

Suicide/tentative de suicide : toujours inévitable ?

Mots-clés : suicide, tentative de suicide, passage à l'acte, autolyse

Secteurs :

- MCO,
- SSR,
- Santé mentale,
- EHPAD



Ce que l'on retient

- Un risque réel souvent sous estimé : l'important est de le prévenir au maximum.
- Un défaut d'évaluation du risque suicidaire (accueil, changement de comportement) est une cause immédiate fréquente pour les suicides et les tentatives de suicide.
- L'utilisation d'une échelle d'évaluation du risque suicidaire consensuelle permet d'améliorer les transmissions entre professionnels et donc une réelle gestion du risque suicidaire.
- Tous les usagers peuvent être concernés quel que soit le secteur, la nature de prise en charge et l'âge de l'usager.
- Les antécédents du patient ont un rôle important dans le passage à l'acte.
- La valorisation au niveau institutionnel des retours d'expérience sur ce type d'EIGS est importante.
- Il est capital d'accompagner moralement les équipes (individuellement ou collectivement suivant le besoin de chacun), par exemple lors d'un débriefing d'équipe pluridisciplinaire immédiat et à moyen terme avec une analyse des causes profondes associant l'ensemble des acteurs qui intervenaient auprès de la personne accompagnée.
- Ce n'est qu'au terme d'une analyse des causes profondes et des barrières mises en oeuvre qu'il est possible de conclure sur le caractère inévitable ou non de l'évènement.

DÉFENESTRATION D'UNE PERSONNE ÂGÉE

Suicide par défenestration, 2 jours après son admission en SSR, d'un patient de plus de 90 ans, hospitalisée pour rééducation. Patient porteur d'un plâtre à la jambe. Antécédent d'intoxication médicamenteuse volontaire.

CAUSE IMMÉDIATE

Défaut de recueil des antécédents d'un patient et notamment de l'évaluation du risque suicidaire.

CAUSES PROFONDES

- **Liées au patient** : grand âge, intoxication médicamenteuse volontaire au cours du semestre précédent.
- **Liées aux tâches** : défaut de disponibilité d'une grille d'évaluation du risque suicidaire (de type RUD) en complément des évaluations cliniques.
- **Liées aux professionnels** : défaut de formation optimisée à l'utilisation du logiciel métier.
- **Liées à l'équipe** : défaut de remontée d'informations reçues entre les différentes structures ayant pris en charge / accompagné ce patient.
- **Liées à l'environnement** : manque de lisibilité du logiciel métier (défaut de constitution du formulaire de liaison à partir des données saisies lors du séjour).
- **Liées au management / à l'organisation** : existence de plusieurs logiciels pour la prise en charge du patient dans un contexte de changement de logiciel, défaut de formation à l'évaluation du risque suicidaire.
- **Liées au contexte institutionnel** : aucune.

BARRIÈRES

- Aucune barrière préventive, de récupération ou d'atténuation n'a été mise en oeuvre dans ce cas.

SUICIDE PAR PENDAISON

Un patient entre 40 et 50 ans, hospitalisé dans un service de psychiatrie pour troubles dépressifs et idées suicidaires, avec un contexte personnel et familial compliqué, est retrouvé pendu à sa fenêtre avec une sangle. Malgré la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire, le patient est décédé.

CAUSE IMMÉDIATE

Sous-évaluation du risque suicidaire.

CAUSES PROFONDES

- **Liées au patient** : antécédents familiaux et personnels.
- **Liées aux tâches** : défaut d'évaluation systématique du risque suicidaire à l'entrée du patient, au retour des permissions et à chaque changement de comportement, protocole de gestion du risque suicidaire non actualisé et non connu des professionnels.
- **Liées aux professionnels** : aucune.
- **Liées à l'équipe** : défaut de traçabilité des informations partagées sur le dossier patient.
- **Liées à l'environnement** : lancement récent du nouveau logiciel de gestion du dossier patient, absence de matériel de secours adapté (ciseaux...).
- **Liées au management / à l'organisation** : défaut de formation au nouveau logiciel, absence de consensus sur le protocole de gestion du risque suicidaire.
- **Liées au contexte institutionnel** : aucune.

BARRIÈRES

- **Barrières de prévention** : l'évaluation du risque suicidaire et la transmission d'information entre professionnels prévues dans ce cadre n'ont pas fonctionné
- **Barrière de récupération** : la prise en charge de l'arrêt n'a pas permis de réanimer le patient

SUICIDE PAR DÉFENESTRATION

Suicide par défenestration d'un résident d'EHPAD suivi par l'établissement public de santé mentale (EPSM) du territoire pour des troubles psychiatriques. Toutes les barrières de sécurité mises en oeuvre pour prévenir le risque n'ont pas fonctionné.

CAUSE IMMÉDIATE

Raptus suicidaire dans un contexte de pathologie neuropsychiatrique (démence neurodégénérative et comorbidité thymique)

CAUSES PROFONDES

- **Liées au patient** : Antécédents de fragilité psychologique, avec suivis psychiatrique et psychologique mis en place, et traitement avec antidépresseurs et régulateurs de l'humeur (gabapentine).
- **Liées aux tâches** : aucune.
- **Liées aux professionnels** : aucune.
- **Liées à l'équipe** : aucune.
- **Liées à l'environnement** : aucune.
- **Liées au management / à l'organisation** : aucune.
- **Liées au contexte institutionnel** : aucune.

BARRIÈRES

- **Barrières de prévention** :
 - Ce résident n'avait pas été identifiée comme à risque suicidaire, une évaluation récente du risque avait été réalisée et aucune idée suicidaire n'avait été formulée auprès du psychiatre et des professionnels de l'EHPAD.
 - Une maladie neurologique était en cours d'investigation suite à l'apparition de tremblements, avec de nombreux examens à réaliser, source d'anxiété pour le résident. Un arrêt de la Gabapentine avait été réalisé pour explorer l'origine potentiellement iatrogène des tremblements. S'en est suivi une perte d'autonomie importante en quelques mois. La Gabapentine a été restaurée améliorant l'humeur et l'autonomie du résident.
 - Le résident était bien intégré parmi les usagers et les activités de l'EHPAD. Depuis la perte d'autonomie, une mise en retrait vis à vis des autres résidents avait été observée.
 - Un suivi psychologique avait été mis en oeuvre de façon rapprochée pour répondre aux besoins du résident. Des contacts réguliers avaient lieu avec sa famille pour partager sur sa situation clinique.
 - Des contacts rapprochés entre les professionnels de l'EHPAD et l'EPSM existaient.
 - Le médecin traitant était sollicité régulièrement pour répondre aux difficultés verbalisées par son patient.
 - Les professionnels de l'EHPAD ont développé une écoute attentive, et ont porté attention à la santé mentale et somatique du résident, déclenchant les investigations et les soins appropriés de façon réactive.
- **Barrières de récupération** : professionnels de l'EHPAD et de l'EPSM étaient formés à la gestion de la crise suicidaire.

POUR ALLER PLUS LOIN

- **HAS. Flash sécurité patient – « Suicide. Mieux vaut prévenir que mourir »** : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3363656/fr/flash-securite-patient-suicide-mieux-vaut-prevenir-que-mourir
- **AMELI. Crise suicidaire : agir avant la tentative de suicide** : <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/pathologies/crise-suicidaire-tentative-suicide>