

« Plan de protection » un outil pour prévenir le passage à l'acte suicidaire

Synthèse réalisée par Alessandro Gazzola Arias, étudiant en psychologie
et Georges De Bundel, psychologue clinicien, actualisée le 15/03/2025

Evolution des pratiques

En 1973, Robert Drye, Robert Goulding et Mary Goulding proposent le « **contrat de non-suicide** », largement utilisé depuis par les cliniciens auprès de patients suicidaires. Il consiste en un engagement du patient, souvent écrit, à ne pas se faire du mal. Cependant, cette approche soulève des nombreuses questions et son efficacité n'a pu être démontrée (1)

En 2008, le **Safety Plan**, Plan de protection en français, a été introduit par B. Stanley et G. K. Brown. Cette approche encourage la participation du patient, une certaine reprise de contrôle et favorise la création d'un partenariat fondé sur l'espoir. (1) C'est un outil de bon sens, collaboratif, progressif, basé sur les ressources de la personne.

En 2024, Keith Hawton et Jane Pirkis, dans leur revue des progrès réalisés ces dix dernières années en matière de prévention du suicide relèvent une évolution significative des pratiques cliniques. Comme il est presque impossible de prédire quel patient mettra fin à ses jours par suicide, une attention est désormais accordée aux difficultés de chaque patient et à la gestion de sa sécurité. Ces dix dernières années, le « safety planning » a connu un **développement notable**. L'accumulation de données probantes issues tant des milieux psychiatriques que des services d'urgences indique que **le safety planning peut réduire les suicides**. (2)

Introduction au Plan de protection

Avant une crise suicidaire ou après un passage à l'acte suicidaire, un plan de protection peut être élaboré avec la personne concernée. « *Un plan de sécurité est un document qui soutient et guide une personne qui fait face à des pensées suicidaires ; il a pour but d'aider la personne à éviter une crise suicidaire intense.* » (1)

Si le Safety Plan a d'abord été utilisé dans des milieux hospitaliers, selon le Centre de Prévention du suicide canadien, il peut aussi être coconstruit, dans la sphère privée, avec l'aide d'un proche. **Tout intervenant ayant une relation de confiance** avec la personne à risque, professionnel ou ami, peut l'aider à rédiger le Plan de protection, en une ou plusieurs séances.

Prévoyez un lieu adapté et un temps suffisant pour passer en revue, ensemble (personne en proie à des idées suicidaires et intervenant ou ami), les différentes étapes, de manière approfondie et réfléchie.

Le Plan de protection mise initialement sur les ressources que la personne peut mettre en œuvre par elle-même puis, selon un **schéma progressif à 6 niveaux**, il invite à faire appel à des aidants extérieurs préalablement choisis. Cet outil offre un cadre structurant qui permet à la personne en souffrance de mieux se situer, de reprendre du contrôle sur la situation et de savoir précisément qui appeler en cas de nécessité.

En fonction du contexte (les urgences hospitalières, un service psychiatrique, un travail psychothérapeutique, une relation amicale, ...) l'élaboration du Plan de protection peut se décliner différemment. D'une passation de 20 à 45 minutes en milieu hospitalier (4), il peut s'intégrer à une démarche plus étayée. Les « Safety planning-type interventions » (SPTIs), par exemple, techniques dérivées de la thérapie cognitive et de la TCC, intègrent le Safety Plan ; elles nécessitent généralement jusqu'à trois rencontres entre le patient et un professionnel de santé. (3)

Le Plan de protection doit **rester à portée de main** de la personne de façon à pouvoir l'utiliser en cas de besoin (copie papier à portée de main ou format électronique à portée de GSM)

En fonction de l'évolution de la situation, ce plan doit éventuellement **être révisé**.

Les 6 étapes du Plan de protection

La brève présentation du Plan de protection suivante est issue de l'article de Barbara Stanley et Grégory K. Brown de 2012 « *Safety Planning Intervention : a Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk* ». (4)

1. La première étape consiste en la **reconnaissance des signes avant-coureurs**, ceux qui précèdent la crise suicidaire : des situations personnelles, des pensées, des images, des humeurs, des comportements... Par exemple se sentir irrité, déprimé, désespéré ou avoir des pensées comme « je n'en peux plus » ou passer de plus en plus de temps seul ou encore boire davantage, ... Ces signes spécifiques à chaque personne sont consignés dans son Plan de protection.
2. La deuxième étape concerne les **stratégies d'adaptations internes**. Le patient est invité à identifier ce qu'il peut mettre en œuvre par lui-même pour désamorcer la crise suicidaire. Par exemple, aller se promener, se connecter à Internet, écouter de la musique, prendre une douche, faire de l'exercice, jouer avec son animal de compagnie, lire, faire des tâches ménagères... D'autres protocoles évoquent des exercices de respiration et de relaxation. Autant d'activités très différentes d'une personne à l'autre qui ont pour objectif de les distraire d'une potentielle crise et qui peuvent aussi leur apporter un certain plaisir, un sentiment de contrôle, voire du sens à leur vie. Les interactions entre le clinicien ou l'ami et le patient devraient permettre d'identifier quelques stratégies, les plus faciles à mettre en œuvre et les plus efficaces, qui sont notées sur le Plan par ordre de priorité.
3. La troisième étape vise à identifier des **stratégies sociales pour se distraire et trouver du réconfort**, au cas où les stratégies internes n'ont pas permis de réduire l'idéation suicidaire. Barbara Stanley et Grégory K. Brown en distinguent deux types : la socialisation avec des personnes proches (amis, membres de la famille, collègues...) et la fréquentation de milieux où la socialisation se produit naturellement (café, lieu de culte, réunion AA...). A ce stade, la personne ne recherche pas d'aide spécifique mais, à travers la socialisation, se distrait de ses idées suicidaires. Le sentiment d'être connecté aux autres et de ressentir une certaine appartenance peut atténuer la crise suicidaire.

4. La quatrième étape consiste à identifier les **personnes de son entourage - membres de la famille ou amis - à contacter** si les stratégies précédentes n'ont pas fonctionné. A ce stade, le patient exprime sa détresse et demande explicitement un soutien. Il peut être judicieux que la personne-ressource ou les personnes-ressources soient préalablement informées de la situation et disposent d'une copie du Plan de protection.
5. La cinquième étape est activée si les démarches précédentes n'ont pas permis de désamorcer la crise. A ce stade, il s'agit de repérer des **professionnels de santé et des organismes spécialisés** qui peuvent aider à résoudre la crise suicidaire. Le clinicien ou l'ami doit aider le patient à déterminer les professionnels et les structures qu'il serait prêt à contacter en cas de besoin.
6. La sixième étape concerne la **restriction des moyens** potentiellement utilisables pour un passage à l'acte suicidaire. L'échange concernant la restriction des moyens a lieu après avoir élaboré les étapes précédentes du Plan qui apportent des ressources en cas de crise suicidaire. En fonction des moyens envisagés par la personne suicidaire, la mesure de protection peut concerner le stockage de certains médicaments dangereux ou d'une arme à feu qui seraient par exemple confiés à un tiers.

La version proposée en ligne par le Centre de Prévention du suicide du Canada propose une 7^{ème} étape : les **raisons de vivre**. Cette étape consiste à « *énumérer les principaux facteurs qui donnent à la personne l'envie de vivre, ou les raisons pour lesquelles elle est encore en vie* ». (1) L'exemple donné fait référence au chien d'une personne qui la motive à vivre pour s'occuper de lui. L'échange peut aussi s'intéresser aux êtres qui comptent, à ce que la personne aime/aimait faire, à ses sources d'espoir, à ses éventuels projets ou à ses phrases aidantes. Les « raisons de vivre » semblent constituer une dimension fondamentale, transversale aux différentes étapes. Les recontacter et de les réaffirmer en fin de protocole permet de terminer sur une note positive. Cette étape ne semble pas indiquée dans le contexte des services d'urgence. (10)

Barbara Stanley et Grégory K. Brown dans leur article de 2012 évoquent une **formation** à l'utilisation du Plan de protection à destination des cliniciens (infirmiers, psychologues, médecins, psychiatres ou travailleurs sociaux). De même ils mènent une réflexion sur l'adaptation du Plan de protection à diverses populations comme les adolescents et dans diverses structures institutionnelles.

Sur son PDF en ligne, actualisé en 2020, le « Centre for Suicide Prevention » canadien détaille les étapes de la **construction du Plan de protection**.

https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2019/05/Safety-plan-toolkit_French_web.pdf

Efficacité du Plan de protection

Plusieurs **revues de la littérature** et **méta-analyses** ont confirmé son efficacité et son utilité. (10)

En 2012, une étude d'**acceptation** auprès de vétérans américains a montré que 93% des personnes avaient accepté de réaliser le Plan de protection. (6)

Dès 2018, une étude d'efficacité est publiée par B. Stanley, G. Brown et L.A. Brenner, portant sur 1640 vétérans américains recrutés dans des services d'urgence. Une **diminution de 45% des comportements suicidaires** est observée après 6 mois par rapport au groupe contrôle qui n'avait pas bénéficié du Plan de protection.

De plus les patients qui ont réalisé leur Plan de protection ont eu au moins deux fois plus de contact avec le soin. (6)

Une méta-analyse de 2021 porte sur l'efficacité des interventions de planification de la sécurité, safety planning intervention en anglais (SPI). Parmi les 565 résultats trouvés dans 6 bases de données, 26 études portant sur des adultes et répondant à leurs critères ont été retenues. La moitié de ces études, incluait le SPI en tant qu'intervention autonome tandis que l'autre moitié examinait le SPI en combinaison avec d'autres interventions. Les mesures principales portaient sur la suicidalité (idéation, comportement, décès), les vécus liés au suicide (dépression, désespoir) et le traitement (hospitalisations, engagement thérapeutique). Les résultats de la méta-analyse mettent en évidence des **améliorations dans chacun de ces domaines**, suggérant que **le SPI est une intervention faisable et acceptable**. Les auteurs soulignent néanmoins que, malgré ces résultats positifs, ils sont limités par l'hétérogénéité des interventions et des conceptions des études. Si l'impact spécifique de l'IPS est difficile à déterminer et à généraliser, sa flexibilité est confirmée. (5)

Une autre méta-analyse de 2021, incluant 6 études et portant sur 3.536 participants, montre une **réduction de 43% des risques de comportements suicidaires** avec une intervention SPTI (« Safety planning-type interventions », cf. supra) par rapport à un traitement habituel. (3)

Par ailleurs, Allan House, professeur émérite de psychiatrie, relativise les preuves concernant la réduction des actes d'automutilation à la suite de l'utilisation du Plan de protection et met l'accent sur le **danger potentiel** d'une **utilisation inappropriée** de cet outil. Si l'élaboration du Plan ne s'effectue pas dans une véritable collaboration, si les conditions matérielles ne sont pas adéquates ou si les ressources rassemblées ne sont pas fiables, le patient risque de n'en tirer aucun bénéfice, voire de se sentir abandonné. L'auteur souligne également la moindre capacité d'autonomie, de réflexion et d'action des patients fragilisés qui, paradoxalement, devraient compter sur leur seule initiative en cas de crise. Une personne souffrant de troubles de l'humeur par exemple peut rencontrer de sérieuses difficultés à résoudre un problème, à passer à l'action et à faire appel à autrui. Pour l'auteur, **le Plan de protection ne peut remplacer un suivi professionnel approprié, immédiat et à plus long terme**. Un facteur important lié aux résultats du Plan de protection pourrait être le degré d'engagement collaboratif réel des patients dans la planification. Un cadre approprié (suffisamment de temps, de disponibilité psychique, de suivi) et une formation adéquate à l'utilisation du Plan de protection sont déterminants. (8)

Recommandations

Cette intervention est recommandée par la National Action Alliance for Suicide Prevention aux États-Unis et par le National Institute for Health Care Excellence au Royaume-Uni. (10)

En France, en 2021, La Haute Autorité de Santé a édicté la recommandation suivante pour les enfants et les adolescents :

« Le plan de sécurité formalise de manière structurée un ensemble de pratiques reconnues comme pertinentes pour la prévention des conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent :

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

Il s'agit d'une intervention souple (elle peut être mise en place par différents professionnels, dans différents cadres institutionnels et à différents temps de la crise suicidaire), de mise en œuvre relativement simple et dont l'efficacité est soutenue par des éléments de preuve congruents, en particulier chez l'adolescent suicidant.

R38. *Par conséquent, il est recommandé de recourir au plan de sécurité comme l'un des outils de prévention de la réitération suicidaire chez l'enfant ou l'adolescent tout en rappelant que la construction d'un plan de sécurité nécessite une formation spécifique (grade C). » (9)*

En guise de conclusion

Benoît Chalancon qui s'investit dans un doctorat consacré au Plan de protection et sa collègue Tamara Vernet, mettent le focus sur la dimension qualitative de l'outil. Le patient est au cœur de sa prise en charge : *« lui seul saura ce qui, dans un moment de crise, l'apaise, avec quel proche il se sent le plus à l'aise, quel professionnel il est le plus à même d'alerter. » (6)* Ils soulignent également que plus les étapes sont précises et construites, plus le Plan sera facile d'utilisation et efficace. Ils rappellent que le Plan peut être décliné sur de multiples supports (feuille A4, format carte de crédit, photo...) Pour ces professionnels, *« le plan de protection se glisse dans le quotidien des personnes suicidaires, pour leur proposer des réponses. Il leur rappelle leurs capacités d'actions autonomes, favorise leur intégration dans un réseau social et leur permet d'identifier simplement et rapidement les soutiens personnels ou professionnels. » (6)* Le Plan de protection réduit considérablement le passage à l'acte suicidaire et d'autant mieux quand il est élaboré de façon optimale avec un opérateur averti.

Bibliographie

1. TROUSSE D'OUTILS POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE. (2020). [Base de données]. Dans *Plans de sécurité pour prévenir le suicide*.
https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2019/05/Safety-plan-toolkit_French_web.pdf
2. Hawton, K., & Pirkis, J. (2024). Suicide prevention : reflections on progress over the past decade. *The Lancet Psychiatry*, 11(6), 472-480.
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00105-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00105-6)
3. Nuij, C., Van Ballegooijen, W., De Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Kerkhof, A., & Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention : meta-analysis. *The British Journal Of Psychiatry*, 219(2), 419-426. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50>
4. Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention : A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive And Behavioral Practice*, 19(2), 256-264.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
5. Ferguson, M., Rhodes, K., Loughhead, M., McIntyre, H., & Procter, N. (2021). The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic review. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 1022–1045.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1915217>
6. T. Vernet et B. Chalancon (2021). *Mon Plan de protection contre le suicide*, Santé Santé mentale n°256, éditions ACTE PRESSE, Paris, mars 2021, pp. 54-59.
7. May, A. M., Al-Dajani, N., Ballard, E. D., & Czyz, E. (2023). Safety plan use in the daily lives of adolescents after psychiatric hospitalization. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 53(5), 870-879. <https://doi.org/10.1111/sltb.12989>
8. House, A. (2021). Self-harm and suicide in adults : will safety plans keep people safe after self-harm ? *BJPsych Bulletin*, 46(1), 1-3. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.150>
9. *Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge*. (s. d.). Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge
10. Chalancon, B., Leaune, É., Vacher, A., Vernet, T., Vieux, M., Lau-Taï, P., Bislimi, K., & Poulet, E. (2025). French translation and adaptation of the “safety planning intervention” for the prevention of suicide attempts: A four-step method. *L Encéphale*.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2024.11.018>