



Analyse de scénario

Santé Mentale

Fiche animateur

Description des circonstances de survenue de l'évènement.

Une jeune femme de 34 ans, est adressée au centre hospitalier spécialisé, en hospitalisation à la demande d'un tiers. Cette patiente avait été hospitalisée une première fois dans l'établissement 2 ans auparavant pour psychose puerpérale, après son second accouchement. Depuis cette hospitalisation, cette jeune femme avait bénéficié de 4 séjours assez longs en clinique privée dans une région voisine.

Le 06 avril, la patiente conduite par ses parents, se présente aux urgences de l'hôpital général, avec une symptomatologie d'anxiété majeure. Après une consultation le médecin psychiatre propose une hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'hôpital général. La patiente accepte, mais ne peut être accueillie faute de lit disponible. Le traitement est interrompu devant le ralentissement psychomoteur, l'attitude figée et les interrogations du psychiatre sur le diagnostic de bipolarité posé jusqu'alors. La patiente présentant plutôt un tableau clinique évoquant une névrose, et la possibilité d'une iatrogénie médicamenteuse, le traitement antérieur est suspendu et remplacé.

Elle passe le week-end (week-end de Pâques) chez ses parents. Le 11 avril la patiente, accompagnée de ses parents, se rend de nouveau aux urgences de l'hôpital général. Un autre médecin psychiatre l'examine et décrit « un tableau clinique dominé par une symptomatologie mélancoliforme. L'anxiété est majeure. Elle exprime des idées d'incurabilité et d'anéantissement et se sent obligée d'être hospitalisée dans le service à la demande de sa famille. Le discours spontané est pauvre, la souffrance morale importante. Elle exprime une certaine méfiance vis-à-vis de tous les soignants, craignant d'être incomprise, avec de nombreux sous-entendus. Elle se sent rejetée par son mari « qui ne voudrait pas quelle rencontre ses enfants ». Elle est donc hospitalisée sous contrainte à l'hôpital spécialisé. La patiente est accueillie en service d'admission du centre spécialisé. L'équipe paramédicale accueille la patiente et ses parents ; les parents demandent à voir le certificat médical de l'hospitalisation. La patiente est calme mais une tension très forte est décelée par les soignants. Les parents ont tendance à répondre à la place de la patiente et à minimiser la surveillance qu'ils ont effectué le week-end. Le psychiatre du service examine la patiente qui expose son histoire de vie et de maladie et constate que celle-ci présente une grande anxiété, un ralentissement psychomoteur important, de fortes angoisses.

La patiente exprime son souhait de pouvoir s'occuper de ses enfants. Elle exprime clairement son besoin d'être soignée mais aussi ses craintes par rapport à l'hospitalisation et la répercussion sur son avenir, le poids de ses troubles psychiatriques sur son rôle de mère. Un traitement identique à celui antérieur au 06 avril est ré- initié. Le lendemain de son arrivée, la psychologue débute un entretien avec la patiente, au cours duquel elle réalise un test projectif, et exclut le diagnostic de psychose. L'entretien est interrompu car la patiente doit se rendre en consultation pour un électrocardiogramme. Lors du staff pluridisciplinaire de 9 heures, la psychologue évoque le cas de Mme S. en expliquant que le tableau clinique est compliqué et que le diagnostic formel n'est pas encore établi. La patiente est rencontrée par un autre psychiatre qui doit établir le certificat réglementaire à la 24^{ième} heure d'hospitalisation. Il constate le même tableau clinique, à savoir l'anxiété, l'ambivalence de la patiente vis-à-vis de sa situation familiale, le ralentissement psychomoteur, et l'absence de production délirante. La psychologue, ensuite, réalise la fin de son entretien avec la patiente. Celle-ci est figée, et demande de l'aide pour être capable de prendre en charge ses enfants. La soignante l'aide à rationaliser sa demande de l'instant par rapport à son état psychologique. La patiente va verbaliser « je veux disparaître » et lorsque la psychologue lui pose

clairement la question sur des idées suicidaires, elle répond « non » et demande de façon cohérente de l'aide pour pouvoir s'occuper de ses enfants. Dans l'après-midi, la patiente demande à bénéficier d'un temps de repos dans sa chambre, et est retrouvée pendue avec un cordon de son pantalon à la poignée de son placard.

Description des conséquences.

Immédiatement les collègues soignants prodiguent des soins de réanimation à la patiente (froide, cyanosée et marbrée). Le SAMU est alerté, le défibrillateur est utilisé mais ne recommande pas de choc électrique externe. D'autres soignants prennent en charge les patients du SIRA. Le SAMU déclare le décès. La gendarmerie est contactée. La direction de l'établissement est informée.

Le psychiatre téléphone au mari de la patiente. La famille est reçue. Il est noté que les soignants du service, non pas pu bénéficier d'un soutien de leur équipe par des collègues d'autres services, au moment et après les faits.

La gestion et l'accompagnement de la famille, le jour même du décès de la patiente, a été difficile pour l'équipe présente.

Dans les jours qui ont suivi cet événement, une proposition est faite de suivi des personnels de soins le désirant, par un psychologue extérieur. Ce suivi était subordonné au renseignement d'une fiche administrative demandant ce suivi, et ne semble pas « approprié » par les soignants en raison de sa lourdeur administrative. Les soignants, sidérés par la situation à ce moment précis, ressentent cette contrainte comme une tâche trop fastidieuse.



Analyse

Causes immédiates :

Errances et difficultés de diagnostic de mélancolie.

Sous-estimation du risque de passage à l'acte suicidaire.

Possible levée d'inhibition initiée par la rupture de 5 jours et la reprise abrupte du traitement psychotrope lourd.

Conditions latentes :

Professionnels / facteurs individuels :

Sous-estimation des facteurs de risques suicidaires, non évalués régulièrement.

Non identification de facteurs précipitant possibles comme les changements itératifs de traitements avec prise en compte des propriétés pharmacocinétiques des différents médicaments.

Qualité relationnelle délicate avec la patiente et sa famille.

Défaut de recueil de données ne permettant pas de réunir les antécédents médicaux de la patiente.

Équipe :

Mauvaise identification des signaux de danger susceptibles d'alerter sur le risque suicidaire lié à :

- L'absence de grille de hiérarchisation des variables prédictives de suicide à l'admission et en cours d'hospitalisation.
- Des difficultés dans l'identification d'événements sentinelles ou de situations à risque dans une population globalement à risque suicidaire.

Défaut de communication (orales et écrites) entre les professionnels médicaux ayant examinés la patiente, et ne posant pas clairement des hypothèses diagnostiques.

Tâches :

Absence de procédure d'évaluation par une grille de hiérarchisation du risque suicidaire.

Insuffisance d'aide à la décision, par manque d'information des antécédents recherchés pour connaître le parcours du patient.

Environnement :

Charge en soins importante.

Localisation des chambres des patients à l'étage, ne permettant pas une surveillance adéquate par le personnel soignant.

Organisation :

Prise en charge insuffisamment coordonnée avec de multiples intervenants médicaux (5 au total).

Organisation du temps médical au service d'admission non définie, en période de vacance de poste, ne permettant pas une continuité de la prise en charge des patients.

Organisation des soins rendue difficile par le turn-over quotidien des médecins et la présence irrégulière du médecin en raison de ses multiples activités, ce qui impacte l'organisation des soins paramédicaux.

Défaut de coordination entre le service des urgences de l'hôpital général et le service d'admission de l'hôpital spécialisé.

Institution :

Absence de programme finalisé de réduction du risque suicidaire.

Difficultés de recruter un personnel spécifique (médecin ou IDE) expérimenté dans les services de psychiatrie.

Manque de stabilité du personnel.

Travaux sur des locaux prioritaires comme les services « sensibles », repoussés et aggravant le risque par une surveillance difficile des patients (chambres à l'étage – locaux de soins au rez de chaussée).

Enseignements tirés.

Actions proposées par l'équipe

Etablir une procédure quant aux facteurs de risques suicidaires liés à la mélancolie et la conduite à tenir devant tout patient présentant cette pathologie.

Définir les règles de conduite de recueil de données, concernant les traitements suivis avec les patients et/ou leur entourage.

Définir les règles de conduite de recueil de données, concernant les antécédents médicaux, et les différents séjours hospitaliers avec les patients et/ou leur entourage.

Intégrer le groupe de travail institutionnel en place, et participer à l'élaboration d'une grille institutionnelle de dépistage des signaux d'alerte du risque suicidaire.

Former les soignants au dépistage des signes précurseurs du risque suicidaire actif avec une vigilance accrue en cas d'amélioration subite ou impromptue.

Mettre en place l'évaluation systématique du risque suicidaire, à l'aide d'un outil validé à périodicité définie.

Elaborer avec les médecins des urgences de l'hôpital général, responsables du secteur psychiatrique, une organisation et une traçabilité des patients pris en charge, quel que soit leur lieu d'hospitalisation, ayant une trame commune concernant les antécédents et les traitements suivis et proposés, ainsi que le diagnostic de sortie ou de transfert.

Références - Recommandations – législation ou littérature

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.

Martelli C., Awab H., Hardy. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. L'Encéphale 2010; 365, D83-D91.

