors que le patient avait été identifié comme à haut risque du fait de sa pathologie et/ou de ses antécédents personnels de tentative de suicide. Parfois même hospitalisé pour une tentative de suicide, le geste ultime est considéré comme imprévisible.

Si des idées de suicide peuvent apparaître de façon impulsive, elles sont considérées comme de courte durée. Or, la programmation du suicide et la mise en œuvre du geste imposent de préparer l'accès aux moyens, de déjouer la surveillance. Il est à noter que le terme de raptus suicidaire est utilisé aussi pour des sujets d'âge avancé, alors que le caractère impulsif n'est pas mentionné par les spécialistes (50).

6. Préconisations

Depuis 2017, la HAS analyse les déclarations de la base de données du dispositif national des déclarations d'EIGS et a émis plusieurs rapports annuels (rapports 2017 à 2020 sur le site HAS⁴) avec des préconisations de portée générale pour tous les établissements et les professionnels de santé afin d'améliorer la culture sécurité et la qualité des déclarations. Ces préconisations sont toujours d'actualité et importantes à considérer pour implanter une culture pérenne de sécurité et une politique de prévention des suicides.

6.1. Préconisations à l'ensemble des établissements

Les préconisations suivantes portent sur les facteurs de prévention du suicide que l'on peut considérer communs aux établissements de santé et médico-sociaux. Il est important de tenir compte qu'ils peuvent tous accueillir des patients à surrisque de suicide en raison de leurs antécédents. Le cas le plus fréquent est l'admission en soins généraux ou en EHPAD d'une personne ayant par ailleurs un trouble psychiatrique.

6.1.1. Définir des objectifs de prévention du suicide

Un des sujets les moins abordés est la question de l'objectif que se fixent les établissements concernant le nombre de tentatives de suicide et de suicides. Le caractère intentionnel du geste rend en partie irréaliste l'objectif d'une absence de suicide.

L'identification des situations à risque de suicide en institution mène à la question des interventions à mettre en place pour les prévenir. Dans cette optique, l'État de l'Ontario (Canada) recommande trois étapes : l'implémentation d'une stratégie « zéro suicide », la mise en place de moyens et soutiens permettant aux hôpitaux d'améliorer leur environnement, et enfin améliorer la collecte de données concernant les suicides (52). Dans cette optique de zéro événement indésirable, le *Children's National Medical Center* aux États-Unis a réussi à diminuer de 70 % le nombre de *serious safety events* tout en estimant une économie de 35 millions de dollars (53). De son côté, le *Cincinnati Children's Hospital Medical Center* rapporte une diminution des événements graves de 80 % en quatre ans (54).

Pourtant, il est difficile de conduire et d'évaluer un projet sans but à atteindre. Ainsi, le groupe de projet en Ontario prône la mise en œuvre d'une politique « zéro suicide », arguant du fait qu'il n'est pas éthiquement possible de définir un seuil de mortalité par suicide acceptable (52). Un autre argument important est le fait que, si le suicide est un événement rare, les idées de suicide sont fréquentes. Une politique « zéro suicide » ne prévient pas seulement le suicide, elle vise à améliorer les soins pour tous les patients suicidaires, pour qu'ils aillent mieux et que leurs pensées ne s'intensifient pas au point de tenter de mettre fin à leurs souffrances (52).

L'avantage d'une telle aspiration est la mobilisation indispensable au plus haut niveau des établissements de santé et la volonté de collaboration avec les partenaires des soins que les patients recevront à leur sortie de l'hôpital (52). Le sujet des soins et du suivi après l'hospitalisation est peu abordé dans la base de données. Il y a, en effet, très peu de déclarations portant sur des décès survenus dans la période immédiate qui suit l'hospitalisation. C'est pourtant la question délicate de la préparation de la sortie qui est essentielle. Des patients peuvent se suicider à l'hôpital, faute d'une préparation suffisante à leur retour dans leur vie, ou parce qu'ils sont orientés vers une vie qu'ils ne souhaitent pas.

⁴ [Haute Autorité de Santé - Comprendre les événements indésirables graves \(EIGS\) \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/haute-autorite-de-sante/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs)

6.1.2. Sécuriser l'environnement

Cette dimension est citée en premier dans l'ensemble des recommandations existantes (11, 18, 52). Elle ne concerne pas seulement les établissements de psychiatrie. La limitation de l'accès aux moyens est efficace (14). Certes, elle ne réduit pas la souffrance du patient, mais elle lui indique qu'il est dans un lieu où la protection est une valeur concrète. Les survivants de gestes suicidaires sévères indiquent qu'il aurait fallu peu de choses pour qu'ils ne réalisent pas leur geste. Il est aussi important de considérer que la crise suicidaire est aussi temporaire.

Prévention de la pendaison et de la strangulation

C'est le premier moyen utilisé en population générale, autant pour les hommes que pour les femmes (8). Son recours est encore plus fréquent au sein des établissements. Les mesures de prévention doivent porter sur :

- les points de fixation : porte-manteaux, potences, poignées de porte et de fenêtres, entrées de serrure, montants de lit, robinets ;
- les objets pouvant servir de lien : vêtement, ceinture, lacets, drap, cordon électrique, cordon de sonnette, tuyau de douche.

Prévention de la chute d'un lieu élevé

C'est le deuxième moyen utilisé. La limitation de l'accès vise l'accès aux terrasses, escaliers de secours, balcons, fenêtres qui peuvent être ouvertes ou brisées. La conception d'unités de soins situées en rez-de-chaussée pour les patients suicidaires ou suicidants est recommandée.

Prévention de la suffocation

Elle porte sur la limitation de l'accès aux sacs en plastique, apportés par les patients ou leur famille, ceux qui sont utilisés pour les poubelles dans les chambres ou sur les chariots de ménage.

Plusieurs cas de branchement de l'oxygène sur une tubulure de perfusion ont été signalés en réanimation ou en soins intensifs. La mesure préventive rendant impossible cette connexion est à envisager.

Prévention de l'accès à des objets potentiellement dangereux

La vigilance vise surtout les objets introduits par le patient ou les personnes qui le visitent. Ces objets sont très variés : médicaments, objets coupants, ciseaux, briquets, sèche-cheveux.

Le nombre de décès liés à l'utilisation d'armes blanches est faible. Ce recours est important dans le cadre des automutilations. Ce sont les objets en verre cassables, les miroirs, les lames de rasoir.

La limitation de l'accès à ces moyens sert en même temps la prévention de l'automutilation et celle du suicide.

6.1.3. Évaluer le risque de suicide

Définir un modèle clinique pour l'évaluation du risque de suicide est une étape préalable. Les facteurs de risque du suicide sont relativement bien connus. Ils sont nombreux, multidimensionnels, à la croisée de domaines différents, se cumulent et interagissent. Ils permettent de définir des sous-groupes à surrisque de suicide (45, 55, 56).

La plupart des facteurs de risque à prendre en compte lors d'une hospitalisation sont valables quel que soit le milieu de vie ou de soins. Certains sont plus en lien avec le processus de soin ou de séjour en établissement. Leur connaissance précise permet de prédire approximativement le risque de suicide sur des périodes longues, mais ne donnera jamais le jour et l'heure du geste.

Parmi les facteurs de risque de suicide sont cités plus fréquemment : les antécédents personnels de tentative de suicide ; la dépression sévère ; le trouble bipolaire ; les addictions et les phases de sevrage ; la schizophrénie, surtout dans les premières années de la maladie et en cas d'hallucinations impérieuses ; les troubles de la personnalité, notamment de type *borderline* ; l'agitation ; les attaques de panique ; le désespoir ; la colère intense et l'hostilité ; l'impulsivité.

Viennent très souvent s'ajouter des événements négatifs : pertes, conflits, problèmes financiers, ainsi que des situations menaçantes de tous ordres (licenciement, expulsion, séparation). Des dates anniversaires peuvent raviver des souffrances.

Des informations ayant trait au diagnostic et aux soins peuvent aussi être des facteurs précipitant le geste. C'est le cas des annonces de maladie de mauvais pronostic ou de traitement lourd.

Derrière ces facteurs de risque, il y a un consensus que pour comprendre le processus suicidaire et l'évaluer, il est nécessaire d'identifier l'expérience personnelle de la détresse. La souffrance qui pousse au suicide est celle qui devient intolérable, interminable et sans issue (55). L'évaluation de l'état psychologique de la personne, son expérience, sa vision, son vécu est l'étape préalable à l'évaluation de l'urgence suicidaire.

Par ailleurs, une étude s'est attachée à interroger *a posteriori* des professionnels de santé spécialisés en santé mentale sur des patients qu'ils suivaient et qui s'étaient suicidés au cours de leurs soins.

D'après leur retour d'expérience, la perte de dignité, la perte d'espoir devant les rechutes lors d'une maladie par exemple, la lutte contre des difficultés de la vie conduisent leurs patients à considérer le suicide comme une issue logique et un soulagement à leur souffrance. Ces souffrances sont à rechercher de façon proactive pour être prises en compte dans le plan des soins. Le vécu des patients doit être un sujet de préoccupation spécifique (57).

6.1.4. Évaluer la situation clinique

Un des points les plus importants à considérer est l'approche clinique d'un patient que l'on pourrait penser en crise suicidaire. Des recommandations synthétiques sont proposées (19, 52, 55) :

- conduire une évaluation pleine de respect, approfondie en utilisant l'écoute active ;
- prêter attention à la nature et au contenu de l'interaction médecin-patient ;
- aborder et comprendre les circonstances particulières sources de la détresse du patient ;
- identifier les besoins thérapeutiques actuels du patient, incluant les facteurs de risque de suicide, cliniques et sociaux, modifiables ;
- ne pas tenter de stratifier les patients en risque élevé ou faible ;
- ne pas compter seulement sur l'expression ou la non-expression d'idées ou de programmation de suicide ;
- avoir un entretien avec la famille du patient ou ses amis ;

- explorer les méthodes de suicide envisagées, armes à feu ou autres moyens létaux ;
- recourir à l'hospitalisation sans consentement à titre exceptionnel ;
- négocier un plan de gestion de la crise avec chaque patient ;
- documenter l'évaluation, le raisonnement et le plan thérapeutique.

L'information des patients sur ce qu'ils sont en droit d'attendre en cas de crise suicidaire est un facteur de prévention (19). C'est en particulier :

- s'attendre à une évaluation pleine de respect et approfondie de sa situation et de ses besoins ;
- avoir l'opportunité d'expliquer la nature et le degré de ses idées de suicide, sans peur induite de mesures restrictives injustifiées ;
- s'attendre à ce que ses besoins et préférences thérapeutiques soient la priorité dans l'esprit de son médecin.

Une des méthodes d'investigation les plus abouties des idéations et des comportements suicidaires est l'évaluation chronologique des événements suicidaires (58). Cette méthode donne une grande aisance pour articuler la souffrance extrême à l'apparition des premières pensées de suicide et suivre leur développement en distinguant les idées, les intentions, la programmation, voire les débuts de mise en œuvre.

Il est souvent avancé que les patients peuvent nier l'existence de pensées suicidaires avant la survenance du geste (59). Il est important de considérer les freins à l'expression des idéations suicidaires. Les craintes les plus souvent exprimées sont celles d'un changement médicamenteux, d'une restriction des libertés individuelles (sorties, permissions, mise en pyjama, voire mise en chambre d'isolement). La réticence à révéler ses pensées suicidaires est aussi dépendante de la « compétitivité » des solutions proposées face à la radicalité du suicide.

6.1.5. Construire un plan personnalisé de sécurité

Ce plan tient compte de la mise en sécurité de la personne quant à l'accès aux moyens de suicide et vise à préparer le parcours du patient dans les heures et jours qui viennent (55). Cette anticipation porte sur les souffrances que pourrait éprouver le patient et vise à développer les stratégies pour faire face aux difficultés et à l'aggravation de la crise suicidaire. Ce plan est explicite et rédigé. Il essaie de mobiliser les facteurs de protection, les raisons de vivre et les ressources disponibles. Selon le degré d'urgence suicidaire, le souhait du patient d'aller mieux, le clinicien peut conduire ce plan dans une approche non directive, de coopération et si nécessaire directive (55).

Les contrats de non-suicide ne sont pas préconisés, n'ayant pas fait leurs preuves et pouvant falsifier la relation thérapeutique (55).

L'implication des patients et de leur famille, de leurs proches est largement conseillée. Ils peuvent apporter des informations essentielles sur les antécédents, les causes de la souffrance actuelle de leur parent (mauvaises nouvelles dans la famille, conflits) et alerter sur l'imminence d'un geste. Il a pu être constaté à plusieurs reprises dans les déclarations analysées que l'alerte de la famille n'avait pas été prise en compte.

Chez l'enfant et l'adolescent, il est recommandé de recourir au plan de sécurité pour éviter un nouveau passage à l'acte (46). Il s'agit d'une intervention souple, de mise en œuvre relativement simple et dont l'efficacité est soutenue par des éléments de preuve, en particulier chez l'adolescent après une tentative de suicide. Celui-ci comprend :

- l'identification des signaux d'alarme associés à une aggravation de la crise suicidaire ;
- le renforcement des stratégies de *coping*⁵ ;
- la sécurisation de l'environnement en limitant l'accès aux moyens de suicide ;
- la mobilisation du réseau social de proximité ;
- le renforcement de l'adhésion au suivi et la mise à disposition de ressources en cas d'urgence (46).

6.1.6. Gérer l'évènement : la postvention

La postvention reste un concept encore peu connu. Ne pas se préparer à la survenance de l'évènement suicide expose au risque de l'improvisation de ses conséquences. Parmi les recommandations qui existent, certaines, qui ne sont pas destinées directement aux établissements de santé, ont le mérite de bien définir les actions, en trois étapes (Tableau 3).

Tableau 3. Les étapes de la postvention

À la phase aiguë	<p>La coordination de la crise.</p> <p>La protection de la scène, du corps de la personne décédée et de ses effets.</p> <p>L'annonce du geste et du décès à la famille.</p> <p>Le soutien offert à la famille.</p>
À court terme	<p>Dissiper les rumeurs et réduire le risque de contagion.</p> <p>Identifier les professionnels et les patients affectés et leur proposer un soutien interne et/ou externe.</p> <p>Réconforter et soutenir les professionnels et les autres patients.</p> <p>Restaurer un équilibre pour faciliter un rétablissement individuel et organisationnel.</p> <p>Renforcer l'implication et la présence des encadrants.</p>
À plus long terme	<p>Ne pas oublier et évoquer.</p> <p>Réaliser la transition entre la postvention et l'amélioration de la prévention du suicide. Cette dernière ne sera possible qu'après l'analyse des causes profondes et l'élaboration de mesures préventives, lorsque l'équilibre émotionnel, lié à l'évènement, sera retrouvé.</p>

5 Stratégies de *coping* : capacités de recherche d'aide, de résolution de problème, investissement scolaire (46).

Un dispositif pour gérer la sortie d'hospitalisation : Vigilans

VigilanS : le dispositif de recontact post-hospitalisation pour éviter la récurrence suicidaire



Créé en 2015, le dispositif [VigilanS](#) a pour objectif général de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de réitérations suicidaires. Ce dispositif contribue par ailleurs à la mise en place de stratégies innovantes et répliquables dans la prise en charge des conduites suicidaires.

D'abord déployé dans les Hauts-de-France, ce dispositif a ensuite été étendu progressivement au niveau national. En avril 2022, ce sont 31 équipes réparties sur **17 régions dont 4 régions d'outre-mer qui ont rejoint le dispositif**.

C'est **un système de recontact et d'alerte** qui est organisé autour de la personne ayant fait une tentative de suicide par un réseau de professionnels de santé qui garderont le contact avec elle.

Toute personne hospitalisée pour une tentative de suicide se voit ainsi proposer d'entrer dans le dispositif Vigilans au moment de sa sortie. Une **carte ressource** et une note d'information (un kit d'entrée) lui sont remises, lui indiquant le numéro de téléphone où elle pourra **joindre les vigilanseurs, des infirmier(e)s et psychologues spécialement formés qui pourront répondre efficacement en cas de mal-être ou de crise suicidaire**.

Ce numéro est un numéro vert, spécifique pour chaque région, gratuit tant depuis un poste fixe que d'un portable, et disponible aux heures ouvrables.

Parallèlement, le médecin traitant et éventuellement le psychiatre traitant du patient reçoivent un courrier les informant de l'organisation du dispositif et de l'entrée de leur patient dans celui-ci. Ils disposent eux aussi d'un numéro téléphonique dédié pour répondre à leurs questions.

VigilanS constitue un ensemble de mesures et d'outils afin de personnaliser une veille qui durera six mois et qui commence dès la sortie de l'hôpital.

- 1. Lors de la sortie, le patient suicidant reçoit son kit d'entrée Vigilans par l'équipe de l'hôpital.** Le patient peut se saisir de la carte ressource et composer le numéro vert à tout instant de la veille, et même au-delà, afin de maintenir le dialogue.
- 2. Si la personne est réitérante, a fait un geste grave ou fait partie d'une classe d'âge à risque, les vigilanseurs la contactent par téléphone entre dix et vingt jours après sa sortie** de l'hôpital pour évaluer le risque suicidaire et proposer des actions et/ou une orientation personnalisée.
- 3. Le médecin généraliste et le psychiatre** (ou tout autre professionnel réalisant le suivi psychiatrique ou psychologique) **sont tenus informés de chaque contact avec le suicidant** (aboutis ou non). Les vigilanseurs sensibilisent également l'entourage proche du suicidant, avec son accord.
- 4. À tout moment de la veille, si le patient est injoignable, des cartes postales personnalisées et/ou des SMS lui sont envoyés pendant quatre mois.**
- 5. À six mois, la veille peut être poursuivie si le risque suicidaire est présent. Sinon, la veille est clôturée.** Le patient, les professionnels de santé et l'entourage gardent la possibilité de contacter Vigilans au moindre doute, même après la clôture de veille.

(Ministère des Solidarités et de la Santé, [Le dispositif de recontact Vigilans – Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#))

6.1.7. Penser aux soignants

La découverte et la prise en charge en urgence d'un patient suicidant ont un impact non négligeable sur le stress professionnel des soignants (60). Il est donc nécessaire, pour améliorer les prises en charge, d'accompagner les soignants et les équipes dans ces situations traumatisantes. Les intégrer dans la réflexion concernant la mise en place locale de prévention semble aussi primordial pour l'adhésion aux mesures prises par l'établissement de soin (61).

6.1.8. Améliorer la culture sécurité

L'amélioration de la culture sécurité des professionnels permet également de prévenir le risque de suicide. On peut par exemple :

- former les personnels à l'évaluation du risque et à la gestion des suicides (62) ;
- renforcer l'utilisation du guide d'évaluation du risque de suicide ;
- faire évoluer le volume et la qualité des déclarations.

6.1.9. Rappeler les droits des personnes malades et en fin de vie

La loi du 2 février 2016, dite loi Claeys-Léonetti, a apporté de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie. Cette loi permet de mieux répondre à la demande d'une meilleure prise en charge de la souffrance, en clarifiant l'usage de la sédation profonde et continue, jusqu'au décès, en phase terminale⁶.

Elle permet également de conforter la place de l'expression de la volonté du patient dans le processus décisionnel et en particulier de ses « volontés précédemment exprimées ».

Ainsi, toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » (63, 64) concernant sa fin de vie. Il s'agit d'exprimer ses volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés. Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

Comme pour toute prise en charge, le projet de vie des patients doit toujours être considéré, tout particulièrement pour les personnes malades et en fin de vie. Les professionnels de santé doivent penser à informer les patients sur leurs droits et sur leur possibilité d'être accompagnés pour mourir sans souffrance. Le centre national de référence sur la fin de vie et les soins palliatifs a pour mission, entre autres, d'informer et de communiquer sur les dispositifs, démarches et pratiques en direction du grand public, des professionnels des soins palliatifs, de l'accompagnement de la fin de vie et des représentants de la société civile, et contribue à la réflexion sur l'intégration des soins palliatifs dans les parcours de santé et l'intégration de la fin de vie dans les parcours de vie⁷.

⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/les-droits-en-faveur-des-personnes-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie/article/comprendre-la-loi-claeys-leonetti-de-2016>

⁷ <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/qui-sommes-nous/le-centre-et-ses-missions/>

6.2. Préconisations spécifiques à secteurs d'activité

6.2.1. Établissements de santé mentale

En raison de la fréquence des crises suicidaires chez les patients hospitalisés en psychiatrie, la prévention doit être particulièrement visible et accessible pour favoriser la participation des patients (21, 65). Le but est de maintenir une relation et une communication entre le patient, l'équipe de soins en incluant son réseau de soutien, famille et amis.

Les périodes et circonstances à surrisque

Selon les données de la littérature, la première semaine d'hospitalisation est reconnue comme à surrisque élevé (11) (12). Le taux de suicide est maximal dans les 72 heures après la sortie (16).

La période précédant immédiatement la sortie, les séjours hospitaliers courts, ou écourtés à la demande du patient, représenteraient aussi un facteur de risque supplémentaire (11, 66).

Parmi les autres éléments qui doivent alerter se trouvent (11) :

- un comportement du patient perçu comme manipulateur ;
- un rejet de l'équipe soignante ;
- un faible moral de l'équipe soignante ;
- l'absence de résolution des problèmes psychosociaux ayant contribué à l'hospitalisation ;
- la survenue de sorties de l'hôpital sans avis médical ;
- la survenue récente de suicides dans l'établissement.

Les troubles schizophréniques

Les troubles schizophréniques et autres troubles psychotiques constituent dans le champ de la pathologie psychiatrique un facteur contributeur généralement considéré comme majeur dans le phénomène suicidaire. Entre 10 et 15 % des sujets souffrant de ces pathologies décèdent par suicide (34). Une des caractéristiques dans ces troubles est le rôle des hallucinations impérieuses qui incitent fréquemment au suicide. Le clinicien doit explorer la nature des messages hallucinatoires et la résistance que le patient leur oppose (55). Si la difficulté est réelle, elle doit être atténuée par une formation spécifique sur la souffrance induite par ces hallucinations et les stratégies pour mettre au jour l'existence d'une crise suicidaire.

Les recommandations sont nombreuses (55) (www.carmha.ca) :

- prise en compte du syndrome de démoralisation lié au trouble ;
- présence dans 60 % des cas de suicide d'éléments dépressifs ;
- vigilance supplémentaire en cas de mésusage de substances ;
- importance d'une préparation de la sortie de l'hôpital.

Les patients hospitalisés en raison d'une crise suicidaire ou à la suite d'une tentative de suicide

Plusieurs décès par suicide dans la base de données sont survenus quelques jours après l'admission pour ces motifs. Il est important de tenir compte que la régression d'une crise suicidaire est progressive. Cette phase représente une période à haut risque de suicide. De plus, l'hospitalisation n'est pas toujours vue par le patient comme une solution positive. L'erreur est de penser que l'hospitalisation est une solution suffisante et sûre qui fait chuter la probabilité de décès par suicide.

Les soins sans consentement

Le recours aux soins sans consentement en cas de crise suicidaire peut être envisagé à titre exceptionnel. La décision doit tenir compte des risques et bénéfices de l'hospitalisation et de soins ambulatoires. L'absence de consentement peut entacher la qualité de la relation thérapeutique et rendre peu accessibles les informations nécessaires pour prendre les bonnes décisions, avec et pour le patient (55).

Le recours à la mise en chambre d'isolement pour apporter de la sécurité

Il s'agit d'une question essentielle quant à la réalité de la sécurité apportée par une telle mesure. Des décès par suicide surviennent dans cet espace clos. C'est la seule situation où l'ambition de « zéro suicide » est totale. Présenté ainsi, ceci ouvre la question de l'aggravation de la crise suicidaire induite par l'isolement. Les dispositifs anti-suicide (pyjama, couverture et matelas) ne doivent pas conduire à penser que le recours à l'isolement est indiqué en cas de crise suicidaire. Une déclaration relate l'utilisation par un patient de la couverture anti-suicide pour mettre fin à ses jours.

La pertinence du recours à l'isolement en cas de crise suicidaire avérée est vraiment à remettre en question. La prescription de l'isolement devrait aussi être précédée d'une investigation clinique à la recherche de pensées suicidaires.

6.2.2. Établissements MCO

Les recommandations communes à l'ensemble des établissements sont adaptées aux soins généraux.

Il est à noter que les douleurs physiques intenses augmentent le risque de suicide comme de violence (67). Parmi les affections somatiques qui induisent un surrisque de suicide, il faut retenir certaines affections neurologiques (45) : les accidents vasculaires cérébraux, notamment en cas de dépression ; l'épilepsie ; les blessures de la moelle épinière ; les traumatismes crâniens avec séquelles ; la chorée de Huntington ; la sclérose en plaques.

Chez les patients atteints de cancer, les idées de suicide seraient 3 fois plus fréquentes que dans la population adulte (40), les tentatives de suicide 2 fois plus fréquentes (68) et les décès par suicide 1,95 à 2,8 plus fréquents par rapport à la population générale (69).

La phase d'annonce est une période à risque de suicide. Celui-ci serait multiplié par 35 dans les suites de l'annonce d'un cancer de l'œsophage (70).

D'autres facteurs ont été identifiés comme la première année après le diagnostic, un âge précoce de survenue (cancer du sein avant 30 ans), les rechutes, la sévérité du cancer, le stade métastatique. Il faut noter que les risques relatifs liés aux affections somatiques sont en général très inférieurs à ceux des troubles mentaux comme la dépression ou les addictions. Une attention toute particulière doit être accordée aux affections somatiques induites par les addictions où le risque est potentialisé.

En soins palliatifs, les équipes s'occupent de patients très lourds (directives anticipées) et n'occultent pas la question de la souffrance extrême et du suicide et/ou la demande d'euthanasie.

La demande de cessation des thérapeutiques comme l'arrêt spontané est un signe identifié de longue date. Il doit conduire à une investigation des idéations suicidaires de façon systématique.

6.2.3. Établissements de SSR

Pour les établissements de soins de suite et de réadaptation, la littérature n'apporte pas d'indication spécifique. Il est nécessaire de ne pas oublier que des patients ont été admis pour des séquelles de tentatives de suicide très sévères et que le risque de réitération existe.

L'éloignement de la famille, voire le délaissement de la famille, peut induire un sentiment d'abandon sévère. Les complications infectieuses sévères, les risques d'amputation peuvent conduire à un renoncement et vers le suicide.

6.2.4. EHPAD

L'observatoire national sur la fin de vie des personnes âgées indique que 1 suicide sur 3 concerne une personne âgée, majoritairement des personnes de 75 ans ou plus. L'observatoire mentionne que « dans cette tranche d'âge, la mort par suicide a plus de chances d'être imputée, à tort, à une cause naturelle ou accidentelle (erreurs dans la prise de traitement, chutes par exemple). Dans certains cas, la nature suicidaire de certains décès peut passer inaperçue comme le syndrome de glissement, les refus de traitements vitaux, les conduites addictives et les automutilations qui sont autant d'équivalents suicidaires » (71).

Des caractéristiques spécifiques aux personnes d'âge avancé ont été mises en évidence (50, 72). Ce sont :

- des crises suicidaires plus insidieuses que chez les sujets plus jeunes ;
- un effet masquant des affections somatiques qui prennent le devant de la scène conduisant à moins explorer d'autres causes au mal-être ;
- une détermination importante due probablement au déficit de facteurs de protection, avec moins d'ambivalence terminale ;
- un ratio idées de suicide/suicide estimé à 10/1, notamment pour les hommes ;
- un ratio de l'ordre de 4/1 entre tentative de suicide et décès par suicide ;
- des tentatives plus planifiées, une moindre résistance physique et un recours à des moyens plus létaux ;
- une surveillance moindre et/ou une aptitude des personnes âgées à déjouer la surveillance.

En plus des facteurs de risque de suicide communs aux autres âges de la vie, plusieurs autres ont été mis en évidence. Ce sont :

- une prédominance masculine encore plus élevée ;
- le veuvage pour les hommes ;
- les expériences de deuil, de perte, de séparation et de solitude ;
- les traits de personnalité qui inhibent l'ouverture aux expériences nouvelles ;
- les symptômes physiques continus tels que les maladies en phase terminale, les maladies physiques aiguës et les douleurs chroniques ;
- la dépression, moins fréquente que chez l'adulte plus jeune, mais qui joue un rôle plus important pour le suicide.

Des périodes à risque ont été identifiées, telles que le mois qui précède l'entrée dans un EHPAD et le mois qui suit l'admission.

Les personnes admises en EHPAD, à un âge bien inférieur aux autres, en raison d'une dépendance en lien à des troubles mentaux au long cours, ont un surrisque de suicide en raison même de ces affections. Elles peuvent aussi avoir le sentiment de ne pas être à leur place, les autres résidents ayant un âge proche de leurs propres parents.

Les formations pour prévenir le suicide des sujets âgés doivent tenir compte des freins psychologiques pour intervenir avec efficacité (24, 49, 50).

Conclusion

La déclaration des tentatives de suicide et suicides survenus au sein des établissements de santé et médico-sociaux constitue une avancée notable. C'est la première étape pour prendre conscience du phénomène et améliorer la qualité de la prévention et de la gestion de ces événements. Le recueil en continu permet de corréler les actions de prévention mises en place et le résultat obtenu.

L'augmentation du nombre de déclarations, notamment dans des secteurs qui ne déclarent pas ou peu, et l'amélioration de la qualité des déclarations sont nécessaires pour permettre des études ultérieures plus approfondies et précises.

Malgré des données non exhaustives, cette première étude permet de tirer des conclusions générales concernant les tentatives de suicide et les suicides en établissement de santé à partir de l'analyse de l'ensemble des déclarations faites sur le territoire national. Les éléments présents dans la littérature sont en effet retrouvés dans l'analyse de notre base de données. L'âge avancé et le genre masculin présentent une association avec le fait de décéder à la suite d'une tentative de suicide, tout comme le fait de souffrir de troubles de l'humeur.

Il ressort clairement au travers de cette étude et de la littérature que les solutions à mettre en place doivent être pensées avec un objectif de zéro suicide, tant au niveau des établissements que des régions, et à l'échelle nationale. La culture positive de la sécurité des soins doit être poursuivie et intégrée, progressivement, en établissement et en ville.

La prévention du suicide est un enjeu majeur de santé publique. C'est une priorité pour le ministère des Solidarités et de la Santé qui l'a inscrite dans l'action 6 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018. L'objectif de la stratégie nationale de prévention du suicide consiste à mettre en œuvre de façon coordonnée dans les territoires un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide qui sont :

- le dispositif Vigilans de maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide ;
- la formation actualisée au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire ;
- les actions de prévention de la contagion suicidaire ;
- et la mise en place d'un numéro national de prévention du suicide.

Annexes

Tableau I. Caractéristiques des tentatives de suicide et suicides aboutis déclarés

	Total		Suicides aboutis		Tentatives de suicide		p*
	n	%	n	%	n	%	
Nombre de déclarations	795	100 %	515	64,8 %	280	35,2 %	
Genre							3,23e-6
Femme	349	43,9 %	193	55,3 %	156	44,7 %	
Homme	446	56,1 %	322	72,2 %	124	27,8 %	
Âge							4,77e-8
< 40	208	26,2 %	107	51,4 %	101	48,6 %	
40-60	218	27,4 %	144	66,1 %	74	33,9 %	
> 60	326	41,0 %	239	73,3 %	87	26,7 %	
Données manquantes	43	5,4 %	25	58,1 %	18	41,9 %	
Diagnostic menant à la prise en charge							0,011
Trouble de l'humeur	346	43,5 %	242	69,9 %	104	30,1 %	
Troubles délirants	91	11,4 %	54	59,3 %	37	40,7 %	
Autres troubles psychiatriques	152	19,1 %	83	54,6 %	69	45,4 %	
Pathologie non psychiatrique	205	25,8 %	135	65,9 %	70	34,1 %	
Lieu de prise en charge							0,198
Ville	20	2,5 %	16	80,0 %	4	20,0 %	
Médico-social	120	15,1 %	77	64,2 %	43	35,8 %	
Sanitaire	655	82,4 %	421	64,3 %	234	35,7 %	
Activité du service d'hospitalisation							0,962
SSR/HAD	18	2,3 %	12	66,7 %	6	33,3 %	
MCO	131	16,5 %	83	63,4 %	48	36,6 %	
Psychiatrie	451	56,7 %	295	65,4 %	156	34,6 %	
Autre	145	18,2 %	96	66,2 %	49	33,8 %	
Données manquantes	50	6,3 %	29	58,0 %	21	42,0 %	
Caractère évitable déclaré							0,894
Évitable	488	61,4 %	317	65,0 %	171	35,0 %	
Non évitable	307	38,6 %	198	64,5 %	109	35,5 %	
Complexité de la situation initiale							0,1071
Complexe	518	65,2 %	322	62,2 %	196	37,8 %	
Non complexe	251	31,6 %	175	69,7 %	76	30,3 %	
Ne sait pas	26	3,3 %	18	69,2 %	8	30,8 %	

* Test du Chi2 ; seuil de significativité statistique à $p < 0,05$

Tableau II. Description des réponses à la grille ALARM et à la période de survenue des tentatives de suicide et suicides aboutis

* Tests du Chi2 ; seuil de significativité à $p = 0,05$

** Questions à réponses multiples dans les questionnaires d'EIGS

	Total		Suicides aboutis		Tentatives de suicide		p*
	n	%	n	%	n	%	
Période particulière de survenue**							
Week-end	176	22,1 %	124	70,5 %	52	29,5 %	0,074
Férié	26	3,3 %	19	73,1 %	7	26,9 %	0,368
Changement d'équipe	62	7,8 %	41	66,1 %	21	33,9 %	0,0536
Nuit	233	29,3 %	169	72,5 %	64	27,5 %	0,0032
Aucune	241	30,3 %	140	58,1 %	101	41,9 %	0,0092

	Total		Suicides aboutis		Tentatives de suicide	
	n	%	n	%	n	%
Grille ALARM**						
Facteurs liés au patient	715		455		260	
Facteurs liés aux tâches à accomplir	268		162		106	
Facteurs liés à l'individu (soignant)	142		79		63	
Facteurs liés à l'équipe	220		140		80	
Facteurs liés à l'environnement de travail	316		199		117	
Facteurs liés à l'organisation et au management	166		91		75	
Facteurs liés au contexte institutionnel	115		65		50	

Tableau III. Synthèse de l'analyse des causes profondes de tentatives de suicide et suicides déclarés (95 déclarations analysées)

Causes profondes	n	Extrait de déclaration
1- Défaut de sécurisation	51	
Pas de sécurisation du bâtiment	17	"Absence de compas à la fenêtre"
Sécurisation du bâtiment insuffisante	17	"Inefficacité du système de limitation d'ouverture"
Mobilier dangereux dans la chambre	9	"Pendue dans sa chambre (en s'accrochant avec sa ceinture à la potence de son lit)"
Possession d'objets personnels dangereux	8	"Accès à une arme à feu suite à un retour de permission malgré l'inventaire réalisé et tracé"
2- Personnel soignant	58	
Défaut d'évaluation d'un risque suicidaire présent	22	"Procédure d'évaluation du risque suicidaire insuffisamment employée"
Surcharge de travail	10	"Charge de travail : plusieurs entrées, patient âgé nécessitant des soins somatiques longs et lourds, encadrement de stagiaire"
Manque de culture psychiatrique	15	"L'établissement n'est pas spécialisé dans les prises en charge psychiatriques"
Défaut de surveillance d'un patient identifié comme à risque	8	"Personne en soins palliatifs ayant préalablement évoqué un désir de recourir à un suicide assisté en Suisse"
Défaut de surveillance de la prise des traitements (risque IMV)	3	"Le patient a vidé les gélules de son traitement habituel (antidépresseur) et stocké le produit avant de l'ingérer."
3- Organisation du service	26	
Absence de protocole d'évaluation du risque suicidaire	10	"Mesure mise en place : élaboration d'une grille d'évaluation du risque suicidaire ; travail institutionnel en cours par la DSAP. Une présentation et une formation des soignants seront effectuées lors de la mise en place de cette grille d'évaluation. Elle sera également intégrée dans le logiciel "actipidos"."
Manque de personnel	8	"postes vacants avec vacataires et intérimaires, période de vacances avec réduction effectif médical"
Pas d'accès à un avis psychiatrique	5	"Pas d'avis psy possible sur place aux heures non ouvrables"
Hospitalisation en lieu inapproprié	3	"Entrée d'un patient aux urgences pour troubles du comportement (suivi psy CMP). Recherche d'une place en secteur de psychiatrie par urgentiste. Pas de place en psy donc installation dans un lit d'UHCD. "
4- Défaut de communication : transmissions	18	
Défaut de transmission entre équipes	12	"Patient en permission le we, qui ne s'est pas rendu au CATTP pour ses activités du lundi, information de l'absence du patient n'a pas été transmise immédiatement à l'unité mobile Emmad"
Défaut de transmission avec la famille	3	"La maman informe l'équipe (après le décès) que sa fille avait dit lors de sa dernière sortie dans le parc le 22 août après-midi qu'elle allait mourir"
Défaut de transmission entre établissements	3	"Compte-rendu de son hospitalisation antérieure non obtenu ne permettant pas l'accès aux antécédents"

Causes profondes	n	Extrait de déclaration
5- Patient	6	
Isolement social important	2	"Isolement social, séparation conjugale annoncée pendant le séjour"
Refus de prise en charge	4	"Mme G n'a pas adhéré au soin proposé et l'a rapidement mis en échec en s'absentant de manière prolongée, absences incompatibles avec l'intensivité du soin proposé"

Références bibliographiques

1. Lloyd GG. Suicide in hospital: guidelines for prevention. *J R Soc Med* 1995;88(6):344-6.
2. Organisation mondiale de la santé. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients. Genève: OMS; 2015.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_6.pdf
3. Oehmichen M, Staak M. Suicide in the psychiatric hospital. International trends and medico legal aspects. *Acta Med Leg Soc (Liege)* 1988;38(2):215-23.
4. Mills PD, Soncrant C, Bender J, Gunnar W. 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* 2020;64:41-5.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.01.005>
5. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies. Part I. Interview content. *Suicide Life Threat Behav* 2011;41(6):594-613.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00057.x>
6. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies: part 2. Interview procedures. *Suicide Life Threat Behav* 2012;42(1):86-103.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00073.x>
7. Institut national de la santé et de la recherche. Autopsie psychologique. Mise en oeuvre et démarches associées. Expertise opérationnelle. Paris: INSERM; 2008.
<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/79>
8. Michels P. Caractéristiques des sujets décédés par suicide en France : une analyse des données du CépiDc de 2011 à 2016 [Doctorat de médecine]. : Université d'Angers; 2021.
9. Observatoire national du suicide. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4e rapport. Paris: DREES; 2020.
https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf
10. Casadebaig F, Ruffin D, Philippe A. Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. *Rev Epidemiol Santé Publ* 2003;51:55-64.
11. Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. *L'Encephale* 2010;36 :D83-91.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2009.06.011>
12. Meehan J, Kapur N, Hunt IM, Turnbull P, Robinson J, Bickley H, et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:129-34.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.188.2.129>
13. National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. The assessment of clinical risk in mental health services. Manchester: University of Manchester; 2018.
https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/77517990/REPORT_The_assessment_of_clinical_risk_in_mental_health_services.pdf
14. Joint Commission. National patient safety goal for suicide prevention. R3 Report 2019;18.
15. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération Française de Psychiatrie, Direction Générale de la Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre 2000. Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. Paris: ANAES; 2000.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
16. Zaludek A, Marx D. A preventive approach to inpatient suicides. A recommendation for practice based on clinical data from the Czech

- Republic. J Psychiatry Psychiatric Disord 2019;3(2).
<http://dx.doi.org/10.26502/jppd.2572-519X0062>
17. Andriessen K. Can postvention be prevention? Crisis 2009;30(1):43-7.
<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
18. Ministry of Health Malaysia. Guideline on suicide risk management in hospitals. Putrajaya: MHA; 2014.
19. Large MM, Ryan CJ, Carter G, Kapur N. Can we usefully stratify patients according to suicide risk? BMJ 2017;359:j4627.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4627>
20. Léon C, Chan-Chee C, du Roescoët E. Baromètre de santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. Bull Epidémiol Hebdo 2019;3-4:38-47.
21. Pacaud-Troncin M, Potakian S, Brossard A, Beaumont L, Chauchat JH, Cuerq A, et al. Evaluation du potentiel suicidaire des personnes prises en charge par un secteur de psychiatrie : premiers résultats sur 250 patients. Rev Fr Psychiatr Psychol Méd 2005;9(90):15-8.
22. Tishler CL, Reiss NS. Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. Gen Hosp Psychiatry 2009;31(2):103-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.09.007>
23. Roush JF, Brown SL, Jahn DR, Mitchell SM, Taylor NJ, Quinnett P, et al. Mental health professionals' suicide risk assessment and management practices. Crisis 2018;39(1):55-64.
<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000478>
24. Couillet A, Terra J-L, Brochard N, Chauliac N. Barriers to the prevention of suicide in nursing homes. Crisis 2017;38(6):423-32.
<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000466>
25. Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Journal Officiel 27 novembre 2016.
26. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Michel P, Quenon J-L. Enquêtes nationales sur les événements Indésirables graves associés aux soins. Rapport final. Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009. Paris: DREES; 2011.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dt109.pdf>
27. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Michel P. Enquêtes nationales sur les événements Indésirables graves associés aux soins. Description des résultats 2009. Rapport final. Paris: DREES; 2011.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dt110.pdf>
28. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, Michel P, Kret M. ESPRIT. Etude nationale en soins primaires sur les événements indésirables. Rapport final. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.
29. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel d'activité 2017. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/retour_dexperience_sur_les_evenements_indesirables_graves_associes_a_des_soins_eigs_rapport_annuel_2017.pdf
30. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel d'activité 2018. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/rapport_annuel_eigs_2018_vd-avecinfo.pdf
31. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel 2019. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/2020-12-10-rapport-annuel-eigs_vd.pdf

32. Chanelière M. La sécurité du patient en soins primaires. Eléments conceptuels, épidémiologie, interventions auprès des professionnels de santé [Thèse] Paris: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
33. Gleeson H, Hafford-Letchfield T, Quaife M, Collins DA, Flynn A. Preventing and responding to depression, self-harm, and suicide in older people living in long term care settings: a systematic review. *Aging Ment Health* 2019;23(11):1467-77.
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2018.1501666>
34. Observatoire national du suicide. Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1er rapport. Paris: DREES; 2014.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapportons2014-mel.pdf>
35. Murphy B, Kennedy B, Martin C, Bugeja L, Willoughby M, Ibrahim JE. Health and care related risk factors for suicide among nursing home residents: a data linkage study. *Suicide Life Threat Behav* 2019;49(3):695-706.
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12465>
36. Lindner JL, Omalu BI, Buhari AM, Shakir A, Rozin L, Wecht CH. Nursing home deaths which fall under the jurisdiction of the coroner: an 11-year retrospective study. *Am J Forensic Med Pathol* 2007;28(4):292-8.
<http://dx.doi.org/10.1097/PAF.0b013e3180616b75>
37. Murphy BJ, Bugeja L, Pilgrim J, Ibrahim JE. Completed suicide among nursing home residents: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015;30(8):802-14.
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/gps.4299>
38. Haute Autorité de Santé. Dépression de l'adulte – Repérage et prise en charge initiale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/infographie_depression_adultes_webzine.pdf
39. Oh KY, Van Dam NT, Doucette JT, Murrough JW. Effects of chronic physical disease and systemic inflammation on suicide risk in patients with depression: a hospital-based case-control study. *Psychol Med* 2020;50(1):29-37.
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S003291718003902>
40. Park SA, Chung SH, Lee Y. Factors associated with suicide risk in advanced cancer patients: a cross-sectional study. *APJCP* 2016;17(11):4831-6.
<http://dx.doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.11.4831>
41. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Guide. Saint-Denis La Plaine; 2021.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf
42. Royal College of Emergency Medicine. Never Events. Could they occur in your Emergency Department? London: RCEM; 2013.
[https://www.rcem.ac.uk/docs/Safety/86a.%20Never-Events-for-EM-v5-\(31.10.13\).pdf](https://www.rcem.ac.uk/docs/Safety/86a.%20Never-Events-for-EM-v5-(31.10.13).pdf)
43. Andersson Å, Frank C, Willman AM, Sandman PO, Hansebo G. Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *J Clin Nurs* 2018;27(1-2):e354-e62.
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13914>
44. Bruer RA, Rodway-Norman M, Large M. Closer to the truth: admission to multiple psychiatric facilities and an inaccurate history of hospitalization are strongly associated with inpatient suicide. *Can J Psychiatry* 2018;63(11):748-56.
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/0706743718772519>
45. Sokolow G, Hilty D, Leamon M, Hales RE. Inpatient treatment and partial hospitalization Dans: Simon RI, Hales RE, ed. *Textbook of suicide assessment and management* Washington: American Psychiatric Publishing; 2006. p. 401-19.
46. Haute Autorité de Santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

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

47. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293(13):1635-43.

<http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.13.1635>

48. Rhodes AE, Bethell J, Bondy SJ. Suicidality, depression, and mental health service use in Canada. *Can J Psychiatry* 2006;51(1):35-41.

<http://dx.doi.org/10.1177/070674370605100107>

49. New South Wales Department of Health. Suicide prevention for older people. Training manual. Sidney: NSW Department of Health; 2003.

<https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Publications/suicide-prevent.pdf>

50. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31(2):333-56.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.004>

51. Terra JL. Comment intervenir auprès d'une personne en cas de crise suicidaire ? Dans: Courter P, ed. *Suicide et tentatives de suicide*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2010. p. 283-7.

52. Ontario Hospital Association. Strengthening suicide prevention in Ontario hospitals. Toronto: OHA; 2017.

https://spcch.org/wp-content/uploads/2017/10/2508_OHA_Strengthening-Suicide-Prevention_august.pdf

53. Hilliard MA, Sczudlo R, Scafidi L, Cady R, Villard A, Shah R. Our journey to zero: reducing serious safety events by over 70% through high-reliability techniques and workforce engagement. *J Healthc Risk Manag* 2012;32(2):4-18.

<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/jhrm.21090>

54. Muething SE, Goudie A, Schoettker PJ, Donnelly LF, Goodfriend MA, Bracke TM, et al. Quality improvement initiative to reduce serious

safety events and improve patient safety culture. *Pediatrics* 2012;130(2):e423-31.

<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3566>

55. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. Working with the client who is suicidal: a tool for adult mental health and addiction services. Vancouver: British Columbia Ministry of Health; 2007.

https://www.health.gov.bc.ca/library/publication/year/2007/MHA_WorkingWithSuicidalClient.pdf

56. Kral MJ, Sakinofsky I. A clinical model for suicide assessment in treatment of suicidal people. Dans: Leenaars AA, Maltzberger JT, Neimeyer RA, ed. *Treatment of suicidal people*. Washington: Taylor and Francis; 1994. p. 19-31.

57. Hultsjö S, Wärdig R, Rytterström P. The borderline between life and death. *J Clin Nurs* 2019;28(9-10):1623-32.

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.14754>

58. Shea SC, Trad Pranal G, Terra JL, Séguin M. Évaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir. Paris: Elsevier Masson; 2008.

59. Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. *Prim Psychiatr* 2007;14:67-74.

60. Buurman BM, Mank AP, Beijer HJ, Olf M. Coping with serious events at work: a study of traumatic stress among nurses. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2011;17(5):321-9.

<http://dx.doi.org/10.1177/1078390311418651>

61. Gutierrez LdS, dos Santos JLG, Barbosa SdFF, Maia ARC, Koerich C, Gonçalves N. Adherence to the objectives of the safe surgery saves lives Initiative: perspective of nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2019;27.

62. Navin K, Kuppli PP, Menon V, Kattimani S. Suicide prevention strategies for general hospital and psychiatric inpatients: a narrative review. *Indian J Psychol Med* 2019;41(5):403-12.

http://dx.doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_169_19

63. Haute Autorité de Santé. Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie. Guide pour le grand public. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf
64. Ministère de la santé et de la prévention, Ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées. Directives anticipées. J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie. Paris: Ministère de la santé; 2019.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichedirectivesanticipees_10p_exev2.pdf
65. Deering K, Pawson C, Summers N, Williams J. Patient perspectives of helpful risk management practices within mental health services. A mixed studies systematic review of primary research. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2019;26(5-6):185-97.
<http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12521>
66. Proulx F, Lesage AD, Grunberg F. One hundred in-patient suicides. *Br J Psychiatry* 1997;171:247-50.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.171.3.247>
67. Macfarlane GJ, McBeth J, Silman AJ. Widespread body pain and mortality: prospective population based study. *BMJ* 2001;323(7314):662-5.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.323.7314.662>
68. Lefetz C, Reich M. La crise suicidaire en cancérologie: évaluation et prise en charge. *Bull Cancer* 2006;93(7):709-13.
69. Dauchy S, Dolbeault S, Reich M. Depression in cancer patients. *EJC Suppl* 2013;11(2):205-15.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.006>
70. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of suicide after cancer diagnosis in England. *JAMA Psychiatry* 2019;76(1):51-60.
<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3181>
71. Observatoire national de la fin de vie. Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France. Paris: ONFV; 2013.
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/144000058.pdf>
72. New South Wales Department of Health, Centre for Mental Health. Consensus guidelines for assessment and management of depression in the elderly. Sydney: NSW Health Department; 2001.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessous :

- Pr Jean-Louis Terra, chef de service de psychiatrie de secteur au centre hospitalier Le Vinatier, à Lyon
- Dr Yvan Halimi, président du comité de suivi psychiatrie et santé mentale de la HAS
- Pr Guillaume Vaiva, psychiatre au sein de la clinique universitaire de psychiatrie du CHRU de Lille
- Amélie Prigent, chef de projet au service de bonnes pratiques (SBP) de la HAS

Abréviations et acronymes

ALARM	<i>Association of Litigation And Risk Management</i> (grille ALARM)
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CIM 10	10 ^e révision de la classification statistique internationale des maladies
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIGS	Évènement indésirable grave associé aux soins
ES	Établissement de santé
ESMS	Établissement de santé médico-social
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
HAS	Haute Autorité de santé
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
OMS	Organisation mondiale de la santé
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
SPF	Santé publique France
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TS	Tentative de suicide

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

