

Penser Prévention - Intervention - Postvention du suicide à l'hôpital

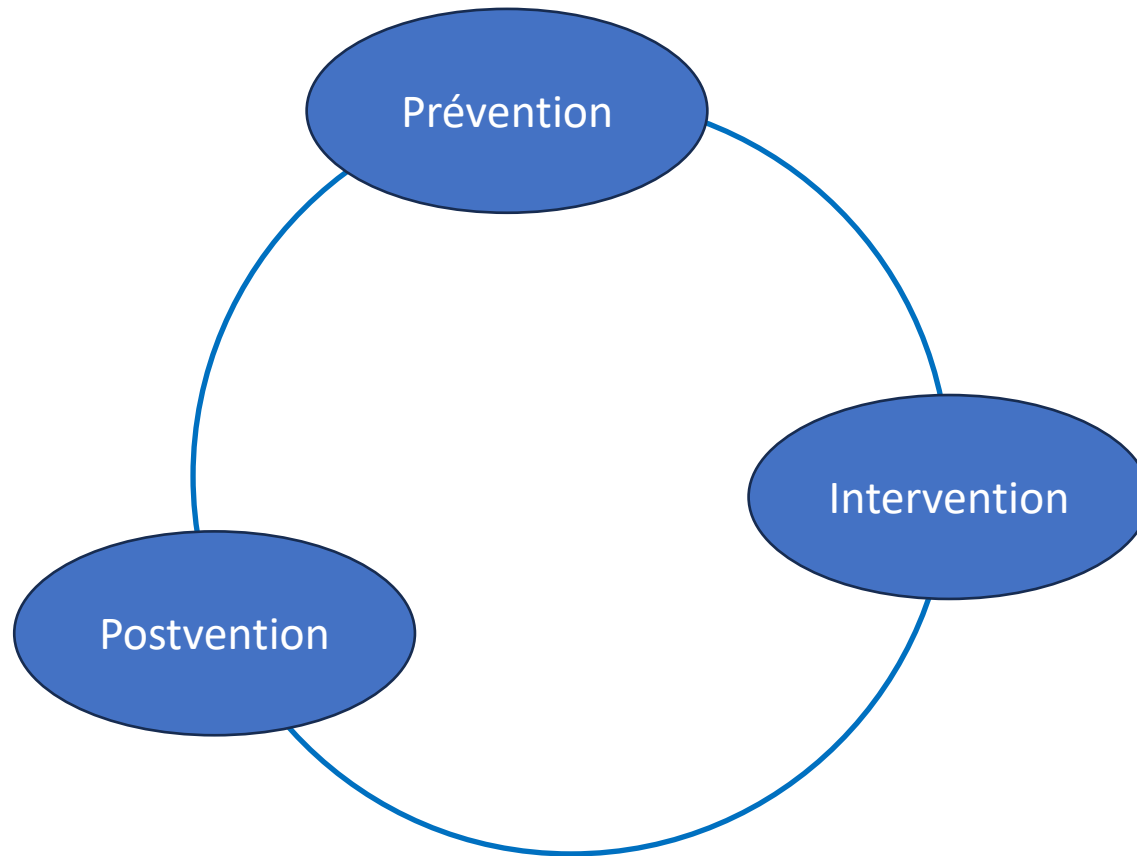
Pr Fabrice JOLLANT

5eme Journées Régionales de Prévention du Suicide
Le Kremlin-Bicêtre, 13 septembre 2024

Conflits d'intérêt au cours des 5 dernières années

(<https://www.transparence.sante.gouv.fr>)

TYPE	NOMBRE	SOCIÉTÉ
CONVENTION		
Essai clinique	0	-
Protocole de recherche	0	-
Orateur, formation...	0	-
Consultant, Board	0	-
AVANTAGES	0	-
RÉMUNÉRATION	0	-
RELATIONS PERSONNELLES	0	-
INTÉRÊTS FINANCIERS		
Actions	0	-
Brevets	0	-



**Pourquoi faire de la prévention du suicide
à l'hôpital?**

Un taux élevé de suicide à l'hôpital et à la sortie

- Prévalence importante:
 - Meta-analyse de 27 études sur 95 échantillons indépendants
 - 147/100 000 admissions mais **646 / 100 000** pour les études postérieures à 1999; taux en augmentation
 - Associé à hospitalisations plus courtes, et plus élevé dans des régions à taux de suicide élevé
 - 5-15% des suicides
- Risque important à l'hôpital psychiatrique mais aussi général
- Risque majeur durant la 1ere semaine d'hospit et à la sortie
- Pendaison/strangulation et précipitation d'une hauteur

(Walsh et al. 2015, Martelli et al. 2010)

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

Rapport 2022 de la HAS

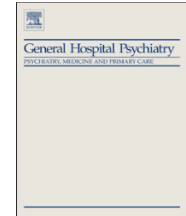
- Dispositif national de déclaration des EIGS
- Entre le 27 mars 2017 et le 24 juin 2021
- Déclaration obligatoire mais sous-déclaration connue
- 795 cas d'actes suicidaires dont 64,8% de suicides aboutis (N=120 suicides/an)
- 1^{er} motif de déclaration d'EIGS (20,3%)
- Suicides aboutis:
 - 62,5% d'hommes, 46,4% plus de 60 ans
 - Troubles de l'humeur: 47%
 - « Non psychiatrique »: 26,2%
- Type d'établissement:
 - Secteur sanitaire = 82,4%; psychiatrie=56,7% du total
 - Médico-social=15,1% (dont EHPAD=80%)
- Pendaraison: 53%
- Horaire: nuit 34%, week-end 25%, 8% changement d'équipe



Contents lists available at ScienceDirect

General Hospital Psychiatry

journal homepage: <http://www.ghpjournal.com>



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,*}, 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

^a VA National Center for Patient Safety Field Office, VAMC, White River Junction, VT

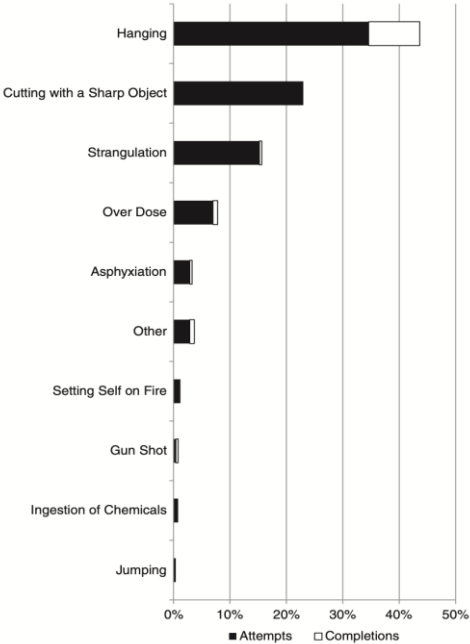
^b Geisel School of Medicine at Dartmouth, Hanover, NH

^c VA National Center for Patient Safety, Ann Arbor, MI

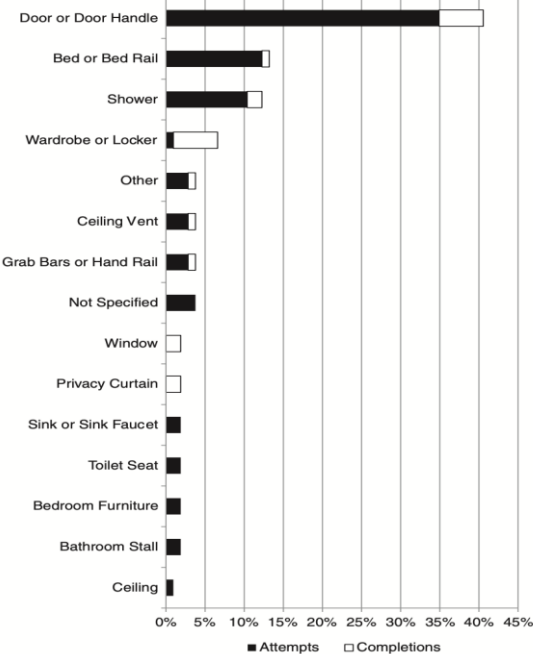
^d VA National Center for Patient Safety, VAMC, White River Junction, VT

Audit des suicides en hospitalisation dans le système sanitaire des vétérans américains

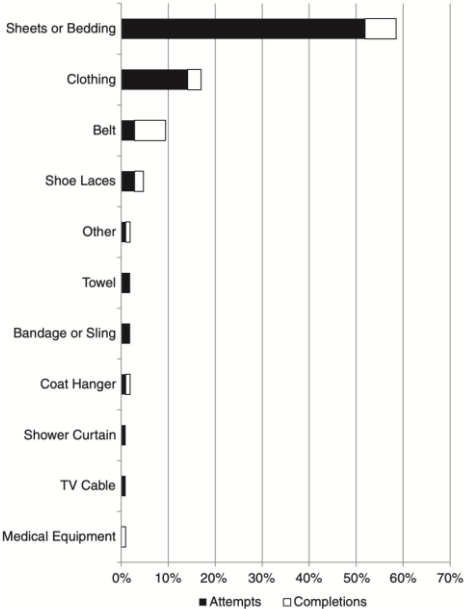
Moyen suicidaire



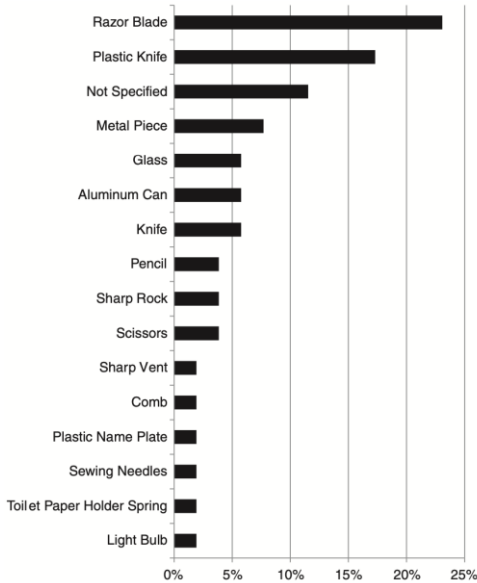
Type d'accroche en cas de pendaison



Type de lien en cas de pendaison



Objet utilisé en cas de coupures



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

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

Avant les travaux →

Pendant les travaux →

Après les travaux →

Version française de la MHEOCC en cours de préparation par GT de la DGOS sur la sécurisation en établissement

PLACARDS / ARMOIRES / ÉTAGÈRES								
No.	Site / Item	Questions / Criteria	Justification / Méthodes d'évaluation	N/A	Oui	+/-	Non	Commentaires
26	Placards	<p>26.a. Les placards sont-ils exempts de tringles à vêtements ? Il ne devrait y avoir aucune tringle à vêtements dans les placards.</p> <p>26.b. Les placards sont-ils exempts de cintres (plastique, bois et métal) ?</p> <p>26.c. Les portes des placards ou des armoires-penderies sont-elles retirées ?</p>	<p>Les tringles à vêtements de tout type peuvent être utilisées comme point de ligature pour la suspension et peuvent être utilisées comme arme.</p> <p>Les portes des placards et des armoires doivent être retirées afin qu'elles ne fournissent pas de point d'ancrage pour la suspension.</p> <p>Des crochets à ressort conçus pour les domaines de la santé mentale doivent être utilisés à la place des tringles et des cintres.</p>					Mise à jour septembre 2010
27	Étagères	<p>27.a. Les étagères des placards sont-elles sécurisées avec des attaches inviolables et conçues de manière à ne pas pouvoir être utilisées comme point d'ancrage pour être suspendues ?</p> <p>27.b. Les objets lourds sur les étagères sont-ils placés au ras du sol et fixés en place pour éviter qu'ils ne soient retirés ?</p> <p>27.c. Chaque couche d'étagère est-elle sécurisée et non amovible afin qu'elle ne puisse pas être démontée pour être utilisée comme une arme ?</p>	<p>S'il y a un téléviseur ou un autre objet électrique ou lourd sur l'étagère, il doit être fixé de manière qu'il ne puisse pas être tiré par quelqu'un, et le cordon électrique doit être court et branché directement dans la prise électrique.</p> <p>Les ensembles d'étagères doivent être courts ou peu hauts (profil bas) pour empêcher le patient d'atteindre le plafond.</p>					

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, 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, Basel,
Switzerland (S von Felten PhD);
Kliniken Landkreis Heidenheim
gmbH, 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; $p=0\cdot24$), suicide attempts (1·057, 0·787–1·412; $p=0\cdot71$), and absconding with return (1·288, 0·874–1·929; $p=0\cdot21$) and without return (1·090, 0·722–1·659; $p=0\cdot69$) 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; $p=0\cdot003$), absconding with return (0·629, 0·524–0·764; $p<0\cdot0001$), and absconding without return (0·707, 0·546–0·925; $p=0\cdot01$), but not completed suicide (0·823, 0·376–1·766; $p=0\cdot63$).

Interpretation [Locked doors might not be able to prevent suicide and absconding.](#)

Funding None.



Original Investigation | Pediatrics

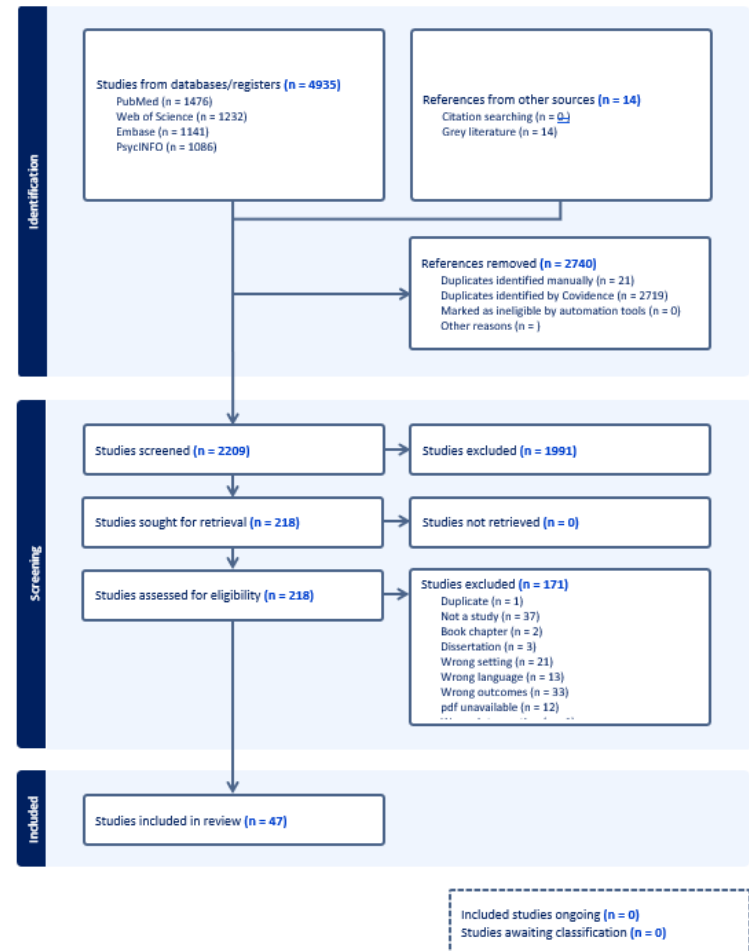
Association of Timely Outpatient Mental Health Services for Youths After Psychiatric Hospitalization With Risk of Death by Suicide

Cynthia A. Fontanella, PhD; Lynn A. Warner, PhD; Danielle L. Steelesmith, PhD; Guy Brock, PhD; Jeffrey A. Bridge, PhD; John V. Campo, MD

- Étude observationnelle aux USA
- 139 694 enfants et adolescents hospitalisés
- 56,9% ont eu une visite dans les 7 jours post-sortie
- Visite dans les 7 jours associée à un risque diminué de suicide dans les 3 mois (aOR= 0.44; 95% CI, 0.23-0.83; P = .01)

Revue de littérature sur la prévention du suicide à l'hôpital

- Revue systématique de la littérature
- Anne Chassang et Juliana Teti-Meyer
- 1ere étape de la formulation de recommandations du GEPS



Recos temporaires

Niveau 1: Actions efficaces à

Niveau 2: Actions efficaces à

Niveau 3: Actions efficaces à

Niveau 4: Actions efficaces

Absence de preuve ou études

n
M
C
p
ra
d

En cours de préparation

-
-
-

**Quelles interventions pour les patients suicidaires
à l'hôpital?**

Prise en charge de la crise suicidaire: Peu de preuves scientifiques robustes

En équipe multidisciplinaire, individualisée et échelonnée

Limitation d'accès aux moyens létaux+++ (domicile, hospit)

Traitements pharmacologiques mais peu de preuve (sauf kétamine)

Peu de place pour la psychothérapie à court terme

Soutien empathique, compréhension et disponibilité

Impliquer l'entourage, ne pas rester seul

« Éducation » du patient et de son entourage, plan de sécurité

Penser à la prise en charge somatique (douleur)

Préparer la sortie, re-contact, RDV rapproché, dispositifs de veille si TS (VigilanS)



OPEN ACCESS



Check for updates

Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: double blind, randomised placebo controlled trial

Mocrane Abbar,¹ Christophe Demattei,² Wissam El-Hage,³ Pierre-Michel Llorca,⁴ Ludovic Samalin,⁴ Pierre Demaricourt,⁵ Raphael Gaillard,⁵ Philippe Courtet,^{6,7} Guillaume Vaiva,^{8,9} Philip Gorwood,⁵ Pascale Fabbro,² Fabrice Jollant^{1,5,10,11,12}

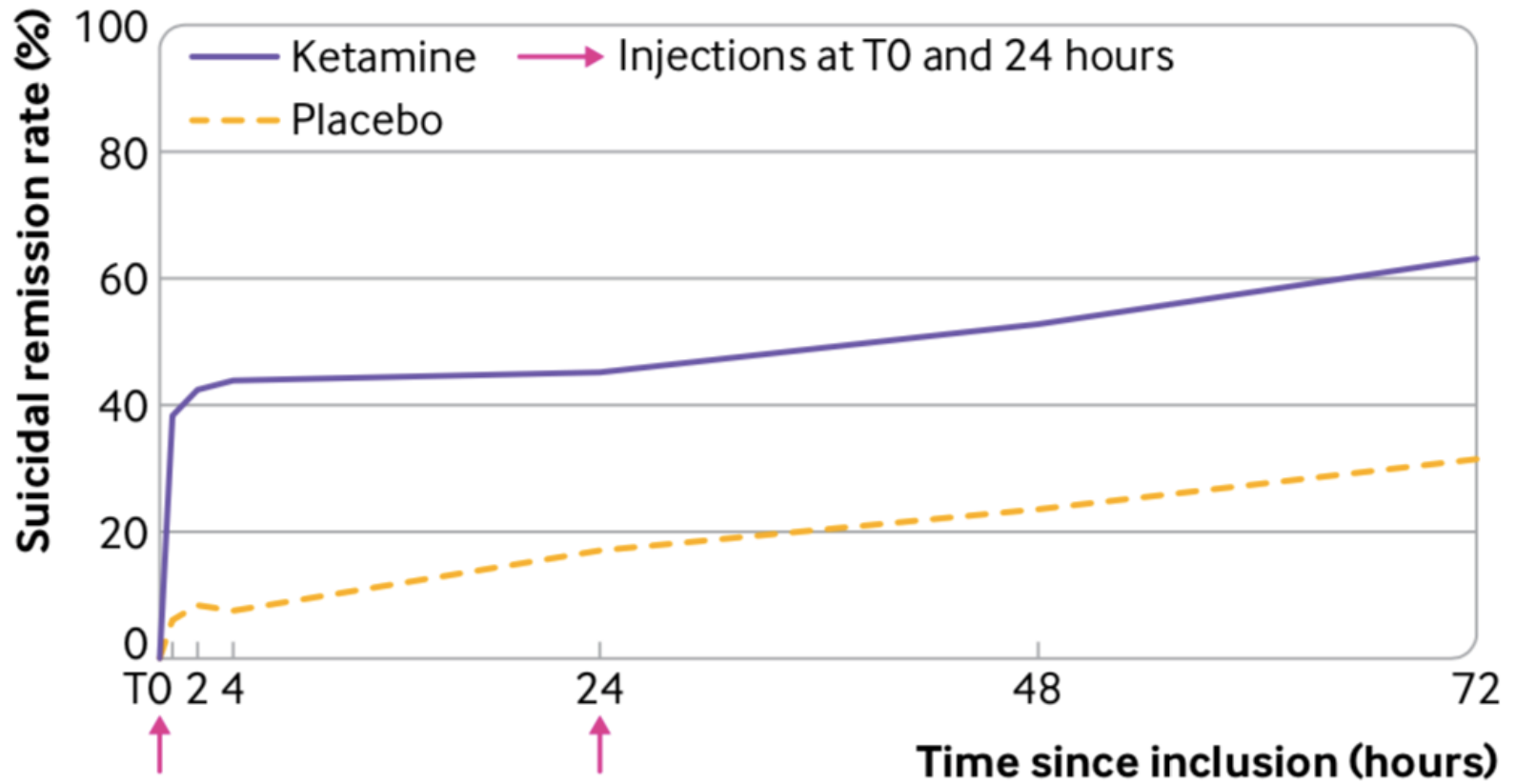
thebmj

2022

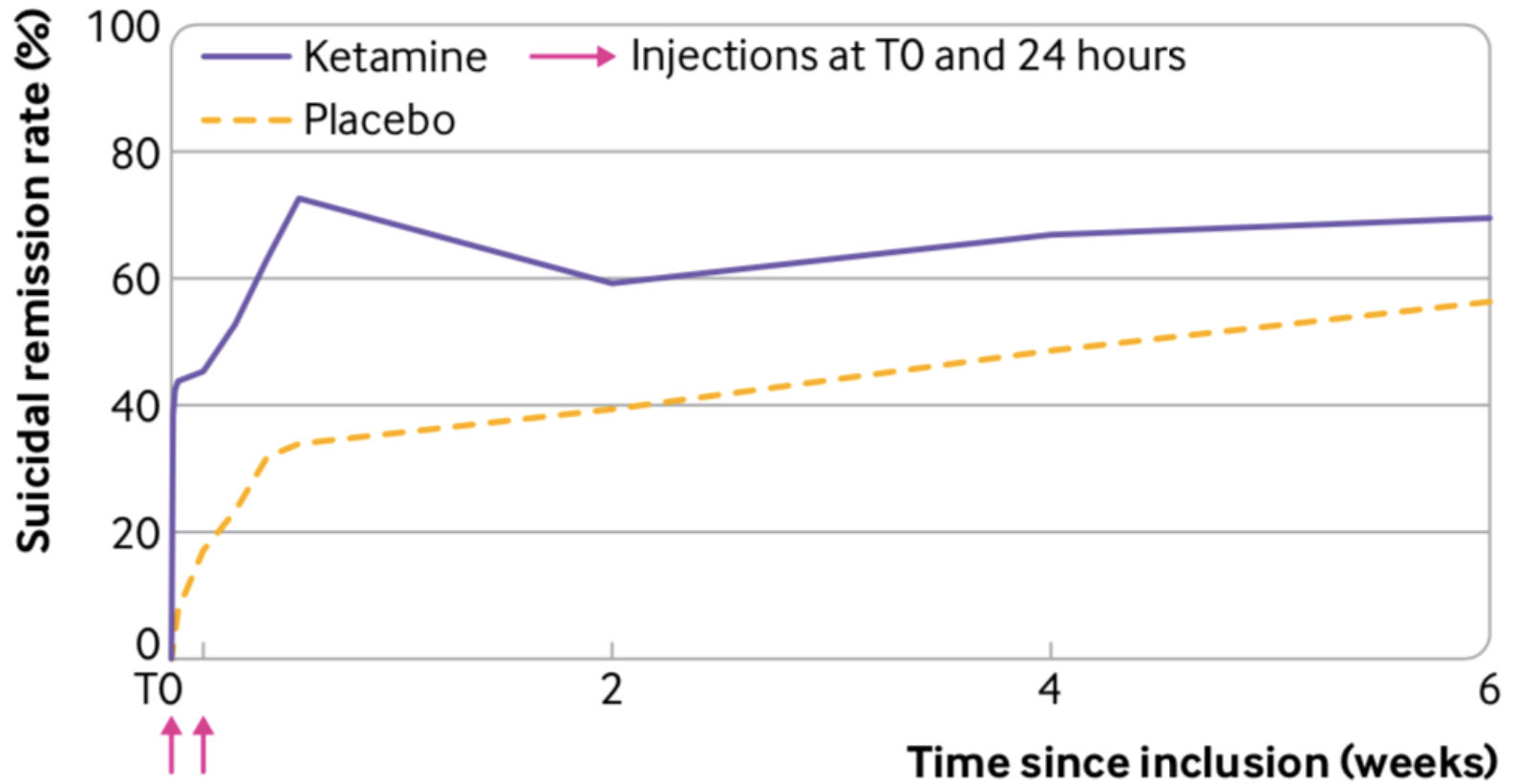
- Étude KETIS
- 7 centres en France
- Investigateur principal:
Dr Mocrane ABBAR (CHU Nîmes)
- Financement public: PHRC-national



Rémission à 3 jours



Rémission à 6 semaines



La kétamine pratique pour les psychiatres (hors AMM/CPC)

- A l'hôpital, en HDJ ou HC, peu de données aux urgences
 - Chariot d'urgence
- Contre-indications:
 - HTA sévère non stabilisée
 - AVC récent, insuffisance cardiaque grave, IDM récent
 - Troubles psychotiques? Trouble usage alcool/substances? (pas d'étude)
- Bilan prétraitement:
 - examen clinique + constantes +/- ECG
- Informer le patient des effets secondaire, notamment la dissociation, rassurer sur la caractère non grave et temporaire
- Perfusion **forme racémique IV 0,5mg/kg pendant 40min**
 - Surveillance 2h post perfusion: clinique, TA
 - Patient accompagné si retour à domicile
 - **Idées suicidaires:** 1 perf à renouveler à 24h si inefficace
 - **Trouble dépressif résistant:** 6 perfusions sur 4 semaines (2-2-1-1)
- Toujours combinée à évaluation + prise en charge + suivi psychiatrique, psychologique, familiale, sociale...
- Au long cours?

**Et penser à la postvention
en institution...en amont**

La postvention institutionnelle

Voir les recommandations des GT du ministère de la santé (DGS), au 4eme trimestre 2024?

Suicide à l'hôpital: une onde de choc

- **L'entourage du défunt :**

- « tsunami », « cataclysme », « bombe », « déflagration », état de choc, paralysie
- Jusqu'à 60 personnes 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
- Des liens se créent durant les hospitalisation
- Risque d'aggravation des symptômes, de stress, de trauma
- Risque de contagion suicidaire

- **Les soignants :**

- 87% des psychiatres français exposés au suicide d'un patient
- Choc, culpabilité et tristesse
- 13.7% rapportent des symptômes de ESPT
- 15% ont pensé changé de métier
- Effet important chez les jeunes soignants

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

La contagion suicidaire, possible mais rare



Suicide and Life-Threatening Behavior 43 (1) February 2013

97

© 2012 The American Association of Suicidology

DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x

Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms

CAMILLA HAW, MRCPsych, KEITH HAWTON, DSc, CLAIRE NIEDZWIEDZ, MSc, AND
STEVE PLATT, PhD

Suicide clusters, although uncommon, cause great concern in the communities in which they occur. We searched the world literature on suicide clusters and describe the risk factors and proposed psychological mechanisms underlying the spatio-temporal clustering of suicides (point clusters). Potential risk factors include male gender, being an adolescent or young adult, drug or alcohol abuse, and past history of self-harm. However, the majority of studies lack methodological rigor. Many different psychological mechanisms are described, including contagion, imitation, suggestion, learning, and assortative relating, but supporting empirical evidence is generally lacking. More scientifically rigorous studies are needed to improve understanding of suicide clusters.

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes

Karl Andriessen^{1,2} , Karolina Kryszyska^{1,3} , Nicole T. M. Hill⁴ , Lennart Reifels¹ , Jo Robinson⁴ , Nicola Reavley¹  and Jane Pirkis^{1*} 

- 11 études mais de faible qualité, nombreuses mesures d'efficacité, populations différentes
- Peut-être plus efficace si intervenants entraînés, et si aspects de soutien, de thérapie et d'éducation
- Aucune étude à l'hôpital

Conduites suicidaires : un questionnement spécifique pour l'analyse approfondie des causes

Hanna Chas¹, Marie-José Stachowiak¹, Henri Bonfait¹, Valentin Daucourt², Fabrice Jollant³

1- Structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des soins (Staraqs) en Île-de-France – Paris – France

2- Équipe régionale d'appui à la gestion des événements indésirables associés aux soins et à l'institutionnalisation (Érage) – Réseau qualité des établissements de Bourgogne et de Franche-Comté (RéQua) – Besançon – France

3- Faculté de médecine – Université Paris-Saclay – Hôpital Bicêtre Assistance publique-Hôpitaux de Paris – Paris – France

✉ Hanna Chas – Staraqs – 10, rue de l'Isly – 75008 Paris – France – E-mail : contact@staraqs.com

Les conduites suicidaires sont définies comme l'ensemble des actes réalisés par un sujet à l'encontre de lui-même avec une certaine intention de mourir [1]. Selon l'issue du geste, on parle de suicide abouti lorsque le sujet décède des suites de son geste, et de tentative de suicide lorsque l'acte n'a pas conduit au décès, quelles que soient les conséquences. Depuis 2018 en France, le ministère de la Santé pilote une stratégie nationale de prévention du suicide comprenant différents axes dont le numéro national 3114 accessible gratuitement 24/24 et 7/7, le dispositif de rappel Vigilans pour prévenir les répétitions suicidaires, la formation des professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues) et de sentinelles (non-soignants) disponibles dans toutes les régions, ou le programme Papageno de prévention de la contagion suicidaire. La stratégie est déployée par les agences régionales de santé (ARS). Pour la Haute Autorité de santé (HAS), le suicide représente le premier motif de signalement des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS), avec un caractère très spécifique en raison de leur impact traumatique sur les professionnels, les autres patients ou résidents et l'entourage du défunt, et éventuellement du risque médiatique et juridique [2]. En vue d'élaborer des préconisations de prévention du suicide dans les établissements, la HAS a analysé 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS [3]. Dans le cadre de son programme d'action, la structure d'appui régionale à la qualité et à la sécurité des soins (Staraqs) d'Île-de-France a pour mission d'apporter un appui aux professionnels de santé déclarant des EIGS relatifs à des conduites suicidaires et de leur proposer des outils d'analyse de ces situations. Par ailleurs, elle organise annuellement, avec la participation de l'ARS Île-de-France et d'experts en suicidologie, une journée régionale sur la prévention du suicide. Depuis 2017, la Staraqs et le Réseau qualité des établissements de Bourgogne et de Franche-Comté (RéQua) ont conduit une centaine de démarches d'appui¹ à l'analyse de conduites suicidaires auprès des professionnels de santé du secteur sanitaire (psychiatrie, chirurgie, urgences, soins de suite et de réadaptation [SSR], unités de soins de longue durée, etc.), du médico-social (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad], secteur du handicap) et des soins primaires. Chaque appui est adapté aux besoins du déclarant et à la

situation. Une rencontre avec les professionnels est organisée au sein de leur structure de soins pour étudier la chronologie des faits, analyser les circonstances et rechercher les causes profondes afin d'élaborer un plan d'actions correctives et préventives. À partir de cette expérience, la Staraqs a co-construit avec le RéQua, sous l'égide de la Forap² et avec la collaboration du Pr Fabrice Jollant, un questionnaire spécifique à l'analyse approfondie des causes des conduites suicidaires.

Comment réaliser une analyse approfondie des causes d'une conduite suicidaire ?

La survenue d'une conduite suicidaire génère souvent un sentiment d'échec et de culpabilité chez les professionnels. Il est donc important dans ce contexte de privilégier une approche systémique centrée sur la survenue de l'événement et non sur une recherche de responsabilité. La mise en œuvre d'une telle démarche d'analyse ainsi que les retours d'expérience ont montré leur efficacité pour sensibiliser les professionnels à la prévention du risque suicidaire et pour réduire le risque de récurrence. Afin d'apporter une aide aux professionnels dans leur démarche d'analyse lors de ces situations sensibles et complexes, le questionnaire proposé par la Staraqs et le RéQua contribue à structurer le raisonnement et le recueil des données nécessaires à une meilleure identification et compréhension des causes. Il explore ainsi la situation selon une double approche : d'une part, sur le plan individuel, avec l'analyse de l'événement lui-même, le passage à l'acte et les mesures immédiates pour le patient ou résident, d'autre part, sur le plan institutionnel, avec les mesures de gestion et de prévention à mettre en place.

Le questionnaire, un outil d'aide à l'analyse

Le questionnaire se décline en quatre axes (Encadrés). Les trois premiers concernent directement l'analyse de l'événement ou la situation à risque. Le quatrième concerne l'environnement de la situation et recherche les causes en rapport avec l'institution.

Axe 1 – Évaluation du risque suicidaire

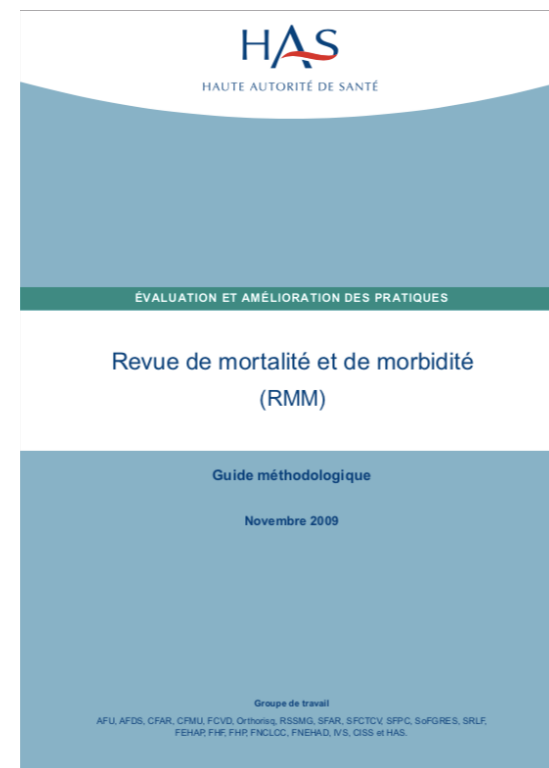
Le premier axe s'intéresse à la qualité de l'évaluation du risque suicidaire aux différentes étapes du séjour, très fréquemment impliquée dans les facteurs en cause. Il recherche en trois temps :

1- Portail de signalement des événements sanitaires indésirables (ministère de la Santé et de la Prévention) : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/#/accueil> (Consulté le 25-05-2023).

2- Fédération nationale des structures régionales d'appui (Besançon) : <https://www.forap.fr/> (Consulté le 25-05-2023).

La Revue de Mortalité et Morbidité (RMM)

- « Analyse collective, rétrospective et systémique de cas cliniques pour lesquels est survenu un événement indésirable associé aux soins ou toute complication inattendue qui a causé ou non (si arrêté à temps) un dommage aux patients. »
- Objectif général = prévenir la récurrence de l'événement
- Ne cherche pas les responsabilités individuelles
- Retour d'expérience et maintien des connaissances
- Nécessaire d'impliquer TOUS les professionnels
- Climat de bienveillance indispensable
- Méthode: Description de l'événement, analyse des causes, études des barrières de sécurité, élaboration d'un plan d'action puis partage de l'information
- **Grille d'aide pour le suicide:**
<https://blog.staraqs.com/focus/guide-danalyse-dun-suicide-ou-dune-tentative-de-suicide-staraqs-forap/>



En conclusion:

penser conjointement un plan de prévention-intervention-postvention à l'hôpital

- Un travail collectif
 - de création (personnel soignant, administration de l'hôpital, département qualité des soins, travaux)
 - d'implémentation dans les services (tout le personnel soignant)
- Faire tomber les freins psychologiques, les barrières, les idées reçues, expliquer, convaincre
- Actions multimodales déclinées en une série de procédures:
 - Simples et compréhensibles
 - Acceptables
 - Applicables
- Le plus possible basées sur les preuves

@Actes_suicidaires

☰

YouTube

FR

Accueil

Shorts

Abonnements

Bibliothèque

Historique

Vos vidéos

À regarder plus tard

Conférences / Ense...

Plus

Rechercher

🔍

🎤

Sur les actes suicidaires et 2-3 autres choses

139 abonnés

Personnaliser la chaîne

Gérer les vidéos

ACCUEIL

VIDÉOS

PLAYLISTS

COMMUNAUTÉ

CHAÎNES

À PROPOS

🔍

Abonnements

La Psychiatrie du...

chaînevideo GEPS

ARTE

Séminaires CESP V...

Henri Guillemin His...

Simply Railway

Bruce Springsteen

Afficher 3 éléments...

Vidéos

Tout regarder

Traitements psychiatriques et conduites suicidaires

49:08

177 vues • il y a 2 mois

Stratégie nationale de prévention du suicide: principes & en France en 2022

1:15:47

165 vues • il y a 2 mois

La prévention du suicide

1:15:31

88 vues • il y a 2 mois

Principes de l'intervention de crise suicidaire (Cours aux...

38:34

128 vues • il y a 3 mois

Neurobiologie des conduites suicidaires: Neurocognition...

1:15:17

48 vues • il y a 3 mois

Neurobiologie des conduites suicidaires: Pharmacologie ...

29:43

38 vues • il y a 3 mois

Playlists créées

38

Conférences / Enseignements

30

Réflexions / Thoughts / Art

27

Conduites suicidaires / suicida

F JOLLANT

D.I.U. DE SUICIDOLOGIE

« *Penser, comprendre, traiter et prévenir les conduites suicidaires* »

6 sessions de 3 jours consécutifs en présentiel

de janvier à octobre à Paris, Lyon et Bordeaux

Approche multidisciplinaire

Psychiatrie, psychologie, sociologie, santé publique, anthropologie, philosophie, histoire, éthologie, théologie...

Public varié

Professionnels de santé, chercheurs, bénévoles d'association, pairs aidants

ENSEIGNEMENT THÉORIQUE ET PRATIQUE INTERACTIF

Pour tout renseignement : celine.meyer@universite-paris-saclay.fr



55^E JOURNÉES

GROUPEMENT D'ETUDE ET DE
PRÉVENTION DU SUICIDE

« QUESTIONNER »

25-26 SEPTEMBRE 2025
MAISON DE LA CHIMIE, PARIS

Merci de votre attention!

`fabrice.jollant@universite-paris-saclay.fr`