

Suicides et tentatives de suicide

Questionnaire complémentaire pour l'analyse approfondie des causes

Contexte

En France, chaque année, environ 5 à 6,5% des suicides se déroulent en établissement de santé, dont environ un tiers dans les établissements non psychiatriques. L'incidence du suicide en milieu hospitalier est estimée à 250 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux psychiatriques, et à 1,8 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux généraux, soit quatre à cinq fois plus qu'en population générale¹.

Les suicides sont un des événements indésirables les plus fréquemment remontés à la Haute Autorité de Santé dans le cadre du dispositif de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en France (439 suicides sur 2007 EIGS reçus de 2017 à 2019)².

L'impact émotionnel d'un décès par suicide au sein d'une unité de soin est important. Il renvoie en effet les professionnels à de nombreux questionnements en lien avec leur responsabilité, tant soignante que hiérarchique, leurs compétences professionnelles, voire leur propre mort. La découverte du corps, parfois encore vivant, est un moment critique qui peut conduire à une réponse désorganisée de l'équipe soignante non préparée à ce type d'évènement, notamment aux premiers secours, et une exposition des autres patients / résidents de l'unité qu'il faudra ensuite accompagner. L'information des proches est un moment sensible auxquels de nombreux médecins, notamment en santé mentale, ne sont pas préparés³. L'absence de formation à la postvention⁴ combinée à la crainte de recherche de responsables facilite le recours à une attitude fataliste et à une tendance à « passer à autre chose » sans recours à une Revue de Morbidité Mortalité.

La prédictibilité d'un passage à l'acte suicidaire est très difficile⁵. Par ailleurs, empêcher le passage à l'acte n'est pas toujours possible, malgré des conditions de soins, de communication et de sécurité optimales⁶. Toutefois, la prévention du suicide en établissement de santé semble fortement améliorée. Selon une étude réalisée dans les Hauts-de-France, les actions de repérage du risque suicidaire et de prévention sont relativement peu utilisées. La prévention peut être améliorée par différentes mesures : l'optimisation du repérage et de la prise en charge des patients / résidents à risque suicidaire, la sécurisation de l'environnement et de l'équipement, la formation des équipes soignantes, l'implication du patient / résident et de son entourage dans les soins, et la préparation des sorties

¹ Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. *Encephale* 2010;36 Suppl 2;s83-91.

² HAS. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel 2019 ; décembre 2020

³ Jollant F, Le suicide, comprendre pour aider l'individu vulnérable, Edition Odile Jacob, 2015 266 pages,.

⁴ Postvention : ensemble des activités développées par, avec ou pour les personnes ayant été exposées au suicide dans le but de faciliter la rémission après un suicide et de prévenir les conséquences néfastes dont les comportements suicidaires

⁵ Fahy TJ, Mannion L, Leonard M, Prescott P. Can suicides be identified from case records? A case control study using blind rating. *Arch Suicide Res* 2004;8:263-9.

⁶ Wolfersdorf M, Vogel R, Vogl R, et al. Suicide in psychiatric hospitals : Results, risk factors and therapeutic measures. *Nervenarzt* 2016;87:474-82.

(permission puis fin d'hospitalisation). La formation est essentielle dans la mesure où plusieurs études ont montré la difficulté de nombreux professionnels à explorer le risque suicidaire. Enfin, il apparaît important de développer les pratiques de postvention, qui sont les mesures à prendre après un passage à l'acte suicidaire dans un établissement (développement du partage d'expérience, amélioration du soutien aux autres patients / résidents et aux soignants de l'unité, ainsi qu'à l'entourage)⁷.

Objectifs

Ce document a pour objectif d'aider à réaliser une analyse approfondie des causes en équipe suite à la survenue d'un suicide ou d'une tentative de suicide, quel que soit le type de structure.

L'analyse approfondie des causes est basée sur l'utilisation de méthodes connues, comme par exemple la méthode ALARM. Les éléments abordés dans ce document prennent en compte la spécificité de cette situation. Ils explorent au niveau individuel le passage à l'acte d'un sujet, et au niveau collectif, les mesures institutionnelles.

Ce document a également pour objectif d'analyser la qualité des mesures immédiates.

Il aborde les éléments suivants :

- L'évaluation du risque suicidaire
 - o La recherche des éléments contextuels chez le patient/résident
 - o L'évaluation du risque suicidaire à l'admission
 - o L'évaluation du risque suicidaire durant le séjour
- Les mesures institutionnelles
 - o Les équipements
 - o La formation des professionnels
 - o La postvention
- Les mesures spécifiques mises en place en cas d'identification du risque suicidaire
 - o La surveillance
 - o Le traitement médicamenteux
 - o Le suivi et prise en charge pluridisciplinaire au cours du séjour
- Les mesures mises en œuvre au décours et après le geste suicidaire
 - o La prise en charge de l'urgence en lien avec une conduite suicidaire
 - o Les aspects médico-légaux
 - o L'information et le soutien de l'entourage et des autres patients / résidents
 - o Le soutien aux équipes
 - o Le débriefing

Cette analyse est à réaliser préférentiellement de manière pluridisciplinaire. Les problématiques identifiées pourront ainsi vous aider à définir des actions d'amélioration en termes de prévention et de prise en charge.

Ce document a été rédigé avec la collaboration du Pr Fabrice Jollant (Université de Paris, GHU Paris Psychiatrie et neurosciences, Clinique Universitaire de Jena - Allemagne, CHU de Nîmes, Université Mc Gill, Montréal - Canada).

⁷ 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 ;178:783-91.

| 1. L'évaluation du risque suicidaire | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.1 La recherche des éléments contextuels chez le patient/résident | |
| | Commentaires |
| Des événements de vie significatifs sont-ils survenus les semaines ou les jours précédant le suicide ou la tentative de suicide : événements touchant la vie personnelle / relationnelle et / ou sociale / professionnelle (par exemple : isolement social, contexte COVID, perte de sens, perte d'emploi, séparation, procédure légale, deuil, invalidité, perte d'autonomie, entrée en institution, annonce d'une maladie grave...) ? | |
| Des signes de souffrance psychique (verbaux et non verbaux) ont-ils été recherchés chez le patient/résident (négligence par rapport à sa propre personne, refus de soins, d'alimentation, non observance du traitement, désinvestissement... ? | |
| Une pathologie psychiatrique, actuelle et passée, a-t-elle été recherchée ? Si oui, une décompensation récente a-t-elle été observée ? | |
| Des pathologies somatiques pouvant majorer le risque suicidaire ont-elles été mises en évidence (hyperthyroïdie, pathologie neurologique... et pathologies invalidantes, handicapantes, douloureuses, défigurantes, etc.) ? | |
| 1.2 L'évaluation du risque suicidaire à l'admission | |
| Le recueil de données était-il exhaustif et accessible (dossier du patient/résident, CRH complet, lettres de liaison, etc.) pour réaliser l'évaluation du risque suicidaire ? | |
| Une évaluation du risque suicidaire a-t-elle été réalisée à l'admission ? Par qui ? | |
| L'évaluation a-t-elle été réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation du risque suicidaire (échelle R-U-D : Risque-Urgence-Dangerosité) ou d'une échelle (échelle d'idéation suicidaire de Beck, échelle d'incidence de la suicidalité, échelle COQ ⁸ ...) ? | |
| Y a-t-il eu un geste suicidaire, des pensées ou idées/intentions suicidaires, un plan pour un passage à l'acte, des signes avant-coureurs, des automutilations, dans le passé, dans les dernières semaines, les derniers jours ? | |
| Les facteurs de risque suicidaire ont-ils été collectés (maladie mentale, abus d'alcool ou de substance, traits de personnalité impulsive/agressive/pessimiste, événements de vie difficiles récents, antécédents personnels de TS, antécédents familiaux de suicide et TS...). Cette évaluation était-elle suffisante ? | |

⁸ COQ : Comment comptes-tu te suicider, Où comptes-tu te suicider et Quand comptes-tu le faire?

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| L'urgence a-t-elle été évaluée (idées suicidaires verbalisées ou suspectées, changement de comportement, messages indirects, souffrance psychique, sentiment d'impasse, de désespoir, état mental actuel du sujet...) ? Cette évaluation était-elle suffisante ? | |
| La dangerosité a-t-elle été évaluée (disponibilité d'un moyen léthal et niveau de létalité du ou des moyens), notamment à l'occasion de permission ? Cette évaluation était-elle suffisante ? | |
| Les évaluations ont-elles fait l'objet d'une analyse pluridisciplinaire ? L'ensemble des professionnels du service est-il informé du niveau de risque ? | |
| Les proches ont-ils été interrogé à l'admission sur un éventuel risque suicidaire du patient/résident ? | |
| En psychiatrie, un entretien a t'il été réalisé à l'admission par un psychiatre ? Dans les autres secteurs de soins, une évaluation psychologique ou psychiatrique a-t-elle été demandée et réalisée ? | |
| Un examen somatique a-t'il été réalisé ? Quelles en ont été les conclusions ? | |
| Quels éléments de l'évaluation ont été sous-estimés selon vous ? | |
| 1.3 L'évaluation du risque suicidaire durant le séjour | |
| L'évaluation du risque suicidaire a-t-elle été réitérée à plusieurs reprises chez le patient/résident ? | |
| La fréquence d'évaluation était-elle adaptée au risque suicidaire ? | |
| Les évaluations ont-elles fait l'objet d'une analyse pluridisciplinaire ? L'ensemble des professionnels du service a-t'il été informé du niveau de risque ? | |
| Des incidents particuliers sont-ils survenus au cours de la prise en charge du patient/résident avant la survenue du passage à l'acte (visite / rencontre avec la famille et l'entourage, conflits interpersonnels, frustrations, information sur son environnement professionnel ou scolaire, etc.) ? | |
| Les proches ont-ils été interrogés au cours du séjour sur un éventuel risque suicidaire ou ont-ils informé l'équipe de leur connaissance d'un risque de passage à l'acte ? | |

| 2. Les mesures institutionnelles | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2.1 Les équipements | |
| L'installation du patient/résident dans sa chambre et la disposition des locaux permet-elles de respecter les mesures de prévention ? | |
| Des moyens techniques (vidéosurveillance des espaces communs...) permettent-ils une surveillance adaptée au risque suicidaire ? | |
| Les équipements disponibles permettent-ils de réduire l'accès aux moyens létaux : mobilier anti-suicide (douche, protection des moyens de pendaison, penderie adaptée, poignées adaptées...), blocage de l'ouverture des fenêtres, cordons de téléphone courts, etc. ? | |
| Des matériels de prévention spécifiques sont-ils disponibles si besoin (kit « anti-suicide », linge (couverture, draps, pyjama), etc.) ? Si oui, ces matériels ont-ils été prescrits et mis en œuvre ? | |
| 2.2 La formation des professionnels | |
| Une formation spécifique au risque suicidaire (évaluation du risque, facteurs déclenchants, prise en charge, intervention lors de crise suicidaire) est-elle réalisée régulièrement ? - En psychiatrie : pour l'ensemble des professionnels, les nouveaux arrivants, les intérimaires ? - Dans les autres types de structure : pour un professionnel référent ? | |
| Les professionnels sont-ils formés à l'utilisation du matériel de prise en charge des urgences vitales en cas de conduite suicidaire (chariot ou sac d'urgence, oxygénothérapie, défibrillateur) ? | |
| Les professionnels sont-ils formés à la prise en charge d'une urgence selon les différents modes opératoires des conduites suicidaires (pendaison, auto-intoxication médicamenteuse, défenestration, phlébotomie...) ? | |
| Des exercices de simulation ou des remises à niveau sont-elles réalisées à intervalle réguliers ou en fonction de changements spécifiques (nouveaux professionnels, nouveaux aménagements, remplacement de matériels) ? | |
| 2.3.2 La postvention* | |
| Un dispositif de postvention est-il organisé pour soutenir et accompagner les professionnels confrontés à ces événements graves ? | |
| Des professionnels de l'institution sont-ils formés à la postvention ? | |

* Postvention : ensemble des activités développées par, avec ou pour les personnes ayant été exposées au suicide dans le but de faciliter la rémission après un suicide et de prévenir les conséquences néfastes dont les comportements suicidaires

| 3. Les mesures spécifiques mises en place en cas d'identification du risque suicidaire | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 3.1 La surveillance | |
| Une surveillance spécifique a-t-elle été prescrite ? | |
| Si oui, la fréquence et les tranches horaires étaient-elles adaptées ? | |
| Si oui, la surveillance a-t-elle été réalisée et tracée selon la prescription ? | |
| Si oui, les horaires de passages de surveillance sont-ils suffisamment irréguliers pour éviter au patient / résident de les repérer ? | |
| Une surveillance accrue a-t-elle été prescrite suite à une réflexion pluridisciplinaire portant sur des situations présentant un risque potentiellement élevé : admission, levée de contention ou d'isolement, permission, sortie, etc. ? | |
| Des actions de prévention d'un passage à l'acte suicidaire ont-elles été prescrites : inventaire et retrait des objets personnels à risques, retrait de tous les câbles/cordons, retrait des objets à risques accessibles en chambre ou dans l'unité, restriction d'accès à certains lieux, restriction d'accès à certaines affaires personnelles... ? | |
| Si oui, ces actions de prévention ont-elles été mises en œuvre ? | |
| L'organisation des soins permet-elle d'assurer une surveillance spécifique en plus de la surveillance globale, telle que la vérification de la présence aux repas, etc. ? | |
| 3.2 Le traitement médicamenteux | |
| Le traitement psychotrope a-t-il été prescrit et adapté au cours du séjour ? | |
| Si oui, une adaptation du traitement anti-dépresseur et/ou thymorégulateur et/ou antipsychotique a-t-elle été mise en œuvre au cours du séjour ? | |
| Si oui, cette adaptation a-t-elle été accompagnée par un traitement symptomatique anxiolytique et/ou sédatif et/ou hypnotique ? | |
| L'observance du traitement était-elle certaine en amont de l'hospitalisation, depuis l'admission, dans les jours précédant la survenue du décès ? | |
| Des traitements psychotropes (anxiolytiques, neuroleptiques...) étaient-ils prescrits en « si besoin » ? | |
| Si oui, la demande pour la prise des « si besoin » a-t-elle augmenté dans les jours précédant le passage à l'acte ? L'administration des prescriptions « si besoin » était-elle régulièrement suivie au niveau infirmier et médical (observation de tendances mettant en évidence la majoration ou la minoration des prises) ? | |

| 3.3 Le suivi et prise en charge pluridisciplinaire au cours du séjour | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Le patient / résident a-t-il bénéficié d'un avis ou d'un suivi psychiatrique ? Si non, quelles difficultés ont été rencontrées ? | |
| En psychiatrie : un entretien infirmier psychiatrique a-t-il été régulièrement effectué ? | |
| Les relations entre patient et professionnels permettaient une alliance thérapeutique favorisant l'implication du patient / résident dans son projet de soins ? | |
| Si non, des adaptations de la prise en charge ont-elles été proposées : suivi par un infirmier ou un psychiatre différent, mise en place d'un suivi psychologique, etc.) ? | |
| Un suivi psychologique lui a-t-il été proposé ? | |
| Si oui, a-t-il été mis en œuvre régulièrement ? | |
| Un suivi social (concernant des aides sociales, la situation professionnelle ou scolaire, la situation familiale, le logement, etc.) a-t-il été proposé ? | |
| Si oui, ce suivi social a-t-il été mis en œuvre régulièrement ? | |
| Un entretien familial a-t-il été réalisé ? | |
| Une synthèse pluridisciplinaire était-elle effectuée régulièrement, permettant l'échange des informations nécessaires entre les différents professionnels au repérage du risque suicidaire ? | |

| 4. Les mesures mises en œuvre au décours et après le geste suicidaire | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 4.1 La prise en charge des urgences en lien avec une conduite suicidaire | |
| Existe-t-il un protocole de prise en charge des urgences immédiates spécifiques aux modes opératoires des conduites suicidaires (pendaison, auto-intoxication médicamenteuse, défenestration, phlébotomie) ? Était-il connu par les professionnels ? | |
| Le matériel de prise en charge des urgences vitales spécifique en cas de conduite suicidaire était-il facilement accessible et son emplacement est-il connu de tous ? | |
| Les professionnels ont-ils maîtrisé la situation ? | |

| 4.2 Les aspects médico-légaux | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Après le constat du décès, la conduite à tenir a-t-elle été respectée ⁹ (obstacle médico-légal, signalement à la police et au procureur, les mesures conservatoires) ? | |
| 4.3 L'information et soutien de l'entourage et des autres patients / résidents | |
| En cas de décès, l'entourage a-t-il été informé rapidement ? | |
| Les professionnels, notamment les médecins, sont-ils formés à l'annonce d'un dommage ? | |
| En cas de tentative de suicide, l'entourage a-t-il été informé, après concertation avec le patient / résident ? | |
| Un soutien psychologique a-t-il été proposé à l'entourage suite à la survenue du suicide ou de la tentative de suicide ? | |
| Un temps de parole ou d'échange a-t-il été proposé aux autres patients / résidents sur l'événement ? (Temps d'échange soignant-soignés) | |
| 4.4 Le soutien des équipes | |
| Après la survenue du suicide ou de la tentative de suicide, une organisation pour permettre de verbaliser les émotions et favoriser la décharge émotionnelle (défusing) a-t-il été réalisé en interne rapidement, avec les membres de l'équipe présents, si possible par un professionnel externe au service (psychologue, médecin du travail, CUMP...) ? | |
| Un accompagnement et/ou un soutien psychologique ont-ils été proposés aux professionnels de l'équipe pour gérer les conséquences éventuelles (accompagnement à la gendarmerie, entretien avec l'entourage, etc.) ? | |
| 4.5 Le débriefing | |
| Un débriefing a-t-il été rapidement réalisé pour faire le point sur la gestion de la situation (déclarations internes et externe, mesures de soutien pour le personnel, information du patient / résident et/ou de son entourage ...) ? | |
| Ce débriefing a-t-il permis d'établir la chronologie de l'événement, décrire le mode opératoire, analyser les causes immédiates et définir les mesures prioritaires à prendre pour éviter la récurrence d'un événement similaire ? | |

⁹ Toute mort violente, inattendue ou suspecte doit être signalée aux autorités judiciaires par l'intermédiaire du certificat de décès : c'est la fonction de l'obstacle médico-légal à l'inhumation. Il est du devoir du médecin. L'Ordre National des Médecins a réprécisé ces indications en janvier 1999, en établissant une liste de recommandations plus exhaustive. Celle-ci préconise la pose de l'obstacle médico-légal dans les cas de mort violente et suspecte (suicide), mort engageant une responsabilité (accident de la circulation, exercice médical), mort mettant en jeu une législation particulière (accidents du travail, maladies professionnelles, pension militaire), et mort subite de l'adulte ou de l'enfant.