RÉQUA
Décembre 2010

L'augmentation des demandes, précurseur de suicide ?

INCIDENT

Une patiente de 75 ans a été admise le 10 décembre aux Urgences d'un Centre hospitalier en état d'agitation suite à une alcoolisation massive. Connue pour une insuffisance cardiaque gauche, elle est transférée en service de médecine A après un week-end passé en UHCD. Les informations recueillies auprès de la famille mettent en évidence une « déprime » suite au décès de son fils il y a quelques semaines, qui a conduit son médecin traitant à lui prescrire un traitement anti-dépresseur.

La patiente présentant une dyspnée importante, le médecin responsable prescrit un bilan cardiologique complet et met en place un nouveau traitement pour équilibrer sa tension artérielle. La patiente présente des signes d'anxiété importante qui conduisent à une prescription à la demande d'anxiolytiques. Après discussion avec la patiente, l'équipe constate qu'elle a développé récemment une dépendance à l'alcool. Un entretien avec le psychologue du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est programmé.

La prise en charge cardio-vasculaire est poursuivie. Lors des visites infirmières, la patiente pleure souvent et exprime un mal-être. On retrouve ces informations dans les transmissions, mais sans ouverture de cible spécifique. La patiente réclame maintenant 3 comprimés de Valium par jour.

Le psychologue voit la patiente le 19 décembre. Il note dans le dossier que la patiente sera suivie au CSAPA ; une première date de consultation avec un psychiatre est programmée le 27 décembre. Le 20 décembre, le médecin responsable annonce à la patiente qu'elle va sortir le lendemain, car les examens sont normalisés.

Le 21 décembre au matin, la patiente est retrouvée pendue au porte-manteau avec la ceinture de son peignoir.

Cause immédiate

Mauvaise évaluation diagnostique du risque suicidaire

Causes racines

- Absence de critères formalisés d'orientation des patients à risque suicidaire depuis les Urgences
- Défaut de synthèse et de partage des informations sur l'évolution du patient (demande d'entretiens et de traitements supplémentaires)
- Absence de réunion pluridisciplinaire régulière au sein du service
- Manque de coordination entre les services (Médecine A et CSAPA)
- Locaux et matériels inadaptés
- Surveillance du patient inadaptée
- Absence d'accompagnement lors de la préparation de la sortie

RÉQUA
RÉSEAU QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE FRANCHE-COMTÉ
26 Rue Proudhon • 25000 BESANÇON • Téléphone : 03 81 61 68 10 • Télécopie : 03 81 61 93 28 • Messagerie : requa@requa.fr • www.requa.fr

Evènement indésirable associé aux soins et conséquence

- Asphyxie, conduisant au décès.
- En France, chaque année, environ 700 patients se suicident dans un établissement de santé, dont un tiers dans les centres hospitaliers généraux.*

* Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. Encephale 2010;36 Suppl 2:D83-91.

ACTIONS CORRECTIVES PROPOSEES

- Améliorer le repérage des risques suicidaires ou de récidive suicidaire :
  - par l'utilisation d'échelles standardisées (échelles de Beck, HAD, HDRS, MADRS) ou *a minima* des critères diagnostiques d'un épisode dépressif et de l'idéation suicidaire ;
  - par la mise en place d'alertes informatiques permettant de détecter des modifications du comportement d'un patient (augmentation des prescriptions d'anxiolytiques ou autres psychotropes, augmentation des demandes d'entretiens ou de soins infirmiers, augmentation de l'agressivité).

- Définir les critères d'orientation du patient à risque suicidaire à partir des urgences.

- Mettre en place une réunion de concertation pluriprofessionnelle régulière au sein du service, permettant de définir un projet de soins individualisé, en concertation entre les différents intervenants du service et avec le patient.

- Chez les patients identifiés comme à risque suicidaire, dans l'attente d'un transfert dans un service adapté :
  - identifier et supprimer les moyens matériels de passage à l'acte suicidaire (inventaire des effets personnels à risque…) ;
  - mettre en place une surveillance adaptée (horaires aléatoires…).

- Préparer la sortie des patients à risque suicidaire à partir d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle, associant le patient et/ou son entourage.

Références

- ANAES-FHP. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ; octobre 2000.
- ANAES. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire ; mai 2002.
- HAS. Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte ; avril 2007.

26 Rue Proudhon • 25000 BESANÇON • Téléphone : 03 81 61 68 10 • Télécopie : 03 81 61 93 28 • Messagerie : requa@requa.fr • www.requa.fr