



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



Analyse Approfondie de Cas 42

Décès par suicide d'un patient pendant son hospitalisation.

Date de parution : janvier 2016

- Catégorie : Santé Mentale
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient de 57 ans, suivi depuis une dizaine d'années en Centre Médico-Psychologique (CMP) en ambulatoire pour des troubles bipolaires diagnostiqués en 1998, est hospitalisé en établissement de santé mentale. Le traitement consiste en lamotrigine 200 mg/j.

Il est accompagné par les pompiers et la police pour agitation psychomotrice avec troubles du comportement. La sœur du patient demande son hospitalisation selon une admission en soins psychiatriques à demande d'un tiers (ASPDT).

A son arrivée, le médecin qui l'examine note une humeur exaltée, une tachypsychie, une logorrhée, une désinhibition, une désorganisation du discours, une tension interne, une irritabilité et une hyperesthésie émotionnelle. Le patient a peu conscience de ses troubles du comportement qu'il rationalise. Le médecin conclut à une décompensation maniaque d'un trouble bipolaire, et à la nécessité d'une hospitalisation en urgence en psychiatrie. Le patient refuse l'hospitalisation libre.

Devant le refus du patient, l'ASPDT

est mise en place en urgence.

Un traitement par amisulpride (Solian®) est initié et adapté au fur et à mesure de l'état clinique du patient au cours de l'hospitalisation. Les autres psychotropes sont introduit et/ou modifiés en fonction de la symptomatologie et de l'appréciation des médecins.

Un mois plus tard, lors d'un entretien de suivi avec le patient, le médecin référent note un « virage dépressif », une disparition des symptômes maniaques et une expression de culpabilité importante a posteriori.

Le patient semble anxieux, triste et paraît sédaté. Il verbalise son inquiétude à l'idée de retrouver son appartement saccagé avec les graffitis qu'il a réalisés lorsqu'il était en épisode maniaque.

Quelques jours après, en matinée, le patient est retrouvé pendu par sa ceinture, à une porte de placard. Devant l'absence de signes vitaux le médecin conclut à l'impossibilité de réanimation. Le décès est constaté à 9h50.

CARACTÉRISTIQUES

Gravité

Décès

Organisation en place

L'établissement dispose d'une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. La procédure se trouve sur intranet. Les notions d'incidents, d'accidents et de situations à risques sont définies ainsi que celles de fréquences (rare, occasionnel, fréquent, très fréquent), de gravité et de criticité. L'origine des événements indésirables est classée selon trois items :

prise en charge du patient, prestations logistiques et techniques. La procédure récemment informatisée est connue du personnel. La fiche de déclaration a été revue en 2010 et elle accorde désormais une place importante aux risques cliniques et aux vigilances. Le personnel est sensibilisé aux risques liés à la prise en charge médicamenteuse du patient. A partir du bilan des événements indésirables, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre. Ce bilan est présenté aux différentes instances.

ÉLÉMENTS MARQUANTS

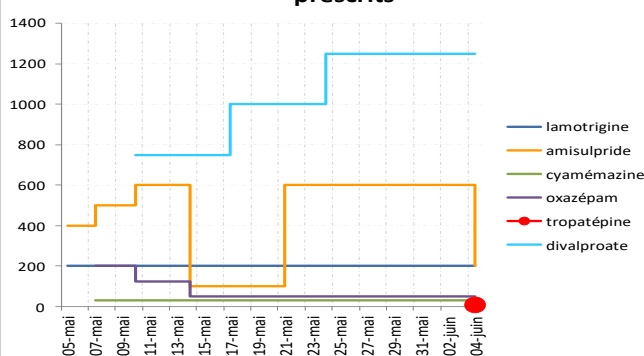
Ce patient est vu par 10 médecins différents (6 les 4 premiers jours) en 1 mois ...

Même si les effets pharmacologiques des neuroleptiques sont décrits à l'échelle du jour (ou 2 jours), les effets cliniques sur la symptomatologie psychiatrique ne s'observent pas dans les mêmes délais ! L'état d'équilibre [d'un médicament], et d'un psychotrope [en particulier], est atteint habituellement au bout de ses 5 demies vies pharmacologiques. Et la demie vie est différente d'un psychotrope à l'autre.

Ici, tous les 3 à 4 jours une ligne de psychotrope est modifiée dans sa posologie ...

Par ailleurs, les interactions médicamenteuses, proportionnellement majorées par le nombre de molécules, induisent des conséquences cliniques [effets thérapeutiques par excès ou par perte], chez des patients plus ou moins à risques que d'autres ...

Évolution des posologies des psychotropes prescrits





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Le 5 mai : un patient de 57 ans, suivi depuis une dizaine d'années, dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) en ambulatoire pour des troubles bipolaires diagnostiqués 15 ans plus tôt, est hospitalisé en service de psychiatrie. Il est accompagné par les pompiers et la police pour agitation psychomotrice avec troubles du comportement. A son arrivée, un médecin l'examine et note une humeur exaltée, une tachypsychie, une logorrhée, une désinhibition, une désorganisation du discours, une tension interne, une irritabilité et une hyperesthésie émotionnelle. Le patient est célibataire et vit en appartement. Il a peu conscience de ses troubles du comportement qu'il rationalise et refuse l'hospitalisation libre. Le médecin conclut à la décompensation maniaque d'un trouble bipolaire et à la nécessité d'une hospitalisation en urgence en psychiatrie. Devant le refus du patient une ASPDT en urgence est mise en place. Le traitement comporte lamotrigine 200 mg/ jour avant son admission et le Solian® 600mg/j est prescrit.

Entre le 6 et le 9 mai : le patient est vu par 6 médecins différents. La symptomatologie maniforme étant toujours au premier plan, les médecins adaptent le traitement en augmentant les doses. Une surveillance des effets secondaires est demandée aux personnels paramédicaux.

Le 10 mai : le médecin référent (MR) s'entretient avec le patient qu'il trouve amaigri, peu sthénique. Lors de la rencontre, le patient reconnaît mal sa décompensation sur le plan psychiatrique mais à la fin de l'entretien il identifie l'accès maniaque. Concernant les thérapeutiques le patient s'oppose à la prescription de Téralithe®. Le MR instaure du Dépakote® et le traitement est le suivant : lamotrigine 200 mg/jour; Solian® 600 mg/jour; Dépakote® 750 mg/jour; Séresta® 125 mg/jour; Tercian® 30 à 100 mg/jour si besoin.

Entre le 14 mai et le 17 mai : le MR s'entretient avec le patient qui a conscience de ses troubles et qui présente des symptômes thyroïdiens maniaques moindres, une normothymie ; cependant une sédation vécue comme gênante par le patient amène le médecin à modifier les prescriptions qui sont les suivantes : lamotrigine 200 mg/jour; Solian® 100 mg/jour; Dépakote® 750 mg/jour; Séresta® 50 mg/jour; Tercian® 30 à 100 mg/jour si besoin.

Le médecin lève la mesure d'ASPDT et autorise une sortie accompagnée dans le parc d'une heure par jour. Il constate une normothymie et l'absence de dépression et autorise une sortie en permission pour le week-end à visée anticipatrice d'une sortie à domicile prochaine. Un autre médecin prescrit suite à la visite du médecin référent : lamotrigine 200 mg/jour; Solian® 100 mg/jour; Dépakote® 1000 mg/jour; Séresta® 50 mg/jour; Tercian® 30 à 100 mg/jour si besoin (Les argumentations ne sont pas tracés).

Le 21 mai : un médecin s'entretient avec le patient et note qu'il est plus sthénique et méfiant avec une humeur exaltée depuis son retour de week-end (chez ses parents) avec des propos mégalomaniaques. Le traitement est donc modifié et est le suivant : lamotrigine 200 mg/jour; Solian® 600 mg/jour; Dépakote® 1000 mg/jour; Séresta® 50 mg/jour; Tercian® 30 à 100 mg/jour si besoin.

Le 22 mai : le MR s'entretient avec le patient qui évoque sa mère bipolaire, le suicide de son arrière grand-père. Il critique l'institution et le soin exprimant son épuisement de sa maladie psychiatrique, mais acceptant la poursuite de son hospitalisation. Le médecin note que le patient reste hypomaniaque, sûr de lui, discrètement désinhibé, labile, avec un fond de personnalité narcissique. Le médecin conclut que le patient n'est pas stabilisé. Le traitement comporte : lamotrigine 200 mg/jour; Solian® 600 mg/jour; Dépakote® 1000 mg/jour ; Séresta® 50 mg/jour; Tercian® 30 à 100 mg/jour si besoin.

Le 24 mai : le MR s'entretient avec le patient qui préfère rester dans l'unité de soins le week-end car il a conscience de ses troubles et de son état hypomaniaque. Le patient est calme, normothymique, sans tachypsychie ni tristesse, mais contrarié des consignes à respecter (comme les sorties autorisées hors du parc mais accompagnées). Le traitement est modifié et comporte : lamotrigine 200 mg/jour; Solian® 600 mg/jour; Dépakote® 1250 mg/jour; Séresta® 50 mg/jour; Tercian® 30 à 100 mg/jour si besoin; Lepticur® 10 à 30 mg/jour si besoin.

Le 28 et le 31 mai : le MR s'entretient avec le patient qui semble plus calme et coopératif, moins vindicatif. Le médecin conclut qu'il est en phase de stabilisation et moins hypomane. Le traitement est modifié et comporte : lamotrigine : 200 mg/jour; Solian® 600mg ; Dépakote® 1250mg/jour; Séresta® 50 mg/jour si insomnie; Tercian® : 30 à 100 mg/ jour si besoin, 50 mg maximum par prise, intervalle entre deux prises de 2 heures, si anxiété ou insomnie. Le patient est autorisé en sortie permission chez ses parents pour le week-end.

Le 4 juin : le MR s'entretient avec le patient qui exprime de la culpabilité, se décrivant comme peu intelligent. Il vit un retour à la réalité douloureux, accompagné d'une prise de conscience de sa vulnérabilité et ses conséquences. Il vit comme un échec sa mise en invalidité. Il verbalise le cumul représenté par cette invalidité, les épisodes de désinhibition puis les crises d'accès maniaques comme étant très difficile à vivre. Le médecin note sur le dossier que le patient a une mauvaise estime de lui, qu'il est dans la phase de retour à la normale post épisode maniaque. Il constate la disparition des symptômes maniaques et un auto bilan culpabilisant a posteriori. Un virage dépressif est observé, avec des propos dépressifs mais sans épisode dépressif. La posologie du Solian® est modifiée à 200 mg/jour.

Le 6 juin : le MR s'entretient avec le patient qui est triste et anxieux et exprime son inquiétude à l'idée de retrouver son appartement, dans lequel il doit aller en permission le week-end suivant, saccagé avec des graffitis réalisés lors de phases maniaques. Le patient accepte la prolongation de son hospitalisation. Il ne présente pas de symptômes maniaques et n'évoque d'idées suicidaires à aucun entretien .

Le 7 juin : le patient prend son petit-déjeuner avec les autres patients de l'unité. Il déclare avoir passé une bonne nuit. Il retourne vers sa chambre, il croise un IDE qui remarque que celui-ci ne répond pas lorsqu'il le salue et perçoit qu'il lui jette un regard sombre. À 9H40, une ASH entre dans la chambre pour réaliser son entretien. Elle découvre le patient pendu par sa ceinture à la porte d'un placard. Elle alerte immédiatement l'IDE qui touche le patient pour constater sa normothermie et le dépend aussitôt.

Un médecin, prévenu par l'ASH, constate que le patient est en arrêt cardiorespiratoire et sursoit à la réanimation. Il constate le décès et avertit le service de la police judiciaire de la découverte d'un décès violent. Il informe la famille ainsi que le médecin responsable de l'unité et le médecin référent . Les autres patients n'ont pas connaissance de l'évènement. L'équipe paramédicale a bénéficié de la cellule d'urgence médico-psychologique dès le jour de l'évènement et de la possibilité de rencontrer des professionnels ultérieurement pour pouvoir être soutenu face à cette mort violente.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Passage à l'acte suicidaire par pendaison sans prodromes ou signaux faibles pouvant alerter sur un risque de passage à l'acte

Possible sous estimation du risque suicidaire par l'équipe soignante lors d'une possible levée d'inhibition provoquée par la décroissance de la phase maniaque et les médicaments initiés pour traiter cet accès hypomaniaque.

Facteurs latents

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

Patient : +++

Pathologie bipolaire +++ , antécédents d'éthylisme.
Traitement régulateur de l'humeur lourd.
Précarité sociale.
Peu d'entourage familial présent et conflit avec sa fille.
Comportement généralement peu expressif.
Non adhésion complète au projet thérapeutique et de soins.
Modalité particulière de l'hospitalisation : ASPDT.
Mauvaise acceptation de sa maladie et de ses répercussions.
Observance médiocre et/ou aléatoire du traitement médicamenteux en ambulatoire

Professionnels / facteurs individuels :

Qualité relationnelles délicates avec le patient qui critique l'institution et le soin, exprimant son épuisement de sa maladie psychiatrique. ++
Pharmacodynamie des psychotropes et de leurs associations thérapeutiques insuffisamment maîtrisés en termes d'impact clinique +++.

Équipe :

Sous estimation possible des facteurs de risques suicidaires. +++
Non identification de facteurs précipitants possibles comme l'éventuelle levée d'inhibition provoquée par la décroissance de la phase maniaque et des médicaments initiés pour traiter cette hypomanie. +++
Démarche de réflexion en équipe débutante d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur le suicide en milieu psychiatrique avec des outils et des grilles validés sur le risque suicidaire. +

Tâches :

- 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 dans une population globalement à risque suicidaire.

Environnement :

Charge de travail excessive pour un médecin (le dernier intervenant), seul pour gérer l'unité de soins. ++

Organisation :

Organisation du temps médical mal définie, laissant un médecin seul sur l'unité de soins, sans agencement défini de la continuité médicale des soins. +++
Organisation de la prise en charge médicamenteuse insuffisamment prise en compte avec absence de réunions de concertation pluri professionnelles ou d'une relation formelle sur les changements de prescription.

Institution :

Absence de programme institutionnel finalisé de réduction du risque suicidaire. ++
Absence de politique de prise en charge du personnel médical, lors d'événements indésirables graves, ayant vécu des situations difficiles sur le plan émotionnel.

Facteurs d'atténuation pas de facteur identifié.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique: Plusieurs molécules employées [lamotrigine, amisulpride, divalproate] sont décrites pour être facteurs de risque suicidaire par leurs effets pharmacologiques. Leurs associations, les variations de leurs posologies et les rythmes de ces variations nécessitent une connaissance fine de leur pharmacodynamie. L'adaptation des schémas thérapeutiques doit en tenir compte et s'accompagner d'une surveillance renforcée chez les population à risque accrue de passage à l'acte suicidaire (troubles bipolaires).



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.

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 :

L'accompagnement psychologique des équipes paramédicales ET médicales lors de la survenue d'un événement indésirable grave est à organiser de façon anticipée.

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. ANAES
 - 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.
 - Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique. Rev Prescrire 2011 ; 31 (338 suppl. interactions médicamenteuses) : 14-15.
- RCP et base de données Thériaque : Lamictal® : lamotrigine — Mecir® : tamsulosine — Solian® : amisulpride — Séresta® : oxazépam — Tercian® : cyamémazine — Dépakote® : divalproate - Lepticur® : tropatépine

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