

# Suicides en intra-muros

**F.BENMOUSSA, K.BESSEDIK**

Service de Psychiatrie « D » Faculté de médecine, Université Blida 1

## Introduction

Le suicide, problème majeur de santé publique [1] Bien que les patients hospitalisés présentent très souvent de nombreux facteurs de risques, seuls 5% de l'ensemble des Suicides répertoriés se produisent lors d'un séjour hospitalier et 1 à 4 décès par suicide sont à déplorer toutes les 1000 admissions. Le suicide concerne particulièrement les patients souffrant de schizophrénie. Malgré les progrès thérapeutiques, il représente 9 à 13 % des causes de décès dans cette population [2].

## LE SUICIDE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

L'incidence du suicide en milieu hospitalier est de 250 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux psychiatriques. Elle est de 1,8 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux généraux, soit quatre à cinq fois plus qu'en population générale. De 5 à 6,5 % des suicides sont ainsi commis à l'hôpital : 3 à 5,5 % en hôpital psychiatrique et environ 2 % en hôpital général. Les facteurs de risque suicidaire sont multiples. C'est d'abord l'accessibilité à un ou plusieurs moyens de suicide. En milieu psychiatrique, la première semaine d'hospitalisation et les deux semaines qui suivent la sortie constituent des périodes critiques. Au cours de la première semaine d'hospitalisation, les facteurs de risque sont l'existence d'antécédents suicidaires personnels (et familiaux) et de tentative de suicide (TS) peu avant l'admission, un diagnostic de schizophrénie ou de trouble de l'humeur, une comorbidité alcoolique. Chez les schizophrènes masculins dont la maladie a débuté à l'adolescence, 21,5% soit plus d'un sur cinq se suicident. 10 à 13% se suicident et environ 20 à 40% font des tentatives de suicide. Deux tiers de ces suicides ont lieu durant les six premières années d'évolution de la maladie (**Fig2, Fig3**), ce qui fait de cette période celle où le risque est le plus grand [3].

## RISQUE SUICIDAIRE : ENJEUX ET RESPONSABILITÉ (Fig1)

Qui du médecin traitant, du médecin psychiatre durant l'hospitalisation, de l'établissement ou de l'équipe médicale peut être reconnu juridiquement responsable ?

Un arrêt de la Cour de cassation du 21 juin 2005 fournit une bonne illustration de la répartition des responsabilités : un patient a été hospitalisé à la demande de son médecin traitant en raison d'un état dépressif avec tendances suicidaires. Le patient s'est suicidé durant son séjour en clinique par pendaison en utilisant une sangle de sport laissée en sa possession.

### 1- La responsabilité du médecin psychiatre

Pour que la responsabilité pénale du médecin soit engagée, il est nécessaire qu'existe dans le Code Pénal une incrimination à laquelle l'acte reproché corresponde exactement. En matière de suicide, le médecin se voit le plus souvent reprocher une non-assistance à personne en péril. Le médecin psychiatre doit tout mettre en œuvre pour

éviter une tentative de suicide.

Il est tenu à une obligation de moyens [5].

En l'espèce, la cour de cassation a condamné le médecin psychiatre qui a suivi le patient durant son séjour :

« Il appartient au médecin psychiatre, chargé au sein de l'établissement de santé de suivre le patient, de prescrire les mesures de soins et de surveillance appropriées à son état... »

### 2-L'absence de responsabilité de l'équipe médicale

Lorsqu'un médecin prend la direction d'un soin, le personnel médical qui l'assiste se trouve sous sa dépendance et son autorité. L'équipe soignante est subordonnée aux prescriptions du médecin. En l'espèce, l'étude du cahier infirmier a révélé qu'aucune information particulière n'a été fournie. Le personnel ne pouvait légalement accéder au dossier médical pour déterminer lui-même les mesures de surveillance nécessaires. Le personnel n'avait donc pas connaissance des risques d'autolyse. En conséquence, il ne pouvait lui être reproché aucune faute [6].

### 3-La responsabilité des établissements de santé

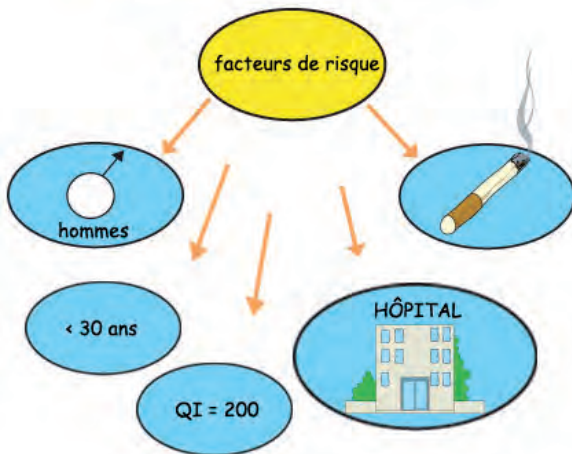
Dans un service psychiatrique, si des idées de suicide sont exprimées, l'obligation de surveillance incombant à l'établissement est renforcée. Il a ainsi été jugé : « Alors même que le patient aurait reçu des soins médicaux rendus nécessaires par son état et que le service hospitalier n'aurait pas eu connaissance des tentatives de suicide du patient, l'absence totale de surveillance particulière de nature à prévenir une fuite inopinée constitue, par elle-même, une faute dans l'organisation du service psychiatrique de l'hôpital... qu'il y a lieu... de déclarer cet hôpital responsable de l'entier préjudice subi par Monsieur B du fait de sa défenestration. » [7].

Ainsi, même sans indications médicales particulières, l'établissement doit assurer une surveillance appropriée. On peut évoquer une obligation générale de prudence

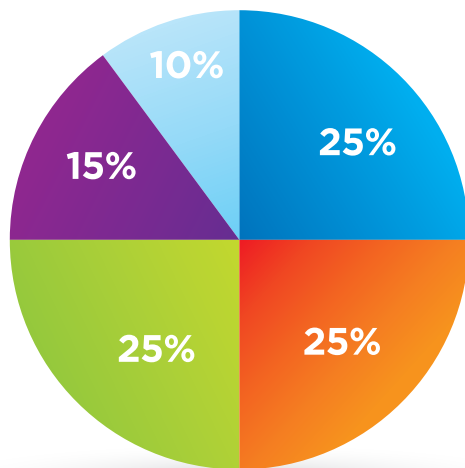
### PEUT-ON PREVENIR LE SUICIDE À L'HOPITAL ?

Cinq pour cent des suicides constitués sont réalisés au cours d'une hospitalisation. Si les facteurs de risque de suicide sont connus et efficaces au cours des crises suicidaires, ils le sont peu ou pas chez les patients suivis de longue date [8] exemple de la schizophrénie. La prévention du suicide à l'hôpital peut s'appuyer sur cinq types de mesures : la sécurisation de l'environnement hospitalier, l'optimisation de la prise en charge des patients à risque suicidaire, la formation des équipes soignantes, l'implication de l'entourage dans les soins et la mise en œuvre de procédures « post événementielles » faisant suite à la survenue d'un suicide ou d'une TS. La majorité des suicides a lieu au cours d'une période de vulnérabilité [9].

Schizophrénie et risque suicidaire

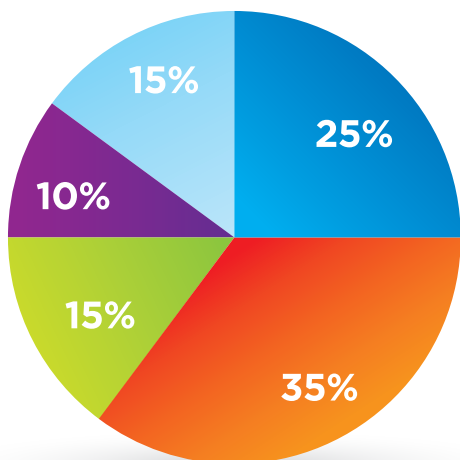


Evolution de la maladie après 10 ans



- Rémission complète
- Amélioration avec une certaine indépendance
- Amélioration avec réseau de soutien intensif
- Hospitalisation sans amélioration
- Décès, principalement par suicide

Evolution de la maladie après 30 ans



- Rémission complète
- Amélioration avec une certaine indépendance
- Amélioration avec réseau de soutien intensif
- Hospitalisation sans amélioration
- Décès, principalement par suicide

Conclusion

Le suicide à l'hôpital psychiatrique est un sujet rarement abordé par le psychiatre alors que sa survenue est quotidiennement crainte. Plusieurs modèles tentant d'éclairer la physiopathogénèse du suicide ont été développés (origine génétique, dysfonctionnement sérotoninergique, implication de facteurs psychosociaux et cognitifs...).

La responsabilité contractuelle d'un médecin ou d'une clinique crée une obligation de moyens, et non de résultats. Le médecin s'engage à apporter des soins « consciencieux, diligents et conformes aux données actuelles de la science ». Le contrat d'hospitalisation en clinique comporte une double obligation de soins et de garde et surveillance. Elle doit prendre des mesures appropriées à l'état du malade et à ses réactions antérieures.

Malgré la mise en lumière de ces facteurs de risque, le suicide demeure très fréquent au cours de la maladie mentale. Dans notre pratique au niveau de l'hôpital psychiatrique de Blida nous sommes confrontés à ce problème majeur et nous pensons qu'une meilleure connaissance des facteurs de risque comme de protection est nécessaire à la mise en place de programmes de prise en charge précoce de la maladie pour lutter contre ce drame qu'est le suicide. La prévention des conduites suicidaires doit être une préoccupation permanente du psychiatre, mais également des proches et des différents intervenants du réseau de soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a re-examination. Arch Gen Psychiatry. 2005 ;62(3) :247-253. doi: 10.1001/archpsyc.62.3.247.
2. G.Klein Le suicide à l'hôpital psychiatrique. SANP 2012 (163)
3. C Martelli H Awad P. Hardy Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. Encéphale 2010 (36S2)
4. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. Am J Psychiatry. 1999 ;156 :1590-1595
5. Ch. Hennau-Hublet et G. Schamps, « Responsabilité pénale et responsabilité civile : une parenté contestée », Ann. Dr. Louvain, 1995, p. 194.
6. N. Colette-Bassecqz et F. Lambinet, « L'élément moral des infractions », L'élément moral en droit. Une vision transversale, Limal, Anthémis, 2014, p. 48.
7. G. Genicot, Droit médical et biomédical, Bruxelles, Larcier, 2010, pp. 356-359. Pour des illustrations de décisions ayant retenu la responsabilité civile de l'hôpital en cas de suicide d'un patient.
8. Allebeck P, Varla A, Kristjansson E, Wistedt B. Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 1987 ;76 :414-419.
9. I Jaussert N. Perroud Evaluation du risque suicidaire dans la pratique. Suicides et tentatives de suicides. Sous la direction de Philippe Courtet. Médecine-Sciences Flammarion 2010