

Un Événement Indésirable
Grave sur le "parcours
patient" d'un adolescent
suicidaire en pédiatrie
générale.

La crise dans la crise



L'adolescent en crise: le trou dans la raquette hospitalière.

- Une prise en charge « hors crise » bien codifiée, avec une coordination cille hôpital efficiente.
- Mais l'accueil de l'adolescent en crise a été l'objet de multiples EI (événement indésirable) sur le CHG, et les plans d'actions n'ont pas permis d'obtenir la fin des réitérations.
- Le nombre de prises en charge d'adolescents relevant de la pédo-psy en PG est en constante augmentation.
- Le niveau de risque à induit la demande de support à la STARAQS.

signalement

Déclarant

Emetteur	Date d'émission
- PEDPSY ADO HC (Psychiatrie infanto-juvénile)	20/03/2022

Description de l'événement

Date	19/03/2022	Horaires	19h-22h
Service concerné	PEDIA ENFANT HC (Femme-Enfant)		
L'événement concerne	Patient		
Si l'événement concerne un patient préciser son nom			
L'événement est-il déjà survenu à votre connaissance?	Oui		
Il s'agit de :	Autres		
Si autre préciser	tentative de suicide par strangulation		
Description détaillée	Lors de notre passage à 20h, la patiente était enfermée dans la salle de bain et ne répondait pas. Après ouverture de la porte avec des ciseaux, nous retrouvons la patiente assise. Elle s'étrangle avec une serviette de bain, son visage est légèrement cyanosé.		
Quelles actions ou mesures avez vous pu mettre en place?	<ul style="list-style-type: none">- Appel du pédiatre de garde et du psychiatre de garde qui a vu la patiente.- Constantes prises;- Administration du traitement selon prescription.- Relation d'aide.- Retrait de toutes ses affaires de sa chambre + téléphone- Présence constante dans sa chambre jusqu'à endormissement.- Après endormissement passage toutes les heures		

- En effet au cours de la nuit du 25 avril 2022 (Actuellement 6 patients relevant de la psychiatrie sont répartis dans toute l'unité)
- A 23h, une adolescente se confie et m'explique avoir ingéré du gel hydro-alcoolique à 2 reprises dans l'unité de pédiatrie. Gels situés en libre-service partout dans l'unité.
- A 1h20 dans l'aile opposée - au détour d'une surveillance aléatoire en supplément à toutes celles déjà effectuées et programmées - une autre jeune tente de se suicider par strangulation avec la manche du pantalon de son pyjama, en pleure et enfermée dans la salle de bain de sa chambre. (Pour rappel celle-ci n'en est pas à sa première tentative dans le service, usant du même procédé).

Urgences pédiatriques - 15 mars

21h18 : consulte pour tentative de pendaison au domicile. Parfaitement consciente. Erythème au cou

16 mars à 1h24 : examen psychiatre de garde : anxiodépressive, forte angoisse, humeur labile avec **vellétés suicidaires**

Absence lit disponible en hospitalisation -> surveillance aux urgences porte de pédiatrie

Diagnostic principal : Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques

CAT :

Hospitalisation en pédiatrie avec évaluation pédopsychiatrie .

Faire un inventaire et enlever tout produit à risque , risque suicidaire ++++++

Traitement :

Tercian gouttes : 20 gtt

Surveillance : comportement , hydratation , transit .

- Mère présente. Surveillance de nuit :

surveillance rapprochée, risque de passage à l'acte élevé +++

Le strict minimum dans sa chambre: lit et table. Ne pas laisser les câbles, de couverts/couteaux dans sa chambre

Surveillance avec passage IDE dans la chambre toutes les 1-2h

Pédiatrie adolescents HC - 16 mars 22

08h27 : patiente dort

10h55 : le pédiatre sénior valide la mutation en pédiatrie, en accord avec le psychiatre adulte

- Prescription de consignes ?

14h : examen pédopsychiatre ? Interne en médecine ?

- Autodépréciation, contexte familial, violence, harcèlement scolaire
 - Entretien familial
 - « surveillance, risque de passage à l'acte » : grille ? Niveau ?

Accompagnée de la maman, installée en chambre seule (IDE) :

- **Précautions environnement** : chaussures enlevées, aspiration retirée, inventaire fait.
- Consignes données à la maman. Lesquelles ?

Entretien psychologue : CR ?

Nuit : tristesse. Passage horaire organisé. Aléatoire

L'évènement - SAMEDI 19 mars

12h : **changement** de pédopsychiatre : Mise sous Tercian. Pas de tréçabilité de l'indication et du process d'administration

Surveillance horaire

Niveau de risque suicidaire non évalué (pas de grille adaptée pour la PG)

19h45 : contact Instagram avec l'ex-petit ami. Evènement déclencheur possible Accès au portable adapté ?

20h : enfermée dans la salle de bain, ne répond pas. Retrouvée assise tentant de s'étrangler avec une serviette de bain. Visage légèrement cyanosé (IDE).

- Aménagement du milieu fait en urgence, perfectible
- Retrait de toutes ses affaires : cibler
- Appel pédiatre et psychiatre de garde.
- Présence dans la chambre jusqu'à endormissement à 23h. Puis surveillance plus lache
- Accompagnement des autres patients

Le rattrapage de l'évènement - Les mesures immédiates

Dimanche 20 mars à 13h : réveil. Entretien de suivi, participation atelier manucure, plus souriante, demande à être en chambre double.

Accès à l'avis psychiatrique le dimanche difficile (psy adulte)

21 mars : pédopsy : décision d'un transfert. Echec de recherche en clinique et par la CROSS -> décision transfert en psychiatrie adulte. Accord de la mère donné le 22.03.

Modalités d'accueil d'un mineur en psychiatrie adulte non définies

Patiente au contact des autres hospitalisés, promenade accompagnée d'un soignant.

Renforcement nocturne de la psy de liaison

16h : Transfert en psychiatrie adulte, avec l'équipe de psychiatrie et psychiatre « à cause du potentiel dangereux et passage à l'acte et devant la non disponibilité de moyens de surveillance » =

Devenir

22 mars : en chambre d'isolement (couverture anti-suicide, pyjama, retrait couverture)

23 mars : entretien psychiatre

25 mars : atelier esthétique. 10h : demande de sortie contre avis médical. Mère reçue par psychiatre pour signifier le risque de passage à l'acte

- nuit : calme.

26 mars : sortie de chambre d'isolement, hospitalisée de nuit en psychiatrie adulte HC et en HDJ pédopsy de jour.

HDJ quotidien jusqu'à quelle date ?

27 mars : (week-end) HDJ est à l'espace ado de 9 à 17h. Nuit OK

28 mars : entretien psychiatre

29 mars : entretien psychiatre : demande de sortir chez elle la nuit et revenir en HDJ de jour : signification qu'il est encore tôt pour l'envisager

01/04 : **sortie contre avis médical**, à la demande de la mère, avec HDJ en journée, avec Tercian et introduction de SERTRALINE

13/04 à 2h : consultation aux urgences pédiatriques pour 20 scarifications bras gauche et droit avec une lame de rasoir

Avis psychiatre de garde : pas d'indication d'hospitalisation. A RdV le 13/04 avec son psychiatre (CR SAU)
RAD

17/04 à 13h : IMV avec 8cp valium 5mg

- 15h44 : URG PED pour IMV (CR SAU)
- 16h : Hospitalisation en PEDIA ADO HC

18/04 : admise pour TS au VALIUM, multiples scarifications

- 23/04 : pédopsy astreinte). Somnolente, troubles sommeil, souhaite activité, pas d'idée suicidaire évoquée
- 30/04 : a reçu sa mère malgré la décision de l'OPP d'interdiction de visite (pédopsy astreinte). Somnolente, troubles sommeil, souhaite activité, pas d'idée suicidaire évoquée

Dysfonctionnement / recherche des causes

Evaluation du risque suicidaire :

- Grille
- Réévaluation
- Évaluation pluridisciplinaire

Mesures de protection en pédiatrie : matériel « anti-suicide »

Modalités d'accueil d'un mineur en psychiatrie adulte

Organisation des soins :

- Horaires des transmissions
- Surveillance aléatoire

Traçabilité

Suivi du plan d'action, formalisation d'un parcours : convention

- **Sont accueillis à l'UTPA** des adolescents mineurs nécessitant une prise en charge en hospitalisation complète. Le capacitaire est de 8 lits. L'hospitalisation à partir des urgences peut être **organisée uniquement en journée, entre 9h30 et 16h30**,
- **En pédiatrie**
- L'accueil en pédiatrie est dédié aux adolescents présentant des pathologies somatiques et pédopsychiatriques associées.
- Peuvent être également accueillis des adolescents ne présentant pas de troubles du comportement.
- La prise en charge est réalisée dans l'unité de pédiatrie, avec le concours de l'équipe de liaison pédopsychiatrique en semaine et le samedi matin.
- En cas d'absence de places à l'UTPA, l'adolescent peut être accueilli en pédiatrie et des renforts peuvent être sollicités si l'adolescent présente un risque suicidaire et uniquement sur indication médicale.
- La durée de prise en charge doit être réduite et ne pas excéder si possible 1 semaine.

Limites de l'exercice :

- Convention théorique décrivant le parcours
- Réelle difficulté en pédiatrie :
 - Evaluation et indication thérapeutique
 - Coordination et notamment sur le suivi et l'adaptation des locaux
 - L'adolescent agité et violent

L'adolescent en crise : l'inadaptation profonde des services de pédiatrie

- 1) L'âge des patients : l'enfant >12 ans représente moins de 20% des hospitalisation (et encore moins dans le cadre de l'urgence)
- 2) La violence l'exception dans la prise en charge quotidienne
- 3) La sédation la contention : des thérapeutiques d'exceptions mal maîtrisées.
- 4) La formation des équipes PM et PNM impossible dans le cadre d'une crise constante de l'offre de soins.
- 5) Une relation somaticien / psychiatre très loin de la maturité de l'adulte

Conclusion

- La RMM et le plan d'action, ont diminué le risque systémique de réitération d'acte suicidaire en hospitalisation
- Cependant le ressenti des équipes vis-à-vis de la population adolescente reste difficile, notamment par la saisonnalité des passages à l'acte concomitante des périodes épidémique virale
- La permanence de l'accueil spécialisé sur les secteurs est une nécessité à l'image des unités de crise de l'adulte.