

Analyse Approfondie de Cas 24

Décès par suicide d'un patient pendant son hospitalisation



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

Date de parution : Juin 2013

- Catégorie : Santé Mentale
- Nature des soins : thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

- Attention : le réflexe d'un « soignant » est de porter les premiers secours et de s'assurer de l'état clinique de la victime afin de démarrer une réanimation sans délais
Mais
- Le réflexe des instances judiciaires est préserver la scène pour recueillir les indices en faveur d'une action criminelle éventuelle
- Les deux paradigmes doivent être articulés dans « l'intérêt du patient » et dans « l'intérêt de la justice » !
- Il est fondamental de préserver une bonne qualité de relations avec tous les membres de la famille dans un climat de confiance : certains détiennent parfois des informations cruciales quant aux intentions du patient de se suicider.

On le découvre... « après coup » !

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient de 76 ans est admis en service de géro-psycho-geriatrie, le 27 janvier 2012, pour syndrome de persécution et agressivité envers les autres résidents, avec note confusionnelle et agitation alors qu'il est résident d'un EHPAD.

Ce patient avait déjà été hospitalisé du 18 novembre 2011 au 05 janvier 2012 pour syndrome confusionnel. Il est atteint de psychose maniaco-dépressive et lors de son arrivée, il présente un syndrome fébrile et une symptomatologie pulmonaire traitée par antibiotiques.

Après quelques jours, son état clinique somatique et psychiatrique s'améliore avec atténuation du syndrome confusionnel.

Le contexte familial et social est

complexe.

Quatre jours après son admission, 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.

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

Du 18 novembre au 05 janvier : un patient de 76 ans, adressé par un SSR, arrive aux urgences du centre hospitalier, pour agitation et confusion.

Les médecins des urgences contactent le service de gérontopsychiatrie de l'hôpital spécialisé, pour avis thérapeutique et prise en charge du patient. En effet celui-ci est atteint de psychose maniaco-dépressive (PMD) et est traité par Téralithe[®], Anafranil[®] et Tranxène[®], mais avec des difficultés d'équilibrage thérapeutiques. De plus le patient est porteur d'une broncho-pneumopathie assez sévère, sur un terrain immunodéprimé en raison d'une leucémie myéloïde chronique et d'une autre néoplasie.

Son état de vigilance est fluctuant, altérant entre des moments d'agitation et d'hypovigilance. Devant ce tableau clinique, le médecin des urgences pose le diagnostic de iatrogénie médicamenteuse et arrête de façon non progressive tous les traitements. Un traitement « à la demande » de Rivotril[®] est instauré car le patient présente des crises convulsives (ce qui n'était pas connu).

Le patient est alors hospitalisé en service de gérontopsychiatrie de l'hôpital spécialisé voisin. Il est examiné à son arrivée, par le médecin de gérontopsychiatrie qui constate un état de santé préoccupant (état de conscience fluctuant, crise convulsive généralisée, thrombopénie sévère et fonction respiratoire altérée) qui l'amène à contacter le service de médecin interne prenant en charge habituellement le patient. Ce dernier lui fait part de la situation palliative du patient et des difficultés relationnelles des soignants avec la famille.

Après une dizaine de jours l'état de santé du patient s'améliore et une adaptation thérapeutique de sa PMD s'avère appropriée, puisque le patient présente une régression nette de son agitation, de sa confusion, et de son agressivité avec une amélioration de son humeur.

D'après négociations menées auprès de la famille s'avèrent efficaces pour obtenir le placement en EHPAD du patient, le retour au domicile n'étant pas possible. Le patient adhère à cette décision car il sait qu'il peut bénéficier d'un suivi par le psychologue du service de gérontopsychiatrie qui travaille également à mi temps à l'EHPAD. De plus un suivi régulier en consultation est proposé. Le patient est transféré en EHPAD le 5 janvier.

Le 24 janvier : la directrice de l'EHPAD contacte le médecin de gérontopsychiatrie, car le patient présente des signes de persécution, devient agressif. Elle l'avertit également que l'épouse est intervenue pour que son mari ne bénéficie plus du suivi par la psychologue. Le patient est revu en consultation et le traitement est modifié. L'entretien fait apparaître la satisfaction du patient quant à son suivi par la psychologue. Le médecin précise qu'il s'agit d'une prescription, et qu'à ce titre elle doit être respectée. Une nouvelle consultation 2 jours plus tard est organisée.

Le 26 janvier : lors de la consultation le patient exprime un sentiment de persécution dont il serait victime de la part d'un voisin de table. Constatant une acutisation de sa psychose, le médecin lui propose une réhospitalisation en service de gérontopsychiatrie. Le patient accepte mais demande que son admission soit programmée au lendemain, pour récupérer son vestiaire.

Le 27 janvier : le patient est hospitalisé en gérontopsychiatrie, et présente à nouveau une hyperthermie, une toux, et une asthénie. Il exprime aux soignants sa satisfaction d'être avec eux et réitère son sentiment de persécution en EHPAD.

Le 30 janvier : le médecin augmente le traitement pour réduire le sentiment de persécution, et rencontre longuement la sœur du patient. Puis le médecin informe le patient, en présence de sa sœur, de la nécessité de rester hospitalisé une semaine de plus. Au début, le patient accepte mal cette situation et devient virulent quant à sa sortie retardée, puis accepte subitement cette prolongation d'hospitalisation. Il déclare de nouveau, sa satisfaction vis-à-vis de l'équipe, affirme qu'il n'est plus inquiet de son retour en EHPAD, et demande la poursuite du suivi par le psychologue lors de son retour en EHPAD.

Le soir, le patient, refuse de prendre un appel téléphonique de son épouse.

Le 31 janvier : la matinée se déroule sans fait marquant, le patient est calme et abordable. Il reçoit un appel téléphonique de son épouse vers 12h. Vers 14 h, le patient demande l'autorisation d'aller se reposer, ce qui est accepté car il bénéficie d'une chambre au rez de chaussée facilitant la surveillance. Au cours de l'après midi, une seule infirmière est disponible dans les locaux durant quelques heures. A 17h le voisin de chambre alerte les soignants, venant de découvrir le patient allongé sur le sol, au pied de son lit, pendu avec ses chaussettes mouillées.

Rapidement les soignants organisent les différentes tâches : certains se chargeant de gérer les patients et notamment le voisin de chambre, d'autres tentent les gestes d'urgences, et d'autres enfin contactent les services de l'administration. La gendarmerie est alertée par l'administrateur de garde.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Décompensation d'une pathologie psychiatrique chronique.
Non détection de signaux faibles pouvant alerter sur un risque de passage à l'acte et sous estimation du risque suicidaire.
Information non transmise par la famille des intentions du patient.
Passage à l'acte suicidaire par pendaison.

Facteurs latents

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

Patient :

Complexité de l'état clinique : +++

psychose maniaco-dépressive, difficilement équilibrée par le traitement. Intrication entre des pathologies somatiques entraînant une décompensation de l'état psychiatrique ayant pour conséquences des troubles comportementaux de type agitation et/ou agressivité et des adaptations thérapeutiques délicates.

Complexité de la prise en charge thérapeutique : +++

- traitements interrompus ou modifiés entraînant des adaptations itératives,
- et multiples ruptures aggravantes dans les prises en charge (notamment le psychologue) du fait de l'influence de l'entourage familial.

Complexité de la situation sociale et économique ; souci de préservation du patrimoine menacé par les frais de prise en charge en EHPAD. ++

Adhésion « facile » au projet de vie induisant une réduction de la vigilance des soignants. +

Professionnels / facteurs individuels :

Non identification de facteurs précipitant possibles comme l'acceptation subite de l'EHPAD, de la prolongation de l'hospitalisation, des changements de personnels auxquels le patient est attaché. ++

Personnel soignant ayant une faible expérience en matière de prise en charge spécifique de géronto-psychiatrie (majoritairement jeunes diplômés de moins de 2 ans d'expérience). ++

Qualité relationnelle délicate avec l'entourage du patient, et notamment son épouse. +++

Manque de formation aux signaux d'alerte de suicide. : ++

Équipe :

Modification majeure de la composition de l'équipe avec le départ concomitant de 5 soignants, facteur de déstabilisation de l'état des patients en milieu psychiatrique. ++

Tâches :

Procédure institutionnelle « post-événementielle » faisant suite à la survenue d'un suicide ou d'événements criminels, insuffisamment diffusée et connue. +

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.

Insuffisance de description des conditions et règles de conduite d'entretien avec les patients et/ou l'entourage +

Environnement :

Charge en soins importante pour l'IDE restée seule dans le service pendant une partie de l'après midi. ++

Organisation :

Manque de stabilité du personnel. +

Difficultés de recruter un personnel spécifique expérimenté dans les services de psychiatrie depuis la disparition d'un diplôme d'état spécifique d'infirmier psychiatrique. ++

Absence de plan de formation spécifique à la psychiatrie pour les nouveaux arrivants, nouveaux diplômés. +

Institution :

Absence de programme finalisé de réduction du risque suicidaire. +

Echanges difficiles avec les autres établissements de santé, par manque de disponibilité de lits dans les structures d'aval adaptées ou de lits en hospitalisation pour des patients relevant aussi, de la psychiatrie. ++

Ressources humaines ne permettant pas l'aboutissement de programmes d'accompagnement et de tutorat des nouveaux arrivants novices en psychiatrie (difficultés de recrutement avec turn-over élevé). +

Facteurs d'atténuation

Aucun facteur identifié



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Détecter l'ambivalence de l'entourage familial et les relations conflictuelles en son sein pouvant être à l'origine de messages contradictoires vers le patient, aggravant sa confusion et ses incertitudes quant à son projet de vie et ses répercussions familiales. La rencontre de tout l'entourage nécessite parfois une réunion formalisée avec l'ensemble des professionnels en charge du patient.

Commun :

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

- Évaluation du risque suicidaire à l'admission et pendant l'hospitalisation :
 - Grilles d'évaluation des signaux d'alertes,
 - Grilles d'identification des facteurs précipitant, 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.

Gestion des ressources humaines permettant une relative stabilité des équipes placées auprès des patients psychiatriques chroniques et hospitalisés régulièrement.

Général :

Formation des infirmiers quelle soit initiale spécifique ou en plan de formation continue, pour acquérir les savoirs, savoir-faire et savoir-être spécifiques à la santé mentale.

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement très probablement inévitable.



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

Références et Bibliographie

- Martelli C., Awab H., Hardy. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. L'Encéphale 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.
- 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>