

Analyse Approfondie de Cas n°55:

Passage à l'acte suicidaire pendant une hospitalisation



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

Date de parution : Décembre 2017

- Catégorie : Santé mentale
- Nature des soins : thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un homme de 41 ans, suivi depuis l'âge de 24 ans pour une psychose de type schizophrénie est admis en établissement public de santé mentale à la suite d'un passage à l'acte suicidaire. Il s'est précipité dans une cage d'escalier alors qu'il était hospitalisé en établissement privé de santé mentale. Il est accueilli par le service des urgences du CHS puis hospitalisé dans un service de soins en hospitalisation complète. Il présente un traumatisme de l'épaule. Durant son hospitalisation, le patient reste très anxieux, il présente en permanence des sentiments de persécution. Son traitement, notamment anxiolytique, fait l'objet d'une attention très importante. Les soignants notent qu'il n'adhère pas à l'alliance thérapeutique. Il est dans une revendication permanente vis à vis des changements de posologie de son traitement. 4 mois plus tard, soit en octobre, le patient est pris en charge en hospitalisation de nuit dans une unité de réhabilitation psycho-sociale. Ne pouvant plus vivre en appartement thérapeutique il est pris en charge parallèlement en hôpital de jour (HDJ) dans une autre structure. Il rencontre régulièrement son médecin référent. Le patient et l'équipe sont satisfaits de cette prise en charge. Début janvier, un changement de comportement est noté par l'équipe de l'HDJ qui en informe l'équipe de l'unité de réhabilitation psychosocial de nuit. Le 4 janvier, le patient demande un entretien auprès des infir-

miers au cours duquel il tient des propos suicidaires. Les professionnels notent une grande crispation avec en premier plan un envahissement de l'anxiété. Les soignants réalisent un entretien de réassurance mais ne transmettent pas ces données au médecin référent. Le 7 janvier au soir, le patient demande son admission en hospitalisation complète. Il exprime un mal-être, mais ne verbalise pas d'idées suicidaires. Le médecin est contacté, il informe l'équipe qu'il passera l'examiner le lendemain matin pour évaluer la nécessité d'une hospitalisation complète. Le patient est informé, il prend son repas et quitte l'établissement. L'infirmier de nuit constate son absence. Le lendemain matin, le patient est toujours absent. Un IDE a entendu à la radio qu'une collision entre un piéton et un véhicule de transport en commun, est survenue à quelques centaines de mètres de l'établissement. Au regard de l'absence du patient et de cet accident, l'IDE téléphone au service des urgences du CH pour s'enquérir de la présence éventuelle du patient. Il obtient la confirmation de l'hospitalisation et des précisions sur les circonstances (passage à l'acte par précipitation sous le véhicule). Le patient présente une fracture sévère du bassin nécessitant une prise en charge orthopédique spécifique dans le cadre d'une hospitalisation dans une unité du CHS. Il sera pris en charge dans un second temps en SSR pour poursuivre sa rééducation.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité:

Séquelles locomotrices progressivement et lentement résolutes.

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'incident, d'accident et de situation à risques sont définies ainsi que celles de fréquence (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 au circuit du médicament.

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

« Le diable est dans la cloison »

Le suicide en établissement psychiatrique est difficilement prédictible et souvent considéré comme inéluctable.

Il nécessite un travail pluri professionnel en amont afin d'élaborer au minima des stratégies de réduction de son occurrence.

Mais bien avant l'utilisation de grilles de dépistage plus au moins complexes dans leur mise en œuvre, il s'agit de renforcer :

- La vigilance de chacun aux signes précurseurs,
- La pertinence et la fiabilité des informations que peuvent se transmettre les professionnels.

A ce titre, les échanges entre deux structures d'hospitalisation, distinctes mais en charge du même patient, sont fondamentaux.





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Le 4 juillet : Un patient de 41 ans, est admis en service d'évaluation et d'orientation psychiatrique suite à un passage à l'acte suicidaire. Hospitalisé dans un établissement de santé mentale privé, il s'est précipité dans une cage d'escalier après avoir appris son transfert au centre hospitalier spécialisé (CHS). Il déclare ne plus supporter les hôpitaux. Il critique son acte et explique que c'est un geste impulsif après l'information de son transfert. Il n'a plus d'idées suicidaires. Il traduit la compagnie des autres patients comme très anxiogène. Globalement l'entretien révèle « un patient qui parle assez facilement même si l'évocation de son passé est au début plus sur le mode de la réticence, mais avec une détente au fil de l'entretien ».

Les antécédents du patient montrent :

Au niveau familial : le divorce de ses parents lorsqu'il a 20 ans suivi d'une rupture des relations avec son père et sa fratrie, des relations difficiles avec sa mère et son beau-père.

Au niveau social : le patient a travaillé comme paysagiste durant 7 ans (entrecoupés de plusieurs hospitalisations en établissement de santé mentale). Il a vécu en colocation, puis dans un appartement associatif. Il supporte difficilement de vivre seul, mais décrit un sentiment de persécution majeur et de danger permanent.

Au niveau médical : schizophrénie, multiples dépendances (alcoolisme avec sevrage depuis 2010 ; cannabis avec sevrage depuis 2007 ; tabagisme actif et dépendance aux anxiolytiques). Le traitement comporte : quiétiapine flumarate LP 150 mg; paroxétine 20 mg; clozapine 600 mg ; diazépam 2 mg. Le traitement est autogéré par le patient. Le patient est transféré en unité de réhabilitation psychosociale pour une hospitalisation à temps complet, en soins libres.

Du 5 juillet au 28 octobre : Le patient séjourne à temps complet dans l'unité de réhabilitation psychosociale. Il est décrit comme clinophile, n'adhère pas à l'alliance thérapeutique. Il semble dans l'insatisfaction permanente, l'expression incessante des récriminations, la volonté de changer de médecin, de traitement. Cependant il n'est jamais dans l'opposition. Le patient n'a plus de possibilité d'hébergement en appartement associatif car le bail n'a pas été renouvelé. Une décision d'hospitalisation de nuit dans l'unité de réhabilitation psychosociale est prise.

Du 28 octobre au 4 janvier : Le patient est admis en hospitalisation de nuit. Il est informé des modalités d'élaboration de son projet de vie qui s'inscrit sur du long terme (12 à 24 mois). Tenant compte du fait qu'il ne peut plus vivre en appartement associatif, il est pris en charge en hôpital de jour dans un autre établissement. Un référent IDE est en charge du patient et communique épisodiquement avec l'équipe de l'unité de réhabilitation psychosociale. Le patient, ainsi que l'équipe, sont satisfaits de cette prise en charge. Le patient rencontre régulièrement son médecin référent. Le traitement par diazépam est diminué. Le 2 janvier l'IDE référent de l'HDJ contacte un collègue de l'unité car le patient semble manifester des sentiments de persécution ; un changement de comportement est signalé.

Le 4 janvier vers 17 heures : Le patient sollicite un entretien auprès des IDE. Les IDE notent dans les données des transmissions ciblées « se présente la mâchoire crispée, se disant envahi par l'angoisse. Dit avoir eu l'envie de se jeter sur les boulevards depuis un pont . Dit avoir renoncé « par amour de la vie ». Parle de son sentiment de persécution permanent, de la diminution récente de son traitement (diazépam), de ses convictions délirantes d'apparitions / disparitions d'objets. ». Les soignants notent ensuite dans les actions des transmissions ciblées « écoute, réassurance : résistance à la réassurance, peu ou pas de distance avec ses idées de persécution. Se montre toutefois plus détendu en fin d'entretien ». Le traitement reste identique, le patient n'ayant pas de scénario élaboré de passage à l'acte suicidaire.

Le 7 janvier dans la soirée: Les soignants contactent le médecin car le patient exprime le besoin d'être hospitalisé en unité d'admission. Il verbalise un mal-être et demande aussi à bénéficier d'un « si besoin » en terme de traitement anxiolytique. Le médecin répond qu'il verra le patient le lendemain matin pour valider son transfert en unité d'admission. L'information est donnée au patient qui prend son repas, puis sort de l'établissement.

À 22h30 : L'IDE de nuit constate l'absence du patient. Il tente de joindre celui-ci. Un message est laissé sur le répondeur. L'IDE note les faits dans les transmissions ciblées ainsi que la non prise du traitement par le patient.

Le 8 janvier à 8h15 : Un IDE a entendu à la radio que la veille au soir un accident avait eu lieu, impliquant un piéton et un véhicule de transport en commun. Devant l'absence du patient durant toute la nuit, il contacte le service des urgences du CH qui confirme son admission en réanimation la veille au soir. Le patient s'est jeté volontairement sous le véhicule à l'endroit mentionné lors de son entretien du 4 janvier. Il présente une fracture sévère du bassin et une forte angoisse. Les coordonnées de l'unité de réhabilitation psychosociale sont données à l'équipe soignante du CH. Les différents acteurs institutionnels sont avertis de cet événement indésirable grave.

Début février : Le patient est hospitalisé en unité de soins du centre hospitalier spécialisé. Il y bénéficie d'une prise en charge orthopédique spécifique. Une hospitalisation en SSR spécialisé en médecine physique et réadaptation fonctionnelle est ensuite mise en place. Le patient est triste mais il critique son geste de passage à l'acte suicidaire.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Passage à l'acte suicidaire au décours d'un raptus anxieux avec possible sous estimation des risques de passage à l'acte.

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

Facteurs latents

Patient :

Complexité de l'état clinique : Schizophrénie évolutive. Passage à l'acte suicidaire récent et idées suicidaires exprimées. Antécédents d'addictions +++

Complexité de la prise en charge médicale avec des épisodes d'anxiété majeure, au moins une évocation de passage à l'acte suicidaire par le patient. Suivi réalisé dans des établissements différents, avec rupture ou insuffisance de transmission des informations concernant la succession des prises en charge du patient. Mauvaise acceptation des hospitalisations. Patient n'adhérant pas complètement au projet de soins, ni à l'alliance thérapeutique ; Compliance aux soins médiocre et repli. Demandes itératives d'adaptation (et d'escalade) des traitements anxiolytiques. ++

Complexité de la situation familiale : Relations familiales chaotiques. Désir de prendre son indépendance difficilement compatible avec l'état clinique et les hospitalisations répétées. +

Complexité de la prise en charge sociale :

Refus d'un hébergement en maison relais et difficultés à vivre en communauté. Hébergement en appartement impossible. +

Professionnels / facteurs individuels :

Perceptions divergentes par les professionnels soignants paramédicaux de l'état psychique du patient, de l'urgence et du type de prise en charge nécessaires le 7 juillet au soir ; communication tronquée. +++

Sous estimation des risques de passage à l'acte le 7 juillet au soir, avec fausse réassurance liée à l'acceptation du patient.

Faibles échanges et partage insuffisant des informations issues d'entretiens et d'observations cliniques sur le dossier patient. +++

Équipe :

Défaut de communication formalisée entre les professionnels du service de psychiatrie de nuit et les professionnels du service d'hospitalisation de jour. ++

Relations pauvres avec le patient qui n'adhère pas à l'alliance thérapeutique. +

Défaut de communication écrite dans l'équipe (insuffisance des informations écrites ne permettant pas la continuité des soins notamment lors d'un retour d'une période de congés par exemple). +++

Tâches :

Accompagnement thérapeutique soignant insuffisamment tracé. ++

Absence de prescription de type « prescription anticipée personnalisée » pour les situations urgentes, alors que le service de nuit ne comporte pas de présence médicale permanente. +++

Signaux de danger susceptibles d'alerter sur le risque suicidaire imminent insuffisamment pris en compte en raison de : ++

- L'absence de grille de hiérarchisation des variables prédictives de suicide à l'admission et en cours d'hospitalisation.
- Difficultés dans l'identification d'événements sentinelles ou de situations à risques dans une population globalement à risque suicidaire.

Environnement :

Structuration du dossier de soins informatisé en cibles distinctes, contenant chacune une évolution chronologique, ne permettant pas une vision évolutive globale. ++

Organisation :

Modalité particulière de l'hospitalisation : hospitalisation de nuit dans un établissement et de jour dans un autre, sans projet de soins et de vie commun formalisé. ++

Méconnaissance de la procédure de recours à l'interne de garde du service psychiatrique d'évaluation et d'orientation en cas d'urgence. +++

Absence de procédure pour assurer un moyen sûr pour transférer un patient d'une unité de réhabilitation psychosociale vers le service d'évaluation et d'orientation psychiatrique. +++

Institution :

Difficultés récurrentes de disponibilité de places en hospitalisation conventionnelle pour les patients pris en charge dans des services de nuit et/ou de jour localisés hors de l'institution. +++

Rareté des structures d'accueil adaptées à des profils de patients spécifiques ne relevant pas de l'hospitalisation (de type maison relais ou autres structures) . ++

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



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Pour l'équipe, intégrer le groupe de travail institutionnel d'évaluation des pratiques professionnelles en place et participer à l'élaboration d'une grille institutionnelle de dépistage des signaux d'alerte du risque suicidaire.

Commun :

Rédiger, après réflexion multi professionnelle et multidisciplinaire, les procédures concernant les situations cliniques urgentes qui nécessitent :

- Une prescription anticipée personnalisée (en ayant défini les règles d'utilisation et d'appels)
- L'appel à l'interne de garde
- Un transfert, à réaliser dans des conditions de sécurité, des patients vers une unité d'hospitalisation complète en urgence ou une unité d'accueil et d'orientation.

Définir et mettre en place les modalités d'échanges des informations (observations, comptes rendus de réunions) entre les structures distinctes qui réalisent conjointement une prise en charge de patient.

Faire apparaître dans le dossier de soins le travail thérapeutique spécifique infirmier, inhérent à son rôle propre en milieu psychiatrique (dans les actions ou dans le diagramme de soins).



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 inattendue.

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.