

Analyse Approfondie de Cas 32 :



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

Suicide par intoxication médicamenteuse volontaire.

Date de parution : septembre 2014

- Catégorie : Santé Mentale
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de vingt ans issue d'un milieu social défavorisé, a été assujettie à une mesure de l'assistante sociale pour mauvais traitements pendant son enfance et placée en famille d'accueil. Elle a ensuite été admise dans un foyer, en maison d'enfants à caractère social (MECS) où elle bénéficiait d'un appartement individuel jusqu'à sa majorité. En mai 2012, à la suite d'une période d'évaluation de trois mois, elle fut prise en charge de façon concomitante par le foyer de la MECS et un établissement psychiatrique pour jeunes adultes. En octobre 2012, elle vit dans un appartement thérapeutique dépendant de ce dernier. La patiente résidait ainsi dans un appartement thérapeutique, dépendant du second foyer en octobre 2012.

Par ailleurs, la patiente est atteinte d'une déficience auditive et d'un syndrome de Marfan. Les relations familiales sont complexes.

Elle est suivie de longue date par un praticien référent psychiatre dans centre hospitalier.

Conjointement à sa prise en charge à l'hôpital, il arrive que cette jeune femme soit admise dans une clinique privée psychiatrique, y compris lors de sa double prise en charge en MECS et en foyer. Cette double prise en charge est organisée selon des modalités précises, acceptée par

la patiente. Cependant, le cadre de soins est plus ou moins respecté : la patiente ne se présente pas à tous les entretiens avec le médecin référent. Entre mai et novembre, la jeune femme exprime difficilement un mal être et évoque des sensations qu'elle reconnaît comme des prodromes de passages à l'acte (scarifications et intoxications médicamenteuses volontaires). Face à cela, le foyer qui a constaté à plusieurs reprises des oublis de prises de médicaments, tente de mettre en place une prise en charge « contenante » (normalement, la patiente s'autogère sous la supervision de ses référents infirmier et/ou éducateur spécialisé)

Début novembre, elle exprime sa tristesse, son mal-être et ses idées sombres et la sensation de n'avoir aucun avenir. Une formation professionnelle est interrompue faute de financement.

Mi novembre 2012 après une réunion des patients et après le repas du soir au foyer comme prévue dans le plan de soins, la patiente quitte le foyer pour rejoindre son appartement thérapeutique.

Le lendemain en fin d'après midi, un officier de police judiciaire contacte le foyer et l'informe du suicide de la patiente.



ÉLÉMENTS MARQUANTS :

Le suicide était-il inéluctable ?

Cette patiente cumule tous les facteurs de risque personnels possibles.... De plus, l'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes à risque de suicide connue !

Pour autant, la multiplicité des intervenants, les difficultés de coordination au sein des équipes se sont conjuguées avec les ruptures inhérentes aux modes de prise en charge distinctes, entre l'enfance et l'âge adulte....

Comme souvent lorsque le suicide est « préparé », la patiente a un comportement qui rassure les équipes immédiatement avant son passage à l'acte.

Le repérage de ces patients et l'identification des variables prédictives du suicide requiert l'utilisation d'outils d'évaluation et de hiérarchisation validés.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :
décès



Organisation en place :

La procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables est for-

malisée. Le circuit de signalement repose sur une fiche de signalement papier rédigée par tout le personnel de jour et de nuit, puis adressée au gestionnaire des risques. Toutefois, cette fiche ne comporte pas les notions de gravité et de fréquence probable de répétition. Les erreurs médicamenteuses seraient aussi signalées sur cette fiche. Aucune erreur médicamenteuse n'a été signalée. Les actions correctives sont identifiées suite aux analyses des causes, elles sont intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité. La coordination et le suivi sont assurés par la cellule qualité et les animateurs des actions.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement.

Une patiente de 20 ans, a pour antécédents un lourd passé médico psycho social. A 8 mois elle est hospitalisée pour une fracture du fémur liée à un défaut de surveillance. A 4 ans, elle est assujettie à une mesure de l'ASE pour mauvais traitement et placée en famille d'accueil. A 14 ans elle est prise en charge en maison d'enfants à caractère social (MECS), au sein d'un foyer mixte, pour violences familiales. A 18 ans la patiente bénéficie d'un appartement thérapeutique. Les relations familiales sont très complexes. De plus la patiente est atteinte d'une déficience auditive et d'un syndrome de Marfan. Elle est suivie de longue date sur le plan psychologique. Elle a été plusieurs fois hospitalisée dans une clinique privée psychiatrique ou en unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte pour dépression et état anxiogène avec parfois automutilations, sur des temps de séjours longs. La patiente âgée de plus de 18 ans ne peut plus bénéficier de la prise en charge en MECS et le médecin psychiatre référent jusqu'alors, l'adresse à un établissement psychiatrique pour jeunes adultes.

En janvier 2012 : la patiente est donc accueillie pour une première évaluation et prise de contact avec cette structure. Puis la dernière semaine de janvier, une semaine d'évaluation est effectuée au terme de laquelle les soignants constatent que la patiente est peu loquace et d'humeur triste. La patiente donne son accord pour la prise en charge future au sein de l'établissement, mais demande une nouvelle hospitalisation en clinique privée psychiatrique, ayant identifié son mal être et son envie de se scarifier.

Elle reste hospitalisée jusqu'à la mi mai.

La patiente est de nouveau accueillie pour 2 semaines pour définir le projet de prise en charge, sachant que dans un temps de 6 mois cette prise en charge sera effectuée par les 2 structures : elle garde l'appartement thérapeutique du MECS mais sa prise en charge psychothérapeutique et sociale est réalisée par l'établissement psychiatrique. Le traitement initié lors du séjour en clinique psychiatrique est poursuivi et comprend: Norcet® 30mg/jour; Séresta® 80 mg/jour; Tercian® 92,5 mg/jour; Praxinor® 4 cp/jour. La gestion de ce traitement est laissée en autogestion sous contrôle des 2 équipes soignantes. Fin mai la jeune femme réintègre son appartement thérapeutique, puis commence sa prise en charge psychosociale selon un projet établi avec l'équipe du foyer géré par l'établissement sanitaire.

Entre juin et fin septembre : la patiente ne se présente pas systématiquement au rendez vous d'entretien avec le médecin référent de la structure. De plus la prise de poids de 27 kg en 4 mois inquiète l'ensemble de l'équipe. Au cours de cette période la patiente peine à exprimer son mal être, qui est identifié par les soignants qui lui proposent un environnement contenant (passer plusieurs jours et nuits dans le foyer) qui est accepté.

Début octobre : finalisation de la prise en charge définitive par l'établissement sanitaire, au foyer thérapeutique et donc fin de la prise en charge par le foyer MECS. Les modalités de sa prise en charge sont les suivantes: Le lundi matin participation à la réunion des tâches. Le mardi participation à la réunion des usagers et repas du soir au foyer. Le mercredi matin rencontre avec son médecin référent du foyer. Le jeudi participation à la réunion des usagers et repas du soir au foyer. Le vendredi prise du repas du soir au foyer. Une rencontre hebdomadaire par ses référents à l'appartement. Le traitement est donné pour 3 jours (comme c'était le cas lors de sa prise en charge par l'autre foyer). Le pilulier est préparé par le foyer et la patiente conjointement.

Le 07 octobre : la patiente s'installe dans l'appartement thérapeutique dépendant du foyer.

Le 10 octobre : la patiente ne s'est pas réveillée pour assister à l'entretien prévu avec le médecin référent du foyer. De plus lorsqu'elle rencontre l'un de ses référents soignants, elle ne se souvient pas de la préparation effective ou pas de son pilulier. Elle n'a pas pris son traitement du matin et du midi. L'infirmière référente recadre les modalités de la prise en charge avec la patiente et notamment la gestion du traitement, en insistant sur l'observance et le respect du traitement, à un moment où des changements importants ont lieu (nouvel appartement, nouvelle prise en charge, isolement relatif de la patiente). L'infirmière insiste pour que la patiente le signale au médecin ou à l'équipe, lorsque cela se produit. L'infirmière lui donne le traitement pour 24 heures en lui demandant de vérifier le pilulier-semainier dès son retour à l'appartement. La patiente indique que le pilulier-semainier est vide.

Les 24 et 31 octobre : la patiente ne se présente pas aux rendez-vous d'entretien avec le médecin référent du foyer.

Le 07 novembre : lors de l'entretien avec le médecin référent celui-ci constate une hygiène douteuse et note une certaine passivité et un ennui qui sont exprimés par la patiente.

Le lendemain, à 23h30, la patiente téléphone au foyer, car elle se sent triste et exprime son mal-être, ses idées sombres et l'idée de n'avoir aucun avenir. Le soignant propose à la patiente de venir rencontrer l'équipe le lendemain, pour un entretien en dépit des projets qu'elle avait. Il lui est précisé qu'elle peut téléphoner à toute heure si nécessaire.

Le 13 novembre : la patiente assiste à la réunion des usagers de 17h30 à 19h30, puis au repas. A la fin du repas, elle demande son traitement car elle a oublié son pilulier et prend devant le soignant le traitement du soir. Elle convient de préparer son pilulier le lendemain après sa rencontre avec le médecin. Lorsqu'elle quitte le foyer elle dit aux soignants « à demain, pour l'entretien » et un soignant lui demande comment elle se sent, elle répond « qu'elle ne va pas fort en ce moment ». Un entretien lui est proposé mais elle le décline prétextant que son ami l'attend. La patiente est décrite comme plutôt souriante et participant aux différentes conversations, dans les transmissions écrites.

Le 14 novembre : la patiente ne se présente pas à l'entretien avec le médecin référent. A 17h30, appel d'un brigadier de la police judiciaire, qui informe l'équipe du suicide par intoxication médicamenteuse volontaire probable de la patiente dans la nuit du mardi 13 au mercredi 14. Une lettre a été retrouvée expliquant son geste et un texto dans le fichier brouillon de son téléphone portable aurait été trouvé, comportant la liste détaillée des médicaments ingérés (environ une centaine). La police demande à l'équipe soignante de ne pas se rendre sur les lieux, des scellés étant posés sur la scène des événements. Les soignants contactent la direction de l'établissement, la clinique psychiatrique et le foyer de la MECS pour les informer du décès de la patiente. Une fiche de signalement des incidents et événements indésirables et un rapport circonstancié concernant la patiente sont rédigés.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Passage à l'acte suicidaire par IMV sans prodromes détectés par l'équipe soignante.
Sous estimation du risque de passage à l'acte suicidaire avec difficultés de détection des symptômes mélancoliformes.
Possible levée d'inhibition initiée par rupture éventuelle du traitement.

Facteurs latents

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

Patient : +++

- Complexité de l'état clinique : diagnostic de mélancolie difficile à établir associé à la dépression.
- Complexité de la prise en charge : suivi réalisé dans des établissements différents, en raison de l'âge.
- Complexité de la situation familiale : relations familiales chaotiques ; désir de prendre son indépendance difficilement compatible avec l'état clinique et les hospitalisations répétées ; problème des séjours auprès de sa mère ; problème des relations ambiguës avec ses parents, solitude et passivité ou inactivité ; modalité particulière de l'hospitalisation : établissement imposé par l'âge de la patiente qui semble ambivalente).
- Complexité de la prise en charge sociale : arrêt d'une formation professionnelle en raison d'une interruption du financement ; Dossier de demande d'allocation adulte handicapé en cours.
Gestion de ses fonds propres ambivalente (dispose de son indemnisation mais a besoin d'une aide financière pour son vestiaire)
- Complexité de la prise en charge médicale avec des épisodes d'angoisse majeure, au moins une tentative de suicide (IMV) évoquée par la patiente et scarifications.

Mauvaise acceptation de sa maladie.

Ruptures itératives des contrats moraux de soins. Patiente n'adhérant pas complètement au projet de soins. ++

Difficultés possibles de la patiente à identifier ses référents institutionnels désignés lors du projet de prise en charge.

Patiente n'adhérant pas complètement au projet de soins.

Professionnels / facteurs individuels :

Défaut de recueil de données ne permettant pas de réunir l'ensemble des antécédents médicaux et sociaux de la patiente. ++

Qualité relationnelle délicate avec la patiente et sa famille.

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

Non identification de facteurs précipitant possibles comme l'IMV évoquée, les scarifications récentes, et les demandes d'hospitalisations récentes. ++

Équipe :

Réponse tardive à la rupture du contrat moral de soins (rendez-vous hebdomadaire avec le médecin auxquels la patiente ne se présente pas)

Défaillance dans la supervision de l'auto gestion médicamenteuse, déléguée à la patiente. ++

Défaut de communication (orale et écrites) entre les professionnels médicaux ayant pris en charge la patiente.

Tâches :

Absence de procédure d'évaluation par une grille de hiérarchisation du risque suicidaire et des variables prédictives de suicide à l'admission et en cours d'hospitalisation.

Environnement :

Transmissions écrites des informations hétérogènes et irrégulières.

Changement récent de l'environnement (déménagement dans une structure nouvelle et un nouvel appartement qui ne correspond pas aux besoins évalués par absence de disponibilité sur la structure adaptée à savoir dans une résidence thérapeutique).

+++

Organisation :

Défaut de recherche et de connaissance des antécédents et du parcours de vie de la patiente. ++

Institution :

Faiblesse des échanges d'informations formalisées avec les autres structures de soins ayant pris en charge la patiente notamment, concernant les antécédents de la patiente et de son histoire de vie.

Facteurs d'atténuation

Pas de facteur d'atténuation retrouvé.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Définir les règles de supervision de patients auto gérant leur traitement en appartement thérapeutique.

Définir les règles de conduite à tenir lors d'absence ou manquement dans le respect du projet de soins personnalisé, et tracer les mesures prises en conséquence.

Commun :

Structurer et formaliser les règles de tenue d'un dossier commun partagé permettant de disposer des informations concernant :

- Les antécédents personnels, médicaux et sociaux
- Le suivi clinique, éducatif, social et thérapeutique
- Les comptes rendus d'hospitalisation
- Les évaluations régulières
- Les synthèses de coordination régulières et tracées.

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement 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

Général :

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

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

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