



Etes-vous bien armés pour secourir ?

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, 45 ans, est adressé par un établissement dans l'unité d'admission de psychiatrie pour syndrome dépressif majeur, angoisses et idées suicidaires. Il est vu par le psychiatre de l'unité, nie toute idée suicidaire lors de l'entretien et évaluation d'entrée, minimise le trouble dépressif et présente un bon contact avec l'équipe. Aucune mesure particulière n'est mise en place et son traitement antidépresseur par Miansérine est majoré de 15 à 30 mg/jour, sans que le reste du traitement ne soit changé. M. X s'exprime très peu, reste à l'écart et présente des moments de profond découragement. Après une visite de sa sœur, l'équipe est informée par celle-ci que le patient a déjà fait une tentative de suicide il y a quelques années et qu'elle trouve son frère très abattu et découragé. L'équipe en informe le psychiatre qui s'entretient avec le patient. Le protocole « risque suicidaire » est activé et les objets à risque (piquants/tranchants ou permettant la strangulation) sont retirés, et une surveillance horaire (avec passages irréguliers) est mise en place.

A 6h45 le lendemain matin, dans le cadre de la surveillance horaire, l'aide-soignante passe voir si le patient souhaite de l'aide pour se lever et s'habiller ; le lit est fait, les volets sont baissés et le patient est absent. Celui-ci ayant pour habitude d'aller fumer à l'extérieur à cette heure-là, l'aide-soignante ouvre les volets et poursuit son tour. La porte de la salle de bain est fermée. A 7h, une seconde aide-soignante, ne sachant pas que sa collègue vient de passer, rentre à son tour dans la chambre. Ne trouvant pas M. X, elle ouvre la porte de sa salle de bain et trouve M. X pendu à la barre de douche avec la taie de traversin. Elle appelle ses collègues et l'IDE à proximité qui enclenche le PTI (Protection Travailleur Isolé). Celui-ci ne se déclenche pas. L'aide-soignante court chercher d'autres collègues, qui activent un autre PTI, puis va jusqu'au bureau infirmier chercher une paire de ciseaux pendant que sa collègue surélève le patient. Après une recherche infructueuse, c'est dans l'office que l'aide-soignante trouve finalement de quoi couper la taie. Un massage cardiaque est ensuite démarré par les soignants arrivés en renfort, le défibrillateur est installé, le médecin de garde est prévenu, le centre 15 également. Le SMUR arrive vers 7h30 pour poursuivre la réanimation. Un rythme cardiaque très faible est retrouvé et le patient est transféré en réanimation où il décède quelques heures plus tard. La sœur est prévenue par le médecin de garde et un débriefing à chaud est organisé dans les heures qui suivent dans le service pour permettre à chacun d'exprimer son vécu de la situation.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS ET CONSÉQUENCE :

Asphyxie et arrêt cardio-respiratoire consécutifs à un suicide par pendaison

CAUSE IMMÉDIATE

Pas de cause immédiate identifiée

CONTEXTE

En 2017, 8 333 décès par suicide ont été enregistrés par le CépiDc en France. Les suicides représentent 22% des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) déclarés à la Haute Autorité de Santé entre 2017 et 2020



DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES REPÉRÉES LORS DE L'ANALYSE

Défaillances liées à l'information du patient : /

Défaillances liées aux tâches à accomplir :

- Absence d'évaluation du risque suicidaire avec échelle ou explorant les facteurs de risque, l'urgence et la dangerosité lors de la réévaluation au cours du séjour.
- Absence de conduite à tenir en cas d'absence constatée du patient de la chambre.

Défaillances humaines individuelles :

- Défaut de recherche du patient absent de sa chambre (pas d'ouverture systématique de la porte de la salle de bain, en cas de non réponse)

Défaillances liées à l'équipe : /

Défaillances liées à l'environnement de travail :

- Fournitures ou équipements non disponibles ou inadaptés : Présence dans la chambre de traversin et de taie de traversin, facile à nouer.
- Défaut de fonctionnement d'un PTI sur les deux que possède le service
- Absence de kit « Matériel d'urgence non médical », contenant notamment une paire de gros ciseaux, une paire de ciseaux fins, une lampe torche...

Défaillances liées à l'organisation et au management :

- Défaut de formation de l'ensemble des agents au risque suicidaire
- Absence d'exercice de simulation permettant de vérifier le bon fonctionnement des PTI dans l'ensemble des locaux

Défaillances liées au contexte institutionnel : /



BARRIÈRES EXISTANTES

- Alerte par l'entourage du changement de discours et d'attitude du patient.
- Réflexe d'ouvrir la porte de la salle de bain par la seconde aide-soignante plus expérimentée
- Gestes d'urgence maîtrisés par les professionnels présents, bonne coordination entre les acteurs
- Intervention rapide des soignants en renfort malgré le PTI dysfonctionnel.
- Débriefing à chaud permettant à chaque professionnel d'exprimer son vécu de la situation



ACTIONS CORRECTIVES PROPOSÉES

Amélioration de l'organisation :

1. **Systématiser, chez les patients admis pour des idées suicidaires, l'évaluation du risque suicidaire à l'admission et sa réévaluation au moins quotidienne** (avec une échelle spécifique ou abordant a minima les notions de risque, urgence, et dangerosité)
2. Mettre en place, dans un emplacement dédié sur chaque unité (et si possible reproductible d'une unité à l'autre), un **kit « Matériel d'urgence non médical »**, contenant notamment une paire de gros ciseaux, une paire de ciseaux fins, une lampe torche...
3. **Formaliser des «essais PTI »** mensuels dans les locaux.
4. **Retirer les traversins** du parc d'oreillers de l'établissement
5. Définir une **conduite à tenir en cas d'absence du patient de sa chambre ou de non réponse** (le patient n'est pas dans sa chambre ? Je regarde la salle de bain ? je regarde les parties communes ? il n'est pas dans les parties communes ? J'alerte et j'étends les recherches)

Amélioration de la communication :

6. Informer l'entourage des patients de l'importance de **communiquer à l'équipe tout changement d'attitude ou de discours** dans leurs échanges privés.

Amélioration de la formation :

7. Formaliser un **retour d'expérience** (sous forme d'un évènement remarquable) **pour que la porte de la salle de bain soit systématiquement ouverte lors d'un passage en chambre** (quel que soit le motif) en l'absence du patient ou de réponse du patient
8. Mettre en œuvre des **formations de postvention**
<https://www.infosuicide.org/guide/postvention/>

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES, RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

- Michels PE, Auger C, Fanelli G, May-Michelangeli L, Morgand C. Analyse des déclarations de tentatives de suicide dans la base de retour d'expérience des événements indésirables graves associés aux soins de la Haute Autorité de santé - Etude quantitative et qualitative des événements de 2017 à 2021. Rev Epidemiol Sante Publique 2022;7715;S1-S58.
- FORAP. Suicides et tentatives de suicide : Questionnaire complémentaire pour l'analyse approfondie des causes ; décembre 2021.