

Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Événements indésirables.



Retour d'expérience :

Le suicide en structure de soins

La mission EIGS, plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables graves a pour mission d'apporter un appui aux établissements de santé et médico-sociaux pour la gestion de ces événements et de développer une culture juste dans leur gestion. Elle propose des retours d'expérience s'appuyant sur les analyses approfondies des causes réalisées.

Le suicide en établissement de santé, général ou spécialisé, est une complication de la souffrance psychique ou de la maladie mentale pouvant être associée à des difficultés personnelles, sociales et économiques. Pour certains, le suicide devient une solution pour mettre un terme à la souffrance

Le suicide reste un drame pour les soignants, lorsqu'ils n'ont pu ni l'anticiper ni l'empêcher. Nombre de suicides sont évités grâce à leur vigilance.

Ce document, (loin d'être exhaustif) est une aide pour mieux comprendre la survenue d'un suicide et tenter de le prévenir. Il comporte une liste de **signaux d'alerte** ou «drapeaux rouges» (red flags) décrivant des situations ou des signaux d'alerte fréquemment associés au risque de passage à l'acte suicidaire. Ils sont assortis de suggestions pour y faire face.

Mission EIGS du CCECQA
Dr Marike GRENOUILLET
Muriel ZAGO
05.57.62.31.16
eigs@ccecqa.asso.fr

Une personne se suicide toutes les heures en France. Cela représente 8 885 personnes par an en France en 2014. Le taux de décès par suicide baisse de manière globale, mais il reste plus élevé que la moyenne nationale en Nouvelle-Aquitaine, autour de 17/100 000 habitants, soit plus de 1000 décès par an. Environ 6% se produisent en structure de soins, le plus souvent en établissement psychiatrique, soit 60 personnes par an environ.

Observatoire National du suicide. 3^{ème} rapport DREES février 2018



Lorsque plusieurs signaux d'alerte sont réunis, il existe une très grande probabilité pour qu'un événement indésirable se produise.

Le concept des « 9 red flags » s'est développé dans l'aéronautique, l'industrie et la santé aux États-Unis. Ceux décrits ici sont inspirés de la méthode de l'analyse d'accidents de l'aéronautique et de la santé et exposés dans « An Introduction to Community Development » de Rhonda Phillips et Robert Pittman. Routledge New-York 2014

ÉTABLISSEMENTS CONTRIBUTEURS
CHS La Candélie 47916 AGEN
CH Cadillac 33410 CADILLAC
CH Charles Perrens 33076 BORDEAUX Cedex
Hôpital Marius Lacroix 17000 La ROCHELLE
CH Camille Claudel 16400 ANGOULEME
CH Agen-Nérac 47923 AGEN

Les retours d'expérience :

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>

Les outils élaborés par les participants sont disponibles sur demande
Par mail, eigs@ccecqa.asso.fr ou sur appel téléphonique au 05 57 62 31 16

ÉVALUER LES FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs individuels du patient à risque (facteurs dits primaires)



Chez les personnes présentant une souffrance psychique, il importe de rechercher ces facteurs :

- antécédents de tentative de suicide
- Présence d'une addiction
- Pathologie psychiatrique connue
- Propension à l'impulsivité, à l'agressivité, la violence...
- Traumatismes psychiques

Ne pas oublier de **rechercher très « activement » des antécédents** pour reconstituer une histoire et un parcours ainsi que les conclusions d'autres équipes et les traitements instaurés .

Etre vigilant sur la traçabilité et l'accessibilité des informations dans le dossier du patient.

Une pathologie somatique est un facteur de risque supplémentaire qui impacte la prise en charge.



Elle fait courir le risque d'une absence de prise en charge globale.

Elle peut retarder une prise en charge psychiatrique tout aussi urgente

Ne pas méconnaître ou retarder l'évaluation et la prise en charge psychiatrique.

Les feuilles de surveillance « rapprochées » dans les services d'UHCD, mais aussi les plans de soins des autres unités doivent reprendre tous les paramètres cliniques, somatiques et psychiatriques.

Les facteurs familiaux et sociaux (facteurs dits « secondaires »)

Isolement, rupture des liens familiaux, violences récentes ou passées dans l'entourage, carences affectives, relations conflictuelles, deuils ou pertes ...

Difficultés économiques, perte d'emploi, souffrance au travail, difficultés d'intégration, exclusion...

Difficultés judiciaires, soins sans consentement, mesure de protection juridique (tutelle ou curatelle) ...



C'est la **conjonction des facteurs** qui s'entrechoquent qui importe, au moment de l'hospitalisation, mais aussi lors de la sortie ou d'un changement des modalités de prise en charge.

Privilégier la concertation pluri professionnelle et pluri disciplinaire, tout au long du parcours de soins. Solliciter les aidants, évaluer les conditions socio-économiques et prévoir les relais.

Les facteurs épidémiologiques (dits « tertiaires »)



Le sexe masculin entre 45 et 54 ans, l'âge > 75 ans sont des facteurs reconnus de suicide abouti ... La transition « enfance-adulte » et sa cohorte de séismes dans la succession des intervenants somatiques, psychiatriques, familiaux et sociaux en fait une période de tous les dangers !



Les facteurs de protection

sont des facteurs sur lesquels on peut s'appuyer pour protéger la personne d'un éventuel passage à l'acte. Est-ce que la personne accepte de l'aide ? Est-ce que la personne a des capacités pour mobiliser des ressources individuelles, familiales ou dans son environnement ? A-t-elle un investissement affectif, social, professionnel, spirituel, etc. ? Dispose-t-elle d'éléments de vie gratifiants ?

ÉVALUER LE DEGRÉ D'URGENCE

Le patient a-t-il des idées suicidaires ? De quelle intensité ?

Y a-t-il un scénario ?

Envisagé mais reporté ? Planifié clairement ?



Lorsque la décision est prise chez un patient déterminé, le degré d'urgence peut être inapparent.

Il y a alors mise en place de stratégies de réassurance des soignants, « mise en conformité » avec leurs attentes ou le contrat de soins.

En cas de doute sur les intentions suicidaires de la personne, ne pas hésiter à poser directement la question :

« souffrez vous au point d'avoir des idées suicidaires ? »

Les modifications soudaines de comportement « en mieux » doivent faire redoubler de vigilance. Une réévaluation de la situation est nécessaire pour identifier des situations insidieuses.

ÉVALUER LA DANGÉROSITÉ

Des moyens létaux sont-ils déterminés ?

Accessibles ?

Immédiatement et/ou facilement ?



La question est primordiale, quel que soit le lieu :

- *en milieu psychiatrique,*
- *en structure médico-sociale,*
- *en hôpital général,*
- *au domicile,*
- *Sur le lieu de travail,*

L'accès aux moyens létaux doit être anticipé au mieux et l'environnement du patient sécurisé.

ÉVALUER LE POTENTIEL SUICIDAIRE : R U D (Risque Urgence Dangérosité)

Il est important d'évaluer le RUD afin de déterminer à quelle étape du processus suicidaire se situe le patient.



Des outils d'évaluation du risque suicidaire sont utiles.

Ils peuvent être qualitatifs et/ou quantitatifs, le cas échéant avec des scores chiffrant les facteurs de risques et les degrés d'urgence et de dangérosité.*

Les actions à mettre en place peuvent alors être hiérarchisées, tenant compte également les facteurs précipitants et de protection.

Le but est d'instaurer une intervention appropriée.

En clair, c'est se poser les questions « quelle est la gravité de la situation », « que faut-il faire maintenant » et dans les jours, voire les mois à venir ?



Anticiper la récupération / atténuation : les formations aux gestes d'urgence ont été faites et le chariot ou sac d'urgences est prêt. La procédure d'alerte « urgences vitales » est élaborée et connue.

LA CONDUITE À TENIR



La prise en charge aux urgences

Les conditions de prise en charge d'un patient en état de crise ne sont pas toujours idéales :

- *Les locaux ne sont pas adaptés à un premier entretien.*
- *Le recours à un infirmier de psychiatrie ou à un psychiatre peut être retardé.*
- *L'urgence somatique est au premier plan après un passage à l'acte .*
- *L'organisation d'une prise en charge en soins sans consentement quand elle est nécessaire, n'est pas toujours optimale.*

Les interfaces entre les logiciels (antécédents, observations et prescriptions) des urgences et ceux des secteurs d'hospitalisation ne sont pas toujours opérationnels.

Réaliser une première évaluation (RUD ou autre), au mieux par un infirmier de psychiatrie ou un professionnel formés.

Réaliser dès que l'état somatique le permet, le premier entretien par le médecin, dans des locaux calmes préservant la confidentialité.

Procéder dès que possible à l'inventaire des effets personnels et au retrait des objets dangereux (piquants, coupants, tranchants, strangulants...).

La mise en isolement se fait sur décision médicale uniquement en milieu psychiatrique.

Les surveillances somatique et psychiatrique sont concomitantes ; elles sont réalisées au mieux dans des chambres dites de « surveillance rapprochée » avec un visuel constant. Ces chambres sont également adaptées pour les patients en attente de transfert en hospitalisation psychiatrique ou pour les mineurs.



La prise en charge en hospitalisation

Les premiers jours (voire les premières heures) sont à très haut risque de passage à l'acte. Une surveillance peut être complexe à mettre en œuvre.

L'ensemble des informations nécessaires à la prise en charge, tout en préservant le secret professionnel , n'est pas toujours transmis aux professionnels qui accueillent la personne (antécédents, premières évaluations, données des entretiens , prescriptions médicamenteuses...).

Les changements dans l'équipe soignante sont facteurs de déstabilisation de l'état des patients.

La proximité de la sortie de l'unité d'hospitalisation majore l'angoisse, d'autant plus si les conditions matérielles sont précaires et si le projet de vie n'a pas été construit.

Installer la personne à proximité des locaux infirmiers ou d'une présence soignante.

Supprimer les accès aux moyens létaux. Selon les situations, utiliser des kits anti-suicide.

La sécurisation de l'environnement va de pair avec le respect de la dignité du patient et de ses droits.

La fréquence des réévaluations RUD (ou autre outil) et le rythme des entretiens doivent être établis en concertation d'équipe.

Ne pas oublier d'informer le patient de toutes les décisions le concernant, y compris les absences prévisibles de soignants.

Si le suicide s'est produit :

Figurer la scène et alerter les responsables hiérarchiques, l'administrateur de garde et les autorités. Il est indispensable de prévoir en amont des conventions avec la police ou la gendarmerie et/ou le SDIS et le SAMU.

Mettre en sécurité les autres patients en sollicitant les renforts de soignants d'autres services.

Organiser le temps d'annonce aux proches. Définir en amont qui fait quoi et dans quel lieu

Prendre soin des soignants impliqués, en organisant rapidement un débriefing psychologique, en suivant les procédures internes de chaque établissement et/ou avec l'aide du service de santé au travail. Ce temps est thérapeutique et fédérateur en permettant un soutien direct aux soignants, y compris les médecins et le SMUR. Proposer le soutien individuel même si le souhait n'est apparemment pas exprimé.

Programmer la RMM avec ou sans le soutien d'une structure d'appui mais avec tous les intervenants impliqués.