



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ – LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

**THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Evaluation du risque suicidaire chez les patients dépressifs en médecine générale : A propos d'une enquête qualitative menée auprès des médecins généralistes du secteur psychiatrique de Wattrelos- Leers.

**Présentée et soutenue publiquement le 6 février 2013
Au Pôle Recherche de la Faculté
Par Julie Lescornez.**

Jury

Président : Monsieur le Professeur P. THOMAS

**Asseseurs : Monsieur le Professeur R. GLANTENET
Monsieur le Professeur G. VAIVA
Monsieur le Docteur J. OUREIB**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur J.OUREIB

PLAN

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE: REVUE DE LITTERATURE	11
1. Revue de la littérature	11
1.1. Données épidémiologiques	12
1.1.1. Données internationales	12
1.1.2. Données régionales: Nord-Pas de Calais	13
1.2. La Crise suicidaire et le Suicide	14
1.2.1. Définition	14
1.2.2. Reconnaître la crise suicidaire	15
1.3. Facteurs de risque	16
1.3.1. Facteurs de risque primaires	17
1.3.2. Facteurs de risque secondaires et tertiaires	19
1.4. Une approche limitée	20
1.5. Degrés d'urgence de la crise suicidaire	21
1.6. Le médecin généraliste face à l'évaluation du risque suicidaire	22
1.6.1. Etat des lieux	22
1.6.2. Un rôle clé	23
1.6.3. Les difficultés rencontrées: sous évaluation de la dépression et donc méconnaissance du risque suicidaire en médecine générale.	24
1.7. Des d'outils d'aide au diagnostic en médecine générale	26
1.7.1. Aide au diagnostic de dépression	26
1.7.2. Intérêt des échelles spécifiques du risque suicidaire	27
1.7.3. PHQ-9: une attention particulière.	28
1.8. Utilisation des guides pratiques en médecine générale	30
DEUXIEME PARTIE: ETUDE	31
2. Méthodologie	32
2.1. Description de la population étudiée	32
2.1.1. Démographie médicale	33
2.1.1.1. Les médecins libéraux	33
2.1.1.2. Description du secteur psychiatrique public	33
2.2. Organisation de l'étude	34
3. Résultats	35
3.1. Caractéristiques des médecins répondeurs	35
3.2. Abord de la crise et évaluation du risque suicidaire	37
3.3. Facteurs de risque	39
3.4. Les difficultés rencontrées	41
3.4.1. Généralistes et psychiatres: une relation compliquée	41
3.4.2. Gestion de la consultation par le généraliste	42
3.4.3. Hospitalisation du patient: crainte de la psychiatisation	44

3.4.4. Entourage familial	44
3.5. Outils d'aide au diagnostic de risque suicidaire	46
3.5.1. Aide au diagnostic de dépression surtout	46
3.5.2. PHQ-9	47
3.6. Information et formation sur le risque suicidaire	40
4. Discussion	49
4.1. Intérêts et limites de l'étude	49
4.2. Offre de soins et communication avec la psychiatrie	51
4.2.1. Offre de soins	51
4.2.1.1. Secteur public: une amélioration ressentie par les généralistes	51
4.2.1.2. Secteur libéral: un secteur qui reste à développer	52
4.2.2. Accès aux soins: vers une plus grande proximité des soins	53
4.2.3. Accès aux soins et lutte contre la stigmatisation de la psychiatrie	54
4.2.4. Relation entre médecins généralistes et psychiatres: des efforts de communication sont nécessaires.	55
4.2.5. Prévention tertiaire: suivi intensif après TS. Place du généraliste	57
4.3. Renforcement de la formation des généralistes: quels sont les domaines à améliorer	58
4.3.1. Un meilleur repérage des éléments de gravité de la crise suicidaire	58
4.3.2. Evaluation du risque suicidaire, de l'urgence et du danger: 3 domaines à ne pas négliger	59
4.3.3. Cas particuliers: le grand âge et l'adolescence.	60
4.3.4. Aborder le risque suicidaire: disponibilité des praticiens, relation médecin- malade	61
4.3.5. Le médecin généraliste n'est pas si seul: implication de la famille et réseaux.	65
4.4. Des outils d'aide au diagnostic en soins primaires encore peu nombreux	66
4.5. Modalités de formation des médecins généralistes	67
4.5.1 Formation initiale	67
4.5.2. Formation continue	68
CONCLUSION	70
ANNEXES :	72
BIBLIOGRAPHIE	82

Introduction

La charge de la santé mentale et notamment de la dépression pèsent de façon considérable sur l'activité du médecin généraliste. Près de 60 % des personnes souffrant de dépression consulteraient leur praticien généraliste et seulement 10 à 15 % un psychiatre (73). Devant ces constats, le médecin traitant apparaît être l'un des acteurs principaux dans l'évaluation du risque suicidaire chez les patients dépressifs, puisque la dépression semble multiplier ce risque par 20 (65). Quand on sait que plus de la moitié des patients ayant commis un acte suicidaire ont consulté leur médecin généraliste dans le mois qui précède (14), on peut se demander si des efforts d'amélioration de pratique ne sont pas nécessaires.

Dès les premiers remplacements en médecine générale, je me suis rapidement retrouvée confronté à l'évaluation du risque suicidaire chez un patient souffrant de dépression. Sortant à peine du cursus universitaire, on peut s'imaginer qu'avec les connaissances fraîchement acquises, il s'agissait d'une consultation de routine. On se trompe fortement. C'est une consultation difficile durant laquelle le médecin est mis à mal, se remet en question, émet des doutes : « ai –je bien mené ma consultation ? Aurais-je dû envoyer mon patient aux urgences ? ». C'est dans ce contexte que je me suis posée la question de la place du médecin généraliste dans l'abord du risque suicidaire. Il doit intervenir en prévention primaire en repérant les patients à risque, en prévention secondaire en évaluant l'intensité de la crise suicidaire et en orientant vers des soins appropriés et enfin en prévention tertiaire en évitant les récives de passage à l'acte.

Le suicide, sujet longtemps resté tabou, constitue en France depuis la fin des années 1990 une priorité nationale de santé publique avec la mise en place de programmes de formation (71). Bien que d'importants progrès aient été accomplis dans le domaine du risque suicidaire, les données statistiques ne corroborent pas forcément cette avancée avec encore plus de 10000 décès par an d'après l'INSERM en 2010.

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'évaluation du risque suicidaire et donc sa prévention sont nombreuses et les outils d'aide au diagnostic tels que les échelles cliniques, les guides pratiques ne restent que très peu évalués en soins primaires.(32)

Après une revue critique de la littérature, nous détaillerons les résultats de notre étude réalisée auprès des médecins généralistes du secteur psychiatrique 59 G 15 (Wattrelos-Leers) ayant pour objectif de rendre compte des difficultés rencontrées en pratique quotidienne, d'évaluer l'utilisation d'échelles en soins primaires et les attentes sur la formation continue.

Première partie:

Revue de la littérature

« Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux, c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie »

Albert Camus

1. Revue de la Littérature

1.1. Données épidémiologiques

1.1.1. Données internationales

L'OMS estime à environ 1 million le nombre de personnes dans le monde décédées par suicide chaque année. La prévention du suicide est donc devenue depuis une dizaine d'années une priorité en terme de santé publique avec la mise en place de programmes de prévention à l'échelle nationale (1).

Un rapport récent de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) publié en juin 2012 (2) place la France au 10^{ème} rang sur 34 pays avec un taux normalisé de suicide par âge pour 100 000 habitants à 13,8 pour une moyenne à 11,3 pour l'OCDE. En Europe, la France se place au 9ème rang avec un taux standardisé de suicide à 14,6 pour 100 000 habitants pour une moyenne européenne à 12(3). On dénombre ainsi plus de 10 000 morts par suicide par an (4). Le nombre de suicide est connu grâce au CepiDC de l'Inserm par l'exploitation des certificats de décès établis par les médecins. Bien que des sources d'erreurs soient possibles notamment par la dissimulation du caractère suicidaire des lésions ou par l'incertitude quant à l'intentionnalité de l'acte (accident ? suicide ?) la sous estimation du suicide semble probablement inférieure à 20 %, soit environ 2000 cas de suicides non enregistrés (5). Le nombre de TS, quant à lui, fait encore l'objet d'estimations peu précises avec environ 190 000 TS donnant lieu à un contact avec les systèmes de soins chaque année (6).

Depuis le milieu des années 80, on constate une baisse régulière du nombre de décès par suicide. Entre 2000 et 2006, le taux standardisé par âge et par sexe diminue de 10,1%

passant de 17,8 décès pour 100 000 habitants à 16. Toutes les tranches d'âge sont concernées par cette baisse, à l'exception notable de celle des 45-54 ans avec un taux brut de mortalité par suicide ayant augmenté pour les deux sexes (+5,7%) (7).

Sur le plan démographique, les femmes commettent trois fois plus de tentatives de suicide que les hommes. Cependant 4 fois plus d'hommes décèdent par suicide (8), les hommes utilisant des méthodes de suicide plus létales comme la pendaison ou l'utilisation d'armes à feu, augmentant donc la probabilité de suicide accompli.

Plus de la moitié des personnes qui se suicident sont des hommes âgés de 25 à 65 ans.

C'est la deuxième cause de mortalité chez les 15 - 44 ans après les accidents de la route et la première chez les 25-34 ans. (6)

1.1.2. Données régionales : Nord -Pas de Calais

On note également de nombreuses disparités concernant l'incidence du suicide en fonction des régions. Ainsi le Nord-Ouest, de la Bretagne au Nord-Pas de Calais est globalement en surmortalité. En moyenne, sur la période 2000-2008, la région Nord-Pas de Calais, qui nous intéresse pour l'étude, présente un indice comparatif de mortalité (ICM) de 128, soit une surmortalité de 28% par rapport à la situation française, avec un ICM pour le département du Nord de 119 et celui du Pas de Calais de 143(9). Le nombre de suicides augmente dans le Nord - Pas-de-Calais. C'est la troisième année consécutive qu'il ne diminue plus dans la région. Alors que le taux standardisé de mortalité par suicide diminue en France, ce n'est pas le cas dans la région (10).

L'enquête Santé Mentale en population générale (8) a évalué le risque suicidaire et la tentative de suicide parmi la population adulte. De 1999 à 2005, 12 524 personnes ont répondu au *MINI (mini international neuropsychiatric interview)* permettant d'évaluer le risque suicidaire grâce à 5 questions sur les idées suicidaires, les idées auto-agressives et les tentatives de suicide durant la vie et le dernier mois. Cette étude retrouve que 15,1% de la population adulte de la région présente un risque suicidaire (10,4% un risque léger; 2,4% un risque moyen et 2,3% un risque élevé).

1.2. La crise suicidaire et le suicide.

1.2.1. Définition

L'étude du suicide sous entend une définition communément admise. Cependant, on ne retrouve pas de réel consensus sur le sujet avec des définitions différentes selon qu'on considère tout comportement autodestructeur quel que soit le degré de conscience intentionnelle qui l'anime ou que l'on ne prend en compte que les actes intentionnels prouvés et décrits comme tels.

Une définition couramment admise, proposée par Durkheim (1887) est qu'il s'agit d'une « fin de vie résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même qui sait qu'elle va se tuer. » On distingue ainsi les termes de suicidaire : « celui qui sans réaliser un geste directement auto-agressif multiplie par son comportement les situations où parfois sa vie, en tout cas sa santé, peut être mise en jeu. »(11), que l'on oppose au suicidé, mort par suicide et suicidant dont le suicide n'a pas abouti.

La crise suicidaire, terme proposé en France par Quenard et Rolland (1982), repris lors de la conférence de consensus de l'ANAES de 2000(12), désigne une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment d'échappement où le patient présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense le mettant en situation de souffrance et de rupture. Parler de « crise » à propos du suicide oriente vers la notion de crise existentielle, de subjectivité, de remaniement brutal de l'organisation psychique. Cela implique aussi une possibilité de résolution ainsi que la notion de temporalité du processus.

1.2.2. Reconnaître la crise suicidaire

Lorsqu'on envisage la définition de la crise suicidaire, celle-ci apparaît comme un événement difficile voire impossible à prédire avec précision. Il n'existe en effet pas de signe ou de symptôme pathognomonique. Chaque situation est propre à l'individu résultant de son histoire personnelle. De plus la notion de temporalité de la crise renvoie directement à la labilité de la symptomatologie présentée par le patient et donc à la difficulté de jugement du médecin généraliste rencontrant le patient à un moment t. A tel point que environ 50 % personnes ayant fait une tentative de suicide ont consulté un médecin dans le mois qui précède leur tentative sans que le diagnostic ait été porté.

Les manifestations sont très variables d'un patient à l'autre avec des signes très peu spécifiques qui ne permettent par d'ailleurs pas de prévoir si cette crise évoluera vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide.

Le repérage de la crise suicidaire passe par l'appréciation de trois types de signes (13) :

- l'expression d'idées et d'intentions suicidaires, messages directs et indirects devant être pris en compte.
- Les manifestations de crise psychique parmi lesquels fatigue, irritabilité, anxiété, tristesse, perte d'intérêts, dévalorisation...
- Un contexte de vulnérabilité qui peut être ancien. Il s'agit surtout de rechercher les facteurs de risque (antécédents psychiatriques, alcoolisme...).

1.3. Facteurs de risque.

Les facteurs de risque suicidaire ont été mis en évidence par différents types d'études:

- les études épidémiologiques réalisées en population générale
- les études prospectives, peu nombreuses, chez les sujets hospitalisés ou suivis pour troubles psychiatriques.
- les études rétrospectives, portant sur des populations de suicidants ou encore des sujets décédés par suicide (les autopsies psychologiques). Ces études ont surtout permis de mettre en évidence le rôle majeur des troubles psychiatriques et notamment de la dépression dans le déterminisme d'une conduite suicidaire létale.

Quand nous envisageons la notion de facteur de risque, celui-ci doit être envisagé dans une relation de corrélation avec la survenue d'un phénomène. On ne retrouve pas de causalité directe individuelle. La crise suicidaire doit être envisagée selon un modèle plurifactoriel impliquant des facteurs socioculturels, environnementaux et psychopathologiques. Il ne

s'agit en aucun cas de considérer un modèle additif mesurant un risque final mais de l'envisager selon un modèle intégratif dans lequel chacun des facteurs de risque apparaît comme interdépendant (12).

Pour identifier au mieux cette période de crise, l'ANAES recommande de s'aider des concepts de facteurs de risque primaires, secondaires, tertiaires, d'évènements de vie et des facteurs de protection.

1.3.1. Les facteurs primaires

Les facteurs de risque primaires constituent des éléments d'alerte majeurs et surtout pourront être influencés par les thérapeutiques. Parmi ces facteurs primaires, on retrouve les pathologies psychiatriques.

Les principaux diagnostics à rechercher sont **les troubles de l'humeur avec surtout l'épisode dépressif majeur** considéré comme le principal facteur de risque de suicide avec un taux de suicide 20 fois supérieur. Selon les autopsies psychologiques (14), 80% des sujets ayant réalisé un suicide abouti souffraient d'épisode dépressif ou d'alcoolisme. L'intensité du syndrome dépressif n'est pas forcément bon prédicteur de suicidalité laquelle paraît d'avantage liée à l'humeur dépressive ressentie, le sentiment d'échec, de désespoir (15). Le risque n'est toutefois non négligeable lors des états mixtes ou manie dysphorique.

Le **trouble panique** notamment par l'effondrement des défenses peut donner lieu à des raptus anxieux. Le risque de suicide des personnalités névrotiques semble néanmoins en corrélation étroite avec la comorbidité dépressive et addictive de ces personnalités.

L'**alcoolisme** par son effet désinhibiteur et les addictions sont aussi des facteurs de risque à prendre en compte.

Enfin on retrouve aussi la **schizophrénie** notamment quand elle est associée à des troubles thymiques et ce n'est que dans un faible pourcentage que le suicide est lié à des mécanismes hallucinatoires, ou idées délirantes persécutives.

Ensuite, toujours parmi les facteurs primaires, les **antécédents personnels de suicide** augmentent le risque de suicide de 7 à 10 % par rapport à la population générale (16), de même que la tentative de suicide (TS) d'un ami multiplie par 3 le risque de TS. Enfin les **antécédents familiaux de suicide** augmentent le risque de transmission de ce comportement.

De plus, l'**intentionnalité** apparaît également comme un risque majeur. Elle est évaluée par la létalité des gestes réalisés ou prévus et correspond à l'intensité de la gravité du projet suicidaire qu'il convient de rechercher. Ce projet a pu être communiqué à des tiers ce qui constitue un indicateur de gravité.

Enfin, l'**impulsivité** est également un trait essentiel facilitant le passage à l'acte. Des études récentes (17) montrent que 75 % des personnes ayant commis une tentative de suicide ont pris leur décision dans l'heure précédant l'acte, 25 % dans les 5 minutes et 24 % dans les 10 minutes alors que seulement 7% avaient prémédité leur geste.

1.3.2. Les facteurs secondaires et tertiaires

Les facteurs de risque secondaires n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires. Il s'agit des pertes parentales précoces, un isolement social, l'instabilité professionnelle, les difficultés financières.

Quant aux facteurs tertiaires, il s'agit essentiellement de facteurs démographiques:

- Le sexe masculin: Bien que les tentatives de suicide soient 4 fois plus fréquentes chez les femmes, les hommes sont 4 fois plus à risque de suicide abouti.
- L'adolescent : il s'agit d'une population particulièrement à risque d'autant que les adolescents consultent peu et que le motif de consultation est très souvent éloigné du motif réel. Il convient de rechercher un syndrome dépressif car il a été observé que les adolescents déprimés ont une idéation suicidaire importante (18). Les troubles du comportement tels que les troubles scolaires et la consommation de drogue (19) doivent interpeller.
- Le sujet âgé : il n'exprime que très rarement ses idées suicidaires et présente souvent une symptomatologie trompeuse : hypochondrie, trouble du caractère, syndrome de glissement (20). A l'inverse des adolescents, les personnes âgées se suicident souvent dans leur premier geste suicidaire.

1.4. Une approche limitée

« Il y a beaucoup de causes à un suicide et d'une façon générale les plus apparentes n'ont pas été les plus efficaces. On se suicide rarement par réflexion. Ce qui déclenche la crise suicidaire est presque toujours incontrôlable. » (A. Camus, 1942)

La prédiction du suicide basée uniquement sur l'évaluation des facteurs de risque semble avoir un succès très limité. De nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il est impossible d'établir un portrait robot du sujet suicidaire. La recherche de ces facteurs de risque semble intéressante pour la définition de groupe à risque et ne semble pas toujours pertinente dans l'évaluation individuelle. En effet, comme nous le soulignons ci dessus, la crise suicidaire est un processus psychologique, existentiel et phénoménologique dotée d'une temporalité et s'inscrivant dans un contexte donné.

Une étude américaine (21) réalisée chez 4800 vétérans de l'armée basée sur 21 facteurs de risque classait 803 patients à haut risque suicidaire. Dans les 5 années qui suivirent, on dénombrait 30 suicides dans ce groupe et 37 suicides chez les patients non classés à risque.

La plupart des facteurs de risque apparaissent comme sensibles mais finalement peu spécifiques ce qui conduit à identifier un nombre très important de faux positifs, c'est à dire un grand nombre de personnes jugées à risque suicidaire qui ne se suicideront jamais. Ainsi des interventions ciblées de prévention semblent difficiles en pratique.

1.5. Degrés d'urgence dans la crise suicidaire.

Une fois les facteurs de risque pris en compte, l'ANAES recommande d'évaluer la dangerosité et la sévérité de la crise en explorant différents éléments que sont le niveau de souffrance (désarroi, désespoir, isolement relationnel, repli sur soi..), le degré d'intentionnalité (idées envahissantes, ruminations, plan et scénario suicidaire), les éléments d'impulsivité (instabilité du comportement, état de panique), un événement de vie précipitant, les moyens létaux à disposition et la qualité du soutien de l'entourage.

Ainsi sont définis 3 degrés d'urgence dans la crise suicidaire :

- **Urgence faible si le patient :**
 - Est dans une relation de confiance établie avec un praticien.
 - Désire parler et est à la recherche de communication.
 - Cherche des solutions à ses problèmes
 - Pense au suicide mais n'a pas de scénario
 - Pense à des moyens et stratégies pour faire face à la crise
 - N'est pas anormalement troublé

- **Urgence moyenne si le patient :**
 - Présente un équilibre émotionnel fragile
 - Envisage le suicide, son intention est claire
 - A envisagé un scénario dont l'exécution est reportée
 - Ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir

- A besoin d'aide et exprime son désarroi
 - Est isolé.
- **Urgence élevée si le patient :**
 - Est décidé, a planifié son acte
 - Est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé.
 - Est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation
 - Dont la souffrance est omniprésente ou complètement tue
 - A un accès direct à un moyen létal
 - A le sentiment d'avoir tout fait tout essayé
 - Est très isolé.

1.6. Le médecin généraliste face à l'évaluation du risque suicidaire.

1.6.1. Etat des lieux

De nombreuses études et notamment les autopsies psychologiques(14) retrouvent que 60 à 70 % des suicidants ou suicidés ont consulté le mois précédant le passage à l'acte et 36 % la semaine précédente. Le suicide apparaît donc être un risque critique évitable. Car bien que le médecin généraliste reste rarement confronté directement au suicide abouti, avec 1 cas sur 5000 actes en moyenne (23), celui-ci rencontre quasi quotidiennement des patients souffrant de dépression chez qui le risque suicidaire doit toujours être évalué et pour lequel des efforts d'amélioration des pratiques professionnelles peuvent être envisagés.

Selon l'observatoire de la médecine générale de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) (22), on retrouve en 2009 la « réaction à une situation éprouvante » au 12^{ème} rang des résultats de consultation avec une prévalence de 4.58%, suivent ensuite « insomnie » « anxiété-angoisse » « dépression » et « humeur dépressive » avec des prévalences respectives de 3.21%, 3.07%, 2.13% et 1.94%. Une étude récente (24) retrouve des chiffres encore plus frappant avec 72 % des médecins interrogés confrontés chaque semaine à des patients présentant une souffrance psychique , 82 % à des troubles anxieux et 67 % à un état dépressif. Ces chiffres prouvent l'intérêt d'une formation spécifique en soins primaires quant à la problématique de la crise suicidaire.

1.6.2. Un rôle clé.

Les médecins généralistes apparaissent comme acteur clé dans l'évaluation du risque suicidaire. Parce qu'ils sont les interlocuteurs principaux des patients potentiellement à risque suicidaire, ils semblent les mieux placés pour intervenir que ce soit dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du risque suicidaire.

L'étude de Gotland (25), étude suédoise réalisée entre 1981 et 1992 a montré que l'amélioration des modalités de dépistage et de prise en charge de la dépression par les médecins généralistes est efficace en terme de morbidité et de mortalité. Ainsi, la précocité du diagnostic et du traitement de la dépression apparaît comme la mesure principale dans la prévention du suicide.

On retrouvait, après la mise en place de ce programme, une diminution du taux de suicide de 60%. On notait aussi une augmentation transitoire puis stabilisation de la prescription des

antidépresseurs alors que la consommation de benzodiazépines et de neuroleptiques était en baisse de 25 %.

De nombreux travaux internationaux (26,27) confirment l'efficacité de la prise en charge de la dépression en médecine générale et sa répercussion positive sur le taux de suicide. Cependant, il semble que les effets de la formation et l'information ne soient que transitoires puisqu'ils s'épuisent au bout de un voire deux ans d'où la nécessité d'une formation continue et répétitive dans le domaine (28).

1.6.3. Les difficultés rencontrées : sous évaluation de la dépression et donc méconnaissance du risque suicidaire en médecine générale.

Nous savons que les suicidés ne sont pas tous des patients dépressifs comme nous le soulignons dans l'abord des facteurs de risques ci dessus. Mais dépister le risque suicidaire en soins primaires est intéressant en terme de morbidité et de mortalité chez les patients dépressifs.

Le diagnostic positif de l'idéation suicidaire et de la dépression semble être une réelle difficulté en pratique quotidienne pour le médecin généraliste. En effet, malgré une grande prévalence parmi les consultants de médecine générale, seuls 35 à 50 % des cas de dépression sont reconnus. (29)

Comment s'explique cette sous-évaluation?

De nombreux facteurs semblent expliquer cette sous-évaluation. Une étude réalisée chez 9 généralistes britanniques (30) auprès de 1085 patients ayant rempli un questionnaire afin de dépister les troubles psychologiques, 258 patients avaient un score perturbé et 64 n'en avaient pas parlé au généraliste. Plusieurs raisons étaient évoquées: le sentiment de pouvoir s'en tirer seul (36 %), une gêne à en parler ou la crainte d'ennuyer le médecin (45%), une réticence liée au comportement ancien ou présent du praticien (19%). On notait aussi dans cette étude bien que limitée par la petite taille de l'échantillon, le problème du temps que cela aurait pris (48%) et le sentiment que cela ne relevait du travail du généraliste (11%).

Les explications de la méconnaissance de la dépression passent évidemment par le médecin généraliste lui-même qu'il s'agisse du manque d'intérêt du praticien, du manque de temps, de formation. La relation médecin-malade demeure au cœur de la problématique. La communication du médecin, l'écoute active semblent également influencer la reconnaissance de la dépression. Une étude américaine (31) a utilisé des patients standardisés simulant une dépression mineure. Sur les 59 généralistes ayant reçu deux de ces patients, 73 % ont reconnu la dépression. Il s'agissait des médecins qui posaient deux fois plus de questions sur les sentiments et émotions.

Enfin, parce que les problèmes d'ordre psychologique ne sont jamais faciles à aborder, le médecin traitant se retrouve également fréquemment confronté à une présentation apparaissant au premier plan somatique. Par l'utilisation de la somatisation comme « ticket d'entrée au système de soins », le médecin généraliste peut s'égarer, se consacrant d'abord à la résolution du problème somatique et pensant que la réaction thymique du patient est adéquate à la situation.

Malgré ces nombreuses difficultés, on se demande néanmoins si les outils diagnostiques utilisés en soins primaires sont adaptés (32).

1.7. Des outils d'aide au diagnostic en médecine générale.

1.7.1. Aide au diagnostic de dépression.

En regard de la présentation clinique très hétérogène de la dépression et du risque suicidaire associé, le diagnostic est souvent fondé sur une impression clinique globale. Le médecin généraliste ressent les choses et décide de traiter ou non. Pourtant, il existe des aides au diagnostic de dépression tel que le DSM IV (cf annexe). Cependant il apparaît long, fastidieux et finalement peu utilisé en pratique courante notamment par le temps qu'il faudrait pour le remplir.

En médecine générale, l'échelle d'Hamilton (cf annexe) peut faire l'objet d'une consultation spécifique une fois par an avec codification et tarification spécifiques (69,12€) par la sécurité sociale. Mais celle –ci est aussi souvent considérée par les médecins interrogés comme trop lourde et stigmatisante dans le cadre d'une consultation courante.

Un test à deux questions a été proposé par Whooley (33), le PRIME-MD. Il s'agissait de demander au patient si :

«Au cours du mois il avait ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les choses de la vie et s'il s'était senti abattu, déprimé ou désespéré ».

La sensibilité du test apparaissait très bonne (96 %) avec donc très peu de faux négatifs mais finalement très peu spécifique 57%. Un test complémentaire à 4 questions proposé par Brody (34) évaluait chez 1000 patients la présence des 4 symptômes suivants :

- trouble du sommeil,
- anhédonie,
- perte de l'estime de soi
- modifications de l'appétit.

Sur les 325 patients positifs au PRIME-MD, 51% avaient 2 réponses positives au moins au T4 et 115 avaient les critères DSM IV. La sensibilité est donc très bonne avec 97%. Les auteurs s'accordent à dire que ce test semble adapté à la pratique de la médecine générale.

Mais si ces tests permettent d'aider au diagnostic de dépression, il ne présage en rien du risque suicidaire sous-jacent.

1.7.2. Intérêt des échelles spécifiques d'évaluation du risque suicidaire.

Il ne s'agit pas ici de faire l'inventaire des nombreuses échelles évaluant le risque ou l'intention suicidaire. Elles sont beaucoup trop nombreuses, plus ou moins complexes, certaines intégrant de multiples variables, d'autres se limitant à la mesure d'une seule dimension jugée prédictive du suicide et ont déjà fait l'objet de classification et critique dans des travaux antérieurs. Ces échelles sont surtout destinées à la recherche. On peut citer l'échelle de désespoir de Beck qui est la plus répandue. Sa sensibilité est forte. Elle comprend 20 items. Il s'agit d'une échelle du pessimisme chez le dépressif et a pour objectif d'évaluer les potentialités suicidaires. Mais encore une fois cette échelle, par sa longueur et le temps nécessaire pour la remplir, peine à trouver une place en soins primaires.

L'idéal serait de trouver un instrument permettant de prédire ou suspecter fortement un risque imminent de suicide et ainsi permettre une orientation optimale dans la stratégie de soins.

Devant l'identification sans cesse plus précise de facteurs de risque suicidaires, il paraît naturel de vouloir reconnaître, au sein d'une population à risque, les sujets susceptibles de se suicider afin de mettre en oeuvre des mesures de prévention adaptées. Une étude récente (35) menée chez 84 850 adultes dans 17 pays montre que dans 60 % des cas, le passage de l'idéation suicidaire à la tentative de suicide se fait dans l'année. (36) Bien qu'une revue de la littérature (37) mette en évidence comme nous le précisions précédemment une corrélation étroite entre facteurs de risque et tentative de suicide, les études prospectives peinent à prédire le suicide. Le suicide reste un événement rare. Chez les patients déprimés dont le risque suicidaire est le plus important, la probabilité du suicide sur vie entière n'est pas supérieure à 15 %(38). Ceci implique que statistiquement, il existe un grand nombre de faux positifs, c'est à dire que parmi les personnes jugées à risque suicidaire, peu se suicideront.

1.7.3. PHQ-9 : une attention particulière.

Une publication mérite néanmoins une attention particulière dans le repérage ou dépistage des signes dépressifs dans le cadre des soins primaires. Il s'agit d'un auto-questionnaire appelé le PHQ-9.

Le PHQ (Patient Health Questionnaire) est la version sous forme d'auto-questionnaire d'un outil d'aide au diagnostic nord américain: le PRIME-MD. Il permet d'identifier selon les

critères du DSM IV les cinq catégories diagnostiques psychiatriques les plus courantes: les troubles somatoformes, la dépression, l'anxiété, l'abus ou la dépendance à l'alcool et les troubles des conduites alimentaires.

Le PHQ – 9 correspond à un questionnaire ciblé sur l'évaluation de la sévérité de la dépression. Les scores de 5, 10,15 et 20 correspondent respectivement à des niveaux de dépression légère, modérée, moyennement sévère et sévère.

Un seul item de ce test aborde le risque suicidaire, il s'agit de la 9ème question: « vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre.. ». Une étude américaine récente (39) retrouvait une spécificité de 84 % et une sensibilité avoisinant les 69 % dans la détection du risque suicidaire par cette dernière question. Du fait d'une sensibilité demeurant faible de cet item, les praticiens se doivent de rester prudents dans l'interprétation d'une réponse négative à la question du risque suicidaire d'autant plus s'il existe des facteurs de risque. L'utilisation de ce questionnaire en pratique courante paraît utile dans l'identification de patients avec idées suicidaires qui n'ont pas été identifiés autrement.

1.8. Utilisation de guides pratiques dans le risque suicidaire

De nombreux guides ont été publiés dans l'aide au diagnostic de la dépression et dans la prise en charge du risque suicidaire.

En Grande Bretagne, où l'on accorde une place primordiale aux soins primaires, un guide pratique publié par des psychiatres s'intéresse surtout à la santé mentale en soins primaires (40). Il existe un chapitre consacré à la prise en charge du risque suicidaire en soins primaires reprenant ainsi les méthodes d'évaluation du risque suicidaire, la classification de groupe à risque et orientant ainsi vers une prise en charge optimale des patients.

Une étude anglaise (41) réalisée auprès de 34 praticiens généralistes en comparaison à un groupe contrôle montrait que l'utilisation de ces guides pratiques avait amélioré les méthodes d'évaluation et la reconnaissance du risque suicidaire.

La plupart des experts insistent néanmoins sur le fait que l'utilisation de ces guides pratiques n'assure pas le succès de la prise de décision face à une crise suicidaire mais permet en tout cas de l'optimiser. L'évaluation repose avant tout sur le jugement du praticien qui peut néanmoins s'inspirer de ces recommandations.

Deuxième partie:

Etude

2. Méthodologie

2.1. Description de la population étudiée

L'étude est réalisée auprès de l'ensemble des médecins généralistes du secteur psychiatrique 59 G15. Ce secteur regroupe les villes de Wattrelos et Leers, communes frontalières de la Belgique et voisines des agglomérations de Roubaix -Tourcoing. Nous avons fait le choix de travailler sur une unité territoriale pour une meilleure cohérence.

Selon, l'atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le nord-pas de calais publié en avril 2010, le secteur G15 compte une population totale (2006) de 52 497 habitants.

Wattrelos est une ville anciennement très industrialisée expliquant une répartition de la population avec près de 45 % d'ouvriers, 31% employés et seulement 4% de cadres. Le taux de chômage avoisine les 17,42%.

Leers est une ville plus petite. Son taux de chômage est plus faible, 8,21%. La répartition de la population selon les catégories socio-professionnelles retrouve 24% d'ouvriers, 31% d'employés, les professions intermédiaires et cadres représentant 40% (29% et 11%).

Les autres secteurs roubaisiens (G12-G13 et G14) ont un taux de chômage avoisinant 20, 5 % contre 14,8 % pour le secteur G 15. Le score de défavorisation sociale, correspondant à un indicateur composite prenant en compte le taux des personnes non diplômées, de chômeurs, des faibles revenus, des ménages constitués d'une seule personne, des veufs-divorcés et des familles monoparentales, est de 15 pour le secteur étudié contre 22 pour les autres secteurs roubaisiens.

Enfin, si l'on observe les données sur la morbi-mortalité, **l'indice comparatif de mortalité par suicide** est le plus faible de la région avec 89,5 et sous les taux nationaux alors que le

taux de mortalité par suicide dans la région est de 125, c'est à dire de 25 % supérieur à la moyenne nationale. Cette différence n'apparaît cependant pas significative et n'a donc pas de conséquence sur la population étudiée.

2.1.1. Démographie médicale.

2.1.1.1. Les médecins libéraux

Concernant la démographie médicale, il n'existe aucun psychiatre libéral sur le secteur et le nombre des médecins généralistes s'élève à 46. Selon l'atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord- Pas de Calais, on peut considérer que le secteur G15 présente une densité faible (inférieure à la moyenne) de médecins généralistes, plaçant le secteur au 41^{ème} rang sur 46. Cependant, cette densité faible reste à nuancer par la proximité de la ville de Roubaix où de nombreux patients consultent un médecin généraliste.

2.1.1.2. Description du secteur psychiatrique public.

La création du secteur remonte à 1974 avec son rattachement à l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise. Dès sa création, l'organisation du pôle d'activité s'est donnée pour objet d'assurer une meilleure prise en charge en favorisant la coordination et la continuité des soins, ceci au plus proche des patients. L'équipe pluridisciplinaire composée de 6 psychiatres, d'une équipe infirmière, 3 psychologues et 2 assistantes sociales, intervient sur les différentes structures sectorisées (unité intra-hospitalière de l'hôpital Lucien

Bonnafé, le Centre Médico-Psychologique (CMP), CATTP, Maison thérapeutique) et intersectorielles (Centre d'Accueil Psychiatrique Intersectoriel (CAPI), Hôpital de jour, clinique du Nouveau Monde), assure la psychiatrie de liaison à l'hôpital de Watrelos, dans les différentes structures gériatriques du secteur et dans un CHRS. Les médecins généralistes peuvent ainsi facilement envoyer leur patient au CMP, ou aux urgences du centre hospitalier de Watrelos ou Roubaix où les médecins psychiatres assurent une astreinte permanente.

2.2. Organisation de l'étude.

Nous avons proposé à l'ensemble des médecins généralistes du secteur de les rencontrer afin de réaliser notre étude sur forme d'un entretien semi-dirigé comportant à la fois des questions fermées et ouvertes favorisant l'expression sur le sujet. Il était proposé aux médecins généralistes ayant refusé de nous recevoir de leur envoyer le questionnaire par courrier. Le questionnaire comportait quatre parties, une partie sur l'abord et l'évaluation du risque suicidaire chez les patients dépressifs, une seconde partie sur les difficultés rencontrées. La troisième partie évaluait les outils d'aide à l'évaluation du risque suicidaire avec les échelles cliniques et la quatrième partie s'intéressait à la formation professionnelle concernant l'évaluation du risque suicidaire et les attentes des médecins en la matière.

Une partie des données quantitatives a été analysée de façon statistique à l'aide du logiciel SPHINX. Le reste des données a fait l'objet d'une analyse qualitative avec un relevé de mots clés et thèmes récurrents retrouvés lors des entretiens.

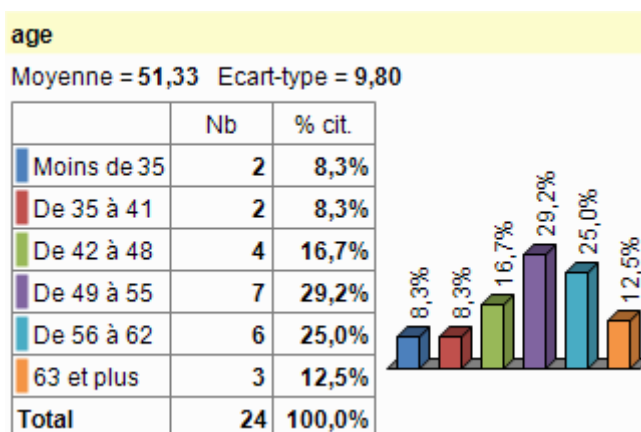
3. Résultats.

3.1. Caractéristiques des médecins répondants.

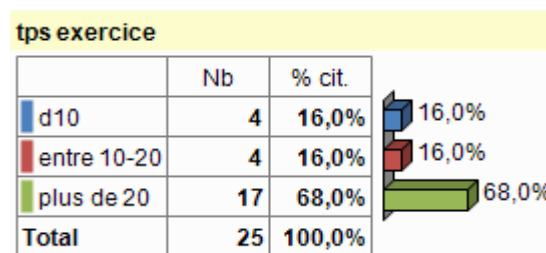
Sur les 46 médecins consultés, 21 médecins ont accepté de nous recevoir et seuls 4 médecins ont renvoyé le questionnaire par courrier ce qui fait un taux de réponse de 56,5 %. Un médecin rencontré a du être exclu de l'étude devant des données inexploitablees expliquées par l'existence d'une barrière linguistique et donc l'incompréhension des questions posées.

Cinq femmes (20,8%) et dix-neuf hommes (79,2%) ont répondu à ce questionnaire. Cette répartition est superposable à l'ensemble des médecins de la région Nord-Pas de Calais : en effet les femmes représentent 23% de l'effectif régional (42).

L'âge moyen des médecins est de 51,33 ans avec plus de 66 % des médecins ayant plus de 50 ans correspondant également à l'âge moyen des médecins de la région. L'âge moyen des femmes est de 49,6 ans.



Concernant l'ancienneté de l'installation, nous avons choisi de répartir les médecins en trois catégories, les moins de 10 ans de temps d'exercice, les 10 à 20 ans et les plus de 20 ans. Ainsi 16 % des médecins exerçaient en médecine libérale depuis moins de 10 ans, 16 % entre 10 et 20 ans et 68 % depuis plus de 20 ans. Il s'agit donc pour la plupart de médecins très à distance de leur formation initiale et ayant une longue expérience pratique. Nous n'observons pas de féminisation récente du corps médical du secteur comme nous pouvons le voir à une échelle nationale puisque 80 % des médecins femmes étaient installées depuis plus de 20 ans.



Tous sont confrontés à la tentative de suicide (TS) avec pour 3/4 d'entre eux entre 1 à 5 fois par an et 1/4 d'entre eux entre 5 et 10 fois par an.

84 % des médecins ont été confrontés au suicide. Pour les 16 % restant, il s'agit de médecins exerçant depuis moins de 10 ans.

Parmi ceux confrontés au suicide, l'expérience est variable, ils sont 61,90 % à avoir été confrontés à moins de 5 suicides sur leur carrière avec malgré tout 69 % d'entre eux exerçant depuis plus de 20 ans. Les médecins confrontés à plus de 10 suicides (16%) exercent depuis plus de 20 ans.

Si les données concernant le suicide abouti apparaissent comme précises, celles concernant la TS demeurent plus vagues. En effet, la plupart des médecins rencontrés se souvenaient quasiment de chaque cas de suicide abouti, capables de décrire le contexte, les circonstances exactes. Concernant l'évaluation du nombre de TS par an, les réponses étaient plus évasives, les médecins relevant la difficulté de recenser les cas (oubli, trop de cas par an, pas de moteur de recherche pour leur base de données de patients), soulignant très fréquemment le manque de retour que ce soit des urgences, ou du psychiatre et apprenant donc quasiment « par hasard » la TS de leur patient.

Le suicide abouti reste donc un événement rare dans l'exercice du médecin généraliste, la confrontation à la TS est plus fréquente.

3.2. Abord de la crise et évaluation du risque suicidaire.

L'évaluation du risque suicidaire reste un exercice difficile pour les praticiens. Cependant 84 % des médecins interrogés estiment aborder assez facilement le risque suicidaire avec leur patient.

72 % attendent que le patient en parle spontanément alors que 28 % d'entre eux pensent qu'il faut très vite aborder le sujet sans le contourner.

Lors des entretiens, trois médecins soulignent l'importance de l'écoute active, amenant le patient à parler spontanément de ces idées suicidaires. « *Si vous écoutez attentivement votre patient, avec empathie, alors il se met à parler spontanément de ses idées suicidaires.* » La question de la relation médecin – patient semble ici au cœur de la problématique.

Un médecin explique que la plupart du temps, il sait déjà quand son patient ne va pas bien « *rien qu'à sa démarche, sa façon de me dire bonjour, je sens qu'il se trame quelque*

chose », notion subjective qui va de soi pour des patients connus depuis de nombreuses années.

Dans tous les cas, 92 % d'entre eux posent des questions directes sur le risque suicidaire. Mais 12 % d'entre eux, tous installés depuis plus de 20 ans, pensent qu'aborder le risque suicidaire avec leur patient c'est favoriser le passage à l'acte. *«C'est risquer de lui mettre de mauvaises idées dans la tête. »*

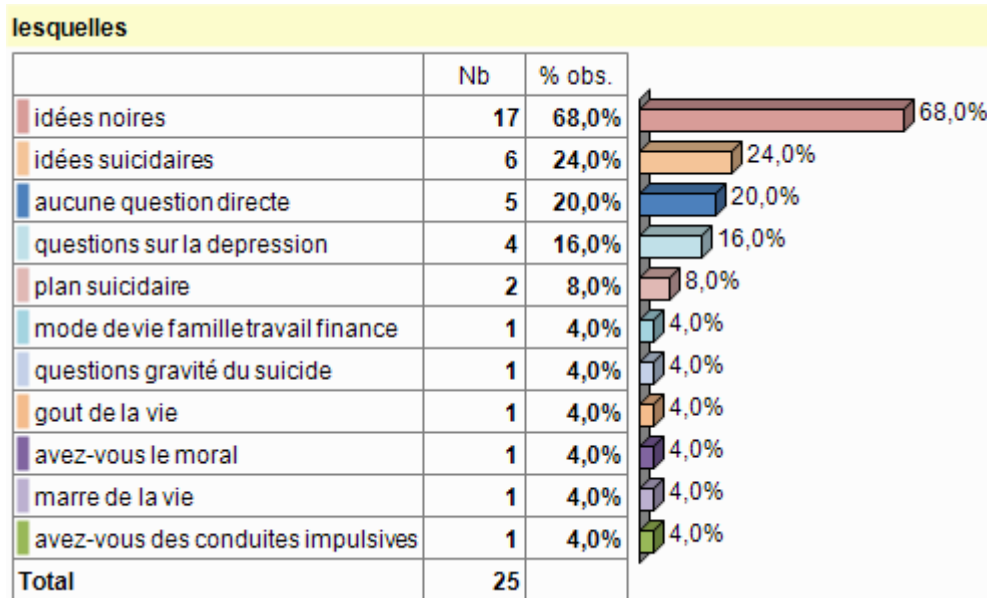
Les modalités d'abord du risque suicidaire sont certes variables mais se recourent finalement. Les médecins soulignent néanmoins l'absence de discours stéréotypé mais plutôt l'existence d'une ligne directrice permettant de mener l'entretien.

La question la plus fréquemment utilisée (68%) pour aborder le risque suicidaire est : « avez vous des idées noires ? » ou « idées morbides ? ». Pour la plupart de ces médecins, le mot « suicide » trop brutal ne doit pas être prononcé d'emblée au risque de voir se fermer la discussion. Ils sont même 20 % à ne poser aucune question directe sur le suicide ou la fin de vie mais préfèrent évaluer l'intensité de la dépression. Ils sont 24 % à demander si le patient a des « idées suicidaires ».

Seuls 2 médecins sur les 24 interrogés posent des questions plus précises, si la réponse aux idées suicidaires est positive. Les termes utilisés sont alors : « Avez vous un plan suicidaire ? Avez vous envisagé un moyen pour mettre fin à vos jours ? ».

Un seul médecin envisage de demander un moyen létal éventuel à disposition et pose la question de la possession d'arme à feu. Il paraît important de souligner qu'il s'agissait d'un

praticien particulièrement marqué par le suicide d'un de ses patients à l'aide d'un fusil de chasse.



3.3. Facteurs de risque.

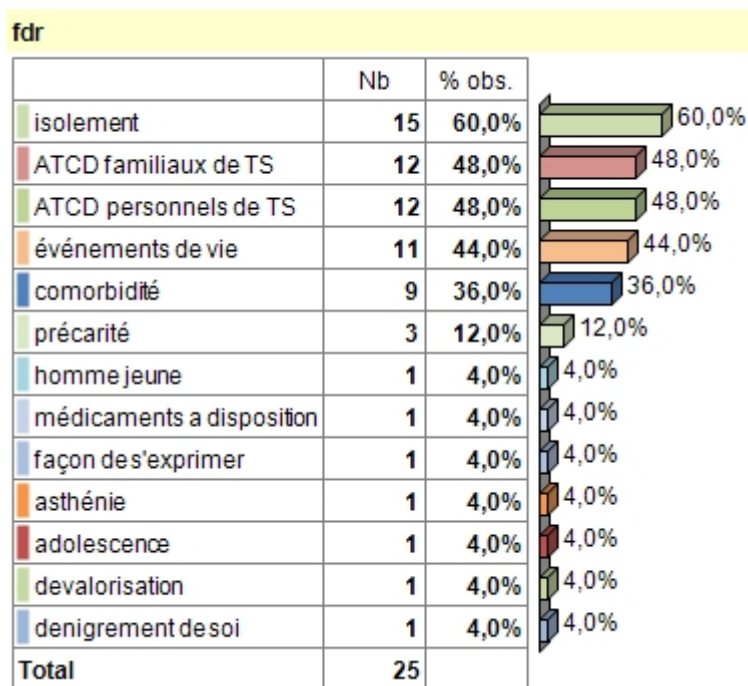
L'abord des facteurs de risque recherchés était réalisé sous forme de question ouverte. Il apparaît important de noter que la plupart des médecins ne comprenaient pas toujours le sens de cette question. De façon à ne pas les influencer en citant des exemples, la question était alors reformulée : « dans l'histoire du patient, ses antécédents, qu'est ce qu'il vous fait penser qu'il est plus à risque qu'un autre patient ? ».

Le principal facteur de risque suicidaire cité par les médecins concerne l'isolement retrouvé chez 60 % des médecins interrogés. Suivent ensuite l'existence d'antécédents familiaux de TS puisque pratiquement un médecin sur deux (48%) l'évoque très rapidement lors des entretiens soulignant parfois l'existence de famille de suicidés utilisant parfois même le même mode opératoire. Enfin on retrouve les antécédents personnels de TS (48%).

Les médecins interviewés (44%) sont également vigilants face à des événements de vie précipitants, terme sous lequel nous avons décidé de regrouper de nombreux exemples cités tels que déception sentimentale, deuil, perte d'emploi...

En revanche, on peut s'étonner de voir si peu fréquemment cité l'existence d'une addiction (sous classe regroupée par le terme comorbidités comprenant aussi les maladies chroniques graves) (16%) ainsi que l'existence d'une précarité sociale (12%).

Un seul médecin évoque la difficulté de prise en charge de l'adolescent suicidaire constituant pour lui un risque à part entière. Il s'agissait d'un médecin femme très marquée par le suicide d'un de ses jeunes patients au tout début de son exercice. « Avec les adolescents, je suis très inquiète, je me sens souvent démunie. ».



3.4. Difficultés rencontrées.

3.4.1. Généralistes et psychiatres : une relation compliquée.

Le médecin généraliste peut se trouver confronté à des difficultés pour orienter un patient qu'il a jugé à risque suicidaire. L'offre et l'utilisation du système de soins font partie de ces obstacles auxquels les praticiens doivent faire face. Concernant, l'offre de soins, 44 % des médecins du secteur connaissent parfaitement les structures pouvant accueillir le patient à risque et sont 48 % à avoir été parfois confrontés à des difficultés d'orientation de leur patient mais surtout au début de leur exercice. Il est important de noter que la plupart des médecins soulignent néanmoins une nette amélioration de la prise en charge psychiatrique avec la prise en charge de secteur et l'intervention des psychiatres aux urgences des hôpitaux généraux. Dans les commentaires libres, les structures de recours psychiatriques citées par les généralistes sont nombreuses, citant en première intention le service public avec les urgences des hôpitaux généraux, l'hôpital psychiatrique et son CAPI et enfin le CMP. Les psychiatres libéraux ne sont cités souvent qu'en seconde intention.

L'obtention d'une consultation spécialisée dans un délai raisonnable est pour 68% des praticiens souvent voire toujours un problème. Bien que soit mis en avant l'existence du CMP, certains déplorent des difficultés à joindre un psychiatre au CMP.

« On les envoie au CMP pour qu'il voit un psychiatre et ils sont souvent reçus par un Infirmier psychiatrique ou une psychologue. ».

Les médecins pour qui le délai d'obtention d'une consultation rapide ne pose pas de problème sont ceux qui envoient leur patient jugé à risque aux urgences. Plusieurs médecins mettent le doigt sur davantage de difficultés pour les patients suivis en libéral. Cela s'explique probablement par une carence locale de professionnels psychiatriques libéraux

sur le secteur. Il n'existe en effet aucun psychiatre libéral sur le secteur avec la nécessité d'orienter vers la ville la plus proche à savoir Roubaix drainant un bassin de population très important. Certains médecins évoquent de toute façon la barrière économique à l'offre de soins privée dans un secteur où la situation socio-économique est souvent précaire.

Lors des entretiens sur les difficultés d'orientation des patients à risque, les médecins généralistes rencontrés ont élargi la discussion sur les relations parfois difficiles avec la psychiatrie et surtout le manque de circulation de l'information.

« Lorsque j'envoie un de mes patients aux urgences car j'estime que le risque suicidaire est important, j'apprends plus tard que le patient est sorti immédiatement après avoir vu le psychiatre. Je n'ai aucun retour, pas un appel, pas de courrier. ». Ce problème est évoqué à la fois dans les contextes d'urgence mais aussi dans le cadre de suivi. *« On n'a jamais de lettre, jamais de contact, même un coup de fil suffirait, c'est comme si il existait un secret entre médecins. On nous dit qu'on prescrit trop de psychotropes. Mais j'aimerais avoir un retour sur ma prise en charge. Ai-je bien fait d'envoyer en urgence ? Ai-je bien fait d'avoir prescrit un anti dépresseur. L'échange entre praticiens permet aussi notre formation. »*

3.4.2. Gestion de la consultation par le généraliste.

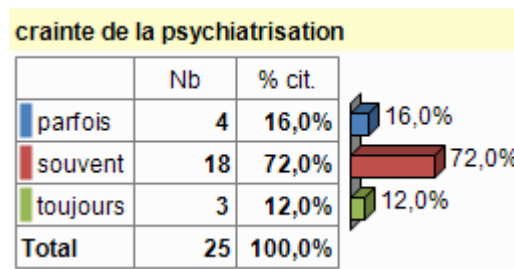
La plupart des médecins rencontrés s'accordent à dire que la consultation du patient dépressif est une consultation éprouvante. Alors qu'ils consacrent environ une quinzaine de minutes par patient pour des consultations de routine, se pose alors la question de la difficulté de gestion du temps lors d'un entretien avec un patient dépressif alors que la salle d'attente est pleine. Si 40 % des médecins estiment ne jamais être confrontés à cette difficulté, 44% le sont souvent voire toujours. L'ensemble des praticiens précisent

néanmoins qu'ils prennent leur temps quand il le faut ou alors font revenir leur patient à un moment plus opportun. On peut effectivement se poser la question de la disponibilité du praticien, de son écoute bienveillante lors d'un entretien alors qu'il a déjà plus d'une heure de retard dans ses consultations.

Lors de cette consultation déjà limitée dans le temps, nous avons évoqué la fréquente sous estimation de la dépression par les généralistes parfois égarés par la somatisation de celle-ci. Lors de l'enquête 52 % des praticiens estiment parfois être trompés par des symptômes tels que l'asthénie, les douleurs chroniques, 36 % souvent. Plusieurs d'entre eux mettent en avant l'importance de la présentation non verbale du patient orientant souvent sur la véritable raison de la consultation. Enfin certains médecins nous disent poser fréquemment des questions sur le moral. *« parfois le simple fait de demander : « Et le moral dans tout ça ? » nous permet d'ouvrir des portes ... ».*

Face à la décision prise en fin de consultation, 36 % des médecins ne se sentent pas isolés *« si je ne suis pas certain de ma décision alors je fais hospitaliser mon patient. »* alors que 56 % d'entre eux pensent l'être souvent voire toujours. *« En médecine générale, on est toujours seul face à nos décisions, c'est vrai que c'est parfois pesant... surtout quand la vie des patients peut être mise en jeu. »*

3.4.3. Hospitalisation du patient : crainte de la psychiatriation.



72% des généralistes interviewés se trouvent souvent confrontés à la crainte par le patient de la psychiatriation et 12 % toujours. « *ils ne veulent pas être envoyés chez les fous !* ». Une négociation ardue est parfois nécessaire pour convaincre un patient à risque d'être hospitalisé, ou même de consulter un psychiatre. « *Souvent, je dis que j'envoie à un psychologue, ça fait moins peur que psychiatre.* » Plusieurs médecins évoquent la difficulté également des patients qui connaissent déjà les hôpitaux psychiatriques et craignent d'être de nouveau au contact de patients psychotiques. Mais ils sont nombreux à mettre en avant l'amélioration de cette crainte depuis la proximité des CMP et la relocalisation de l'hôpital psychiatrique sur Roubaix.

3.4.4. Entourage familial.

Lors de l'entretien, nous abordons les difficultés à joindre l'entourage familial lorsqu'un risque suicidaire paraît important afin de connaître l'avis des proches, leur niveau de soutien. 24 % des médecins disent ne jamais être confrontés à cette difficulté, signalant bien connaître les familles, 32% parfois et 40 % souvent. Ce qui ressort essentiellement de cette discussion est l'étonnement des praticiens face à cette question. Pour la plupart, on ne peut

joindre l'entourage familial sans l'accord du patient. Ils se doivent de respecter le secret médical. Quand nous les questionnons alors sur un risque imminent avec la nécessité parfois de rédiger un certificat d'Hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers, tous nous répondent qu'il s'agit d'une procédure très rare, à laquelle ils sont finalement très peu confrontés et que la plupart du temps, c'est l'entourage familial ou le psychiatre qui font la demande en ce sens. *« Pour joindre la famille, j'attends l'accord du patient, pour ce qui est des HDT, c'est souvent le tiers qui fait la démarche. »* De plus, les HDT sont considérées par les médecins comme une procédure lourde administrativement et qui de plus risquent de mettre à mal la relation de confiance établie avec le patient.

Un médecin évoque la difficulté de prise en charge des patients très isolés, sans famille notamment les personnes âgées. *« On est parfois très embêté, on ne connaît pas la famille, le patient est très isolé. Ça fait déjà de lui un patient à risque. »*

D'autres évoquent la difficulté d'évaluation de la fiabilité de l'entourage familial qui parfois n'a pas vu ou ne souhaite pas voir que son proche va mal. *« c'est difficile de savoir si la famille sera vraiment présente, le suicide reste tout de même un sujet tabou. Je me souviens d'une jeune fille de 27 ans. Sa demi sœur s'était suicidée 2 ans auparavant. En consultation elle me dit : « j'en ai marre. Vous comprenez ce que je veux dire par là ? ». Après entretien, je l'oriente vers le CMP, lui donne les coordonnées. Elle revient 3 jours plus tard, elle avait oublié sa carte vitale. Je lui demande si elle a joint le CMP. Elle me dit que non car sa mère n'est pas d'accord. »*. Le suicide demeure encore dans de nombreuses familles un sujet tabou qui est encore trop souvent banalisé.

3.5. Outils d'aide au diagnostic de risque suicidaire.

3.5.1. Aide au diagnostic de dépression surtout

76 % des médecins interrogés ne connaissent pas d'échelles d'évaluation du risque suicidaire. Les 24 % restant nous citent plus précisément des échelles sur la dépression telles que l'échelle d'Hamilton et le DSM IV. Sur les 6 médecins citant ces échelles, seuls 3 nous disent les utiliser en pratique avec notamment la possibilité d'une codification spécifique CCAM une fois par an pour la réalisation de l'échelle d'Hamilton chez les patients dépressifs. Il s'agissait pour deux d'entre eux de médecins participant beaucoup à des études cliniques.

Pourtant 64 % des praticiens pensent que ces échelles peuvent trouver leur place en soins primaires. Elles constitueraient une aide dans la prise en charge (34,8%) en permettant de quantifier le risque, l'urgence et orienter le patient vers des soins appropriés. Certains pensent que cela permettrait de conforter dans une prise en charge, de rassurer le médecin. L'utilisation de ces grilles ne semble être pour la plupart d'entre eux qu'un complément dans la prise en charge, la priorité étant laissée au dialogue.

Les médecins réticents à leur utilisation pensent que les échelles sont intéressantes pour les études mais n'ont pas leur place en consultation de médecine générale. « *Ce n'est pas notre métier, on ne peut pas rationaliser la médecine générale. Mettre des croix dans des cases est une attitude typiquement anglo-saxonne.* ». Ces échelles peuvent créer une rupture de contact avec leur patient. « *On a déjà l'ordinateur alors si en plus il faut sortir des grilles...* ».

3.5.2. PHQ -9

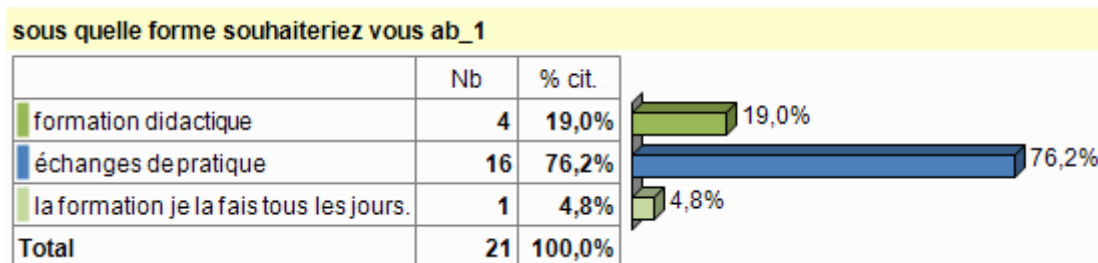
Après avoir présenté aux médecins l'auto-questionnaire PHQ-9, 96 % d'entre eux disaient ne pas le connaître.

88% pensent que cette échelle pourrait être intéressante en médecine générale. Les arguments mis en avant étaient la simplicité de l'échelle et le peu de temps qu'il faudrait pour la remplir. Certains précisait qu'elle serait intéressante pour la surveillance d'un patient dépressif. « *J'ai parfois du mal à les convaincre que ça va mieux, en comparant les scores, ça pourrait aider à reconforter le patient.* ». L'échelle permettrait de conclure l'entretien, d'aider dans la négociation lorsqu'un traitement est jugé nécessaire voire un relai vers un psychiatre.

Les médecins précisent souvent que finalement les 8 premières questions du PHQ 9 sont abordées lors de l'entretien mais ne sont pas quantifiées.

4 médecins pensent néanmoins que la 9ème question sur l'abord du risque suicidaire : « Avez vous déjà pensé qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire mal d'une manière ou d'une autre ? » est beaucoup trop brutale.

3.6. Information et Formation sur le risque suicidaire.



Quand nous interrogeons les médecins généralistes sur l'utilisation de guides pratiques, 60 % nous disent avoir déjà eu en main ce genre de documents mais finalement ne les avoir pu voire pas utilisés. Les guides pratiques sont jugés souvent trop longs insuffisamment didactiques. Les médecins déjà surchargés de travail peinent à trouver du temps pour les lire. Il en est de même sur la lecture des recommandations HAS sur la crise suicidaire où 80 % des praticiens disent ne jamais les consulter.

Concernant, la formation continue, si 64 % d'entre eux disent avoir déjà suivi une formation sur la dépression durant laquelle est abordé le risque suicidaire, le même souci du manque de temps est toujours mis en avant.

Concernant les modalités de cette formation, la plupart trouve intéressant de l'envisager à partir d'échange de pratiques, de mise en commun d'expériences, d'anecdotes. Un médecin met en avant l'intérêt des groupes Balint dans ce genre de situation où la relation médecin patient est au cœur de la problématique et durant laquelle le médecin doit souvent prendre du recul par rapport à sa pratique pour mieux l'analyser, mieux la vivre.

Finalement, si la plupart des médecins se disent intéressés par une formation, tous déplorent malheureusement le manque de temps qu'ils ont à leur consacrer.

4. Discussion.

4.1. Intérêts et limites de l'étude.

Concernant la description démographique des médecins interviewés, la population étudiée est sensiblement comparable à la population médicale de l'ensemble de la région Nord Pas de Calais, que soit par la répartition homme/ femme, l'âge moyen des médecins et la durée moyenne d'installation.

Cependant, cette enquête présente quelques limites.

Tout d'abord, l'un des premiers biais concerne le faible taux de réponse avec 56,5%. Cependant, on peut imaginer que l'intérêt et la sensibilité des médecins participants sont en faveur d'une plus grande sincérité dans les réponses. Il ne s'agissait pas en effet dans cette étude de faire des statistiques là où il n'y en a guère d'intérêt mais plutôt effectivement par le biais des entretiens semi-dirigés de rendre compte d'expériences personnelles. Si par ailleurs, on imagine une plus grande sincérité des médecins rencontrés, on peut penser qu'ils se sentaient assez concernés par le problème de santé publique que constitue le suicide pour accepter de nous rencontrer et donc plus étaient informés sur le sujet constituant ainsi un biais de sélection.

Il paraît important de noter que les médecins remplaçants étaient volontairement exclus de l'étude car difficilement interrogeables, les médecins installés ayant rarement un remplaçant attiré. Cependant, il aurait pu être intéressant d'obtenir le point de vue de ces praticiens. Certains patients profitent probablement de la présence du médecin remplaçant pour aborder les problèmes psychologiques comme la dépression, dont ils n'osent pas toujours parler avec leur médecin traitant de par leur représentation des troubles ou leur crainte d'être jugés. Les

médecins remplaçants sont souvent confrontés à des patients chez qui l'appréhension de l'environnement familial et social n'est pas toujours aisée et dont les antécédents ne sont pas forcément connus ou présents dans le dossier médical. L'abord du potentiel suicidaire dans ce contexte apparaît encore plus complexe.

Le suicide reste un événement rare puisque la plupart des médecins interrogés installés depuis plus de 20 ans sont confrontés en moyenne à moins de 5 suicides durant leur carrière. On constate une part plus importante des tentatives de suicide (TS) avec 3/4 des médecins confrontés en moyenne de 1 à 5 TS par an. Ces données sont en adéquation avec les données de la littérature précisées précédemment. L'étude ESEMED, réalisée en population générale rapporte qu'en France la prévalence sur la vie est de 12,4 % pour les idées suicidaires et 3,4 % pour les TS (43). Mais elles ne doivent en aucun cas minimiser l'importance du problème en médecine générale.

Le risque suicidaire doit être abordé lors de toute consultation de routine avec les patients dépressifs. Cela devient donc une situation fréquente en soins primaires sur laquelle des efforts d'amélioration des pratiques professionnelles peuvent être portés.

Enfin, la répartition de certains taux de manière assez subjective (« jamais », « parfois » « souvent » et « toujours ») sur l'évaluation des difficultés rencontrées par les généralistes dans l'approche du risque suicidaire entraîne une imprécision des réponses. Mais une fois de plus, il est important de noter que l'intérêt était surtout porté aux commentaires associés et à libre expression du sujet lors des entretiens semi dirigés. Ainsi les 4 questionnaires renvoyés par courrier étaient souvent pauvres en commentaires et la réponse aux questions ouvertes souvent peu contributive.

4.2. Offre de soins et communication avec la psychiatrie.

4.2.1. Offre de soins

4.2.1.1. Secteur public : une amélioration ressentie par les médecins généralistes.

Concernant l'offre de soins et donc l'orientation d'un patient suicidaire jugé à risque, la plupart des médecins mettent en avant une nette amélioration de celle-ci ces dernières années avec la prise en charge de proximité avec le CMP et surtout l'intervention des psychiatres aux urgences.

L'enquête réalisée sur les relations généralistes et psychiatres dans l'agglomération roubaisienne reprise dans la thèse de Natacha BUZON-GIRARD et Xavier-Marc MOLDERS (45) retrouve des résultats similaires avec une évolution de l'offre de soins sur les dernières années ressentie chez 70,6% des médecins généralistes interrogés. Cette évolution est jugée favorable chez 61,5 % d'entre eux.

En effet, ces améliorations sont récentes, tout comme en témoigne l'intervention des équipes psychiatriques aux urgences de Roubaix depuis 1989 et la création d'une équipe mobile auprès des suicidants SISYPHE depuis janvier 2010 (44). En l'absence de critères d'hospitalisation, cette équipe propose au patient une consultation dans les 48 heures dans un lieu neutre appelé réécoute des suicidants. Les premiers résultats de ce suivi intensif de janvier à octobre 2010 montrent que 180 patients ont bénéficié d'un entretien d'écoute, 100 personnes ont été accompagnées par le dispositif de réécoute avec une durée moyenne des soins d'un mois et un taux de récurrence de 3% dans le mois suivant le premier geste de TS. Bien évidemment se pose la question de la place du généraliste dans ce suivi. Les médecins peuvent interpeller un des médecins du dispositif SISYPHE afin d'obtenir une évaluation psychiatrique et un accès rapide au protocole de soins intensifs pour leur patient présentant

des idéations suicidaires. Dans le programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) (46), l'information et la communication autour du suicide apparaît comme un axe primordial avec notamment la nécessité de mieux diffuser l'information sur les dispositifs d'aide et d'écoute en mettant en créant ou en actualisant des annuaires à destination des professionnels..

Aucun médecin généraliste n'a fait référence à ce dispositif SISYPHE lors des entretiens semi dirigés. On peut se demander qu'en est –il de la diffusion de l'information auprès des omnipraticiens ? Il s'agit probablement d'un axe à développer.

4.2.1.2. Secteur libéral : un secteur qui reste à développer.

Si l'offre de soins publique paraît adaptée mais insuffisante, le secteur privé semble poser d'avantage de problèmes. Cela se trouve confirmé lors des entretiens semi- dirigés de notre étude mais aussi dans l'étude sur l'ensemble de l'agglomération roubaisienne (45). L'offre apparaît insuffisante, ceci pouvant être expliqué par la densité de psychiatres nettement inférieure à la moyenne nationale. En effet le Nord-Pas de Calais est moins bien pourvu en psychiatres libéraux que le reste de la France avec 3,3 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants contre 10,3 en France (47). Cette offre apparaît également inadaptée au vu de la description socio-économique de la population du secteur augmentant ainsi le recours au secteur public et de fait l'insuffisance de l'offre. Une solution pourrait être de multiplier les partenariats public-privé avec une implication des cliniques et praticiens libéraux dans des missions de service public comme par exemple la prise en charge des urgences.

4.2.2. Accès aux soins : vers une plus grande proximité des soins.

Si l'offre de soins semble s'être améliorée ces dernières années, l'accès aux soins et surtout dans un contexte d'urgence comme dans notre étude pose souvent problème. Les raisons apportées sont essentiellement les délais d'attente trop longs pour l'obtention d'une consultation voire d'une hospitalisation. Les résultats de l'étude réalisée sur l'ensemble de l'agglomération roubaisienne (45) en 2011 retrouvent une part plus importante de médecins confrontés à cette problématique puisqu'ils sont 90,7% contre 68 % dans notre étude. Cette différence semble s'expliquer par le contexte de l'étude s'agissant ici d'un contexte d'urgence et de risque suicidaire imminent où les patients sont plus volontiers envoyés de façon systématique aux urgences.

Ces délais d'attente parfois trop longs s'expliquent de diverses façons : augmentation régulière du recours aux secteurs de psychiatrie générale repris dans le rapport de la DREES en 2000 (48), manque de personnel, manque de structure surtout avec la politique voulant réduire la durée d'hospitalisation nécessitant l'existence de structures d'amont et d'aval encore insuffisantes pour l'instant. L'hospitalisation à domicile apparaît comme une solution possible ou encore le développement d'équipes spécialisées avec une collaboration des généralistes et infirmières libérales mais ces structures n'ont pas encore vu le jour sur l'agglomération roubaisienne faute de moyens et du fait d'un modèle juridique mal précisé pour la psychiatrie.

4.2.3. Accès aux soins et lutte contre la stigmatisation de la psychiatrie

L'accès aux soins se trouve également confronté à la mauvaise image que la psychiatrie véhicule. Nombreux (plus de 80%) ont été les médecins à nous expliquer les difficultés à convaincre leur patient de consulter un psychiatre et encore plus d'être hospitalisé. Ces résultats sont confirmés par l'étude sur l'ensemble de l'agglomération roubaisienne (45) avec 75,3% des médecins généralistes qui énonçaient cette raison comme un frein à l'orientation des patients vers des services de psychiatrie. Dans cette étude toujours, la moitié des généralistes ressent une évolution positive du regard de la population sur la psychiatrie au sens global pouvant s'expliquer par le relocalisation en 2006 de l'ensemble de l'hospitalisation publique de la périphérie de Lille vers Roubaix, le développement des CMP. Mais cette évolution reste modeste et nombreux sont les efforts qui restent à être produits. Un rapport sur l'état des lieux de l'évolution psychiatrique en Europe publié en 1985 pointait déjà du doigt l'importance de lutter contre la stigmatisation. La Suède (49) a fermé tous ses hôpitaux psychiatriques et créé des unités psychiatriques dans des hôpitaux généraux. L'Angleterre a développé des structures de soins à domicile. La France, bien que pionnière dans ce domaine de la désinstitutionnalisation avec le modèle sectoriel doit encore fournir de nombreux efforts ce que rappelle le Plan Psychiatrie et santé mentale (50).

Ce Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 (50) (*Axe 3 : Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal : Augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images véhiculées sur et par la psychiatrie*) a pour objectif de développer des programmes de communication destinés au grand public, en prévoyant des temps de dialogues entre la société et le système de soins psychiatriques. Le médecin généraliste a un rôle majeur à jouer

dans la diffusion de l'information auprès du patient et de sa famille afin de déstigmatiser la psychiatrie et rendre moins tabou le suicide.

L'idée d'une consultation avancée de psychiatrie dans les maisons médicales était avancée dans la thèse de Alice PIEL-DESRUISSEAUX DALBY (56). Cette idée se basait essentiellement sur le modèle anglais. C'est dans ce pays que le niveau de responsabilité des soins primaires est le plus fort. La médecine de premier recours s'organise sous forme de groupements de soins primaires (*Primary Care Trusts*) qui associent des médecins généralistes, infirmières mais aussi psychologues. Dans l'étude, le patient identifié par le médecin généraliste comme étant en mal-être, réticent à un suivi psychiatrique était adressé en consultation au sein même du cabinet. Cette consultation avancée offrait plusieurs avantages notamment par la proximité et la connaissance du lieu de consultation rassurant les patients réfractaires qui n'auraient pas consulté par ailleurs.

4.2.4. Relation entre médecins généralistes et psychiatres : des efforts de communication sont nécessaires.

La relation entre les médecins généralistes et les psychiatres est rendue compliquée par la difficulté et la pauvreté des échanges d'informations. Une étude réalisée auprès des médecins généralistes de la banlieue parisienne et de Haute –Normandie (51) pointe le doigt sur l'absence de retour d'information, nuisible à la qualité de prise en charge du patient. Plus qu'une information exhaustive, c'est la demande d'un lien permettant un soin cohérent qui est formulée. Un simple appel téléphonique pourrait suffire.

Ce constat est identique dans notre agglomération avec seulement 41,5% (44) des généralistes qui jugent être régulièrement informés de la situation de leurs patients. Ainsi des efforts de communication doivent être entrepris entre ces professionnels de santé pour permettre une amélioration de la prise en charge. Une enquête locale réalisée en 2008 (52) retrouvait que 57,8 % des généralistes souhaiteraient recevoir une lettre d'information alors que 24,7% préféreraient l'organisation de colloques. Ces colloques permettraient aussi de mieux connaître ses interlocuteurs et créer des réseaux de soins coordonnés. De nombreux programmes de formation destinés aux généralistes préconisent de se baser sur l'existence de réseaux parfois même informels dans la prise en charge de leur patient à risque suicidaire. Par exemple, (53) dans le réseau santé mentale Yvelines sud, la mise en réseau de professionnels (généralistes, psychiatres libéraux, centre hospitalier de Versailles, Centre hospitalier Charcot, clinique Médispsy et clinique MGEN) a permis de réduire les délais de consultation. Ainsi tout médecin adhérent à l'association est sûr que son patient sera reçu dans l'un des 4 centres de consultation avant le samedi en huit. A noter qu'au G15, les patients sont reçus dans les 48 heures par un infirmier.

Des efforts de communication entre psychiatres et médecins généralistes sont donc nécessaires dans l'amélioration de la prise en charge des patients à risque suicidaire que ce soit dans le cadre de suivi de patients, mais aussi dans le contexte de l'urgence où l'existence de réseaux permet d'orienter rapidement un patient ou d'obtenir très vite une consultation spécialisée.

4.2.5. Prévention tertiaire : suivi intensif après TS. Place du généraliste.

Nous savons que le risque de récurrence après une TS est majeur dans l'année qui suit l'acte suicidaire (54). Se pose donc dans ce contexte l'idée d'un suivi intensif durant cette période. Le généraliste, une fois de plus semble avoir un rôle essentiel à jouer en collaboration avec la psychiatrie. Une étude Lilloise (55) en cours, a pour objectif de prouver l'intérêt de ce suivi intensif après TS. Des suicidants bénéficient d'un suivi particulier soit par recontact téléphonique entre J10 et J21 sauf chez les primosuicidants à qui est donnée une carte ressource reprenant des logos d'associations de prévention de suicide (et leur liens Web) et un numéro de permanence de soins joignable 24h /24. Trois types d'appels sont distingués : l'appel simple où le sujet ne semble pas en difficulté et pour qui aucune aide ne semble utile ; l'appel du sujet en difficulté avec au décours de l'appel l'envoi de cartes postales personnalisées durant les 5 mois suivants avec le rappel de la permanence de soins et enfin l'appel avec identification d'une situation à risque où le sujet est invité à se rendre dans le service l'ayant reçu initialement et si il refuse le médecin traitant du sujet est interpellé ou le centre 15. Enfin si le sujet reste injoignable après 3 tentatives d'appel, l'envoi de cartes postales est programmé et le médecin traitant est également prévenu. Cet algorithme de veille est comparé à un groupe contrôle bénéficiant d'un suivi usuel essentiellement confié au généraliste. Il sera intéressant de voir si ce suivi intensif est utile en terme de récurrence et si tel était le cas de définir le rôle exact du généraliste dans la prise en charge tertiaire en collaboration avec les soins psychiatriques.

4.3. Renforcement de la formation des généralistes : quels sont les domaines à améliorer.

4.3.1. Un meilleur repérage des éléments de gravité de la crise suicidaire.

Si on met souvent en avant le fait que la dépression reste sous diagnostiquée par les généralistes avec seuls 35 à 50 % des cas qui seraient reconnus (29), les études précisent que cela s'avère surtout vrai pour les troubles les moins sévères (57), récents avec une présentation psychosomatique. Notre étude confirme que plus de 80 % des médecins interrogés ont déjà été trompés par une présentation somatique au premier plan et sont donc passés à côté d'une dépression avec le risque de méconnaître un risque suicidaire associé. Dans ce contexte, l'ANAES (58), en attendant une validation par des études sur de larges populations recommande selon un accord professionnel de poser les 2 questions suivantes en pratique courante : « au cours des 2 derniers mois, avez vous perdu tout intérêt ou plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? Avez vous perdu votre entrain ou sentez vous inexplicablement fatigué ? (ou vous sentez vous déprimé ?) ». Le fait de poser des questions sur le moral permet effectivement au médecin de tendre une perche à son patient et lui donner un moyen de s'exprimer sur un mal-être éventuel. Se pose dans ce contexte, la question de la disponibilité du médecin. En posant des questions sur le moral, le médecin s'expose en effet au risque de se voir prolonger la consultation. Une écoute bienveillante, active sera alors nécessaire pour à la fois diagnostiquer un syndrome dépressif, mais aussi juger de sa sévérité.

Bien plus qu'une formation sur la reconnaissance de la dépression, ce qui semble être surtout utile aux médecins généralistes, c'est un meilleur repérage des signes de gravité de la crise suicidaire.

4.3.2. Evaluation du risque suicidaire, de l'urgence et du danger : trois dimensions à ne pas négliger.

De nombreux facteurs de risque ont été identifiés par les médecins généralistes et ils correspondent souvent aux facteurs les plus importants à rechercher d'après la littérature.

Parmi les facteurs de risque les plus fréquemment cités, on retrouve les antécédents familiaux de suicide puisqu'un médecin sur deux le cite comme facteur prédisposant. Leur position de médecin de famille l'explique probablement en partie. Les études de génétique épidémiologique vont néanmoins dans ce sens et avancent l'idée d'un facteur de vulnérabilité aux conduites suicidaires. (59) L'hérédité pour les tentatives de suicide graves est estimée à environ 55%. On considère aussi d'après ces études que la vulnérabilité familiale aux conduites suicidaires est spécifique et indépendante ou additive de la vulnérabilité aux troubles psychiatriques. Une étude prospective longitudinale menée sur 8 ans à Bordeaux (60) a montré que seuls deux facteurs prédictifs sont présents de façon significative chez les suicidés : les antécédents familiaux au premier degré de suicide ou d'hospitalisation en psychiatrie et l'impulsivité. L'impulsivité n'était jamais mentionnée par les praticiens et seuls 16 % des médecins recherchent une addiction qui peut avoir un effet désinhibiteur et favoriser le passage à l'acte.

Les médecins généralistes étaient également très attentifs aux antécédents personnels de suicide puisqu'on sait que 15 % des suicidants récidiveront à un an et 20-25 % dans les années qui suivent (61).

On s'étonne que soit si peu citée la précarité sociale (12%), cependant cela peut en partie être expliqué par la description socio-économique du bassin de population étudiée où finalement précarité sociale va quasiment de soi.

Mais si les médecins interrogés citent un voire deux facteurs de risque, rares étaient ceux qui envisageaient les trois dimensions du potentiel suicidaire à savoir le risque mais aussi l'urgence et le danger. Il est possible que ces résultats soient dus à une mauvaise formulation et compréhension de la question initialement posée lors de l'entretien. On peut néanmoins se demander si le médecin ne préfère pas parfois éluder les questions plus précises afin d'éviter d'être confronté à la problématique de l'orientation de son patient à haut risque suicidaire. Selon Le Professeur Terra, la formation des professionnels à l'intervention de la crise suicidaire doit passer par l'abord de ces trois dimensions. Un rapport de 2008 sur l'évaluation des formations reçues par les professionnels en région Rhône Alpes retrouvait qu'avant la formation, le discours du patient était cité comme premier élément dans l'évaluation du risque suicidaire. Après la formation, 72 % des participants citent la recherche des facteurs de risque et plus d'un sur trois la dangerosité et l'urgence (62).

4.3.3. Cas particuliers : l'adolescence et le grand âge.

Si ces deux populations sont jugées à risque, elles n'ont été que très peu citées par les médecins généralistes interrogés. On peut se demander pourquoi.

Concernant, l'adolescence, elle est probablement peu citée car sortant du contexte même de l'étude. En effet, il s'agissait d'évaluer le risque suicidaire chez les patients dépressifs. Or une pathologie psychiatrique type dépression est retrouvée dans 20 à 30 % des TS chez l'adolescent. Dans les autres cas, la TS est sous tendue par des situations conflictuelles ou de rupture qui n'ont pas trouvé d'autre issue que l'atteinte corporelle. (63)

Chez les personnes âgées, la problématique du risque suicidaire est probablement sous estimée par les médecins généralistes. En effet, de nombreux médecins ont tendance à assimiler tristesse et vieillesse (64) entraînant de ce fait une sous estimation de la dépression chez la personne âgée. Les deux signes fondamentaux de la dépression que sont la douleur morale, souvent moins exprimée, et le ralentissement pouvant être lié au vieillissement, posent des problèmes de reconnaissance. Or l'idéation suicidaire est très fréquente chez le patient âgé dépressif qui a le plus souvent recours à des moyens létaux pour se suicider (pendaison, armes à feu, médicaments). Dans le programme national d'action contre le suicide 2011-2014, il est prévu de renforcer la prévention du suicide des personnes âgées en améliorant les pratiques professionnelles autour de la dépression. Ce programme souhaite poursuivre la diffusion d'un outil appelé « mallette dépression ». Cette mallette contient une plaquette de présentation avec définitions et descriptifs de la dépression chez le sujet âgé, un arbre décisionnel, des outils tels que le mini GDS... Elle est actuellement diffusée dans l'ensemble des régions françaises.

4.3.4. Aborder le risque suicidaire : disponibilité des praticiens, relation médecin-malade.

Dans l'abord du risque suicidaire, notons que 12 % des médecins pensent qu'en parler pourrait favoriser le passage à l'acte. Tous les praticiens ayant encore cette crainte exerçaient depuis plus de 20 ans et étaient donc à distance de leur formation initiale. Longtemps ancrée dans les pensées, il semble que cette idée, bien qu'encore d'actualité s'amenuise. En effet, comme le souligne l'OMS (74), « poser la question de l'existence ou non d'idées suicidaires peut réduire l'angoisse corollaire ». Cela permet en effet le plus souvent de désamorcer la crise, le patient se sent alors rassuré, mieux compris. L'alliance thérapeutique que le

médecin doit chercher à obtenir, passe par le respect, l'écoute bienveillante, la reconnaissance de la souffrance du patient.

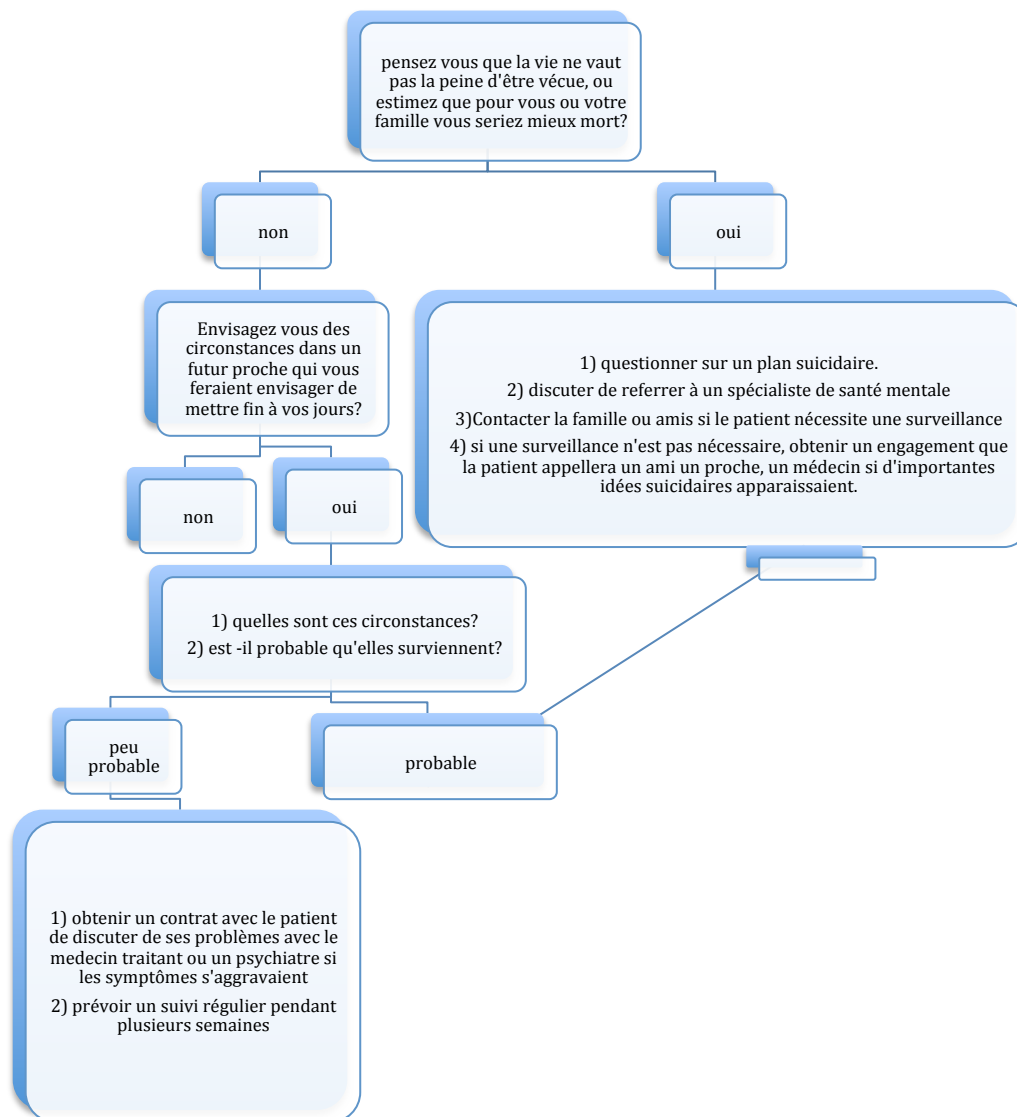
Mais il ne faut pas oublier que l'abord du risque suicidaire, c'est avant tout la rencontre de deux sujets avec leurs propres représentations de la mort, du suicide. La relation médecin-malade prend ici toute son ampleur avec la dimension psycho-affective inhérente à l'abord d'un tel sujet. Le médecin se trouve forcément confronté à ses propres conceptions du suicide, confronté à ses propres angoisses. Dans ce contexte, quelle est la juste implication dans le soin pour être présent mais à sa place ? Comme le précise Galam (66), le médecin n'exerce-t-il pas après tout une profession à haut risque suicidaire. Les contre transferts ne sont pas rares dans la prise en charge du patient à risque suicidaire. Le programme des études médicales accorde une place modeste à l'enseignement de la communication et à la formation à la relation (67). La culture médicale occidentale étant essentiellement centrée sur la biotechnique et la génétique, les programmes de formation sur la relation médecin-malade ne sont pas prêts d'obtenir une place plus importante. Cependant, on pourrait imaginer que lors de la formation continue, une réflexion sur la relation médecin-patient de type Balint soit développée.

Concernant la façon d'aborder le risque suicidaire avec son patient, tous les auteurs s'accordent à dire qu'il n'y a effectivement pas une manière de faire. Mais néanmoins, tous conviennent que cela doit se faire de façon graduelle pour ne pas heurter d'emblée le patient. Les résultats de notre étude vont dans ce sens avec souvent l'utilisation du terme « idées noires » ou « idées de mort » pour aborder le risque suicidaire. L'approche de l'idéation suicidaire ne doit d'ailleurs pas se cantonner à la seule confirmation de l'intentionnalité suicidaire. D'autres questions doivent ensuite permettre une évaluation de la fréquence, la sévérité de cette intentionnalité, l'existence d'un plan et les moyens létaux à disposition (68)

toujours dans l'optique de jauger les dimensions d'urgence et de danger. Les médecins interviewés ne semblent pas sensibilisés à cette pratique puisque seuls 2 médecins l'évoquent. Comme nous le soulignons précédemment, ce faible taux est probablement expliqué par le manque de précision de la question posée aux généralistes lors des entretiens.

Pour guider le généraliste dans sa pratique, des organigrammes existent. Brody et col en 1995 (69) proposent d'évaluer ce risque suicidaire en demandant à chaque patient dépressif, s'ils estiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, ou qu'eux ou leur famille seraient mieux lotis s'ils étaient morts. (cf figure ci dessous). Puis, de façon graduelle, sont évalués les idées suicidaires, l'imminence d'un passage à l'acte et l'existence d'un scénario suicidaire.

(Brody et al.1995.)



Plus récemment (70), l'OMS a lancé le programme Comblent les Lacunes en santé mentale (mhGAP) et a publié un guide pour lutter contre les troubles mentaux et notamment les conduites auto-agressives / suicidaires dans les structures de soins non spécialisées. Ce guide s'adresse entre autres aux médecins généralistes et permet de façon succincte de dire ce qu'il faut faire face à un risque imminent de conduite suicidaire : retirer ce qui pourrait servir à

une conduite auto-agressive, créer un environnement protecteur, ne pas laisser la personne seule, désigner un membre de la famille chargée d'assurer sa sécurité, soigner l'état mental de la personne, prévoir une consultation spécialisée, maintenir un contact régulier....

Dans notre étude, les guides pratiques reçus par les médecins ne semblent pas être le meilleur moyen de communication de l'information puisqu'ils sont 60 % à en avoir déjà reçu sans que personne ne les utilise en pratique courante. Cependant, on peut se demander comment se présentaient ces guides ? On peut penser que l'utilisation de schéma simple type organigramme pourrait s'avérer utile notamment remis en fin de formation afin d'appuyer des messages délivrés lors de ces séminaires. En effet, la lecture fastidieuse de textes longs tels que les recommandations HAS, peinent à trouver leur place dans l'emploi du temps du généraliste. De plus, les recommandations de bonne pratique sont souvent jugées par les généralistes interrogés trop hermétiques et généralement non applicables à « la médecine générale in vivo ».

4.3.5. Le médecin généraliste n'est pas si seul, implication de la famille et réseaux.

Dans notre étude, plus d'un médecin sur deux se sent très souvent isolé dans sa prise de décision dans l'évaluation du risque suicidaire et pourtant l'aide de l'entourage familial semble être une ressource peu utilisée par les praticiens. Le risque de briser le secret est souvent mis en avant par la plupart des médecins interviewés. Il est fortement recommandé (12) d'impliquer la famille dans la prise en charge de son proche en crise suicidaire. Encore une fois le médecin généraliste a un rôle à jouer. Les modalités sont diverses et passent par

l'information des familles sur les facteurs de risque, les signes d'alarme de crise suicidaire. La famille doit intervenir en maintenant le lien affectif afin de briser l'isolement en favorisant l'expression sur le sujet sans banaliser ni dramatiser. Enfin, la collaboration avec la famille apparaît nécessaire dans la lutte contre l'accès aux moyens létaux que ce soit par le retrait de l'accès aux médicaments ou encore les armes à feu. Il faut noter que le retrait immédiat par les forces de l'ordre d'une arme à feu à une personne ayant un projet de suicide est possible depuis la loi du 15 novembre 2001. Quand on sait qu'une personne suicidaire sur 5 est exposée à une arme à feu à son domicile (71), c'est un message qu'il paraît important de diffuser en masse.

4.4. Outil d'aide au diagnostic en soins primaires : encore peu nombreux

Les outils d'aide au diagnostic tels que les questionnaires restent très peu évalués en soins primaires. Les tests psychométriques validés nécessitent souvent de recueillir un grand nombre d'information et peinent donc à trouver leur place dans la consultation du médecin généraliste. Si dans notre étude, un médecin sur trois semble réticent à l'utilisation d'échelles en soins primaires, ils sont plus 80 % à penser que l'auto-questionnaire PHQ 9 pourrait trouver une place en pratique quotidienne. Une étude réalisée dans l'agglomération de Montpellier (72) avait pour objectif d'estimer le niveau de détection des troubles psychiatriques dont la dépression par les médecins généralistes et d'étudier la prise en charge médicamenteuse en fonction du diagnostic. Cette étude retrouve que les médecins généralistes identifient 66,7 % des troubles dépressifs majeurs et troubles anxieux repérés par le PHQ. La non détection est liée à la sévérité des troubles : les cas détectés correspondent aux pathologies les plus sévères. Si les conséquences de la non détection

paraissent moindres, ces pathologies méritent néanmoins d'être repérées afin d'être prises en charge de façon précoce et éviter tout risque de passage vers une forme plus sévère. Cependant, si ce questionnaire a été validé en soins primaires aux Etats-Unis (Sensibilité de 75%, Spécificité de 90%), il ne l'a jamais été en Europe expliquant sa limite d'utilisation. Néanmoins, on peut se demander la place que peut occuper un auto-questionnaire chez les personnes souffrant de dépression, pouvant présenter un état d'agitation, d'anxiété important et des capacités de concentration réduite. Des études sur des populations plus larges méritent donc d'être menées afin de jauger de l'utilité de ce questionnaire en soins primaires.

4.5. Modalités de formation des généralistes.

4.5.1. Formation initiale.

Dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale, il est préconisé une meilleure formation initiale des généralistes à l'exercice de la psychiatrie. Dans le cursus universitaire, les stages en psychiatrie ne sont pas obligatoires et seul un médecin sur 5 a effectué un stage en psychiatrie (49). Cette problématique était déjà avancée dans le Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 avec la volonté de modifier la maquette de médecine générale, repris dans le plan de 2011-2015.

De plus, comme nous le soulignons précédemment, la question de la relation médecin-malade ne reste que très peu voire jamais abordée durant les années de formation, un axe qui semble primordial de développer les prochaines années.

4.5.2. Formation continue

Depuis la loi HPST « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de juillet 2009, la Formation Médicale Continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), nouvellement appelés Développement Professionnel Continu (DPC) visant à améliorer la qualité des soins sont obligatoires pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice. Les médecins généralistes participent de plus en plus à des groupes d'analyse de pratiques ce qui correspond aux résultats de notre enquête avec la plupart des médecins préférant une formation sous forme d'échanges de pratiques plutôt que sous forme de cours ou d'écrits très didactiques.

Les revues de morbi- mortalité (RMM) rentrent dans le cadre des EPP et analysent de façon collective et rétrospective des cas marqués par un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient. Si les RMM sont largement utilisés dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, en soins primaires les expériences sont plus rares. Une RMM en groupe d'analyse de pratiques entre pairs sur la crise suicidaire en médecine générale reprise dans la thèse de Claire-Elise Colas (23) permettait une analyse systémique de cas cliniques. La confrontation aux données scientifiques actuelles débouchait sur l'élaboration d'un référentiel adapté aux médecins concertés. Il apparaît néanmoins important de préciser que l'appartenance à un groupe de pairs est une forme de DPC extrêmement exigeante : assiduité aux rencontres, recherche documentaire et se pose bien évidemment le problème du temps dans l'agenda du médecin déjà chargé !

On peut s'étonner aussi que lors des entretiens, un seul médecin ait évoqué son appartenance à un groupe Balint. L'idée du groupe Balint est de faire échanger entre eux des médecins à

propos d'un cas clinique afin de prendre conscience de la part émotionnelle et psychologique qui existe entre un médecin et son patient. On se doute bien que cette part est plus qu'importante dans une consultation sur l'évaluation du risque suicidaire avec son patient.

Mais bien plus que les groupe de pairs, ce qui ressort de cette étude, ce sont les groupes pluri-professionnels regroupant généralistes et psychiatres permettant certes d'échanger sur les pratiques de chacun mais aussi de se constituer un réseau professionnel utile au quotidien. Ces programmes de DPC multidisciplinaires et les programmes pluri-professionnels sont fortement encouragés.

Conclusion.

Le suicide constitue un enjeu majeur de santé publique. Le médecin généraliste de par sa position centrale a un rôle évident à jouer. Mais il n'est pas seul et c'est avec ses nombreux partenaires (ses confrères psychiatres, la famille, les proches du patient) qu'il doit collaborer étroitement afin d'optimiser la prise en charge du patient suicidaire.

Nous savons que de nombreux progrès restent encore à faire et c'est dans une optique d'amélioration des pratiques qu'avait été menée cette étude. L'objectif était de mettre en avant les nombreuses difficultés rencontrées au quotidien par le médecin de famille. Il ne s'agissait pas de tirer des conclusions absolues de ce travail mais plutôt de suggérer des pistes pour des propositions d'aide et de formation aux médecins généralistes. Ainsi de nombreux points à améliorer ont été mis en avant dans lesquels différents acteurs doivent engager leurs responsabilités afin de permettre que les choses changent. Tout d'abord, les autorités de santé ont de nombreux objectifs à remplir en améliorant la formation initiale des jeunes médecins généralistes à la psychiatrie, en menant des campagnes de santé publique visant à déstigmatiser la psychiatrie, à diffuser l'information grand public sur le suicide. Ces nombreux objectifs sont d'ailleurs repris dans le plan psychiatrie et santé mentale. Mais nous savons aussi que les professionnels médicaux, médecins généralistes et psychiatres doivent également fournir leur part de travail. Cela passe par l'amélioration de leur formation continue avec le DPC, en favorisant notamment l'appartenance à des groupes de pairs, voire des groupes pluri-professionnels mais aussi en améliorant la continuité des soins et la diffusion de l'information médicale.

Enfin ce travail avait pour objectif d'ouvrir aussi un champ de recherche dans un domaine encore peu développé en France. Les outils d'aide au diagnostic dans le domaine du risque

suicidaire tels que le PHQ 9 restent très peu évalués en soins primaires. Il semble néanmoins exister une réelle attente des médecins généralistes en la matière. Il apparaît intéressant de mener des études sur de plus larges populations afin d'évaluer l'utilité mais surtout la validité de tels outils.

Le suicide reste un sujet difficile à prendre en charge, nous renvoyant à nos propres représentations et peurs. Il ne faut en effet pas oublier que le médecin généraliste est lui-même à haut risque suicidaire. Je me permettrai, pour conclure, de reprendre une question avancée par un généraliste rencontré lors de mon enquête : «Et le médecin généraliste dans tout ça, qui s'occupe de lui ? ».

Annexes :

Critères DSM.IV de l'épisode dépressif majeur :

- Episode durant au moins deux semaines.
- Episode qui marque un changement par rapport au fonctionnement antérieur.
- Pendant au moins deux semaines les symptômes sont présents de façon persistante, la plupart du temps, presque tous les jours.
- Les symptômes sont à l'origine d'une détresse ou d'une altération du fonctionnement habituel.
- Parmi les neuf symptômes suivants, cinq au moins sont présents et obligatoirement le premier ou le deuxième :

1 - humeur dépressive ou irritabilité

2 - réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes les activités ou presque

3 - perte ou gain notable de poids ou réduction ou augmentation de l'appétit

4 - insomnie ou hypersomnie

5 - agitation ou ralentissement psychomoteur

6 - fatigue ou perte d'énergie

7 - sentiment d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée

8 - difficultés de concentration ou indécision

9 - pensée récurrente de mort ou de suicide ou tentative de suicide

Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

0 Absent

1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

0 Absent.

1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

0 Absent

1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 Idées ou gestes de suicide.

4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

0 Absent.

1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

0 Pas de difficulté.

1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

0 Pas de difficulté.

1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

0 Pas de difficulté.

1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 Langage et pensées normaux.

1 Léger ralentissement à l'entretien.

2 Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 Entretien difficile.

4 Stupeur.

9) Agitation

0 Aucune

1 Crispations, secousses musculaires.

2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

0 Aucun trouble.

1 Tension subjective et irritabilité.

2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0 Absente.

1 Discrète.

2 Moyenne.

3 Grave.

4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

. 0 Aucun.

. 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.

. 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

. 0 Aucun

. 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.

. 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

. 0 Absents.

. 1 Légers.

. 2 Graves.

15) Hypochondrie

- . 0 Absente
- . 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- . 2 Préoccupations sur sa santé.
- . 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- . 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

- . 0 Pas de perte de poids.
- . 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- . 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

- . 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- . 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- . 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

- . 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- . 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- . 2 Nie qu'il est malade.

Julie Lescornez
Interne en médecine générale
Tel: 06 31 75 89 22
mail: julielescornez@hotmail.fr.

Madame, Monsieur,
Chère Consoeur, cher Confrère,

Dans le cadre de ma thèse, nous réalisons une étude auprès de l'ensemble des médecins généralistes du secteur psychiatrique 59 G 15. (Wattrelos – Leers)

Le sujet de cette étude concerne l'évaluation du risque suicidaire chez les patients dépressifs. Partant d'un corollaire simple, « plus de la moitié des patients commettant un acte suicidaire consulte dans le mois précédant le geste leur médecin traitant », le médecin généraliste apparaît comme acteur clé dans la prévention du risque suicidaire.

Cette étude, par l'intermédiaire d'un questionnaire semi-dirigé, a pour objectif de rendre compte des difficultés rencontrées lors de l'évaluation du suicide, d'évaluer l'impact des outils d'aide au diagnostic comme les échelles cliniques ou l'utilisation de guides pratiques. Nous aborderons aussi le domaine de la formation dans le cadre du développement professionnel continu en objectivant les attentes des médecins généralistes.

Nous vous remercions d'avance pour le temps que vous nous aurez accordé afin de remplir ce questionnaire de façon optimale.

Cordialement.

Julie Lescornez.

Evaluation du risque suicidaire en médecine générale
Questionnaire destiné aux médecins généralistes.

Age:

Sexe:

Depuis combien de temps exercez vous?

1. de 10 ans 10 à 20 ans > 20 ans

Avez vous déjà été confronté: à la tentative de suicide ? OUI
NON

Si oui combien de fois?

au suicide? OUI NON

Si oui combien de fois?

évaluation du risque suicidaire chez le patient dépressif:

Abordez vous facilement avec vos patients dépressifs le risque suicidaire ?
OUI NON

Comment abordez vous le risque suicidaire lors d'une consultation avec le patient dépressif?

Attendez vous que le patient en parle spontanément? OUI NON

Posez vous des questions directes à ce sujet? OUI NON

Si oui, lesquelles?

Pensez vous qu'en abordant les idées suicidaires cela puisse encourager le patient dans le passage à l'acte? OUI NON

Quels sont les principaux facteurs de risque que vous recherchez à l'interrogatoire?

Difficultés rencontrées:

Cochez la case correspondante en fonction des difficultés auxquelles vous avez été confronté :

Vous avez été confronté	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
À la méconnaissance des structures pouvant accueillir le patient.				
À la difficulté d'obtenir une consultation spécialisée psychiatrique dans un délai raisonnable.				
À des difficultés liées à la consultation limitée dans le temps				
À des difficultés liées à la présentation variable de la crise suicidaire parfois centrée sur les manifestations somatiques				
À la crainte du patient de la psychiatisation				
À la difficulté de joindre l'entourage familial				
À un sentiment d'isolement face à la prise de décision (hospitalisation éventuelle ou suivi ambulatoire)				

Avez vous été confronté à d'autres difficultés non citées ci dessus?

III. Aide à l'évaluation du risque suicidaire:

Connaissez vous des échelles cliniques d'évaluation du risque suicidaire?

OUI NON

Si oui, lesquelles?

Les utilisez vous en pratique ? OUI NON

Pensez vous que de telles échelles puissent avoir leur place en soins primaires?

OUI NON

Pourquoi?

Connaissez-vous l'échelle PHQ-9 ? OUI NON

(présentation de celle-ci).

Pensez vous qu'elle puisse être utile en pratique quotidienne? OUI
NON

Formation.

Avez vous déjà utilisé des guides pratiques d'aide à l'évaluation du risque suicidaire?

OUI NON

Avez vous déjà consulté les recommandations HAS sur l'évaluation du risque suicidaire?

OUI NON

Avez vous déjà suivi une formation dans le cadre du développement professionnel continu sur l'évaluation du risque suicidaire ?

OUI NON

Estimez vous utile une formation?

OUI NON

Quels axes aimeriez vous aborder lors de ce type de formation?

PHQ -9

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de 7 jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres ?

Pas du tout difficile... Plutôt difficile... Très difficile... Extrêmement difficile....

Bibliographie

1. Terra JL. La prevention du suicide. Adsp. Décembre 2003. 24-25
2. OCDE(2011), Panorama de la santé 2011: les indicateurs de L'OCDE, Editions OCDE. [http:// dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr).
3. OECD. Health at a Glance: Europe 2010. OECD publishing 2010. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en
4. Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. Suicides et tentatives de suicide en France. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats. 2006; 488:1-8.
5. Jouglà E, Pequignot F, Chappert JL, Rossolin F, Le Toulec A, Pavillon G. La qualité des données de mortalité par suicide. Revue épidémiologique de Santé publique. 2002 Jan ; 50 :49-62.
6. Jouglà E, Péquignot F, Le Toulec A, Bovet M, Mellah M. Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. Adsp. 2003 Déc ;45.
7. Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord Pas de Calais. Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord Pas de Calais. Avril 2010.
8. Roelandt J L, Caria A, Mondière G. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. Information Psychiatrique. 2003 ;76 :279-292.
9. F2RSM. Mortalité par suicide dans le Nord-Pas de Calais 2000-2008. Source : Inserm-CepiDC.
10. Plancke L. Le nombre de suicides de nouveau en hausse dans la region Nord – Pas –de- Calais. F2RSM. Spetembre 2012.
11. Debout M. Le suicide. Paris: Ellipses ;1996
12. Anaes. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Octobre 2000.
13. Dantchev N. Suicidant. EMC -Medecine d'urgence. 2011 : 1-8 (Article 25-150-A-20)
14. Bourgeois ML. Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide. L'encéphale. 1996 Dec; 22: 46-51.
15. Bulik CM, Carpenter LL, Kupfer DJ, Frank E. Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. J Affect Disord. 1990 Jan;18(1):29-37

16. Jehel L. Quels sont les éléments essentiels de l'évaluation clinique de la crise suicidaire et de son intensité. Conférence de consensus. Octobre 2000.
17. Bridge S. Suicide Prevention, Targeting the patient at risk. Australian Family Physician. 2006 May;35(5):335-8.
18. Larsson B, Ivarsson T. Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide. European Child and Adolescent Psychiatry. 1998;7,4:201-208.
19. Choquet M, Ledoux S. Adolescents: enquête nationale. 1994. Paris: la Documentation Française. INSERM, 346p.
20. Carney SS. Suicide over 60: The San Diego Study. J am. Ger Soc. 1994;42:174-180.
21. Gillmore J M, Chan C H. Suicide: a focus on primary care. Wisconsin Medical Journal. 2004;103(6):88-92.
22. OMG: observatoire de la médecine générale: <http://omg.sfm.org/>
23. Colas C E. Revue de morbidité et de mortalité en groupe d'analyse de pratiques: la crise suicidaire. (Thèse de doctorant en médecine). Saint Etienne: université Jacques Lisfranc; 2009.
24. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, Verdoux H, Verger P. La prise en charge de la depression en médecine générale de ville. Etudes et résultats . septembre 2012. N°810 Drees. <http://www.drees.sante.gouv.fr/article11020.html>.
25. Rihmer Z, Rutz W, Philgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression_training programme for general practionners. Journal of affective disorders. 1995 Dec 18; 35(4):147-52.
26. Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A suicide prevention program in a Region with a very high suicide rate. Arch Gan Psychiatry. 2007;64(8):914-920.
27. Henriksson S, Isacson G. Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. Acta Psychiatr Scand. 2006;114(3): 159-167.
28. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educationale program for eneral practionners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. Acta Psychiatr Scand 1992; 85:83-8.

29. Dumont P, Andreoli S, Borgacci Y, Carballeira D, Rentsch N De Tonnac M, Archinard M. Détection rapide de la dépression : un problème important. *Revue Medicale Suisse*, 2005 ;1 :344-349.
30. Bibliomed. Pourquoi la dépression est souvent méconnue en médecine générale. 2000; 172.
31. Carney PA et al. How physician communication influences recognition of depression in primary care. *J fam Pract*. 1999; 48(12):858-64.
32. Bibliomed. Des outils pour le diagnostic de la depression en médecine générale. *Bibliomed* 2000; 173.
33. Whooley MA, Avins AL, Miranda J. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997; 12:439-445.
34. Brody DS. Identifying patients with depression in primary care setting. *Arch Interne Med*. 1998; 158:2469-75.
35. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Bruffaerts R, Chiu WT, de Girolamo G, Gluzman S, de Graaf R, Gurje O, Haro JM, Huang Y, Karam E, Kessler RC, Lepne JP, Levonson D, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Williams D. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008 Feb; 192(2):98-105.
36. Deseilles M, Perroud N, Guillaume S, Jausent I, Genty C, Malafosse A, Courtet P. Is it to valid to measure suicidal ideation by depression rating scales? *J Affect Disord*. 2012 Feb;136(3):398-404
37. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensivity, specificity and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 May;48(5):418-22.
38. Cremniter D, Despierre PG, Batista G. Le risque suicidaire. *Presse med* 1998; 27: 2151-6.
39. Uebelacker L, German N, Gaudiano B, Miller I. Patient Health Questionnaire Depression Scale as a Suicide Screening Instrument in Depresses Primary Care Patients: A Cross-Sectional Study. *Pim Care Companion CNS Disord*. 2011; 13(1).
40. Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R. *Mental Health in Primary Care*. 2009
41. Paxton R, MacDonald F, Allott, Mitford P, Proctor S, Smith M. Improving general practionners' assessment and management of suicide risk. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2001;14 (2-3):133-8.

42. Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en région Nord Pas de Calais. Situation au 1er janvier 2009.
43. Bernal M, Haro JM, Bernert S. Risk factors for suicidality in Europe : results from the ESEMED study. J Affect Disord 2007 ; 101(1-3):27-34
44. Rust A, Piquet J-C, Alexandre J-Y. SISYPHE : une équipe mobile auprès des suicidants à Roubaix. Les monographies de la fédération régionale de recherche en santé mentale. Suicide et tentatives de suicide dans le Nord Pas de Calais Avril 2011.
45. Buzon- Girard N, Molders X-M. Relations entre médecins généralistes et psychiatres. A propos de deux enquêtes réalisées dans l'agglomération roubaisienne. (Thèse de doctorat en médecine). Lille: Université Lille 2. 2012.
46. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014). Septembre 2011.
47. Observatoire Régional de la Santé Nord- Pas de Calais. Observations inattendues...et capricieuses de la santé. 2009. http://orsnpdc.org/observation/211912_1santemen.pdf
48. Coldefy M. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000. DREES. Mars 2004, n°42. 113p.
49. Roelandt J.L. Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale. Revue française des affaires sociales; 201-213.
50. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan psychiatrie et santé mentale (2011-2015). Février 2012. 21-22.
51. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres: une relation compliquée. Jle. Juin 2008; 279-83.
52. Direction du projet d'établissement et de la qualité. Enquête de satisfaction menée auprès des médecins libéraux. EPSM de l'agglomération lilloise, 2009.
53. ENSP Rennes. Module interprofessionnel de santé publique. Opportunité et faisabilité des réseaux de prévention des suicides. 2000. http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Mip/2000/g_02.pdf
54. Hawton K, Fagg J. Suicide and other causes of death, following attempted suicide. Br J Psychiatry. 1988 Mar;152:359-66.
55. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, Duhem S, Ducrocq F, Goldstein P, Libersa P. ALGOS: the development of a randomized

controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC psychiatry*. 2011; 11:1.

56. Piel-Desruisseaux Dalby A. Prévention du suicide: mise en place d'une consultation avancée de psychiatrie en soins primaires. Bilan après un an au sein du pôle santé de Clisson. (Thèse de doctorant en médecine). Nantes: Université de Nantes. Juin 2011
57. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med*. 1995; 4:99-105.
58. ANAES. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations. Mai 2002.
59. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2005; 133, 13-24.
60. Bioulac S, Bourgeois M, Ekouevi DK, Gonzales B, Castello MF. Predictive factors of suicide? An 8-year-long prospective longitudinal study of 200 psychiatric inpatients. *Encephale* 26. 2000. 1-7.
61. Owens D, Horrocks, J& House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *British Journal of psychiatry*. 2002. 181;193-199.
62. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. Evaluation des formations 2007 à l'intervention de crise suicidaire. Septembre 2008.
63. ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Texte des Recommandations. Novembre 2008
64. Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychol Neuro Psychiatr Vieillesse*. 2004; Vol 2(S1): 19-27.
65. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170/205-28.(
66. Galam E. Burn out des médecins libéraux. *Jle*. Novembre 2007; 3(9): 419-21.
67. Rouy JL, Pouchain D. Relation médecin-malade et médecine générale. EMC-AKOS (traité de Médecine) 2003.1-6.
68. Ionita A, Florea R, Courtet P. Prise en charge de la crise suicidaire. *L'Encephale*. 2009.S129-S132.
69. Bordy DS, Thompson TL 2nd, Larson DB, Ford DE, Katon WJ, Magruder KM. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995. 17 (2): 93-107

70. OMS. Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/fr/index.html.
71. Terra JL. La prevention du suicide. Adsp. Décembre 2003. 24-25.
72. Norton J, De Roquefeuil G, David M, Boulanger JP, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le Patient Health Questionnaire: adéquation avec la detection par le médecin et le traitement prescrit. *General Hospital psychiatry* 29. 2007; 285-93
73. Kovess-Mastefy V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arvailler N, Gasquet I, Younes N, Hary- Bayle MC. What makes people decide to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 2007 jul 31;7:188.
74. OMS. La prévention du suicide. Indications pour les médecins généralistes. Genève 2001.

AUTEUR : LESCORNEZ Julie

Date de Soutenance : 6 février 2013

Titre de la Thèse : L' évaluation du risque suicidaire chez les patients dépressifs en médecine générale. A propos d' une enquête qualitative menée auprès des médecins généralistes du secteur 59 G 15 (Watrelos-Leers).

Thèse, Médecine, Lille,

Cadre de classement : DES médecine générale

Mots-clés : Suicide, médecine générale, Dépression.

Résumé :

La prise en charge du risque suicidaire chez les patients dépressifs constitue un enjeu de santé publique. Le médecin généraliste prend en charge près de 60 % des dépressions. Il apparaît donc être un acteur clé dans l' évaluation du risque suicidaire. Notre étude qualitative réalisée sous forme d' entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du secteur psychiatrique des villes de Watrelos -Leers a pour objectif de rendre compte des modalités d' évaluation du risque suicidaire, des difficultés rencontrées par les praticiens. Le but est également de mettre en avant le manque d' outils d' aide au diagnostic en soins primaires et les attentes des médecins généralistes en terme de formation. Les résultats de cette étude montrent que de nombreux domaines restent à améliorer dans la prise en charge du risque suicidaire. Cela passe par un renforcement de la formation initiale et continue des praticiens. Le manque de collaboration et communication entre généralistes et psychiatres est également un obstacle à une prise en charge optimale. Enfin il semble utile de développer des outils d' aide au diagnostic en soins primaires encore trop peu évalués en France.

Composition du Jury :

Président : Mr Le Pr THOMAS.

Assesseurs : Mr le Pr GLANTENET, Mr le Pr VAIVA, Mr le Dr OUREIB.

