

Mieux identifier et prévenir le suicide des patients à l'hôpital (hors psychiatrie)

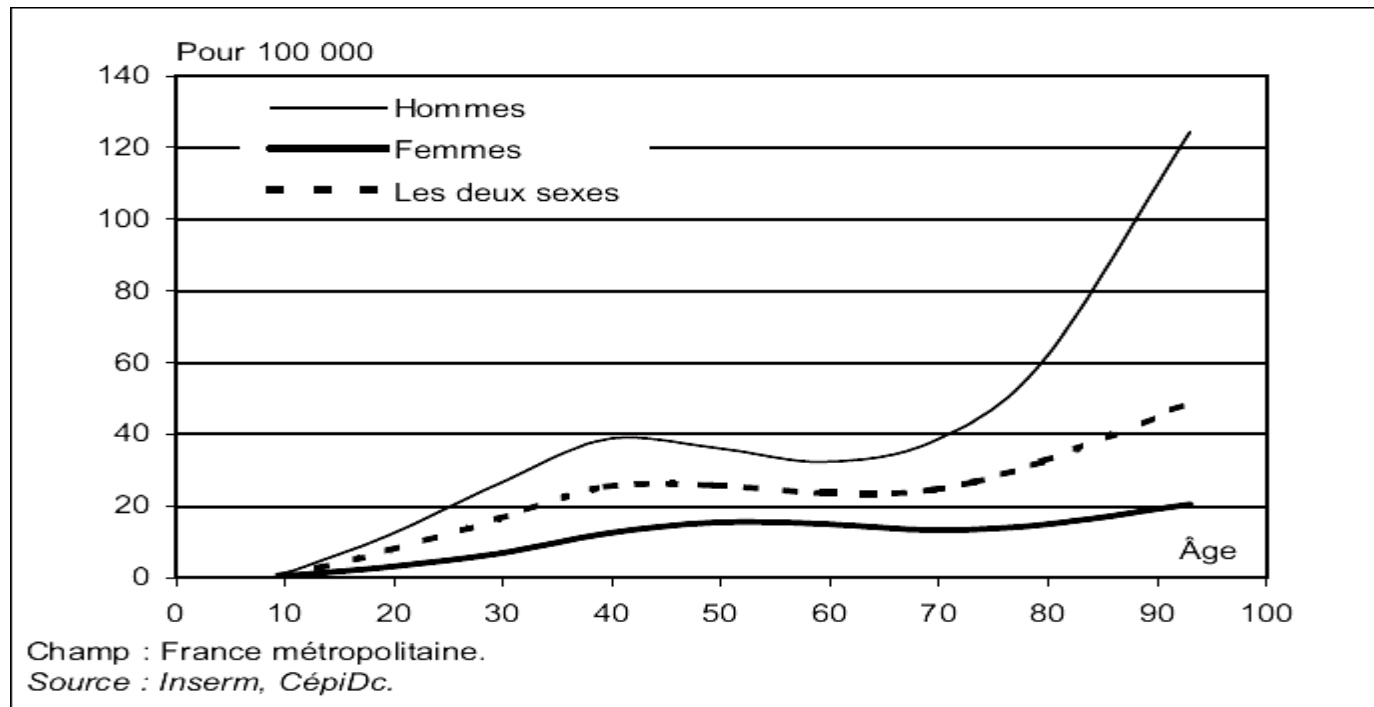
Groupe de travail : D^{rs} N. DANTCHEV (CME/HTD), C. LEMOGNE (HEGP), D^{rs} ML. PIBAROT, G. Le GALLAIS, N. GILDAS, P. CAMPHIN (DOMU), M. OBADIA (DAJ), C. CADOZ-HERNANDEZ (DSAP)

Décembre 2015

- **Améliorer la connaissance sur les cas de suicides recensés à l'AP-HP**

- **Formuler des préconisations pour améliorer, hors psychiatrie :**
 - ▶ l'identification du risque suicidaire
 - ▶ la prévention du passage à l'acte

- ≈ 1 million de décès / an dans le monde
- $\approx 12\ 000$ décès / an en France



- Hôpital général :
 - ▶ incidence du suicide (médiane) = **2 / 10⁵** admissions
 - ▶ Soit **1 / 10⁵** admissions / semaine

- Psychiatrie :
 - ▶ médiane x 100
 - ▶ mais risque et durées de séjour plus élevés

- **≥ 5% des suicides surviennent en milieu hospitalier :**
 - ▶ ≥ 3% en Psychiatrie / ≥ 2% à l'hôpital général.
 - ▶ France : ≥ 500 suicides / an ?

- AP-HP : **400 000 admissions par an (MCO)**
 - 8 décès par suicide / an ?

- Facteurs de risque liés à l'institution :
 - ▶ **Rôle +++ de l'accessibilité des moyens suicidaires :**
 - *Etage \geq 3^{ème} (\pm fenêtres non sécurisées) ;*
 - *Liens permettant une strangulation ;*
 - *Lieux de noyade ou de précipitation alentours*
 - ▶ **Faible taux de consultation psychiatrique (10-36 % des cas) :**
 - *Mais seuls 40 % des suicidés avaient communiqué leur intention à l'équipe de MCO*

(Martelli et al., Encéphale 2009)

- Facteurs de risque liés aux patients :
 - ▶ Certaines pathologies : cancer, BPCO, pathologies cérébrales...
 - ▶ La chronicité et la sévérité de la pathologie, mais aussi la comorbidité psychiatrique, jouent un rôle plus important que la pathologie elle-même
 - ▶ 90% des suicidés présentaient un **trouble psychiatrique** :
 - *troubles dépressifs* : 60 %
 - *troubles délirants* : 30 %

■ Définition : suicides et accidents auto-provoqués (états confusionnels)

■ 16 suicides dont 9 défenestrations

- 10 en MCO
- 2 en Psychiatrie, 1 en SSR, 3 en HAD

■ Analyses / RMM : préconisations

- Formations, procédures, conduites à tenir +++ (12 fois)
- Sécurisation des locaux : fenêtres +++ (9 fois)
- Conduite à tenir administratives (4 fois)
- Accompagnement à long terme des équipes (2 fois)
- Réaliser régulièrement des RMM (1 fois)

■ 51 cas suivis par la DAJ (1999-2014)

■ 25 dossiers indemnitaires étudiés

- ▶ 13 dossiers avec responsabilité AP-HP
- ▶ 6 dossiers sans responsabilité
- ▶ 6 dossiers en cours

■ Motifs identifiés

- ▶ **Défaut d'identification du risque suicidaire**
- ▶ Déficit dans la surveillance
- ▶ Absence de précaution liée à l'état du patient et à son comportement (fenêtres non sécurisées)

■ A contrario

- ▶ Acte imprévisible ou irrésistible avec examen psychiatrique « attentif et consciencieux » et une prise en charge adaptée

■ Recommandations spécifiques publiées :

▶ Royaume-Uni :

- National Service Framework for Mental Health Department of Health, Appleby (1999)
- *Propositions de l'Hôpital Lister* (National Schizophrenia Fellowship, 1998)

▶ Etats-Unis :

- Oregon Association of Hospitals and Health Systems-National Mental Health Association (1999)
- Prevention suicid center : is your patient suicidal ? (2008)

▶ HAS :

- *Adolescent suicidant (1998) et crise suicidaire (2000)*
- *Mais pas de recommandations spécifiques au suicide en milieu hospitalier*

■ 3 grands axes :

- ▶ Savoir identifier le risque suicidaire
- ▶ Agir en cas de risque suicidaire / fugue
- ▶ Sécuriser l'environnement

1. Faciliter l'identification et la prise en charge des situations à risque suicidaire

- ▶ *Elaboration et diffusion d'outils simples d'identification du risque suicidaire : dépliant, vidéos didactiques, questions / réponses sur la conduite à tenir, Quizz → **A CONSULTER SUR CE SITE***
- ▶ **Formation / accompagnement** (hors psychiatrie) des équipes médico-soignantes, des étudiants et des nouveaux arrivants, programme de DPC : → **module de formation en annexe**
- ▶ *Intégration des outils d'aide à l'évaluation et à la surveillance du risque suicidaire dans les **SI** (Dx-C@re, ORBIS, PHEDRA)*

2. Sécuriser l'environnement

- ▶ *Evaluation et renforcement de la sécurisation de l'environnement (en particulier les fenêtres) + schémas architecturaux (bilan et plan de maîtrise par site/GH)*

3. Hospitaliser les patients à risque dans des organisations / structures adaptées
 - ▶ *Développement des équipes de Psychiatrie et de Psychologie de liaison*
 - ▶ *Orientation des patients polytraumatisés, dans le cadre d'une tentative de suicide dans des centres MCO ou SSR organisés pour leur prise en charge psychiatrique (p.ex. HEGP, Pitié-Salpêtrière, Bicêtre, Lariboisière)*

4. En cas de suicide :
 - ▶ *Systématiser et formaliser les **procédures** d'intervention post-événementielle (accompagnement des équipes / des proches)*
 - ▶ ***Signaler** les événements correspondants à la définition (suicide et accidents auto-provoqués) à la direction et au cabinet du DG*
 - ▶ *Réaliser une **RMM***

- **Transmission orale et écrite de l'information au sein de l'équipe médico-soignante (pas de secret) +++**
- **Demander un avis psychiatrique**
 - ▶ En cas de risque majeur → transfert en psychiatrie après avis médical, si besoin au SAU
 - ▶ En attente de l'avis psychiatrique / du transfert → mesures de prévention in situ
- **Si anxiété / impulsivité / agitation :**
 - ▶ Eviter les benzodiazépines (risque de désinhibition)
 - ▶ Privilégier, sauf contre-indication, un neuroleptique sédatif type cyamémazine (halopéridol si confusion)
- **Impliquer les proches, si adapté**

■ Réduire l'accès aux moyens létaux

- ▶ Inventaire et retrait des objets dangereux personnels
- ▶ **Sécuriser les fenêtres**
- ▶ Suppression ou sécurisation des points d'accrochages élevés (douches, radiateurs, lits, TV, sonnettes d'appel)

■ Faciliter la surveillance

- ▶ Chambres visibles en totalité lors du passage de l'infirmier de nuit
- ▶ Cabinets de toilette accessibles aux soignants
- ▶ Box infirmiers permettant de surveiller les allées et venues dans le service
- ▶ Surveillance de la prise des médicaments

■ Protocole « médico-légal » et administratif

■ Interventions post-événementielles

- ▶ Auprès des équipes médicales et soignantes :
 - *Réunions d'équipes (débriefing psychologique)*
 - *RMM*
- ▶ Auprès des proches → entretien visant à :
 - *leur permettre de s'exprimer*
 - *leur rendre compte des circonstances du suicide*
- ▶ Auprès des autres patients

- **Une demi-journée en groupe restreint (max 20-30)**
- **Binôme psychiatre / soignant ou médecin non psychiatre**
- **Présentation de la problématique : 30'**
- **Présentation du dépliant : 15'**
- **Questions / réponses : 15'**
- **Utilisation didactique des séquences vidéos : 6×20'**
 - ▶ Visionnage de la 1^{ère} partie et discussion critique collective (points + et -)
 - ▶ Visionnage de la 2^{ème} partie « commentaire du psy »
 - ▶ Questions / réponses
- **Présentation de la CAT incluant mesures préventives mais aussi après une TS ou suicide : 60'**

- **Tous les professionnels peuvent demander l'avis d'un psychiatre**
 - ▶ Par simple coup de téléphone
 - ▶ Sans validation hiérarchique
- **Sécurisation des locaux, sans attendre l'avis du psychiatre**
- **Traçabilité sur les dossiers informatisés de l'évaluation psychiatrique (CR standardisés sur DxC@re)**
- **Report automatisé des recommandations du psychiatre sur le plan de soins (DxC@re)**