



Le risque suicidaire pris en charge dans les règles de l'art

CONTACT
erage@requa.fr

*Le cas présenté est un cas fictif,
élaboré à partir de plusieurs prises en charge de patients au sein de la région*

INCIDENT

M. X, 55 ans récemment divorcé, est admis dans l'unité d'accueil de psychiatrie le 1^{er} juin, adressé par le service des urgences pour mise à l'abri suite à la survenue d'idées suicidaires et une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse. À son admission, M. X est accueilli par l'interne de médecine générale, puis par le psychiatre de l'unité. Il ne présente plus d'idées suicidaires, reste d'humeur triste et maussade et exprime la volonté de ne pas retourner chez lui pour le moment et apparaît plutôt rassuré d'être hospitalisé. Le psychiatre adapte son traitement anti-dépresseur, et l'accompagne par un traitement anxiolytique en si besoin pour contrer un éventuel effet anxiogène initial. Le risque suicidaire du patient est évalué et le psychiatre prescrit en complément le protocole de prévention du risque suicidaire (incluant une surveillance horaire et le retrait des objets à risques). Un examen somatique d'entrée est réalisé et un contrat de « non-suicide » est présenté et conclu avec le patient.

Un briefing est réalisé quotidiennement avec les professionnels présents et le cas de M. X est évoqué avec notamment le suivi du nombre de prise en « si besoin » et de la fréquence des « demandes d'entretien ». La présence d'idées suicidaires et les changements de comportement sont recherchés chaque jour. Un suivi psychiatrique et psychologique est mis en place 2 à 3 fois par semaine et devant l'absence d'éléments en faveur du risque suicidaire les mesures de prévention sont allégées dès le 8 juin en concertation avec l'équipe. La sœur du patient, désignée comme la personne de confiance, appelle chaque semaine dans le service pour prendre des nouvelles.

Lors de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire du 18 juin, la stabilisation de l'humeur de M. X est confirmée, les demandes en « si besoin » ont diminué et une sortie est évoquée pour la semaine suivante. Le patient en est informé par le psychiatre.

Dans la nuit du 18 au 19 juin, lors du tour de surveillance horaire à minuit, M. X est aux toilettes et semble aller bien. A 1h la sœur du patient appelle dans le service car elle a reçu des messages inquiétants de la part de son frère. L'infirmière se rend immédiatement dans la chambre du patient, où elle trouve M. X, pendu à la barre de douche. Elle appelle ses collègues et tente de soutenir M. X. Le PTI (protection du travailleur isolé) est déclenché, et plusieurs soignants des unités proches arrivent. Le sac d'urgence, contenant des protocoles spécifiques aux modes opératoire les plus fréquents des conduites suicidaires, est apporté par un soignant, ainsi que des ciseaux, entreposés dans une armoire protégée. Le lien est retiré, mettant en évidence une marque nette de strangulation et les constantes sont prises (TA : 140/70, pouls : 83 bpm). Le médecin de garde est appelé par téléphone. Il se rend sur place, réalise un examen clinique et s'entretient avec M. X.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS ET CONSÉQUENCE:

Tentative de suicide par pendaison (asphyxie)

CAUSE IMMÉDIATE

Pas de cause immédiate identifiée
(mais lien possible avec l'annonce de la sortie)

CONTEXTE

Les suicides sont un des évènements indésirables les plus fréquemment remontés à la Haute Autorité de Santé dans le cadre du dispositif de déclaration des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en France (439 suicides sur 2007 EIGS reçus de 2017 à 2019).



BARRIERES EXISTANTES ET BONNES PRATIQUES REPÉRÉES LORS DE L'ANALYSE

En terme de prévention :

- L'évaluation du risque suicidaire est faite et réévaluée quotidiennement. Pas d'échelle utilisée mais recherche systématique de différents éléments : a minima des critères diagnostiques d'un épisode dépressif, de l'idéation suicidaire et des moyens imaginés.
- Un contrat de « non-suicide » est présenté, discuté et conclu avec le patient
- Devant le motif d'entrée, le protocole de prévention du risque suicidaire est prescrit et mis en œuvre pour éviter un passage à l'acte : retrait des objets à risque, limitation de l'accès aux affaires personnelles ou à certains lieux (salle de bain), surveillance régulière (par heure ou demi-heure) et de façon aléatoire dans le créneau horaire. Ces éléments sont tracés dans le dossier (prescription et réalisation). Les décisions sont réévaluées régulièrement en équipe.
- Adaptation du traitement anti-dépresseur du patient au cours du séjour, accompagné au départ par un traitement anxiolytique pour contrer un éventuel effet stimulant et anxiogène initial.
- Suivi des prises des traitements en « si besoin » et de l'évolution des « demandes d'entretien » (l'augmentation des demandes pouvant être un signal d'alerte ou pouvant nécessiter l'adaptation du traitement)
- Bon niveau de traçabilité des différents professionnels
- Le suivi médical et soignant est régulier, tant sur le plan psychiatrique que somatique.
- En accord avec le patient, la personne de confiance est associée à la prise en charge, aux décisions et à la prévention du risque suicidaire.
- Des formations au risque suicidaire sont proposées régulièrement aux professionnels de l'unité.

En terme de récupération :

- La sœur du patient, prévenue par téléphone par son frère qu'il allait passer à l'acte, a immédiatement informé les professionnels de l'unité.
- Déclenchement du PTI
- Formation à la prise en charge de l'urgence vitale proposées régulièrement aux professionnels de l'unité.
- Protocole de prise en charge des urgences immédiates spécifiques aux modes opératoires des conduites suicidaires dans le sac d'urgence

En terme d'atténuation :

- Un débriefing à chaud (defusing) pour permettre de verbaliser les émotions et favoriser la décharge émotionnelle a été organisé avec les personnes présentes (infirmières, cadre, médecin psychiatre).
- Puis un débriefing sur la gestion de la situation (déclarations internes et externe, mesures de soutien pour le personnel, information du patient et de son entourage ...) a été réalisé.
- Une fiche de signalement a été rédigée par l'équipe.
- Un soutien psychologique (par la psychologue de l'établissement) a été proposé par la suite aux professionnels.
- L'implication de la famille a été très importante tout au long de la prise en charge, en accord avec le patient et a permis d'adapter la prise en charge en fonction de l'évolution.
- La famille a été rapidement informée de la tentative de suicide



ACTIONS CORRECTIVES PROPOSÉES

Amélioration de l'organisation :

- Mettre en place une réflexion pluridisciplinaire pour prévenir un passage à l'acte dans les jours-heures précédant ou suivant une sortie (en permission ou sortie définitive), associant le patient et/ou son entourage.