

Analyse des résultats
d'un audit sur le
risque suicidaire en
hôpital psychiatrique
et recommandations
sur la prévention du
suicide en institution

Dr Corinne Launay

GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences

10 septembre 2021

STARAQS

Prévention du suicide en Ile de France

2^{ème} journée régionale

Introduction

Des chiffres nationaux inquiétants :

- HAS Rapport Evénements Indésirables Graves Associés aux Soins :
 - Le suicide est identifié comme la 2^{ème} cause des EIG
 - entre 2017 et 2019 : 439 Suicides aboutis /2007 EIG enregistrés
- En milieu hospitalier : **650 /100 000 patients hospitalisés** (Walsh et al., 2015)

L'hospitalisation en psychiatrie concerne des patients avec de multiples facteurs de risque suicidaire

- maladie mentale sévère en phase aiguë,
- motif d'hospitalisation pour tentative de suicide : fréquent
- les effets de la stigmatisation de ce type d'hospitalisation, notamment en cas de soins sans consentement

Contexte particulier

- 2020 création du GHU → pratiques soignantes et supports du dossier patient différents sur chaque site

Groupe de travail EPP sur la thématique du risque suicidaire (RS)

- Analyse des REX réalisés après des suicides aboutis ou des tentatives de suicides
 - Audit : état des lieux de la traçabilité du RS et sur la prise en charge (PEC) du patient avec RS
 - Echange de pratiques
- But : mettre en plan des actions d'amélioration de l'évaluation à l'entrée et de la PEC des patients avec RS

Plan

1. Bilan des suicides aboutis et des tentatives de suicides en intrahospitalier en 2020
2. Conclusions l'analyse de 8 REX réalisé entre 2009 et 2018
3. Audit réalisé en 2020 : état des lieux de la traçabilité du RS et de la prise en charge du patient avec RS et actions d'amélioration apportées suite à l'audit
4. Autres dispositifs de prévention et postvention



I- Bilan des suicides aboutis et des tentatives de suicides en intrahospitalier en 2020

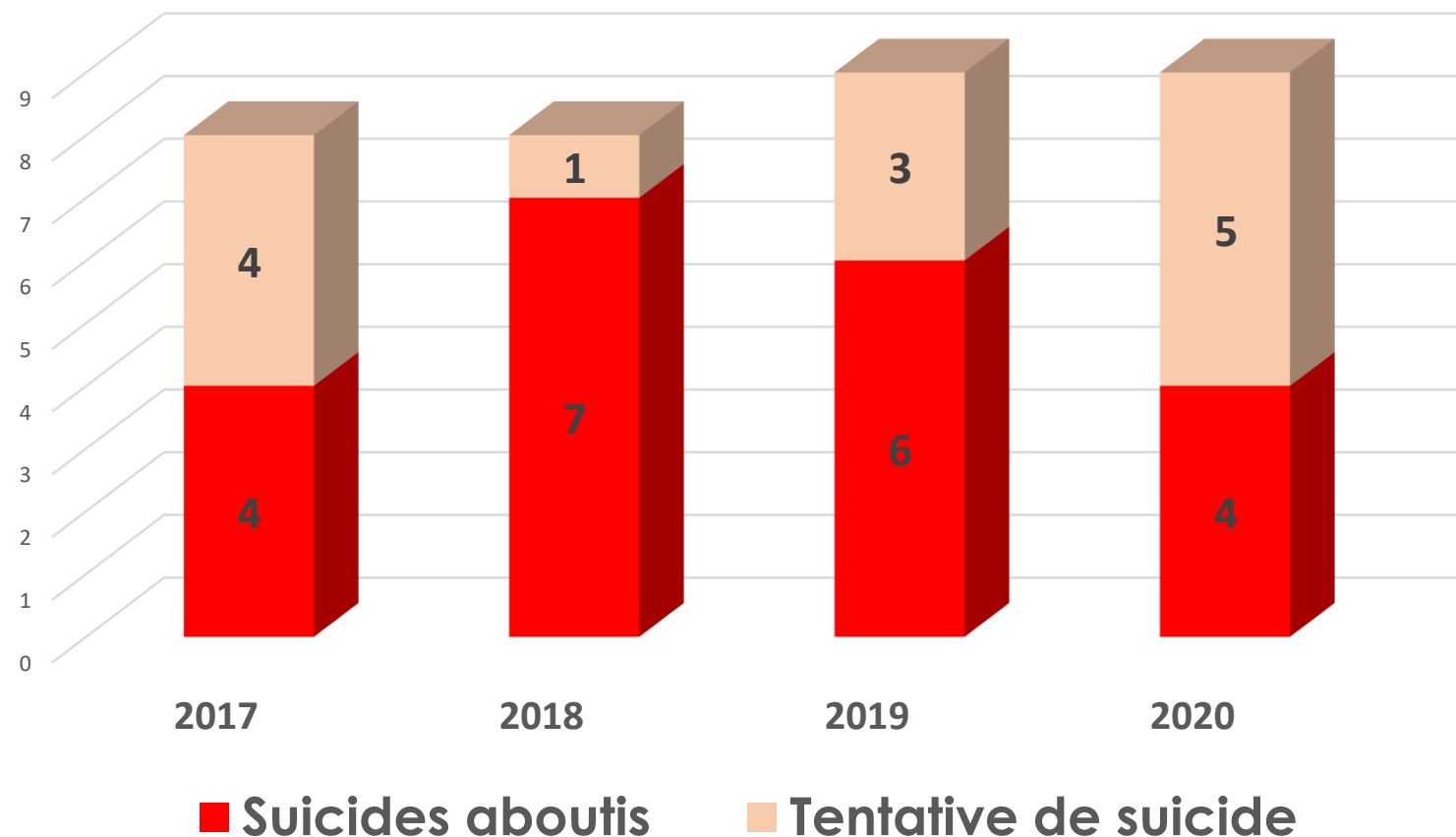
Chiffres issus de l'analyse des Evénements Indésirables Graves

2020: 22 événements indésirables graves (EIG) sur le GHU toutes causes confondues dont

- 4 suicides aboutis
- 5 TS

Remarques :

- données sur les TS non exhaustives par défaut de déclaration
- GHU
 - 1774 lits et places en psychiatrie
 - 25 secteurs de psychiatrie
 - 3 services hospitalo-universitaires



Moyens suicidaires employés en 2020 :

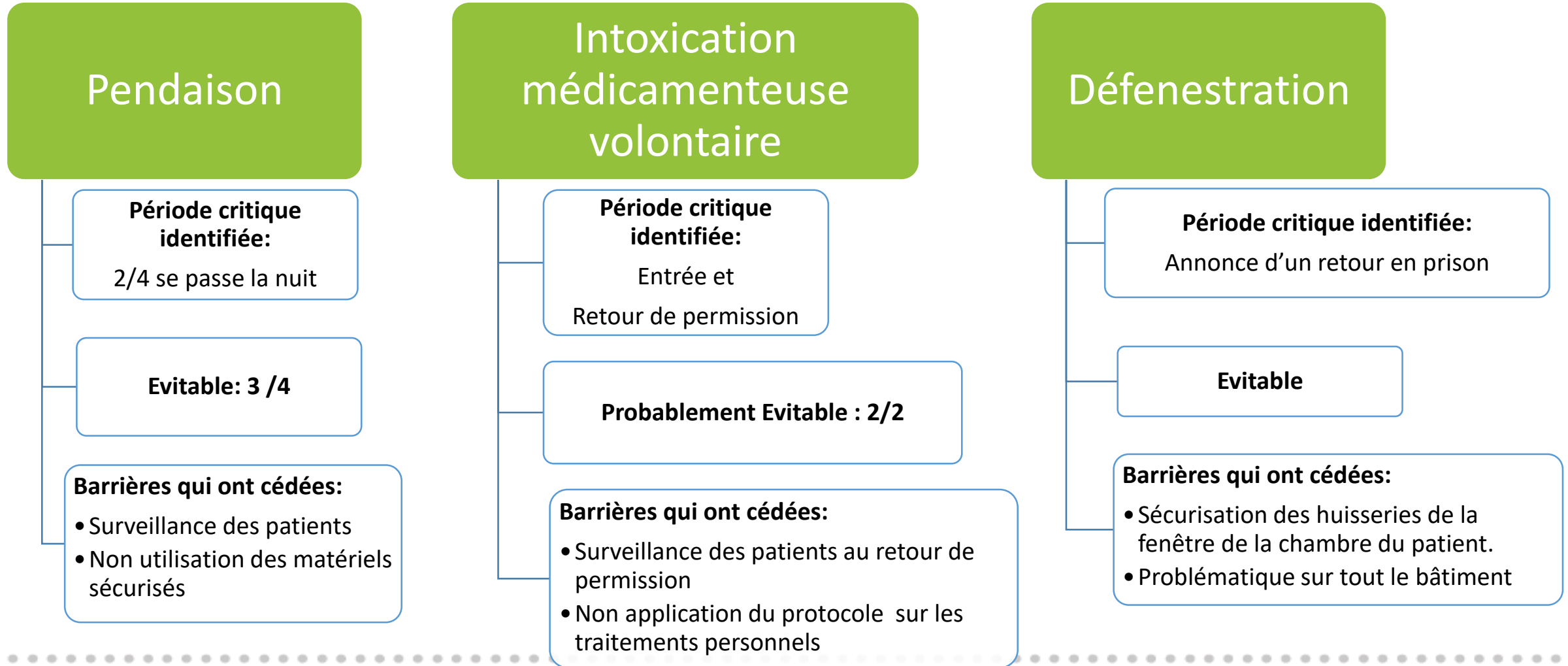
Suicides aboutis

- Pendaison : 4

Tentative de suicide

- IMV : 2
- Défenestration : 1
- Strangulation : 1
- Phlébotomie : 1

Retour sur les analyses approfondies en lien avec les suicides et les TS



Causes profondes des REX sur les suicides aboutis et les TS



Etat du patient

- Vulnérabilité
- Compliance aux soins
- Facteurs sociaux

Facteurs liés aux tâches à accomplir

- Défaut de surveillance du patient
- Traçabilité de la surveillance
- Consignes appliquées non conformes aux recommandations
- Non application du protocole du traitement personnel
- Pas de trace de l'inventaire
- Mauvaise utilisation du logiciel de prescription
- Surveillance des constantes tracées non conformes en chambre d'isolement (traçabilité)

Facteurs liés à l'équipe:

- Absence de surveillance des patients
- Absence de transmissions ciblées sur la non administration d'un médicament
- Défaut de surveillance de la patiente au retour de permission
- Défaut d'observation IDE à certaines étapes de la PEC

Facteurs liés à l'environnement

- Présence de câble TV visible
- Présence de tringles à vêtements dans les armoires
- Non utilisation de draps sécurisés
- Non sécurisation des chambres
- Huisseries non sécurisées

Facteurs liés à l'organisation / management:

- Défaut de formation aux transmissions ciblées
- Pas de CS médicale par le médecin sénior le samedi matin d'un patient à risque suicidaire



GHU PARIS

PSYCHIATRIE &
NEUROSCIENCES

Actions d'amélioration préconisées lors des REX

- **Sécuriser** les chambres des patients
- Sécuriser les **postes de télévision**
- Équiper les armoires des patients de **tringles** cédant sous le poids des patients
- Généraliser l'utilisation des draps sécurisés
- Appliquer le **protocole de PEC des patients à risque suicidaire**
- Former les professionnels aux transmissions ciblées

Pendaison

TS par
défenestration

Suicides et Tentatives de suicide

- Etudier une solution pour **sécuriser** les huisseries
- **Améliorer la surveillance** des patients en chambre d'isolement ou en chambre sécurisée
- Former les professionnels aux **transmissions ciblées**

- Harmoniser les **procédures d'inventaire** sur le GHU
- Appliquer la procédure en matière de **gestion des traitements personnels**
- **Réaliser un inventaire au retour de permission des patients identifiés à risque suicidaires ?**

TS par intoxication
médicamenteuse

II - Conclusion de l'analyse de 8 REX de suicides aboutis entre 2009 et 2018 *

Puisque que la prédictibilité du suicide n'est pas satisfaisante, adopter le principe :

TOUS LES PATIENTS HOSPITALISÉS SONT À RISQUE SUICIDAIRE TOUT AU LONG DE L'HOSPITALISATION AINSI QU'À LA SORTIE, en particulier ceux présentant des ATCD de TS++

- **VIGILANCE CONSTANTE**
- Attention aux contextes de « vulnérabilité » institutionnelle
- Moyens létaux: **pendaison** et projection d'une hauteur
- **Le repérage de la crise suicidaire doit être tracé et transmis** entre médecins et soignants
- **Prévention = sécurisation du milieu hospitalier**
- **Formation** des équipes soignantes et **évaluation des pratiques**
- **Systématiser le partage d'expériences à travers les analyses post-événementielles (REX)**
- **Diffusion de recommandations de bonnes pratiques** en termes de prévention et postvention

* HAUSEUX PA, JOLLANT F, LAUNAY C Le suicide de patients hospitalisés en psychiatrie : analyse qualitative de huit cas à l'hôpital Sainte-Anne à Paris et recommandations. *Annales Médico-Psychologiques* 2020 178(7):783-791



III - Audit réalisé en 2020 sur des dossiers de 2019

Objectifs de l'audit : un état des lieux de la traçabilité du RS et de la prise en charge du patient avec RS

Chez les patients admis en hospitalisation adulte/pédopsy au GHU sur le dernier trimestre 2019 (durée > 7 jours) :

- **le taux de traçabilité de l'évaluation du risque suicidaire à l'accueil** du patient dans l'observation médicale d'entrée et le support du recueil
- **le taux de patients avec un risque suicidaire à l'entrée**

En cas de risque suicidaire :

- le **taux de prescription de la surveillance et sa fréquence** dans la journée
- la **fréquence de surveillance réalisée et tracée/ fréquence de surveillance prescrite**
- le **taux de transmissions infirmières** mentionnant le risque suicidaire
- le **taux de traçabilité de la mise en sécurité du patient et de la chambre**

Déroulement de l'audit et de l'élaboration du plan d'action

- Elaboration des **objectifs, des modalités et du questionnaire** d'audit
- Choix les dossiers : **Tirage au sort par le DIM de 10 dossiers par service**. Patients hospitalisés au sein des **20 services de psychiatrie adulte et de 2 services de pédopsychiatrie** sur une durée de plus de 7 jours au dernier trimestre 2019
- Réalisation de l'audit
- Analyse statistique de l'audit par la direction qualité
- **Constitution d'un groupe de travail EPP** : référents médicaux et paramédicaux ayant renseigné l'audit, Direction de la Qualité, Direction des soins et DIM
- **Travail du groupe EPP** :
 - échanges sur les pratiques
 - élaboration d'actions d'amélioration au regard des résultats de l'audit



Evaluation des dossiers



216 dossiers de patients évalués :

- L'ensemble des 22 services concernés ont répondu à l'enquête

Traçabilité de l'évaluation médicale du risque suicidaire : 81,5 %

- 2 types de support :
 - Questionnaire « Observation entrée » 78%
 - Texte libre dans Observation médicale 22 %

POINT DE VIGILANCE 1

Le taux de 100 % n'est pas atteint

POINT DE VIGILANCE 2

L'utilisation du questionnaire « Observation d'entrée » favorise la traçabilité du RS



Questionnaire accueil d'observation d'entrée

OBS. MED. PSY INITIALE HOSPI | PAGES OLIVIER (🔗) Né le : 20/09/1965 IPP : 333096876 | PEC : PT (S. 17-18) | UNITÉ : S. 17-18 HC RDC B. BALL | CH/LIT : 5/5 | Fermer ✕

Une évaluation du risque suicidaire est réalisée

Examen clinique entrée
OUI
NON
NA

Conclusion et conduite à tenir

Patient informé mode recours et hospitalisation

❓ Quest non opposition à la recherche a été réalisé *

AIDE

Valider

Patient présentant un risque suicidaire à l'entrée

- 56/216 patients (26%) présentent un risque suicidaire

POINT DE VIGILANCE 3

La comparaison des différents audits montre une augmentation des admissions de patients avec risque suicidaire

- 71,4 % des dossiers ont une prescription de consignes de surveillance sur 6 types de support

- 50 % « consignes de prise en charge »
- 20 % « consignes médicales »
- 15 % Observation médicale
- 18 % Prescription médicamenteuse
- 8 % Prescription médicale de soins (DPI)
- 3 % Prescription papier

Point de vigilance 4 :

29 % de patients avec RS n'ont pas de prescription de consignes de surveillance

Point de vigilance 5 :

Multiplicité des supports de prescription issus des habitudes antérieures

Patient présentant un risque suicidaire à l'entrée

- **67,9 % des dossiers présentent une transmission soignante du risque suicidaire** sur 2 types de supports :
 - 84% transmission ciblée
 - 26% macrocible admission
- **26 % des dossiers ont une traçabilité de la surveillance du risque suicidaire** (mais donnée peu exploitable du fait d'un changement de logiciel de prescription)

POINT DE VIGILANCE 6

32 % de patients avec RS n'ont pas de transmission paramédicale de risque suicidaire

POINT DE VIGILANCE 7 :

Pour 74 % de patients avec RS, la traçabilité de la surveillance de risque suicidaire n'est pas retrouvée

Traçabilité de la mise en sécurité du patient et de la chambre à J1 pour les sujets présentant un risque suicidaire

Mise en sécurité du patient

- **41 % présentent une traçabilité de la mise en sécurité du patient :**

- 3 supports différents utilisés :
 - transmissions ciblées
 - Inventaire
 - pancarte

POINT DE VIGILANCE 8 :
pas de traçabilité de la mise en sécurité du patient pour 59 % de patients avec RS

Mise en sécurité de la chambre

- **23 % présentent une traçabilité de la mise en sécurité de la chambre :**

- 2 supports différents utilisés :
 - transmissions ciblées
 - pancarte

POINT DE VIGILANCE 9 :
pas de traçabilité de la mise en sécurité de la chambre pour 77 % de patients avec RS

Gestes auto-agressifs réalisés chez les sujets présentant un risque suicidaire après leur admission

Sur les 56 patients présentant un risque suicidaire: **4 ont eu des gestes auto-agressifs** :

- J7, homme 16 ans tentative de strangulation avec un lacet interrompue par le sujet lui même
- J14 , femme 16 ans scarification bras et coups dans le mur
- J15, femme 23 ans, scarification ou phlébotomie ?
- J30 (2 jours après la sortie) : femme 17 ans scarification chez ses parents avant bras

Synthèse propositions d'amélioration

1. **Défaut de la traçabilité systématique du risque suicidaire dans l'observation médicale d'entrée : 18 %**
→ Généraliser l'utilisation d'un questionnaire d'observation à l'admission du patient
2. **Défaut de la prescription de consignes de surveillance et de la traçabilité de la surveillance**
→ Convenir d'une modalité unique de prescription de la surveillance sur l'ensemble du GHU permettant la traçabilité de leur réalisation par les soignants
3. **Défaut de transmission du RS dans les transmissions soignantes :**
→ Sensibiliser les équipes soignantes – formation aux transmissions ciblées
4. **Défaut de traçabilité de la mise en sécurité du patient et de la chambre :**
→ Adaptation Contexte et mise en pratique par équipe soignante
5. **Communication**
→ Adaptation de la procédure GHU sur PEC du RS avec un logigramme
→ Affichage de la PEC des patients avec RS dans les services
→ Intervention en CME et CSIRMT
→ Diffusion par le service de communication des actions engagées

Adaptations des pratiques

Médecins

Utilisation systématique d'un questionnaire d'observation d'entrée

Prescription des consignes de surveillance dans le DPI qui permet la traçabilité soignante

Inscrire une « alerte » dans le DPI

Soignants

Traçabilité du RS dans les transmissions soignantes à l'entrée

Traçabilité de la surveillance

Traçabilité de la mise en sécurité du patient et de la chambre

Support

Adaptation DPI

Adaptation de la procédure de PEC des patients avec RS

Affichage dans les services de la PEC des patients avec RS

COMMUNICATION

Date de création : XX/XX/2021		
Nature des modifications :		
Validation QUALITE : XX/XX/2021		
Rédaction	Vérification	Approbation
LAUNAY Corinne POIRIER Anne Médecins direction qualité	MUTABESHA Dunia Responsable de Qualité et de la Gestions des Risques	XXX XXX
Groupe de travail : XXX XXXX		
Validation en CME et CSIMRT : 7 octobre 2021		

1. Objet et domaine d'application

Cette procédure définit les modalités de l'accueil et du suivi d'un patient hospitalisé présentant un Risque Suicidaire : son évaluation et sa surveillance.

Personnel concerné	Tous les services d'hospitalisation en psychiatrie • Médecins • Internes • Cadres de santé • Infirmiers • Aides-soignants
--------------------	---

2. Définitions

TS : Tentative de suicide

RS : risque suicidaire

PEC : prise en charge

3. Responsabilités

L'application de cette procédure est sous la responsabilité du chef de service et du cadre de santé supérieur des services de soins. L'ensemble du personnel concerné doit s'y conformer.

4. Documents de référence

- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels (les articles R 4311-5 et 4311-6 du code de la santé publique), à l'exercice de la profession d'infirmier et aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières ;

Accueil et suivi d'un patient hospitalisé en psychiatrie :
évaluation et prise en charge en cas de risque suicidaire

QUI ?

soignant

Psychiatre

Psychiatre

Entrée du patient dans le service de soins

Retrait des objets dangereux

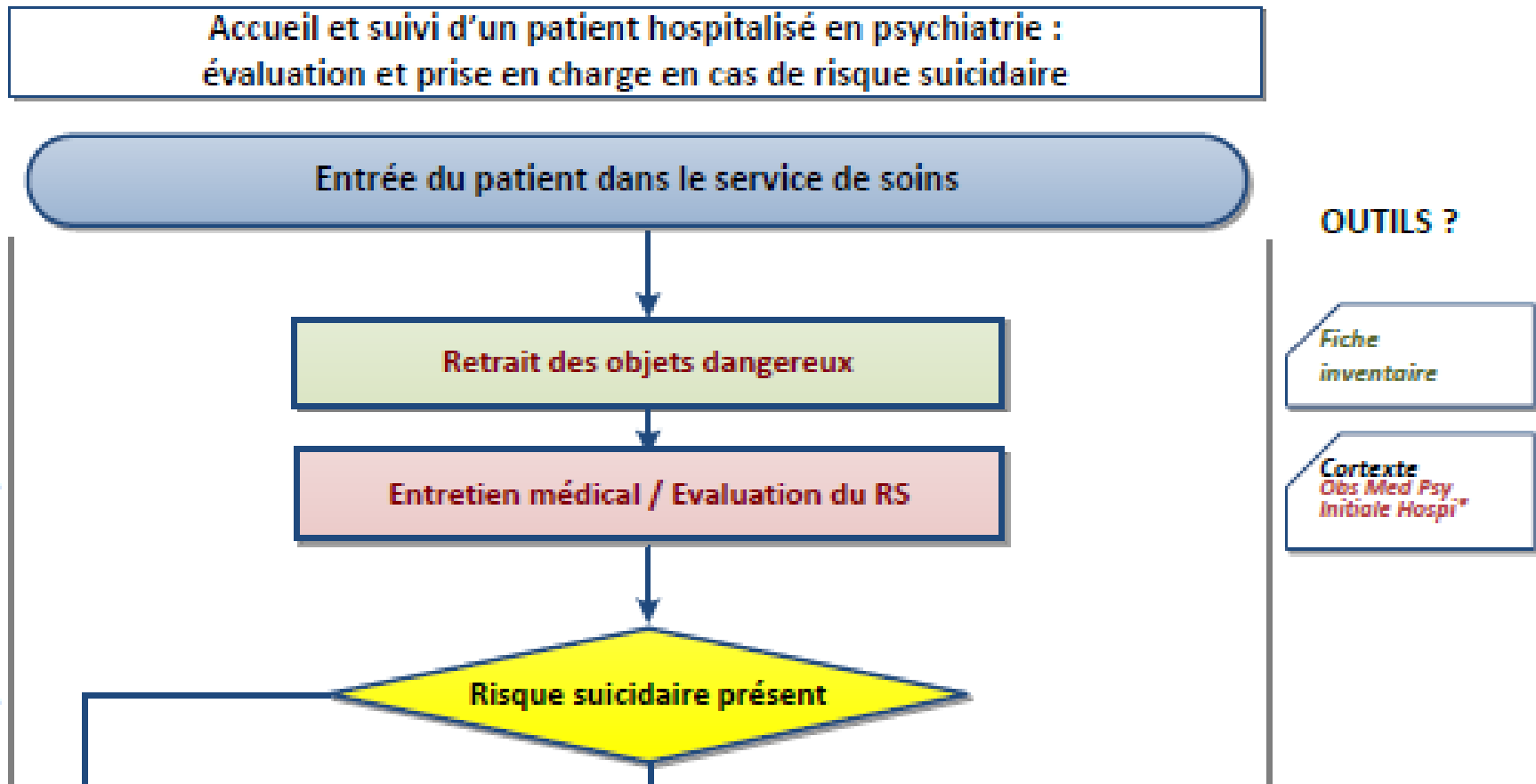
Entretien médical / Evaluation du RS

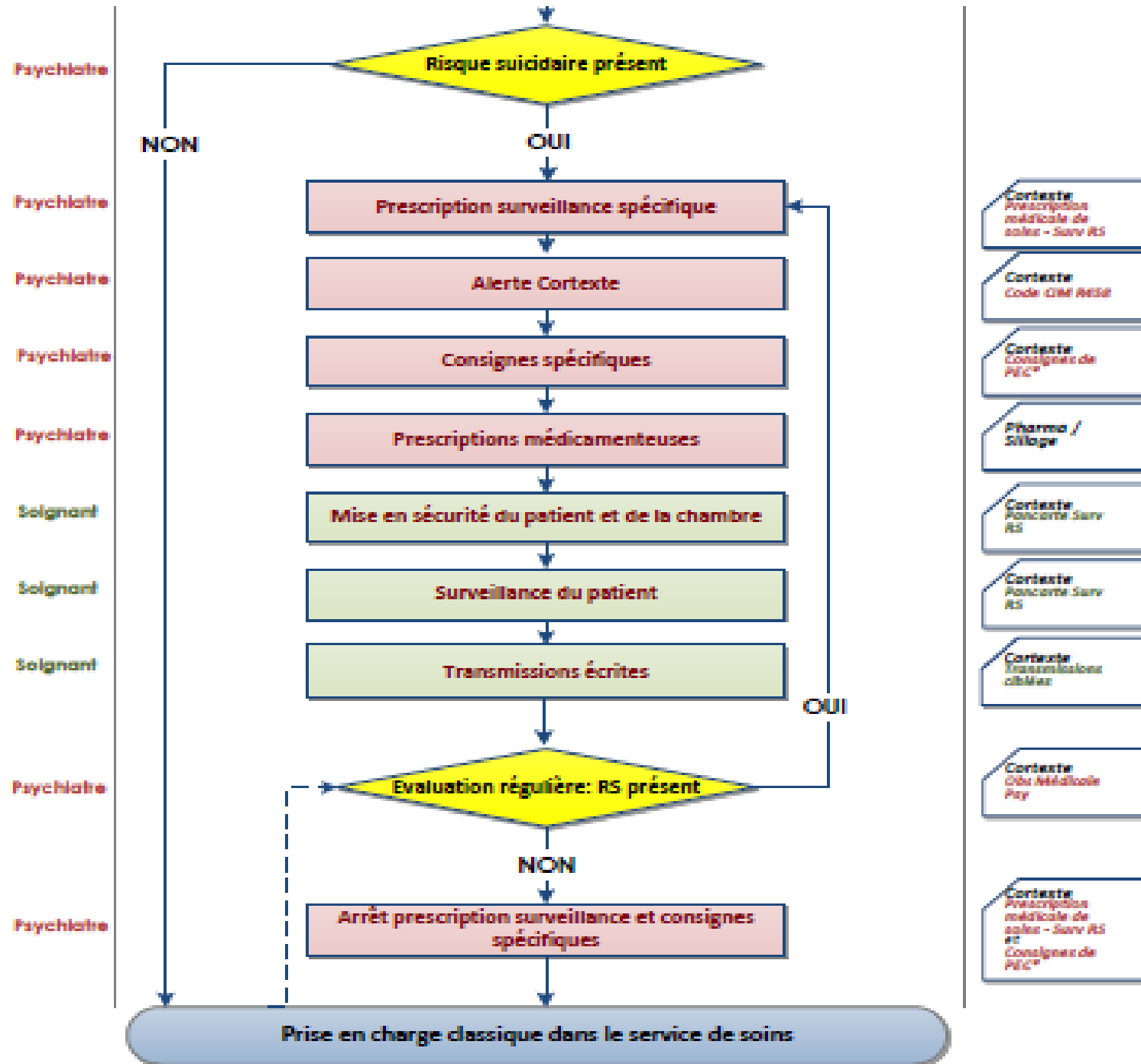
Risque suicidaire présent

OUTILS ?

Fiche
inventaire

Cortexte
Obs Med Psy
Initiale Hospi[®]





Accueil et suivi d'un patient hospitalisé en psychiatrie présentant un risque suicidaire

Pour tout patient admis dans le service

- **Retrait des objets dangereux jusqu'à l'évaluation médicale** (objets piquants-coupants-tranchants)
- **Évaluation de la présence ou non d'un risque suicidaire.** Pour une aide à l'évaluation : se référer au « Guide sur l'évaluation du risque suicidaire - GHU PEC SOIN FOR 009 »
- Selon l'évaluation clinique et discussion d'équipe, remise de certains objets.
- Une **attention** de l'ensemble du personnel est demandée (ASH, AS, IDE, ...)

A l'entrée du patient lorsqu'il existe un risque suicidaire

- Discuter l'indication d'un **traitement à visée anxiolytique et sédatif** par le médecin
- Si possible, **installation du patient à proximité du poste de soins**
- **Mise en sécurité du patient : Inventaire minutieux avec retrait des objets dangereux**, c'est à dire : médicaments, ceinture, lacets, cordons électriques, chargeur de portable, objets piquant-coupants-tranchants, couverts, sac plastique/poubelle, objets/bouteilles en verre, canettes, lames de rasoir, paire de ciseaux, armes blanches, pince à épiler, miroir, parfum ou autres cosmétiques, écouteurs, briquets, barrette, piles, stylo, crayon, aiguille, bijoux (colliers ...) ; les objets retirés sont notés dans l'inventaire.
- Ne pas laisser à portée de main de **solution hydro alcoolique** ;
- **Mise en sécurité de la chambre et de la salle de bain** : faire un état des lieux de la chambre, retirer les mobiliers et objets dangereux, vérification de la fermeture fenêtre et du placard (ne pas laisser l'entrebâillement) ;
- **Vérification des antécédents de passages à l'acte** éventuels auprès du patients et/ou de l'entourage et des médecins afin d'évaluer le degré d'importance du risque suicidaire ;
- **Fréquence de surveillance** : passage dans la chambre toutes les heures le jour et la nuit au minimum. La nuit, prendre en compte le risque de recrudescence anxieuse et si nécessaire augmentation de la vigilance.
- **En cas de risque suicidaire très important** :
 - discuter la mise en **pyjama**
 - **Fréquence de surveillance** en décalé toutes les 15 à 30 minutes.

Éléments à noter dans CORTEXTE par le médecin

- Évaluation du risque suicidaire : **questionnaire « Obs. Med. Psy Initiale Hospi »**
- Prescription de la surveillance : **prescriptions médicales de soins**
- Prescription des consignes : **questionnaire « Consignes de prise en charge »**
- Noter une **alerte** via le codage CIM 10 : **R458**

Pendant toute la durée de l'hospitalisation

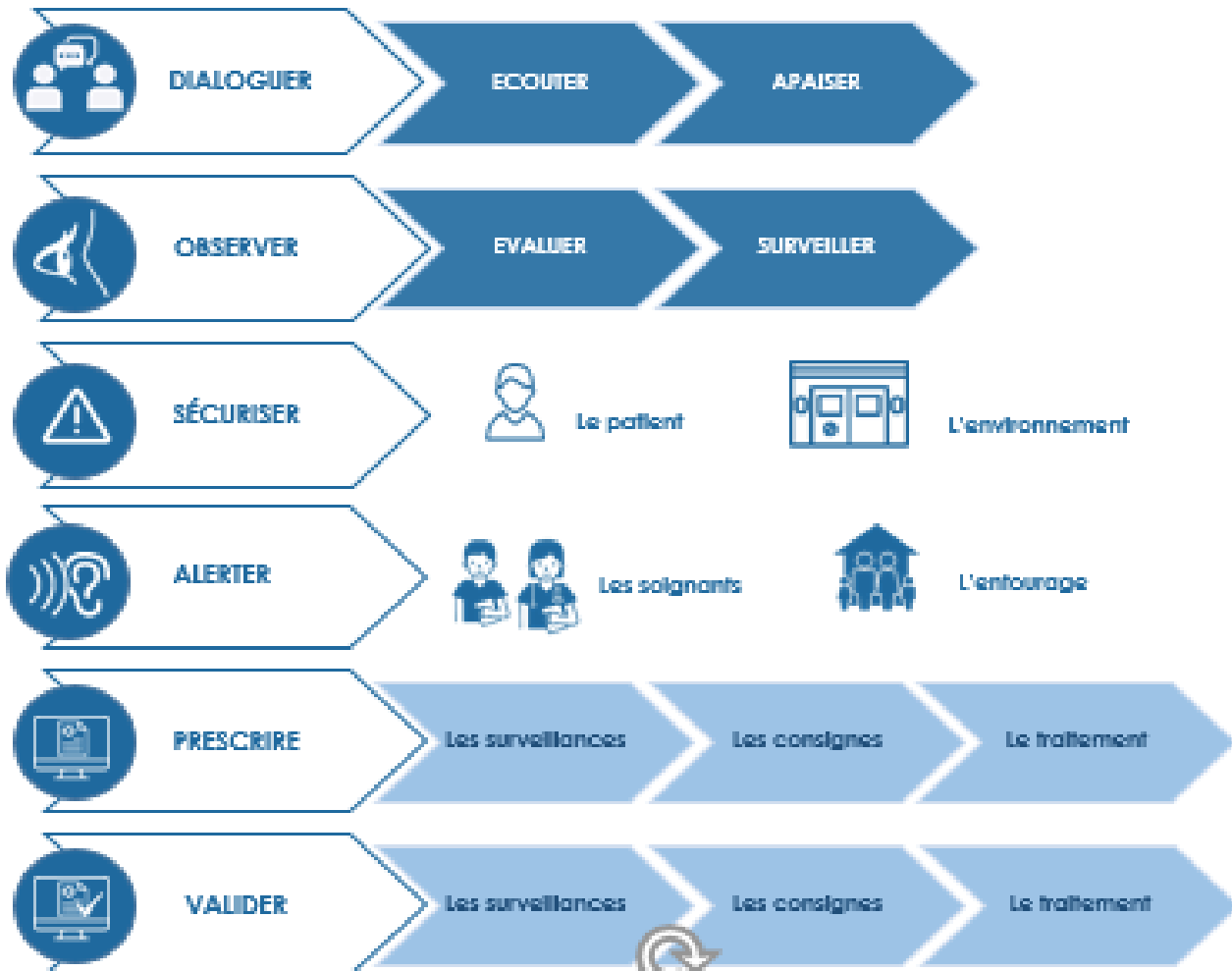
- **Transmission du risque suicidaire à tous les membres de l'équipe** médicale, paramédicale, ainsi qu'aux agents hospitaliers ;
- **Surveillance assidue du patient** par un passage dans sa chambre : au moins une fois par heure, en relais avec l'équipe
- **Tentatives de dialogue plus approfondi** avec le patient afin d'évaluer l'importance de ses idées suicidaires et de le réassurer : lui montrer qu'on a entendu sa souffrance, présence, disponibilité, écoute, empathie, authenticité, ...
- **Surveillance des repas par une présence soignante** : soit en salle à manger (compter les couverts), soit en chambre (prédécouper les aliments et donner une cuillère comme unique couvert) ;
- **Observation et analyse du comportement du patient** : être en alerte devant les comportements suivants tels que mutisme, pleurs, tristesse, reste en retrait ou trop longtemps dans sa salle de bains, fuyant avec l'équipe et les autres patients ou, au contraire, trop euphorique,
- **Expliquer au patient l'ensemble de la démarche** visant à le protéger ;
- **Recommander au patient de s'adresser au personnel soignant** en cas d'accentuation de ses idées suicidaires ou de tension psychique trop forte.
- **Prise de contact avec l'entourage** (quand cela est possible) afin d'établir un lien de confiance avec eux (écoute de leurs observations, transmission éventuelle de propos inquiétants, ...), les informer du risque suicidaire et de son évolution, des mesures de prévention prises par l'équipe, les impliquer dans l'organisation des permissions et de la sortie du patient ;
- **Être vigilant concernant les objets apportés par l'entourage** ou par les autres patients (briquet, rasoir...)
- **Surveillance de l'observance des traitements** afin d'éviter les stockages de médicaments ;
- **Les autorisations de sortie** sont déterminées par le médecin selon l'état du patient, dans un contexte du risque suicidaire élevée, les sorties de l'unité non accompagnées doivent être proscrites (sauf cas très particulier et expliqué dans le dossier) ;
- **Prévenir le médecin en cas d'aggravation** de l'état afin de réajuster les modalités de surveillance si nécessaire ;
- **Réévaluation de la surveillance et des consignes** en regard des évaluations effectuées en équipe au minimum quotidiennement et réajustement si besoin.

Éléments à noter dans CORTEXTE par le soignant

- **Transmission ciblée** du risque suicidaire
- **Validation** dans la **pancarte des surveillances** et des **mises en sécurité du patient et de la chambre**

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PRÉSENTANT UN RISQUE SUICIDAIRE

PROJET d'AFFICHE
pour les services



Ce guide, destiné à aider le soignant dans l'évaluation du risque suicidaire, a retenu des extraits du texte de la conférence de consensus de l'ANAES ainsi que des échelles cliniques d'évaluation du risque suicidaire.

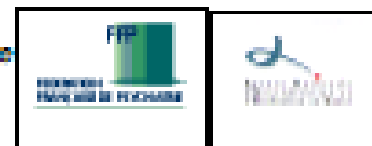
Le groupe de travail d'Évaluation de Pratiques Professionnelles, en accord avec les données de la littérature scientifique, tenait à rappeler que ces échelles sont des outils parmi d'autres, qu'elles peuvent être un support ou un pense bête. En aucun cas, ces échelles ne doivent se substituer à l'évaluation clinique globale aboutissant à la prise de décision quant aux soins à organiser. Ce guide est donc un support, une aide à la pratique clinique sans se substituer à cette pratique.

Conférence de consensus de l'ANAES « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » octobre 2000 [EXTRAIT]

Cette conférence concerne aussi bien les patients vus en médecine générale

Le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur différentes manifestations :

- l'expression d'idées et d'intention suicidales,
- des manifestations de crise psychique,
- dans un contexte de vulnérabilité.



A - reconnaître la crise

Chez un patient connu

1. Patient ayant des troubles psychiatriques (troubles anxio-dépressifs, troubles de la personnalité, conduites addictives, etc.) une aggravation récente des troubles, perçue par le patient ou son entourage.

2. Patient sans troubles psychiatriques préalables :

- symptomatologie physique inexpliquée, pouvant masquer un état dépressif
- événement vécu comme stressant
- conduite inhabituelle
- changement de tonalité dans la relation avec le médecin ou avec l'entourage
- le contexte peut être la survenue d'une pathologie organique à retentissement vital ou à impact déstabilisant.

Chez un patient peu ou pas connu, l'attention peut être attirée par :

- un changement récent de praticien
- un motif d'appel ou de consultation pas clair
- un état d'agitation ou de stress



IV - Autres dispositifs de prévention et postvention

- **Améliorer l'identification des patients à risque**
 - Formation des soignants
- **Réduction de l'accès à des moyens létaux**
 - Equipement de couvertures et tenues de sécurité et de briquets sécurisés
 - Améliorer l'inventaire des objets rapportés lors des retours de permission
 - Réduction des points d'accrochage
- **Préparation de la sortie**
 - Préparer la sortie du patient avec lui et son entourage
 - S'assurer d'un RDV proche de la sortie d'hospitalisation
 - Ordonnance de traitement de courte durée remise à la sortie
 - Informer l'entourage des précautions à prendre
 - Pochette de sortie avec numéros d'appel du service en cas d'urgence
 - Inscription dans le programme Vigilans
- **Améliorer la postvention**
 - Soutien de l'entourage du patient
 - Debriefing et soutien collectif +/- individuel des membres de l'équipes soignantes (psychologue du service de santé au travail, cellule de prévention des risques)
 - Réalisation de REX après chaque suicide

Conclusion

- **Le suicide n'est pas une fatalité, il est essentiel de développer la prévention et la postvention**
- **Importance d'un travail collectif pour améliorer la prise en charge associant :**
 - Equipes sur le terrain
 - Différentes directions
 - de la qualité
 - des soins
 - de l'information médicale
 - de la formation continue
 - des ressources humaines
 - des travaux et maintenance
 - des achats
 - ...
- **Etendre avec les équipes d'extra-hospitalier ce travail sur la prévention du suicide**