

Suicide chez les patients hospitalisés : données épidémiologiques et prévention

Dr L Glénisson

Unité intersectorielle de Soins en Psycho-
gériatrie – Hôpital Ch Perrens

Le suicide : données générales

Le suicide en population générale

- Taux variable selon les pays (plus élevés en Europe de l'Est, plus bas en Afrique centrale et du sud)
- France : 10 334 décès par suicide en 2012 (source CepiDc-Inserm)
 - Taux standardisé global : 14,7 pour 100.000 habitants
 - Homme 22,8 pour 100.000 habitants/ femme 7,4 pour 100.000 habitants
 - Diminution (22% depuis 1990, 12% depuis 2000)

Le suicide en hospitalisation

Le suicide en hospitalisation

- Événement marquant en contexte de soins
- Rare mais conséquences dramatiques
- En psychiatrie :
 - Risque majeur, pouvant faire amener des attitudes sécuritaire ou un fatalisme
 - En MCO : évènement d'autant plus frappant qu'il est rare et imprévu

Quelles sont les données épidémiologiques à notre disposition sur le risque de survenue en MCO ou en psychiatrie?

A partir de ces éléments, quelles actions peut-on proposer pour en réduire la survenue et quels sont les résultats de ces actions de préventions?

Suicides à l'hôpital psychiatrique

- Incidence en Europe : 1 à 4 décès pour 1000 admissions
 - Suisse : 2 pour 1000
 - France
 - JL Terra (2003) : 0,5 à 1 pour 1000
 - Casadebaig 1982 : 2,2/1000 (SMR 3,5/h, 2,7/f)
- 3 à 5% de la mortalité suicidaire globale
- Deuxième cause d'événements indésirables graves (« sentinel events ») aux USA
 - 1500/an aux USA
 - 200/an au Royaume-Uni
- Taux des suicides en hôpital psychiatrique
 - >taux en service de psychiatrie en MCO
 - >taux de suicide en établissement de MCO

Suicides à l'hôpital psychiatrique

Les lieux du suicide

- 50 à 80% ont lieu hors des murs de l'hôpital
- 30 - 40% au cours d'une permission, 20 - 30% lors d'une fugue

Les modalités suicidaires

- Les moyens utilisés
 - Pendaison 40 à 70%, saut dans le vide 20%, empoisonnement...
- Dépend en partie des moyens à disposition

Les moments du suicide

- Les moments les plus à risque
 - 25 à 30% durant les premiers jours (première semaine) suivant l'admission ou la sortie
 - 30% dans le mois suivant la sortie
- Parfois alors que leur état semblait s'améliorer
- 34 à 45% chez lesquels le risque de suicide paraissait faible ou nul

Suicides en MCO

- Incidence : 1 à 2 décès pour 100.000 hospitalisations
 - 4 à 5 fois le taux de suicide en population générale,
 - 50 à 150 fois inférieur au taux en psychiatrie
 - 1,9% de la mortalité suicidaire globale
- Moyens
 - Précipitation 40- 50% (favorisé par la hauteur), pendaison 15 – 40 %...
- Les lieux
 - Le plus souvent (50%) dans le service (chambre ou toilettes/salle de bain)

Facteurs associés au suicide à l'hôpital psychiatrique

Facteurs démographiques

- Sexe masculin
 - Prédominance masculine (48 à 81% d'hommes)
 - Moins marquée cependant qu'en population générale
- Âge intermédiaire
 - Age moyen 40 ans
 - Plus élevé qu'en population générale mais moins que celui des suicidés en MCO (55 ans)
- Autres
 - Chômage, célibat
 - Pauvreté des relations affectives

Facteurs associés au suicide à l'hôpital psychiatrique

Pathologies et antécédents pathologiques

- Les pathologies les plus à risque de décès par suicide
 - Troubles de l'humeur (39 à 45%)
 - Schizophrénies (27 – 47%)
 - Troubles de personnalité
 - Alcool
 - **Importance des comorbidités (ex alcool/dépression)**
- Antécédents
 - Antécédents personnels de TS et d'hospitalisation psychiatrique
 - Antécédents de suicide chez un apparenté au premier degré

Suicide à l'hôpital psychiatrique : le profil à risque

- Homme jeune, célibataire,
- Présentant des troubles psychiatriques, des comorbidités, un délire
- Venant pour TS ou ayant des idées de suicide à l'entrée,
- Ayant des antécédents personnels de troubles psychiatriques ou d'hospitalisation en psychiatrie
- Et/ou des antécédents familiaux de troubles psychiatriques et de suicide
- Sans emploi,
- Pauvreté des relations familiales

- Facteurs de risque aigus : anxiété sévère, agitation, anhédonie sévère

Facteurs de risque

- Moyens facilement accessibles
- Surveillance inadéquate
- Sous-estimation du risque suicidaire
- Insuffisance de communication médecins/infirmiers

L'évaluation du risque antérieurement à l'acte

- Pas toujours évalué
- Pas toujours évalué précisément
- Souvent estimé peu élevé (sous estimation ?)
- Perception du risque variable selon les catégories socioprofessionnelles
- Evaluation pas toujours transmise à l'intérieur d'une équipe
- Surcharge de travail ou tâche intercurrente empêchant une surveillance intensive

Facteurs associés au suicide en MCO

- Homme, âgé
- Pathologies somatiques : cancers 25 - 30%, troubles cardiovasculaires 16%, maladies pulmonaires 15 - 20%, troubles neurologiques 10 – 15%...
- Accessibilité des moyens
- Troubles psychiatriques (ex dépression, délire, confusion) souvent liés à l'état somatique
- Agitation
- Douleur, chronicité et durée d'évolution de la maladie somatique
- Personnalité
- Autres facteurs de stress : deuil, divorce, isolement social, problèmes financiers, handicap...

Suicide en MCO : 3 profils à risque

- Hospitalisé en médecine après TS
- Présentant une démence/confusion avec agitation et impulsivité
- Submergé par le stress lié à sa pathologie somatique

Axes de prévention

Facteurs favorisants sur lesquels agir

- Facteurs environnementaux
 - Ex issues non sécurisées, présence de point d'ancrage...
- Facteurs liés à l'évaluation du patient et sa prise en charge
 - Evaluation initiale du risque absente ou insuffisante, absence de réévaluation, observations trop peu fréquentes...
- Facteurs liés à l'équipe de prise en charge
 - Manque de formation, réunions trop rares, manque de communication des informations ou informations non aisément accessible...
- Autres facteurs
 - Adéquation des moyens aux besoins
 - Ex patient dans une unité de soin inadaptée, moyens humains insuffisants

Quelles actions de prévention?

1. Sécuriser l'environnement
2. Evaluer le risque chez les patients à l'admission et en cours d'hospitalisation et tracer ce risque
3. Optimiser la prise en charge des patients à risque
4. Former/manager les équipes
5. Mettre en place une politique d'établissement
 - Actions d'évaluation et de collecte de données
 - Actions post-évènementielles

1. Sécurisation de l'environnement

Identifier les unités les plus appropriées pour l'admission des patients suicidaire

Réduire l'accès aux moyens de suicide dans le service

- Repérer et éliminer les points d'ancrage solides permettant une suspension
- Sécuriser les voies d'accès (fermetures efficaces...)
- Sécuriser les fenêtres
- Empêcher l'accès aux produits/objets potentiellement dangereux (médicaments, détergents, sacs poubelle, couverts tranchants, miroirs, vitres pouvant être cassées....)

Faciliter la surveillance des patients à risque

- Accessibilité des chambres/toilette, chambres adaptées
- Vidéos/Chambres vitrées

1. Sécurisation de l'environnement

- Rechercher et éliminer les objets à risque en possession du patient
 - Ceintures, ciseaux, couteaux, médicaments...
- Informer les visiteurs sur les objets à ne pas introduire dans le service sans autorisation

2. Evaluer le risque suicidaire

- Faible valeur prédictive des outils de repérage des patients à risque fondés sur les facteurs associés au suicide en hospitalisation
- Echelles d'évaluation individuelles du risque suicidaire
 - Peuvent être une aide au « screening »
 - Peu d'intérêt d'un score en valeur absolue
 - Peuvent apporter des informations complémentaires ou mettre à jour des éléments tus en entretien, corroborer une impression clinique,
 - Ex Echelle d'idéation suicidaire de Beck (BSS), échelle d'idéation suicidaire gériatrique (GSIS), échelle d'intention suicidaire (SIS), suicidal risk assessment scale (SRD)...
- Evaluation par un entretien attentif, empathique
 - Etablissement d'une relation thérapeutique

2. Evaluer le risque suicidaire

- Importance de le rechercher et de l'évaluer +++
 - Ne pas négliger des éléments évoquant un risque suicidaire
 - Anxiété, idées de mort, perte d'intérêt/plaisir, comportements
 - Connaissance d'antécédents signifiants
 - Rechercher les antécédents de troubles psychiatriques et les comorbidités (dépression-alcool...)
 - Chez les patients paraissant à risque, rechercher l'existence de troubles psychiatriques
 - Dépression, anxiété, démence/confusion, agitation, situations altérant le jugement
 - Utilisation d'instruments standardisés de repérage ex. HAD, GDS
- Evaluation consignée par écrit de façon accessible, et transmise à l'ensemble de l'équipe

2. Evaluer le risque suicidaire

- **Pour les patients à risque suicidaire avéré** (Ex après une TS, à l'admission en psychiatrie, en cas de signes faisant soupçonner une idéation suicidaire...)
 - Rechercher systématiquement à l'entrée y compris auprès de l'entourage
 - les idées suicidaires et le degré d'intentionnalité,
 - l'existence d'un scénario et son degré de dangerosité
 - Réévaluer le risque suicidaire et les facteurs de risque en cours de séjour et avant la sortie notamment chez les patients peu communicatifs ou présentant une amélioration inattendue
 - Evaluation consignée par écrit de façon accessible, et transmise à l'ensemble de l'équipe

3. Optimiser la prise en charge

- Mettre en place une prise en charge psychiatrique ou psychologique adaptée à la personne et la situation
 - Ex consultations de liaison, transfert en psychiatrie...
- En cas de symptômes psychiatriques
 - préciser les diagnostics pour traiter de façon pugnace et adaptée
 - Traiter de façon aussi complète et intensive que possible la dépression, l'anxiété, l'agitation, les troubles cognitifs, la douleur...
 - Essayer d'établir avec le patient une relation de soin
- En cas de sortie, organiser la suite de la prise en charge à l'extérieur, avec indication des relais

3. Optimiser la prise en charge

- Pour les patients très à risque
 - **Une priorité : la sécurisation**
 - Recherche d'un compromis entre respect de l'intimité/maintien du lien thérapeutique et exigence de sécurité
 - Contrôle des objets à risque, si besoin surveillance rapprochée et organisation des soins évitant les ruptures de surveillance, chambre d'isolement...
 - Evaluer l'intérêt des permissions à l'extérieur et évaluer les idées de mort avant/après
 - Prévention des fugues et protocole alerte/intervention en cas de fugue

4. Formation/management des équipes

- Former les professionnels à l'existence du risque, à son évaluation et sa prise en charge
 - Favoriser des attitudes adaptées
 - Définir et partager un type d'évaluation commun au sein de l'équipe ou d'une institution
 - Former les équipes au repérage de la dépression, de la confusion et de l'agitation...
 - Fréquence suffisante des staffs interprofessionnels
- Mettre l'accent sur la **communication** sur le risque repéré
 - A l'intérieur de l'équipe et entre les équipes au sein du service
 - Entre les différentes catégories professionnelles au sein de l'équipe
 - Entre les équipes lors de transferts ou de la sortie

5. Politique d'établissement

- Rédaction de procédures au niveau de l'établissement
 - Sur l'évaluation du risque
 - Sur l'information des visiteurs
 - Sur la transmission des informations lors des transferts
 - Sur les traitements lors des situations de danger
- Sécurisation des locaux
- Vérifier/évaluer la bonne utilisation de ces procédures
- Mesures post-événementielles
 - Réalisation systématique d'analyses de causes
 - Soutien psychologique des équipes

En conclusion

- Evènement rare et grave, dans des milieux censés aider les patients en difficulté
- Nécessité d'utiliser les compétences du milieu pour une prévention
- Cette préventions passe par
 - Un meilleur repérage du risque et des facteurs qui le sous-tendent pour des actions de soin adaptées
 - La formation des équipes au repérage de ce risque et à une organisation pour y faire face
 - L'organisation institutionnelle pour des actions globales, des analyses de cause et une collecte des données pour améliorer la prise en charge





La crise suicidaire

- Facteurs de risque
 - ATCD, statut socioprofessionnel, maladies somatiques ou psychiatriques...
- Facteurs d'urgence : probabilité et imminence du passage à l'acte
 - Désespoir, impulsivité, intentionnalité, évènement précipitant
- Facteurs de dangerosité du scénario
 - Où, quand, comment?
- Facteurs protecteurs
 - Famille, religion, éthique personnelle, raisons de vivre...