

Analyse Approfondie de Cas 26

Décès par suicide d'une patiente 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

- Le partage des informations entre les médecins intervenants et les soignants en première ligne dès l'admission est fondamental !
- Les discordances de diagnostic et de traitements (interrompus, modifiés, et réintroduits) entre intervenants médicaux multiples (4 en 4 jours) avant le passage à l'acte, la méconnaissance du diagnostic d'accès mélancolique, la connaissance parcellaire des antécédents, ont généré une sous estimation du risque suicidaire et ainsi l'absence de mise en place des conditions de surveillance rapprochée.

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

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 2 ans cette jeune femme avait bénéficié de 4 séjours assez longs en clinique privée hors région.

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 psychiatrie de l'hôpital général. 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 deuxième médecin, elle est hospitalisée à la demande d'un tiers (le médecin et le père) à l'hôpital spécialisé voisin. Le lendemain de son arrivée, dans l'après midi, la patiente demande à bénéficier d'un temps de repos dans sa chambre. Elle sera retrouvée pendue avec un cordon de son pantalon à la poignée de son placard.

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

Fin décembre 2009 : suite à la naissance de son deuxième enfant, une patiente est hospitalisée dans l'établissement pour un état délirant grave en lien probable avec une psychose puerpérale. Dans les antécédents de la jeune femme, on peut noter des épisodes de dépression après ruptures sentimentales à l'âge de 13 (traitement par Prozac®) et 17 ans. (traitement par Déroxat®). Pour cette psychose puerpérale un traitement lourd (Dépakote®, Largactil®, Lysanxia®, Parkinane® et Zyprexa®) est instauré.

Entre 2010 et 2012 : la jeune femme est hospitalisée, dans une clinique privée hors région, pour des épisodes de décompensations dépressives. Elle séjourne dans cette clinique 4 fois en 2 ans avec une durée d'hospitalisation cumulée de 16 mois.

Le vendredi 6 avril 2012 : quatre jours après sa sortie de sa dernière hospitalisation, la jeune femme se présente au service des urgences du centre hospitalier général, accompagnée de ses parents. Elle présente une anxiété majeure invalidante et suite à l'entretien avec le médecin psychiatre 1, une hospitalisation libre est proposée à la patiente qui l'accepte. Une iatrogénie médicamenteuse est suspectée et une névrose « simple » est évoquée devant le ralentissement psychomoteur et l'attitude figée. Le traitement (Tercian®, Xéroquel®, Abilify®, Effexor®, Lysanxia®) est interrompu remplacé par un traitement différent (Prozac®, Xanax® et Imovane®). En l'absence de lit d'hospitalisation disponible au centre hospitalier général, et la réticence d'être hospitalisée au centre hospitalier spécialisé, la patiente retourne au domicile de ses parents pour le week-end pascal. Le mardi elle revient accompagnée de ses parents aux urgences du centre hospitalier général. Les parents évoquent leurs craintes quant à un passage à l'acte. Le médecin psychiatre 2 qui la voit ce jour décrit un tableau clinique dominé par une symptomatologie « mélancoliforme ». Le service de psychiatrie de l'hôpital général n'a toujours pas de place disponible et la patiente malgré son désaccord, est hospitalisée « à la demande d'un tiers » dans l'établissement spécialisé voisin.

Le 11 avril : la patiente est admise dans le service intersectoriel de régulation des admissions. Elle est calme mais une tension très forte est décelée par les soignants. Le médecin psychiatre 3 constate une grande anxiété, un ralentissement psychomoteur important et de fortes angoisses. Il prescrit un traitement associant de l'Abilify®, Miansérine®, Xéroquel®, Tercian®, et Imovane®.

Le 12 avril : la psychologue débute un entretien avec la patiente puis l'interrompt pour une réunion d'équipe programmée où elle fait état de ses interrogations quant à la complexité du tableau clinique et du diagnostic. Dans la matinée elle termine son entretien avec la patiente qui verbalise une demande d'aide pour prendre en charge ses enfants et en même temps exprime le fait de vouloir disparaître. Lorsque la psychologue lui demande si elle a des idées suicidaires, la patiente lui répond que non. La patiente déjeune avec les autres patients, puis demande la permission de faire la sieste, ce qui est accepté.

Les soignants sont en réunion institutionnelle, et il ne reste dans le service qu'un aide soignant et une élève IDE, dont la charge de travail est importante. Au moment du goûter, la proposition de descendre rejoindre les autres patients est déclinée par la malade. Plus tard dans l'après-midi, l'aide-soignant monte dans la chambre de la patiente pour lui remettre un livret d'accueil, et, ne la voyant pas allongée sur son lit, constate qu'elle est pendue au placard de sa chambre avec un cordon de son pantalon. Il alerte ses collègues qui prodiguent des soins de réanimation à la patiente. Le SAMU est alerté et des soignants prennent en charge les patients du service. Le SAMU déclare le décès.

La gendarmerie est contactée et la direction de l'établissement est informée. Le médecin psychiatre 4, responsable du service ce jour là, contacte l'époux de la patiente. Celui-ci arrive dans le début de soirée accompagné de sa belle famille. Les soignants découvrent alors que le frère de la patiente travaille dans l'établissement et sont informés des antécédents complets de la malade. Les soignants n'ont pas bénéficié d'un soutien par un renfort de collègues d'autres unités de soins. De plus une proposition d'un suivi par un psychologue extérieur à la structure a été proposé, mais en raison de la lourdeur administrative, les soignants l'ont vécu comme une contrainte trop fastidieuse.

Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

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.

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Facteurs latents

Patient :

Complexité de l'état clinique : diagnostic réfuté de psychose maniacodépressive, accès aigu de mélancolie, troubles névrotiques, dépression, mal identifiés.+++

Complexité de la prise en charge : suivi dans un établissement hors région, traitements interrompus et/ou modifiés+++

Complexité de la situation familiale : situation du couple difficile au niveau relationnel et désir de prendre en charge ses enfants qu'elle ne voit que très peu difficilement compatible avec l'état clinique et les hospitalisations répétées.+++

Modalité particulière de l'hospitalisation : établissement non choisi par la patiente et sa famille qui semble réticente et cependant ambivalente puisqu'il y a HDT. +++

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.++

Absence de recherche d'informations concernant les antécédents et le parcours de la patiente générant des contradictions diagnostiques et thérapeutiques. +++

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, ne décrivant pas clairement les hypothèses diagnostiques avec absence de transmission des informations aux soignants.+++.

Tâches :

Absence de procédure d'évaluation du risque suicidaire.++

Insuffisance d'aide à la décision, par manque d'information concernant les antécédents, le parcours du patient, les traitements suivis et interrompus. ++

Environnement :

Charge en soins importante pour l'AS et l'élève IDE restés seuls dans le service pendant une partie de l'après-midi.++

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

Organisation :

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

Organisation du temps médical au SIRA 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 SIRA 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 (les services dits « sensibles »), repoussés et aggravant le risque par une surveillance difficile des patients (chambres à l'étage – locaux de soins au rez de chaussée). ++

Facteurs d'atténuation

Aucun facteur identifié

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Ne pas méconnaître la possible levée d'inhibition initiée par la rupture de quelques jours suivie d'une reprise abrupte d'un traitement psychotrope lourd.

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.



Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement 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

Organiser l'accompagnement psychologique des professionnels et des patients après le suicide d'un patient dans un service de soins.

Général :

Assurer la continuité et le partage des informations entre structures de soins et entre professionnels au sein de l'unité de soins tout au long du parcours du patient.

Coordination avec les services de police ou de gendarmerie quant à la conduite à tenir sur les gestes de premiers secours souvent effectués par les soignants et pouvant être considérés comme délétères en cas de décès.

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>