

SÉCURITÉ PERSONNELLE DES PATIENTS

L'HISTOIRE

Le 28 juin 2017 : une patiente âgée de 28 ans, connue pour des troubles bipolaires diagnostiqués cinq ans plus tôt, est hospitalisée en établissement de santé mentale. Elle est accompagnée par sa mère qui exprime ses craintes par rapport à l'état de sa fille. Dernièrement, celle-ci est très agitée, et la semaine précédente, elle a rédigé une lettre exprimant son souhait de mettre fin à ses jours.

A son arrivée dans l'institution, le médecin qui l'examine note un état dépressif, une désorganisation du discours, et une tension interne. Le médecin conclut à une décompensation et un état dépressif

sévère dû à un trouble bipolaire, et à la nécessité d'une hospitalisation en urgence.

Auparavant, la patiente avait déjà tenté de se suicider causant une intoxication médicamenteuse sévère. À son admission, une évaluation du risque suicidaire est réalisée. La patiente critique son acte et explique qu'elle n'a plus d'idées suicidaires. Le résultat de l'évaluation est consigné dans le dossier de la patiente. Cependant, les mesures de prévention ne sont pas notées.

Pendant son hospitalisation, la patiente évoque des idées noires auprès des

autres patients. Face à son comportement, les autres patients sont inquiets mais ne l'ont pas signalé aux membres du personnel. Lors d'une réunion d'équipe, le personnel partage le pressentiment d'un risque de passage à l'acte mais aucune mesure d'évaluation et de prévention est envisagée.

Deux jours après son admission, vers 16h, son voisin de chambre alerte les soignants. Il vient de découvrir la patiente pendue par sa ceinture à une porte du placard. La réanimation commence. Devant l'absence de signes vitaux le décès est constaté à 16h20.

L'ANALYSE

L'incidence du suicide chez les patients hospitalisés ou ayant été hospitalisés en psychiatrie est particulièrement élevée, représentant 3 à 5% de l'ensemble des suicides (soit 250 personnes pour 100 000 admissions dans les hôpitaux psychiatriques) (Bowers et al, 2010 ; Neuner et al, 2008).

Les facteurs de risque suicidaire sont multiples :

- **Conditions de prise en charge** : surveillance inadéquate, sous-estimation du risque suicidaire, insuffisance de communication entre médecins et infirmières ;
- **Temporalité d'hospitalisation** : en milieu psychiatrique, deux périodes sont reconnues comme particulièrement critiques : la première semaine d'hospitalisation et les deux semaines qui suivent la sortie ;
- **Facteurs de risque individuels** : l'existence d'antécédents suicidaires personnels (et familiaux), tentative de suicide peu avant l'admission, un diagnostic de schizophrénie ou de trouble de l'humeur, une comorbidité alcoolique, être hospitalisé sans consentement, etc.

La prévention du suicide à l'hôpital peut s'appuyer sur cinq axes (Mann et al, 2005 ; Martelli et al, 2010 ; Perlman et al 2011 ; Sakinofsky, 2014) :

- La sécurisation de l'environnement hospitalier ;
- L'optimisation de la prise en charge des patients à risque suicidaire ;
- La formation des équipes soignantes ;
- L'implication de l'entourage dans les soins ;
- L'adaptation de la politique de l'établissement.

Sécurisation de l'environnement hospitalier

Les services doivent être adaptés à la prise en charge de patients suicidaires, visant deux objectifs : la suppression de moyens permettant

un acte suicidaire et une facilitation de la surveillance.

a) **Supprimer les moyens permettant un acte suicidaire** : au niveau du service, en particulier les zones accessibles aux patients, les points d'accrochages en hauteur (poignées, tringles, douches, patères, radiateurs, tv, sonnettes d'appel etc.) doivent être supprimés. En cas contraire, ils doivent céder au poids d'une personne. Les fenêtres doivent être étroites, en verre sécuritaire (incassable) et l'ouverture de celles-ci doit être limitée (exemple : fermeture sécurisée).

b) **Faciliter la surveillance** : les chambres doivent être visibles en totalité lors des passages du personnel soignant et les toilettes doivent être accessibles par les soignants. La salle des infirmiers doit être située de façon à pouvoir surveiller toutes les entrées et sorties de l'unité.

Optimisation de la prise en charge des patients à risque suicidaire

a) **L'évaluation du potentiel suicidaire** : l'évaluation du potentiel suicidaire doit être une démarche continue et approfondie lors de entretiens psychiatriques et infirmiers initiaux, puis pendant tout le séjour hospitalier (recherche d'idées suicidaires et de facteurs de risque : antécédents suicidaires, notamment). L'évaluation du potentiel suicidaire, les mesures adoptées et leur justification doivent être tracées dans le dossier patient et transmises à l'ensemble des soignants.

Une échelle de risque suicidaire peut ainsi être utilisée pour faciliter l'évaluation et sa traçabilité (exemple : l'échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSS) ; l'échelle Columbia de la gravité du risque de suicide (C-SSRS) ; l'échelle d'idéation suicidaire modifiée (SSI-M).

Même si le score de risque n'a pas de valeur en tant que tel, l'utilisation d'une échelle de risque

permet non seulement d'automatiser l'évaluation du risque suicidaire mais aussi d'aider les professionnels à adapter la prise en charge du patient. Le choix de l'outil d'évaluation dépend de plusieurs critères, mais l'idée principale est de trouver l'outil le plus simple et le plus facile à intégrer à la pratique quotidienne.

b) **La mise en œuvre de mesures adaptées pour protéger le patient en cas de risque suicidaire** : ces mesures doivent s'efforcer de concilier au mieux, l'importance du risque suicidaire, le respect de l'intimité des personnes et la relation de confiance entre les soignants et le patient.

Selon le risque, ces mesures peuvent être :

- Le retrait ou l'accès limité à certains objets personnels (en particulier les objets coupants, ceinture, lacets/cordons, médicaments, toxiques, etc.) ;
- Augmentation du contrôle et de la surveillance : entretiens de soutien rapprochés, contacts visuels plus fréquents. Dans les cas extrêmes : mise en chambre sécurisée, adaptation du traitement médicamenteux (sédation, anxiolyse). Les sorties du service sont également restreintes ou, si possible, sécurisées (surveillance par les proches, par exemple) ;
- L'élaboration d'un programme de prévention des fugues et des protocoles d'alerte et d'intervention rapide en cas de fugue, de manière à retrouver rapidement le patient.

L'application de ces mesures de protection doit être expliquée au patient, de manière à éviter que celui-ci se sente privé de sa liberté et pour qu'il puisse comprendre le sens des décisions prises (retrait d'objets personnels, surveillance accrue, etc.). L'objectif est d'obtenir l'accord du patient et que celui-ci se sente, dans la mesure du possible, impliqué dans ses soins.

Formation des équipes soignantes

La prévention du suicide exige des soins de qualité, réalisés par des équipes soignantes en nombre suffisant, formées aux techniques de prise en charge psychiatrique et dotées d'une bonne cohésion. Les équipes soignantes (médicales et paramédicales) doivent connaître les facteurs de risque suicidaire, les méthodes d'évaluation, les options de prise en charge des patients et la mise en avant des facteurs de protection. La formation doit aborder les points suivants :

- L'établissement de relations de qualité entre le personnel et les patients ;
- L'importance de la cohésion des équipes (communication des informations au sein de l'équipe) ;
- Le repérage et la gestion des facteurs de risque ;
- Le maintien d'un cadre thérapeutique stable (tout changement doit être annoncé et préparé à l'avance avec le patient) ;
- Le repérage des situations à risque ;
- L'analyse des causes d'un suicide, en explorant les facteurs contributifs humains et organisationnels, afin d'éviter la répétition de ceux-ci.

Implication de l'entourage dans les soins

Cette implication passe par un échange d'informations avec les proches sur le risque suicidaire et son évolution. Les proches sont également informés des mesures de prévention prises par l'équipe (contrôle des effets personnels, passage en unité protégée). Ils participent également à l'évaluation du risque suicidaire ainsi qu'à la préparation des permissions et à la sortie du patient.

Adaptation de la politique de l'institution

Afin d'impulser et étayer l'axe de prévention du suicide, il est important que celui-ci soit inscrit dans la politique de l'institution et soit considéré comme une priorité stratégique.

Enfin, l'institution ne doit pas oublier dans sa démarche de gestion du risque suicidaire, les mesures qui font suite à la survenue d'un suicide ou d'une tentative de suicide. Ces mesures concernent non seulement les équipes soignantes mais aussi les proches du patient et les autres patients :

- Équipes soignantes : organisation de réunions qui permettent aux soignants d'exprimer leur ressenti mais aussi d'analyser les conditions de survenue de

l'évènement et l'identification d'éventuels failles ou dysfonctionnements du système ;

- Proches du patient : entretien qui rend compte des circonstances du suicide et permet également aux proches d'exprimer leur souffrance, culpabilité et poser des questions ;

- Autres patients : attitude individualisée, prudente et nuancée. Une prévention de phénomène de contagion/imitation suicidaire doit être envisagée.

Ressources consultées :

- Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside. A systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(5):315-28.
- Mann J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294(16):2064-2074.
- Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. *Encephale.* 2010 ;36(Suppl2) :83-91.
- Neuner T, Schmid R, Wolfersdorf M, Spiessl H. Predicting inpatient suicides and suicide attempts by using clinical routine data? *General Hospital Psychiatry.* 2008;30:324-330.
- Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP. Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé. Toronto (Ontario): Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011
- Sakinofsky I. Preventing Suicide Among Inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie.* 2014;59(3):131-140.