EPP « Suicide à l'hôpital psychiatrique »

Marie Tournier
Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'adulte, CH Charles Perrens
Unité INSERM U657
Université de Bordeaux

Membres

- Cadre de santé: Véronique N'Diaye
- Infirmiers: Marie-Sophie Perry, Mireille Véroux
- Médecins: Karine Jézéquel, Alain Desage, Marie Tournier
- Qualité: Liliane Alliot-Bironneau

Prédiction des conduites suicidaires

- Être apte à reconnaître que tel individu plutôt qu'un autre va commettre un acte suicidaire
- Maladie complexe, attribuable à l'interaction ou l'addition de nombreux facteurs de risque biologiques et environnementaux

→ Prédiction difficile voire impossible, même dans les groupes à haut risque

Les suicides à l'hôpital psychiatrique - 1

- Suicide à l'hôpital: 3 à 5% des suicides, 100 à 550 pour 100 000 admissions
- Pendant le traitement hospitalier, dans ou en dehors de l'hôpital
  - 7% dans l'hôpital
  - 80% au cours d'une SP
  - 13% hors de l'hôpital sans permission
- 80% en unité ouverte
- 80% des patients ont été vus dans la semaine, seulement 2% le jour même
- 82% des patients étaient considérés comme stables ou améliorés
- Services psychiatriques
  - Sujets jeunes, 30 à 50 ans
  - Hommes
  - Dépression, schizophrénie, TUS
  - Conditions sociales défavorables
  - En début de séjour (1/3 dans la 1ère semaine) ou avant une sortie non désirée ou redoutée (40%)

Les suicides à l'hôpital psychiatrique - 2

- Suicide au cours des hospitalisations en psychiatrie
  - Rare
  - Imprédictible
  - Conséquences majeures pour tous les survivants
- Mesures de postvention
- Mesures de prévention
  - Evaluation clinique
    - Évaluation systématique et spécifique du risque suicidaire durant les périodes sensibles
      - début du séjour
      - permissions, le jour même de la permission
  - Traitements adaptés
    - Majoration du traitement anxiolytique et sédatif
  - Sécurisation environnementale
    - Contrôler l'accès aux moyens létaux (défenestration, pendaison, couteaux, ceinture, médicaments…)
    - Surveillance accrue des entrées et sorties de l'unité (unités fermées ou emplacement adapté du poste de soins)

EPP 1 - Analyses des cas rapportés au CHCP

- En cours
- 7 cas sur 2009-2012
  - Au moins 8 restent à analyser sur 2013-2014
- Plus fréquents
  - Permission ou équipe occupée
  - Pendaison
  - Autant de cas dans unités ouvertes ou fermées

7 cas – 2009-2012

- 4 F / 3 H
- 28-74 ans
- Mode
  - 5 pendaisons, 1 défenestration, 1 immolation
- Lieu
  - 3 au domicile, 3 dans la chambre, 1 dans la salle de bain
- Heure
  - Après-midi ou début d'après-midi pour 6
- 3 patients étaient considérés à haut risque avec des consignes médicales spécifiques
  - Surveillance horaire
  - Transfert en unité fermée pour 2
  - Absence de sortie permission seul pour 3
- DMS: 53 jours / DMH: 62,8 jours
- Tous recevaient au moins un anxiolytique

7 cas – 2009-2012

FDR fixes		FDR dynamiques	
Admission après TS	5	Symptômes dépressifs	7
Antécédents de TS	5	Désespoir	5
Antécédents d'hosp psy	5	Anxiété / agitation	4
Diagnostic de dépression unipolaire	1	IS avec planification	5
de dépression bipolaire	4	Risque de fugue	1
de trouble délirant	1	Souffrance liée au traitement	1
d'état mixte	1	Amélioration brutale	2
Actifs	6	progressive	2
Dont retraités	2	Absence de résolution des événements stressants	4
		Comorbidité somatique	3
		Consommation substances	7
		Événements dans les 48h	3
		Perspective de SP ou SD	2

EPP 2 - Fiche d'évaluation infirmière

- Objectifs
  - Rôle de dépistage à partir des FdR connus
  - Usage infirmier
  - Simplicité et rapidité d'emploi
  - Proposant une CAT claire
- Méthode d'évaluation
  - Carreire 5, Carreire 3, Dumesnil
  - 2012

Facteurs de risque connus

FdR STANDARDS

- ATCD personnel de TS
- Hospitalisation pour TS
- Trouble bipolaire, schizophrénie

- ATCD d'hospitalisation en psychiatrie
- ATCD familiaux
- Statut professionnel : actif
- Antidépresseurs

FdR DYNAMIQUES

- Symptômes dépressifs
- Désespoir
- Anhédonie, agitation, anxiété
- Idées de culpabilité, impuissance, dévalorisation

- Effets secondaires des traitements
- Départ d'un soignant investi
- Evénements de vie négatifs

- IDS

Outil

NOM/PRENOM/DDN :
Date de l'admission :
Nom/Fonction de l'évaluateur :

Facteurs de risques standards : A compléter au 1er entretien avec le patient, la famille, son psychiatre traitant

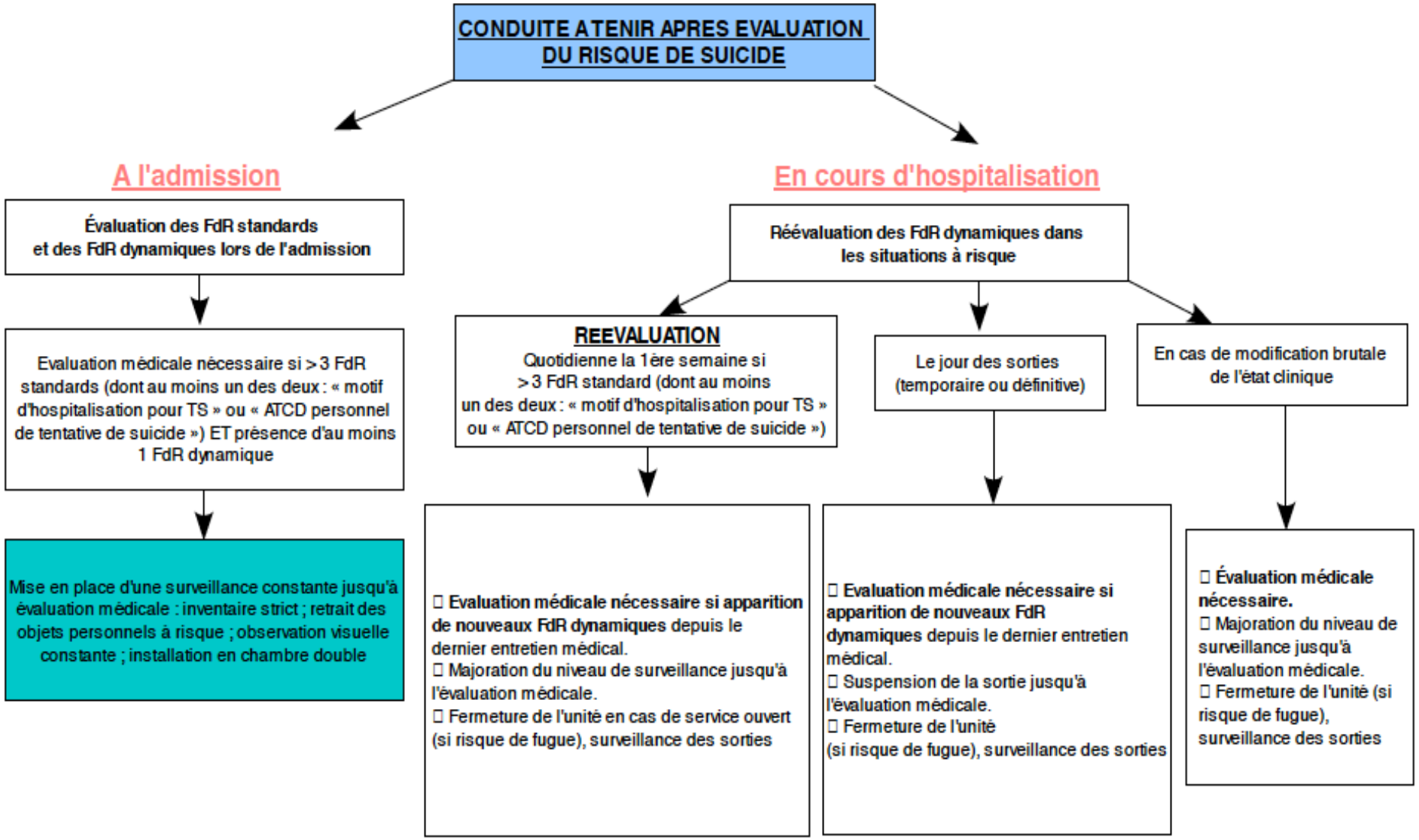
	Motif d'hospitalisation : TS	**ATCD de TS**	Diagnostic de schizophrénie ou trouble thymique	ATCD d'hospitalisation en psychiatrie	ATCD familial de TS au 1er degré	Statut professionnel : actif
J1						

Facteurs de risques dynamiques : A compléter au cours de l'hospitalisation : observation et entretien avec le patient et ses proches

	Symptômes dépressifs, anhédonie sévère, insomnie/hypersomnie	Désespoir	Anxiété sévère, agitation	IDS avec planification, ou risque élevé de létalité	Velléités de fugue	Perception subjective de souffrance liée aux traitements	Modification brutale de l'humeur (amélioration clinique trompeuse)	Absence de résolution d'évènements de vie négatifs	Consommation de substances psychoactives au cours de l'hospitalisation
J1									
J2									
J3									
J4									
J5									
J6									
J7									
Avant SP**									
Avant SP**									
Avant SP**									
Avant SP**									
Avant SD***									
Modification clinique brutale									

* (ex : séparation sentimentale, perte d'emploi, perte de logement, problèmes financiers ou judiciaires...); ** Sortie en permission ; *** Sortie Définitive

Outil


CONDUITE A TENIR APRES EVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE
A l'admission
Évaluation des FdR standards et des FdR dynamiques lors de l'admission
Evaluation médicale nécessaire si > 3 FdR standards (dont au moins un des deux : « motif d'hospitalisation pour TS » ou « ATCD personnel de tentative de suicide ») ET présence d'au moins 1 FdR dynamique
Mise en place d'une surveillance constante jusqu'à évaluation médicale : inventaire strict ; retrait des objets personnels à risque ; observation visuelle constante ; installation en chambre double
En cours d'hospitalisation
Réévaluation des FdR dynamiques dans les situations à risque
REEVALUATION
Quotidienne la 1ère semaine si > 3 FdR standard (dont au moins un des deux : « motif d'hospitalisation pour TS » ou « ATCD personnel de tentative de suicide »)
Le jour des sorties (temporaire ou définitive)
En cas de modification brutale de l'état clinique
 Evaluation médicale nécessaire si apparition de nouveaux FdR dynamiques depuis le dernier entretien médical.
 Majoration du niveau de surveillance jusqu'à l'évaluation médicale.
 Fermeture de l'unité en cas de service ouvert (si risque de fugue), surveillance des sorties
 Evaluation médicale nécessaire si apparition de nouveaux FdR dynamiques depuis le dernier entretien médical.
 Suspension de la sortie jusqu'à l'évaluation médicale.
 Fermeture de l'unité (si risque de fugue), surveillance des sorties
 Évaluation médicale nécessaire.
 Majoration du niveau de surveillance jusqu'à l'évaluation médicale.
 Fermeture de l'unité (si risque de fugue), surveillance des sorties

Outil : Résultats

Intérêts

- Amélioration de la qualité des soins
- Augmentation des compétences
- Recueil simple
- CAT sécurisante
- Confort des équipes

EPP 3. Fiche d'évaluation médicale

- Existence de la fiche d'évaluation des ado suicidants
- Existence des critères de dangerosité et d'imminence issus de la conférence de consensus de l'ANAES
- Existence d'échelles non spécifiques à l'hospitalisation

- Rendre un outil facilement disponible et facile à renseigner
  - Si possible onglet dans dossier patient informatisé

EPP 4. Formation des équipes infirmières

- Programme élaboré par le groupe EPP, adapté au CHCP, sur 1 journée
- Diaporama à constituer par le groupe EPP
- Format DPC
  - Théorie
  - Vignettes cliniques
  - Description des cas survenus à l'hôpital
  - Procédures de déclaration
  - Procédures de soutien aux équipes sur le CHCP
  - …

EPP 5. Procédure de postvention pour les équipes

- Réunion d'équipe dans les 3 jours suivant le suicide
  - Toute fonction
  - Animée par une équipe pluridisciplinaire n'appartenant pas au Pôle concerné
  - 1 psychiatre + 1 cadre supérieur + 1 psychologue
- Soutien individuel pour les personnes en difficulté
  - Infirmier: psychologue de la médecine du travail
  - Médecin: contact en libéral
- A venir
  - Solliciter les intervenants
  - Organiser une réunion pour harmoniser un contenu

EPP 6. Revue de morbi-mortalité

- Analyse des causes
- Groupe
  - Médecin de l'unité
  - Membres de l'équipe infirmière présents
  - Cadre de santé de l'unité
  - Cadre supérieur du Pôle
  - Représentant du service de la qualité
- Travail à partir de la fiche d'événement indésirable, du rapport circonstancié envoyé à l'ARS et du DPI
- Identification des dysfonctionnements et propositions pour y remédier

A venir

- Procédure de postvention pour les patients de l'unité
- Procédure de postvention pour les proches
- Liste des mesures environnementales (équipements…)