



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

Analyse Approfondie de Cas n° 49 :

Décès par suicide d'une patiente lors de son hospitalisation

Date de parution : mai 2017

- Catégorie : Santé Mentale
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Il est difficile de déceler les signaux d'alerte annonçant un passage à l'acte suicidaire.

Cette patiente cumule bon nombre de facteurs de risque.

Le manque d'échanges pluri professionnels, l'absence de réflexion sur les limites du respect de l'intimité de la vie privée dans le cadre d'une prise en charge en santé mentale, se sont conjugués aux difficultés d'obtenir les antécédents médicaux émanant d'autres structures.

Des rencontres formalisées, destinées, entre autres, à élaborer et suivre un projet personnalisé de soins sont également l'occasion de s'interroger sur le risque de passage à l'acte et l'utilisation collégiale d'outils d'évaluation.

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une patiente de 40 ans est admise en hospitalisation libre pour un épisode dépressif sévère, dans un contexte familial social et économique complexe. En effet cette femme se retrouve sans domicile fixe, sans travail, et a perdu la garde de ses cinq enfants.

La patiente est accompagnée activement sur le plan des démarches sociales au cours des cinq semaines d'hospitalisation. Sur le plan de sa prise en charge psychiatrique, la patiente exprime parfois difficilement son mal être et présente des propos ambivalents ; elle ne semble pas faire confiance aux traitements prescrits.

Les soignants tentent de la réassurer et le dossier social progresse de façon positive (RSA, demande de centre d'hébergement et de réinsertion sociale, aide juridictionnelle,

dossier CAF), mais la patiente dissimule aux interlocuteurs externes ses difficultés personnelles et son hospitalisation en cours.

Après 5 semaines d'hospitalisation et malgré le travail réalisé avec la patiente, celle-ci confie à quelques reprises des idées noires et des idées suicidaires. Elle n'adhère pas au projet de vie, qui dans un premier temps exclut la vie avec ses enfants. Elle exprime qu'elle ne voit pas d'issue à sa situation et suggère un scénario de passage à l'acte.

Elle passe à l'acte suicidaire en se pendant avec le tuyau de douche dans la salle de bain de sa chambre, le lendemain de cette évocation.

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.





Le 21 août : une patiente de 40 ans est adressée par son médecin traitant, aux urgences de l'hôpital général, pour une évaluation psychiatrique. La patiente a évoqué des idées suicidaires et celui-ci craint une dépression réactionnelle suite à la décision de justice de lui retirer ses enfants. Il propose donc à la patiente une hospitalisation libre après une évaluation par un médecin psychiatre. L'entretien effectué, un certificat d'admission est délivré pour une hospitalisation en établissement spécialisé. A son arrivée, un médecin réalise

l'entretien d'admission. Il note un dialogue difficile, des réticences à donner des renseignements sur sa pathologie antérieure. La patiente indique avoir déjà pris un traitement par lamotrigine. Elle évoque ses difficultés ; elle n'a pas d'emploi ; a perdu son logement. Elle vit depuis 15 jours chez des amis et attend une réponse sur l'octroi du RSA. Elle parle de ses quatre enfants d'un premier mariage dont le père a obtenu la garde et qui vivent depuis 15 jours dans un département d'outre mer. Son cinquième enfant, âgé de 17 mois est placé depuis l'âge de 15 jours. Elle s'est séparée du père alors qu'elle était enceinte. Elle confie qu'elle pense beaucoup à ses enfants. Elle signale des difficultés de sommeil et une humeur morose. Le médecin indique dans son dossier : « épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ».

Du 22 au 28 août : un protocole de soins est établi, un traitement par anxiolytiques et antidépresseurs est initié. Un entretien et un suivi avec une assistante sociale sont réalisés. La patiente évoque son sentiment d'impuissance face à sa situation et ne voit pas d'issue. Elle évoque une convocation au tribunal concernant son autorité parentale. Les soignants notent des difficultés à exprimer ses demandes, un discours flou, un refus de donner des détails lorsqu'ils l'interrogent. Elle semble méfiante et sur la défensive. Cependant, la patiente est toujours très apprêtée et soucieuse de son apparence physique, elle est souriante.

Le 29 août : la patiente exprime le souhait de quitter l'établissement et demande à rencontrer le médecin. Elle rencontre l'assistant socio-éducatif (ASE) qui a récupéré des informations sur son parcours de vie. Elle a été hospitalisée au moins 3 fois en 2 ans. Les enfants lui ont été retirés en 2011 au regard d'une grande précarité sociale (pas de travail, de logement). Elle aurait réalisé une tentative de suicide devant l'un d'eux. Son fils aîné a exprimé les difficultés rencontrées auprès des services sociaux en région parisienne. Les enfants ont ensuite été placés en foyer jusqu'à ce que leur père les récupère. Face à ces informations, la patiente est mutique, elle confirme très difficilement et après de nombreux questionnements une partie des éléments recueillis. L'histoire qu'elle « raconte » est souvent divergente.

Du 30 août au 8 septembre : Le traitement est poursuivi. La patiente exprime le souhait de quitter l'établissement. Les soignants constatent l'ambivalence de la demande. Elle n'a aucun projet de vie et attend « un miracle ». L'équipe la recadre et lui explique la nécessité de cette hospitalisation ainsi que le travail en cours avec l'assistante sociale. Des rendez-vous sont programmés 3 fois par semaine avec cette dernière pour effectuer un dossier de demande de centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). L'éducateur refuse de proposer le dossier car non explicite (rétention d'information de la part de la patiente) et la patiente est incapable d'assurer un entretien. Elle bénéficie de sorties autorisées, dont elle ne respecte pas toujours les horaires.

Du 9 au 25 septembre : la patiente reçoit un courrier concernant la garde définitive confiée au père de ses enfants. Elle dispose d'un droit de visite médiatisée, 2 fois par mois, avec son cinquième enfant. Elle est très contrariée, et déclare aux soignants « vouloir tout claquer, tout laisser tomber ». L'ASE la rencontre et l'informe des démarches entreprises concernant le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO). Un rendez-vous est organisé pour réaliser des démarches administratives et transférer son dossier (disponibilité d'une place dans un délai de 3 mois). Sa demande de RSA est acceptée, le premier versement aura lieu le 5 octobre. Elle récupère le dépôt d'argent, présente un comportement suspicieux envers le personnel et les autres patients. Elle est vindicative vis à vis des soignants, pose des questions sur son traitement. La patiente se rend en ville quasiment tous les après-midi dans le cadre des sorties autorisées. Elle se renseigne au sein d'associations, sur les possibilités d'aide. Un responsable de l'une d'elles contacte le cadre de santé de l'unité pour proposer son aide. L'ASE est rencontrée en urgence à la demande de la patiente, car cette dernière n'a pas honoré une convocation avec le SIAO (rencontre qu'elle a demandée) mais pour laquelle elle a dissimulé son hospitalisation en milieu psychiatrique et son environnement social. L'ASE tente de lui faire comprendre que cette obstination à cacher ces faits, ne l'aide pas. La patiente visite des appartements avec une autre association. Elle est très peu loquace avec l'équipe sur ces après-midis. Elle n'honore pas des rendez-vous avec l'ASE. La patiente évoque des idées noires. Les soignants notent ces données et demande un entretien médical pour la patiente.

Du 26 septembre au 2 octobre : la patiente est rencontrée 3 fois en 4 jours par l'ASE. Elle semble réaliser qu'elle ne récupérera pas immédiatement la garde de ses enfants et cette prise de conscience est douloureuse et difficile. Elle souhaite un logement indépendant mais verbalise son besoin d'être accompagnée. L'ASE travaille avec la patiente sur le projet d'hébergement en CHRS, prépare un dossier d'aide juridictionnelle et effectue les démarches en CAF. Le 2 octobre matin, la patiente exprime aux soignants son pessimisme vis-à-vis de son devenir et notamment le fait de devoir se projeter dans un avenir sans ses enfants. Cela lui semble difficile et mime avec sa main sur le cou un geste d'égoïsme en disant aux soignants « ça ira plus vite comme cela ».

Le jeudi 3 octobre : la patiente se comporte comme à son habitude. Les patients sont informés du passage d'un chien pour la détection de puces de lit et sont donc invités à quitter les locaux. Les soignants sont affairés auprès d'une patiente qui, la veille, a réalisé un passage à l'acte suicidaire, et est admise de nouveau dans l'unité. Deux autres patients sont admis dans l'unité de soins. Un accident de voiture percutant le bâtiment perturbe les patients et le personnel. **Vers 10 h,** la patiente ne se présente pas à l'entretien avec une ASE. Des appels sont effectués sans succès. **À 11h20,** une ASH découvre la patiente pendue au tuyau de douche dans la salle de bain de sa chambre. Elle prévient immédiatement les IDE. Une réanimation est réalisée sans succès. La patiente est déclarée décédée. Il est à noter qu'après le décès de la patiente, l'ASE a demandé aux gendarmes d'ouvrir un sac que possédait la patiente et qui ne la quittait jamais. A l'intérieur, les documents relatifs aux décisions de justice et autres documents administratifs ont été découverts. Ces documents n'avaient jamais été transmis à l'ASE.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Passage à l'acte suicidaire par pendaison sans prodromes ou signaux d'alerte pouvant alerter sur un risque de passage à l'acte imminent.

Facteurs latents

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

Patient :

Complexité de l'état clinique : ++

Pathologie psychiatrique évolutive difficile à caractériser.
Hospitalisations itératives non révélées.

Complexité de la prise en charge thérapeutique : ++

Compliance aux soins médiocre avec perte de confiance envers les soignants.
Repli et dissimulation d'informations personnelles (sociales et juridiques).

Complexité de la prise en charge sociale : +++

Avenir professionnel incertain.
Droits sociaux à restaurer ; hébergement à trouver.
Difficultés à concilier son désir d'indépendance avec les impératifs de soins.

Complexité de la situation familiale et juridique : +++

Perte du droit de garde des 5 enfants, dont 4 éloignés en Guadeloupe.
Décisions de justice mal acceptées.
Liens familiaux peu étayés.

Professionnels / facteurs individuels :

Relation difficile à établir avec la patiente qui est ambivalente. +++
Sous estimation des facteurs de risque suicidaire non évalués régulièrement. ++
Projet thérapeutique reposant en grande partie sur la prise en charge sociale avec déséquilibre des rôles ++

Équipe :

Difficultés à concilier la prise en charge avec le respect de l'intimité de la vie privée du patient. +
Défaut de communication orale et écrite entre personnel médical et paramédical. ++

Tâches :

Carence dans l'identification d'événements d'alerte ou de risques précipitant dans une population globalement à risque suicidaire. ++

Environnement :

Localisation des chambres à l'étage ne permettant une surveillance adéquate par le personnel soignant.
Charge en soins importante (2 entrées, retour dans le service d'une patiente placée en chambre d'isolement après une TS). +
Activité du service perturbée par les contraintes de travail du chien détecteur de punaises de lit (pièces vides, circulation libre, absence de bruits, etc.). +
Activité du service distraite par l'accident de voiture survenu dans ses murs de clôture. +

Organisation :

Staff organisé quotidiennement mais sans partage effectif des informations entre les professionnels. +++
Absence de définition formelle de projet personnalisé de soins en articulation avec le projet de vie. +

Institution :

Absence de programme institutionnel finalisé de réduction du risque suicidaire. ++

Facteurs d'atténuation activés mais inefficace

Lors de la réanimation, l'ensemble de l'équipe a montré une très bonne organisation et la maîtrise des gestes d'urgence.

Enseignement : Actions / Barrières



Spécifique:

Garantir les temps de concertation en équipe (staff) pluri professionnel pour le partage des informations provenant de sources diverses (idées suicidaires exprimées, données sociales...)

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.
- 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 évitabilité impossible à déterminer.



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 :

Réflexion à mener en équipe sur les limites à fixer entre « respect de la vie privée » et « prévention du passage à l'acte suicidaire » (au cas par cas ?).

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.