

1 Kessler, R. C., Bossarte, R. M., Luedtke, A., Zaslavsky, A. M. et Zubizarreta, J. R. (2020). Suicide Prediction Models: a Critical Review of Recent Research with Recommendations for the Way Forward. *Molecular psychiatry*, 25(1), 168-179.

2 Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S. et Silverman, M. (2022). Assessment of Suicide Risk in Mental Health Practice: Shifting from Prediction to Therapeutic Assessment, Formulation, and Risk Management. *The lancet Psychiatry*, 9(11), 922-928.

3 Gallien, Y., Broussouloux, S., Demesmaeker, A., Fouillet, A., Mertens, C., Chin, F., Cassourret, G., Caserio-Schonemann, C., Du Roscoät, E., Le Strat, Y., Vigilans Collaborators, Sire, D., Tainturier, C.-M., Walter, M., Berrouquet, S., Guillin, O., Fouldrin, G., Boittiaux, G., Courtet, P. et Debien, C. (2025). Outcomes and Cost-Benefit of a National Suicide Reattempt Prevention Program. *Jama Network Open*, 8(8), e2525671.

4 Ferguson, M., Rhodes, K., Loughhead, M., McIntyre, H. et Procter, N. (2022). The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *Archives of suicide research: Official journal of the international academy for suicide research*, 26(3), 10221045.

5 Stanley, B., Chaudhury, S. R., Chesin, M., Pontoski, K., Bush, A. M., Knox, K. L. et Brown, G. K. (2016). An Emergency Department Intervention and Follow-Up to Reduce Suicide Risk in the VA: Acceptability and Effectiveness. *Psychiatric Services*, 67(6), 680-683.

**Benoit Chalancon**

**Infirmier, doctorant en santé publique**  
*Research on healthcare performance (Reshape)*  
Inserm U1290  
Université Claude-Bernard Lyon 1

**Tamara Vernet**

**Infirmière en pratique avancée**  
Centre de prévention du suicide  
Le Vinatier Psychiatrie universitaire Lyon Métropole

# Intervention brève de santé en prévention du suicide : la prévention en action

**L**a prévention de la réitération suicidaire est un des axes de la stratégie nationale du suicide. Il s'inscrit dans un changement de paradigme majeur en prévention du suicide. Après des années de recherche, la communauté scientifique dresse un constat d'échec sur sa capacité à développer des stratégies de prédiction du geste suicidaire<sup>1</sup> et prône désormais une stratégie d'évaluation compréhensive de la crise suicidaire avec la mise en place de stratégie de prévention de la crise suicidaire<sup>2</sup>.

## Les interventions brèves de santé en prévention du suicide

Dans ce contexte, les interventions brèves de santé peuvent se définir comme des interventions qui interfèrent à minima avec la vie quotidienne des personnes afin de maintenir un lien au long cours. Elles se révèlent particulièrement efficaces pour réduire la réitération suicidaire. Ces interventions peuvent prendre différentes formes : des appels téléphoniques, des SMS, un numéro vert, un plan de protection (*safety plan*) ou encore des contacts par courrier ou cartes postales. En France, le dispositif Vigilans combine plusieurs interventions (soit les rappels téléphoniques, la carte ressource et les cartes postales) dans l'objectif de prévenir le geste suicidaire. Cette intervention offre la possibilité aux personnes ayant réalisé un geste suicidaire de s'inscrire dans une stratégie de veille où des professionnels de santé auront le souci de prendre de leurs nouvelles et de les encourager à aller vers le soin quand cela s'avère nécessaire. Une étude récente démontre l'efficacité de cette stratégie avec une diminution de 38 % de la réitération suicidaire à un an<sup>3</sup>. Aux États-Unis, ces dernières années, Barbara Stanley et Gregory K. Brown, tous deux professeurs de psychologie, ont développé et évalué une intervention brève de santé en prévention du suicide : le plan de protection.

## Le plan de protection

Le plan de protection est une liste de stratégies coconstruite entre la personne ayant réalisé un geste suicidaire et un professionnel de santé formé à l'outil. S'inscrivant dans une prise en charge globale, le plan de protection vise à accompagner la personne en crise suicidaire à travers la mise en place de réponses adaptées à son état de détresse psychologique et à la mise en évidence de ressources disponibles.

## Le plan de protection se construit en 6 étapes consécutives.

### Étape 1

**Les signes annonciateurs d'une crise (tels que des pensées, des images, des humeurs, des situations ou certains comportements)**

Cette première étape permet de repérer précocement les manifestations évocatrices d'une crise suicidaire. Plus ces signes sont spécifiques, plus ils seront facilement identifiables par la personne.

### Étape 2

**Les stratégies d'adaptation interne, soit « Ce que je peux faire pour penser à autre chose que mes problèmes sans faire appel à quelqu'un »**

Il s'agit ici d'identifier des stratégies simples, déjà connues, que la personne peut mobiliser seule pour apaiser la tension ou se distraire. Cette étape vise à renforcer l'autonomie et sa capacité d'agir.

### Étape 3

**Les personnes ou environnements sociaux pouvant me changer les idées**

L'objectif est de s'appuyer sur des interactions sociales de distraction qui permettent de rompre l'isolement sans évoquer directement les idées suicidaires. Cela peut inclure des proches, des lieux publics ou des espaces sociaux en ligne.

### Étape 4

**Les personnes à qui je peux demander de l'aide**

Cette étape vise à identifier dans l'entourage les personnes avec qui la personne peut évoquer explicitement ses idées suicidaires et obtenir du soutien. La coconstruction permet de vérifier la disponibilité de ces proches et leur capacité à entendre et à accueillir la demande d'aide.

### Étape 5

**Les professionnels ou dispositifs que je peux contacter durant une crise**

Les professionnels de santé interviennent lorsque les étapes précédentes n'ont pas permis de réduire la crise. Il convient d'évaluer avec la personne les éventuels freins à la sollicitation de ces ressources (tels que des expériences antérieures, l'accessibilité ou la mobilité) afin de favoriser leur activation en situation de crise.

6 Chalancon, B., Leaune, É., Vacher, A., Vernet, T., Vieux, M., Lau-Taï, P. et Poulet, E. (2025). French translation and adaptation of the "safety planning intervention" for the prevention of suicide attempts: A four-step method. *L'Encéphale*, 51(5), 532-538.

7 Chalancon, B., Toniolo, T., Vacher, A., Poulet, E., Colin, C. et Leaune, E. (2025). *The Mechanisms Underpinning the Effectiveness of Brief Contact Interventions After Suicide Attempts: An Updated Systematic Review* [document soumis pour publication].

8 Fleischmann, A. (2008). Effectiveness of Brief Intervention and Contact for Suicide Attempters: A Randomized Controlled Trial in Five Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703709.

9 Bevione, F., Panero, M., Abbate-Daga, G., Cossu, G., Carta, M. G. et Preti, A. (2024). Risk of Suicide and Suicidal Behavior in Refugees. A Meta-Review of Current Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Journal of psychiatric research*, 177, 287-298.

10 Vijayakumar, L., Mohanraj, R., Kumar, S., Jeyaseelan, V., Sriram, S. et Shanmugam, M. (2017). Casp - An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. *International journal of social psychiatry*, 63(7), 589-597.

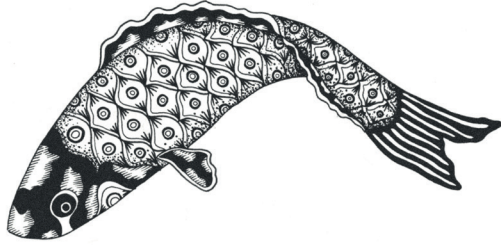
11 Ferguson, M., Posselt, M., McIntyre, H., Loughhead, M., Kenny, M. A., Mau, V. et Procter, N. (2022). Staff Perspectives of Safety Planning as a Suicide Prevention Intervention for People of Refugee and Asylum-Seeker Background. *Crisis*, 43(4), 331-338.

12 Procter, N., Posselt, M., Ferguson, M., McIntyre, H., Kenny, M. A., Curtis, R., Loughhead, M., Clement, N. et Mau, V. (2022). An Evaluation of Suicide Prevention Education for People Working With Refugees and Asylum Seekers. *Crisis*, 43(3), 205-213.

## Étape 6

### Sécuriser l'environnement en limitant l'accès au(x) moyen(s) suicidaire(s)

Cette dernière étape vise à réduire l'accès aux moyens suicidaires identifiés. La sécurisation peut inclure la mise sous clé ou l'éloignement des objets ou substances à risque, éventuellement avec l'aide d'un proche.



La mise en place collaborative de cette stratégie apporte des données d'efficacité très encourageantes avec une diminution de 45 % des réitérations suicidaires à six mois. Il est également démontré des bénéfices en termes de diminution des idées suicidaires, une réduction des symptômes dépressifs et une fréquentation moindre des services d'urgence au motif d'une crise suicidaire. En parallèle, l'adhésion aux soins s'améliore tout comme la capacité à mobiliser ses stratégies de gestion de stress<sup>4</sup>. Dans des études qualitatives, l'utilité de l'outil, sa facilité d'usage et sa faisabilité dans le contexte du soin sont attestées par les professionnels tout comme par les personnes directement concernées<sup>5</sup>. En France, si l'outil n'est pas inconnu de certaines équipes de soin, son efficacité au niveau national demeure à démontrer. Une étude contrôlée randomisée est en cours pour mesurer l'efficacité du plan de protection lorsqu'il est mis en place par un infirmier des urgences afin de prévenir la réitération suicidaire. Dans ce cadre, une traduction de l'outil en français a été publiée<sup>6</sup> et rendue librement accessible et téléchargeable. La formation au plan de protection est recommandée par les auteurs Barbara Stanley et Gregory K. Brown. Ils décrivent cette intervention comme une pratique clinique collaborative s'inscrivant dans l'évaluation de la crise suicidaire. Celle-ci mobilise ainsi des compétences cliniques préalables chez les professionnels de santé, notamment en conduite d'entretien, en évaluation de la crise suicidaire, ainsi qu'en connaissances et expérience en prévention du suicide. Si les professionnels de santé sont ainsi un public prioritaire pour recevoir une formation à l'outil, d'autres acteurs (tels que les travailleurs sociaux ou les pairs-aidants), engagés au quotidien auprès des personnes en situation de vulnérabilité, pourraient également en bénéficier. Bien que les modalités de formation à l'outil demeurent peu documentées, une revue de la littérature en cours de publication<sup>7</sup> suggère un contenu articulant apports théoriques et exercices pratiques, avec un accent particulier mis sur la coconstruction du plan. Ce principe s'inscrit

dans les approches collaboratives en suicidologie, notamment celles développées par David A. Jobes, qui partagent avec Barbara Stanley et Gregory K. Brown l'idée centrale d'impliquer activement la personne dans l'élaboration de stratégies adaptées en situation de crise.

### Le plan de protection, une initiative mondiale

L'Organisation mondiale de la santé a été la première lanceuse d'alerte en faveur de la prévention du suicide, tout comme elle fut également à l'origine d'un programme international de recherche dédié à sa prévention en l'an 2000 - le programme *Supre-miss*. Bien que le plan de protection n'existât pas encore, cet outil repose sur des principes très proches (soit l'identification des signes d'alertes, des stratégies d'adaptation et des contacts d'urgence). Un essai contrôlé randomisé, mené dans cinq pays, conclut à des résultats favorables avec moins de décès par suicide dans le groupe intervention. Ces résultats sont d'autant plus marquants que cette intervention est à faible coût et prouve son efficacité dans des contextes culturellement différents<sup>8</sup>.

### Le plan de protection, une approche à explorer pour les populations réfugiées

La dernière décennie a connu une augmentation historique du nombre de personnes réfugiées et demandeuses d'asile. Des données récentes de la littérature scientifique nous alertent sur le fait que les personnes réfugiées présentent des taux de suicide, de tentative de suicide et d'idées suicidaires plus élevés que les personnes vivant dans les pays d'accueil<sup>9</sup>. Bien qu'il existe peu de preuves scientifiques disponibles sur les meilleures stratégies de prévention du suicide à adopter auprès de ces populations, les interventions brèves de santé, et en particulier le plan de protection, sont à ce jour les seules à montrer des résultats. Une étude menée en Inde dans la région du Tamil Nadu auprès de personnes réfugiées a montré l'efficacité du plan de protection avec une diminution significative des tentatives de suicide à quinze mois<sup>10</sup>. Dans une étude portant sur le point de vue des professionnels utilisant le plan de protection auprès des personnes réfugiées et demandeuses d'asile, il ressort que celui-ci est perçu comme bénéfique et utile<sup>11</sup>. Le déploiement de formations à la prévention du suicide, spécifiques aux personnes travaillant avec les personnes réfugiées et en demande d'asile, est par ailleurs en cours d'évaluation par des équipes de recherche<sup>12</sup>.

La prévention du suicide évolue vers des approches pragmatiques et centrées sur la personne. Les interventions brèves, et en particulier le plan de protection, s'imposent comme des outils efficaces et perçus comme utiles par les professionnels de santé et les personnes directement concernées. Le défi reste désormais leur évaluation rigoureuse dans le contexte français, mais également auprès de populations spécifiques telles que les personnes réfugiées ou demandeuses d'asile. L'objectif est qu'à terme, leur intégration dans les stratégies nationales de santé publique en prévention du suicide puisse être interrogée. ▶