

# Atelier du CCECQA

*Retour d'expérience du CHD*

*la Candélie*



## I. Présentation du CHD La Candélie

---

### → Etablissement public

- Activité principale : psychiatrie (infantojuvénile, adolescent, adulte et gérontopsy.)
- Couverture de tout le territoire du Lot-et-Garonne
  - Site principal : Agen (364 lits et places) – format pavillonnaire
  - Multiples sites externes (Hôpitaux de jour, CMP, CATTP)
- Activité MCO (pôle d'addictologie de 14 lits) depuis 2010
- Création d'une M.A.S en mai 2011 (48 places).



## II. Engagement de la démarche de prévention du suicide

---

→ Depuis l'ouverture du CHD (1967), 47 cas de suicides recensés

→ En 2011, 3 suicides par pendaison en l'espace de 4 mois

- Création récente de la PRAGE
- Volonté de la Direction de l'établissement **(indispensable!!)**
- Refus de fatalisme face à cette problématique (facteur de risque élevé en psychiatrie => notamment période critique suite à admission patient)
- Identifier les leviers d'actions à déployer



→ Des A.A.C en lien avec la PRAGE ont été réalisées sur chaque cas avec les équipes soignantes et médicales

- Permettre d'échanger sereinement sur la situation (intervenant neutre, à distance du cas)
- En partie, répondre aux attentes des agents – être conscient de leur problématique au quotidien
- Favoriser la culture de « l'apprentissage de l'erreur »



## II. Engagement de la démarche de prévention du suicide



- 3 cas analysés avec PRAGE, intervenants de la prise en charge (paramédicaux et médecins) et ingénieur qualité
  
- Des motifs et scénarios de passage à l'acte différents pour chaque cas avec potentiel +/- évitable
  
- mais un constat commun
  - Absence d'outil d'évaluation du risque suicidaire défini
  - Si potentiel de risque existant (++ ou +++ dans les dossiers) => absence de recommandations de surveillance pour les soignants
  - Effet de surprise pour chaque patient  
(« je n'aurai jamais pensé qu'il passe à l'acte » « quand on m'a appelé, j'étais persuadé que c'était pour un autre patient »)
  - Absence de formation spécifique à la prévention et à la prise en charge de suicidant

### III. Les démarches engagées par la suite

Pour prévenir un risque, il faut d'abord s'interroger et connaître son histoire au sein de la structure

➤ Rétrospective des 4 dernières années faite par la Direction Qualité

	Nbr TS + suicide
empoisonnement	1
shampooing	1
IMV	2
médicaments personnels	2
pendaison	16
ceinture personnelle	2
cordon	1
cordon de douche	5
draps	2
écharpe	1
écouteurs MP3	1
fil électrique DM	1
pyjama	1
taie d'oreiller	1
tuyau DM	1
phlébotomie	1
ciseaux CHD	1
scarification	1
ciseaux personnels	1
<b>Total général</b>	<b>21</b>

	Nbr suicide
pendaison	8
ceinture personnelle	1
cordon	1
<b>cordon de douche</b>	<b>5</b>
pyjama	1

Fréquence	Gravité			
	1-Bénil : Pas ou peu de dommages mineurs. Inconfort.	2-Moyen : Dommages physiques ou moraux modérés, blessures	3-Important : Dommages importants, réversibles. Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation	4-Grave : Dommages irréversibles. Décès, mise en jeu du pronostic vital ou perte permanente d'une fonction
4-Très fréquent : Souvent, 1 à plusieurs fois par jour				-
3-Fréquent : Souvent, 1 à plusieurs fois par mois		3	-	-
2-Rare : Occasionnel, plusieurs fois par an		3	1	8
1-Très rare : Rare, maximum 1 fois par an		4	2	-

### III. Les démarches engagées par la suite

---

→ Grande diversité des moyens utilisés par les patients mais sur les 8 cas de suicide => toujours par pendaison

(le cordon de douche étant majoritairement utilisé car relativement accessible)

→ Après analyse de ces éléments + constats réalisés en lien avec la PRAGE, décision de la Direction (via un groupe de travail dédié) d'axer les actions sur 3 domaines:

- 1) Sécuriser au maximum l'environnement du patient
- 2) Dépistage du risque suicidaire
- 3) Formation des agents à la prévention/ PEC du risque suicidaire



### III. Les démarches engagées par la suite

---

#### 1) Sécuriser l'environnement du patient :

- **Recommandations internes suivantes définies pour les patients à risque:**
  - Placer en chambre double au rez-de-chaussée pour favoriser la surveillance par les agents (pavillons à étage + alerte possible par patient)
  - Retirer le cordon de douche par sécurité dans la chambre
  
- **Etude en cours pour mettre en place de nouveaux systèmes de sortie de douche pour un nouveau bâtiment (unité de régulation des admissions )**
  - Coût élevé de ces dispositifs (600 euros pièce)
  - Potentiel de réduction du passage à l'acte non forcément corrélé
  
- **partie émergée de l'iceberg et grandement insuffisant pour endiguer le risque!**

### III. Les démarches engagées par la suite

#### 2) Dépistage du risque suicidaire:

→ Mettre en œuvre une évaluation systématique du risque suicidaire pour tous les patients

→ Les critères cibles

- Echelle adaptée à la population (pas d'autoéval.)
- Relativement courte pour ne pas faire un focus unique lors du 1<sup>er</sup> entretien médical
- Valable pour tous les patients y compris ceux admis pour TS



→ Choix porté vers **SBQ-r** (4 questions )  
+ **SIS** (spécifique suite TS)

→ Réticence des praticiens à son utilisation  
mais meilleure identification des mesures  
de surveillance à mettre en place pour les  
équipes soignantes dans les dossiers

Intitulé échelle	Nbr d'items	Populations concernée		
		Adultes	Ado + infanto	Personnes âgées
BSS	21	X	X	
BHS	20	X		
GSIS	31			X
interRAI- SOS	variable	X		
NGASR	15	X		
RFL	48	X	X	X
SAD PERSONAS	10	X		
SIS-MAP	108	X		
SSI-M	18	X	X	
SBQ	34	X	X	
<b>SBQ-r</b>	4	X	X	
<b>SIS</b>	15	X		
SPS	36	X	X	
TASR	26	X	X	



### III. Les démarches engagées par la suite

---

#### 3) Formation des agents à la prévention / PEC du risque suicidaire:

- **Recrutement important de nouveaux IDE depuis 3 ans**
- **Permettre de mieux identifier les signaux d'alarme des patients**
  - Rares sont les cas de suicides sans signes avant-coureurs
- **La meilleure prévention du risque suicidaire, notamment en psychiatrie, reste l'échange avec le patient (alliance thérapeutique)**
  - Instaurer un dialogue avec le patient
  - Connaître son histoire / contexte (social, etc.)
  - Inclure la famille dans la prise en charge (quand cela est possible!)



## IV. Ce qui a changé (ou pas) depuis



→ **Peu de recul pour avancer des conclusions précises**

→ **Pour les médecins**

- Peu d'utilisation de la grille SBQ-r...
- Utilisation systématique de la SIS pour patient admis suite à TS
- Meilleure identification cependant du potentiel de risque + surveillance associée

→ **Pour les soignants (agents formés + participants AAC)**

- Plus grande vigilance aux signaux d'alerte
- Quand TS interceptée => meilleure PEC du patient

→ **Malheureusement, d'autres cas de suicides**

- Risque difficile à «éradiquer » car multifactoriel et patient dépendant
- Patients non identifiés à risque (pas d'évaluation suicidaire...)
- AAC faites en interne par la Direction Qualité
- L'accompagnement des familles et des autres patients à ne pas négliger

**Un sujet toujours d'actualité pour rechercher des solutions d'améliorations et au cœur de l'actualité (AUPA 47 le 05 décembre 2014)**

**Merci de votre attention**