



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Aquitaine



Analyse Approfondie de Cas n° 70:

Passage à l'acte suicidaire par précipitation dans le vide aux urgences d'un CHG

Date de parution : juillet 2019

- Catégorie : MCO/SM
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de 32 ans se présente aux Urgences d'un CH, accompagnée de son mari et de son frère, après une ingestion volontaire d'eau de Javel et de produit anti calcaire. Dans les 15 jours précédents, on note 3 antécédents de tentative de suicide (pendaison, intoxication médicamenteuse et ingestion d'eau de Javel) dans un contexte de crise au sein du couple. Le mari a révélé une liaison extra conjugale à l'origine de l'accès dépressif de la patiente.

En l'absence de lésions organiques, elle est hospitalisée en zone d'hospitalisation de très courte durée (ZHTCD) du CH pour une surveillance somatique et psychiatrique avant une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT).

Le lendemain matin, alors qu'elle effectue une sortie sous la surveillance de son mari et de son frère, elle échappe à leur vigilance et se rue dans un escalier extérieur du bâtiment. Elle se jette du 2^{ème} étage. Son mari, arrivé au premier étage, tente de la rattraper et chute avec elle, ce qui lui occasionne une fracture de bassin.

La patiente présente un traumatisme thoraco-abdominal fermé, de traitement médical. Elle souffre de multiples fractures (rachis, bassin, côtes) nécessitant une prise en charge orthopédique appuyée. Elle est d'abord hospitalisée pendant 4 jours en ZHTCD, puis elle est transférée en unité psychiatrique au CH spécialisé voisin. La poursuite de sa prise en charge somatique est organisée parallèlement à sa prise en charge psychiatrique.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Séquelles locomotrices

ÉLÉMENTS MARQUANTS

Cet événement illustre bien l'ensemble des difficultés concernant la prise en charge en centre hospitalier général des patients ayant réalisé une tentative de suicide.

- Double prise en charge, somatique et psychiatrique, en situation d'urgence, dans des locaux non adaptés et sans personnel dédié.
- Sécurisation de l'environnement du patient non réalisé (limitation des accès aux moyens létaux).
- Évaluation du risque suicidaire non structuré, sans systématisation des critères de surveillance.

De plus, la délégation de la surveillance aux proches s'est faite sans évaluation spécifique du risque suicidaire.





Le 25 juillet vers 11 h : une jeune femme de 32 ans ingère volontairement de l'eau de Javel et un produit anticalcaire au domicile de son frère. La jeune femme a répété depuis 15 jours plusieurs gestes de tentative de suicide (tentative de pendaison, ingestion médicamenteuse volontaire (IMV) et ingestion d'eau de Javel avec hospitalisation de courte durée).

Dans son contexte familial, on note qu'elle a été abandonnée à la naissance et adoptée à l'âge de 3 ans après un séjour en pouponnière. Elle est mariée avec un militaire effectuant de fréquentes interventions extérieures avec des absences de 6 mois par an. Ils ont 2 enfants de 8 et 11 ans. La patiente n'a ni famille ni ami dans cette ville qu'elle habite depuis un an. Elle est sans emploi en raison des absences fréquentes de son mari. Depuis le dernier retour de celui-ci et son aveu d'adultère, la patiente fait face à une crise conjugale, avec une dépression réactionnelle, dans un contexte de lien fusionnel au mari et d'angoisse d'abandon. Une hospitalisation est prévue. La patiente a séjourné récemment chez une amie et chez son frère avec qui elle a des liens très étroits.

A 18h35 : la jeune femme est accompagnée par son mari et son frère aux Urgences du CH. La découverte est fortuite, à l'occasion de vomissements. L'examen clinique somatique ne met en évidence qu'un léger érythème pharyngé. L'auscultation cardiorespiratoire est normale. Le Centre anti poison recommande une surveillance clinique de 24 heures en milieu hospitalier. Une infirmière de l'équipe de liaison psychiatrique réalise un entretien avec la patiente et retrace ses antécédents. La patiente déclare qu'elle ne supporte pas l'infidélité de son mari qu'elle associe à un acte d'abandon. Elle dit ne pas imaginer la vie sans lui. Elle n'évoque pas ses enfants en termes d'attachement. A chaque tentative de suicide, elle a promis de ne pas recommencer. L'infirmière rencontre également le mari qui décrit une épouse possessive et jalouse. Il envisage une séparation, ce qui n'est pas concevable pour sa femme.

Les conditions d'une admission de la patiente en SPDT sont expliquées et acceptées.

L'infirmière ne réussit à convaincre la patiente de la nécessité d'une surveillance hospitalière somatique qu'à la condition de garantir la présence de son mari auprès d'elle. Une consultation avec le médecin psychiatre est prévue le lendemain matin. L'infirmière recommande de surveiller la patiente et n'exclut pas les risques de fugue.

Dans la nuit du 25 au 26 juillet : la patiente est installée en ZHTCD. Exceptionnellement, le mari et le frère sont autorisés à rester auprès d'elle. Ensemble, ils accompagnent la patiente pour de courtes promenades pour aller fumer. Le mari passe la nuit dans la chambre et le frère dort dans sa voiture. La nuit est plus ou moins calme ; vers 2h30, la patiente accepte l'administration d'un comprimé d'alprazolam.

Le dimanche 26 juillet 8 h : le dossier de la patiente est examiné en staff. L'examen somatique du médecin des Urgences est normal.

A 9h30 : consultation par le médecin psychiatre. La biographie et l'histoire récente sont reprises. Il apparaît qu'un traitement par paroxétine 75 (2x 1cp/j) et alprazolam (3x1 cp/j) avait déjà été prescrit par un médecin. Ce sont ces médicaments qui ont été ingérés lors de la dernière IMV. La patiente est consciente d'avoir besoin de soins psychiatriques et est d'accord pour rester hospitalisée en unité de crise clinique psychiatrique (UCCP). Le médecin n'est pas particulièrement « inquiet ». Un nouvel entretien avec l'infirmier psychiatrique confirme l'accord de la patiente pour rester hospitalisée en UCCP. La patiente effectue une promenade en extérieur avec son mari et son frère.

A 11h30 : au décours de la promenade, la patiente prétend avoir oublié un briquet dans sa chambre. Alors que son mari se détourne pour s'y rendre, elle demande à son frère d'aller lui chercher un café et échappe à toute surveillance. Elle se rue vers la passerelle latérale du bâtiment menant aux escaliers de secours et monte au 2^{ème} étage pour sauter dans le vide. Son mari arrivé au 1^{er} étage tente de la rattraper et chute avec elle. Son frère assiste à la chute et vient à leur chevet. L'alerte est donnée par un employé des cuisines qui se rend à pied aux Urgences pour demander des secours. Deux équipes du SMUR se rendent auprès des blessés. Les pompiers et la police, informés des faits, se présentent sur les lieux. Les blessés sont acheminés vers les urgences pour bilan. La patiente présente : un traumatisme crânien simple sans lésion cérébrale, une fissure de C3, une fracture de L1 et L3, une plaie du foie avec épanchement péritonéal de faible abondance, plusieurs fractures costales sans volet ni pneumothorax. Les lésions nécessitent un traitement orthopédique avec décubitus dorsal pendant 45 jours, un collier cervical mousse et un corset dorsolombaire rigide. Les lésions hépatiques sont traitées médicalement avec abstention chirurgicale et surveillance hémodynamique et biologique. Son mari présente une fracture du bassin nécessitant un traitement orthopédique. Il est hospitalisé en service d'orthopédie.

Du 26 au 30 juillet : la patiente reste hospitalisée en UHCD afin de conjuguer une prise en charge psychiatrique et somatique (surveillance clinique étroite et prévention d'une récurrence suicidaire). D'un point de vue somatique, l'évolution est sans incident en ce qui concerne le traumatisme abdominal et les lésions orthopédiques. Le traitement parentéral (antalgique, anti-dépresseur et anxiolytique) est remplacé le 27 juillet par un traitement per os. La pose du corset est effectuée le 29 juillet. D'un point de vue psychiatrique, la patiente bénéficie d'un suivi rapproché avec des entretiens quotidiens. La patiente est transférée au CH spécialisé pour la poursuite de la prise en charge psychiatrique et orthopédique en SPDT (à la demande de son frère). Un suivi psychiatrique et orthopédique est envisagé ultérieurement en soins ambulatoires.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Passage à l'acte suicidaire lors d'un échappement à la surveillance de la famille pendant une promenade.
Sous estimation des risques de passage à l'acte.

Facteurs latents

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Patient : +++

Mise en œuvre de multiples tentatives de suicide le mois précédent l'évènement.
Histoire personnelle récente et antécédents porteurs de risques avec état dépressif réactionnel.

Professionnels / facteurs individuels : +

Méconnaissance des procédures d'alerte pour le personnel en cuisine (premiers témoins).
Absence de réflexion autour de la délégation de tâches aux familles et aux proches par rapport au rôle propre des soignants pour la surveillance clinique. (surveillance de la patiente par l'entourage familial).

Équipe : ++

Mauvaise identification des signaux susceptibles d'alerter sur le risque suicidaire liée à des divergences d'appréhension du risque suicidaire par les différents professionnels, sans réelle organisation de temps de mise en commun.

Tâches :+++

Absence de procédure d'évaluation par une grille de hiérarchisation du risque suicidaire à l'admission et en cours d'hospitalisation .

Environnement : +++

Charge en soins importante pour l'IDE restée seule dans le service.
Localisation des chambres des patients ne permettant pas une surveillance adéquate par le personnel soignant.
Accès insuffisamment sécurisé des escaliers extérieurs pour le public et les patients.

Organisation : +++

Difficultés à maintenir un personnel spécifique expérimenté en psychiatrie pour les patients relevant d'une double prise en charge somatique et psychiatrique en ZHTCD du fait de la restructuration récente des unités de soins :

- création de l'UHCD
- redéploiement et réduction du personnel médical en ZHTCD
- suppression de 5 lits dédiés à la psychiatrie en ZHTCD

Institution : ++

Définition incomplète du parcours de soins des patients relevant d'une prise en charge somatique et psychiatrique en urgence.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique :

Initier un plan de formation aux gestes d'urgence pour le personnel non soignant.

Sécuriser les lieux d'accès interdits au public.

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement probablement évitable

Commun :

Programme institutionnel de réduction du suicide à mettre en place avec :

- Évaluation du risque suicidaire à l'admission et pendant l'hospitalisation :
 - grille d'évaluation des signaux d'alerte,
 - grille d'identification des facteurs précipitants au passage à l'acte, élaborées à partir d'échelles validées et adaptées à la population accueillie.
- Formation des professionnels au repérage des situations à risques.
- La sécurisation de l'environnement hospitalier et la facilitation de la surveillance des patients les plus à risques dans les unités d'hospitalisation.



Plateforme Régionale d'Appui
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

PRAGE / CCECQA
Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex

05 57 62 30 14
prage@ccecqa.asso.fr

Général :

Définir le parcours de soins des patients relevant d'une double prise en charge somatique et psychiatrique en urgence.

Références et Bibliographie

- [Martelli C., Awab H., Hardy. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. L'En-céphale 2010; 365, D83-D91.](#)
- Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000. HAS
- Suicide risk assessment guide. Institut canadien pour la sécurité des soins.