



Suicide

Mieux vaut prévenir que mourir

28 avril 2022

Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

DÉFAUT D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE ENTRAÎNANT UN DÉCÈS

Un patient connu de longue date du service de psychiatrie, souffrant de schizophrénie d'évolution déficitaire mal tolérée, bénéficie d'une autorisation de sortie une veille d'un congé de fin de semaine, avec un rendez-vous au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), programmé le lundi suivant. Il doit se rendre chez ses parents. Le mercredi, l'équipe mobile de psychiatrie se rend chez le patient, inquiète de son absence de retour de sortie, prévu pour mardi soir. Trouvant porte close, ils appellent la famille, qui trouve le patient décédé.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Le patient s'est pendu à son domicile.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- La famille n'a pas été informée de l'autorisation de sortie du patient.
- Le risque suicidaire au moment de l'autorisation de sortie n'a pas été évalué.
- Le patient ne s'est pas présenté à son rendez-vous du lundi et l'information n'a pas été transmise au service d'hospitalisation.
- Aucun numéro d'urgence n'a été fourni au patient au moment de sa sortie autorisée.

Événement 2

DÉFAUT DE SURVEILLANCE D'UNE PERSONNE SUICIDAIRE ENTRAÎNANT SON DÉCÈS

Un patient trentenaire aux antécédents de tentatives de suicide connus est amené, somnolent, aux urgences suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse. Alors que son état se stabilise, il est transféré de la salle d'urgence vitale à un box classique du service des urgences. Lors du passage suivant de l'infirmier, le patient a retiré sa perfusion et s'agite. Le médecin, informé, prescrit un sédatif. Quelques minutes après, le patient force la fenêtre et s'enfuit. Il est retrouvé peu de temps après, décédé, au pied d'une cage d'escalier.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Le patient s'est précipité du haut d'une cage d'escalier.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Le patient a été laissé sans surveillance au moment de la préparation du médicament et de la chambre.
- Le patient n'a pas reçu le sédatif prescrit.
- Les fenêtres n'ont pas été sécurisées.
- L'unité médico-psychologique a été contactée seulement plusieurs heures après l'admission du patient.

DÉFAUT D'HOSPITALISATION ENTRAÎNANT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Une adolescente âgée de 15-19 ans est admise en consultation aux urgences pédiatriques pour avis psychiatrique dans le cadre d'un état dépressif. Après examen médical, un retour à domicile est décidé en attendant une hospitalisation. La patiente refuse cette décision, devient agitée, violente, et fait deux tentatives de fugue. Une hospitalisation est alors discutée entre la direction des soins et l'équipe médicale pendant que la patiente est gardée en chambre d'apaisement avec une porte surveillée. Au moment de son transfert en hospitalisation, elle est retrouvée recroquevillée derrière son lit. Aussitôt, elle est prise en charge en salle d'accueil des urgences vitales.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

La patiente s'est étranglée avec ses lacets.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- L'évaluation du risque suicidaire n'a pas été réalisée.
- Le protocole d'évaluation du risque suicidaire n'a pas été défini dans le service.
- Le personnel hospitalier n'a pas été formé à l'identification et à la surveillance des patients à risque suicidaire, en particulier les patients adolescents.
- L'inventaire des affaires personnelles n'a pas été effectué.
- Un examen psychiatrique n'a pas été réalisé aux urgences pédiatriques, en l'absence de pédopsychiatre.
- La patiente n'a pas pu être hospitalisée en pédopsychiatrie, en l'absence de place d'accueil disponible en hospitalisation sur le territoire.

DÉFAUT DE PRISE EN CHARGE D'UNE PATIENTE MENANT AU SUICIDE

Une patiente de 95 ans, en EHPAD depuis quelques mois, partage très régulièrement son envie de se donner la mort. Elle est suivie par son médecin traitant. Sa fille, inquiète, demande une sécurisation de la chambre de sa mère. Un jour, alors que la patiente profère des propos plus inquiétants qu'à l'habitude et tente de se tuer avec un couteau de cantine (sans aucune séquelle), le personnel de l'EHPAD appelle le SAMU avec l'accord de la fille. Le médecin du SAMU prescrit, par téléphone, des sédatifs sans examen de la patiente. Le lendemain la patiente est retrouvée, décédée, sur le sol du rez-de-chaussée.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

La patiente s'est jetée du 2^e étage par la fenêtre de la salle à manger.

Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Malgré les propos suicidaires répétés, la patiente n'a pas pu rencontrer de psychiatre.
- La sécurisation de l'environnement de la patiente était incomplète au sein de l'EHPAD.
- Aucune visite médicale n'a été organisée par le SAMU.

Mots clés : *suicide, prévention, risque suicidaire, postvention, défenestration*

Pour que cela ne se reproduise pas

L'analyse des événements indésirables graves à partir de la base REX-EIGS a mis en évidence 795 EIGS liés aux tentatives de suicide (dont 63,8 % aboutissent au décès), avec et sans décès, enregistrés à la HAS de mars 2017 à juin 2021. Les décès concernent principalement les hommes âgés ainsi que les patients atteints de troubles de l'humeur. De manière globale, les trois grandes causes profondes récurrentes dans les tentatives de suicide sont le manque de sécurisation des locaux, l'absence d'évaluation du risque suicidaire et les défauts organisationnels. Par ailleurs, un défaut de prise en charge apparaît également comme cause profonde dans les événements décrits dans ce flash.

Les recommandations existantes préconisent d'agir à la racine, avant apparition des idées suicidaires :

- **repérer et prendre en charge** la dépression (principal diagnostic associé aux tentatives de suicide dans la base de données EIGS) :
 - pour ce faire de nombreuses échelles sont disponibles pour éventuellement compléter la démarche clinique et aider au diagnostic, notamment le PHQ-2 ou le PHQ-9, le BDI-II, le HADS, le HDRS, le GDS-15¹ ;
- **accompagner médicalement** le patient, une fois le diagnostic posé. Cette démarche est souvent indispensable.

Concernant les idées suicidaires :

- **organiser un repérage** large dans les unités de soins, pour estimer le niveau d'urgence et de vulnérabilité suicidaire :
 - avec de simples questions protocolisées à l'arrivée des patients.

Il n'est pas inutile de rappeler que poser la question des idées suicidaires n'en fait pas apparaître. Il est donc important de poser systématiquement la question à l'entrée puis au moindre doute au cours du parcours de soins.

- En présence d'idées suicidaires, un recours rapide à une évaluation psychiatrique est nécessaire : évaluation privilégiant toujours une démarche clinique et complétée éventuellement par l'utilisation d'outils d'évaluation de la crise suicidaire. Celle-ci permettra d'organiser les soins, en urgence avec une hospitalisation, ou en cas de danger moindre avec un suivi rapproché en ambulatoire.

En France, le dispositif de veille post-hospitalière pour les suicidants, Vigilans, permet une réduction du risque de suicide en accompagnant de manière plus rapprochée le suivi des patients suicidants. En effet, le risque de récurrence dans l'année qui suit le passage à l'acte est évalué entre 10 et 20 % et varie de 30 à 50 % chez les adolescents.

Une politique systémique de diminution des suicides en établissement de santé a été mise en place avec succès en Ontario à compter de 2015. Celle-ci est centrée autour de trois grands axes : un objectif zéro suicide s'appuyant sur de nombreux outils de prévention (universelle ou sélective), s'assurer que les hôpitaux reçoivent le support pratique et organisationnel pour pouvoir évaluer et améliorer l'environnement de soin, et enfin améliorer la récolte de données concernant les événements indésirables (permettant des retours d'expérience positifs servant à prévenir la survenue d'événements similaires). Avec une telle optique de zéro événement indésirable, le *Children's National Medical Center* aux USA a réussi à diminuer de 70 % le nombre de « *serious safety events* » en 5 ans.

Comme pour toute prise en charge, le projet de vie des patients doit toujours être considéré, tout particulièrement pour les personnes âgées en EHPAD.

Enfin, il est aussi nécessaire pour améliorer les prises en charge d'accompagner les soignants, les équipes et les proches dans ces situations traumatisantes.

Messages clés

- ▶ Penser à repérer systématiquement le risque suicidaire.
- ▶ Penser à repérer les troubles de l'humeur.
- ▶ Penser à informer sur les dispositifs de soutien existants (exemples : Vigilans², SOS Amitié France³...).
- ▶ Ne pas négliger la postvention⁴.

La collection Flash sécurité patient

La collection « Flash sécurité patient » a pour objectif d'attirer l'attention et de sensibiliser les professionnels de santé à la gestion des risques. Chaque flash est élaboré sur un risque particulier et récurrent à partir d'événements indésirables associés aux soins, identifiés et sélectionnés dans les bases de retour d'expérience nationales des événements indésirables graves associés aux soins (REX-EIGS) ou de l'accréditation des médecins. Ce flash s'intéresse aux tentatives de suicide avec et sans décès, déclarées dans la base de retour d'expérience EIGS. La grande majorité des événements déclarés le sont par les établissements de santé et médico-sociaux, mais certains surviennent lors des soins courants en ville, notamment lors de périodes de vulnérabilité comme les permissions. Cette fiche relate des événements auxquels des professionnels de santé ont été confrontés et qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements.

Pour en savoir plus :

- Comprendre les événements indésirables graves (EIGS)
www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs
- Flash sécurité patient
www.has-sante.fr/jcms/p_3240311/fr/flash-securitepatient
- Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS)
www.has-sante.fr/jcms/p_3309996/fr/rapport-annuel-d-activite-2020-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs
- Haute Autorité de santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge
www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge
- Haute Autorité de santé. Dépression de l'adulte – Repérage et prise en charge initiale
www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974237/fr/depression-de-l-adulte-reperage-et-prise-en-charge-initiale
- Ontario Hospital Association. Strengthening Suicide Prevention in Ontario Hospitals. Toronto: OHA; 2017.
- Szanto K, Whitman K. Improving Social Connections to Reduce Suicide Risk: A Promising Intervention Target? *Am J Geriatr Psychiatry* 2021;29(8):801-3.
- Rapport du conseil canadien des normes. Prévention du suicide. La santé par les personnes ; 2020.
- Le dispositif de recontact Vigilans - Ministère des Solidarités et de la Santé
solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans

1. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf

2. Numéro national de prévention du suicide : 31 14.

3. Numéro SOS Amitié France : 01 40 09 15 22.

4. La postvention comprend les actions développées par, avec ou pour les survivants d'un suicide, dans le but de faciliter leur rétablissement, et pour prévenir les issues négatives, incluant les tentatives de suicide – www.infosuicide.org/guide/postvention/