

FT2020-01

Date de parution :
Décembre 2020

Catégorie :

Spécialité

Toute hors pédiatrie

Filière

MCO, Psychiatrie, Santé
mentale, Handicap, EHPAD,
USLD

Population

Adulte

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE THÉMATIQUE

Le suicide en structures de santé

Fiche thématique élaborée à partir des données de la littérature et d'expériences; mise à disposition dans un objectif pédagogique, ne se substituant pas aux recommandations et réglementations en vigueur.



Pourquoi ce thème ?

D'après le rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS)-2014, avec environ 9 000 décès par suicide par an, la France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe.

- Le Baromètre de Santé publique France, en 2017, cite "près de 5% des 18-75 ans de la population générale déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois et plus de 7% avoir fait une tentative de suicide (TS) au cours de la vie".

- L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire annonce, en 2018, 750 décès par suicide /an soit un taux supérieur de 32% à la moyenne nationale. Parmi eux, 77% sont des hommes. Les adultes entre 35 et 54 ans représentent 40% des suicides.

- L'ORS souligne la prévalence du risque suicidaire chez les personnes âgées. Au-delà de 69 ans, le taux de suicide augmente très fortement, pour dépasser 80 décès pour 100 000 habitants après 85 ans, avec une surmortalité masculine plus marquée.

- En 2018, sur 820 événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) analysés, la HAS repère comme première cause d'EIGS (22%) les suicides et tentatives, alors même que les études épidémiologiques de ces 20 dernières années ont permis d'identifier les facteurs permettant de diminuer la mortalité et la morbidité suicidaire de façon efficace. * Idées suicidaires et antécédents personnels de comportement suicidaire : facteurs de risque de suicide les plus saillants à court et à long terme. * Surreprésentation de troubles psychiatriques, en particulier la dépression et les troubles anxieux, dans les comorbidités, présentes dans les certificats de décès, mentionnant le suicide comme cause de décès (de 2000 à 2014). * Usages de substances psychoactives, décrochage scolaire et symptômes dépressifs : indicateurs du risque de conduites suicidaires, chez les jeunes.

Le suicide, reste un problème majeur de santé publique dont l'impact sur le plan humain et économique est important. Dès lors, il est nécessaire que l'on s'attache à mettre en lumière les actions issues de l'analyse des facteurs humains et organisationnels, favorables à la diminution du risque dans les structures de soins.



Défenestration en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Mme Z, âgée de 75 ans vit en EHPAD. Elle a pour antécédents anciens des troubles bipolaires, pour lesquels elle prend un traitement au long cours. Depuis 6 mois, des séquelles d' accident vasculaire cérébral ont modifié son autonomie. Mme Z. alterne des phases stables avec des phases maniaques ou dépressives. Récemment son traitement "au long cours" a été modifié, elle présente une perte de poids et des phases d'insomnie connues de l'équipe de nuit. Ces derniers jours, son humeur est particulièrement bonne. Cette nuit d'été, Mme Z ouvre la fenêtre de sa chambre et se défenestre. L'équipe la trouve plus tard, au sol. La chute a entraîné son décès.

Suicide par pendaison en structure de soins de santé mentale

M. Y, soixantenaire est hospitalisé en service de géro-psycho-geriatrie pour troubles anxio-dépressifs. Depuis son hospitalisation, il n'a jamais verbalisé d'idée suicidaire mais les soignants le décrivent comme une personne ayant une vision "négative" de l'avenir avec perte de l'estime de soi et aboulie. Pendant un moment d'absence de soignants, occupés en renfort auprès d'un autre patient "en isolement", M.Y se suicide par pendaison. A la suite de l'événement sa famille verbalise avoir connaissance de tentative de suicide de M. Y dans les années antérieures.

Décès par suicide hors de l'enceinte d'une structure de soin

Mme X, quarantenaire est hospitalisée, au sein d'un service de soins de santé mentale, en "soins psychiatriques avec libre consentement", pour pathologie psychiatrique sévère suite à une tentative de suicide à son domicile. Un traitement médicamenteux est en phase d'adaptation en relais de son traitement habituel. Ce matin de jour férié, sur période de congés scolaires, l'IDE signale au médecin de garde, ses inquiétudes pour Mme X.. Le service devant accueillir, ce matin là, plusieurs entrées, le médecin prévoit de voir en consultation Mme X, l'après midi. C'est sur le temps du midi que Mme X. sort seule, sans autorisation, hors de l'enceinte de l'établissement. Ses pas la mènent jusqu'à une voie de chemin de fer où elle met fin à ses jours.

ENSEIGNEMENTS ISSUS DES EXPÉRIENCES DE PRISE EN SOINS



Diminuer le risque de suicide , c'est possible

Patient :

Porter une attention particulière aux antécédents et à l'histoire de vie/de la maladie tout au long du parcours de chaque personne permet le repérage d'une conjonction des facteurs favorables au passage à l'acte (facteurs de risques).

- Facteurs primaires : ATCD de troubles psychiatriques, troubles de la personnalité, de tentative de suicide, existence d' addiction..
- Facteurs secondaires : événements de vie pré-disposants (violence dans l'entourage, deuils, pertes...) et facteurs précipitant (conflit interpersonnel, rupture sentimentale, difficultés économique, perte d'emploi...)
- Facteurs tertiaires : épidémiologiques - Sexe, âge (grand ou jeune), période de vulnérabilité
- Éléments de personnalité ou d'expression : idées suicidaire exprimées, caractère impulsif..

Chaque individu possède aussi des facteurs de protection (capacité à accepter de l'aide, mobiliser des ressources, investissement affectif, social, valeurs morales fortes, éléments de vie gratifiant, centres d'intérêts) qui pondèrent les facteurs de risque et dont l'identification est importante pour l'implication du patient dans les soins.

L'entourage "partenaire", de son information sur les mesures de prévention jusqu'à son implication dans le contrat de soin est un autre axe à explorer.

Tâches à accomplir :

La prévention du risque passe par :

- L'évaluation des facteurs de risque et de protection, initiale sans retard, suivie, renouvelée et tracée clairement au sein du dossier.
- Le croisement des données d'évaluation avec les modifications de comportement (ex: phase d'apaisement possible dès décision de passage à l'acte).
- Le croisement des regards sur ces indices en interdisciplinarité. En cas de doute, chaque professionnel s'applique à rechercher l'existence d'intention suicidaire par une question directe à la personne : "souffrez-vous au point d'avoir des idées de suicide ?"
- Identifier et retirer les moyens létaux repérés : action primordiale quel que soit le lieu de prise en soin ou d'accompagnement de la personne évaluée à risque suicidaire. Tracer ces mesures de manière visible et lisible dans le dossier est aussi fondamental.
- La mise en place et la traçabilité d'actions tenant compte des facteurs de protection, favorise l'instauration et l'évolution d'interventions appropriée (plan de soin personnalisé, agenda thérapeutique...).
- La surveillance régulière de paramètres définis (somatiques et psychiatriques) est d'une complémentarité indispensable aux actions pour une vision holistique de la prise en soin de la personne à risque suicidaire.

Individu (soignant) :

Les représentations individuelles du risque suicidaire et du suicide peuvent être un biais à la prise en compte d'une situation à risque. Etre au clair avec sa vision personnelle et aller dans le sens des données scientifiques favorisent la convergence des regards pour un meilleur dépistage et une prise en soin sécuritaire de qualité.

- Toute allusion au suicide ou à la mort est à prendre au sérieux. Je ne banalise pas : il n'y a pas que les personnes atteintes de maladies mentales qui pensent au suicide.

... / ...

- Parler du suicide est important pour favoriser l'échange, c'est ouvrir la porte au dialogue. Le suicide ne résulte pas d'un choix mais d'un manque de choix.
- La vigilance est à maintenir lors d'un passage d'amélioration après la crise suicidaire (80% de récurrence dans les 3 mois qui suivent une tentative)

Equipe :

- L'utilisation d'une échelle commune d'intentionnalité ou du risque suicidaire quantitative et/ou qualitative est facteur de cohérence du suivi, au sein de l'équipe (Cf. Échelles d'intentionnalité suicidaire), d'autant que le périmètre de l'équipe intègre les membres équipes de liaison des établissements psychiatriques, identifiés "de recours" (pour les structures de soins MCO ou d'hébergement)
- Les valeurs de soins communes sont partagées et explicites au sein des plans de soins mis en oeuvre.
- La place du lien : ce facteur favorable au sentiment d'être compris, reconnu et accepté est partagé par tous.
- La recherche d'alliance thérapeutique est systématique avec la personne soignée, actrice de ses soins.
- La restauration maximale du lien affectif avec l'environnement de chaque personne soignée est favorisée.

Environnement de travail :

L'alliance de la sécurisation de l'environnement et le respect des droits et de la dignité du patient est recherchée.

- Des espaces d'entretien individuels sont accessibles, y compris sur le secteur des urgences.
- La continuité des données patient est assurée sur l'intégralité de son parcours de prise en soin, y compris aux interfaces entre SAU et psychiatrie.
- En cas d'hospitalisation sans consentement, la possibilité de limiter les allers et venues peut être prescrite sur le secteur d'hospitalisation. Si ce n'est pas le cas, une procédure "dégradée " est prévue et connue : installation à proximité de locaux de soins ou présence soignante.
- Des kits anti-suicide sont utilisables , au besoin.

Organisation / management :

Le temps d'accueil ou de prise en soin d'une personne à risque suicidaire est formalisé dans l'organisation du travail, intégrant :

- Le temps d'entretien avec évaluation du risque suicidaire
- La question de l'inventaire et du retrait des effets personnels dangereux (précisés clairement et associés aux modalités d'information de la personne soignée).

Le suivi psychiatrique et somatique ainsi que les surveillances cliniques sont prévus, permettant leur planification dans les soins pour la continuité de leur mise en oeuvre.

Le recours à un médecin spécialiste de garde est prévu et les modalités de recours sont formalisées et accessibles à tous.

Contexte institutionnel :

Le dossier patient informatisé prévoit un accès médical et soignant aux données du patient sur les parcours intersectoriels.

Des formations à la gestion du risque suicidaire sont inscrites annuellement, au plan de formation à destination des professionnels des secteurs à risque identifiés (santé mentale, Urgences, EHPAD, FAM...).

L'établissement s'inscrit dans le dispositif national VIGILANS (mis en place dans les pays de la Loire en janvier 2020). Il met en oeuvre des actions de promotion de cette pratique de suivi, des patients hospitalisés pour un passage à l'acte ou TS avortée, visant la prévention de récurrence par un contact téléphonique à 6 mois (période critique de récurrence), par l'équipe de "vigilanseurs", régional.



Reconnaître le risque suicidaire en structure de soin et l'identifier précisément par des regards croisés : 2 fondamentaux dans sa prévention.

Malgré de nombreux plans d'actions nationaux le suicide et les tentatives de suicides restent des Evènements Indésirables Graves au sein des structures de santé, en France. Leur analyse fait émerger une cause prédominante, le défaut d'évaluation du risque.

Pourtant les outils d'évaluation existent, charge aux équipes de soins de choisir le leur et de le mettre en oeuvre, tout au long du parcours de soins des patients à risque.

De cette phase initiale, découlent des actions de soins ou d'accompagnement hiérarchisées et organisées avec l'implication de la personne soignée, en lien avec ses potentiels.

De nombreux rapports et études existent. S'attacher à en appliquer, rigoureusement les préconisations dans un fonctionnement collaboratif d'équipe est sans doute le but à se fixer afin que le nombre de suicide diminue, encore, au sein des structures de santé.

Enfin, dépasser "les murs de la structure de santé" et envisager l'équipe, les modalités d'évaluation et de suivi du risque suicidaire dans une dimension intégrant les différents partenaires du parcours de santé de la personne est un axe essentiel au regard de la réalité des prises en charge qui se développent et à venir.



Références

- Échelles d'intentionnalité suicidaires:
 - RUD:
https://coordipsy.files.wordpress.com/2009/11/evaluation-aux-urgences-d_un-patient-suicidant-ahm-3.pdf
 - Echelle de BECK:
<http://prevention.suicide.free.fr/wp-content/uploads/Echelle-intentionalite-suicidaire-BECK.pdf>
- Suicides et tentatives de suicides : données nationales et régionales-<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/suicide-et-tentatives-de-suicide>
 - bsp-suicides-pdl-fevrier-2019.pdf
- Suicide en Pays de la Loire. Chiffres-clés- ORS Pays de la Loire, février 2018, 1 p.
- Premier rapport de l'OMS sur la prévention du suicide, septembre 2014 -
<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/>
- Prévention du suicide : L'évaluation est indispensable - Pierre Thomas Professeur de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Lille, France - BEH, Santé Publique FRANCE- Fev 2019.
- Prevention du Suicide –Journée mondiale d'action contre le suicide - OMS - 2019
<https://www.who.int/fr/news-room/events/detail/2019/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2019-focus-on-suicide-prevention>
- Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, https://solidarites-sante.gouv.fr/.../programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf
- Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. ANAES.- 2000.
- Retour d'expérience : Le suicide en structure de soins- Version 2018- PRAGE-
https://www.ccecqa.fr/sites/default/files/files/EIG/2-3b_REX_suicides_structure_soins.pdf
- Article "Plus de la moitié des Ehpad du Grand-Est sont confrontés au risque suicidaire"- HOSPIMEDIA- 24/11/2020.



Contributeurs

- Centre-de-postcure-psychiatrique, association Psy Activ-44CARQUEFOU.
- Centre Hospitalier Georges Daumézon - 44 BOUGUENNAIS
- Centre Hospitalier, Pôle santé mentale- 49 CHOLET
- Centre Hospitalier Spécialisé - 44 BLAIN
- Centre Hospitalier Georges Mazurelle- 85 LA ROCHE SUR YON
- Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME)- 49 SAINTE GEMMES SUR LOIRE
- Association d'établissements spécialisés en psychiatrie, les APSYADES- 44 BOUGUENNAIS