

Le suicide chez les patients hospitalisés

Suicide among hospitalized patients

France Proulx and Frédéric Grunberg

Le suicide

Volume 19, Number 2, automne 1994

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032317ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032317ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Proulx, F. & Grunberg, F. (1994). Le suicide chez les patients hospitalisés. *Santé mentale au Québec*, 19 (2), 131–143. <https://doi.org/10.7202/032317ar>

Article abstract

Suicide among hospitalized patients is an increasingly growing phenomenon. Today, it represents 5 per cent of all effective suicides. This article reviews recent literature on the topic in order to determine the frequency and characteristics of suicide among hospitalized patients in psychiatric units and in the general population. The authors identify certain risk factors as well as methods to predict and prevent suicide in hospital environments. In addition, because of its important forensic impact, the authors present legal precedents regarding the matter.



Le suicide chez les patients hospitalisés

France Proulx*
Frédéric Grunberg**

Le suicide de patients hospitalisés constitue actuellement 5 % de tous les suicides réussis et devient de plus en plus fréquent. Cet article fait une revue des publications récentes sur le sujet afin de préciser la fréquence et les caractéristiques du suicide de patients hospitalisés en milieu psychiatrique et général. Il précise divers facteurs de risque ainsi que des moyens pour prédire et prévenir le suicide en milieu hospitalier. Enfin, en raison de son important impact médico-légal, état est fait de la jurisprudence sur le sujet.

Selon Wolfersdorf et al. (1991), on écrit depuis plus de cent ans sur le suicide de patients hospitalisés. Dans la littérature récente, on estime que ce type de suicide constitue environ 5 % de tous les suicides (Oehmichen et Staak, 1988; Barner-Rasmussen et al., 1986; Crammer, 1984) et qu'il représente une importante cause de poursuite intentée contre le psychiatre œuvrant en milieu hospitalier (Litman, 1982). De plus, l'impact d'un tel suicide sur les proches, les autres patients et les membres du personnel est considérable (Ashton, 1986; Flinn et al., 1978; Quidu, 1977), amenant parfois une série de suicides dans un même milieu (Sacks et Eth, 1981; Kayton et Freed, 1967).

Bien que le suicide d'un patient hospitalisé ait souvent été observé et parfois vécu par de nombreux cliniciens, il a rarement fait l'objet d'une étude systématique. En effet, les données de plusieurs publications ont été obtenues à partir d'un petit nombre de cas, souvent limités aux seuls milieux psychiatriques (Goh et al., 1989; Roy, 1982; Gale et al., 1980).

Nous examinerons les données disponibles dans la littérature en ce qui concerne les patients hospitalisés en milieu psychiatrique ainsi

* Médecin psychiatre à la Clinique d'expertise médico-légale du Centre hospitalier Pierre-Janet de Hull, affiliée à l'Université d'Ottawa.

** Directeur du module de bioéthique pour l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à l'Université de Montréal.

que ceux admis dans d'autres types d'établissements hospitaliers, pour des pathologies physiques. Nous tenterons également d'identifier des pistes de recherche afin de répondre plus spécifiquement à cette problématique particulière à la pratique hospitalière.

Description du suicide de patients hospitalisés

Fréquence

Le suicide de patients hospitalisés demeure un phénomène relativement rare et les chiffres les plus récents présentent une variabilité importante, reflétant possiblement des différences dans les méthodes d'identification et de déclaration des suicides de patients hospitalisés. Le taux de suicide d'anciens combattants hospitalisés en milieu médico-chirurgical et neuro-psychiatrique est respectivement 3,5 et 30 fois plus élevé que celui de la population générale (Farberow, 1981). Par rapport à la population générale, on a rapporté en ex-Allemagne fédérale dix fois plus de suicide de patients hospitalisés (Wolfersdorf et al., 1991) et 50 fois plus parmi la clientèle psychiatrique d'un hôpital londonien (Fernando et Storm, 1984).

Par ailleurs, Shapiro et Waltzer (1980) ont rapporté un taux de suicide de 9,8 par 100 000 admissions dans un hôpital général new-yorkais, ce taux chutant à 5 si on excluait du groupe de cas les patients hospitalisés dans des unités psychiatriques au sein de l'hôpital général. Quant aux hôpitaux psychiatriques, on a établi des taux de 195 et 215 suicides par 100 000 admissions en Allemagne (Wolfersdorf et al., 1991; Oehmichen et Staak, 1988) et de 101 en Australie (Goldney et al., 1985). Une revue des taux obtenus à partir de plusieurs milieux hospitaliers psychiatriques européens rapporte de 25 à 295 suicides par 100 000 admissions (Wolfersdorf et al., 1988).

Il est à noter qu'une augmentation du taux de suicide en milieu hospitalier a été rapportée dans la littérature internationale (Wolfersdorf et al., 1988; Goldney et al., 1985) particulièrement en provenance de pays scandinaves (Retterstøl, 1986; Barner-Rasmussen et al., 1986; Perris et al., 1980; Hessö, 1977). Une hausse significative a été signalée chez les hommes souffrant de schizophrénie paranoïde, en particulier s'ils ont été hospitalisés trois fois ou plus, ainsi que chez les femmes présentant des troubles dépressifs (Wolfersdorf et al., 1991).

Caractéristiques

Dans la population générale nord-américaine, on reconnaît un ratio de 2 à 3,7 suicides chez les hommes pour un suicide chez une

femme (Santé et Bien-être Social Canada, 1987; Roy, 1985; Schwartz et al., 1975). Un ratio similaire est rapporté dans une étude effectuée dans un hôpital général new-yorkais où, sur 16 suicides commis par des patients hospitalisés, 12 ont été complétés par des hommes (Shapiro et Waltzer, 1980). Cet écart serait moindre en milieu hospitalier psychiatrique (Sundqvist-Stensmann, 1987; Copas et Robin, 1982; Roy, 1982; Gale et al., 1980; Sletten, 1972; Achte 1966), une étude récente dans les hôpitaux psychiatriques de Birmingham (Angleterre) ayant rapporté 34 suicides chez des hommes pour 23 chez des femmes, soit un ratio de 1,5 homme pour 1 femme (Goh et al., 1989).

Les personnes qui se suicident en milieu psychiatrique sont en général plutôt jeunes, soit entre 20 et 45 ans (Goh et al., 1989; Langley et Bayatti, 1984; Haynes et Marques, 1984; Gale et al., 1980). Une étude de Farberow (1981) effectuée dans le réseau des hôpitaux américains d'anciens combattants, donc à forte représentation masculine, a démontré que les patients d'une clientèle neuropsychiatrique se suicidaient à un âge moyen de 26 ans alors que ceux d'une clientèle médico-chirurgicale étaient âgés en moyenne de 57 ans.

Parmi une population d'hôpital général, Shapiro et Waltzer (1980) ont également rapporté un âge moyen de 30 ans au moment du suicide chez les patients psychiatriques tandis qu'il était de 67,5 ans chez les patients hospitalisés pour des pathologies physiques. Les constatations de ces deux rapports sont en accord avec des données antérieures (Sims et O'Brien, 1979; Schwartz et al., 1975; Sletten, 1972) et ont été confirmées par des études récentes (Modestin et Hoffmann, 1989; Morgan et Priest, 1991).

Les études décrivant les diagnostics et symptômes psychiatriques des patients qui se suicident alors qu'ils sont hospitalisés révèlent une prépondérance de syndromes dépressifs (Morgan et Priest, 1991; Roy, 1982). L'étude de Goh et al. (1989) précise que ce sont principalement des hommes souffrant de schizophrénie et des femmes présentant des troubles dépressifs qui se suicident lorsqu'ils sont hospitalisés.

En outre, une étude rétrospective de 14 suicides ou tentatives sérieuses de suicide a tenté d'objectiver selon des échelles standardisées la nature des symptômes présents au cours des sept jours précédant le geste suicidaire (Busch et al., 1993). Les caractéristiques les plus significatives reliées au suicide ont été l'anxiété, l'anhédonie, l'insomnie globale, les attaques de panique, l'abus d'alcool, le déses-

poir et une idéation suicidaire avouée. Une comorbidité d'anxiété sévère et de dépression ou de psychose semble représenter un facteur de risque supplémentaire. Parmi une population de patients psychiatriques ayant commis des délits, on a remarqué que ceux qui se sont suicidés à l'hôpital étaient plus sujets à avoir commis des crimes violents que l'ensemble des autres patients de la même institution (Haynes et Marques, 1984).

Par ailleurs, dans l'étude de Farberow (1981), il semble que parmi les patients hospitalisés pour un problème physique, ceux qui présentent des troubles respiratoires, endocriniens ou métaboliques soient surreprésentés dans les cas de suicides, alors que les pathologies cardio-vasculaires et néoplasiques sont relativement peu présentes. Une revue de plusieurs études sur le suicide de patients médico-chirurgicaux a démontré que la plupart des patients présentaient des maladies sévères ou chroniques, les troubles respiratoires et néoplasiques étant surreprésentés dans cette population (Mackenzie et Popkin, 1987; Shapiro et Waltzer, 1980).

Le choix d'un moyen pour s'enlever la vie semble en général dépendre de ce qui est le plus aisément disponible et peut différer selon les milieux. En centre hospitalier, les méthodes les plus utilisées sont le saut d'une hauteur et la pendaison (Malicier, 1984; Farberow, 1981; Gale et al., 1980; Shapiro et Waltzer, 1980). Quelques études démontrent que la pendaison est le moyen de suicide le plus utilisé, surtout lorsqu'il survient à l'unité de soins, alors que le patient a déjoué la surveillance du personnel (Litman, 1992; Lim et Sim, 1988; Haynes et Marques, 1984). Le saut d'une hauteur et la noyade surviendraient plus souvent chez des patients en absence autorisée ou non de l'hôpital (Morgan et Priest, 1991; Gale et al., 1980). D'ailleurs, dans ces cas, il semble le plus souvent s'agir d'un geste impulsif, ces méthodes ne nécessitant aucun matériel ni préparation particulière. Il est intéressant de noter que plusieurs études ont rapporté qu'entre le tiers et la moitié des suicides de patients hospitalisés en psychiatrie surviennent en fait hors de l'hôpital en absence autorisée ou non (Goh et al., 1989; Crammer, 1984; Farberow, 1981; Schwartz et al., 1975). Une étude britannique a même rapporté que sur les 20 suicides de patients hospitalisés en psychiatrie, 17 sont survenus hors de l'hôpital (Morgan et Priest, 1991).

En général, le risque suicidaire est plus élevé dans les premières semaines de l'hospitalisation et diminue progressivement au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la date d'admission (Copas et Robin, 1982; Sletten, 1972). Cependant, Crammer (1984) a identifié deux

pics d'incidence du suicide chez le patient psychiatrique hospitalisé, soit moins d'un mois après l'admission et plus d'un an après l'admission. Les travaux de plusieurs auteurs (Litman, 1992; Gale et al., 1980; Morgan et Priest, 1991) indiquent également deux périodes critiques de suicide au cours de l'hospitalisation de patients psychiatriques. La première période se situe dans la semaine suivant l'hospitalisation d'un patient alors qu'il se trouve en décompensation psychotique aiguë. La seconde survient peu de temps avant un congé lorsque le patient est réticent face à son départ de l'hôpital ou alors qu'il présente une amélioration clinique superficielle et trompeuse.

Discussion

Le recensement de la littérature sur le suicide de patients hospitalisés rapporte que ce phénomène est en hausse à travers le monde (Wolfersdorf et al., 1988; Retterstøl, 1986; Barner-Rasmussen et al., 1986; Goldney et al., 1985; Perris et al., 1980; Hessö, 1977). Afin d'expliquer cette augmentation, des auteurs soulignent le nombre accru d'admissions et de congés, avec une durée moyenne de séjour en milieu hospitalier de plus en plus brève, et un nombre total de patients hospitalisés à un moment donné tendant vers une diminution (Wolfersdorf, 1988; Retterstøl, 1986; Hessö, 1977). On rapporte également un nombre croissant de patients à risque suicidaire admis dans des hôpitaux psychiatriques et une plus forte représentation des toxicomanes et alcooliques, deux éléments qui pourraient y favoriser la survenue de gestes suicidaires (Retterstøl, 1986).

De plus, Vogel et Wolfersdorf (1987) ont relevé divers facteurs de risque reliés à l'organisation hospitalière, comme une formation insuffisante, une supervision inadéquate du traitement, l'absence du principal intervenant auprès du patient, des unités de dimensions inadéquates ainsi qu'une instabilité du personnel ou de la structure hospitalière. Ces mêmes auteurs ainsi que Oehmichen et Staak (1988) mettent aussi en cause des facteurs liés à la prise en charge par les hôpitaux où on intervient peu pour corriger l'état d'isolement et le manque de support social que vit le patient dans la communauté. Retterstøl (1986) fait aux méthodes actives de thérapie par le milieu le reproche qu'en aidant le patient à prendre conscience de sa maladie, on le confronte également avec un état qui ne lui permet pas de vivre dans une société où les modalités de travail protégé ou d'hébergement adapté sont insuffisantes, voire inexistantes. Par ailleurs, la majorité des auteurs attribuent aussi l'augmentation de ces suicides à des séjours de plus en plus brefs, avec des congés prématurés de

l'unité de soins (Oehmichen et Staak, 1988; Vogel et Wolfersdorf, 1987; Retterstøl, 1986; Perris et al., 1980). Ils rapportent enfin une sécurité insuffisante dans les unités de soins, de fréquents changements de personnel, des décisions thérapeutiques basées sur un mauvais diagnostic et une pharmacothérapie ou une psychothérapie inappropriées.

Un psychiatre d'un milieu universitaire non identifié (Anonymus, 1977) a décrit trois suicides réussis, qu'il impute à une désorganisation du personnel infirmier suite au départ de plusieurs chefs d'unité, ainsi qu'à un manque de supervision des médecins-résidents, alors qu'un changement de stage s'était récemment produit. Crammer (1984) déplore également un manque de direction claire au sein de certaines équipes multidisciplinaires, une prise en charge plus permissive mais aussi une moindre utilisation de l'électroconvulsivothérapie au profit de la pharmacothérapie.

On peut évidemment mettre en cause la libéralisation de la prise en charge des patients psychiatriques pour expliquer l'augmentation des suicides dans les hôpitaux, mais il n'en demeure pas moins que le suicide en général, et en particulier dans les hôpitaux, est un phénomène statistiquement rare, à causalité multiple, donc difficilement prévisible.

Prévisibilité

La plupart des auteurs qui se sont penchés sur la question du suicide de patients hospitalisés (Newman et al, 1992; Tholose, 1986; Schwartz et al., 1975) s'entendent pour affirmer qu'il est impossible de prévenir tous les suicides. De façon assez surprenante, une étude menée par Shapiro et Waltzer (1980) n'a démontré aucun geste suicidaire impulsif chez des patients hospitalisés. Ces auteurs soutiennent que le suicide d'un patient hospitalisé est raisonnablement prévisible si on surveille étroitement le développement de sentiments d'abandon, une désorganisation psychotique, un état de sevrage physiologique ou une détérioration physique sévère du patient. Ces éléments cliniques identifient toutefois une vaste proportion de la clientèle psychiatrique hospitalisée et n'offrent que peu d'aide pour évaluer le risque suicidaire sur une base individuelle (Pokorny, 1983).

Divers contextes de pertes non reliées à la maladie peuvent également se rencontrer parmi les patients hospitalisés qui se suicident. Conroy et Smith (1983) ont examiné rétrospectivement 19 suicides dans une institution psychiatrique à long terme et retracé une

histoire de perte familiale significative chez 18 d'entre eux. On a aussi identifié des processus d'identification pathologique pour expliquer une vague de suicides sur une même unité psychiatrique (Sacks et Eth, 1981).

Prévention

Des mesures détaillées de prévention du suicide ont été décrites par quelques auteurs. Selon Farberow (1981), les mesures préventives du suicide reposent sur l'identification chez le patient d'une idéation suicidaire, de gestes suicidaires antérieurs, de sentiments dépressifs, d'une désorganisation psychotique, de pertes récentes et de traits de personnalité pathologique, particulièrement de dépendance. Ce même auteur préconise des précautions anti-suicidaires comprenant des mesures environnementales telles la fermeture des cages d'escalier, la restriction de l'accès au toit de l'édifice, une ouverture limitée des fenêtres, l'utilisation de verre sécuritaire et de crochets ou de tringles ne pouvant supporter le poids d'une personne.

Une infirmière œuvrant en milieu psychiatrique souligne l'importance de l'architecture de l'unité afin de favoriser une meilleure observation ainsi qu'une routine et une stabilité du personnel créant un environnement rassurant pour le patient (Ashton, 1986). Elle recommande d'être plus vigilant, particulièrement lors des périodes critiques du début et de la fin d'une hospitalisation, lorsque le médecin traitant est absent et quand le patient a été transféré d'unité ou de chambre.

De plus, il est nécessaire qu'une bonne communication soit établie entre les soignants afin d'offrir une cohésion et une stabilité dans l'application des mesures préventives mises en place. L'attitude de l'équipe soignante serait particulièrement importante pour favoriser une solide alliance thérapeutique.

Quoiqu'il demeure primordial de considérer soigneusement le risque suicidaire des patients hospitalisés, il faut éviter d'adopter des mesures inutilement contraignantes qui peuvent se révéler anti-thérapeutiques. Les mesures ne doivent pas freiner le processus de guérison du patient en favorisant une régression inutile. Par exemple, comme l'a discuté Gutheil (1985), pour certaines psychopathologies comme le trouble de personnalité limite, l'hospitalisation peut représenter un moyen de contenir les gestes potentiellement dangereux envers le patient lui-même mais aussi une façon de favoriser une régression importante chez un individu chroniquement suicidaire. Il

est à retenir qu'il est juste qu'un clinicien prenne des risques raisonnables afin d'assurer au patient une qualité de soins adéquate.

Considérations médico-légales du suicide de patients hospitalisés

L'aspect médico-légal acquiert depuis quelques années une importance de plus en plus grande dans la pratique psychiatrique. On estime qu'un peu plus de 25 % des poursuites intentées contre des psychiatres californiens sont reliées à un suicide (Slawson, 1979). Dans le contexte américain actuel, Litman (1982) rapporte qu'un tiers des suicides dans les hôpitaux font l'objet de poursuites judiciaires contre des établissements hospitaliers, la moitié de celles-ci impliquant des unités psychiatriques. Il s'agit en fait d'une cause très fréquente de poursuites contre les psychiatres, généralement intentées par des membres de la famille.

Bien que, dans une revue de 32 suicides ou gestes d'auto-mutilation, Perr (1985) ait conclu à une négligence du psychiatre ou du personnel de l'hôpital pour 10 % de ces cas, peu de causes amenées devant les tribunaux américains sont en réalité gagnées par les plaignants. En Allemagne, 32 des 49 suicides de patients hospitalisés survenus entre 1981 et 1985 ont fait l'objet d'enquêtes officielles, aucune n'a pu cependant démontrer de faute de la part du psychiatre ni de l'équipe traitante (Oehmichen et Staak, 1988).

Nous ne possédons pas au Québec de statistiques précises sur la proportion de suicides de patients hospitalisés faisant l'objet de poursuites. Nous savons toutefois que le dernier cas où un psychiatre et un établissement ont été tenus responsables pour un suicide à l'hôpital remonte à un arrêt de la Cour Suprême en 1973 (Villemure c. Turcot et al., 1973 R.C.S. 716).

En fait, la jurisprudence québécoise semble s'appuyer sur l'opinion exprimée par le juge Albert Mayrand de la Cour d'Appel du Québec dans l'affaire *Richard Thibault c. Hôpital Saint-Michel Archange* (1981):

« Dans l'intérêt du malade mental l'on est souvent justifié de miser sur la valeur thérapeutique de sa liberté, même si le danger de suicide ne peut jamais être éliminé. C'est là l'optique de la psychiatrie contemporaine et des modifications législatives récentes. »

Et plus loin :

« Bien sûr, la liberté fait courir au malade mental un risque de suicide, par contre, la restriction à sa liberté suscite le risque d'une aggravation

de sa maladie. Comme dans bien d'autres domaines, l'on doit peser les avantages et les inconvénients.»(CAQ No 200-09-000 203-783, le 20 juillet 1981, J.C. n° 81-855)

Un principe de base oriente les décisions du tribunal dans de telles causes : tant dans la justice québécoise qu'américaine (Rachlin, 1984), on considère en général raisonnables des décisions prises par le médecin-clinicien dans la mesure où elles seraient partagées par des collègues d'un groupe de référence équivalent. En tout temps, le médecin-psychiatre doit effectuer une évaluation consciencieuse du risque suicidaire du patient en recourant, au besoin, aux sources d'information nécessaires comme, par exemple, les membres de l'entourage qui pourraient apporter des éléments complémentaires et éclairer le médecin quant à la conduite à tenir en regard de l'individu. En fait, le professionnel de la santé est tenu de prendre les moyens requis pour une évaluation et une prise en charge clinique adéquates, mais non d'en garantir les résultats.

Conclusion

Bien qu'il s'agisse d'un phénomène relativement rare, le nombre de suicides de patients hospitalisés semble augmenter sensiblement. Ces suicides surviennent autant dans des hôpitaux psychiatriques que généraux, avec des caractéristiques souvent différentes selon le milieu observé. Ces différences se révèlent particulièrement au niveau de l'âge des suicidés, des pathologies dont ils souffrent, ainsi que de la méthode et du lieu de suicide.

Les facteurs de risque actuellement identifiés sont multiples et peu spécifiques, permettant rarement la prévision du risque suicidaire sur une base individuelle. Une voie possible vers une meilleure prévisibilité du suicide réside dans le suivi étroit de l'évolution du patient. De même, la prévention doit se fonder sur des principes thérapeutiques ne favorisant pas une régression inutile du patient ainsi que sur des mesures cohérentes et les moins contraignantes possible.

Enfin, le suicide d'un patient hospitalisé produit un impact médico-légal considérable puisqu'il constitue une cause fréquente des poursuites intentées contre les psychiatres et les centres hospitaliers. À ce jour au Québec, la faute ou la négligence des soignants est cependant difficile à prouver, les causes amenées devant les tribunaux étant rarement gagnées par les plaignants.

Dans la littérature actuelle, nous disposons de peu de données en provenance du personnel infirmier ou des membres de l'entourage du patient qui s'est suicidé pendant son hospitalisation. Entre autres, il serait utile d'identifier la nature des symptômes psychiatriques et des facteurs de stress au cours des heures précédant le suicide de même que les mesures de prévention mises en place. Nous croyons donc que tous ces aspects pourraient être abordés plus en profondeur dans des études épidémiologiques descriptives des patients hospitalisés aussi bien en service de psychiatrie qu'en milieu médico-chirurgical. De telles études pourraient nous éclairer davantage sur la prévisibilité et sur la prévention efficace et adaptée de ce type de suicide.

RÉFÉRENCES

- ACHTÉ, K.A., STENBACK, A., TERAVAINEN, H., 1966, On suicides committed during treatment in psychiatric hospitals, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 42, 272-284.
- ANONYMOUS, 1977, A suicide epidemic in a psychiatric hospital, *Diseases of the Nervous System*, 38, 5, 327-331.
- APPLEBY, L., 1992, Suicide in psychiatric patients: risk and prevention, *British Journal of Psychiatry*, 161, 749-758.
- ASHTON, J., 1986, Preventing suicide in hospital, *Nursing Times*, 82, 52, 36-37.
- BARNER-RASMUSSEN, P., DUPONT, A., BILLE, H., 1986, Suicide in psychiatric patients in Denmark, 1971-1981, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 441-448.
- BATTEN, P.J., 1989, The descriptive epidemiology of unnatural deaths in Oregon's State institutions: a 25-year (1963-1987) Study: I. A preliminary analysis of recent incidence rates of suicide in mental and correctional facilities, *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 10, 4, 310-314.
- BUSCH, K.A., CLARK, D.C., FAWCETT, J., KRAVITZ, H.M., 1993, Clinical features of inpatient suicide, *Psychiatric Annals*, 23, 5, 256-262.
- CAQ No 200-09-000 203-783, le 20 juillet 1981, J.C. n° 81-855.
- CONROY, R.W., SMITH, K., 1983, Family loss and hospital suicide, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 13, 3, 179-194.
- COPAS, J.B., FREEMAN-BROWNE, D.L., ROBIN, A.A., 1971, Danger periods for suicide in patients under treatment, *Psychological Medicine*, 1, 400-404.
- COPAS, J.B., ROBIN, A., 1982, Suicide in psychiatric inpatients, *British Journal of Psychiatry*, 141, 503-511.

- CRAMMER, J.L., 1984, The special characteristics of suicides in hospital inpatients, *British Journal of Psychiatry*, 145, 460-463.
- FARBEROW, N.L., 1981, Suicide prevention in the hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 2, 99-104.
- FERNANDO, S., STORM, V., 1984, Suicide among psychiatric patients of a district general hospital, *Psychological Medicine*, 14, 661-672.
- FLINN, D.E., SLAWSON, P.F., SCHWARTZ, D., 1978, Staff response to suicide of hospitalized psychiatric patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 2, 122-127.
- GALE, S.W., MESNIKOFF, A., FINE, J., TALBOTT, J.A., 1980, A study of suicide in state mental hospitals in New York City, *Psychiatric Quarterly*, 52, 3, 201-213.
- GOH, S.E., SALMONS, P.H., WHITTINGTON, R.M., 1989, Hospital suicides: are there preventable factors?, *British Journal of Psychiatry*, 154, 247-249.
- GOLDBERG, R.J., 1987, The assessment of suicide risk in the general hospital, *General Hospital Psychiatry*, 9, 446-452.
- GOLDNEY, R.D., POSITANO, S., SPENCE, N.D., ROSENMAN, S.J., 1985, Suicide in association with psychiatric hospitalisation, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 177-183.
- GUTHEIL, T.G., 1985, Medicolegal pitfalls in the treatment of borderline patients, *American Journal of Psychiatry*, 142, 1, 2, 9-14.
- HAYNES, R.L., MARQUES, J.K., 1984, Patterns of suicide among hospitalized mentally disordered offenders, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 14, 113-125.
- HESSÖ, R., 1977, Suicide in Norwegian, Finnish and Swedish psychiatric hospitals, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 224, 119-127.
- KAYTON, L., FREED, H., 1967, Effects of a suicide in a psychiatric hospital, *Archives of General Psychiatry*, 17, 187-194.
- LANGLEY, G.E., BAYATTI, N.N., 1984, Suicides in Exe Vale Hospital, 1972-1981, *British Journal of Psychiatry*, 145, 463-467.
- LIM, L.C.C., SIM, L.P., 1988, A study of psychiatric inpatient suicides in Singapore, *Singapore Medical Journal*, 29, 2, 141-144.
- LITMAN, R.E., 1992, Predicting and preventing hospital and clinic suicides, in Maris, R.W., Berman, A.L., Maltsberger, J.T. et Yufit, R.I., eds., *Assessment and Prediction of Suicide*, Guilford, New York, 448-466.
- LITMAN, R.E., 1982, Hospital suicides: lawsuits and standards, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 12, 213-21.
- MACKENZIE, T.B., POPKIN, M.K., 1987, Suicide in the medical patient, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17, 1, 3-19.

- MALICIER, D., 1984, Suicide in a general hospital: medical liability, *Acta Medicinæ Legalis et Socialis*, 34, 227-231.
- MODESTIN, J., HOFFMANN, H., 1989, Completed suicide in psychiatric inpatients and former inpatients: a comparative study, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 79, 229-234.
- MORGAN, H.G., PRIEST, P., 1991, Suicides and other unexpected deaths among psychiatric inpatients: The Bristol Confidential Inquiry, *British Journal of Psychiatry*, 158, 368-374.
- MORGAN, H.G., PRIEST, P., 1984, Assessment of suicide risk in psychiatric inpatients, *British Journal of Psychiatry*, 145, 467-469.
- NEWMAN, G., GREENBERG, S.I., SHOUCAIR, F., 1992, Suicide in psychiatric institutions, *Journal of the Florida Medical Association*, 79, 2, 117-119.
- OEHMICHEN, M., STAAK, M., 1988, Suicide in the psychiatric hospital: international trends and Medicolegal Aspects, *Acta Medicinæ Legalis et Socialis*, 38, 2, 215-223.
- PERR, I.N., 1985, Suicide litigation and risk management: a review of 32 cases, *Bulletin of the American Academy of Law and Psychiatry*, 13, 209-219.
- PERRIS, C., BESKOW, J., JACOBSON, L., 1980, Some remarks on the incidence of successful suicides in psychiatric care, *Social Psychiatry*, 15, 161-166.
- POKORNY, A.D., 1983, Prediction of suicide in psychiatric patients: report of a prospective study, *Archives of General Psychiatry*, 40, 249-257.
- QUIDU, M., 1977, Les répercussions du suicide dans une institution psychiatrique: Quelle attitude adopter?, *Psychologie Médicale*, 9, 9, 1633-1637.
- RACHLIN, S., 1984, Double jeopardy: suicide and malpractice, *General Hospital Psychiatry*, 6, 302-307.
- RETTERSTOL, N., 1986, Augmentation des taux de suicide dans les hôpitaux psychiatriques scandinaves, *Annales Médico-Psychologiques*, 144, 6, 545-554.
- ROY, A., 1985, Suicide and Psychiatric Patients, *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 2, 227-241.
- ROY, A., 1982, Risk factors for suicide in psychiatric patients, *Archives of General Psychiatry*, 39, 1089-95.
- SACKS, M., ETH, S., 1981, Pathological identification as a cause of suicide on an inpatient unit, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 1, 36-40.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, 1987, *Rapport du Groupe d'étude national sur le suicide au Canada*, Direction Générale des services et de la promotion de la Santé.

- SCHWARTZ, D.A., FLINN, D.E., SLAWSON, P.F., 1975, Suicide in the psychiatric hospital, *American Journal of Psychiatry*, 132, 2, 150-153.
- SHAPIRO, S., WALTZER, H., 1980, Successful suicides and serious attempts in a general hospital over a 15-year period, *General Hospital Psychiatry*, 2, 118-126.
- SIMS, A., O'BRIEN, K., 1979, Autokabalesis: an account of mentally ill people who jump from buildings, *Medicine, Science and the Law*, 19, 3, 195-8.
- SLAWSON, P.F., 1979, Psychiatric malpractice: the California experience, *American Journal of Psychiatry*, 136, 5, 650-4.
- SLETTEN, I.W., BROWN, M.L., EVENSON, R.C., ALTMAN, H., 1972, Suicide in mental hospital patients, *Diseases of the Nervous System*, 33, 328-334.
- SUNDQVIST-STEINSMAN, U.B., 1987, Suicide in close connection with psychiatric care: an analysis of 57 cases in a swedish county, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 76, 15-20.
- THOLOSE, A., 1986, La responsabilité médicale en cas de suicide à l'hôpital, *Annales Médico-Psychologiques*, 144, 3, 243-62.
- VILLEMURE, C., TURCOT et al, 1973 R.C.S. 716.
- VOGEL, R., WOLFERSDORF, M., 1987, Staff response to the suicide of psychiatric inpatients, *Crisis*, 8, 2, 178-84.
- WOLFERSDORF, M., VOGEL, R., KELLER, F., HOLE, G., 1991, The increase of suicides in psychiatric hospitals in southwestern Germany according to diagnostic subgroups, *Crisis*, 12, 1, 34-47.
- WOLFERSDORF, M., KELLER, F., SCHMIDT-MICHEL, P.O., WEISKITTEL, C., VOGEL, R., HOLE, G., 1988, Are hospital suicides on the increase?, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 4, 207-16.

ABSTRACT

Suicide among hospitalized patients

Suicide among hospitalized patients is an increasingly growing phenomenon. Today, it represents 5 per cent of all effective suicides. This article reviews recent literature on the topic in order to determine the frequency and characteristics of suicide among hospitalized patients in psychiatric units and in the general population. The authors identify certain risk factors as well as methods to predict and prevent suicide in hospital environments. In addition, because of its important forensic impact, the authors present legal precedents regarding the matter.