

Prévention du risque suicidaire en établissements spécialisés en santé mentale

Retours d'expérience et actions d'amélioration post EIGS

Marielle Guillaud Directrice Clinique et Françoise Wagnier Responsable QGDR et SI Clinique les Thermes de Saujon (17)

Arnaud Fillon Ingénieur responsable QGDR Centre Hospitalier de Cadillac (33)

Martine Jourdain Bernard cheffe de projet, secteur médico-social CCECQA

Muriel Zago chargée de Mission EIGS CCECQA

Programme

- Contexte et statistiques
- Retour d'expérience de la Clinique les Thermes de Saujon
- Retour d'expérience du CH de Cadillac
- Risque suicidaire en ESM : les enseignements de la dynamique autour de l'iso-contention
- Ressources
 - Echelles et grilles d'évaluation du risque suicidaire
 - Bibliographie
- Prochains rendez vous

Webinaires et podcast santé mentale CCECQA

- Webinaire 25 novembre 2022 : Les suicides en établissement de santé mentale
- Webinaire 7 mars 2023 : EIGS et effets indésirables des médicaments psychotropes
- Podcast : EIGS contention et isolement Podcast

<https://www.ccecqa.fr/formez-vous/ccecqa-studio>

Contexte

- **Selon les dernières estimations de l'OMS**, le suicide reste l'une des principales causes de décès **dans le monde**, parues dans la publication « Suicide worldwide in 2019 » :
 - En 2019, plus de 700 000 personnes se sont suicidées : soit un décès sur 100.
 - Chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, le suicide est la quatrième cause de décès après les accidents de la route, la tuberculose et la violence interpersonnelle.
 - Le suicide reste encore aujourd'hui un sujet tabou alors qu'il s'agit d'une **mortalité évitable**.
-
- **En France**, en 2021 il représente 9 200 décès par an, **soit 3 fois plus de décès que les accidents de la route**.
 - Le taux de suicide est l'un des plus élevés d'Europe : 12,5 décès pour 100 000 habitants pour une moyenne européenne de 10,3/100 000 habitants

Rapport HAS juillet 2022 : Suicide en milieu de soins

La Haute autorité de santé a analysé 795 cas de suicides et tentatives de suicides - déclarés dans le cadre du dispositif national de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins - entre mars 2017 et juin 2021.

Elle publie un [rapport](#) d'analyse et ses préconisations aux établissements ainsi qu'un Flash sécurité patient », illustré par quatre cas.

Préconisations

Les trois causes profondes récurrentes identifiées par les équipes dans les déclarations de cas de suicides et tentatives de suicide sont le **manque de sécurisation des locaux, l'absence d'évaluation du risque suicidaire et les défauts organisationnels**

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_sucides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juillet_2022.pdf

Au CCECQA : Bilan des Analyses Approfondies des Causes (AAC) d'un suicide /tentatives de suicide

- Depuis 2011 jusqu'à décembre 2022 : 53 analyses concernant des suicides ou des tentatives de suicide en établissements de santé ont été réalisées
- Ces 53 EIGS ont été déclarés à l'ARS selon le décret du 25 novembre 2016 et ont été analysées en équipe grâce à la méthodologie ALARME

Un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) est un événement **inattendu** au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont **le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent**, y compris une anomalie ou une malformation congénitale (art. R. 1413-67 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016)

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/signaler-un-evenement-indesirable-grave-associe-aux-soins-eigs>

Témoignage d'une Directrice d'établissement **Madame Marielle Guillaud**

Témoignage d'une responsable qualité et gestion des
risques et systèmes informatiques

Madame Françoise Wargnier

Clinique Les Thermes de Saujon (17)



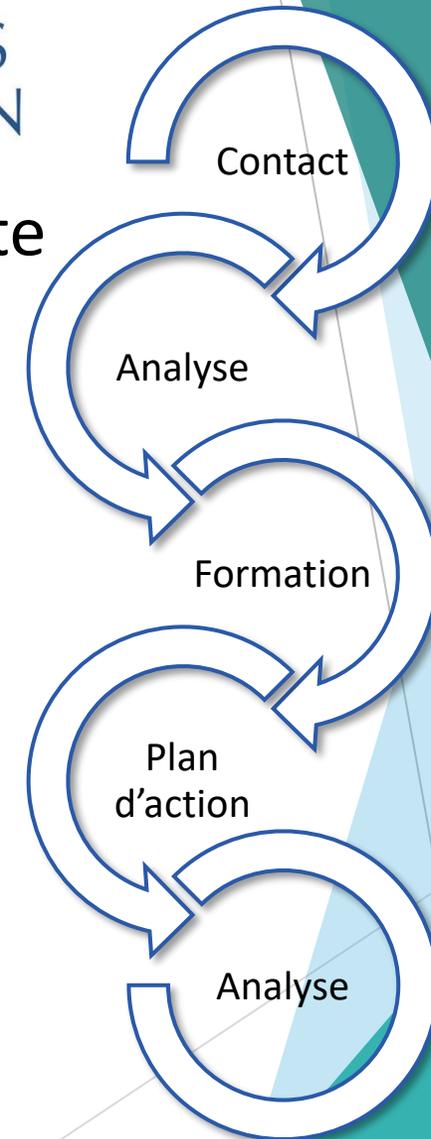


Santé mentale et EIGS - CCECQA

VENDREDI 2 JUIN 2023

Le parcours

- Mars 2022 - Demande d'accompagnement suite à EIGS
- Mai 2022
 - 1^{ère} rencontre analyse de 2 EIGS
 - Envoi du rapport, proposition d'un plan d'action spécifique
 - Echanges pour la finalisation du PA
- Juin 2022
 - Formation méthode ALARME
- Début 2023
 - Bilan et suivi du plan d'action



ANALYSE ET FORMATION = RETOUR GAGNANT !

- Échanges, retours d'expériences, conseils, écoute bienveillante
- Connaissance d'une méthode d'analyse aidante pour toute l'institution
- Réflexion collective – importance d'une vision extérieure
- Explications précises et claires
- Outils d'analyse :



Compte rendu de l'analyse approfondie des causes d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS)



Préparer la réunion d'analyse approfondie des causes

v1 Grille ALARM Commentée	
1. Facteurs liés au patient	
Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura la plus directe influence sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un évènement	
Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.	
1.1 Antécédents	
Exemples	Médicaux habitus
Questions	Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'évènement ?
1.2 Etat de santé (pathologies, co-morbidités)	

Et maintenant

- Pas de nouvel EIGS depuis mais l'analyse des évènements indésirables est au cœur de notre culture de la gestion des risques associés aux soins avec la mise en place d'un CREX mensuel
- Plan d'action : aménagement des locaux, évolution du SI, mise à jour des procédures, etc ...)
- Poursuite des échanges avec le CCECQA

Témoignage d'un ingénieur responsable qualité et gestion des risques

Monsieur Arnaud Fillon

Centre Hospitalier Cadillac EPSM (33)



Prévention des passage à l'acte suicidaires

Centre Hospitalier de Cadillac

Direction Qualité/Gestion des Risques
A. Fillon, Ingénieur QGR



CENTRE
HOSPITALIER
DE CADILLAC

Analyse quantitative des PAA suicidaire, dans les murs

- Etude portant sur une centaine de FEI relatant des PAA « patents »
- Environ 80% des PAA : pendaison ou auto-strangulation
- 20% restant autres causes : IMV, phlébotomie
- Zones concernées : salle de bain/toilettes (75%)
- Interception par surveillance soignante et autres patients
- Période à risque de PAA : entre 4h et 6h du matin, début de l'hivers

Plan d'actions

- Référence : « Guide d'évaluation du risque de suicide »
 - 1. Procédure** d'évaluation à l'admission et en cours d'hospitalisation avec CAD en fonction des niveaux de risques :
 - Thérapeutique adaptée
 - Limitation effets personnels (et de certains droits)
 - surveillance + ou – resserrée
 - 2. Définition d'un kit anti-TS (cf. doc)**
 - Supprimer les points d'accroches haut et bas
 - Supprimer tout ce qui peut-être brisé

Plan d'actions

- Référence : « Guide d'évaluation du risque de suicide »

3. Sécurisation des chambres

- ✓ **Hiérarchisation des services (FXG), selon les populations accueillies**
- ✓ **Descriptif des équipements d'une chambre « type »**
- ✓ **Stratégie d'amélioration équipementaires et architecturale réalisée avec les équipes**
 - Sécurisation optimale d'un nombre réduit de chambre (1 à 4 maxi par UF)
 - Suppression des possibilités de PAA patentés des autres (points d'accroches hauts, possibilités strangulation, objets tranchants...)

Groupe de travail « Prévention du suicide »

Document descriptif de la chambre type de prévention des passage à l'acte suicidaires

Principes généraux, il est nécessaire d'éviter :

- La présence de tout point d'accroche permettant à un patient de prendre un appui lui permettant de se stranguler (robinets, cadres et pieds de lits, loquets de portes, tuyaux, porte serviettes etc.)
- La présence de tout objet lui permettant de se stranguler : flexibles de douches, rideaux, cordon divers etc.
- La présence de tout élément pouvant s'avérer potentiellement tranchant : veilleuse, miroir et fenêtre cassables, morceau de métal provenant d'objet divers pouvant devenir contondant ou tranchant si détérioré (tringles de solutions hydro-alcoolique, grilles de détecteur incendie...)

1. Entrée et partie extérieure de la chambre :

Critère	Photo
<p><u>Porte sans loquet</u> côté intérieur de la chambre (= point d'accroche) avec système basculant, (cf. photo –exemple UCS-) serrure à clé coté extérieur et verrou conique anti blocage à l'intérieur (le patient doit pouvoir se fermer dans sa chambre s'il le souhaite sans pour autant empêcher les soignants d'entrer en bloquant le système de fermeture)</p>	
<p><u>Vitre pour surveillance soignante</u> (côté couloir) : en matière incassable</p>	
<p>Absence d'angle mort pour le soignant qui visualise l'intérieur de la chambre à travers la fenêtre ou le hublot depuis le couloir (visualisation via un store type UCS)</p>	

Groupe de travail « Prévention du suicide »

Composition du kit « de sécurisation du patient »

Mobilier :

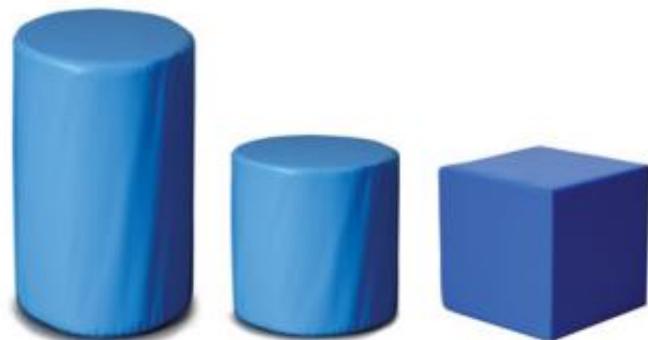
1. Lit avec cadre plein ou matelas monobloc en tissu indéchirable, sans points d'accroches, indéchirables et sans parties contondantes (ou solution à fournir par la Direction des Travaux pour supprimer les points d'accroche représentés par les pieds des lits et les sommiers ? -coffrage du cadre des lits ?-)
 - Modèle cumbria :



2. Cylindre table et poufs : monoblocs, sans points d'accroches, indéchirables
 - Modèles cumbria :

2. Cylindre table et poufs : monoblocs, sans points d'accroches, indéchirables

- Modèles cumbria :



3. Table plateau repas : idem

- Modèle cumbria



Equipements :

- Couverts en plastique souples (cumbria, cf. idem chambre d'isolement) :
 - Modèle Cumbria : fourchette/cuillères, assiettes, verres, bols



- Chargeur de téléphone :
 - Avec cordon très court (se commande hors DAE ?)



- Oreiller : indéchirable, innouable
 - Modèle Diframed (matière nomex) : Dimensions : 35,5 x 61 cm. 8 à 10 cm d'épaisseur (bloc de 10 cm de fibres de polyester mais compressé par la housse).

6. Oreiller : indéchirable, innouable

- Modèle Diframed (matière nomex) : Dimensions : 35,5 x 61 cm. 8 à 10 cm d'épaisseur (bloc de 10 cm de fibres de polyester mais compressé par la housse).

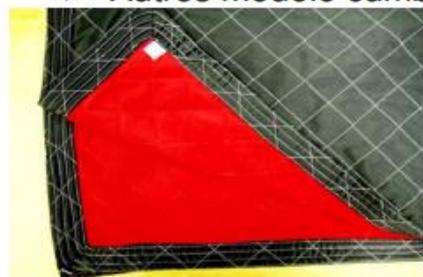


7. Couvertures indéchirables et innouables :

- Modèle cumbria (Code: HRBL1): 100% polyester, taille 135cms x 175cms



- Autres modèle cumbria (épuisé à ce jour ?)



- Modèle Diframed : matière nomex, dimensions : 147 x 198 cm.



8. Tunique indéchirable et innouable :

- Modèle Cumbria : bermuda + maillot (code BLSRT/SRB)

En cm	M	L	XL	2XL	3XL	4XL
Bermuda	76-86	90-96	100-112	116-127	132-142	147-157
Maillot	90-96	100-106	112-116	121-127	132-137	142-147



9. Chaussures/pantoufles : Indéchirables, sans lacets

- Modèle diframed : matière nomex, tailles S, M, L, XL



- Modèle diframed : matière nomex, Taille S, M, L, XL **(modèle non retenu par le groupe)**

Choix des équipements du kit de sécurisation du patient (anti-TS)

Unité :



	Nombre	Précisions : tailles...
1. Lit cumbria		
2. cylindre table cumbria (haut)		
- poufs cumbria (poufs bas, préciser carré ou rond)		
3. Table plateau repas cumbria		
4. fourchette/cuillères		
- Assiettes		
- Verres		
- bols		
5. Cordon chargeur court		
6. Oreiller diframed		
7. couverture cumbria HRBL1		
- couverture diframed		
8. bermuda cumbria		
- maillot cumbria		
9. pantoufles diframed		

Risque suicidaire en ESM: les enseignements de la dynamique autour de l'iso-contention

Martine JOURDAIN-BERNARD, cheffe de projet, secteur médico-social, CCECQA

Source:



La dynamique régionale autour de la Contention et Isolement en Santé mentale en 2022, c'est :

22 Centres Hospitaliers de Nouvelle Aquitaine habilités à recevoir des personnes sous contrainte

Recueil, analyse et comparaison des données C&I, groupe de travail sur une trame commune de rapport annuel C&I
ORS

Une réflexion sur les traitements médicamenteux en cas de crise aigüe chez l'adulte
OMEDIT

Etat des lieux, préconisations sur l'organisation architecturale des unités et chambres d'isolement
KHORS



Les actions proposées par le Ccecqa

Les établissements mettent en commun leurs expériences, pratiques et solutions

1-Traçabilité et utilisation – vertueuse- des **données I&C**

2- I&C, Comment l'éviter ?
prévention – alternatives – désescalade

3- C&I : Comment gérer, pendant et après :
organisation – coordination – analyse

4- La **réforme** de la C&I : enjeux et impacts



10 CHS
1 rapport/CH
1 rapport collectif

7 CHS
1 journée
3 vidéos techniques

10 CHS
4 groupes thématiques

6 CHS
Réalisation PT in situ

Mise en commun des livrables

Les moyens de prévenir le risque suicidaire, de manière indirecte, repérés au cours de la visite apprenante, de la COP, des patients traceurs et de la rencontre régionale:

1. Aménagement des locaux et des chambres d'isolement
2. Création/aménagement d'espaces d'apaisement
3. Le Plan de Prévention Partagée
4. La formation « Socle Care »
5. Le Débrief : soignant-soigné et entre soignants

1. Aménagement des locaux

Point architectural général des EPSM (Cabinet KHORS)

- Des environnements souvent neutres et sans chaleur humaine
- Une absence souvent de réflexion en termes d'usage de l'espace
- Des espaces extérieurs sans vie, sans ombre et sans protection
- Des chambres d'isolement souvent dans les unités de vie
- Des espaces de grande promiscuité, surtout chez les adolescents.
- Des espaces d'apaisement très peu nombreux
- Peu ou pas de réflexion de sensorialisation de l'environnement
- Une architecture plus axée sur la sécurité que sur l'accompagnement

Préconisations (Cabinet KHORS)

Une zone d'isolement dédiée avec sas – en bordure d'unité
Espace d'apaisement
Salles d'activités ouvertes sur l'extérieur
Salle de sport Salles à manger – sécables et mutualisables

Aménagement des chambres d'isolement

Cabinet KHORS

Des environnements globalement déshumanisés

- Schéma de surveillance (œilleton, hublot...)
- Accès aux sanitaires – Proximité du lit
- Des environnements de privation sensorielle
- Des environnements sans repère spatio-temporel
- Une vétusté parfois à la limite des normes de sécurités
- Certaines chambres d'isolement donnent directement dans le couloir des unités

Préconisations chambres d'isolement

Cabinet KHORS

- Des chambres qui ressemblent à des chambres (compréhension des lieux et de l'usage) – repères spatiaux
- Des matériaux apaisants (Aspects bois, mobilier, sol...)
- Surveillance par vidéo sans enregistrement
- Des chambres donnant sur un sas intermédiaire avant l'accès à l'unité
- Un espace extérieur réservé
- Des modules sensoriels sur prescription: Musique – haut parleur
- Variation lumineuse – extérieur à la chambre (adaptation au cycle circadien)
- Olfaction – Diffusion sèche apaisante
- Réglage de la température, surtout en cas de contention
- Télévision et horloge (Repères temporels)

2. Espaces d'apaisement

Préconisations architecturales (Cabinet Khors)

- Des environnements très sensorialisés: Pour une baisse des angoisses et maximiser le lâcher-prise
- Tactilement: Couverture lourdes – Fauteuils enveloppants
- Olfactivement: diffusion sèche apaisante
- Auditivement: choix des sons et des musiques
- Kinesthésie et proprioception: Fauteuil enveloppant et fauteuil berçant
- Visuellement: Projection – Papier-peint muraux – organisation environnementale apaisante

3. Plan de Prévention Partagé (PPP)

- Repérage, peu après admission:
 - des facteurs déclenchants (crise)
 - des facteurs apaisants
- Connu des soignants, applicable dans la pratique
- Évolutif
- Permet cheminement individuel
- Enjeu : Coordination

4. Formation des professionnels: Socle Care

- La formation Soclecare est une démarche novatrice d'intégration des résultats de recherche en soins dans la pratique. Cette initiative se fonde sur les résultats mis en évidence et caractérisés par le GRSIpsy dans son rapport « L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie » (Lanquetin/Tchukriel 2012).
- L'initiative Soclecare les prolonge à travers le développement d'un langage commun pour les professionnels de la psychiatrie et par la mise à disposition d'outils – Formation et carnet du Soclecare – envisagé comme un répertoire de ressources à disposition des soignants

Contenus Socle Care

Place de l'informel dans la relation de soins

- Des savoirs faire et des savoirs être hautement transférables
- Créer du lien, de la relation d'aide, un environnement sécure, du mouvement d'aller vers.
- « Oser » la relation....
- Produire de la relation de soins et la conduire, créer un climat de « confiance »
- Favoriser une transitionnalité de contact
- Augmenter l'offre de disponibilité auprès du patient
- Diversifier les modes d'accès, renouveler les expériences relationnelles
- Favoriser les dimensions contenantantes dans les soins
- Au final, nommer le concept, maintenir ou créer de l'alliance aidante, ou alliance thérapeutique, favorable aux soins
- Faire le « lit » du soin, valable sur tous les sites, à tous moments des parcours de soins,
- Prendre soin, une activité de production de liens, de relations, de soutien

5. Debriefing « post-crise/post C-I »

- Debriefing soignant-soigné
- Débriefing équipe

Évaluation du risque de suicide de patients en intrahospitalier



- Publié le 31 mai 2023 Caroline Cordier Hospimedia : Évaluer le risque de suicide de patients en intrahospitalier soulève des difficultés (Extraits)
- *Webinaire de l'Association française de psychiatrie biologique et de neuro-psycho-pharmacologie (AFPBN) diffusé le 31 mai : Dr Pauline Rolland, chef de clinique au CHU de Rennes (Ille-et-Vilaine) et coresponsable de la section d'étude des risques suicidaires de l'AFPBN.*
- **Difficulté particulière** à évaluer le risque suicidaire des patients en établissement de santé
- « **Le paradoxe des suicides en milieu hospitalier** » : ces suicides apparaissent d'autant plus intolérables aux soignants qu'ils sont à leur contact, dans une unité de soins, pour des patients admis parfois pour ce motif suicidaire.
- Une majorité de suicides intra hospitaliers apparaissent comme "**imprévisibles** et vécus comme un traumatisme par l'équipe, chez des patients qui **n'étaient pas repérés** comme étant à risque et qui **n'avaient pas de surveillance particulières** »

Évaluation du risque de suicide de patients en intrahospitalier



- **Publié le 31 mai 2023** Caroline Cordier Hospimédia : **Évaluer le risque de suicide de patients en intrahospitalier soulève des difficultés (Extraits)**
- "Le repérage de ces patients à risque est **extrêmement difficile** et n'a rien à voir avec le repérage de ces patients en extrahospitalier"
- Les facteurs de risques épidémiologiques (sexe, situation familiale, etc.) sont parfois trompeurs.
- Néanmoins, selon une méta-analyse, **les antécédents personnels de tentative de suicide apparaissent comme le facteur de risque le plus grave.**
- D'où l'importance de "**creuser les antécédents suicidaires des patients** et que ce ne soit pas seulement une ligne dans le dossier d'admission ou un élément dont [le praticien] a vaguement notion".

Évaluation du risque de suicide de patients en intrahospitalier



- Publié le 31 mai 2023 Caroline Cordier Hospimédia : Évaluer le risque de suicide de patients en intrahospitalier soulève des difficultés (Extraits)
- **Une évaluation difficile mais indispensable**
- Le Dr Mathieu Lacambre, coresponsable de la section psychiatrie légale de l'AFPBN et responsable de la filière psychiatrie légale du CHU de Montpellier (Hérault)
- « La meilleure protection contre le risque de poursuites" **reste l'évaluation "rigoureuse du risque suicidaire"** couplée à **une "stratégie de soins ajustée, incluant une surveillance renforcée"**.
- **Des réponses institutionnelles** : Parmi les actions à mettre en place pour prévenir le risque de suicide et/ou face à la survenue d'un suicide
 - Les revues de cas et retours d'expériences,
 - La sécurisation de l'environnement (surveillance, accessibilité aux lieux ou objets),
 - L'organisation de la prise en charge,
 - La formation des équipes
 - ou encore l'implication de l'entourage du patient

On a lu pour vous

Dispositif de Postvention



- *Publié le 26/05/23 par Thomas Quéguiner Hospimédia : Santexpo Une équipe se déploie à Sainte-Anne au chevet des personnels touchés par un suicide*
- À compter de cet été, le GHU Paris-psychiatrie disposera d'une équipe de postvention à même d'intervenir sur site en cas de suicide d'un patient.
- **Objectif : écouter et soutenir les personnels et limiter le risque de contagion suicidaire.**
- En moyenne, **450 suicides de patients** ont lieu chaque année à l'hôpital en France.
- Le risque d'exposition des personnels est accru dans les établissements psychiatriques, où le taux de suicides approche les 250 patients pour 100 000 admissions avec des moyens utilisés très souvent violents.
- 80% des cas ont lieu dans des unités de soins ouvertes et le plus souvent à l'extérieur et 82% concernent des personnes pourtant considérées comme stabilisées.

On a lu pour vous

Dispositif de Postvention



- *Publié le 26/05/23 par Thomas Quéguiner Hospimédia : Santexpo Une équipe se déploie à Sainte-Anne au chevet des personnels touchés par un suicide (Extraits)*
- L'équipe constituée de volontaires s'appuie **sur un médecin et deux infirmiers**, dont un en pratique avancée (IPA).
- **Une intervention proactive à chaud** : il s'agit d'être "proactif" **et d'aller au plus vite** auprès des personnels où le suicide a eu lieu.
- Dans l'idéal, il convient de les rencontrer "**le jour même avant qu'ils ne repartent chez eux**", afin de soulager la détresse, prévenir les troubles psychiques, réduire le risque de contagion, renforcer le sentiment de sécurité et promouvoir un retour progressif au fonctionnement normal du service.
- **Le concept de postvention** est apparu en 1968 avec le psychologue clinicien américain Edwin Shneidman.
- À travers ce néologisme, il comptait prévenir les séquelles, **le facteur de risque suicidaire étant en effet triplé chez les personnes endeuillées.**
- De même, chaque suicide impacte généralement **26 autres personnes et en expose 135.**

On a lu pour vous

Dispositif de Postvention



- *Publié le 26/05/23 par Thomas Quéguiner Hospimedia : Santexpo Une équipe se déploie à Sainte-Anne au chevet des personnels touchés par un suicide(Extraits)*
- **Actions groupales et individuelles**
- L'objectif de l'équipe est donc de former in situ au **defusing** (et non au débriefing), autrement dit **parler à chaud**.
- « **Actions groupales** », organisées par les responsables d'unité et référents locaux préalablement identifiés.
- L'objectif recherché mêle information et sensibilisation autour de l'impact d'un suicide, « ventilation » des émotions, repérage des professionnels en difficulté, diffusion de ressources et proposition de postvention individuelle
- **Dans un deuxième temps : actions individuelles** avec l'accord de la personne touchée et en articulation avec la médecine du travail.

Préconisations HAS 2022



Établissements de santé mentale, MCO, SSR et EHPAD :

- Définir les objectifs de prévention du suicide au sein de l'établissement (projet ou programme d'établissement).
- Sécuriser l'environnement en limitant notamment l'accès aux moyens possibles de suicide
- Évaluer le risque de suicide du patient .
- Évaluer la situation clinique du patient.
- Construire un plan personnalisé de sécurité quant à l'accès aux moyens de suicide et au parcours du patient dans l'immédiat et dans les jours à venir.
- Savoir gérer l'événement quand il survient (postvention).
- Gérer la sortie d'hospitalisation d'un patient qui a fait une tentative de suicide avec par exemple le dispositif Vigilans.
- Penser aux secondes victimes, les soignants, en les formant, les informant, les accompagnant.
- Améliorer la culture sécurité, notamment par l'utilisation du guide d'évaluation du risque de suicide ou la déclaration des cas.
- Rappeler les droits des personnes malades et en fin de vie

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_sucides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juillet_2022.pdf

3114

SOUFFRANCE
PRÉVENTION
DU SUICIDE



- Le 3114, numéro national de prévention du suicide <https://3114.fr/>
- 85 000 appels depuis le 1er octobre 2021
- 450 appels par jour
- Si vous êtes en détresse et/ou avez des pensées suicidaires, si vous voulez aider une personne en souffrance, vous pouvez contacter le numéro national de prévention du suicide, le 3114.
- Le 3114 est accessible 24h/24 et 7j/7, gratuitement, en France entière.
- Un professionnel du soin, spécifiquement formé à la prévention du suicide, sera à votre écoute.
- Sur ce site, vous trouverez des ressources pour mieux comprendre la crise suicidaire et des conseils pour la surmonter.
- Le 3114 est piloté par le Ministère de la Santé et de la Prévention.
- <https://www.gouvernement.fr/3114-aider-informer-agir-en-prevention-du-suicide>
- Que faire et à qui s'adresser face à une crise suicidaire ? - Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

Pour éviter les récurrences après l'hospitalisation

Dispositif Vigilans

- En France métropolitaine, les tentatives de suicide entraînent près de 100 000 hospitalisations et environ 200 000 passages aux urgences par an, soit environ 20 tentatives de suicide pour un décès. Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide :
- 75% des récurrences ont lieu dans les 6 mois suivant une tentative de suicide ;
- La survenue d'une tentative de suicide multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante, et par 4 le risque de suicide ultérieur
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>

Les grilles et échelles d'évaluation et surveillance du risque suicidaire

- Pour la pratique, en situation de crise : les échelles de Beck :
 - l'échelle de désespoir de Beck (Beck Hopelessness Scale BHS) dans toutes les situations,
 - l'échelle d'idéation suicidaire (Beck for Suicide Ideation Scale BSS)
 - l'échelle d'intention suicidaire (SIS) J.P. Lindenmayer <https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
- Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (Columbia –Suicide Sévérité Rating Scale C-SSRS) http://prevention.suicide.free.fr/wp-content/uploads/C-SSRS-SinceLastVisit_FR_20160111_CBY.pdf
- Échelle d'idéation suicidaire en gériatrie (Gériatric Suicide Ideation Scale GSIS) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448718301288>
- Échelle d'autoévaluation de Ducher
- Inventaire des raisons de vivre (IRV)
- Suicide probability Scale (SCS)
- Trousse d'évaluation du risque suicidaire. Ressource pour les travailleurs et les organisations de soins de santé Janvier 2021. Institut canadien pour la sécurité des patients. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2021-02/mhcc_cpsi_suicide_risk_assessment_toolkit_fr.pdf

Echelle d'évaluation du Risque suicidaire de DUCHER

ECHELLE D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE DE DUCHER (R.S.D.) <i>COTER L'ITEM LE PLUS FORT</i>		
0	PAS D'IDÉES DE MORT	Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement
1		Pense plus à la mort qu'habituellement
2	IDÉES DE MORT	Pense souvent à la mort
3		A quelques idées de suicide
4	IDÉES DE SUICIDE	A assez souvent des idées de suicide
5		Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister
6	DESIR PASSIF DE MOURIR	Désire mourir ou plutôt être mort
7	a : lien fort b : lien faible	Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher...)
8	VOLONTÉ ACTIVE DE MOURIR	Veut mettre fin à ses jours
9	a : projet défini à long terme b : projet défini à court terme	Sait comment il veut mettre fin à ses jours
10	DÉBUT DE PASSAGE À L'ACTE	A déjà préparé son suicide ou a commencé de passer à l'acte

JL DUCHER

Échelle Risque Urgence Dangerousité (RUD)



Échelle d'évaluation du risque suicidaire
R.U.D (Risque – Urgence – Dangerousité)

Date d'évaluation :/...../..... Nom évaluateur : Fonction :

Étiquette patient
Nom de naissance :
Nom marital :
Prénom :
Né(e) le :
A :
Unité :
Sexe : M F

Facteurs de Risques (cocher les cases correspondantes)		
Primaires (individuels)	Secondaires (sociaux)	Tertiaires (épidémiologiques)
<input type="checkbox"/> pathologie psychiatrique <input type="checkbox"/> antécédent de tentative de suicide <input type="checkbox"/> difficulté à gérer le stress <input type="checkbox"/> impuissance / perte d'espoir <input type="checkbox"/> impulsivité / agressivité <input type="checkbox"/> maladie somatique	<input type="checkbox"/> absence de cohésion familiale (séparation/abandon, perte d'un proche, violences) <input type="checkbox"/> difficultés économiques <input type="checkbox"/> difficultés judiciaires <input type="checkbox"/> anomie, isolement social : chômage, lois, etc. <input type="checkbox"/> religion	<input type="checkbox"/> sexe masculin <input type="checkbox"/> Age > 75 ans

Evaluation R.U.D				
	Niveau Faible(0 pt)	Niveau Moyen (1 pt)	Niveau Elevé (2 pts)	Score final (R + U+D)
Risque (R)	<input type="checkbox"/> Nbr facteurs < 6	<input type="checkbox"/> 6<Nbr facteurs < 10	<input type="checkbox"/> Nbr facteurs > 10	
Urgence (U)	<input type="checkbox"/> pense au suicide sans scénario précis	<input type="checkbox"/> scénario envisagé Mais reporté	<input type="checkbox"/> projet immédiat. Planification claire. Passage à l'acte pouvant survenir dans les jours à venir	
Dangerosité (D)	<input type="checkbox"/> moyen non déterminé	<input type="checkbox"/> moyen envisagé mais non accessible immédiatement	<input type="checkbox"/> moyen déterminé accessible immédiatement	

Conduite à tenir / actions proposées		
Score R.U.D	En intra -hospitalier	En extra-hospitalier
0 à 2	<input type="checkbox"/> Prise en charge « standard » <input type="checkbox"/> Pas de chambre seule <input type="checkbox"/> évaluation hebdomadaire RUD	<input type="checkbox"/> Poursuite de la prise en charge en extra selon programmation des RDV
3 à 4	<input type="checkbox"/> Chambre double (étage et/ou RDC) si possible <input type="checkbox"/> Conserver par l'équipe soignante : lacets, ceinture, cordons de vêtements, etc. <input type="checkbox"/> Oter le cordon de douche <input type="checkbox"/> Pas de téléphone portable la nuit <input type="checkbox"/> évaluation hebdomadaire RUD	<u>Si pas de danger imminent et collaboration thérapeutique :</u> <input type="checkbox"/> programmation d'une rdv avec le psychiatre dans les plus brefs délais <u>Si danger grave non immédiat et refus de collaboration :</u> <input type="checkbox"/> programmation d'un rdv avec le psychiatre <input type="checkbox"/> évaluation d'un besoin d'hospitalisation <input type="checkbox"/> placement en soins sous contrainte suite à évaluation médicale
5	<u>En compléments des actions mentionnées en 3-4</u> <input type="checkbox"/> Entretien quotidien médecin et/ou IDE <input type="checkbox"/> Si patient isolé dans sa chambre, passage soignant toutes les heures <input type="checkbox"/> évaluation quotidienne RUD	Si danger grave immédiat : sppi ? spdtu ?
6 à 7	<input type="checkbox"/> Chambre double (étage et/ou RDC) si possible <input type="checkbox"/> Conserver par l'équipe soignante : lacets, ceinture, cordons de vêtements, etc. <input type="checkbox"/> Oter le cordon de douche <input type="checkbox"/> Utilisation du téléphone sous surveillance IDE/AS <input type="checkbox"/> Si patient isolé dans sa chambre, passage soignant toutes les 15 min <input type="checkbox"/> évaluation quotidienne RUD	

Échelle Risque Urgence Dangerosité (RUD)

Tableau récapitulatif pour la gestion du potentiel suicidaire: dépistage, évaluation, stratégie R.U.D: risque suicidaire (R), urgence de la menace (U), dangerosité du scénario suicidaire (D)			
Niveaux de risque	Symptômes	Evaluations du potentiel suicidaire R.U.D	Actions proposées
0	Pas de détresse		
1	Tristesse sans idées noires/suicidaires	R.U.D faible	Prise en charge "standart", pas de chambre seule
2	Idées noires mais pas suicidaires	R.U.D faible	
3	Idées suicidaires fluctuantes sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D faible ou moyen	.chambre doubles (étage et/ou RDC) . Conserver par l'équipe soignante : lacets, ceinture, cordons de vêtements/portable.. . Oter le cordon de douche . Pas de portable la nuit
4	idées suicidaires actives sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D moyen	
5	idées suicidaires actives sans projet avec antécédents psychiatriques	R.U.D moyen ou élevé	RUD 5:Entretien quotidien médecin et/ou ide . si patient isolé dans sa chambre, passage soignants toutes les heures
6	idées suicidaires actives avec projet sans antécédents psychiatriques	R.U.D élevé	. Chambre double RDC . Conserver par l'équipe soignante : lacets, ceinture, cordons de vêtements/portable.. . Oter le cordon de douche . Si patient isolé dans sa chambre, passage soignant toutes 30 minutes . Utilisation du téléphone sous surveillance ide/as . Entretien quotidien médecin et /ou ide
7	idées suicidaires actives avec projet et antécédents psychiatriques/passage à l'acte	R.U.D élevé	

RUD réévalué toutes les semaines jusqu'au RUD 4

RUD réévalué tous les jours à partir du RUD 5

A partir du niveau 5, réévaluation quotidienne du traitement médicamenteux

Grille évaluation IDE du risque suicidaire

NOM/PRENOM/DDN :
 Date de l'admission :
 Nom/Fonction de l'évaluateur :

Facteurs de risques standards : A compléter au 1er entretien avec le patient, la famille, son psychiatre traitant

	Motif d'hospitalisation : TS	ATCD de TS	Diagnostic de schizophrénie ou trouble thymique	ATCD d'hospitalisation en psychiatrie	ATCD familial de TS au 1er degré	Statut professionnel : actif
J1						

Facteurs de risques dynamiques : A compléter au cours de l'hospitalisation : observation et entretien avec le patient et ses proches

	Symptômes dépressifs, anhédonie sévère, insomnie/hypersomnie	Désespoir	Anxiété sévère, agitation	IDS avec planification, ou risque élevé de létalité	Vellétés de fugue	Perception subjective de souffrance liée aux traitements	Modification brutale de l'humeur (amélioration clinique trompeuse)	Absence de résolution d'évènements de vie négatifs	Consommation de substances psychoactives au cours de l'hospitalisation
J1									
J2									
J3									
J4									
J5									
J6									
J7									
Avant SP**									
Avant SP**									
Avant SP**									
Avant SP**									
Avant SD***									
Modification clinique brutale									

(ex : séparation sentimentale, perte d'emploi, perte de logement, problèmes financiers ou judiciaires...); ** Sortie en permission ; *** Sortie Définitive



Guide d'évaluation du risque de suicide

Une ressource pour les organismes de santé

Tableau 2. Outils d'évaluation du risque suicidaire et leurs caractéristiques – Administration par un clinicien ou professionnel de la santé mentale

Outil	Administration		Nombre d'éléments	Accessible en français	Fiabilité	Usages potentiels		Types d'établissement			Population visée			Durée de l'évaluation (minutes)	Résultat mesuré en lien avec le suicide
	Autodéclaration	Entrevue/observation				Évaluation globale	Dépistage	Psychiatrique			Enfants et adolescents	Adultes	Personnes âgées		
								MH	CC	SU					
Echelle Beck d'évaluation des pensées suicidaires (Beck Scale for Suicide Ideation, BSI)	✓	✓	21		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5-10	Désir et intention d'entreprendre des actes suicidaires
Echelle Beck de mesure du désespoir (Beck Hopelessness Scale, BHS)		✓	20		✓		✓	✓				✓	✓	5-10	Désir d'entreprendre des actes suicidaires
Echelle Inter-RAI de mesure de la gravité des comportements d'automutilation (Inter-RAI Mental Health Severity of Self-harm Scale)		✓	Variable		✓	✓	✓	✓	✓	✓				Variable	Algorithme prédictif sur le risque d'automutilation
Liste de vérification pour les milieux de soins de santé mentale (Mental Health Environment of Care Checklist, MHECC)			114	✓		✓	✓							Variable	Facteurs de risque dans le milieu de soins
Évaluation globale du risque de suicide par le personnel infirmier (Nurses' Global Assessment of Suicide Risk, NGASR)		✓	15	✓		✓	✓	✓	✓					5-10	Désir, intention et capacité d'entreprendre des actes suicidaires
Echelle SAD PERSONS modifiée (Modified SAD PERSONS Scale)	✓		10	✓		✓	✓	✓	✓	✓				5-10	Désir, intention et capacité d'entreprendre des actes suicidaires
Echelle de mesure de l'impact de la suicidabilité – Gestion, Évaluation et planification des soins (Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of Care, SIS-MAP)		✓	108	✓	✓	✓	✓	✓	✓					20	Désir, intention et capacité d'entreprendre des actes suicidaires; Tampons de protection/Connexité
Echelle de mesure de la probabilité de suicide (Suicide Probability Scale)	✓		36		✓	✓	✓	✓	✓					5-10	Désir, intention et capacité d'entreprendre des actes suicidaires
Outil d'évaluation du risque de suicide (Tool for the Assessment of Suicide Risk, TASR)		✓	26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10-15	Désir, intention et capacité d'entreprendre des actes suicidaires; Tampons de protection/Connexité
Questions de dépistage Ask Suicide (Ask Suicide-Screening Questions, ASQ)		✓	4	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	< 5	Désir et intention d'entreprendre des actes suicidaires
Dépistage en santé comportementale (Behavioral Health Screen, BHS)	✓		61 éléments de base	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5-10	Désir et capacité d'entreprendre des actes suicidaires
Questionnaire HEADS-ED		✓	7	✓	✓	✓	✓	✓	✓					5	Désir et intention d'entreprendre des actes suicidaires



Bibliographie

VEILLE STRATÉGIQUE

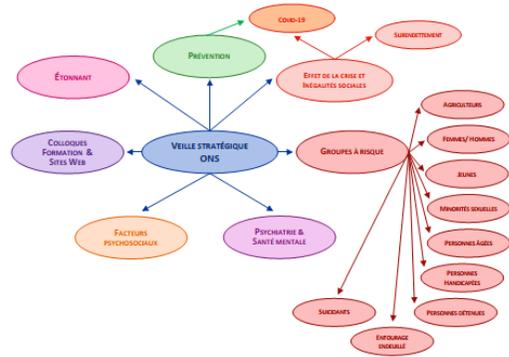
OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE

L'essentiel de l'actualité documentaire consacrée au suicide

Parution n° 34 du mardi 7 septembre 2021
Document réalisé par Monique Carrière - Mission Recherche (MIRE) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Ministère des Solidarités et de la Santé

Carte mentale des thématiques sur le suicide

Le sommaire de cette veille est proposé dans la carte mentale ci-dessous. Miroir des concepts apparus au fur et à mesure du processus de recherche bibliographique, depuis la création de l'Observatoire, elle permet d'avoir un aperçu rapide des champs sémantiques relatifs au suicide, jugés prioritaires par les membres. Par convention, cette carte se lit en partant du centre, comportant la thématique principale et se poursuit dans le sens des aiguilles d'une montre. Des liens hypertextes permettent l'accès direct aux thématiques.



ARTICLE IN PRESS
Annales Médico-Psychologiques xxx (2020) xxx-xxx

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Communication

Le suicide de patients hospitalisés en psychiatrie : analyse qualitative de huit cas à l'hôpital Sainte-Anne à Paris et recommandations

Psychiatric inpatient suicides: Analysis of a series of eight cases at Sainte-Anne hospital in Paris and recommendations

Pierre-Alain Hauseux ^{a,*}, Fabrice Jollant ^{b,c,d,e}, Corinne Launay ^{f,g}

^a Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte Paris 15^e, GHU Paris psychiatrie et neurosciences, site Sainte-Anne, Paris, France
^b Clinique des Maladies mentales et de l'Encephale (CMBE), GHU Paris psychiatrie et neurosciences, site Sainte-Anne, Paris, France
^c Université de Paris (ex-Université Paris-Descartes), Paris, France
^d McGill Group for Suicide Studies, McGill University, Montreal, Quebec, Canada
^e Pôle de psychiatrie, CRE de Nîmes, Nîmes, France
^f Direction de la qualité et de la gestion des risques, GHU Paris psychiatrie et neurosciences, site Sainte-Anne, Paris, France
^g Pôle de psychiatrie adulte Paris 16^e, GHU Paris psychiatrie et neurosciences, site Sainte-Anne, Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article : Disponible sur Internet le xxx

Mots clés : Évaluation des pratiques professionnelles, Hôpital psychiatrique, Hospitalisation psychiatrique, Prévention, Recommandation, Revue d'expérience, Risque de mortalité morbidity, Risque suicidaire, Suicide.

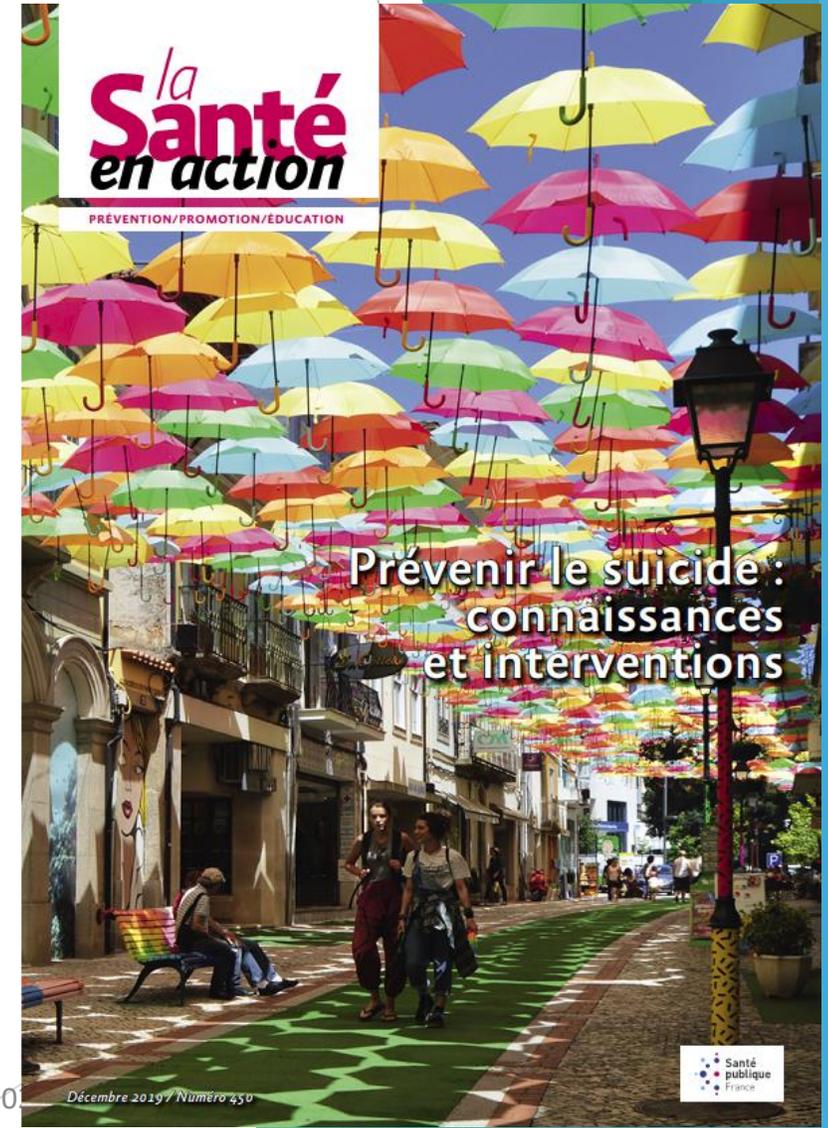
RÉSUMÉ

Le taux de suicide à l'hôpital psychiatrique est élevé. L'amélioration du repérage des patients à risque suicidaire et de la prévention du passage à l'acte durant l'hospitalisation est nécessaire. Dans le cadre d'un groupe de travail d'évaluation des pratiques professionnelles sur le risque suicidaire à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, nous avons étudié huit cas de suicide de patients hospitalisés entre 2009 et 2018. Cette étude qualitative a porté sur les retours d'expériences (REX) des équipes multidisciplinaires de soins et la lecture des dossiers médicaux. L'analyse montre que tous les patients de notre étude présentaient des antécédents personnels de tentatives de suicide (notamment avec un moyen violent), dont la moitié d'entre eux durant un séjour hospitalier antérieur. La majorité des décès par suicides sont intervenus lors d'un week-end ou d'un jour férié et à l'intérieur même des unités d'hospitalisation. Le moyen de suicide le plus fréquemment retrouvé était la pendaison. Au regard des résultats de notre série de cas et des données de la littérature, l'histoire suicidaire personnelle est le facteur de risque de passage à l'acte en milieu hospitalier le plus fréquent. Toutefois, la prédictibilité du suicide reste faible en pratique clinique et tous les patients hospitalisés en psychiatrie devaient être considérés à haut risque de suicide durant l'hospitalisation et à la sortie. En amont, la prévention du suicide à l'hôpital repose avant tout sur la sécurisation du milieu hospitalier (inventaire à l'entrée, mobilier anti-suicide, blocage de l'accès aux hauteurs et de l'ouverture des fenêtres, etc.). La formation spécifique et répétée des équipes soignantes au risque suicidaire, la couverture de la permanence des soins, la mise en place de procédures d'évaluation et de surveillance, ainsi que la transmission et la traçabilité systématiques de ce risque sont également des actions organisationnelles de prévention des actes suicidaires à l'hôpital. Au niveau individuel, la qualité du contact avec le patient, le travail avec l'entourage et le traitement actif de la maladie mentale et de ses comorbidités sont essentiels. Après une tentative de suicide ou un suicide survenu à l'hôpital, le partage systématique d'expérience devrait être institué afin d'améliorer les pratiques. La mise en œuvre de mesures de postvention pour le soutien aux autres patients et aux soignants de l'unité, ainsi qu'à l'entourage, devrait compléter le dispositif.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant. Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte Paris 15^e, secteur 16, GHU Paris psychiatrie et neurosciences, site Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France.
Adresse e-mail : p-a.hauseux@ghu-paris.fr (P.-A. Hauseux).
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.006>
0001-4487/© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Hauseux P-A, et al. Le suicide de patients hospitalisés en psychiatrie : analyse qualitative de huit cas à l'hôpital Sainte-Anne à Paris et recommandations. Ann Med Psychol (Paris) (2020), <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.006>



Bibliographie



mgem Institut MGEN La Verrière
GROUPE VVV

Gestion et prévention du risque suicidaire

Dossier documentaire

Juillet 2018

Établissement membre du réseau documentaire en santé mentale

ascodocpsy



La prévention du suicide

Prévenir le suicide : repérer et agir

Malgré de nombreux préjugés et la crainte que suscite le suicide, il apparaît maintenant possible de le prévenir. Identifier la crise suicidaire et en évaluer la dangerosité rendent possible l'action thérapeutique et permettent d'éviter le passage à l'acte suicidaire. Cela nécessite un réexamen des idées reçues, une information de tous et la formation des professionnels.

Prévenir le suicide

La conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » réalisée par la Fédération française de psychiatrie et financée par la direction générale de la Santé (DGS) a permis, outre l'introduction de la notion de crise suicidaire, une actualisation des connaissances dans le domaine de la prévention du suicide.

Cet apport impose de bien distinguer l'architecture générale de la prévention du suicide avec :

- la promotion de la santé : tout ce qui permet de façon non spécifique de répondre aux besoins des individus en termes de bien-être physique, psychique et social ;
- la prévention du suicide : toutes les actions individuelles et collectives qui agissent sur les principaux déterminants du suicide, comprenant l'identification des personnes à risque, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques susceptibles de créer une souffrance majeure, ainsi que toutes les mesures générales qui limitent l'accès aux moyens du suicide ;
- l'intervention en cas de crise suicidaire comprenant les actions appropriées à chacune des étapes de la crise : la phase d'idéation, la phase où le suicide devient une intention, et la phase de programmation de l'acte suicidaire ;
- la postvention suite à un suicide : l'ensemble des

actions pour la prise en charge des personnes qui ont vu la scène, assurés les secours, celles qui avaient noué une relation d'attachement avec cette personne (familles, amis, professionnels, bénévoles), et pour limiter le phénomène de contagion et d'imitation par suicide auprès des personnes vulnérables. Cette postvention peut inclure l'analyse causale des suicides afin de favoriser le retour d'expérience pour améliorer la prévention.

Pour chacune des quatre composantes, il existe un ensemble de connaissances, de compétences à transmettre aux professionnels concernés, et eux-mêmes doivent s'inscrire dans des organisations adaptées.

Pour l'intervention de crise, les niveaux suivants peuvent être proposés :

- Intervenants de première ligne : tout professionnel ou bénévole qui travaille directement ou qui peut être en contact avec des personnes potentiellement suicidaires (par exemple : enseignants, infirmières, animateurs, policiers...); ces personnes travaillent en collaboration avec les équipes d'intervention de crise.
- Intervenants de deuxième ligne : équipe d'intervention de crise et de soutien multidisciplinaire; ces équipes travaillent dans différents milieux, hôpitaux, établissements scolaires, établissements pénitentiaires, ou interviennent dans la communauté. Ces équipes prennent en charge l'intervention de crise auprès de personnes suicidaires après l'intervention et le signalement des intervenants de première ligne.
- Troisième ligne : professionnels de psychiatrie

REVUE MÉDICALE SUISSE

Suicide et institution psychiatrique : l'exemple lausannois

JEAN-MICHEL KAISON* et P. JACQUES GASSEN*

Rev Med Suisse 2016; 12: 1574-8

Le suicide à l'hôpital psychiatrique est avant tout un drame humain, qui touche une famille et des proches mais également tous les soignants concernés. Quant à la prévention du suicide, c'est un problème essentiel de santé publique, le canton de Vaud en fait une des priorités de son plan de santé mentale. Nous présentons quelques données épidémiologiques générales du suicide et spécifiques à notre institution (le Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (DP-CHUV)). Nous exposons ensuite comment notre institution aborde la question de la prévention du suicide par l'analyse des événements cliniques dits indésirables et par la formation systématique des soignants.

Suicide and mental institutions, the Lausanne example

Suicide in the mental hospital is first a human tragedy that affects the patients' families and relatives but also touches all medical staff involved. As for suicide prevention, it is a key issue of public health, and the canton of Vaud has made it a top priority of his mental health policy. We will present some epidemiologic data general of suicide and some specific elements to our institution, the Psychiatry Department of the Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (DP-CHUV). Then we will show how our institution addresses the issue of suicide prevention through the analysis of so-called « adverse clinical events » and the systematic training of its caregivers.

INTRODUCTION

Le suicide est d'abord un drame humain. La mort est l'événement le plus singulier qui soit. Pour Heidegger¹, la mort est la possibilité (à être) la plus individuelle, irréditable et inadaptable et le rapport de l'homme à sa propre mort est constitutif de son être; pour Jankélévitch, la mort est un fait « qui ne ressemble à aucun autre fait divers de l'empirie, et fait divers est démontré et incommensurable aux autres phénomènes naturels. Elle est le fondement même de l'humanité tel que « la mortalité peut en somme servir à la définition de l'humanité », mais, simultanément, l'expression ultime de l'autonomie de l'individu. Phénomène naturel, biologique, la question de la mort ne concerne pas seulement le médecin ou le philosophe mais elle touche chacun de nous et l'humanité toute entière aux prises avec l'ubérescence de la mort. Le geste suicidaire, le meurtre de soi-même, est vécu comme une tragédie effroyable mais tout aussi impénétrable: pourquoi vouloir intentionnellement en finir avec la vie?

Le suicide est aussi un drame social et il est considéré aujourd'hui comme un problème de santé publique parmi les

plus importants.² Il s'agit d'une préoccupation majeure et sa prévention est devenue dans de nombreux pays une priorité justifiant des programmes de prévention spécifiques.

Dans ce cadre, il est largement fait appel à la contribution des professionnels de la santé, notamment de la psychiatrie. Les attentes à son égard sont grandes. Le déterminisme du suicide est complexe mais l'explication du suicide par la maladie mentale est une tentation aisée, malgré une pluralité de facteurs de risque maintenant identifiés, interagissant entre eux avec une extrême variabilité. Il est pourtant généralement attendu du psychiatre qu'il donne une juste prédiction du risque et qu'il organise une prévention, de l'hôpital psychiatrique qu'il soigne le patient suicidaire et l'empêche de passer à l'acte. Toutefois, nombre de travaux ont montré la difficulté, sinon l'impossibilité prédictible d'un suicide.^{3,4} Dans ce contexte, le travail des équipes soignantes avec des patients à risque suicidaire est un travail délicat, psychologiquement difficile et fatalement exposé, sur les plans médiatique et juridique. Plusieurs auteurs citent les travaux de Litman qui rapporte que, aux États-Unis, un tiers des suicides auraient eu des suites pénales contre les hôpitaux, dont la moitié d'entre elles concernaient des unités psychiatriques.⁵

ÉPIDÉMIOLOGIE

Sorell⁶ a démontré que la multiplicité des travaux statistiques de tous genres en matière de suicide corrobore la fascination à la fois pour l'acte suicidaire lui-même et pour sa mise en chiffres, comme exotisme à l'émotion qui entraîne le suicide. D'autres y voient l'expression d'une anxiété, le désir et l'impossibilité de cerner un phénomène aussi complexe qui échapperait à toute rationalisation: « Il n'est pas une thèse qui se sacrifie à l'autel des statistiques, on a tout compté: les lits, les sexes, les âges, les jours, les heures, les cordes, les révolvers... et si l'on compte encore, c'est que cet acte est inqualifiable et également inquantifiable. »⁷ Plus abstrait, Schneider affirmait en 1934: « Les mêmes analyses, les mêmes recensements et les mêmes conclusions se répètent dans une véritable compulsion névrotique. »⁸

Et si l'on compte encore, c'est aussi parce que l'approche statistique inaugurée par Durkheim⁹ est sans doute la seule prise offerte par un objet qui voue à l'échec presque toutes les autres techniques d'observations.¹⁰ La quantification du phénomène suicidaire et l'épidémiologie occupent une place de plus en plus importante, même s'il faut interroger la source des productions de données, notamment au regard du but pour lequel elles ont été établies.¹¹ Malgré les limitations méthodologiques liées à la nature complexe et multidimensionnelle du suicide, des efforts ont été déployés par les différentes disci-

* Département de psychiatrie, Site de Carex, CHUV, 1000 Prilly
jean-michel.kaison@chuv.ch | jacques.gassen@chuv.ch

1574

www.revmed.ch

21 novembre 2016

Prévention du risque suicidaire Comptoir sécurité vendre
juin 2023 - CCECQA

Bibliographie

- Analyser les suicides et tentatives de suicides en milieu de soins pour en limiter la survenue. HAS. 08 sept. 2022. Rapport d'analyse des circonstances et des causes de ces 795 évènements assorti d'enseignements et préconisations aux établissements en vue de réduire leur survenue
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/flash_suicide_vf.pdf
- [Haute Autorité de Santé - Analyser les suicides et tentatives de suicides en milieu de soins pour en limiter la survenue \(has-sante.fr\)](#)
- Veille stratégique ONS. L'essentiel de l'actualité documentaire consacrée au suicide. Parution n° 34 ; 7 septembre 2021. Monique Carrière - Mission Recherche (MiRe). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ministère des Solidarités et de la Santé <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Veille%20strat%C3%A9gique%20ONS%20n%C2%B034%20du%207%20septembre%202021.pdf>
- Gestion et prévention du risque suicidaire. Dossier documentaire. Juillet 2018 - Mise à jour Juin 2021
- Établissement membre du réseau documentaire en santé mentale. CIRD. Ascodocpsy.
- <https://biblifodoc.jimdofree.com/2018/07/12/gestion-et-pr%C3%A9vention-du-risque-suicidaire/>
- Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé. Inventaire des outils. Ontario Hospital Association (OHA) - Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). ISBN no 978-0-88621-335-0. Numéro de publication : 332 <https://www.yumpu.com/fr/document/read/16547725/guide-devaluation-du-risque-de-suicide-ontario-hospital-association/72>
- La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Recommandation de bonne pratique . 01 oct. 2000
- https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
- <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf>
- Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge. Recommandation de bonne pratique. HAS. Mis en ligne le 30 sept. 2021 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge

Les prochains comptoirs proposés par le CCECQA



Thématiques	Dates
Circuit du médicament dans les ESMS avec l'OMDEDIT	Jeudi 29 juin 2023
Comptoir santé mentale : Directives anticipées en psychiatrie (DAP)	Mardi 10 octobre 2023
Cybersécurité et EIGS	Mardi 21 novembre 2023

Pour aller plus loin ...



Formations régionales sans frais d'inscription
Limité à 2 professionnels/établissement

Secteur sanitaire

- Méthode d'analyse systémique des EIAS/EIGS
 - 10 octobre (Pessac)
 - 05 décembre (Pessac)
- Culture de la sécurité des soins : mieux la manager
 - 5 juillet (Pessac)
 - 16 novembre (Pessac)

Secteur médico-social

- Evénements indésirables en ESSMS : les recueilli, les traiter, les analyser
 - 15 juin (Pessac)
 - 20 juin (Pau)
 - 7 novembre (Angoulême)
- Culture de sécurité et qualité des accompagnements : rôle du manager
 - 27 juin (Pessac)
 - 14 novembre (Pessac)
 - 14 décembre (lieu à venir)



Un Événement Indésirable Grave Associé aux Soins (EIGS) tous les 5 jours dans un service hospitalier de 30 lits... dont 1/3 sont évitables !

Professionnels d'établissements de santé, médico-sociaux et soins primaires, nous sommes tous concernés.

L'équipe du CCECQA, mission EIGS, vous propose un soutien dans la mise en place :

D'actions de prévention, D'Analyses Approfondies de Causes (AAC) d'EIGS, Du suivi de vos actions d'amélioration.



Mission EIGS : site du CCECQA

LA MISSION EIGS DU CCECQA VOUS PROPOSE

- Un accompagnement des soignants dans la réalisation d'une Analyse Approfondie des Causes (AAC) en utilisant la méthode ALARME : et/ou une relecture, une reprise d'analyse, un avis d'expert, ou une aide à la formalisation et au suivi de vos actions
- Une sensibilisation des professionnels à la déclaration des EIGS : aide à la définition de l'évènement, accompagnement dans la rédaction des volets de déclaration
- Un échange avec les patients et leur famille pour comprendre leurs besoins, leurs attentes et leurs préoccupations concernant la sécurité des soins.

Contact : eigs@ccecqa.fr

Tel : 06 02 08 98 92

Docteur Véronique Garcia

Docteur Marike Grenouillet

Muriel Zago cadre de santé IBODE

Référents cliniciens (selon domaine de soins)

Pour en savoir plus :

[Nos adhérents en parlent](#)

[REPLAY Présentation de la mission EIGS](#)

[EIGS CCECQA présentation unité clinique favoriser signalement](#)

[Guide HAS de l'analyse des événements indésirables associés aux soins \(EIAS\) - Mode d'emploi](#)

[Les Déterminants QSS](#)

[Portail signalement ARS en Nouvelle Aquitaine](#)

[Site internet du RREVA](#)

Une mission réalisée avec le soutien financier de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

<https://www.ccecqa.fr/activité-événements-indésirables-graves>



Mission EIGS : CHARTE de collaboration entre le CCECQA et les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements médicosociaux en Nouvelle-Aquitaine



Les retours d'expériences

Les retours d'expériences sont mis en forme en fiche REX qui relate un EIGS, son analyse et plan d'action. En fiche Reflexe qui regroupe un thème et les enseignements principaux. Enfin, des analyses de scénarios cliniques pour à priori évaluer en équipe les barrières de sécurité intra-service disponibles ou à mettre en place.

Les outils

Ces outils sont des aides méthodologiques pour aider les professionnels à déclarer, analyser, puis partager leurs pratiques par le Retour d'expériences

Fiches disponibles



Recommandations de l'OMS, aide à l'inclusion des EIAS, préparer la réunion d'AAC, dossier d'AAC d'un EIGS, grille ALARM, compte-rendu d'AAC, comment communiquer et annoncer un dommage associés aux soins, guide de conduite de REX, sites internet utiles

Des fascicules ou fiches thématiques

Pour alerter les professionnels de santé sur certains sujets de gestion des risques



Un serious game

Proposé en 2D, il est issu des retours d'expériences des équipes ayant été confrontées à un EIGS, permettant ainsi de revivre les EIGS analysés en immersion dans des exercices de simulation.

