

## Sommaire :

- 1/ Traumatisme cranio-facial grave suite à une tentative de suicide par déféstration.
- 2/ Décès par suicide d'une patiente pendant son hospitalisation.
- 3/ Décès par suicide d'un patient pendant son hospitalisation.

« Les facteurs associés à la survenue de suicide en milieu hospitalier sont : l'existence de moyens suicidaires facilement accessibles, une surveillance inadéquate, la sous estimation du risque suicidaire, l'insuffisance de communication entre médecins et infirmiers.

Les signaux de danger susceptibles d'alerter sur le risque suicidaire sont : une amélioration clinique trompeuse, l'absence de résolutions de problèmes psychosociaux ayant contribué à l'hospitalisation, un comportement ressenti comme manipulateur, le rejet de l'équipe soignante, un faible moral de l'équipe soignante, un niveau de qualification insuffisant de l'équipe soignante, le début de l'hospitalisation, la période précédant immédiatement la sortie, la survenue de fugues, la survenue récente de suicides dans l'établissement.»

# Suicide ou tentative de suicide en psychiatrie

## Le suicide dans les établissements de santé d'après un article publié dans la revue l'encéphale.

Bien que les suicides survenus dans les établissements de santé représentent une part notable, ce phénomène reste peu étudié. La réticence du milieu soignant à aborder cette question, est peut être due à la forte remise en cause qu'elle suscite. C'est également la rareté du suicide qui facilite la négligence vis-à-vis des actions de prévention. Les patients ayant un trouble mental présentent un risque suicidaire 5 à 15 fois plus élevé que les sujets de population générale. On estime que 3 à 4,5 % de l'ensemble des suicides sont réalisés lors d'une hospitalisation en psychiatrie ou dans les 24 heures qui suivent la sortie. (250 suicides pour 100 000 admissions). Les chiffres sont 140 fois supérieurs à ceux observés en hôpital général, et 4 à 5 fois supérieurs à celle observée en population générale.

Parmi les facteurs de risque identifiés, les différentes études retrouvent :

- Les troubles de l'humeur
- Les schizophrénies (50 % des schizophrènes qui ont été hospitalisés et qui décèdent par suicide réalisent leur acte durant une hospitalisation)
- L'éthylisme

Les facteurs de risque liés à la période d'hospitalisation et aux conditions de prise en charge discernent 2 périodes comme particulièrement critique :

- La première semaine d'hospitalisation est une période à risque élevé puisque le risque suicidaire est 5 fois plus élevé durant les 7 premiers jours d'hospitalisation qu'au cours des semaines suivantes. La pendaison est le moyen le plus souvent utilisé (47%).
- La période des 2 semaines qui suivent la sortie est une seconde période à très haut risque sui-

cidaire. Concernant les conditions de prise en charge, il s'agit principalement des modalités d'évaluation du risque suicidaire et des dispositifs mis en œuvre. Dans 80 % des cas le risque suicidaire avait été considéré comme nul ou faible par les équipes soignantes, qui reconnaissent rétrospectivement que 31 % des suicides auraient pu être évités. Les études indiquent qu'une amélioration clinique trompeuse avait été notée dans la moitié des dossiers au moment du décès et soulignent la fréquence des difficultés concernant la prise en charge de ces patients durant l'hospitalisation, marquées par l'agressivité, l'agitation, le rejet de la part de l'équipe soignante. (Les facteurs associés à la survenue de suicide en milieu hospitalier sont dans l'encart à gauche de cette page.)

Quelques publications ont évalué la valeur prédictive des principaux facteurs de risque en population psychiatrique.

Les variables prédictives d'un suicide en cours d'hospitalisation les plus fréquemment retrouvés sont :

- l'existence d'antécédents suicidaires personnels (mais aussi familiaux) et de tentatives de suicide peu avant l'admission
- un diagnostic de schizophrénie ou de trouble de l'humeur
- le fait d'être hospitalisé sans consentement
- le fait de vivre seul
- le fait de s'être absenté du service sans permission
- Mais aussi d'autres variables comme le départ d'un soignant investi, par exemple.

Néanmoins, ces études n'ont pas permis d'identifier des critères permettant une réelle prédiction du suicide. Les facteurs retrouvés

sont toutefois à l'origine de nombreuses recommandations ou de programmes de prévention. Les propositions de prévention reposent sur :

- **la sécurisation** de l'environnement hospitalier (réduire l'accessibilité aux moyens de suicide, faciliter la surveillance —les chambres doivent pouvoir être visibles en totalité lors du passage de l'infirmier et situées à proximité immédiate de la salle des infirmiers)
- **l'optimisation de la prise en charge** des patients à risque suicidaire grâce à l'évaluation du risque suicidaire de façon systématique lors des entretiens psychiatriques et infirmiers, puis de façon répétée. La mise en œuvre de stratégies de prévention en cas de risque suicidaire (contrôle et limitation des effets personnels, entretiens rapprochés, contacts visuels plus fréquents, sorties restreintes). Enfin l'élaboration d'un programme de prévention des fugues et alerte et intervention rapide en cas de fugue.
- **la formation des équipes soignantes** : équipes en nombre suffisant, la formation à l'évaluation et la prévention du risque suicidaire. Le programme doit inclure des actions portant sur le renforcement de staffs réguliers, le repérage et la gestion des mouvements contre transférentiels vis-à-vis des sujets à risque, l'importance des infirmiers référents, le maintien d'un cadre thérapeutique stable, le repérage des situations à risques (permission, sortie du service).
- **la mise en œuvre de procédures « post événementielles »** destinées aux équipes soignantes, aux proches du patient, aux autres patients.



«A la suite d'un week-end passé chez ses parents durant lequel le patient s'était automutilé ...»



## 1/ Traumatisme cranio-facial grave suite à une tentative de suicide par déféstration.

Un patient de 40 ans, suivi depuis 2007 au sein de l'unité de soin est hospitalisé pour une angoisse majeure, troubles psychotiques et décompensation dépressive. Il est connu du service dans lequel il est suivi pour troubles schizo-affectifs associés à des troubles de l'humeur cyclique avec une composante thymique. Dans ces antécédents il est a noté un contexte familial complexe et de multiples Intoxications Médicamenteuses Volontaires (IMV) ou automutilations.

A la suite d'un week-end passé chez ses parents (dans une autre région) durant lequel le patient s'était automutilé (scarification au niveau des bras), la maman du patient, inquiète, avait sollicité le centre médico-psychologique (CMP) qui suivait son fils pour que celui-ci bénéficie d'une prise en charge adaptée. L'équipe soignante du CMP avait

proposé, lors d'une réunion, une demande en hospitalisation libre avec accord du patient.

Deux jours après son admission dans l'unité de soins, le patient va subitement passer à l'acte suicidaire en se défénestrant par une fenêtre ouverte de la tisanerie de l'unité de soins. Le patient est pris en charge immédiatement et transporté par le SMUR en service de réanimation. Il souffre d'un hématome extradural fronto-temporal droit et gauche, d'une hémorragie sous arachnoïdienne basi frontale modérée, d'un œdème cérébral diffus. Il a de multiples fractures du massif facial (fractures naso ethmoïdale, maxillaire, orbitaire, des os propres du nez, temporo mandibulaires, présence d'esquilles osseuses dans l'orbite droit et près de la carotide, etc.). Après 2 mois d'hospitalisation en réanimation chirurgicale,

le patient bénéficie à sa sortie d'une prise en charge par le CMP qui le suit toujours actuellement. Le patient présente à ce jour des séquelles non consolidées à type de : cécité droite et troubles cognitifs intriqués avec les troubles psychiatriques pré-existants.

## L'importance des signes prédictifs.

Lors de l'analyse approfondie des causes, les causes immédiates identifiées sont une décompensation d'un état psychiatrique complexe et ancien, la non détection de signaux pouvant alerter sur un risque de passage à l'acte et sous estimation des facteurs chroniques de risque suicidaire, et un passage à l'acte par déféstration.

Parmi les facteurs latents, les soignants ont identifiés, des indicateurs qui auraient pu alerter sur cette tentative de suicide, comme :

- La complexité de la prise en charge sociale (ce patient divorcé ayant des problèmes

de droit de visite auprès de sa fille, des relations ambiguës avec ses parents, en désinsertion professionnelle), - une complexité de la prise en charge médicale avec des épisodes d'angoisse majeure, des tentatives de suicide (IMV, scarifications), des antécédents familiaux de morts violentes

Mais aussi, comme barrières défailtantes :

- la non évaluation régulière des facteurs de risque suicidaire et donc la non identification de facteur précipitant possibles comme l'IMV récente, les scarifications, le fait que le patient communique

moins que lors de précédentes hospitalisations.

- les locaux non sécurisés.
- l'absence de programme finalisé de réduction du risque suicidaire
- le manque de formation des soignants par rapport aux risques suicidaires
- les difficultés de recrutement de personnel spécifique formé
- la planification repoussée des travaux concernant les locaux prioritaires de service « sensibles » .

## 2/Décès par suicide d'une patiente pendant son hospitalisation.

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 en 2009 pour psychose puerpérale, après son second accouchement. Depuis 2 ans cette jeune femme avait bénéficié de 4 séjours assez longs en clinique privée hors région.

Un traitement était instauré et comportait : Tercian®, Xéroquel®, Abilify®, Eflexor®, et Lysanxia®.

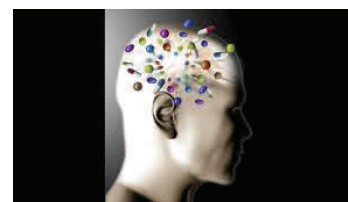
Le 06 avril, la patiente conduite par ses parents, se présente aux urgences de l'hôpital général, avec une symptomatologie d'anxiété majeure. Après une consultation le médecin propose une hospitalisation dans le service spécialisé de l'hôpital général (service de psychiatrie). Le

traitement en cours est interrompu et remplacé par un traitement totalement différent (Prozac®, Xanax® et Imovane®), devant le ralentissement psychomoteur et les interrogations sur le diagnostic de bipolarité posé jusqu'ici. La patiente accepte, mais ne peut être accueillie faute de lit disponible. 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 et après avoir été examinée par un médecin, elle est hospitalisée à la demande d'un tiers (le médecin et le père) à l'hôpital spécialisé voisin. Le médecin qui l'examine prescrit alors le traitement suivant: Abilify®, Miansérine, Xéroquel®, Tercian® et Imovane®. Le lendemain de son arrivée, le matin, la psychologue évoque le cas de

la patiente après un début d'entretien, en indiquant aux soignants que le tableau clinique est complexe et que le diagnostic formel n'est pas encore établi. Au cours de l'entretien la patiente verbalise « je veux disparaître », mais répond négativement à la question clairement posée par la psychologue sur des idées suicidaires. Dans l'après midi, la patiente demande à bénéficier d'un temps de repos dans sa chambre, alors que l'équipe se trouve en réunion et donc avec momentanément un effectif réduit. Elle sera retrouvée pendue avec un cordon de son pantalon à la poignée de son placard. La famille sera avertie et accompagnée à l'annonce du décès.



*« Le traitement en cours est interrompu et remplacé par un traitement totalement différent, repris au bout de cinq jours... »*



## Le poids des antécédents et des traitements...

Dans ce retour d'expérience, nous pouvons retenir que l'analyse approfondie des causes a permis la reconstitution des antécédents de la patiente qui n'étaient pas connus, dans leur entité, lors de la prise en charge de la patiente. Cette chronologie a permis à l'ensemble de l'équipe soignante d'identifier l'importance cruciale de la recherche des antécédents du patient, mais a aussi permis de constater l'impact dans cette prise en charge de la multiplicité des intervenants et des modifications subites de traitements chez une personne à risque.

En effet la reconstitution pour l'AAC de la prise en charge de la patiente montre une histoire qui commence alors que la

patiente a 10 ans. Le diagnostic difficile à poser de mélancolie, la sous estimation de passage à l'acte suicidaire et la possible levée d'inhibition initiée par la rupture de 5 jours du traitement psychotrope ont probablement résulté des facteurs latents identifiés par l'équipe à savoir :

- la complexité de l'état clinique (diagnostics multiples et réfutés ou mal identifiés)
- la complexité de la prise en charge avec un suivi hors région, des traitements interrompus et/ou modifiés et un défaut de communication oral et écrit des informations pertinentes.
- la complexité de la situation familiale (couple en rupture, un désir de s'occuper de ses 2 enfants, les parents très pré-

sents)

- les modalités particulière de l'hospitalisation (HDT)
- la non identification de facteurs précipitants comme les changements itératifs de traitements et la non évaluation régulière des facteurs de risque
- la qualité relationnelle délicate avec la patiente et sa famille (qui minimise une surveillance accrue lors du week-end de par une crainte de passage à l'acte)

Et bien d'autres facteurs comme des locaux inadaptés, une charge de travail inadaptée, un déficit de personnel qualifié, un défaut de coordination entre les urgences de l'hôpital général et le service inter sectoriel de régulation des admissions de l'hôpital spécialisé...

Cependant les soignants à posteriori ont considéré que la connaissance de la notion de mélancolie pour cette patiente, les aurait conduits à mettre en place des mesures de surveillance rapprochée. Au même titre, la connaissance du comportement de la patiente lors du week-end précédent à domicile aurait alerté leur vigilance. Enfin l'exhaustivité des antécédents de la patiente aurait entraîné des mesures concrètes telles que la localisation de la patiente dans une chambre au rez de chaussée et une surveillance accrue toutes les 15 minutes.

### 3 / Décès d'un patient par suicide lors de son hospitalisation.



Un patient de 76 ans, est adressé par un SSR aux urgences d'un centre hospitalier. Les médecins du services des urgences contacte le service de gérontopsychiatrie (SGP) de l'hôpital spécialisé pour un avis thérapeutique et une prise en charge. En effet le patient est atteint de psychose maniaco-dépressive (PMD) et malgré un traitement présente des difficultés d'équilibre thérapeutiques. De plus il est porteur d'une broncho-pneumopathie sévère, sur un terrain immunodéprimé en raison de plusieurs pathologies néoplasiques. Il est admis en service de géronto-psychiatrie, où après une dizaine de jours son état de santé s'améliore et l'adaptation du traitement thérapeutique de sa PMD s'avère appropriée. Cependant, d'après négociations sont menées pour obtenir le placement du patient en EHPAD avec un suivi par un psychologue travaillant à la fois dans le service de gé-

rontopsychiatrie et l'EHPAD. Le 27 janvier 2012, le patient est de nouveau hospitalisé en gérontopsychiatrie, pour syndrome de persécution et agressivité envers les autres résidents, avec note confusionnelle et agitation alors qu'il est résident d'une EHPAD. Au cours de l'entretien de pré-admission avec le directeur de l'EHPAD, le médecin a connaissance de l'arrêt du suivi psychologique du patient, sur insistance de l'épouse du patient.

Le contexte familial et social est complexe. Le médecin du SGP, rencontre longuement la sœur du malade, qui est inquiète. Le traitement du patient est modifié et après quelques jours, le patient est de nouveau calme et abordable. Le 30 janvier, médecin explique au patient la nécessité de rester hospitaliser encore une semaine. Après quelques réticences, le patient accepte subitement cette hospitalisation. Le soir il refuse un

appel téléphonique de son épouse.

Le lendemain, la matinée se déroule sans fait marquant. Le patient reçoit un appel de sa femme vers 12h. A 14 h le patient ayant demandé la possibilité d'aller se reposer dans sa chambre, il est retrouvé par son voisin de chambre, allongé sur le sol, pendu au pied de son lit avec ses chaussettes mouillées. La famille est contactée et informée du décès. La sœur du patient le lendemain prend contact avec l'équipe soignante et les informe que son frère avait « prévenu qu'il ne serait plus là, qu'il avait des problèmes avec son épouse et avait donné des directives claires sur ses derniers souhaits pour ses obsèques ». Le patient aurait averti de la même façon ses fils.

### Une amélioration clinique trompeuse.

Le patient au cours de cette prise en charge va plusieurs fois, adhérer de manière inattendue et « facile » au projet de vie, induisant une réduction de la vigilance des soignants (plutôt que de l'accroître, par manque de connaissance des signaux susceptibles d'alerter sur le risque suicidaire). De même la complexité de l'état clinique avec entre autres des troubles comportementaux, la complexité de la prise en charge thérapeutique (modifications ou interruption des traitements), la complexité de la situation sociale et économique

(problèmes familiaux, décision d'EHPAD).

L'amélioration clinique se manifestant par un amendement des troubles du comportement (agitation, agressivité) et donc la aussi la mauvaise identification de signaux de danger susceptibles d'alerter sur les risques de suicide est probablement due à un manque de connaissance de ces signaux. Enfin la rétention d'information détenues par certains membres de la famille concernant les intentions du patient et la qualité relationnelle délicate avec l'entour-

age du patient et notamment de son épouse ont probablement contribué à la non détection du risque de passage à l'acte.

D'autre part on retrouve aussi :

- un soignant particulièrement investi par le patient quittant le jour même le service.
- des locaux non sécurisés.
- l'absence de programme finalisé de réduction du risque suicidaire
- le manque de formation des soignants par rapport aux risques suicidaires
- les difficultés de recrutement de personnel spécifique formé

