



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

Analyse Approfondie de Cas 21 :

Décès par suicide d'un patient pendant
son hospitalisation en psychiatrie.

Date de parution : Juin 2013

- Catégorie : Santé Mentale
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

- La difficulté d'évaluer le risque suicidaire en milieu psychiatrique.
- La nécessité de former les soignants aux signaux d'alerte de suicide.
- La répercutions que peut avoir un changement institutionnel, comme la structuration en pôle, chez des patients suivis au long court.
- L'importance de la concertation avec les professionnels de terrain lors de l'élaboration des plans de locaux rénovés et des équipements.

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient de 54 ans, hospitalisé à de nombreuses reprises dans cet établissement où il est suivi depuis 1989, est ré hospitalisé le 14 octobre 2011, pour un nouvel épisode de rechute alcoolique et crise dépressive dans un contexte de pathologie bipolaire chronique.

Il est connu de tous les professionnels de l'établissement et ne présente pas de signes de menaces de suicide.

Pendant son séjour, il est replié et préoccupé par des problèmes graves de fin de droits de séjour en centre d'hébergement temporaire et des problèmes financiers de surendettement.

Au retour d'une permission d'une journée, détournée en « fugue » de 48 heures, il est en attente d'un rendez vous avec une assistante sociale.

Deux jours plus tard, dans la nuit du 25 au 26 octobre, il met fin à ses jours par pendaison au moyen du flexible de douche de sa chambre, juste après la ronde de surveillance du personnel à 4 heures du matin.

Il est découvert à 5h40, par un autre patient qui alerte le personnel qui constate le décès.



CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Décès

Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Patient né en 1957, professeur de technologie, et enseignant à Paris. Il est licencié en 2009, pour absences répétées pour maladie. Il est sans enfant, célibataire, sans aucun contact familial désiré par le patient, ce qui laissait croire qu'il était sans famille ou entourage. Depuis 1989, il alterne des périodes d'hospitalisations pour troubles bipolaires et addiction à l'alcool, et des séjours à domicile. Depuis mars 2011, il vit dans un centre d'hébergement (lits Halte Soins Santé ou LHSS), prévu pour une durée de 6 mois maximum. Il est donc sans travail depuis 2009, présente des problèmes financiers graves, un dossier de surendettement en cours avec les banques, et il n'a aucun projet d'avenir. Il est connu de l'établissement mais la restructuration en pôle a induit l'admission dans une unité dans laquelle le patient ne connaît aucun soignant. Le 14/10 : le patient présente une alcoolisation aiguë, sur une addiction connue et chronique, avec aggravation du syndrome dépressif. Il dit être très en colère contre une amie droguée et avec un contentieux pécuniaire.

Du 14/10 au 18/10 : le patient est hospitalisé dans le service intersectoriel des admissions (SIRA). Il est en hospitalisation libre (HL). Un inventaire est réalisé. Il n'y a pas de notion de tentatives de suicide. A son admission, il est examiné par un médecin psychiatre. D'un point de vue somatique, il est constaté une récurrence du syndrome du canal carpien gauche, et l'apparition d'un syndrome du canal carpien droit. Il est examiné par un neurologue qui prescrit un électromyogramme. D'un point de vue psychiatrique, il est constaté l'absence de verbalisation d'idées suicidaires, il est détaché et plus préoccupé par ses problèmes financiers, son dossier de surendettement et ses problèmes d'hébergement à venir, puisque son hébergement en lits soins santé arrive à terme fin octobre. Il est considéré comme un cas « non complexe » nécessitant une prise en charge médicale, psychiatrique et surtout sociale. L'assistante sociale est en congés jusqu'au 25 octobre. Un rendez-vous est pris pour le 26/10/2011 avec une assistante sociale différente en raison de la nouvelle réorganisation en pôle. Cela le perturbe car il n'a pas un rendez-vous avec l'assistante sociale qu'il connaissait de longue date et à laquelle il était habitué. Il s'agit de sa première hospitalisation depuis la réorganisation en pôle. Il ne connaît donc pas les soignants. Il est à noter qu'à plusieurs reprises les soignants ont clairement informé le patient inquiet par rapport à sa situation socio-économique précaire, que le fait d'être hospitalisé le mettait en situation de protection concernant les recouvrements bancaires. Il est vu le 18/10/2011, par le médecin psychiatre de l'unité. Il est hospitalisé au premier étage du pavillon dans une chambre à 2 lits (les patients considérés comme étant à risque élevé de suicides sont hospitalisés au rez-de-chaussée).

Il est considéré comme un patient discret, qui ne pose pas de « problème ».

Le 21/10 : Il bénéficie d'une permission de sortie jusqu'à 18 heures, car il a un rendez-vous à la banque.

Il est très contrarié car le document pour la permission de sortie n'est signé quand fin de matinée, ce qui l'oblige à quitter le Centre Hospitalier spécialisé à 14 heures plutôt que le matin. Il déclare devoir passer au centre d'hébergement, pour récupérer son vestiaire. Il dit alors à un infirmier que puisqu'il est en HL, il sort définitivement puisque c'est son droit. Celui-ci lui confirme qu'il peut en effet décider de sortir...mais sans y croire. Le patient est censé être de retour à 18 heures, pour son dîner et la prise de son traitement.

Le patient ne rentre pas à 18 heures. L'équipe essaye de joindre sans succès le patient sur son portable. Un signalement est réalisé auprès du cadre de santé et du médecin de garde. Appel au centre d'hébergement, qui signale que le patient s'est présenté pour y passer la nuit. Le centre d'hébergement refuse de l'admettre puisqu'il n'est qu'en permission pour la journée.

Le médecin de garde, qui ne le connaît pas, décide après entretien avec l'équipe soignante, de ne pas le considérer en « fugue » ; car dans ce cas, un processus de signalement aux autorités est applicable. Ce processus est mis en place seulement pour les hospitalisations sous contrainte.

Le 23/10 : Le patient se présente aux urgences de l'hôpital. Il est seul et démuni, avec des sentiments de honte et de gêne et en rupture de traitement depuis le 21 au soir. Les urgences du CH l'adresse à nouveau au CHS où il déjeune à 14 h et est réinstallé dans sa chambre. Il explique avoir dormi une nuit dehors et une nuit à l'hôtel, et être parti sur un coup de tête en raison de sa sortie à 14 heures au lieu du matin (« je ne supporte pas les gens pas ponctuels »). Il affirme ne pas avoir absorbé d'alcool et réclame un test éthylique pour prouver ses dires et s'exprime sur son passé insignifiant, ses parents et ses relations avec les toxiques.

Il explique aussi, qu'il avait rendez vous avec son banquier le 23, qu'il n'a plus d'argent, qu'il est très inquiet quant à ses problèmes de dossier de surendettement.

Le 25/10 : le patient réitère sa demande de voir l'assistante sociale et émet un souhait inattendu d'arrêt du tabac. Le repas du soir se déroule sans incident particulier. Certains patients remarquent que le patient est vêtu de manière soignée. La prise médicamenteuse du soir est tracée. Les autres patients le décrivent jovial et souriant. Les soignants le décrivent comme évitant, fuyant, n'ayant jamais réellement adhéré à un projet thérapeutique.

Dans la nuit du 25 au 26/10 : L'IDE réinitialise le système d'alarme sonore pour la nuit. A 2h30, l'IDE et l'AS lors de la ronde constatent qu'il dort. A 4h30 : déclenchement de l'alerte capteur sonore d'une chambre voisine, l'IDE et l'AS constatent que le patient de cette chambre voisine fume. Le patient n'est pas « vu » mais il n'y a pas de bruit dans la chambre et l'équipe est occupée avec ce patient fumeur. A 5h40, le patient fumeur de la chambre voisine, se lève pour se rendre aux toilettes, voit la porte de la chambre où se trouve le patient, entre ouverte, et le lit vide et refait. Il réveille le voisin de chambre lui demandant où se trouve le patient. Il va voir dans la salle de bain et trouve le patient habillé, à genou et pendu avec le flexible de la douche (les flexibles sont en caoutchouc et sont prévus pour ne pas supporter le poids d'un corps). Il alerte immédiatement l'équipe qui se rend dans la salle de bain, détache le patient avec l'aide du patient fumeur, qui va enlever le pommeau de douche qui a été passé en boucle autour du cou du patient. Il est à noter que le patient est dans l'angle des 2 murs de la douche, de dos et donc l'IDE est dans l'impossibilité d'observer des signes cliniques tels que cyanose ou marbrures ou même de prendre des constantes comme le pouls. Une fois le patient dépendu, l'IDE 1 vérifie les constantes vitales et évalue les possibilités de réanimation. L'IDE constate l'absence de pouls. L'équipe avertit le cadre de garde, le médecin de garde, le directeur administratif de garde et la gendarmerie. Le médecin prend en charge l'accompagnement psychologique des patients et le chef de pôle celui de l'équipe soignante. C'est au moment des formalités administratives que les soignants ont connaissance de membres de la famille (mère habitant le département, retrouvée par les gendarmes).

Un signalement sur la fiche de déclaration interne de l'établissement est réalisé et un rapport circonstancié est rédigé par l'infirmier



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Passage à l'acte suicidaire par pendaison sans prodromes détectés par l'équipe soignante.

Facteurs latents

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

Patient:

Pathologie bipolaire, éthylisme. +++
Traitement régulateur de l'humeur lourd.
Précarité sociale. +++
Pas d'entourage familial.
Comportement généralement peu révélateur. +++
Non adhésion au projet thérapeutique.

Professionnels / facteurs individuels :

Sous estimation possible des facteurs de risques suicidaires. +++
Non identification de facteurs précipitant possibles comme le rendez-vous avec le banquier, l'échéance de fin d'hébergement en LHSS, la prolongation de 48h non autorisée d'une permission de 12 heures. +++
Manque de formation aux signaux d'alerte de suicide +++

Équipe :

Multiplicité des intervenants, « nouveaux » intervenants pour le patient, qui ne connaît pas bien l'équipe et qui semblait « attaché » à une assistante sociale. ++
Manque de stabilité du personnel.

Tâches :

Retard à la réalisation de l'entretien avec l'assistante sociale. +++
Mauvaise identification des signaux d'alerte sur le risque suicidaire : +++
- absence d'utilisation de grille de hiérarchisation des variables prédictives de suicide à l'admission et en cours d'hospitalisation
- carence dans l'identification d'événements sentinelles ou de risques précipitant dans une population globalement à risque suicidaire.
Absence de consignes particulières de surveillance.

Environnement :

Système d'alarme sonore présent aux fonctionnalités non adaptées aux besoins réels (variabilité entre les équipes de jour et de nuit). ++

Organisation :

Changement récent d'organisation interne en pôles avec intervenants inhabituels pour le patient.
Indisponibilité de l'assistance sociale.
Organisation de la surveillance de nuit mal définie : fréquence, traçabilité... +
Prise en charge insuffisamment coordonnée avec de multiples intervenants.

Institution :

Insuffisance de concertation avec les professionnels de terrain lors de l'élaboration des plans des locaux rénovés et du choix des matériaux. +++

Facteurs d'atténuation : pas de facteur d'atténuation retrouvé.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Réflexion sur l'utilité d'un outil structuré d'évaluation du risque de suicide.

Commun :

Formation du personnel soignant aux signaux d'alerte ou précipitant de suicide.

Concierner l'ensemble des soignants et utilisateurs lors de la rénovation de locaux et lors du choix de matériels spécifiques de surveillance ou autres.

Analyser les répercussions des changements institutionnels ou organisationnels sur les populations de patients chroniques, dans leur parcours de soin et leur prise en charge, avant d'entériner un fonctionnement.

Les difficultés et la complexification de la prise en charge des patients dits précaires ou en précarité psycho-socio-économique..

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement très probablement évitable.



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

Docteur Régine LECULEE
Nathalie ROBINSON cadre de santé

CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16

regine.leculee@ccecqa.asso.fr
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Général :

Banalisation possible du risque suicidaire en milieu hospitalier psychiatrique spécialisé. Une vigilance accrue est nécessaire concernant les patients chroniques, connus de très longue date et peu réévalués.

Références et Bibliographie

- Martelli C., Awab H., Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. L'Encéphale 2010 ;36: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.
- La prévention du suicide. ADSP n° 45 décembre 2003. HCSP.
- CIRCULAIRE N°DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, , annexe 6 : Diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé et prise en charge des personnes ayant réalisé une tentative de suicide.

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