

FICHE RETOUR D'EXPERIENCE ANALYSE APPROFONDIE EI Tentative d'autolyse chez une personne âgée hospitalisée en médecine

• **Date :** 18/01/2025

• **Spécialité :**
Médecine

• **Population :**
Personne âgée

**Nature de la prise
en charge :**

Thérapeutique

Diagnostique

**A visée
esthétique**

Préventif

Autre :

Sources : collaboration FORAP, fiche REX Qualiirel (réadaptation), guide HAS EIAS 2021, documents internes PASQUAL.

Fiche REX élaborée à partir de l'analyse réalisée par les acteurs impliqués dans l'événement, mise à disposition dans une visée pédagogique, ne se substituant pas aux publications et recommandations en vigueur.



Accroche, de quoi s'agit-il ?

L'EIGS est une tentative d'autolyse par pendaison d'un patient âgé de 87 ans survenue dans le service de médecine.

Impact patient :

Menace vitale immédiate
Hospitalisation à l'EPSM pour suivi



Résumé de l'événement

Patient admis aux urgences pour chute à domicile.

Il est hospitalisé en médecine pour pneumopathie.

Sa date de sortie pour retour à domicile est programmée au lundi 20/01.

Le patient réalise une tentative d'autolyse dans la nuit du samedi avant sa sortie d'hospitalisation.



Chronologie de l'événement indésirable

La chronologie de l'événement doit être décrite de manière **complète, précise, anonymisée**, de façon **neutre et sans interprétation**

Quand ?	Qui ?	Quelle action ?	Comment ?
12/01/2025 8h03		Entrée aux urgences avec les sapeurs-pompiers de M. C, 87 ans pour chute de nature indéterminée. Patient resté au sol la nuit. Vit seul à domicile. Pas de chute à répétition dans ses antécédents. Pas d'antécédent psychiatrique précisé. Prise en charge médicale aux urgences: constantes, ECG	
12/01/2025 9h45		Douleur thoracique et vomissement : Prise en charge pour encombrements bronchiques et dyspnée: Scanner, Radio de thorax, bilan biologique réalisés.	
12/01/2025 18h15		Hospitalisation en médecine (dans le service de SMR) pour pneumopathie basale gauche probablement d'inhalation	
Du 12/01 au 17/01		Projet thérapeutique : pas de besoin de prise en charge psychologique identifié. Pas de trace de tristesse de l'humeur dans les transmissions médicales, paramédicales, diététicienne, kiné, assistante sociale. Prise en charge pour pneumopathie. Date prévisionnelle de sortie : RAD le 20/01 avec augmentation du plan d'aide. Association de la famille.	
18/01/2025 1h40		Lors du tour soignant, l'équipe entend un bruit fort provenant de sa chambre. M. C est enfermé dans la salle de bain. L'équipe ouvre la porte et retrouve M. C. au sol conscient cyanosé, avec perte d'urine et de selles. Constat d'une tentative d'autolyse par pendaison (tubulure d'aérosol enroulée autour de la barre de douche). Agité, souhaite mourir. Ne critique pas son geste et dit vouloir recommencer.	
18/01/2025		Prise en charge infirmière de M. C. et appel du médecin de garde: - Prescription anxiolytique et contention (pyjadrap) - Demande d'avis psychiatre retrouvée dans les observations	
18/01/2025 Nuit		Mise en sécurité et surveillance de M. C.	
18/01/2025 Matinée		Fille du patient prévenue	
18/01/2025 11h30		Transfert aux urgences pour avis psychiatre Indication de transfert à l'EPSM	



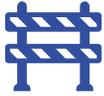
Identification de la (des) cause(s) immédiate(s)

Mauvaise identification du risque suicidaire chez la personne âgée



Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	<ul style="list-style-type: none"> Personne âgée ne manifestant aucun signe d'alerte de risque suicidaire
Professionnel	<ul style="list-style-type: none"> Professionnel non formé spécifiquement au repérage des risque suicidaire.
Équipe	<ul style="list-style-type: none"> Avant la TA: Pas de trace d'une évaluation du risque suicidaire ou de troubles de l'humeur dans le DPI. Après la TA: Pas de trace du passage de l'équipe mobile de psychiatrie dans le DPI.
Tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> Il existe un protocole de dépistage du risque suicidaire datant de 2018. Non connu. De plus ce protocole est applicable qu'en cas de détection de signe d'alerte, Pas d'outil pour identifier un trouble de l'humeur intégré dans le DPI Pas de systématisation de l'évaluation du risque à l'entrée des patients
Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> Présence de tringles à rideau de douche non nécessaire Pas de réflexion institutionnelle sur la sécurisation des chambres Charge de travail importante dans le service la nuit de la tentative d'autolyse.
Organisation & management	-
Contexte institutionnel	-



Analyse des barrières de sécurité

Barrières Description	Type Prévention Récupération Atténuation	Existence Existante Inexistante	Efficacité Oui Partielle Non
Identification du risque suicidaire à l'entrée	Prévention	Existante	NON
Prise en charge du patient après la tentative d'autolyse: appel urgence	Récupération	Existante	OUI



Évitabilité

<input type="radio"/> Évitable	<input checked="" type="checkbox"/> Probablement évitable	<input type="radio"/> Probablement inévitable	<input type="radio"/> Inévitable
--------------------------------	---	---	----------------------------------



Plan d'action

Action proposée Objectif et description Barrières de prévention / protection	Responsable	Mesure, suivi	Echéancier
Réviser le protocole d'évaluation du risque suicidaire en intégrant une échelle d'évaluation dès l'entrée du patient (PHQ2 par exemple) Intégrer cette échelle dans la macrocible d'entrée dans le DPI Sensibiliser les professionnels	Directeur des soins Médecin Cadre de santé SMR Psychologue	Taux d'évaluation du risque suicidaire des patients dès l'entrée	10/2025
Organiser la prise en charge psychologique des équipes suite à un événement indésirable grave	Directeur des soins Cadre de santé SMR Psychologue	Procédure de prise en charge psychologique des professionnels	10/2025
Intégrer la formation au repérage des signes de souffrance psychique au plan de formation institutionnel	Directeur des soins	Plan de formation 2026	12/2025
Mener une réflexion globale sur la sécurisation des chambres	Directrice des Ressources Physiques	Moyens de sécurisation des chambres	12/2026
Assurer la traçabilité des transmissions de l'équipe mobile de psychiatrie dans le DPI	Responsable Système d'Information	Ouverture des droits externes pour l'équipe mobile de psychiatrie dans le DPI	12/2025

Personnes ayant participé à l'analyse pluridisciplinaire

Nous vous remercions de préciser la qualité des personnes (professionnels, patients, personnes accompagnées...)

Médecin Chef de service Médecine

Cadre de santé SMR

Directeur des soins

Psychologue

Responsable Qualité Risques

Un retour au déclarant de l'Événement Indésirable a-t-il été réalisé ?

Si oui, sous quelle forme ?

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

Entretien avec la fille du patient

Un entretien avec le patient / la personne accompagnée et/ou les proches dans le cadre de l'analyse a-t-il été réalisé ?

Si oui, de quelle manière ? Avec qui ? Un retour au patient a-t-il ensuite été envisagé à l'issue de l'analyse ?

Non



Références bibliographiques

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles en lien avec l'Événement Indésirable

HAS – Flash sécurité Patient – Suicide, mieux vaut prévenir que mourir – 28/04/2022

HAS - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge – 22/11/2000

ANESM - Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement – 03/03/2014

Annexe – Aide au plan d'action

Guide de hiérarchisation des actions par catégorie, Érage
 L'ERAGE (Equipe Régionale d'Appui à la Gestion des Événements indésirables) est intégrée au Réseau Qualité Bourgogne-Franche-Comté (RéQua, Structure Régionale d'Appui).

Tableau I – Grille de hiérarchisation et de classification des actions par catégories utilisée par l'Érage.

	Catégorie
Actions fortes	Modifications architecturales/physiques des installations
	Nouveaux appareils mis en place après test
	Mise en place de contrôleurs empêchant des actions, ou avec fonction de forçage
	Simplification d'un processus en supprimant des étapes inutiles
	Standardisation des équipements (modèles uniques...) ou des processus (ex. : codes barres pour la prescription)
Actions intermédiaires	Implication tangible du leadership dans la sécurité (participation aux évaluations, soutien aux analyses approfondies des causes, amélioration de la charge de travail, achat de matériel...)
	Redondance d'actions par au moins deux professionnels (en même temps)
	Augmentation du personnel/diminution de la charge de travail
	Amélioration et modification des logiciels (alertes en cas d'interaction ou d'allergie, facilitation de l'accès aux données...)
	Élimination/réduction des distractions et interruptions de tâches
	Formation utilisant la simulation, avec des séances de recyclage et des observations périodiques
	Utilisation de check-lists et d'aides-mémoire
	Élimination des médicaments <i>look-alike</i> et <i>sound-alike</i> *
Mise en œuvre d'outils de communication standardisés (<i>teach-back</i> ** ; SAED*** ; formulaires de transferts de patients standardisés...)	
Actions faibles	Amélioration de la documentation, de l'information (ex : nom et dose d'un médicament surlignés...)
	Double contrôle a posteriori (non simultané)
	Mise en place d'alarmes sonores ou d'affiches rappelant les instructions
	Élaboration d'une nouvelle procédure/protocole/politique
	Formation, sensibilisation, rappels

Inspirée du tableau de la force des actions d'amélioration élaboré par la *National Patient Safety Foundation* à partir des travaux du *National Center for Patient Safety* [11].

* Médicaments dont l'apparence ou le nom prêtent à confusion ; ** Reformulation ; *** Situation, antécédents, évaluation, demande. Outil mnémotechnique permettant au soignant de structurer sa communication orale auprès d'un autre soignant.

Érage : équipe régionale d'appui à la gestion des événements indésirables (Bourgogne-Franche-Comté).