

Action financée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans le cadre du CPOM ARS-CCECQA 2023-2027



AGISSONS POUR DEMAIN

Du 2 au 6 février 2026
SEMAINE DE PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE
 PARTICIPEZ AUX WEBINAIRES DU CCECQA






Lundi 02 février 2026
de 13h à 14h30


Dr Xavier RICHOMME, Ramsay Santé
Caroline BIZET, DGOS, ministère de la Santé
Dr Marine VINCENTI, Clinique Saint-Barnabé
Dr Véronique GARCIA, CCECQA

Comprendre et s'engager

1

Quelques rappels

-  Ce webinaire est enregistré
-  Replay et support seront disponibles dans les prochains jours sur le site du CCECQA
-  N'hésitez pas à poser vos questions via les onglets « Q&R » ou « Conversation »



2

Déroulé du webinaire

- Introduction: Dr Xavier RICHOMME, Conseiller médical Santé mentale, Ramsay Santé
- Comprendre et agir: Dr Marine VINCENTI, Psychiatre, Clinique Saint Barnabé, Marseille
- Etat des lieux des actes suicidaires en établissement: Dr Xavier RICHOMME
- Une feuille de route nationale: Caroline BIZET, chef de projet, DGOS, ministère de la Santé
- Questions & Réponses



3



Dr Xavier RICHOMME
Conseiller médical
Direction de la santé mentale
Ramsay Santé

Introduction

4

Prévenir les actes suicidaires en établissement

Lundi 02 février 2026

**COMPRENDRE
&
S'ENGAGER**

Jeudi 05 février 2026

**SECURISER
L'ENVIRONNEMENT**

**EVALUER
LES BESOINS
INDIVIDUELS**

**ACCOMPAGNER
&
ANALYSER**

Vendredi 06 février 2026

Mardi 03 février 2026

CCECQA

5



Dr Marine VINCENTI
Psychiatre
Clinique Saint Barnabé
Marseille

Les actes suicidaires en établissement:
Comprendre et agir

6

Prévenir le suicide en établissement de santé: comprendre et agir

Webinaires sur la prévention du suicide
CCECQA
02 février 2026

- Dr Marine VINCENTI



Cette photo par Auteur inconnu est soumise à la licence CC BY-SA-NC

7

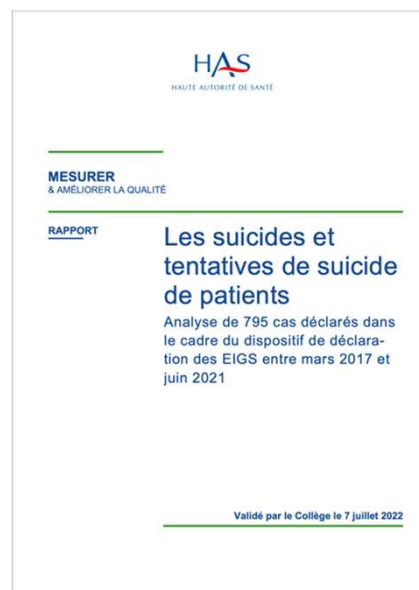
Pourquoi s'intéresser à la question du risque suicidaire en établissement de soins?



8

Rapport 2022 Haute Autorité de Santé

- Dispositif national de déclaration des EIGS entre le 27 mars 2017 et le 24 juin 2021
 - Déclaration obligatoire mais **sous-déclaration connue**
- Actes suicidaires: **1^{er} motif de déclaration d'EIGS** (20,3%)
 - Analyse de 795 cas d'actes suicidaires dont 64,8% de suicides aboutis
soit entre 5 et 10% de tous les suicides
- Type d'établissement:
 - Secteur sanitaire = 82,4%
 - Psychiatrie (57%)
 - hors psychiatrie (43%)
 - Médico-social=15,1% (dont EHPAD=80%)



9

Suicide à l'hôpital: une onde de choc

L'entourage du défunt

- Patient hospitalisé pour mise à l'abri
- « Tsunami », « cataclysme », « bombe », « déflagration », état de choc, paralysie
- Jusqu'à **15-30 personnes** directement impactées
- 21,6% de trouble de deuil prolongé** chez les apparentés de 1^{er} degré à 10 ans
- Risque élevé de dépression, idées suicidaires, faible qualité de vie, de suicide

Les co-patients

- Peu d'études
- Contagiosité ?
- Des liens se créent durant les hospitalisations
- Risque d'aggravation des symptômes, de stress, de trauma
- Risque faible mais réel de contagion suicidaire

Les soignants

- 87% des psychiatres français exposés au suicide d'un patient
- Choc, culpabilité et tristesse
- 13.7% rapportent des symptômes d'état de stress post-traumatique
- 15% ont pensé changer de métier
- Effet important chez les jeunes soignants
- Désorganisation des services

(Berman et al. 2011; Creuzé et al. 2022; Seeman 2015; Leune et al. 2021; de Groot et al., 2013; Grafiadeli et al. 2022)

10

Quelques notions utiles sur les conduites suicidaires



11

De la crise suicidaire à l'acte suicidaire: la transition suicidaire

Idées suicidaires

dans l'année



Tentative de suicide

dans l'année

133 416 adultes, population générale

Entre 2000-2021

IDS: 4,7%, TS: 0,5%

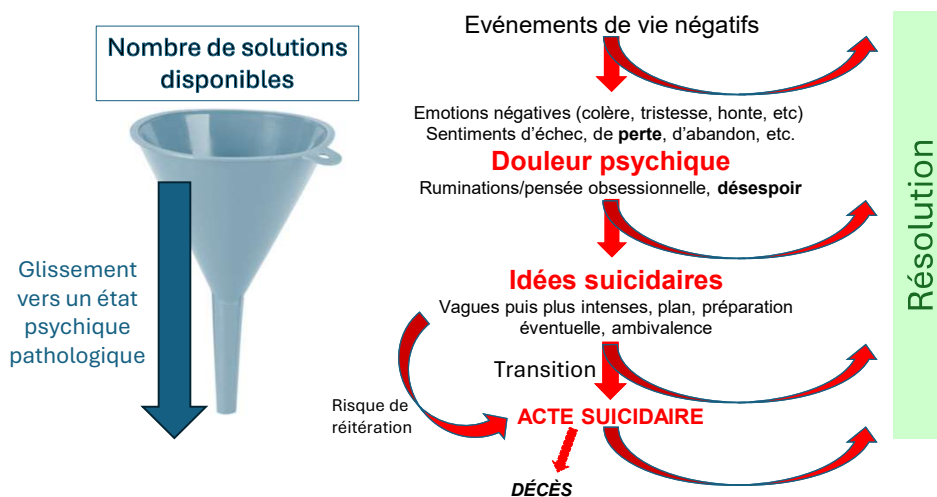
Transition pop totale: 7,7%

(13,8% chez les 18-25 ans)

(Jollant & Leon. *Eur Psychiatry* 2024)

12

La séquence suicidaire



Pr Fabrice JOLLANT 24/03/2025

13



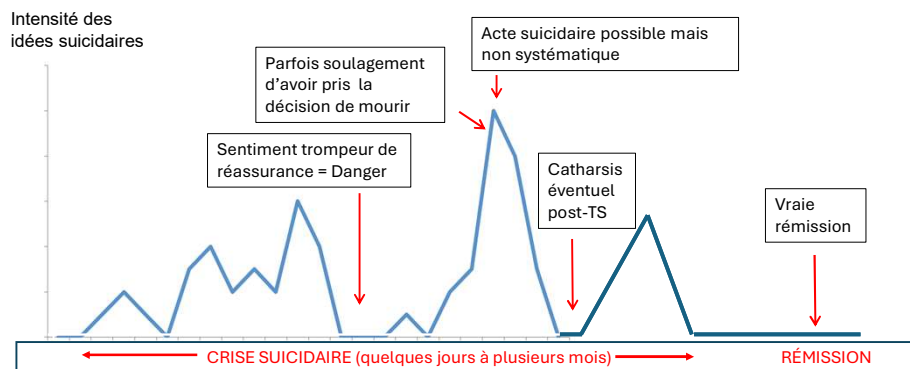
Dans quel « but » réalise-on un acte suicidaire?

- Mettre fin à ses souffrances+++
- Fuir une situation intenable.
- Rechercher de l'aide.
- Montrer son hostilité.

Les personnes suicidaires ne veulent pas mourir mais arrêter de souffrir
Elles ont le sentiment que seul le suicide peut mettre fin à leurs souffrances

14

La crise suicidaire: Un état le plus souvent fluctuant et temporaire de durée variable



Pr Fabrice JOLLANT 24/03/2025

15

Il n'est pas possible de prédire le suicide avec précision...

- Prédiction **clinique** d'un nouveau geste suicidaire après un geste suicidaire
Valeur prédictive positive = 22%
- Prédiction avec des **échelles**
Valeur prédictive positive du suicide = 5,5%
Valeur prédictive positive des gestes auto-infligés = 16,1%
- Prédiction avec des **algorithmes**
Proche de 0
- Prédiction avec du **machine learning**
Pas de différence avec le jugement clinique
- La faible prévalence du suicide impose une limite à la VPP
- Ne pas chercher à classer les patients en haut et bas risque
Tout le monde est statistiquement à risque à l'hôpital (certains un peu plus)

(Woodford et al 2019; Carter et al 2017; Belsher et al 2019; Corket et al 2021)

16

Mais on peut quand même faire beaucoup de choses

Cibler l'identification des **besoins actuels** de la personne suicidaire plutôt qu'un vague risque

- **Identifier** la crise suicidaire
- **Sécuriser** le lieu de vie des patients le temps de la crise
- **Réduire la souffrance**: Soutien, mobilisation de l'entourage, briser l'isolement, donner de l'espoir
- Actions sur les symptômes modifiables: sommeil, anxiété, dépression

17

Prévenir le suicide en établissement de santé ?

C'est possible!



18

Des recommandations officielles

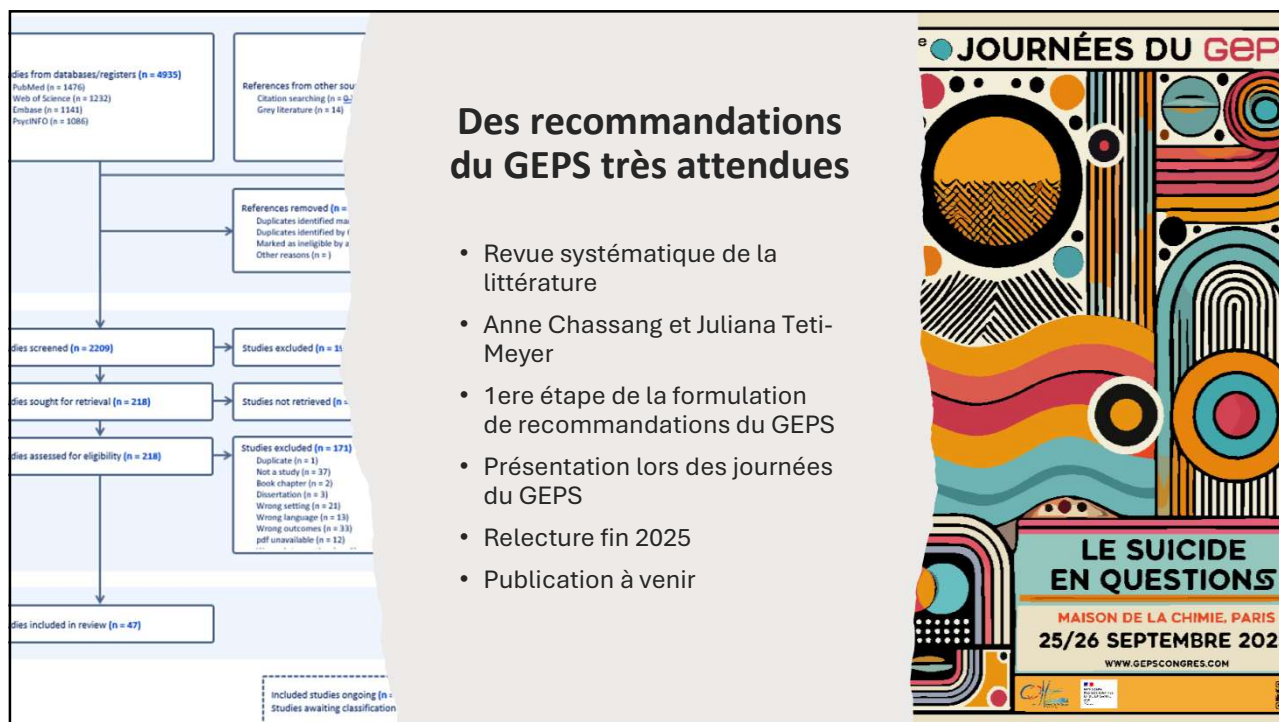
Prévention:

- Rapport HAS 2022: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3363217/fr/prevention-du-suicide
- Guide de la Fédération Hospitalière de France (FHF) 2023: <https://www.fhf.fr/expertises/ressources-humaines/la-fhf-publie-un-nouveau-guide-comprendre-et-prevenir-le-risque-suicidaire-dans-le-secteur>
- Recommandations du Groupement d'Etudes et de Prévention du suicide (GEPS) (Début 2026)
- Recommandations de la DGOS sur la sécurisation des lieux de soins (en préparation)

Postvention:

- Recommandations du GEPS (en préparation)
- Recommandations de la DGS (en préparation)

19



20

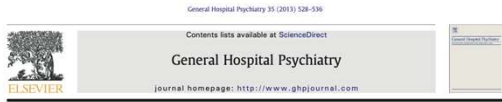
La prévention du suicide en établissement

Quelques pistes

Anticiper	<ul style="list-style-type: none"> • Penser un plan de prévention et postvention en établissement • Culture de la prévention du suicide, faire tomber les idées reçues
Sécuriser les lieux d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurisation des locaux et du mobilier • Inventaire des affaires
Former le personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre l'évaluation de la crise suicidaire • Changement des attitudes négatives vis-à-vis des personnes suicidaires
Penser l'avant et l'après hospitalisation (continuité)	<ul style="list-style-type: none"> • Communication entre personnes adressant et service d'accueil, courriers de sortie • Organiser le suivi à court terme (7 jours, 1 mois), soigner les transitions de soins
Identifier la crise suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Poser la question des idées suicidaires, évaluer les besoins du patient • Echelles et questionnaires non recommandés
Favoriser la qualité de la relation	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien, réassurance, disponibilité, faire du lien, montrer du souci • Psychoéducation à la santé
Assurer la transmission de l'information	<ul style="list-style-type: none"> • Entre les équipes IDE, avec les médecins • Via les systèmes d'information pour la surveillance
Communiquer avec les familles	<ul style="list-style-type: none"> • Attention aux permissions, sécurisation du domicile • Préparer ensemble la sortie, faire un plan de sécurité
Traiter la maladie mentale et somatique, et la douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de la psychiatrie de liaison en service MCO ++, coordination externe • Et des avis des somaticiens en psychiatrie

21

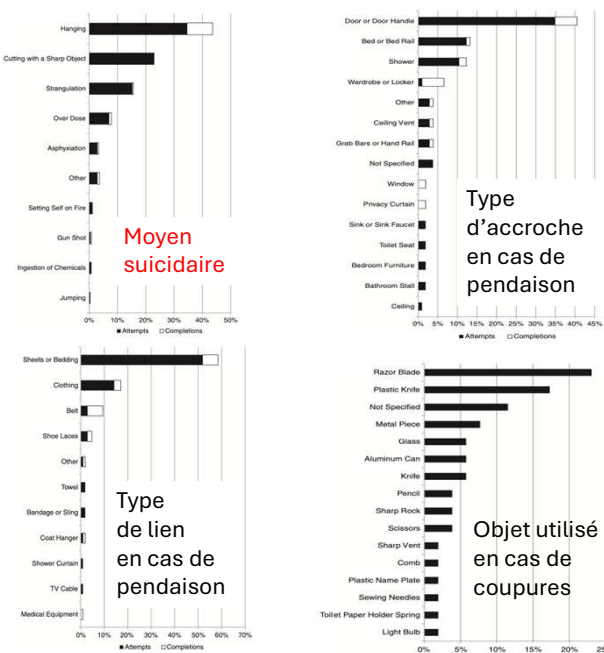
Le mode opératoire en cas d'acte suicidaire en établissement de santé



Emergency Psychiatry in the General Hospital
The emergency room is the interface between community and health care institution. Whether through outreach or in-hospital service, the psychiatrist in the general hospital must have specialized skill and knowledge to attend the increased numbers of mentally ill, substance abusers, homeless individuals, and those with greater acuity and comorbidity than previously known. This Special Section will address those overlapping aspects of psychiatric, medicine, neurology, psychopharmacology, and psychology of essential interest to the psychiatrist who provides emergency consultation and treatment to the general hospital population.

Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: avoiding environmental hazards
Peter D. Mills, Ph.D., M.S.^{a,b,c,*}, Lori A. King, B.S.^c, Bradley V. Watts, M.D., M.P.H.^{b,d}, Robin R. Hemphill, M.D., M.P.H.^c

* VA National Center for Patient Safety Field Office, VAMC, White River Junction, VT
^b Dartmouth School of Medicine at Dartmouth, Hanover, NH
^c VA National Center for Patient Safety, Ann Arbor, MI
^d VA National Center for Patient Safety, VAMC, White River Junction, VT



Moyen suicidaire

Mode opératoire	Attempts (%)	Completions (%)
Hungry	45	40
Cutting with a Sharp Object	35	25
Strangulation	25	15
Over Door	15	10
Asphyxiation	10	5
Other	5	2
Setting Self on Fire	5	2
Gun Shot	5	2
Ingestion of Chemicals	5	2
Jumping	5	2
Sheets or Bedding	5	2
Clothing	5	2
Belts	5	2
Shoe Laces	5	2
Other	5	2
Towel	5	2
Bandage or Sling	5	2
Coat Hanger	5	2
Shower Curtain	5	2
TV Cable	5	2
Medical Equipment	5	2

Type d'accroche en cas de pendaison

Type d'accroche	Attempts (%)	Completions (%)
Door or Door Handle	40	35
Bed or Bed Rail	15	10
Shower	10	5
Wardrobe or Locker	5	2
Other	5	2
Ceiling Vent	5	2
Grab Bars or Hand Rail	5	2
Not Specified	5	2
Window	5	2
Privacy Curtain	5	2
Sink or Sink Faucet	5	2
Toilet Seat	5	2
Bedroom Furniture	5	2
Bathroom Stall	5	2
Calling	5	2

Objet utilisé en cas de coupures

Objet utilisé	Attempts (%)	Completions (%)
Razor Blade	25	20
Plastic Knife	15	10
Not Specified	10	5
Metal Piece	5	2
Glass	5	2
Aluminum Can	5	2
Knife	5	2
Pencil	5	2
Sharp Rock	5	2
Scissors	5	2
Sharp Vent	5	2
Comb	5	2
Plastic Name Plate	5	2
Sewing Needles	5	2
Toilet Paper Holder Spring	5	2
Light Bulb	5	2

22

Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide

Bradley V. Watts, M.D., M.P.H., Brian Shiner, M.D., M.P.H., Yinong Young-Xu, Sc.D., Peter D. Mills, Ph.D., M.S.

Objective: The Mental Health Environment of Care Checklist (MHEOCC) has been reported to be effective in decreasing suicide on inpatient mental health units. The authors sought to examine whether the effect of the MHEOCC was sustained.

Methods: Root cause analysis reports from all Department of Veterans Affairs (VA) hospitals were reviewed to obtain a count of suicides occurring on mental health units from 2000 to 2015. The number of mental health admissions and bed-days of care were obtained for the same period.

Results: The rate of suicide prior to the implementation of the MHEOCC was 4.2 per 100,000 admissions or 2.72 per million bed-days of care. The rate after implementation was .74 per 100,000 admissions or .69 per million bed-days of care. There was no loss of effect in the seven years after implementation.

Conclusions: The MHEOCC was associated with a sustained reduction in suicides occurring on inpatient mental health units.

Psychiatric Services 2017, 68:405–407; doi: 10.1176/appi.ps.201600080

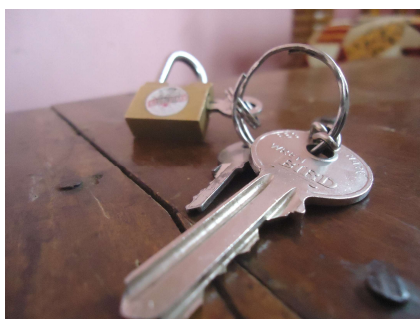
Un outil d'auto-évaluation du risque immobilier et mobilier est en cours de déploiement en France basé sur cette expérience

TABLE 1. Rate of suicide on Department of Veterans Affairs inpatient mental health units before and after implementation of the Mental Health Environment of Care Checklist

Period and year	Per 100,000 mental health admissions	Per 1,000,000 mental health bed-days of care
Preimplementation		
2001	5.0	2.5
2002	6.1	3.6
2003	5.0	3.3
2004	3.6	2.4
2005	3.6	2.5
2006	3.7	2.7
2007	2.4	1.8
Implementation		
2008	3.6	2.7
2009	0	0
2010	1.2	.93
Continuation		
2011	0	0
2012	1.1	1.0
2013	0	0
2014	0	0
2015	0	0

23

Faut-il fermer à clé les portes des services?



Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study

Christian G Huber*, Andres R Schneeberger*, Eva Kowalinski, Daniela Fröhlich, Stefanie von Felten, Marc Walter, Martin Zinkler, Karl Beine, Andreas Heinz, Stefan Borgwardt, Undine E Lang

Summary

Lancet Psychiatry 2016; 3: 842–49
Published Online
July 28, 2016
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30168-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30168-7)
See Comment page 795

*Contributed equally

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Universität Basel, Switzerland (C G Huber MD, A R Schneeberger MD, E Kowalinski MD, D Fröhlich MA, M Walter MD, Prof S Borgwardt MD, Prof U E Lang MD); Psychiatrische Dienste Graubünden, Chur, Switzerland (A R Schneeberger); Albert Einstein College of Medicine, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, New York, NY, USA (A R Schneeberger); Clinical Trial Unit, Universitätsspital Basel, Switzerland (S von Felten PhD); Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim an der

Background Inpatient suicide and absconding of inpatients at risk of self-endangering behaviour are important challenges for all medical disciplines, particularly psychiatry. Patients at risk are often admitted to locked wards in psychiatric hospitals to prevent absconding, suicide attempts, and death by suicide. However, there is insufficient evidence that treatment on locked wards can effectively prevent these outcomes. We did this study to compare hospitals without locked wards and hospitals with locked wards and to establish whether hospital type has an effect on these outcomes.

Methods In this 15 year, naturalistic observational study, we examined 349 574 admissions to 21 German psychiatric inpatient hospitals from Jan 1, 1998, to Dec 31, 2012. We used propensity score matching to select 145 738 cases for an analysis, which allowed for causal inference on the effect of ward type (ie, locked, partly locked, open, and day clinic wards) and hospital type (ie, hospitals with and without locked wards) on suicide, suicide attempts, and absconding (with and without return), despite the absence of an experimental design. We used generalised linear mixed-effects models to analyse the data.

Findings In the 145 738 propensity score-matched cases, suicide (OR 1.326, 95% CI 0.803–2.113; $p=0.24$), suicide attempts (1.057, 0.787–1.412; $p=0.71$), and absconding with return (1.288, 0.874–1.929; $p=0.21$) and without return (1.090, 0.722–1.659; $p=0.69$) were not increased in hospitals with an open door policy. Compared with treatment on locked wards, treatment on open wards was associated with a decreased probability of suicide attempts (OR 0.658, 95% CI 0.504–0.864; $p=0.003$), absconding with return (0.629, 0.524–0.764; $p<0.0001$), and absconding without return (0.707, 0.546–0.925; $p=0.01$), but not completed suicide (0.823, 0.376–1.766; $p=0.63$).

Interpretation Locked doors might not be able to prevent suicide and absconding.

Funding None.

24



La surveillance des patients

- **Sujet controversé**, peu de preuve scientifique
- **Véçu par de nombreux infirmiers** comme humiliant et intrusif pour le patient, contre ses propres engagements humanistes
- **Les patients** ne sont toutefois pas unanimement contre, beaucoup se sentent sécurisés
- **Observation continue** souvent contre-productive
- **Contrat « pas de suicide »** : n'a pas montré de bénéfice
- **Pas de standards universels**
- Toutefois, l'absence de plan de surveillance peut avoir des conséquences légales

(Sakinofski Can J Psy 2014)

25



Apprendre à poser la question des idées suicidaires simplement

- D'abord créer une alliance thérapeutique, penser aux nombreux freins des patients (honte, culpabilité, peur des conséquences)
- Nommer les souffrances, identifier les pertes

Poser la question en 1 étape

- Utiliser les mots « suicide/suicidaire » ou « mettre fin à ses jours », mais pas « partir », « s'en aller », « idées noires », « se faire du mal », trop ambigus.
 - « *Avez-vous eu au cours des derniers jours des idées suicidaires?* »

Plus avancé en s'appuyant sur les souffrances nommées par le patient précédemment et aborder directement les intentions suicidaires:

- « *Est-ce que vous souffrez au point de penser mettre fin à vos jours ?* »
- « *Vous êtes-vous senti XXX au point de penser mettre fin à vos jours ?* »
- « *Quand on se sent XXX, on peut avoir des pensées suicidaires. Est-ce votre cas?* »
- « *Dans des circonstances similaires, des personnes ont rapporté avoir eu des idées suicidaires. Est-ce votre cas?* »

26

Si la réponse est positive

- La première réponse peut être un silence
- Ne pas banaliser, ne pas dramatiser
- Ne pas être dans le jugement
- Montrer au patient qu'il n'est pas seul
- Avoir une écoute empathique, garder en tête que la personne souffre
- Dire que vous allez en parler à l'équipe soignante, ne pas rester seul avec cette information
- Ne pas laisser le patient seul
- Demander (ou faire) une évaluation psychiatrique

Pr Fabrice JOLLANT 24/03/2025

Cette photo par Auteur inconnu est soumise à la licence CC BY-NC-ND

27



**Penser l'articulation avec Vigilans
après une tentative de suicide**

28

Penser conjointement un plan de prévention du suicide et de postvention en établissement de santé

- Penser collectivement
 - Soignants, administration, qualité, logistique, immobilier...
- Partager une culture commune
 - Faire tomber les freins psychologiques, les barrières et les idées reçues
 - Expliquer et convaincre
- Des actions multimodales
 - simples et compréhensibles
 - acceptables
 - applicables
 - le plus possible basées sur les preuves

29

Améliorer la veille sur les actes suicidaires en établissement de santé

Il est indispensable d'**améliorer la collecte des données** sur le suicide et les tentatives de suicide en établissement de santé

Il est nécessaire de développer la culture de la **déclaration des EIGS**

30



AGISSONS POUR DEMAIN

Dr Xavier RICHOMME
Conseiller médical
Direction de la santé mentale
Ramsay Santé

Etat des lieux et politiques « zéro suicide »

31




**Peut-on prévenir
les actes suicidaires en établissement ?**

Etat des lieux et politiques « Zero suicide »

Dr Xavier RICHOMME
Conseiller médical, Direction Santé Mentale & Addictologie
Coordinateur Gestion de Crise, Direction Générale




32

Idées reçues



« *Nous avons tout fait, **normalement.*** »

« *Un patient qui veut se suicider, **il va toujours réussir.***

Il n'y a pas grand-chose à faire pour lutter contre cela... »

« *Parler de suicide à un patient, ça risque de **lui donner des idées...*** »

« *Moi, je n'évalue que **les patients à risque*** »



33



Le suicide en établissement

Quelle réalité ?



34

Analyse des actes suicidaires en établissement

NEVER EVENTS Ramsay Health Care
Signalement de EI (Plateforme GERIMED)



679 Actes suicidaires en ES Santé mentale

	2020	2021	2022	2023
Tentatives de Suicides	159	154	177	151
Suicides	10	10	13	5
Mode op prédominant	Pendaison	Pendaison	Pendaison	Pendaison

Analyses systémiques (Outil ACRES)

- Sous déclaration des tentatives de suicide
- Peu d'analyse sur les TS, en moyenne 5%
- Analyse difficile (Remise en question difficile, outil « généraliste »)

Analyse de la base de signalement des EIGS remontés à l'HAS (mars 2017 à juin 2021)



795 Actes suicidaires retenus
soit 20,3% des déclarations

Ajustement de variables

Analyse quantitative

Analyse qualitative

Revue bibliographique (2010 à 2021)

Limites de l'analyse:

- Basée sur la déclaration des professionnels et l'analyse faite par eux
- Sous déclaration nationale des EIGS
- Pas de déclaration de suicides dans le secteur ambulatoire



35

Le suicide en établissement

Dans la population générale

Mortalité pour
100 000 habitants
Europe **10,2**

Sexe ratio
43/ 1Q

Mortalité pour
100 000 habitants
France **13,4**

Diminution du taux de 1/3 en 10 ans

10 000 suicides par an
200 000 tentatives

Soit 28 suicides /jour
Et 685 tentatives



Pendaison



Arme à feu



Médicament



Saut Grande hauteur

En établissement de santé

Pas de registre...Estimations ?
HP: **36 à 250 suicides /100 000 adm**
HG: 2 suicides /100 000 admissions



Contexte
pathologique

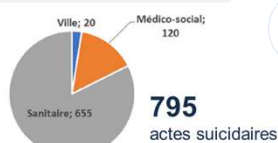


Evitable
61%
(sous estimé +++)

Suicide et tentative de suicide
= la première cause de
déclaration des EIGS (20,3%)



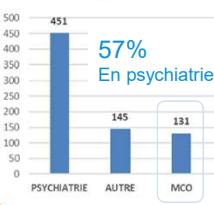
Situation clinique
et sociale



Pendaison 53%
Saut Gde hauteur
Médicament
Arme à feu

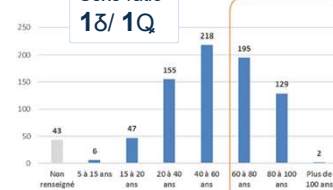


La nuit 72%
WE et JF : Pas significatif

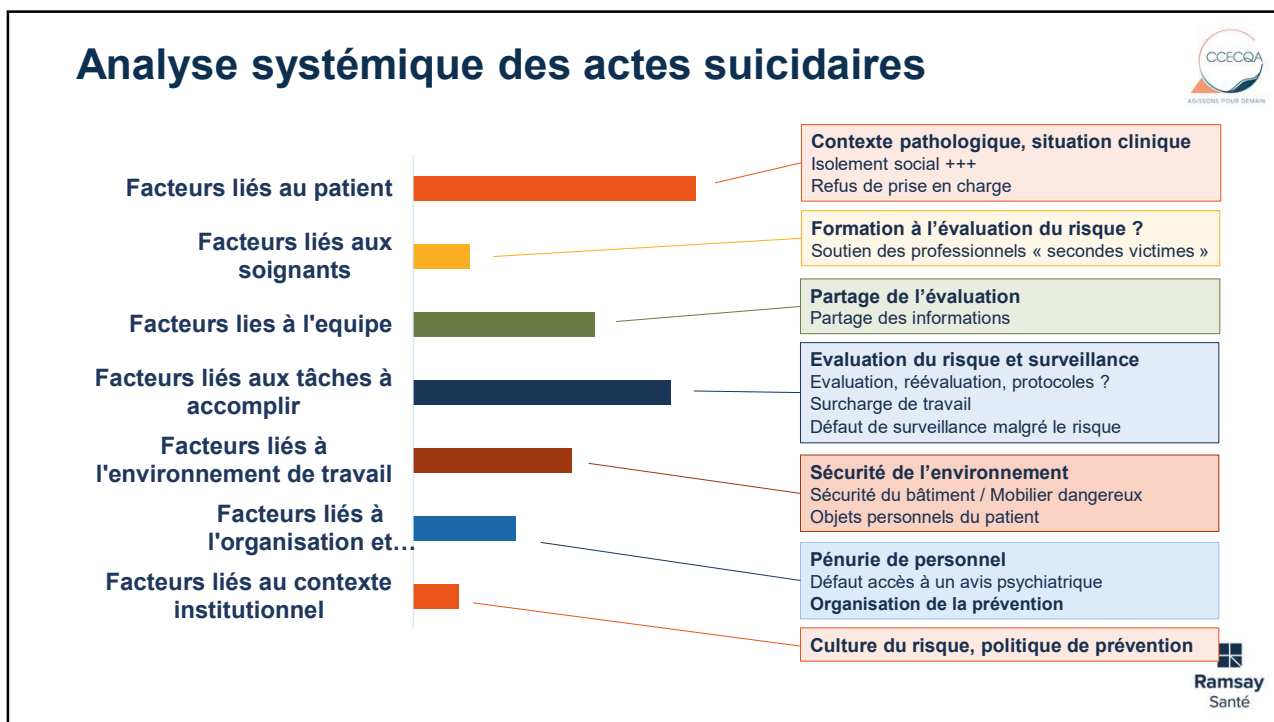


Sexe ratio
18/ 1Q

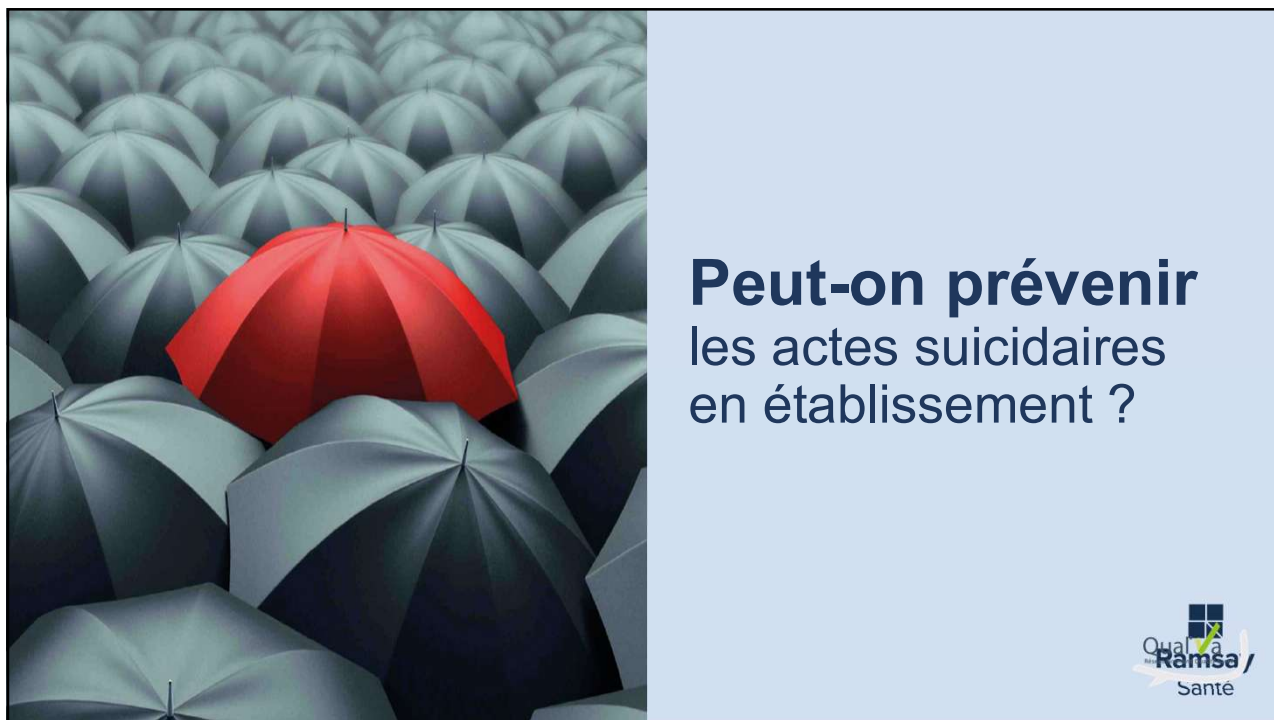
41%



36



37



38

Des politiques « Zéro Suicide » exemplaires



Veteran's Health Administration, USA

Check-Liste visant à réduire les moyens d'accès aux gestes suicidaires
Outils de détection et repérage. Accès aux soins facilité et renforcé
Passage de 4,2 pour 100 000 admissions à **0,74** et maintien depuis 7 ans



39

Des politiques « Zéro Suicide » exemplaires



Veteran's Health Administration, USA

Check-Liste visant à réduire les moyens d'accès aux gestes suicidaires
Outils de détection et repérage. Accès aux soins facilité et renforcé
Passage de 4,2 pour 100 000 admissions à **0,74** et maintien depuis 7 ans

Magellan Health Services, en Arizona, USA

Changement de culture: *le suicide est un problème systémique et non celui du seul thérapeute*
Formation ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training)
Repérage massif, évaluation, outils d'aide à la décision intégré dans le DPI, PEC dans les 48 heures.
Plan de soutien et suivi ++ Caring letter
Réduction de 67% du nombre de suicides en 3 mois (42% chez les malades psychiatriques graves)

« **One Suicide
Is Too Many** »
(un suicide est
déjà trop)



40

Des politiques « Zéro Suicide » exemplaires



Veteran's Health Administration, USA

Check-Liste visant à réduire les moyens d'accès aux gestes suicidaires
Outils de détection et repérage. Accès aux soins facilité et renforcé
Passage de 4,2 pour 100 000 admissions à **0,74** et maintien depuis 7 ans

Magellan Health Services, en Arizona, USA

Changement de culture: *le suicide est un problème systémique et non celui du seul thérapeute*
Formation ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training)
Repérage massif, évaluation, outils d'aide à la décision intégré dans le DPI, PEC dans les 48 heures.
Plan de soutien et suivi ++ Caring letter
Réduction de 67% du nombre de suicides en 3 mois (42% chez les malades psychiatriques graves)

Clinique Henry Ford, Détroit (Michigan), USA

Repérage systématique et répété chez tous les patients, surtout hors psychiatrie (pathologies chroniques)
PEC même sans une unité de soins primaire
Plan de soins +++ Suivi médical accru
Passage de 89 pour 100 000 patients à **16 pour 100 000**. (0 en 2008)

ay
Santé

41

Des politiques « Zéro Suicide » exemplaires



Ontario & Quebec, Ca

Politique « Zero suicide » à l'échelle de l'Etat.
Sensibilisation, formations, recommandations, outils et procédures

Promotion de la santé mentale et sensibilisation à la prévention du suicide

Prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide

Formation et soutien des professionnels et des intervenants

Développement et intégration de connaissances et actualisation des pratiques

Réduction de 80% du nombre de gestes suicidaires



42

Des politiques « Zéro Suicide » exemplaires



Organisation Mondiale de la Santé

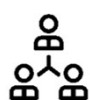
LIVE LIFE, 2021

Australia, Denmark, French Polynesia, Hong Kong, Japan, Malaysia, Netherlands, New Zealand, Taiwan, United Kingdom, United State, Canada, Chine



43

Une ambition commune: tendre vers « Zéro suicide »



Communautés de pratiques
Réunions de sensibilisation

Partager

Evaluer

Repérage / Dépistage systématique
Evaluation des besoins individuels et de la situation
Monitorage du niveau de besoins
Partage de l'évaluation
Protocolisation des CAT



Immobilier
Mobilier
Effets personnels

Sécuriser

Accompagner

Postvention
Soutien aux professionnels
Plan de sécurisation personnalisé
Dispositif Vigilans ou équivalent



Apprendre

Formation des professionnels
Analyse des gestes suicidaires (suicides et tentatives de suicide +++)
Analyse systémique adaptée
RETEX réguliers



44



PARA-PSY

Protéger
Anticiper
Regarder
Accompagner



45



Le suicide en établissement, un évènement évitable ?

Suicide = Never Event Ramsay Health Care

Un constat
Augmentation après la pandémie COVID



Année	Taux
2019	8
2020	11
2021	12
2022	13
2023	8
2024	15
2025	4

Un plan d'actions drastique après 2022

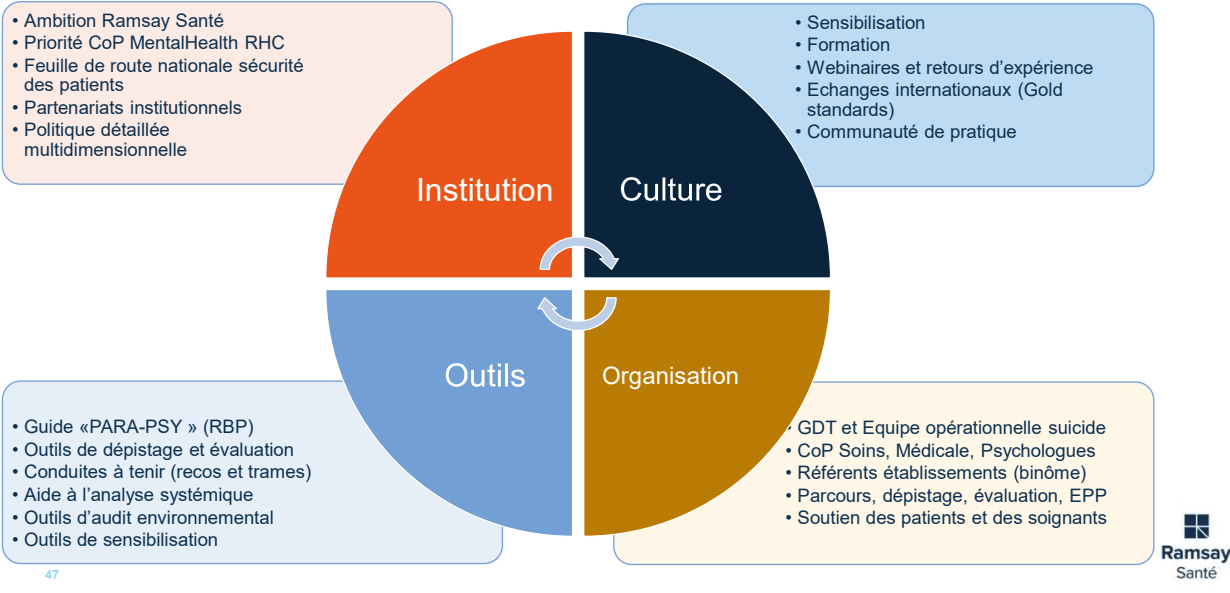
- Analyse approfondie des actes suicidaires en Santé Mentale
- Revue bibliographique
- Echange avec les autres pays RHC (Australie, UK, Suède, Norvège, Danemark)
- Suicide = Axe prioritaire stratégique
- Embauche d'un référent national « Suicide » (Analyse et Audit)
- GT « Zero suicide »

En parler, ne suit pas, il faut s'engager...



46

PARA-PSY : 4 piliers fondamentaux



47

En pratique pour les professionnels ?

Sécuriser l'environnement

- **Diagnostic** des pratiques et mesure de la culture sécurité
- **Audit immobilier et mobilier** + Gestion des effets personnels
- **Sensibilisation et formation** des professionnels (dont nouveaux arrivants)

Evaluer les besoins individuels

- **Dépistage** systématique et **évaluation** complémentaire du risque à l'entrée
- **Réévaluation** régulière (Echelle RSD) (Inclus dans le dossier patient informatisé)
- **Prise en compte** évolution clinique **et** sociale +++
- **Partage** des évaluations et conduites à tenir en réunion multidisciplinaire

Gérer l'évènement

- **Procédures partagées** en cas d'acte suicidaire (Postvention)
- **Plan Personnalisé de Prévention Individuelle** des patients
- **Soutien psychologique des soignants** (pairs aidants ? Association psy ? Equipe Op Psy ?...)

S'améliorer sans cesse

- **Traçabilité** de tous les gestes suicidaires et analyse systémique
- **Retours d'expérience** intra et inter établissement (Fiche RETEX + Webinaires)
- **Audit des pratiques** (Indicateurs)

48



49

Et si on ouvrait tous un PARA-PSY ?

CCECQA

AGISSONS POUR DEMAIN

Ramsay Santé

50



Caroline BIZET
Cheffe de projet
Bureau qualité, parcours, usagers
Sous-direction de la prise en charge
hospitalière et des parcours ville-hôpital
Ministère de la Santé

Une feuille de route nationale pour améliorer
la sécurité des patients et résidents

51



Questions & Réponses

52

