



PRÉVENIR LE RISQUE SUICIDAIRE EN ÉTABLISSEMENT

Guide d'instruction de la grille
d'auto-évaluation de la sécurisation
de l'environnement de soins

Janvier 2026

PRÉAMBULE

PRÉVENIR LES ACTES SUICIDAIRES EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS

Un nombre élevé de suicides et tentatives de suicide en établissement de santé

Dans le cadre du dispositif national de déclarations des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS), 755 suicides ou tentatives de suicide en établissement de soins et structures médico-sociales ont été déclarés en France entre mars 2017 et juin 2021, dont 515 suicides aboutis, soit 130 suicides par an. Ce chiffre est très probablement sous-estimé [1]. Des gestes auto-infligés non suicidaires, dont le nombre reste imprécis, ont également lieu en établissements de santé chaque année et ne sont pas rapportés.

Les suicides et tentatives de suicide représentaient 20,3 % des déclarations d'EIGS à la Haute autorité de santé (HAS) en 2021, soit la première cause de déclarations. Ce chiffre tend à rester stable depuis cette date.

Ces actes ont lieu en établissements et services psychiatriques (46 %) comme en services médicaux et chirurgicaux (36 %) et en établissements médico-sociaux (15 %) (EPAHD notamment).

Notons que la littérature internationale rapporte une inquiétante augmentation des suicides à l'hôpital psychiatrique au cours des dernières décennies [2].

Les actes suicidaires en établissement de soins en France sont très majoritairement réalisés par pendaison : 53 % de l'ensemble des actes suicidaires, plus important en cas de suicide abouti. Le second moyen est la précipitation d'une hauteur. Ces données sont en accord avec la littérature internationale [3].

Des périodes à risque ont été identifiées, notamment la première semaine d'hospitalisation, la nuit et les weekends, et lors des changements d'équipe. Les facteurs de risque individuel identifiés sont peu prédictifs.

Une triple onde de choc

Le suicide à l'hôpital est une onde de choc qui va heurter d'abord les proches du patient. Le deuil après suicide, particulièrement traumatique, est complexe et prolongé, marqué par la culpabilité, la colère et parfois des idées suicidaires [4]. Il ne peut être qu'associée à une incompréhension majeure quand le suicide a eu lieu à l'hôpital et si la personne a été hospitalisée « pour la mettre à l'abri ».

Ces suicides heurtent également les autres patients hospitalisés. Il existe un risque faible mais non négligeable de « contagion suicidaire » c'est-à-dire l'occurrence dans un temps rapproché de plusieurs autres occurrences de geste suicidaire voire de suicide dans le service, l'unité ou l'établissement où a eu lieu le suicide [5].

Le suicide d'un patient est aussi un traumatisme pour de nombreux soignants - notamment les plus jeunes, ceux qui connaissaient bien la victime, et ceux qui ont découvert le corps - avec des risques psychosociaux significatifs dont les changements de lieu de travail voire de carrière [6]. Le suicide dans un établissement de santé est aussi associé à un risque de désorganisation prolongée du service où celui-ci a eu lieu.

Les limites de l'évaluation du risque suicidaire et de la surveillance continue

La prévention du suicide et des tentatives de suicide en établissement de soins repose sur l'identification d'une crise suicidaire actuelle suivie par une intervention individuelle appropriée. Le personnel doit donc être formé à poser la question des idées suicidaires et à intervenir. Les services doivent être organisés pour répondre à ces crises psychiques relativement fréquentes parmi des personnes en situation aiguë de souffrance physique et/ou mentale. Cela concerne autant les établissements et services psychiatriques que ceux de médecine, chirurgie, obstétrique ou réhabilitation et soins de suite, ainsi que les établissements médico-sociaux.

Toutefois, cette prévention ne peut pas uniquement reposer sur le repérage de la crise suicidaire. En effet, cette évaluation est complexe. Elle est notamment largement dépendante de la capacité du patient ou du résident à communiquer ouvertement ses pensées suicidaires avec le soignant. De nombreux freins personnels peuvent limiter la divulgation de pensées suicidaires (honte, peur des conséquences, interdits religieux, etc.).

Par ailleurs, la crise suicidaire est susceptible de fluctuations rapides, au cours de la journée. Un sujet en situation de vulnérabilité peut rapidement basculer dans un état de souffrance aiguë, penser que personne ne peut l'aider à surmonter ses difficultés (et donc ne pas demander d'aide) et passer à l'acte dans sa chambre à quelques mètres du poste de soins.

Le risque suicidaire est en outre multifactoriel, ce qui rend son estimation difficile. Plusieurs études montrent que l'évaluation du risque suicidaire, même par des professionnels aguerris, est peu prédictive de l'occurrence ultérieure de gestes

suicidaires même à court terme [7]. De fait, de nombreux suicides en établissements de santé sont réalisés par des personnes qui n'étaient pas identifiées à risque. Il est probablement préférable de considérer que toute personne hospitalisée est par définition à risque et justifie donc une attention particulière concernant le risque de développer des pensées suicidaires.

Même en ayant identifié un patient en crise suicidaire, il est illusoire de penser que la surveillance continue est suffisante. Cette approche se heurte en effet à plusieurs problèmes : le manque fréquent de personnel en établissement de soins, des aspects éthiques de protection de l'intimité et probablement des effets négatifs pour la relation soignant-soigné d'une surveillance trop intense. Les patients et les résidents vivent souvent ces mesures comme un manque de confiance et les soignants vivent mal le rôle de « gardien ».

Ainsi, si la formation correcte et répétée du personnel à l'évaluation de la crise suicidaire et à une intervention adaptée, bienveillante et empathique, ainsi qu'une surveillance médicale et paramédicale attentive assortie de modalités de communication efficaces entre soignants et avec l'entourage, sont bien entendu indispensables, elles ne peuvent suffire à garantir une prévention optimale du suicide et des tentatives de suicide à tout moment en établissements de santé.

Développer une culture de la prévention du suicide en établissement de santé

Au regard du nombre d'actes suicidaires en établissement de santé, il est souhaitable que chaque établissement se dote d'un plan de prévention du suicide. Ce plan devrait également inclure un plan de postvention définissant les interventions immédiates, à court terme et à moyen terme à mettre en œuvre après un acte suicidaire. De manière générale, il s'agira de développer une culture d'établissement de la prévention du suicide.

Le présent document cible un aspect particulier et essentiel de la prévention du suicide : la sécurisation de l'environnement du patient ou du résident, à savoir la sécurisation de l'immobilier et du mobilier. Nous renvoyons le lecteur aux recommandations du Groupe d'Etude sur la Prévention du Suicide (GEPS) pour une approche globale.

Une mesure essentielle : sécuriser l'environnement physique de soins

Réduire l'accès à un moyen létal est un moyen reconnu de prévention universelle du suicide [8]. Une idée reçue est que limiter l'accès un moyen suicidaire n'empêchera jamais quelqu'un en crise de passer à l'acte par un autre moyen. La réalité est toute autre. A l'acmé de la crise suicidaire, l'absence d'accès immédiat à un moyen létal conduit de nombreux sujets à différer leur acte ce qui augmente les chances de survie.

Les établissements de soins concentrent de nombreux patients en souffrance psychique susceptibles de développer, parfois de manière inattendue, une crise suicidaire. En service médico-chirurgicaux, les patients sont exposés à la douleur

physique, à l'annonce d'un pronostic défavorable et à une atteinte à leur intégrité physique ou à leur qualité de vie. En établissement médico-social, et plus particulièrement en EHPAD, l'arrivée en institution, le changement de repères, le fait de côtoyer d'autres personnes dépendantes ou en fin de vie sont des facteurs qui peuvent induire une souffrance psychique importante, avec un risque de passage à l'acte. En outre, de nombreux patients sont hospitalisés en psychiatrie, parfois sous contrainte, dans le but explicite de réduire le risque de passage à l'acte suicidaire en les mettant à l'abri d'eux-mêmes. Il est donc indispensable que les établissements de santé soient sécurisés vis-à-vis du risque de suicide de la même manière que vis-à-vis d'autres risques sanitaires.

Des études ont démontré que la sécurisation des locaux et du mobilier réduit de manière drastique le nombre de suicides. Par exemple, après un large audit des moyens qui ont été réellement utilisés par les patients pour se suicider dans leurs établissements [3], l'administration des vétérans américains (*Veteran Affairs*) a procédé à la sécurisation de ses établissements ce qui a conduit à un nombre quasi-nul de suicides en établissement [9]. Il est intéressant de noter que cet effet préventif s'est avéré persistant, à distance des actions de sécurisation. Le bénéfice ne semble donc pas seulement lié à un effet aigu de mobilisation des structures de soins et de son personnel.

La sécurisation des locaux et du mobilier nécessite un investissement initial conséquent mais dont les effets persistent au cours du temps au-delà des rotations du personnel. Soulignons que plusieurs de ces mesures de sécurisation contribuent également à prévenir les accidents et les agressions, et conduisent donc à un environnement de soins plus sûr pour les patients comme pour les soignants. Soulignons également que de nombreuses solutions techniques simples et peu coûteuses existent, et que sécurisation ne rime pas avec « bunkerisation ». De nombreuses solutions de sécurisation permettant de maintenir un cadre de vie pratique et agréable existent.

Par ailleurs, la sécurisation de l'environnement de soins ne se conçoit pas sans la mise en place de procédures systématiques **d'inventaire des affaires apportées à l'hôpital** par le patient ou le résident à son entrée ou au retour de permissions, ou apportée par son entourage. Plusieurs cas d'actes suicidaires par des moyens importés de l'extérieurs ont été décrits. L'importance de l'inventaire pour sa sécurité et la sécurité des autres patients/résidents et des soignants doit être expliquée au patient/résident en termes adaptés tout en répondant simplement à ses interrogations, freins et demandes.

Nous incitons le personnel soignant à organiser des formations d'inventaire par jeux de rôle afin d'améliorer l'acquisition de compétences en termes de modalités de réalisation et de réponse aux situations difficiles.

Enfin, la sécurisation concerne aussi les **chariots** utilisés par les infirmiers pour les visites en chambre, la prise des constantes et la délivrance des médicaments, et les chariots de nettoyage ménager des locaux. Il est indispensable de former le personnel

à une utilisation sécurisée de ces éléments indispensables de la vie en établissement de santé.

MODALITÉS GÉNÉRALES POUR LA SÉCURISATION DES LOCAUX ET DU MOBILIER

La sécurisation de l'environnement physique de soins ou de vie vis-à-vis du risque suicidaire repose sur une série d'actions coordonnées impliquant un **travail d'équipe** permettant de mettre en commun des compétences diverses : expérience des soignants et professionnels (par exemple vis-à-vis d'actes suicidaires passés), organisation des soins et des activités, connaissances techniques et architecturales, notamment.

Cette équipe comprendra des représentants du personnel soignant de l'unité de soins ou de vie et des services administratifs de l'établissement, incluant la direction et les services techniques.

Il est nécessaire que l'ensemble des participants soient pleinement convaincus du bénéfice de ces actions. Une ou plusieurs réunions préparatoires peuvent être nécessaires.

Schématiquement, la procédure comprend trois phases :

1. Un audit exhaustif de la sécurité de l'ensemble des lieux de soins et de vie

Cela inclut les chambres, salles de bains individuelles et collectives, les lieux collectifs (couloirs, salle à manger, séjours, etc.) et l'accès au poste de soins.

Cet audit doit préférentiellement utiliser la checklist présentée ici qui a été conçue sur la base d'informations recueillies après des cas de suicide et tentatives de suicide. Cette checklist permet d'assurer la plus grande exhaustivité.

Il est également suggéré de collecter les informations sur les cas de gestes suicidaires ayant eu lieu dans l'établissement durant les années précédentes (incluant lieu et moyens détaillés).

Il est nécessaire de s'assurer de prendre en compte la variabilité des pièces et du mobilier (par exemple, les chambres ou les salles de bain peuvent différer dans leurs conceptions).

L'audit doit être fait en prenant soin de ne pas être entendu des patients ou les résidents.

Plusieurs heures sont habituellement nécessaires.

2. Des travaux de sécurisation

Il est indispensable d'avoir une sécurisation complète, la sécurité ne pouvant pas être assurée si la sécurisation n'est que partielle.

Contrairement à une idée reçue, la sécurisation du mobilier et des locaux ne conduit pas systématiquement à un lieu de soins ou de vie aride, de nombreux aménagements de sécurité assurant au contraire un lieu de vie agréable.

Ces travaux doivent enfin respecter les autres règles de sécurité de l'établissement (incendie, évacuation, hygiène, etc.) et la dignité des patients.

a. Environnement adapté et sécurisé

La conception et l'aménagement des espaces de soins et vie doivent intégrer des mesures de sécurité spécifiques pour prévenir les actes de suicide. Cela concerne tous les lieux où les patients et personnes accompagnées résident ou auxquels ils ont facilement accès, notamment les chambres, couloirs, salles de bains, salles à manger, salles d'activité et l'accès au poste de soins. Les mesures incluent, entre autres, l'élimination des points d'ancrage pour se pendre (jusqu'à 20 cm du sol), l'utilisation de fenêtres incassables et l'utilisation de serrures de porte et d'ouvertures sécurisées qui permettent un accès rapide en cas d'urgence tout en préservant la confidentialité et la dignité du patient. Les locaux de stockage de produits de nettoyage et autres produits dangereux doivent être inaccessibles aux patients à tout moment.

b. Mobilier spécifique

Le mobilier doit être choisi avec soin pour éviter les risques de blessure ou d'utilisation dans un acte suicidaire ou hétéro-agressifs. Les meubles doivent être robustes mais avec des caractéristiques telles que des arêtes arrondies et des matériaux difficilement destructibles. Ces caractéristiques préviennent non seulement le suicide mais aussi réduisent les risques d'accidents et limitent les possibilités pour les agressions, garantissant ainsi un environnement sûr pour tous les occupants. Une attention particulière sera aussi portée sur les matériels et mobiliers pouvant procurer des liens favorisant une pendaison. On pensera notamment à sécuriser l'utilisation des cordons d'alimentation d'appareils électroniques, ou les cordons d'attaches ou d'appel malade...

3. Une vérification annuelle

Il s'agit de détecter toute modification ultérieure inappropriée (ajout de mobilier, travaux de réparation, etc.) ou usure dans les dispositifs qui pourraient compromettre la sécurité. C'est aussi l'occasion de s'assurer que les travaux prévus ont bien été effectués et d'assurer ainsi un suivi du plan d'actions qui découlera de l'audit précédent.

Conclusion

La sécurisation des locaux et du mobilier, ainsi que l'inventaire des affaires et la gestion sécurisée des chariots de soins et de nettoyage, sont des mesures préventives cruciales dans la lutte contre le suicide, mais aussi les accidents et les agressions, en

milieu de soins. En adoptant ces mesures, les établissements de soins peuvent non seulement sauver des vies mais aussi offrir un environnement plus sûr et plus accueillant pour tous.

RÉFÉRENCES

1. 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. 2022. 50p.
2. Walsh G, Sara G, Ryan CJ, Large M. Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(3):174-84.
3. Mills PD, King LA, Watts BV, Hemphill RR. Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: avoiding environmental hazards. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(5):528-36.
4. Creuzé C, Lestienne L, Vieux M, Chalancon B, Poulet E, Leaune E. Lived Experiences of Suicide Bereavement within Families: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(20):13070.
5. Niedzwiedz C, Haw C, Hawton K, Platt S. The Definition and Epidemiology of Clusters of Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide Life Threat Behav*. 2014
6. Leaune E, Allali R, Rotgé JY, Simon L, Vieux M, Fossati P et al. Prevalence and impact of patient suicide in psychiatrists: Results from a national French web-based survey. *Encephale*. 2021;47(6):507-13.
7. Corke M, Mullin K, Angel-Scott H, Xia S, Large M. Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. *BJPsych Open*. 2021;7(1):e26.
8. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-59.
9. Watts BV, Shiner B, Young-Xu Y, Mills PD. Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide. *Psychiatr Serv*. 2017;68(4):405-7.

GUIDE D'INSTRUCTION DE LA GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION DE LA SÉCURISATION DE L'ENVIRONNEMENT DE SOINS POUR LA PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE EN ÉTABLISSEMENT

Introduction

La grille d'auto-évaluation de la sécurisation de l'environnement de soins est un outil pratique de **prévention du risque suicidaire** en établissement.

Elle a pour objectif d'aider les équipes à **identifier, évaluer et cartographier les risques** liés aux éléments mobiliers et immobiliers qui pourraient favoriser le passage à l'acte ou compromettre la sécurité des patients et des résidents ainsi que des soignants.

Conçue à partir des travaux du **National Center for Patient Safety** (hôpitaux des vétérans américains) et adaptée par un groupe d'experts français, cette grille d'auto-évaluation permet de porter un regard systématique et exhaustif sur l'ensemble des espaces de soins et de vie : chambres, salles de bain, parties communes, etc.

Elle permet de réaliser un **diagnostic structuré** et **d'aider à la décision** pour planifier les actions correctrices et prioriser les investissements ou aménagements nécessaires.

Elle contribue ainsi à créer un environnement sécurisé et bienveillant, au service de la qualité et de la sécurité des prises en charge et accompagnements.

Cet outil ne prétend pas garantir le risque zéro, mais il soutient une démarche collective de vigilance et de prévention durable et efficace.

Attention : cette checklist ne peut pas remplacer la vigilance clinique ni la surveillance humaine. Cette action s'inscrit dans une démarche globale et intégrée de prévention.

A quel établissement s'adresse la grille d'auto-évaluation ?

La grille d'auto-évaluation est destinée aux établissements sanitaires (toutes disciplines) et médico-sociaux (plus particulièrement les EHPAD) .

Quelle est la périodicité recommandée ?

Il est recommandé de réaliser :

- une auto-évaluation initiale approfondie ;
- puis une auto-évaluation de suivi annuelle.

Une auto-évaluation complémentaire peut être pertinente notamment :

- après des travaux ou des modifications de locaux,
- lors de l'ouverture d'un nouveau service,
- à la suite d'un événement indésirable.

À noter aussi que cette grille peut aussi être utilisée pour compléter un cahier des charges relatif à la construction d'un nouveau bâtiment ou avant la réalisation d'important travaux de rénovation (action préventive d'aide aux architectes et maitres-d 'œuvre)

Quelle durée prévoir pour la réalisation de l'auto-évaluation ?

La durée totale de l'auto-évaluation est estimée à entre 2 à 4 heures incluant une présentation de l'outil, l'explication de ses objectifs, la prise en main de l'interface et le travail d'analyse sur le terrain.

Une réunion de préparation est recommandée afin de clarifier les objectifs, convaincre les participants ne connaissant pas la prévention du suicide de la pertinence de la démarche et organiser l'audit, incluant la prise en main de l'outil.

Idéalement, cette démarche doit s'inscrire dans le plan d'actions complémentaires animant une politique d'établissement visant à réduire (pour ne pas dire supprimer) le nombre d'actes suicidaires au sein de la structure, reposant sur 4 piliers : institutionnel, culturel, organisationnel et technique.

Qui participe à la réalisation de l'auto-évaluation ?

La réalisation de cette démarche repose sur la mobilisation de plusieurs professionnels aux compétences complémentaires :

- personnel soignant : repère les risques grâce à sa connaissance des pratiques de soins et du quotidien des patients et résidents (*observation clinique*), ainsi que sa propre expérience d'actes suicidaires passés de patients et résidents en établissement de santé.
- services techniques : évaluent les aspects matériels et structurels, identifient les aménagements nécessaires, juger de l'adéquation des corrections avec les règles de sécurité, d'hygiène ou incendie (*expertise technique*).
- cadre de santé et chef de service, directeur en EHPAD: pilotent la démarche, coordonnent les acteurs et valident les résultats pour garantir le suivi et l'amélioration continue (*coordination et validation*).

Les bonnes pratiques :

Afin de garantir la cohérence et la fiabilité de l'auto-évaluation, il convient de respecter certaines règles d'usages :

- la formation des équipes à l'utilisation de l'outil est impérative : une mauvaise compréhension de la grille peut induire une évaluation erronée du niveau de risque.
- la démarche doit être conduite en équipe, avec la présence d'au moins un représentant des services techniques.
- les professionnels doivent éviter au maximum d'échanger au sujet des constats en présence des patients.
- il est préférable de mener l'audit d'une unité de soins ou de vie en une seule fois.

- il est préférable de suivre un ordre logique dans l'inspection des pièces, en commençant par la chambre, puis la salle de bain, les toilettes, les espaces communs, le poste de soins.
- l'appareil (smartphone, tablette) doit rester connecté au réseau tout le long de l'audit afin d'assurer la sauvegarde continue des données.
- assurez-vous que l'appareil soit suffisamment chargé avant de procéder à l'audit.
- il est indispensable de croiser cette évaluation avec d'autres vérifications (telles que celles de la sécurité incendie ou bien de la maintenance technique).

Que mesure la grille d'auto-évaluation ?

La grille d'auto-évaluation vise à évaluer le niveau de sécurité de l'environnement de soins en établissement. Une grille spécifique est disponible pour 7 pièces distinctes :

1. la chambre
2. la salle de bain
3. les toilettes
4. le chambre d'isolement
5. l'entrée de l'unité
6. la salle à manger
7. le poste de soin.

Chaque pièce est examinée à travers une série d'items répartis en deux types de catégories :

- **des catégories générales regroupant des items communs à l'ensemble des espaces** (sols, murs, plafonds, fenêtres, portes, meubles, placards, armoires, étagères, penderies...).
- **une catégorie spécifique d'items regroupant les éléments propres à la pièce auditée :**

Exemple de la catégorie spécifique d'items relatifs à la chambre : les installations montées, les serrures de portes, les portes de chambres à coucher, les miroirs, les lits plateformes, les draps, les oreillers et matelas...

Le déroulement de la démarche :

1. Se préparer :

- Convenez, au préalable du commencement de l'audit, de la répartition des rôles (observation et saisie des informations).
- Si besoin, prévenez les patients pour éviter de les surprendre.

- Dupliquer le modèle Forms correspondant à la pièce à auditer afin de créer le formulaire pour votre établissement. Les modèles Forms sont disponibles sur la page internet du ministère suivante : [Prévenir le risque suicidaire en établissement - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées](#)
- Vous pouvez également créer un QR code pour accéder au formulaire
- Ouvrez un formulaire Forms pour saisir l'audit d'une pièce et recommencer ensuite pour chaque pièce auditée.
- Pour Commencer, renseignez les informations nécessaires à l'identification de la pièce :
 - o la localisation (service, étage),
 - o le numéro de la pièce (s'il en existe un),
 - o le type de pièce auditée,
 - o la date et l'heure du commencement de l'audit.

2. Observer :

- **Pour chaque item :**
 - o Vérifier visuellement et physiquement la conformité.
 - o Cocher la colonne « Fait / Pas Fait / Non applicable ». Non applicable correspond, par exemple, à un item qui n'est pas présent dans la pièce.

Chaque question exige de la part de l'agent une observation attentive et une vérification précise de l'environnement et du mobilier. Le degré de priorisation des items est précisé par le biais des termes « incontournable », « recommandé » et « excellence » et guide le personnel dans le choix des travaux à entreprendre en urgence.

Pour chaque item, vous pouvez consulter les aides au remplissage directement accessibles depuis le formulaire Forms détaillant les attendus de chaque item à renseigner.

[Guide d'accompagnement au remplissage de la grille d'auto-évaluation - CHAMBRE](#)

[Guide d'accompagnement au remplissage de la grille d'auto-évaluation - SDB-TOILETTES](#)

[Guide d'accompagnement au remplissage de la grille d'auto-évaluation - CHAMBRE](#)

[ISOLEMENT](#)

[Guide d'accompagnement au remplissage de la grille d'auto-évaluation - SALLE A MANGER](#)

[Guide d'accompagnement au remplissage de la grille d'auto-évaluation - POSTE DE SOINS](#)

[Guide d'accompagnement au remplissage de la grille d'auto-évaluation - ENTREE ET](#)

[COULOIRS](#)

[Guide d'accompagnement au remplissage de la grille d'auto-évaluation - AUTRE PIECE](#)

- ⇒ L'agent répète ensuite le même procédé pour chacune des catégories d'items de la pièce.
- Une fois le dernier item complété, validez et enregistrez la réponse
- Pour initier nouvel audit, compléter un nouveau formulaire Forms correspondant à la pièce audité.

3. Analyser :

Tout au long de l'auto-évaluation, la consultation des réponses est disponible dans Forms.

Pour chaque formulaire Forms correspondant à une pièce, les résultats complets sont consultables dans la partie « voir les réponses ». Un fichier Excel reprenant l'ensemble des réponses saisies pendant l'auto-évaluation est également téléchargeable.

Les résultats peuvent ainsi être analysés :

1/ par grande catégorie d'items (murs, plafonds, sols...)

2/ par niveau de priorisation « incontournable », « recommandé, « excellence »

- Incontournables : ces items sont issus de l'analyse de la réglementation en vigueur. Ils sont donc prioritaires dans la réalisation de travaux ou actions de sécurisation.
- Recommandés : ces items sont issus de l'analyse des recommandations élaborées par les sociétés savantes, la Haute Autorité en Santé ou de l'analyse systémique de cas d'actes suicidaires. Ils constituent ce qui est communément appelé « les bonnes pratiques ». Ce sont des points essentiels pour sécuriser l'environnement des patients et résidents.
- Excellence : ces items sont issus des expériences développées par les établissements ayant mis en œuvre avec succès une politique « zéro-suicide ». Certains sont transposables dans d'autres structures, d'autres ne le sont pas.

En premier lieu, les établissements ayant conduits l'auto-évaluation pourront **prioriser leurs actions de sécurisation en se basant sur ces trois niveaux de priorité.**

D'autres critères viendront pondérer cette hiérarchisation : la typologie des patients / résidents accueillis, la fréquence d'observation des items non conformes, les ressources financières et humaines de l'établissement, etc.

Les résultats doivent d'abord permettre d'appréhender le niveau de sécurité de l'environnement des soins dans l'établissement et d'en apprécier la variabilité selon les services. Il permet aussi d'évaluer la somme de travaux à entreprendre, les coûts et les priorités.

À long terme, ces résultats permettent de suivre le niveau de sécurité des espaces et leurs évolutions au gré des actions correctives.

4. Corriger :

Les résultats doivent inciter les établissements à **engager des actions et travaux permettant de renforcer la sécurité de l'environnement de soins**. Certaines actions peuvent être réalisées immédiatement (par exemple, ôter des objets dangereux), ou rapidement et à moindre coût.

Les actions correctives doivent concerner l'ensemble des locaux, et l'ensemble des items, pour être efficaces. La sécurisation d'un nombre limité de chambres pour « patients à risque » n'est pas une mesure efficace en raison de la difficulté à évaluer et monitorer le risque suicidaire individuel.

Il sera important de s'assurer que les actions décidées soient effectivement mises en œuvre. Un plan de suivi des travaux et actions sera nécessaire. On pourra par exemple intégrer ces actions dans le plan d'actions qualité et sécurité des soins (le PAQSS) de l'établissement. Le renouvellement annuel de l'audit constituera un moyen très efficace de suivi des actions et de mesure d'impact sur la sécurisation de l'environnement des patients et résidents.

Les actions d'amélioration peuvent être reprises dans un plan d'actions spécifique (cf. annexe 1)

Annexe 1 : exemple de plan d'action à mettre en œuvre à la suite de l'auto-évaluation

Pièce(s) et item(s) concernés	Problème(s) identifié(s)	Objectif / Résultat recherché	Quoi faire ?	Par qui ?	Comment ?	Ressources	Quand ?	Combien ?	Évaluation / État d'avancemen t

Remerciements

Les membres du groupe de travail ayant contribué à l'élaboration de ce guide et de cet outil sont :

Pr Fabrice Jollant, psychiatre, service de psychiatrie et d'addictologie, AP-HP ; groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS)

Dr Xavier Richomme, référent médical à la direction de la santé mentale, Ramsay Santé, et coordonnateur médical du Réseau normand Qualité Santé Qual'Va

Pr Catherine Massoubre, cheffe de service de psychiatrie, CHU de Saint-Étienne ; groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS)

Dr Christophe Schmitt, président de la conférence nationale des présidents de CME de CHS, président de la CME de l'EPSM Metz-Jury

Dr Edgar Tissot, conférence nationale des présidents de CME de CHS, président de la CME du centre hospitalier de Novillars – groupement psychiatrie médico-social Doubs Jura

Dr François Appavoupoule, conférence nationale des présidents de CME de CHS, président de la CME de l'EPSM de La Réunion

Dr Cynthia Garignon, représentante de la conférence nationale des présidents de CME de CH ; Hôpital Yves Le Foll de Saint-Brieuc

Amélie Prigent, cheffe de projet, service des bonnes pratiques, Haute Autorité de Santé

Isabelle Nicoulet, responsable du département Réclamations, événements indésirables et vigilances, ARS Île-de-France

Julien PRIM, directeur de la Staraqs, structure d'appui régionale à la qualité des soins et à la Sécurité des patients d'Île-de-France

Pauline Mercier, chargée de programme en santé - prévention du suicide, DGS

Dr Pilar Arcella-Giroux, conseillère médicale en santé mentale des adultes, DGS

Réseau des experts immobiliers de l'ANAP :

Aurélie Minier, ingénieure travaux, GH La Rochelle

Tahar Benhassan, directeur des travaux, CH Vendée

Christophe Darret, directeur du patrimoine, des travaux, de la maintenance et de la sécurité, EPS Ville-Évrard

Gwenaëlle Pillon, experte immobilière, ANAP

Philippe Dieudonné, expert immobilier, ANAP

Coordination des travaux :

Edith Riou, cheffe du bureau de la qualité, des parcours et des usagers (P4), DGOS

Caroline Bizet, cheffe de projet qualité et sécurité de soins au bureau P4, DGOS



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de l'offre de soins**