



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation et Prise en charge de la Crise Suicidaire en Médecine
Générale**

Etude descriptive sur le Secteur du Ternois

Présentée et soutenue publiquement le 24 Novembre à 16h30
au Pôle Formation
Par Charles CAUET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Alain BOITRELLE

Liste des abréviations

ARS	Agence régionale de santé
ATS	Association Ternois Santé
CCOMS	Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé
CH	Centre hospitalier
CIM	Classification internationale des maladies
CMP	Centre médico-psychologique
CNQSP	Comité National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
CRH	Corticotrophin releasing hormon
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSH	Delibarate self harm
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EPSM	Etablissement public de santé mentale
EPU	Enseignements post-universitaires
ESEMED	European study of the epidemiology of mental disorders
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute autorité de santé
HIAA	Acide hydroxy-indole acétique
HT	Hydro tryptamine
IC	Indice de confiance
ICM	Indice comparatif de mortalité
LCR	Liquide céphalo-rachidien
MG	Médecin généraliste
OMS	Organisation mondiale de la santé
R-U-D	Risque-Urgence-Dangerosité
SAU	Service d'accueil des urgences
SERT	Transporteur de la sérotonine
SMPG	Santé mentale en population générale
SYSCALL	Système CALL
TS	Tentatives de suicide
UGEAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WONCA	World organisation of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians

*" Le compte avait commencé
A rebours
Etait-ce vertige déveine
Qui sait
Un voyage un aller seul
Au long court
D'où l'on ne revient jamais..."*

*Serge Gainsbourg « Sorry Angel »
1984 ; Album : « Love On The Beat »*

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Revue de la littérature	5
A. Définitions	5
B. Historique et psychopathologie du suicide	7
1. Historique	7
2. Psychopathologie	8
C. Données biologiques.....	10
1. Facteurs génétiques.....	10
a) Etudes familiales	10
b) Etude des jumeaux.....	10
c) Etudes d'adoption.....	11
d) Gène SERT	11
2. Facteurs neurobiologiques	11
a) Les neurotransmetteurs.....	12
b) Facteurs endocriniens	13
c) Le cholestérol	14
II. La morbidité et la mortalité suicidaire	15
A. Epidémiologie du suicide.....	15
1. Situation en France	15
2. Particularités dans le Nord-Pas-de-Calais.....	17
a) Situation régionale et départementale	17
b) Proportion de troubles psychiatriques	18
B. Epidémiologie de la tentative de suicide	19
C. Données disponibles pour le secteur du Ternois	21
1. Mortalité par suicide	21
2. Profil professionnel et catégorie sociale	22
3. Consommation de médicaments psychotropes.....	23
III. Qui ? Quand ? Comment ?	24
A. Le suicidé	24
1. Selon l'âge et le sexe	24
2. Selon la catégorie socio-professionnelle	25
3. Les modes de suicide.....	26
B. Le suicidant	28
C. Suicide et troubles psychiatriques	28
D. Suicide et pathologies somatiques	32

IV. La crise suicidaire	34
A. Place du médecin généraliste	36
B. Evaluation de la potentialité suicidaire	37
1. Facteurs de risque.....	37
2. Facteurs d'urgence et dangerosité.....	38
C. Prise en charge	39
Matériels et méthodes	42
I. Présentation de l'étude	42
II. Objectifs de l'étude.....	43
III. La population de l'étude	44
A. Démographie médicale du Nord-Pas-de-Calais	44
B. Matériel	45
C. Méthode	46
IV. Déroulement de l'étude	47
A. Le questionnaire.....	47
1. Le « R-U-D »	48
2. L'interprétation du « R-U-D ».....	48
B. Recueil des données.....	49
Résultats.....	51
I. Organigramme de l'étude	51
II. Taux de participation à l'enquête	52
III. Statistiques descriptives	53
A. Caractéristiques démographiques.....	53
B. Vécu personnel des médecins	56
C. Evaluation du risque suicidaire.....	63
1. Les facteurs de risque	63
2. Les facteurs d'urgence	64
D. Prise en charge du patient en crise suicidaire	72
1. Coopération médecins généralistes/psychiatres	72
2. Structures et aides disponibles	73
3. Prise en charge d'un patient en ambulatoire	73
4. Demande d'une aide complémentaire.....	77
IV. Comparaison par rapport à l'objectif secondaire	85

Discussion	92
I. L'étude	94
A. Les points forts.....	94
B. Les limites.....	94
II. Une disparité dans la démographie médicale	95
III. Une évaluation du risque suicidaire qui suit le « RUD »	96
A. Les facteurs de risque.....	96
B. Les facteurs d'urgence.....	97
IV. Certains facteurs moins recherchés	98
A. Des moyens létaux indispensables à rechercher.....	98
B. Les facteurs protecteurs.....	99
C. La perte parentale précoce.....	99
V. Des praticiens en difficulté	100
A. Un problème récurrent en médecine générale: le temps de consultation	100
B. Des médecins généralistes en demande d'aide.....	101
1. Des échelles d'évaluation non adaptées.....	101
2. La prescription de psychotropes doit-elle être systématique ?.....	102
3. Un avis spécialisé systématique.....	103
4. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire.....	103
VI. Vers une meilleure prévention du suicide	104
A. Un secteur avec une bonne coopération.....	105
1. Le lien médecin généraliste/psychiatre : une particularité Française .	105
2. Comment améliorer la coordination Généralistes/Psychiatres.....	106
3. Prise en charge Psychologique.....	107
4. Le rôle de l'infirmière de psychiatrie de liaison.....	108
B. Qu'en est-il du processus de relance ?.....	108
C. Importance de l'entourage.....	109
D. Des médecins en demande de perfectionnement.....	110
1. Une formation médicale continue.....	110
2. Un Outil décisionnel pour aider les médecins : l'importance de la prévention.....	112
Conclusion	114
Références bibliographiques	116
Annexes	125
Annexe 1 : Courrier d'accompagnement du questionnaire.....	125
Annexe 2 : Questionnaire adressé aux Médecins Généralistes.....	126
Annexe 3 : Plaquette d'information proposée aux médecins : Recto.....	131
Annexe 4 : Plaquette d'information proposée aux médecins : Verso.....	132

RESUME

Contexte : Le suicide est une cause de mortalité importante en France et dans le Nord-Pas-de-Calais. Les médecins généralistes (MG) du secteur psychiatrique du Ternois (G08 62) sont en première ligne.

Objectifs : Etudier la manière dont les médecins généralistes évaluent et prennent en charge les patients en crise suicidaire dans un secteur fortement touché par ce type de mortalité. L'objectif secondaire est de proposer un outil validé pour faciliter leur pratique.

Méthode : Etude descriptive transversale analysant de façon anonyme la manière dont les médecins généralistes évaluent et prennent en charge les patients en crise suicidaire. Etude sous forme d'un questionnaire envoyé par voie postale accompagné de son enveloppe pré-timbrée aux médecins généralistes correspondant avec le secteur psychiatrique du Ternois (n=76).

Résultats : Notre étude, avec un taux de retour de 60,5%, a montré que les médecins généralistes du secteur du Ternois ont tous été confrontés à un patient en crise suicidaire (100%). Face à la mort d'un patient par suicide, la majorité des praticiens éprouvent alors un sentiment d'impuissance mêlé à la tristesse. Le manque de temps lié à la surcharge de travail amplifie ce ressenti. Les MG suivent globalement l'évaluation du « R-U-D », avec quelques minorités (les moyens létaux à disposition, les facteurs protecteurs, la perte parentale précoce). La coopération étroite entre MG et psychiatres, aboutit dans la majorité des cas à la demande d'une aide spécialisée. La prise en charge par les MG englobe majoritairement l'association anxiolytiques/antidépresseurs, la psychothérapie, les rendez-vous répétés, ainsi que la participation de l'entourage. Le processus de relance est peu utilisé.

Conclusion : Avec des MG en demande de perfectionnement sur la question du suicide (Formation médicale continue), la plaquette d'information permettra une prévention en sensibilisant les médecins du Ternois et en permettant une meilleure coopération avec les psychiatres.

INTRODUCTION

« *L'obsession du suicide hante plus de gens qu'on ne croit...* »

Louis Malle artiste, cinéaste (1932-1995)

Cause de décès évitable, le suicide a suscité un vif intérêt au travers des époques. La médecine, la littérature, la presse ; nombre d'écrits se succèdent devant cette pathologie qui fascine et effraie encore de nos jours.

Au même titre que toutes les maladies graves, la pathologie suicidaire est responsable d'une mortalité importante ; elle touche tous les âges, toutes les catégories sociales. Elle traumatise les proches qui restent souvent dans l'incompréhension d'un geste qui paraissait être la seule solution au mal-être du patient.

Avec le chiffre effrayant d'un suicide toutes les 40 secondes, l'organisation mondiale de la santé (OMS) fait, des conduites suicidaires, l'une de ses priorités de santé publique.

La France est classée parmi les pays occidentaux les plus touchés par le phénomène suicidaire et le Nord-Pas-de-Calais fait partie des régions dont l'indice de mortalité est le plus élevé.

Avec un nombre de professionnels de santé libéraux en nette diminution ces dernières années, le médecin généraliste est au cœur de l'évaluation et de la prise en charge du patient suicidaire. Avec porte ouverte sur la rue, il peut être confronté à un patient suicidaire. Processus complexe et subjectif, la crise suicidaire met en difficulté le praticien qui dispose de peu d'aide pour une évaluation optimale.

Le secteur Psychiatrique du Ternois, désertifié médicalement, est fortement touché par la mortalité suicidaire avec un taux supérieur à la moyenne nationale et régionale.

Nous avons réfléchi à la façon d'améliorer la pratique du médecin généraliste dans un secteur en surmortalité par suicide.

A cet effet, il convient d'étudier la manière d'évaluer et de prendre en charge le patient ; l'objectif étant de constater :

-si les médecins utilisent les recommandations de la Conférence de Consensus.

-quels types de moyens humains et/ou matériels les praticiens utilisent pour leur prise en charge.

Après une première partie « revue de la littérature », nous exposerons les résultats de l'étude réalisée auprès des médecins généralistes du secteur du Ternois. (62G08)

Ce travail de recherche est à but multiple. Le questionnaire envoyé aux praticiens permet d'évaluer leurs pratiques mais il a également un versant préventif puisqu'il permet de sensibiliser les professionnels de santé.

Dans les suites de ce travail, un outil leur sera proposé afin de faciliter leur pratique. Il se base sur les dernières recommandations. La forme est une plaquette d'information. Un spécimen est proposé dans cette thèse.

Le suicide, c'est mettre volontairement fin à sa vie devant une condition inacceptable. Si on arrive à rendre la situation acceptable, on peut éviter le geste suicidaire...

Première Partie : Revue de la littérature

I. Revue de la littérature

A. Définitions

L'atteinte du soi par le soi, nous pouvons prendre la définition du suicide qui fut donnée par Emile Durkheim en 1897 :

« *On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat.* »(1)

Le suicide ou le geste suicidaire est considéré comme un symptôme dans les classifications internationales des maladies mentales : La CIM (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement) et le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Il est ainsi intégré dans un ensemble de pathologies mentales.(2)

En France, le terme suicide fut employé pour la première fois **en 1737 par l'Abbé Desfontaines** dans les *Observations sur les écrits modernes* et figura dans le dictionnaire de l'Académie de 1762.

La littérature médicale regorge de termes pour parler de suicide. Ces définitions sont multiples et font l'objet de recherches en suicidologie. Il convient de spécifier ces différentes entités cliniques (3) :

- **Le suicide** : (du latin sui caedere, se tuer soi-même)

C'est « l'action de se donner volontairement la mort ». Le suicide implique qu'il y ait décès provoqué par la victime elle-même. C'est un acte volontaire. Dans la littérature on appelait cela autrefois vulgairement le « suicide réussi ». Il peut survenir:

- dans un désir conscient de mort.
- sans désir de mort, (appel à l'aide par exemple) la victime sous-estimant son geste ou le moyen létal choisi. La mort n'étant qu'une éventualité, la personne tente de trouver des solutions à sa souffrance.

- **La tentative de suicide :**

Terme utilisé pour décrire les gestes intentionnels d'une personne pour mettre fin à sa vie. Le patient est dit « suicidant ». C'est un acte non fatal, dans l'espoir de trouver la mort.

Une étude multicentrique, en 1992 en Europe, retient le terme de « parasuicide » ou « deliberate self harm, DSH » des anglo-saxons. Dans le parasuicide, la victime n'est, à priori, pas motivée par un désir de mort, mais par une sorte d'appel à l'aide sous-tendu par une souffrance psychique.

- **Les idées suicidaires :**

Ils correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. On appelle cela « patient suicidaire ».

- **La crise suicidaire :**

C'est est une période où le patient présente un risque suicidaire élevé. Le patient pense être dans une impasse, il est envahi par des idées suicidaires. La seule issue pour lui est le suicide.

- **Les équivalents suicidaires:**

Ce sont des comportements à risque qui témoignent d'un désir inconscient de mort. Pour autant, il n'y a pas d'intention directement formulée.

On peut citer :

- les automutilations.
- les alcoolisations massives, les addictions.
- les conduites sexuelles à risque.(4)

Ce n'est pas une volonté de mourir, cela correspond à l'expression d'une souffrance.

B. Historique et psychopathologie du suicide

Pour une meilleure compréhension du suicide, un rappel de psychopathologie était nécessaire. Celui-ci est volontairement résumé.(2)

1. Historique

Le suicide a d'abord été condamné par l'Eglise (au cinquième siècle et douzième siècle), puis par la Justice.

C'est à partir du XIXème siècle que les médecins, notamment psychiatres, prennent en compte la notion de suicide. C'est le début de *la doctrine psychiatrique*, qui dit que « les suicidés sont des aliénés ». La plupart des psychiatres adhèrent à cette doctrine pendant longtemps.(5)

✓ Emile Durkheim et la doctrine sociologique

En 1897, Emile Durkheim élabore *une doctrine sociologique* du suicide. Il établit en effet, une relation entre le nombre de suicides et les facteurs sociaux.

Il a décrit trois types de suicides :

- le **suicide égoïste** en rapport avec un sujet qui ne s'intègre pas d'un point de vue social, avec un excès d'individuation.
- le **suicide altruiste**, lié à un excès d'emprise d'un groupe.
- le **suicide anémique**, correspondant à une désorganisation de la société.(5)

Il faut attendre le XXème siècle pour que les deux doctrines (psychiatrique et sociologique) soient synthétisées et pour considérer que le comportement suicidaire doit être pris en compte de manière individuelle, avec une interrelation entre des facteurs psychologiques et sociaux. C'est la doctrine psychologique du suicide.

2. Psychopathologie

✓ La théorie psychanalytique

Il existe peu d'études psychanalytiques portant sur le suicide. Freud aborde cette notion dans *Deuil et Mélancolie*, en 1917 : « le suicide manifeste l'agressivité primitivement dirigée contre l'objet d'amour perdu et secondairement dirigée contre soi. »(6)

Pour Menninger, on distingue trois éléments dans la théorie psychanalytique du suicide :

- le **désir de mort**. Désir oral passif, qui renvoie à l'envie infantile de retourner au sein maternel.

- le **désir de tuer** : L'intention suicidaire peut être le résultat d'un retournement sur soi d'une impulsivité initialement contre autrui.

- le **désir d'être tué**. Cela fait intervenir la notion de suicide vécu comme un châtiment à s'infliger à soi-même.(7)

✓ La théorie cognitiviste

Pour Beck, le suicide est lié à une conceptualisation de la situation présente comme intenable et désespérée. Le patient pense qu'il ne peut pas trouver de solutions à ses problèmes. Le suicide est la seule solution. La thèse de Beck permet de dégager deux notions :

- celle du désespoir comme facteur précipitant.

- un trouble de « la pensée » peut jouer un rôle dans le comportement suicidaire.(7)

✓ Le syndrome présuicidaire

Nous allons exposer le modèle présuicidaire proposé par Ringel en 1958 qui définit l'état d'esprit du sujet avant le passage à l'acte.(8)

Le syndrome présuicidaire est composé d'une triade :

- une situation de constriction.
- une agressivité inexplicée.
- la production de mentalisations et fantasmes suicidaires.

• La constriction

Cela peut-être une situation réelle comme un deuil, un abandon, une maladie ou une situation subjective tel un symbole ou une production délirante.

• L'agressivité

Elle est bloquée, inhibée, définissant ainsi une auto-agressivité. Elle ne peut être externalisée en raison d'inhibition dépressive, de rigidité, d'une personnalité pathologique par exemple.

• Les fantasmes suicidaires

Ils correspondent à l'importance et la répétition des idées de mort. Cette situation peut arriver à chacun mais c'est, pour le sujet, la seule solution envisageable.

Ces trois éléments interagissent les uns avec les autres. Ce concept de syndrome présuicidaire est repérable indépendamment d'une pathologie psychiatrique.

Le syndrome présuicidaire permet d'aider, quant à la décision thérapeutique, en fonction de la composante de la triade : approche cognitivo-comportementale, analytique par exemple.

C. Données biologiques

Plus de **90% des sujets** qui décèdent par suicide présentent, au moment de leur geste un trouble psychiatrique (notamment un trouble de l'humeur), ou des évènements de vie négatifs. Mais chez ces sujets avec facteurs de risque avérés, tous n'auront pas de conduites suicidaires. Cela suppose l'existence de facteurs de vulnérabilité intrinsèques.(9)(10)

1. Facteurs génétiques

Des données suggèrent l'existence de facteurs génétiques de vulnérabilité pour les comportements suicidaires(11), indépendamment des autres facteurs de risque.(9)

a) Etudes familiales

Chez les apparentés de premier degré de sujets qui ont réalisé un geste auto-agressif, les études montrent une augmentation significative du risque de passage à l'acte suicidaire par rapport à des sujets n'ayant pas réalisé ce geste. **Ce risque est de l'ordre de 2,86.**(2)(12)(13)

Une étude sur une communauté facile à suivre, les Amish de Pennsylvanie, a montré l'implication d'un facteur génétique spécifique des conduites suicidaires indépendant d'un trouble de l'humeur : des cas de suicide étaient présents dans quatre lignées familiales caractérisées par une forte incidence de troubles thymiques. Parallèlement, dans d'autres familles présentant une incidence équivalente de ces mêmes troubles, aucun suicide n'était constaté .(13)(14)

b) Etude des jumeaux

Des études comparent les « vrais » jumeaux (homozygotes) ayant le même capital génétique, aux « faux » jumeaux (dizygotes) avec 50% de similitudes génétiques. Une méta analyse datant de 2007, montre un taux de concordance des

suicides et tentatives de suicide plus élevés chez les vrais jumeaux homozygotes que chez les faux jumeaux.(2)(15)

c) Etudes d'adoption

Elles comparent, chez un sujet victime d'une pathologie suicidaire, l'incidence de ce trouble à la fois dans les familles adoptives et les familles biologiques. On peut ainsi séparer la part environnementale et génétique.(2)

Les études concluent à un taux de suicide plus important dans les familles biologiques d'adoptés décédés de suicide que dans les familles biologiques adoptives de sujets sains.(11)(17)(18)

d) Gène SERT

Le gène du transporteur de la sérotonine SERT a également été étudié.(19) Une méta analyse suppose une association entre le gène SERT et les tentatives de suicide violentes.(4)(20)

Il existe deux allèles qui jouent un rôle dans la régulation de la sérotonine : un allèle court et une forme longue. Plusieurs études récentes montrent une interaction entre cet allèle court et l'existence d'évènements de vie défavorables dans l'enfance et la capacité à développer des syndromes dépressifs dans les années qui suivent.(21)

La vulnérabilité intrinsèque familiale et génétique est valable à la fois pour le suicide et la tentative de suicide.(18)

Cela permet de conclure à l'hypothèse d'un facteur de prédisposition génétique à la fragilité suicidaire.(2)

2. Facteurs neurobiologiques

Il semble en effet exister, indépendamment des pathologies psychiatriques, **des facteurs de prédisposition au suicide.**

Le modèle proposé par le Docteur Van Heeringen en 2003, stipule l'interaction de trois systèmes neurobiologiques :

- Une dysfonction de la sérotonine.
- Une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire.
- Une hyperactivité du système noradrénergique.(22)

a) Les neurotransmetteurs

✓ La sérotonine

Le système sérotoninergique a différents rôles au sein du système nerveux central :

- physiologique : veille/sommeil, activité mnésique, perception de la douleur, comportement alimentaire, comportement sexuel, thermorégulation, vomissement.
- régulation de l'affectivité : réponse émotionnelle, états d'anxiété, états dépressifs.
- agressivité et état d'hallucinations.(23)

Chez l'homme, le dosage de la sérotonine peut s'effectuer dans différents fluides biologiques : liquide céphalorachidien (LCR), plasma et urines.

Marie Asberg, Psychiatre, a évoqué, à partir de ses travaux (fin des années soixante-dix) sur les métabolites de la sérotonine chez des patients souffrant de troubles de l'humeur, une implication de la sérotonine dans les comportements suicidaires.(2)(24)

On met en évidence une association entre les comportements suicidaires et un hypofonctionnement du système sérotoninergique (Le dysfonctionnement sérotoninergique a été initialement mis en cause dans la physiopathologie de la dépression unipolaire).

Ces études ont été faites à partir de cerveaux de sujets décédés de suicide et permettent d'observer :

- un taux bas de sérotonine et de l'acide 5-hydroxyindole acétique (5-HIAA) au niveau du tronc cérébral dans le cerveau des suicidés.
- un taux bas de 5-HIAA dans le liquide céphalo-rachidien des suicidants (surtout lors de tentatives de suicide par procédés violents)
- une répétition du comportement suicidaire chez les sujets présentant des concentrations basses de 5-HIAA dans le LCR. (9)(2)

Les taux bas de 5-HIAA pourraient constituer un trait biochimique et permettre ainsi la prédiction de futurs suicides ou tentatives de suicide.

Cette baisse de la fonction sérotoninergique chez les suicidants a été confirmée par l'exploration de la densité des récepteurs sérotoninergiques 5HT1A et 5HT2A avec des variations inégales selon les régions cérébrales :

- on retrouve une augmentation de densité au niveau du cortex ventral préfrontal pour les récepteurs post synaptiques s'expliquant par une « up régulation compensatrice ».
- on constate une diminution des afférences sérotoninergiques présynaptiques.
- Une diminution du nombre de récepteurs 5HT1A a été observée dans l'hippocampe

Si la voie sérotoninergique est l'objet des plus grandes investigations, il faut garder à l'esprit qu'il existe en fait une interaction entre les différents neuromédiateurs.

b) Facteurs endocriniens

Les axes corticotrope et thyroïdien sont les deux axes les plus étudiés notamment dans le syndrome dépressif. Peu d'informations directes sont disponibles sur le comportement suicidaire. Dans les premières années de la recherche

psychiatrique biologique, une hypersécrétion de cortisol a été invoquée comme marqueur de comportement suicidaire. Cela n'a ensuite pas été confirmé.(2)

Des résultats sur les cerveaux de patients morts par suicide ont récemment infirmés l'hypothèse qu'une hypersécrétion de CRH (corticotrophin releasing hormone) dans le cerveau ou le LCR était retrouvée systématiquement chez ces patients.

Des études réalisés chez les déprimés suicidants ou non ont permis de confronter la réactivité corticotrope et sérotoninergique. Les conclusions montrent qu'il existe des anomalies de l'axe corticotrope chez les déprimés mais sans rapport avec des anomalies de la sérotonine qui sont bien retrouvées chez les suicidants.(25)

c) Le cholestérol

Plusieurs études ont révélé un taux bas de cholestérol dans les comportements suicidaires. L'examen du cerveau des sujets décédés (par suicide ou comportement violent) montre une diminution du taux de cholestérol au niveau du cortex frontal.(26)

Au total, plusieurs indices biochimiques du système sérotoninergique révèlent qu'un dysfonctionnement de ce système est impliqué dans la physiopathologie des conduites suicidaires, et ce, indépendamment du type de trouble psychiatrique dont souffrent les sujets (dépression, schizophrénie, troubles de la personnalité).(27)

II. La morbidité et la mortalité suicidaire

Provenant de l'exploitation des certificats médicaux établis par les médecins constatant le décès, ces chiffres sont probablement sous-estimés de 20% environ.

(2)

A. Epidémiologie du suicide

Cause de décès prématuré et évitable, le suicide reste une priorité de santé publique pour l'organisation mondiale de la santé.

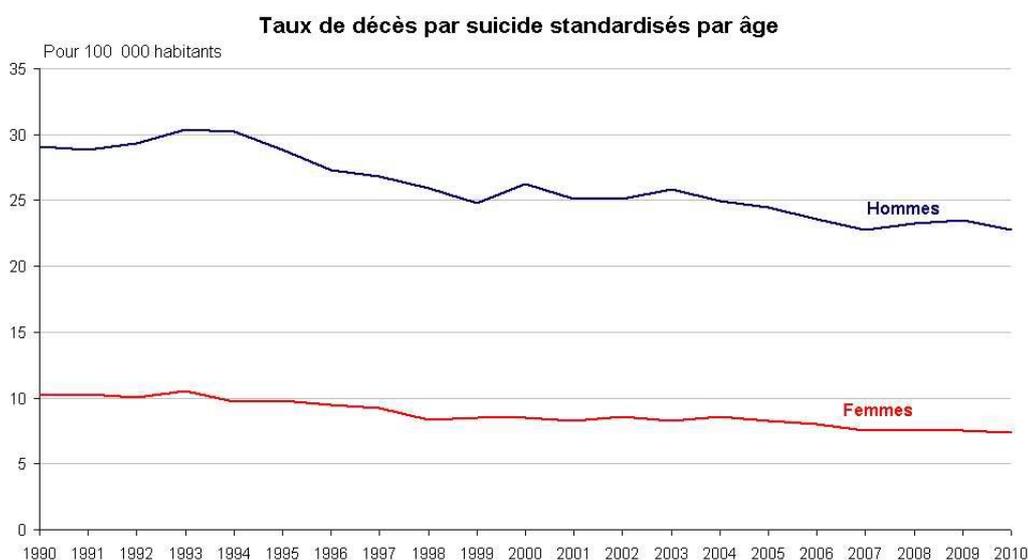
On recense un million de morts par an dans le monde. Toutes causes confondues, le suicide se place au dixième rang mondial.(28)

1. Situation en France

La mortalité suicidaire a été marquée par une importante fluctuation ces trente dernières années. L'incidence du phénomène est relativement stable jusqu'en 1975, puis une augmentation de plus de 40% est observée de 1975 à 1985.(29)

Après une diminution entre 1993 et 1999, le nombre de décès par suicide reste stable depuis les années 2000, autour de 10 500 par an.(30) En France, un décès sur 50 est un suicide.(31)

Figure 1 : Evolution du taux de décès par suicide depuis 1990



Champ: France métropolitaine. Note: Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge (selon population d'Eurostat, IARC 1976)
Source : INSERM - CépiDc

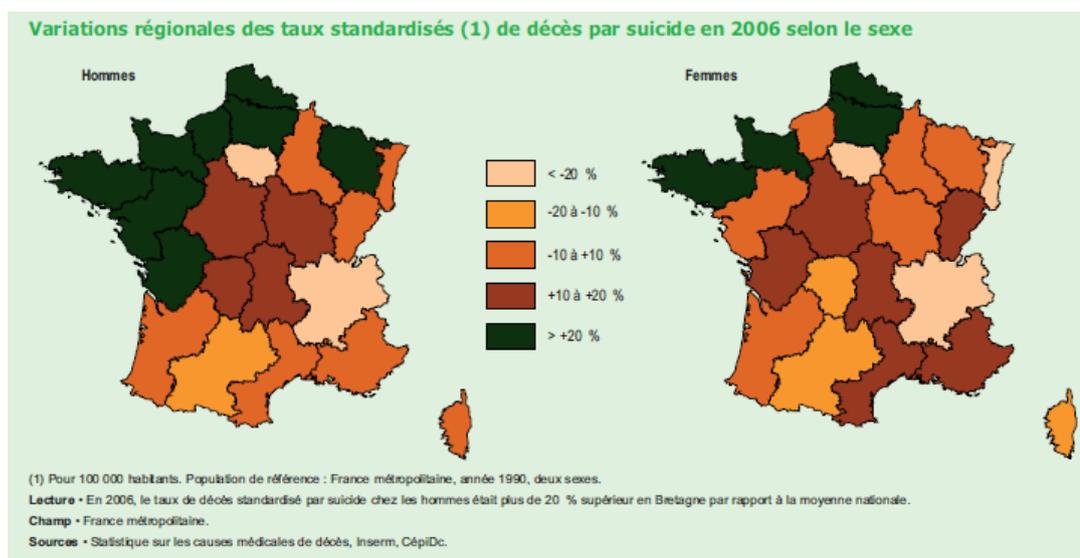
Placée au dixième rang européen en terme de mortalité, la France est un des pays industrialisés le plus touché par le suicide ; il constitue la première cause de mortalité chez les 35-44 ans et la deuxième cause chez les 15-24 ans.(32)

Le suicide représente 2% de la mortalité générale.

Des variations selon les régions

D'importantes différences sont observées selon les régions en France. Ce sont les régions du quart nord-ouest, du Nord et du centre de la France qui ont un taux de suicide supérieur au taux national.

Figure 2 : Cartographie montrant les taux de décès par suicide en fonction des régions et du sexe



Source : « La mortalité par suicide en France en 2006 », numéro 702/ DREES. 2009

✓ Situation par rapport aux voisins Européens

La France est l'un des pays de l'Ouest de l'Europe à forte mortalité par suicide. En 2008, le taux standardisé de mortalité est de 16,6 pour 100 000 habitants. Ce taux est moins élevé dans les autres pays européens, avec une moyenne de 11,7 pour 100 000 habitants.

La France occupe le septième rang pour les hommes et le cinquième pour les femmes.

2. Particularités dans le Nord-Pas-de-Calais

a) Situation régionale et départementale

Placée au **quatrième rang de mortalité par suicide**, la région Nord-Pas-de-Calais fait partie des régions françaises dont le taux de suicide est le plus important.

En moyenne annuelle entre 2000 et 2009, 850 sujets sont morts par suicide dans la région.

La région est touchée par une surmortalité régionale, surtout dans le Pas-de-Calais.

Au niveau départemental, l'indice comparatif de mortalité (ICM) dans le Pas-de-Calais est à 145 (p [chi2] à 0 ; significativité inférieure à 0,001).

L'indice est plus faible dans le Nord (120 (p [chi2] à 0 ; significativité inférieure à 0,001)).

Au niveau régional, l'ICM est à 129 (p [chi2] à 0 ; significativité inférieure à 0,001).

Tableau 1 : Tableau récapitulatif du nombre de suicides annuels dans la région Nord-Pas-de-Calais

Départements	Nombre de suicides (moyenne annuelle 2000-2009)	ICM 2000-2009 (France=100)	p (chi2)	Significativité
Nord	499	120	0	***
Pas-de-Calais	352	145	0	***
Région	850	129	0	***
Source : Inserm, CépiDc, 2000-2009				
Significativité : *** < 0,001, ** < 0,01, * < 0,05, NS : non significatif				

Une baisse de la mortalité par suicide a été relevée entre 2002 et 2007 mais une hausse de près de 7% a eu lieu en 2008.

La région ne semble pas rattraper son retard avec une surmortalité estimée à 35% chez les hommes et 20% chez les femmes.

Les suicides sont à l'origine de 1,9% des décès en France métropolitaine (cf plus haut) ; **Ce chiffre atteint les 2,3% dans le Nord-Pas-de-Calais.**

En ce qui concerne l'âge, les données sont superposables à celles du territoire métropolitain, soit une augmentation du taux de suicide de 15-24 ans à 45-54 ans.

Toujours inférieurs à ceux des hommes, ces taux évoluent chez les femmes de 3 à 19 décès pour 100 000 entre 15 et 54 ans pour connaître une légère baisse mais régulière jusqu'à 85-94 ans.

Concernant les modalités de suicide, les différences homme/femme sont sensibles, la pendaison étant le moyen employé par près de deux tiers des hommes contre un tiers des femmes, ces dernières privilégiant l'intoxication volontaire dans 30% des cas contre 10% chez l'homme.

L'estimation quotidienne des TS dans la région Nord - Pas-de-Calais est comprise entre trente et cinquante.

Ces gestes sont plus fréquents entre 18 et 23 ans (11,6%), et entre 37 et 57 ans (11,8%).

La tentative de suicide est plus rare aux âges plus élevés (7,1% entre 58 et 70 ans et plus).(32)

b) Proportion de troubles psychiatriques

On remarque, par comparaison à la proportion Française, un pourcentage plus élevé de troubles de l'humeur et de risque suicidaire moyen/élevé dans notre région.

Les syndromes d'allure psychotique y sont moins représentés.

Tableau 2 : Comparaison des taux de troubles psychiatriques entre la France et la région Nord-Pas-de-Calais

	REGION	FRANCE
Troubles de l'humeur	16,1%	13,6%
Troubles anxieux	24,7%	21,6%
Syndrome d'allure psychotique	2,3%	2,7%
Risque suicidaire moyen ou élevé	4,6%	3,8%

Source : Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord -Pas-de-Calais avril 2010.

B. Epidémiologie de la tentative de suicide

Elle est plus difficile à quantifier que le suicide ; Il n'existe pas de statistiques officielles. Les chiffres disponibles ne prennent pas en compte les TS non hospitalisées et non déclarées.(33)

On estime qu'il y a 200 000 tentatives par an en France, soit une toutes les 4 minutes et 15 à 20 tentatives pour un suicide accompli.(32)

Réalisée entre 1999 et 2003 par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) révèle que 9% des femmes et 6% des hommes de plus de 18 ans demeurant en France métropolitaine déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie.(34)

Dans la région Nord - Pas-de-Calais (qui compte un peu plus de 4 millions d'habitants), le nombre de TS annuel est estimé à 400 pour 100 000 habitants, contre environ 300 en moyenne nationale.(35) Et on estime dans notre région, entre 30 et 50 TS par jours.

Le facteur de risque le plus important dans la survenue à la fois des pensées suicidaires et des TS est le fait d'avoir subi des violences (sexuelles mais aussi non sexuelles). Les autres facteurs associés aux pensées suicidaires et/ou aux TS sont le fait de vivre seul, la situation de chômage, un faible niveau de revenu et la consommation de tabac. Quelques facteurs de risques sont spécifiques au sexe ; c'est le cas d'une consommation d'alcool à risque chronique chez les femmes.

Il existe donc une corrélation entre les antécédents de TS et des facteurs de protection ou de vulnérabilité socio-économiques, culturels et psychopathologiques.(36)

En 2010, sur une période rétrospective de 12 mois, 3,9% des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées déclaraient avoir eu des pensées suicidaires et 0,5% avoir fait une tentative de suicide (TS).

L'étude ESEMED Europe est une enquête menée en Europe (Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne) entre 2001 et 2003. Elle montre que la prévalence des idées suicidaires sur la vie entière est de 7,8% et celle des tentatives de suicide de 1,3%. La France fait partie des pays européens avec le plus haut taux de tentative de suicide et d'idées suicidaires.(37)

On constate également que les personnes séparées, les sujets vivant seuls, les migrants et les sujets dont les revenus sont les plus modestes représentent des populations dont les taux de TS sont plus élevés

C. Données disponibles pour le secteur du Ternois

Les secteurs de psychiatrie adulte dans le Nord - Pas-de-Calais

ÉTABLISSEMENTS DE RATTACHEMENT :	
NORD	PAS-DE-CALAIS
<ul style="list-style-type: none"> EPSM des Flandres (Bailléul) EPSM Lille-Métropole (Armentières) EPSM de l'Agglomération lilloise (Saint-André-lez-Lille) CHRU de Lille CH de Somain CH de Douai 	<ul style="list-style-type: none"> CH de Saint-Amand-les-Eaux CH de Valenciennes CH de Denain CH de Cambrai CH de Sambre-Avesnois (Maubeuge) CH de Fourmies
	<ul style="list-style-type: none"> EPSM Val de Lys-Artois (Saint-Venant) CH de Calais CH de Boulogne-sur-Mer CH de Bapaume CH d'Hémin-Beaumont CH d'Arras

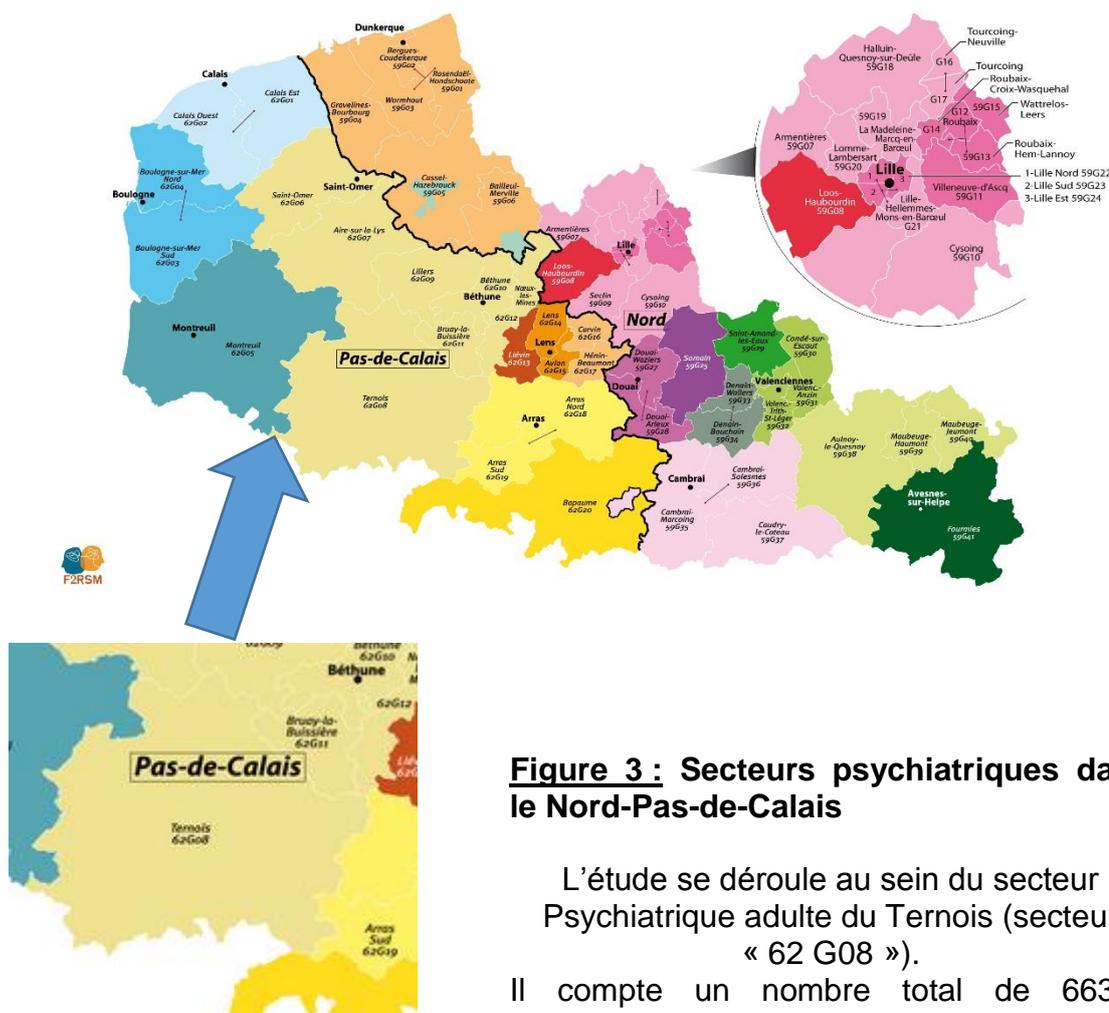


Figure 3 : Secteurs psychiatriques dans le Nord-Pas-de-Calais

L'étude se déroule au sein du secteur Psychiatrique adulte du Ternois (secteur « 62 G08 »).

Il compte un nombre total de 66359

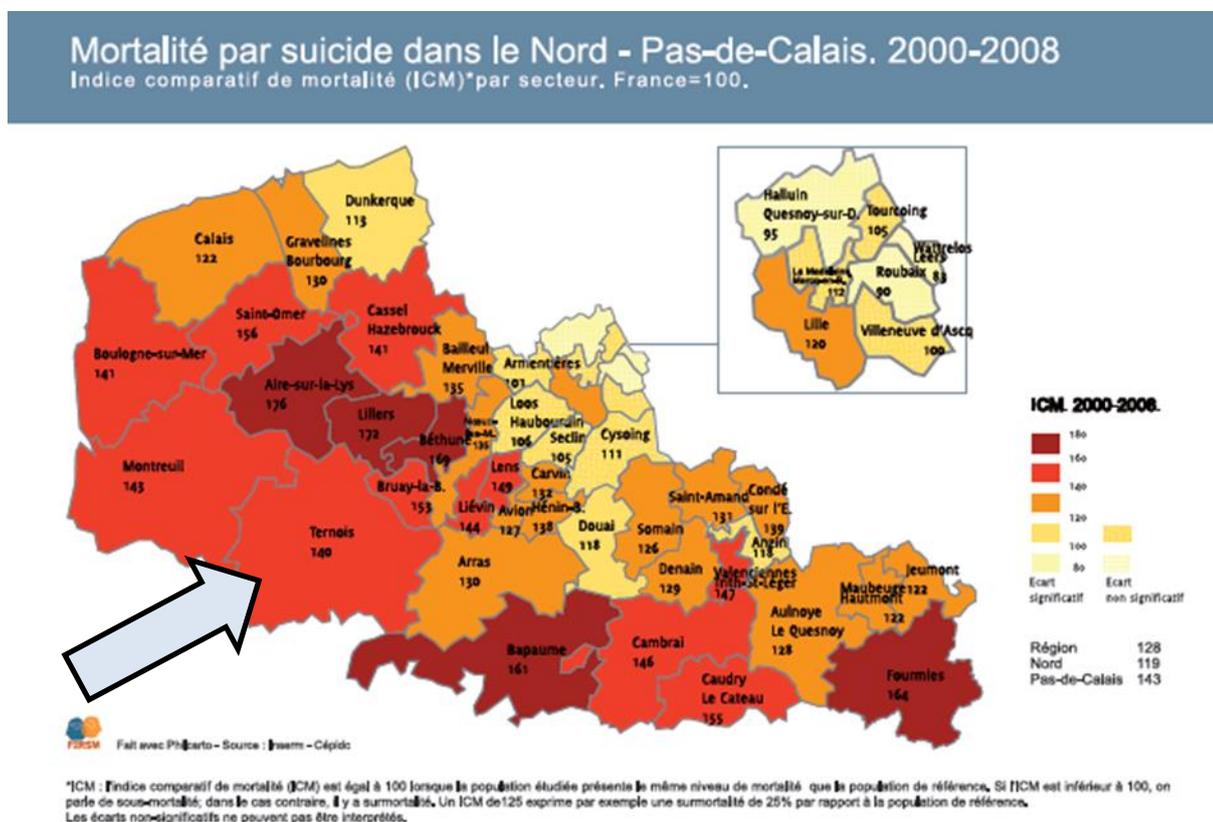
1. Mortalité par suicide

Il existe une surmortalité par suicide par comparaison à la population française.

Le nombre de suicides en moyenne annuelle entre 2000 et 2009 est de 17. Soit un indice comparatif de mortalité (ICM) de 143 (p [chi2] à 0 ; significativité inférieure à 0,001). (12)

NB : L'ICM de référence est égal à 100, ici la France métropolitaine.

Figure 4 : Cartographie montrant la mortalité par suicide dans le Nord-Pas-de-Calais par secteurs psychiatriques



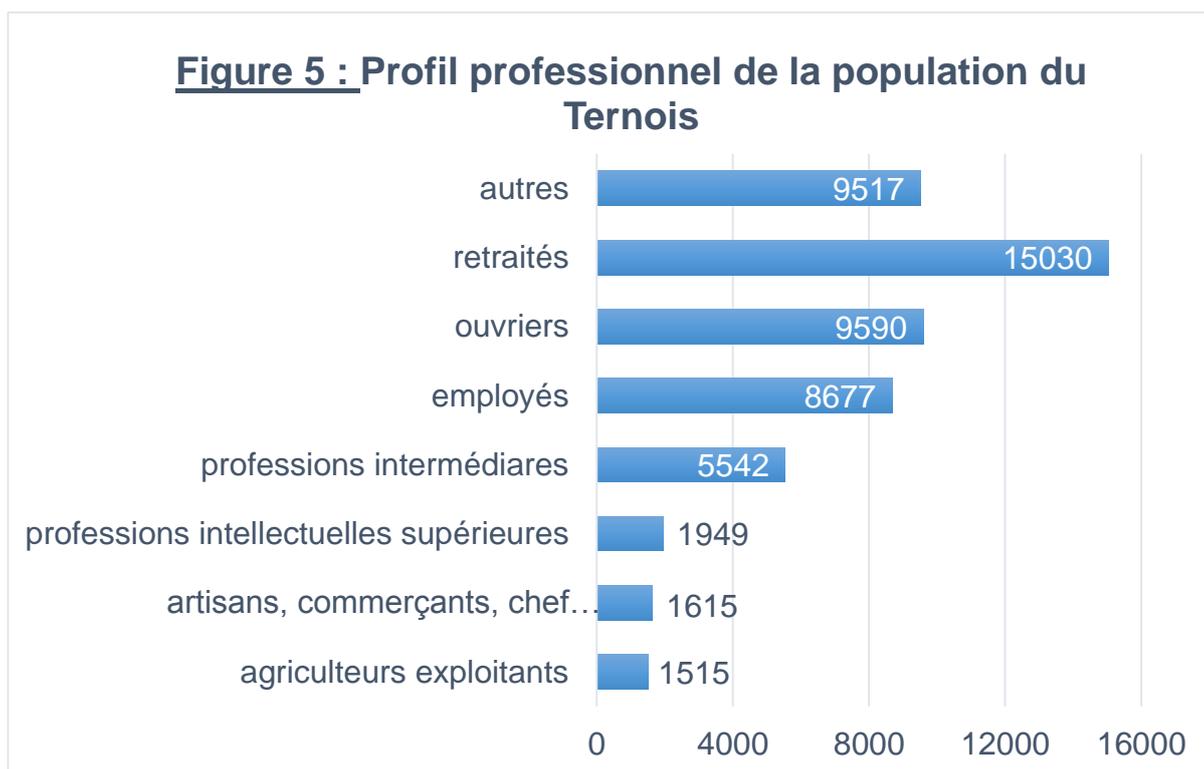
Cette carte indique que le secteur psychiatrique du Ternois fait partie de ceux dont l'ICM est un des plus élevés. **Les derniers chiffres stipulent que L'ICM dans le secteur du Ternois s'élèverait à 162,2 soit le quatrième rang sur quarante-six.**

2. Profil professionnel et catégorie sociale

Le secteur compte une population de 53435 personnes de 15 ans ou plus qui ont un potentiel professionnel. Parmi eux, 8717 soit 16,30 % sont non scolarisés et non diplômés.

Il existe une proportion importante d'ouvriers et d'agriculteurs par comparaison à la moyenne régionale.

Il existe 16814 agriculteurs dans la région Nord-Pas-de-Calais et 8735 dans le Pas-de-Calais



Les agriculteurs représentent 2,8% de la population du Ternois. Malgré ce faible pourcentage, 17% des agriculteurs du Pas-de-Calais sont présents dans le secteur du Ternois.

Le Ternois a une population avec un indice de vieillissement plus élevé que la moyenne régionale. La catégorie des retraités est majoritaire.

Le pays du Ternois montre un taux de chômage de 12,7 %.

Il existe une densité médicale globale faible et une pénurie de psychiatres libéraux (un seul dont l'activité libérale est à mi-temps) mais avec un taux de recours aux soins de ville élevé.

3. Consommation de médicaments psychotropes

La population du secteur du Ternois est une consommatrice importante de médicaments psychotropes. Cela sous-entend que, sur le plan médical, un nombre non négligeable de patients souffre de pathologies mentales, telles que la dépression ou la psychose, avec risque de suicide.

Tableau 3 : Proportion de patients ayant recours aux psychotropes dans le secteur du Ternois

patients ayant un recours intensif aux	Taux standardisé pour 10000	Rang sur 46	Minimum	Médiane	Max
Médicaments psychotropes	706	2	529	655	721
Benzodiazépines	451	2	324	414	462
Antidépresseurs	361	2	272	338	368
Antipsychotiques	83	3	70	80	84

Source : Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord -Pas-de-Calais avril 2010

Avec une population vieillissante, une précarité sociale non négligeable, le secteur du Ternois est à fort risque de conduites suicidaires. Avec un faible taux de recours aux soins hospitaliers en dépit d'un état de santé dégradé et un recours aux soins de ville privilégié, le médecin généraliste est au cœur du circuit du patient suicidaire.

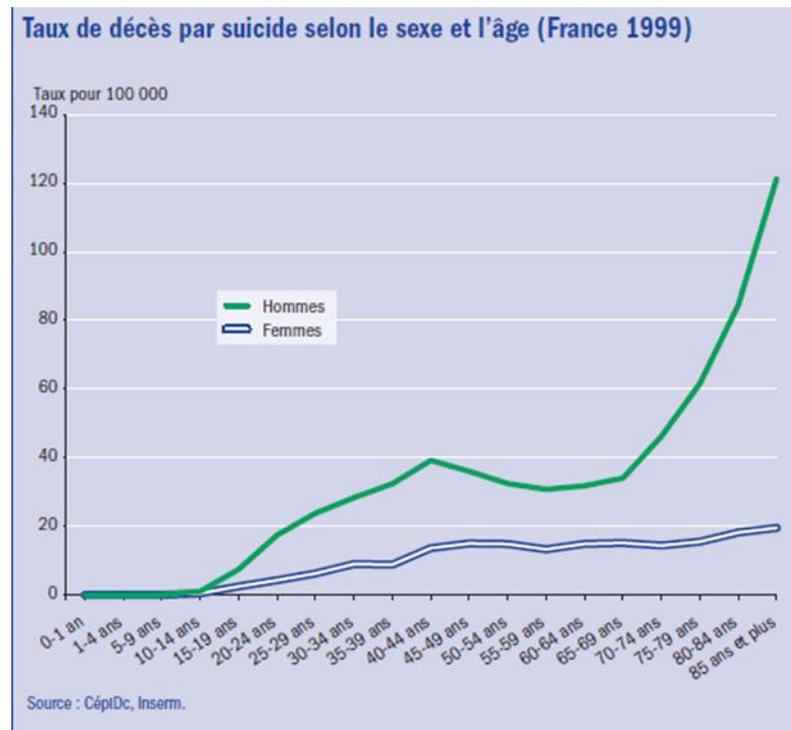
III. Qui ? Quand ? Comment ?

A. Le suicidé

1. Selon l'âge et le sexe

En France, le suicide représente, en 2008, 1,9 % des décès : plus élevé chez les hommes (2,8%) que chez les femmes (1,1%).(33)

Le suicide est un risque croissant avec l'âge, avec une importance relative maximale vers 30 ans : c'est la première cause de décès à cet âge (20% des décès masculins et 15% des décès féminins) alors qu'aux âges très avancés le suicide représente 1% des décès. Même si le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans est faible dans l'ensemble des suicides, c'est dans cette tranche d'âge que le taux est le plus important. (31)

Figure 6 : Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe

Pour les femmes, quels que soient les pays Européens, les taux de décès sont plus bas que pour les hommes. Ainsi, le taux de suicide des Françaises place la France au deuxième rang européen.

Pour les hommes, en 2005, la France présente le taux de décès le plus élevé (24,5 pour 100 000).(38)

2. Selon la catégorie socio-professionnelle

D'un point de vue social, ce sont les personnes divorcées et les veufs qui ont des taux de suicide significativement plus élevés (deux fois plus).

Les personnes mariées ont le taux le plus faible (25 % inférieur à la moyenne).

Pour les femmes non mariées et les hommes célibataires, le risque relatif de suicide est de l'ordre de 2.

Chez les hommes divorcés, le risque relatif est de 3, et chez les hommes veufs le risque est de 5.

D'un point de vue professionnel, les catégories sociales les plus aisées ont le taux de suicide le plus faible.(29)

Tableau 4 : Taux de mortalité par suicide des sujets de 25 ans selon le sexe et le statut matrimonial.

Mortalité par suicide des 25 ans ou plus selon le sexe et le statut matrimonial en 2006

	Deux sexes		Hommes		Femmes		Ratio H/F (2)
	Nombre de décès par suicide	Taux standardisé (1)	Nombre de décès par suicide	Taux standardisé (1)	Nombre de décès par suicide	Taux standardisé (1)	
Célibataires	2 905	34,0	2 281	52,3	624	15,4	3,4
Marîés (es)	4 295	17,4	3 231	25,4	1 064	8,4	3,0
Veufs (ves)	1 190	29,1	668	87,0	522	15,5	5,6
Divorcîés (es)	1 481	34,2	993	55,1	488	20,4	2,7
Total	9 871	22,6	7 173	35,8	2 698	11,6	3,1

(1) Pour 100 000 habitants. Population de référence : France métropolitaine, année 1990, deux sexes.
(2) Calculé sur les taux de décès.
Champ • France métropolitaine.
Sources • Statistique sur les causes médicales de décès, Insem, CépiDc.

SOURCE : drees études et résultats : la mortalité par suicide en France en 2006/ num 702/ 2009

3. Les modes de suicide

Ils sont différents selon **le sexe et l'âge** :

Pour **les hommes**, un suicide sur deux est une pendaison. (13)

Le deuxième mode de suicide est l'arme à feu, apanage des sujets plus âgés. Les intoxications volontaires sont moins fréquentes que chez les femmes, en proportion plus importante vers l'âge de 40 ans.

Pour **les femmes**, le mode par pendaison est moins représenté, un suicide sur trois, mais reste le moyen le plus utilisé. L'intoxication médicamenteuse est le deuxième mode de suicide, avec plus de cas vers l'âge de 50-60 ans.

Les précipitations (lieu élevé, ou sous un véhicule) et les noyades sont plus fréquentes chez les femmes surtout de plus de 60 ans. (30)(39)

Tableau 5 : pourcentage des moyens létaux utilisés en fonction du sexe.(13)

Moyens utilisés / sexe	Homme	Femme
Pendaison	43,8%	28,6%
Armes à feu	28,9%	6,1%
Intoxications	11%	27,2%
Noyade	5,1%	16,5%
Précipitation	3,8%	10,8%

SOURCE : T. Lemperière, A. Féline, J. Adès, P. Hardy, F. Rouillon. Psychiatrie de l'adulte. Masson.

Une étude de cohorte Européenne datant de 2008 a recensé les différentes méthodes de suicide dans plusieurs pays. Le mode le plus employé est la pendaison quel que soit le sexe.(40)

Tableau 6 : comparatif des moyens létaux utilisés en France et en Europe en fonction du sexe (tiré de l'étude Européenne 2008)

Année	Sexe	Pendaison (%)	Armes (%)	Intoxication Volontaire (%)	Noyade (%)	Précipitation (%)	Autres (%)
France (2002)	H	40,4	30	11,4	5,3	4,5	8
	F	27,7	7,3	24,8	16,9	11,6	12
Europe (2008)	H	54,3	9,7	8,6	-	7,8	19,6
	F	35,6	1,3	24,6	7,7	14,5	16,3

Source : « Le geste suicidaire », Caillard V. ; Chastang F. Edition Masson

Ces études ont un intérêt dans la prévention en fonction de l'accès aux moyens létaux.

En résumé, les modes de suicide chez les hommes sont plus violents et laissent moins de temps aux secours. Les femmes utilisent des modes moins létaux. Cela modifie en fait les statistiques de suicide par rapport au TS.

B. Le suicidant

Les sujets de 15 à 44 ans sont le plus touchés par la tentative de suicide.

Les taux les plus bas sont retrouvés chez les plus de 55 ans.

Les femmes sont plus souvent concernées par la tentative de suicide que les hommes avec un sex-ratio femme/homme de 1,5. (respectivement 9 % contre 6 % dans la tranche d'âge de 15 à 75 ans).

L'intoxication médicamenteuse volontaire est le moyen le plus utilisé chez la femme (80%) comme chez l'homme (64%).

La phlébotomie est plus fréquente chez les hommes (17%) que chez les femmes (9%).

D'un point de vue socio-professionnel, 20% des hommes et 12% des femmes sont au chômage.

C. Suicide et troubles psychiatriques

Le suicide est associé **dans 90% des cas à un trouble psychiatrique.**(9)(41)

Les pathologies les plus souvent représentées sont :

- Les troubles de l'humeur notamment de type unipolaire : syndrome dépressif. (60%)
- Les troubles psychotiques de type schizophrénie. (7%)
- Les conduites addictives : toxicomanie et dépendance à l'alcool. (35%)
- Les personnalités pathologiques de type Borderline et Psychopathique.
- Les troubles anxieux.

Une interaction entre ces différents troubles majore le risque suicidaire.(29)

Ces constatations sont possibles grâce aux méthodes d'autopsies psychologiques, qui consistent par des méthodes rétrospectives à retracer les circonstances du geste et les antécédents du patient décédé.(23)(41)(42)

✓ Le trouble de l'humeur, notamment le syndrome dépressif

Le risque suicidaire est inscrit dans les définitions cliniques des troubles de l'humeur.

Les patients avec un trouble de l'humeur **ont un risque de suicide multiplié par 30 par rapport à la population générale**. Environ 15% des patients déprimés décèdent par suicide. (13)

Le risque est d'autant plus important devant :

- un tableau de **dépression mélancolique**, (42) surtout dans les formes avec des idées d'autoaccusations délirantes ou dans les formes anxieuses. Le geste suicidaire chez le mélancolique apparaît comme le mode ultime de résolution d'un intense sentiment de faute ou l'unique moyen d'échapper à une intolérable torture psychologique. (13)

- les dépressions **brèves récurrentes**. Elles durent quelques jours et répondent aux critères d'épisode dépressif majeur. (13)

- les dépressions **réactionnelles** ou **névrotiques**. (42)

- en ce qui concerne les dépressions uni ou bipolaires, les données sont contradictoires, mais il semblerait que les dépressions bipolaires exposent plus au risque de suicide que les dépressions unipolaires. (43) (13)

Enfin une comorbidité associant anxiété et/ou conduites addictives et des conditions de vie dominées par l'isolement, le sentiment de désespoir sont des facteurs aggravants. (44)

✓ **Troubles de la Personnalité**

Deux types de personnalités pathologiques sont impliqués : **la psychopathie** et les **états limites (borderline)**. Ils sont à l'origine de gestes suicidaires, soit en rapport avec une décompensation dépressive, soit réactionnelle à une situation intolérable en rapport avec un débordement des défenses.

Les sujets psychopathes se caractérisent par leur impulsivité, leur intolérance à la frustration, leur impossibilité à différer la satisfaction, leurs conduites addictives (alcool, toxiques), qui sont des facteurs favorisant le passage à l'acte.

Les personnes présentant **un état limite ou borderline** ont fréquemment des angoisses d'abandon, des effondrements dépressifs les rendant particulièrement vulnérables aux conduites suicidaires. Le risque moyen de décès par suicide est de **7,8%, plus important que dans la population générale.**(45)

Le ratio hommes/femmes est de 1 et le mode de suicide le plus utilisé est l'intoxication médicamenteuse volontaire quel que soit le sexe.

Le risque de suicide est d'autant plus important que la personnalité borderline est associée à de nombreuses comorbidités de type addictif et dépressive.

✓ **Les troubles psychotiques**

- Le risque suicidaire est surtout représenté dans les psychoses schizophréniques, les plus fréquentes.(46) C'est la première cause de mortalité chez ce type de patient.(13)

10 % des patients schizophrènes décèdent par suicide.(42)

Le risque de suicide est différent selon la chronologie de la pathologie ; il est le plus élevé :

- à la phase initiale de la maladie (bouffée délirante aiguë).
- à la phase d'état (prise de conscience de la psychose et de la détérioration progressive, source d'angoisse).
- soit lors d'une phase dépressive (dépression post-psychotique).(42)

Il peut être le fait d'une paradoxale, imprévisible et incompréhensible impulsion auto-agressive, expliquées par des automatismes mentaux.

- survenir au cours d'une crise d'angoisse en rapport avec un vécu de désintégration de la personnalité.

- Il peut être lié au caractère intolérable de la souffrance occasionnée par l'état délirant ou avec le thème du délire (persécution, menace).(13)

- Au cours des délires non schizophréniques, le suicide est lié à une conviction délirante (suicide altruiste chez le mélancolique délirants, hallucinations impératives de suicide dans une psychose hallucinatoire chronique...). Les conduites suicidaires sont moins fréquentes.

✓ Les conduites addictives

L'alcool-dépendance chronique ou la consommation aigue est un facteur de risque documenté de suicide. (Par son effet désinhibiteur). La prévalence chez ces personnes est de 7%. Le risque de suicide est plus important que dans la population générale.(47)

La consommation de substances psychoanaleptiques, d'opioïdes, de cannabis augmenterait également le risque de suicide.

Tableau 7 : Risque suicidaire relatif lié aux pathologies psychiatriques (48)

	Prévalence (%)	Odd-ratio (Intervalle de confiance)
Troubles psychiques	87,3	10,50 (9,6-13,56)
Conduites addictives	25,7	3,51 (3,09-4,5)
Alcool		2,53 (2,08-3,30)
Autres produits		3,72 (2,37-8,06)
Troubles de l'humeur	43,2	6 (5,37-7,81)
Trouble dépressif		6,23 (5,37-8,12)
Trouble bipolaire		3,03 (1,49-9,87)
Trouble psychotique	9,2	6,62 (3,94-11,87)
Schizophrénie		5,56 (3,12-10,24)
Trouble de la personnalité	16,2	4,47 (3,53-6,38)
Trouble de l'adaptation		1,33 (0,72-2,38)
Troubles anxieux		2,43 (1,71-3,58)
Troubles de l'enfance		2,37 (1,51-3,78)
Troubles organiques		0,32 (0,17-0,57)

Source : « Le geste suicidaire », Caillard V. ; Chastang F. Edition Masson

D. Suicide et pathologies somatiques

Le risque de suicide augmente dans certaines pathologies **somatiques chroniques**, le **handicap** (psychique et moteur) et toute **maladie engageant le pronostic vital**. Un trouble psychique tel que la dépression ou le syndrome anxieux est souvent associé, **potentialisant le risque suicidaire**.

Lors des autopsies psychologiques, il est retrouvé une pathologie somatique chez 25% des patients.(29) Certaines, notamment les troubles neurologiques, les cancers, sont associées à un risque suicidaire plus élevé.

✓ Troubles neurologiques

Dans la sclérose en plaques, il existe un risque de décès par suicide, avant 40 ans, **3 fois plus** important chez les **hommes** et **2 fois** plus important chez les **femmes**. (28)(29)(49)

L'épilepsie (notamment temporelle) est associée à un risque élevé de suicide (5 fois plus important). Ce risque est majoré :

- lors de la résistance au traitement.
- avec l'association à un trouble psychiatrique (troubles de la personnalité) ou un traitement psychotrope.
- début précoce des troubles.

Les raisons sont une augmentation de l'impulsivité, de l'agressivité ainsi qu'au handicap chronique que peut engendrer cette maladie. (28)(29)

Suite à **un accident vasculaire cérébral** le risque de suicide est multiplié par **13** chez **les femmes** et par **6** chez **les hommes** (de moins de 60 ans). Ce risque est important notamment en cas de **lésions postérieures** responsables d'un handicap majeur et d'une détérioration physique. (28)(29)

Les lésions de la moelle épinière, les lésions cérébrales, les acouphènes et la chorée de Huntington sont également corrélés à un risque majoré.

✓ **Pathologie néoplasique**

32,2 % des patients avec un cancer ont eu des idées de suicide, 22,6 % ont fait au moins une tentative de suicide, et le risque de décès par suicide est 2 fois plus important qu'en population générale.(50)

Le risque de suicide est le plus élevé :

- à la confirmation et à l'annonce du diagnostic.
- dans certaines localisations : tête, cou, pancréas.
- dans les deux premières années de la maladie terminale davantage encore.
- lorsque la maladie progresse et que le pronostic est mauvais. La douleur est un facteur de risque.

L'annonce de la maladie grave par le médecin renvoie le patient et son entourage à la symbolique de la mort.

✓ **Infection par le virus VIH**

Cette infection est un facteur de risque de suicide élevé chez le jeune.

Il est également élevé lors de la découverte de l'atteinte infectieuse et dans les premiers temps de la maladie.(51)

Le risque est majeur chez les toxicomanes s'intoxiquant par voie intraveineuse.

✓ **Autres pathologies**

D'autres pathologies seraient responsables du risque de suicide. On peut citer les néphrites chroniques (sous dialyse), les atteintes hépatiques, les maladies osseuses et articulaires, cardiovasculaires et digestives.

A cette liste on ajoutera tout handicap locomoteur, la cécité et la surdité.

IV. La crise suicidaire

La crise suicidaire correspond à une souffrance psychique dont le risque majeur est le suicide (à plus ou moins 48 heures).

C'est un processus **multifactoriel** et **réversible**.

Au moment de la crise suicidaire, le patient en souffrance psychique, cherche des solutions de lutte contre celle-ci. Il ne désire pas mourir, il veut arrêter de souffrir.

La Crise suicidaire peut être schématisée sous la forme d'une succession d'étapes, décrites par Phaneuf et Seguin (52) :

- **Apparition d'idées de mort** : l'idée que le suicide est une solution apparaît en « Flash ». Il n'y a pas d'élaboration de scénario secondaire.

- **Le développement des idées suicidaires** : augmentation de la fréquence et de la durée des idées de mort concomitantes aux solutions inopérantes. L'idée de suicide est une solution possible, plus fréquente et plus durable.

- **Phase de rumination suicidaire**. Il existe une tension psychique et une souffrance morale, qui entraîne l'élaboration de scénarios suicidaires précis.

- **Phase de cristallisation**. Il peut coexister la planification du scénario suicidaire (la solution) et une période de soulagement (apaisement, sérénité trompeuse)

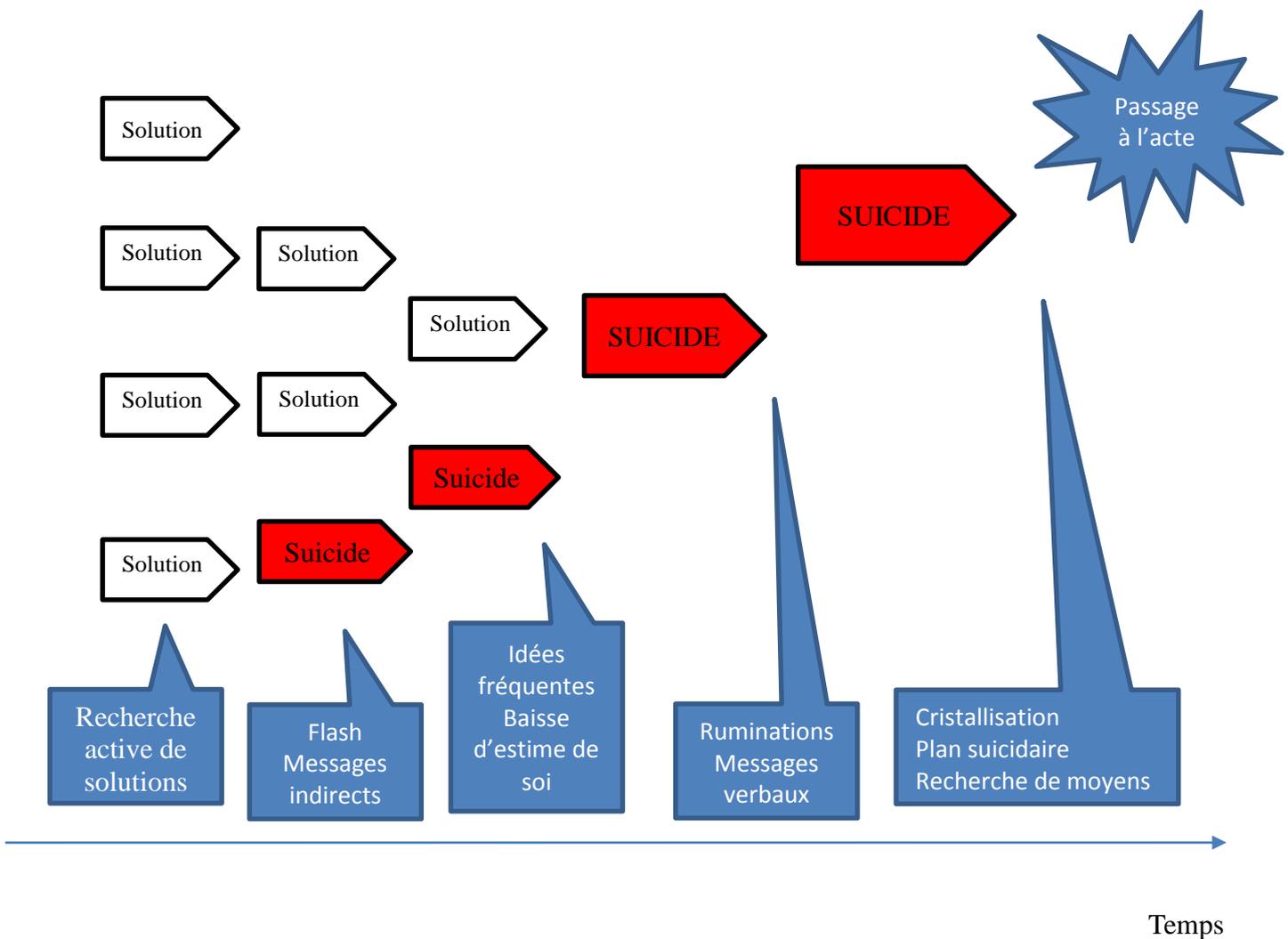
- dernière étape : **le passage à l'acte suicidaire**. La personne met son plan suicidaire en application.

Ces étapes ne se déroulent pas de façon linéaire et chacune des phases à une durée variable.(2)

Le schéma ci-dessous, inspiré du modèle de crise selon Jean-Louis Terra, résume le processus de la crise suicidaire :

Figure 7 : Modèle de crise suicidaire

Source : formation nationale à l'intervention de crise, manuel du formateur (53)



A. Place du médecin généraliste

Avec des médecins généralistes en surcharge de travail, le rôle de médecin de famille tend à disparaître. Il est difficile pour le praticien de premier recours de suivre ses patients.(54) Le médecin généraliste doit-il prendre en charge seul le patient suicidaire ?

La société Européenne de Médecine Générale-Médecine de famille, la WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), a défini en 2002 le rôle du médecin généraliste : **c'est le premier contact du patient avec le système de soins. Il assure la gestion des soins en santé primaire. Il permet, par son rôle de coordination, l'accès vers les autres spécialités.**(55)

Le rôle du médecin généraliste est fondamental dans le dépistage du risque suicidaire. Il est en première ligne pour la prise en charge des patients et de leurs familles.

Les médecins généralistes restent le premier recours pour des problèmes de santé mentale. Une étude de 2007 montre que plus de 57% des patients avec un trouble mental désirent voir leur médecin généraliste en première intention.(56)

80% des tentatives de suicide sont adressées à l'hôpital par le médecin généraliste.

60 à 70% des suicidants ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédant leur geste dont 36% la semaine le précédant.

Le rôle du médecin généraliste est de repérer la souffrance psychique, la crise suicidaire et ses éléments de gravité, et d'organiser les orientations entre les différents intervenants (réseaux sanitaires et sociaux). Il prépare le sujet et son entourage à un suivi spécialisé lorsqu'une pathologie psychiatrique est dépistée ou soupçonnée et peut être amené à solliciter l'aide urgente du réseau de soins lorsque le risque immédiat est élevé.(57)

B. Evaluation de la potentialité suicidaire

Elle passe par la recherche de facteurs de risque. Ils proviennent de la méthode des « autopsies psychologiques », caractérisée par des entretiens avec la famille et les soignants de la personne décédée par suicide. Cela a permis de dégager plusieurs facteurs de risque de suicide.

1. Facteurs de risque

Les facteurs de risque suicidaire **durant l'entretien d'alerte** n'ont un intérêt que si l'on envisage ces facteurs non pas séparément **mais bien plutôt dans un ensemble** recouvrant la sphère :

- psychosociale (isolement, difficultés professionnelles...)
- médico-psychologique (maladie chronique, handicap...)
- psychiatrique (trouble psychiatrique avéré)
- familiale (relations conflictuelles intrafamiliales, antécédents psychiatriques familiaux...).(58)

On distingue actuellement trois types de facteurs de risque. Il est important de les caractériser car les modalités d'intervention sont fonction de l'appartenance à l'une de ces catégories (59) :

- **Les facteurs de risque primaires** : Pris de manière individuelle, ils ont déjà une valeur d'alerte. Cela concerne les troubles psychiatriques, de type troubles de l'humeur, addictions, troubles psychotiques, ou troubles de la personnalité.

Ils interagissent les uns avec les autres et leur expression est influencée par les thérapeutiques médicamenteuses.

- **Les facteurs de risque secondaires** : Ce sont les événements de vie (situation conjugale, familiale, professionnelle, financière...). Leur valeur prédictive est faible en l'absence de facteurs primaires et ils sont peu modifiables par les thérapeutiques.

- **Les facteurs de risque tertiaires** sont des facteurs sur lesquels il n'est pas possible d'intervenir (sexe, âge...). Ils n'ont aucune valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires.(60)

L'adolescence et la vieillesse apparaissent ainsi comme des périodes de plus grande vulnérabilité.

2. Facteurs d'urgence et dangerosité

✓ L'évaluation de l'urgence

Elle vise à apprécier la probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte. Cela permettra de situer le patient dans la phase de la crise suicidaire et de mieux organiser sa prise en charge dans les 24 ou 48 heures.

Il est souhaitable d'explorer :

- **Le niveau de souffrance psychique** avec, en particulier, l'intensité du sentiment de désespoir, mais aussi de dévalorisation, d'impuissance, voire de culpabilité.

- **Le niveau d'impulsivité** marqué des antécédents de passages à l'acte, ou d'actes violents, des troubles paniques.

- **Le degré d'intentionnalité.**

- **L'événement précipitant** (perte, conflit).(61)

✓ Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire

Elle doit être évaluée en repérant les intentions et les moyens utilisés, ainsi que son accessibilité.

La dangerosité sera différente selon que le patient exprime une intention claire de se suicider, avec des moyens qui se trouvent à sa disposition ou qu'il pense vaguement au suicide sans scénario précis.

Quant à l'accessibilité directe aux moyens, elle augmente la dangerosité suicidaire, d'autant plus qu'il existe une impulsivité sous-jacente.(61)

C. Prise en charge

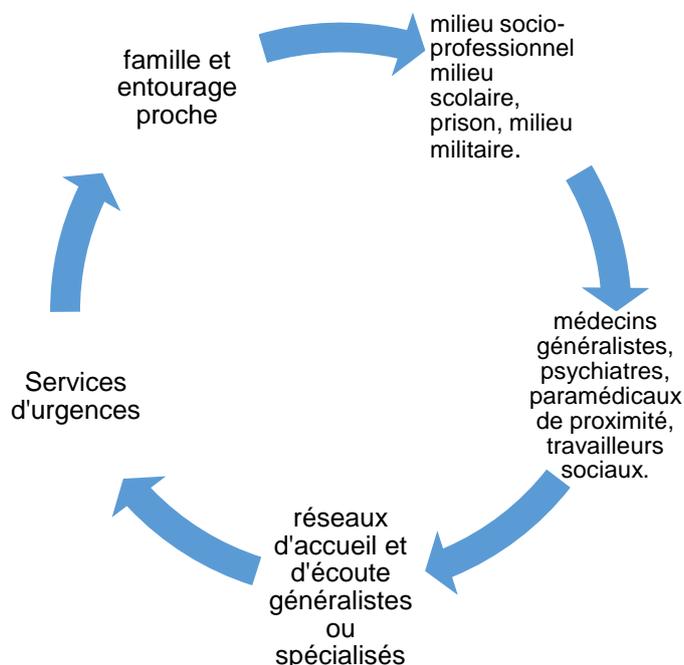
Une fois le diagnostic et l'intensité du risque établis, il est bien entendu important d'agir au moment présent mais également sur le long terme.

Il convient alors d'entreprendre une prise en charge sur deux axes :

- **l'axe temporel**, où l'on intervient lors de la crise suicidaire et pour le suivi au long cours pour éviter la récurrence.
- **l'axe synchronique** où l'on associe la prise en charge du patient et l'implication de son entourage familial et social.(62)

La prise en charge de la crise suicidaire doit être pluridisciplinaire, intégrant plusieurs intervenants selon l'intensité, et adaptée aux différents contextes du sujet :

Figure 8 : Schéma proposant les différents intervenants possibles pour la prise en charge de la crise suicidaire. D'après conférence de consensus (62)



L'interrogatoire doit se dérouler dans un endroit calme, pour favoriser la verbalisation. (avec le temps nécessaire et suffisant, et dans la confiance)

Il existe en fait deux types de crises, différentes dans leurs prises en charge :

- une crise en rapport avec un trouble mental.
- une crise dite psycho-sociale.

D'après la conférence de consensus de 2000,

✓ **Prise en charge médicamenteuse**

Un traitement type anxiolytique peut être proposé en cas de souffrance majeure, d'agitation. Un traitement de fond, s'il doit être instauré, nécessite une hospitalisation.

✓ **Quand l'hospitalisation est nécessaire**

La présence de facteurs de risque, d'urgence et l'absence de facteurs de protection permet de poser l'indication de l'hospitalisation. Dans le cas d'un refus, une hospitalisation à la demande d'un tiers est recommandée.

Deuxième partie : L'Etude

MATERIELS ET METHODES

I. Présentation de l'étude

En 2013, Le Docteur BOITRELLE, Chef de Service (Centre psychothérapique du Ternois, EPSM de SAINT VENANT) et son équipe réfléchissent à la question du suicide.

Devant la constatation **du nombre de comportements suicidaires dans le secteur psychiatrique du Ternois**, l'Association Ternois Santé (ATS) a organisé une soirée-débat sur le suicide en novembre 2013. Invité d'Honneur de cet événement, Monsieur le Professeur VAIVA a donné une formation et de nombreuses informations sur le thème du primo-suicidant.

Interne en médecine générale, je me suis investi avec l'équipe du Docteur BOITRELLE, dans l'élaboration d'un travail de recherche sur le suicide.

Celui-ci s'est effectué en plusieurs étapes en collaboration avec Madame le Docteur LEFEBVRE, Présidente de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) ainsi que Monsieur le Docteur DANIEL, Directeur de la F2RSM.

En accord avec mon directeur de thèse, l'idée initiale était de recueillir le ressenti des patients après le geste suicidaire, dans le but d'améliorer, en amont, l'évaluation et la prise en charge par le médecin généraliste.

Après réflexion, il est apparu préférable de ne pas s'engager dans un travail en aval du geste suicidaire pour plusieurs raisons :

- la charge de travail pour un interne en médecine générale. La finalité étant de recueillir les données à différentes périodes après le geste suicidaire, la tâche s'avérait difficile pour une seule personne.

- d'un point de vue éthique ; Il n'est en effet pas sans risque que le patient réitère son geste au terme des entretiens.

- d'un point de vue logistique. Ce type d'étude nécessiterait l'acceptation de plusieurs établissements et organismes.

Je me suis alors orienté vers une étude portant sur la pratique des médecins généralistes du Ternois.

L'idée est la suivante :

- Dans un secteur où la mortalité par suicide est importante, est-il possible d'étudier la manière avec laquelle les médecins généralistes évaluent et prennent en charge les patients en crise suicidaire ?

Le sujet est devenu le suivant : « Evaluation et Prise en charge du patient en crise suicidaire en médecine générale : étude auprès des praticiens du secteur psychiatrique du Ternois. »

II. Objectifs de l'étude

L'objectif Principal de l'étude est d'analyser la pratique des médecins généralistes du Ternois au cabinet médical, face à un patient en crise suicidaire, en termes d'évaluation et de prise en charge.

Les objectifs secondaires :

- permettre de créer un outil d'aide au diagnostic, à l'aide des recommandations officielles, sous forme d'une plaquette adaptée au praticien libéral.

- contribuer, à travers l'étude et la plaquette, à un travail de prévention du suicide.

III. La population de l'étude

La population de l'étude est représentée par les médecins généralistes ayant un lien avec le secteur psychiatrique du Ternois.

A. Démographie médicale du Nord-Pas-de-Calais

- **6267 médecins généralistes** sont en exercice dans la région Nord-Pas-de-Calais.(63)

2150 médecins exercent seuls dans leur cabinet médical, et 1 850 dans un cabinet regroupé, soit 45% des effectifs.

Près de 2000 médecins ont fait le choix d'exercer en qualité de salarié, soit la moitié de l'effectif des généralistes libéraux.

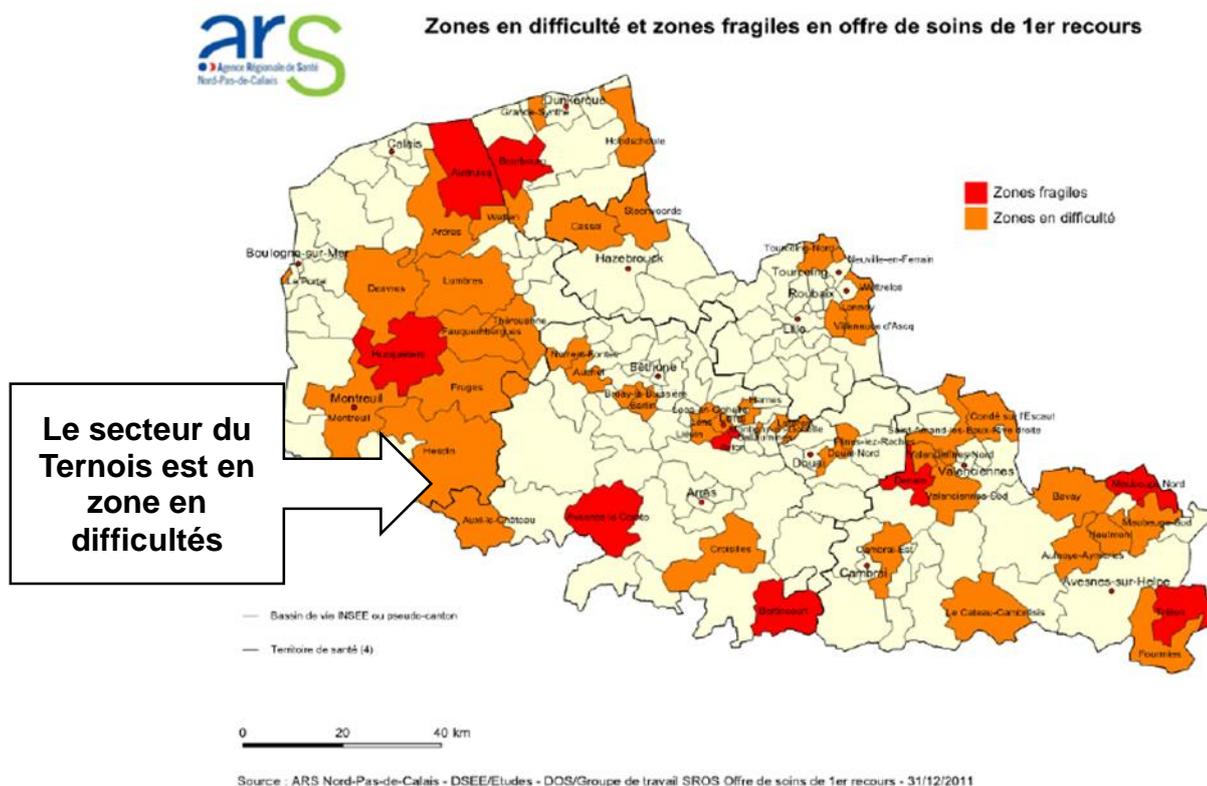
On recense dans la région Nord-Pas-de-Calais 3846 médecins généralistes libéraux et mixtes ; soit une baisse de 8,3% ces six dernières années.

- En 2013, la région Nord-Pas-Calais compte 118 psychiatres en activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte.(63)

Dans le secteur du Ternois, il existe plusieurs zones dites en difficultés.

Le secteur libéral est fortement touché, avec une proportion faible de médecins généralistes et de psychiatres.

Figure 9: Cartographie illustrant les zones sous médicalisées en soins primaires(63)



B. Matériel

Il s'agit d'une **Etude descriptive quantitative et transversale**. La population étudiée est représentée par l'ensemble des médecins généralistes du secteur psychiatrique du Ternois.

✓ **Les critères d'inclusion** sont :

- les médecins généralistes en activité travaillant en libéral dans un cabinet seul ou en groupe.
- les médecins appartenant géographiquement au secteur psychiatrique du Ternois.
- les médecins n'appartenant pas au secteur psychiatrique du Ternois mais prenant en charge des patients de ce secteur.

✓ **Les critères d'exclusion** sont :

- Les médecins généralistes n'appartenant pas au secteur Psychiatrique du Ternois que ce soit géographiquement ou en termes de patientèle.
- Les médecins remplaçants.
- Les médecins Généralistes hospitaliers à temps plein, appelés praticiens hospitaliers de Médecine polyvalente.

C. Méthode

Un questionnaire basé sur l'anonymat a été envoyé par voie postale fin juin 2014, avec un courrier d'accompagnement et une enveloppe réponse préaffranchie.

Au total 76 questionnaires ont été envoyés à l'ensemble des médecins généralistes en relation avec le secteur Psychiatrique du Ternois.

En annexe 2 est représenté le questionnaire envoyé.

Compte tenu de l'anonymat exigé par l'étude, une réponse électronique par mail était impossible. Pour augmenter le taux de réponse nous avons :

- rédigé d'une part une lettre d'accompagnement à l'effigie de l'EPSM Val de Lys Artois qui a été envoyée avec le questionnaire pour expliquer notre projet. Il a été mis en avant la rapidité de remplissage du questionnaire, afin de ne pas trop imputer le temps d'activité du médecin. Un délai de réponse dans les 3 semaines suivant la réception a été demandé.

- débuté d'autre part à l'issue de ce délai, une campagne de rappels téléphoniques de l'ensemble des médecins. Cela a permis de les sensibiliser davantage à la problématique de notre étude et de tisser une relation confraternelle.

IV. Déroulement de l'étude

A. Le questionnaire

Le questionnaire a été construit selon plusieurs étapes :

- ✓ Une première partie de **généralités**. Comme dans toute étude on se propose d'évaluer les caractéristiques de la population et ainsi sa significativité par rapport à la population globale :
 - sexe
 - âge
 - durée d'exercice en médecine libérale

- ✓ Une deuxième partie est consacrée **au vécu personnel du médecin généraliste face au patient en crise suicidaire** :
 - confrontation à un patient en crise suicidaire.
 - confrontation à la mort d'un patient par suicide et le ressenti.
 - difficultés face à un patient suicidaire.

Les réponses se présentent selon des variables binaires avec des réponses orientées à cochages multiples pour faciliter le travail du répondant. Une variable qualitative est cependant proposée pour permettre d'autres réponses si besoin.

- ✓ Dans la troisième partie, se posent différentes questions :
 - Les médecins généralistes utilisent –ils des échelles d'évaluation et accepteraient-ils un outil validé si celui-ci leur était proposé ?

 - Comment étudier **la façon dont les médecins évaluent un patient en crise suicidaire au cabinet médical** ? Utilisent-ils l'évaluation basée sur **le RUD : Risque-Urgence-Dangerosité** ?

1. Le « R-U-D »

La méthode R-U-D est adaptée à la pratique du médecin généraliste, par son côté simple et rapide. Elle permet une estimation de la potentialité suicidaire qui comprend l'évaluation de trois composantes :

- le risque suicidaire.
- l'urgence de la menace.
- la dangerosité du scénario.

Ces trois parties ne doivent pas être prises en compte indépendamment mais dans leur ensemble.(64)

2. L'interprétation du « R-U-D »

Une fois les facteurs de risque recherchés, le médecin tente de quantifier l'urgence :

- **FAIBLE** : le patient pense au suicide mais sans scénario précis.
- **MOYENNE** : le scénario est envisagé.
- **ELEVÉE** : le scénario est clairement établi et planifié, avec passage à l'acte à court terme.

Puis il étudie la dangerosité avec le moyen létal à disposition et sa facilité d'accès. En fonction de cette évaluation, on peut estimer quantitativement l'urgence et proposer une prise en charge.

**Figure 10 : Tableau récapitulatif pour la gestion du potentiel suicidaire :
dépistage, évaluation, stratégie CTB : centre de thérapie brève**

R.U.D.: risque suicidaire (R), urgence de la menace (U), dangerosité du scénario suicidaire (D); CTB: centre de thérapie brève.			
Niveaux de risque	Symptômes	Evaluations du potentiel suicidaire R.U.D.	Actions proposées
0	Pas de détresse	–	–
1	Tristesse sans idées noires/suicidaires	R.U.D. faible	Suivi par généraliste
2	Idées noires mais pas suicidaires	R.U.D. faible	Suivi ambulatoire psychiatrique ou par généraliste
3	Idées suicidaires fluctuantes sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. faible ou moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique
4	Idées suicidaires actives sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique ou hospitalisation, selon alliance thérapeutique et engagement du patient
5	Idées suicidaires actives sans projet avec antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen ou élevé	Hospitalisation ou soutien ambulatoire psychiatrique (soutien CTB) si engagement du patient
6	Idées suicidaires actives avec projet sans antécédents psychiatriques	R.U.D. élevé	Hospitalisation
7	Idées suicidaires actives avec projet et antécédents psychiatriques – Passage à l'acte	R.U.D. élevé	Hospitalisation

✓ Dans la quatrième partie, il est question de la prise en charge :

- coopération entre médecins généralistes et psychiatres.
- connaissance des aides et structures.
- type de prise en charge (médicamenteuses, aide humaine).
- modalités de prise en charge (ambulatoire, hospitalière).

B. Recueil des données

La saisie des données **s'est effectuée un mois après l'envoi des questionnaires.**

Les données ont été transmises à la **Plate-forme d'Aide Méthodologique sous forme d'un fichier tableur unique au format XLS compatible avec Microsoft EXCEL 2013.**

L'Analyse Statistique a été réalisée par le Service de Bio statistiques au Pôle de Santé Publique du CHRU de LILLE (Professeur DUHAMEL et Docteur CHAZARD, Maître de Conférences).

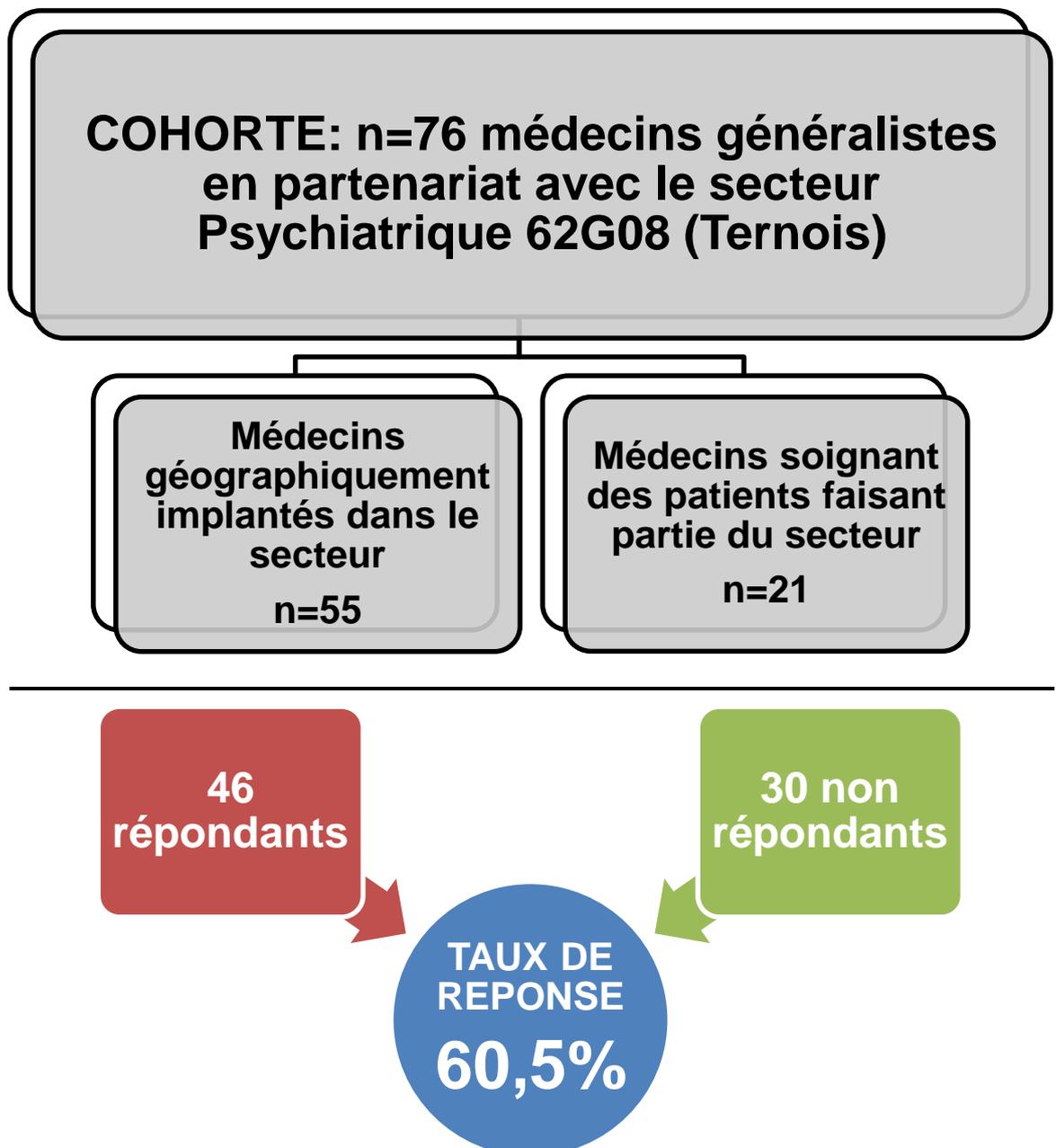
L'Analyse est constituée de **statistiques descriptives**. Les résultats sont constitués de plusieurs types de variables :

- des variables qualitatives binaires représentées par des diagrammes circulaires ou « pie chart ».
- des variables qualitatives multi-évaluées (plusieurs réponses possibles) représentées par des diagrammes en barres.
- des variables quantitatives continues représentées par un « box plot » (boîte à moustache) ou un histogramme.

Il existe par ailleurs une analyse qualitative avec des questions ouvertes, avec relevé de mots clés et de thèmes récurrents.

RESULTATS

I. Organigramme de l'étude



II. Taux de participation à l'enquête

Un questionnaire a été envoyé par voie postale aux médecins généralistes coopérant avec le secteur psychiatrique du Ternois **soit 76 questionnaires**. Un délai de 3 semaines maximum a été initialement demandé pour la réponse. Devant une récupération étalée des réponses ce délai a été prolongé de deux semaines.

Une campagne de rappel téléphonique a ensuite été effectuée auprès de chaque médecin généraliste. Dans le cas où les professionnels travaillaient dans un cabinet de groupe, un message commun auprès de la secrétaire médicale a été laissé.

Le recueil des questionnaires a été clôturé le 15 juillet. Les médecins généralistes ayant répondu sont au nombre de 46. Etant donné l'anonymat imposé par l'étude, il n'est pas possible de savoir quelle est la part de médecins répondant géographiquement implantés dans le ternois ou ceux soignant des patients du Ternois.

Tous les questionnaires ont été exploités en Santé Publique. Il a été possible d'utiliser certains d'entre eux avec réponse incomplète en dépit des valeurs manquantes.

Le taux de réponse est de
60,5%

III. Statistiques descriptives

A. Caractéristiques démographiques

✓ Le sexe

Dans notre étude, 39 médecins ayant répondu à l'enquête sont des **hommes** soit **85%**. Les **femmes** sont au nombre de 7, soit **15%**.

Tableau 8 : Répartition des répondants en fonction du sexe

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Féminin	7	15	[6.84-29.48]
Masculin	39	85	[70.52-93.16]
Total Validés	46	100	-

Valeur manquante : 0

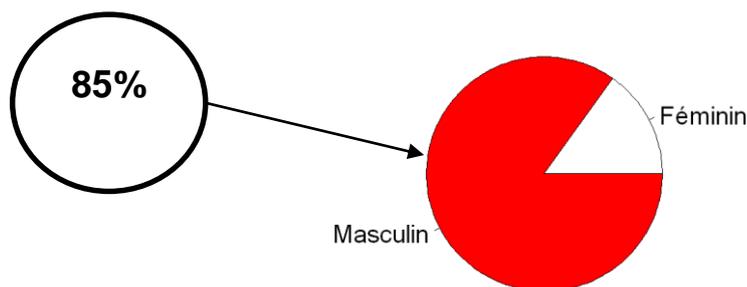


Figure 11 : répartition des répondants en fonction du sexe

✓ **L'Age**

Dans notre étude, la **moyenne d'âge des médecins généralistes** est de **55,46 ans**.

Tableau 9 : répartition des répondants en fonction de l'âge

	VALEUR
Effectif	46
Moyenne	55.457
Ecart type	10.43
IC 95%	[52.359 ; 58.554]
Minimum	31
Quartile 1	50.5
Médiane	58
Quartile 3	62
Maximum	70
Manquante	0

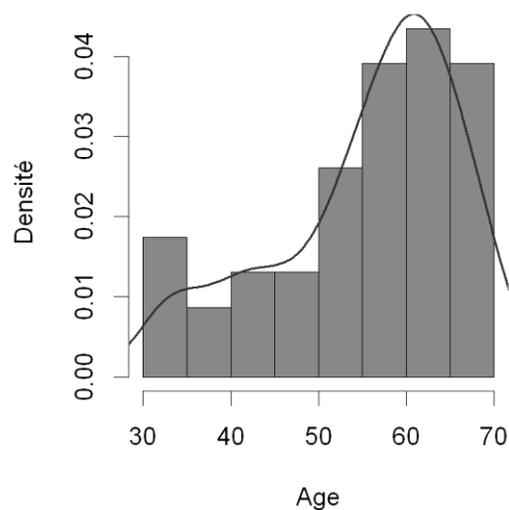
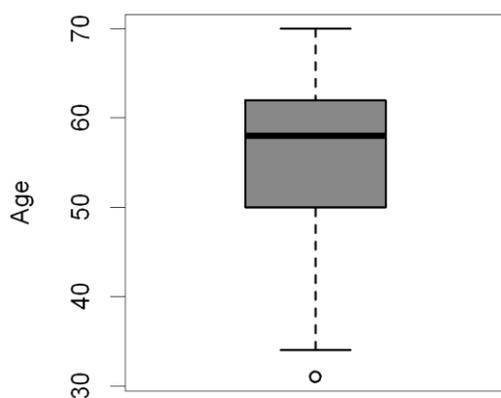


Figure 12 et 13 : répartition des répondants en fonction de l'âge

✓ Durée d'exercice

La durée moyenne d'exercice du médecin généraliste quel que soit le secteur est de **25,89 ans**.

Tableau 10 : répartition des répondants en fonction de la durée d'exercice

	VALEUR
Effectif	46
Moyenne	25.891
Ecart type	11.889
IC 95%	[22.361 ; 29.422]
Minimum	2
Quartile 1	15
Médiane	30
Quartile 3	35
Maximum	42
Manquante	0

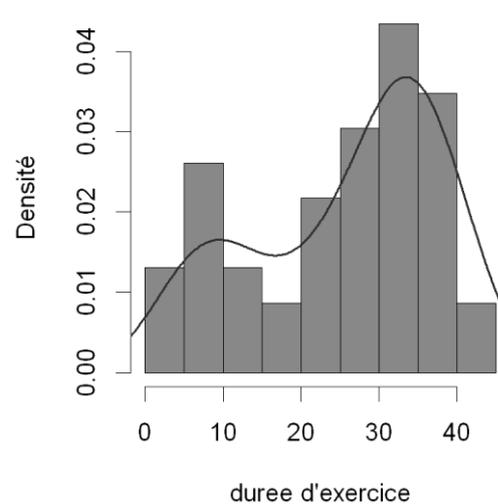
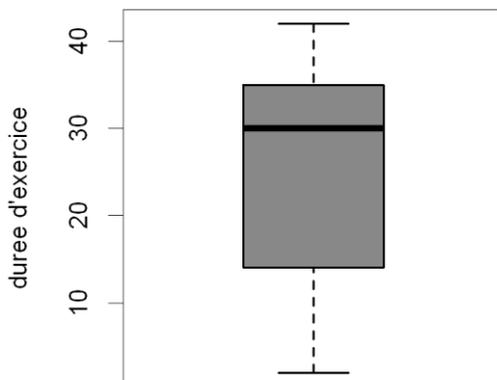


Figure 14 et 15 : répartition des répondants en fonction de la durée d'exercice

B. Vécu personnel des médecins

✓ Confrontation à un patient en crise suicidaire

100% des médecins répondant ont été confrontés à un patient en crise suicidaire pendant leur carrière.

Tableau 11 : Prévalence des médecins généralistes confrontés à un patient en crise suicidaire

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	0	0	[0-7.71]
OUI	46	100	[92.29-100]
Total Validés	46	100	-

✓ Confrontation à la mort d'un patient par suicide

Parmi les médecins généralistes interrogés, 96% ont été confrontés à la mort d'un patient par suicide.

Tableau 12 : Prévalence des médecins confrontés à la mort d'un patient par suicide

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	2	4	[0.53-14.84]
OUI	44	96	[85.16-99.47]
Total Validés	46	100	-

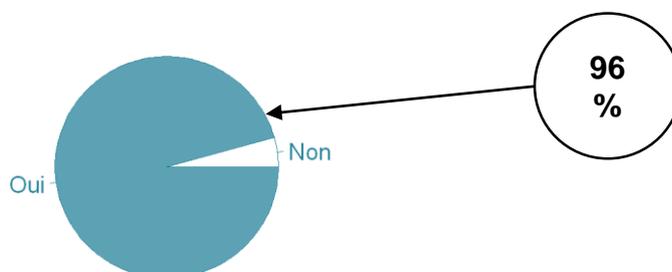


Figure 16 : Confrontation de la mort d'un patient par suicide

✓ Ressenti suite au décès d'un patient par suicide

Parmi les 96% de médecins ayant répondu positivement, la majorité ressent un sentiment :

- **d'impuissance dans 70% des cas**
- **de tristesse dans 66% des cas**

Les autres ressentis sont moindres et correspondent à une acceptation (45%), une culpabilité (18%), un détachement (9% des cas) et autre ressenti (7%).

Tableau 13 : Ressenti des médecins face à la mort d'un patient par suicide

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Impuissance	31	70	[54.61-82.75]	44	2
Tristesse	29	66	[50.79-79.07]	44	2
Acceptation	20	45	[30.69-61]	44	2
Culpabilité	8	18	[8.71-33.24]	44	2
Détachement	4	9	[2.53-21.67]	44	2
Autre ressenti	3	7	[1.43-18.66]	44	2

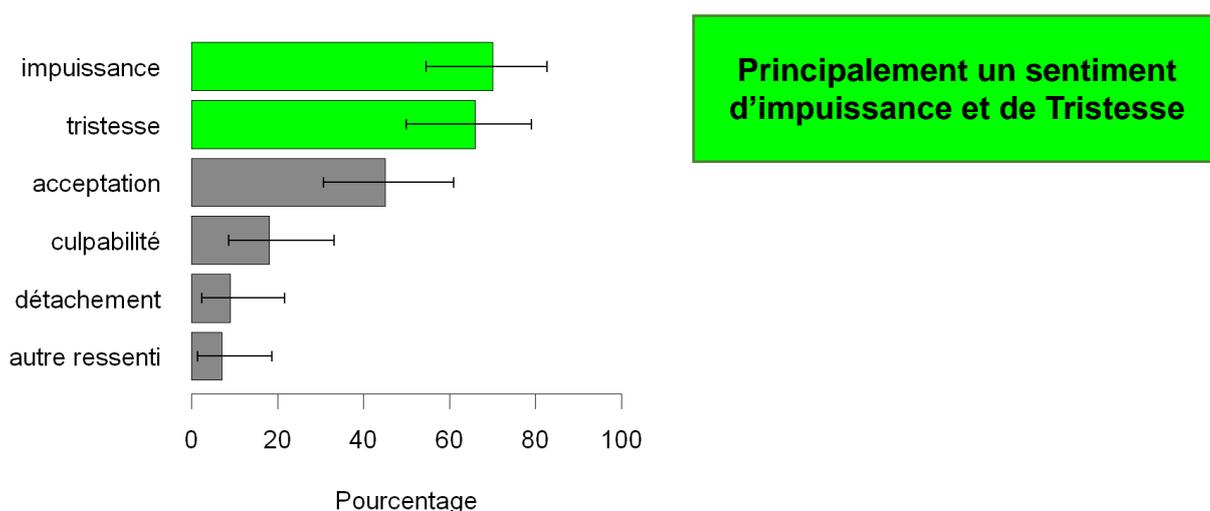
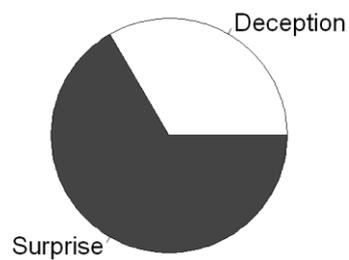


Figure 17 : ressenti des médecins face à la mort d'un patient par suicide

✓ **Autres ressentis****Tableau 14 : Pourcentage des autres ressentis**

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Déception	1	33	[0.84-90.57]
Surprise	2	67	[9.43-99.16]
Total Validés	3	100	
Valeurs manquantes	43		

**Figure 18 : Autres ressentis des médecins**

✓ **Sentiment de difficultés face à un patient en crise suicidaire**

Dans notre étude, **67% des médecins généralistes** sont en **difficulté** face à un patient en crise suicidaire.

Tableau 15 : Prévalence du sentiment de difficultés face à un patient en crise suicidaire

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	15	33	[19.97-48.13]
OUI	31	67	[51.87-80.03]
Total Validés	46	100	-

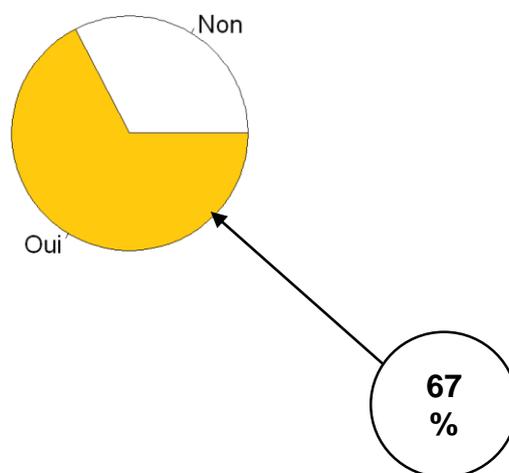


Figure 19 : Difficultés face à un patient en crise suicidaire

✓ Raisons des difficultés face au patient en crise suicidaire

La principale raison des difficultés du médecin généraliste est **le manque de temps (68%)**.

Tableau 16 : raisons des difficultés face au patient en crise suicidaire

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquants
Manque de temps	21	68	[48.54-82.68]	31	15
Autres raisons	12	39	[22.42-57.71]	31	15
Peur	6	19	[8.12-38.06]	31	15
Manque d'expérience	6	19	[8.12-38.06]	31	15
Incompréhension	5	16	[6.09-34.47]	31	15
Désintérêt	0	0	[0-11.22]	31	15

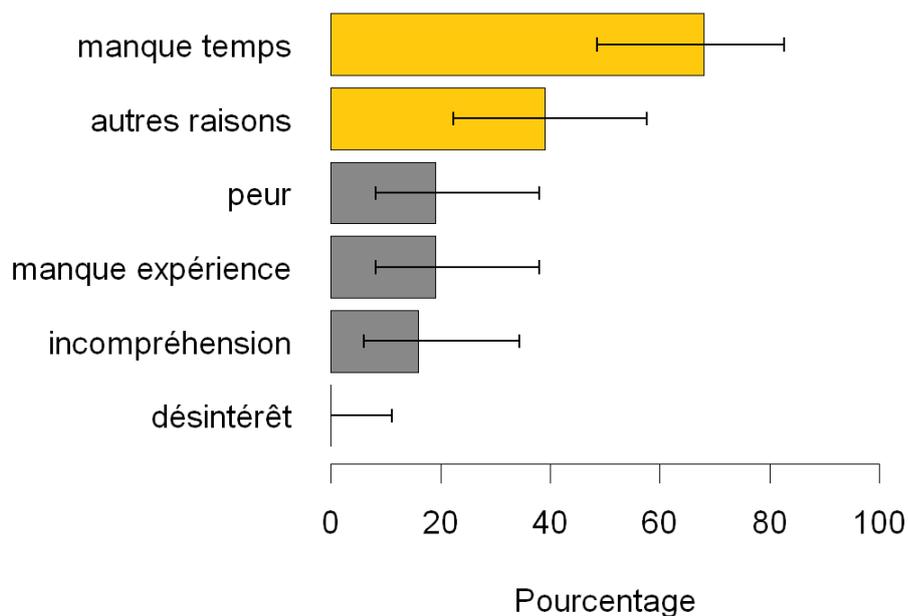


Figure 20 : raison des difficultés face au patient en crise suicidaire

Tableau 17 : Autres raisons des difficultés face au patient en crise suicidaire

	Effectif	Pourcentage
Aide du psychiatre	3	25
Chaque suicidaire est différent, donc pas de conduite type	1	8
Difficultés à appréhender le risque suicidaire et la prise en charge	2	16
Difficultés à faire hospitaliser	3	25
Difficultés à instaurer le dialogue	1	8
Difficultés à remotiver le patient	1	8
Trouver un moyen de surveillance et de transport	1	8
Total valides	12	
Manquante	34	

Les autres raisons principales sont :

- Le manque d'aide suffisante du psychiatre : 25%.
- Les difficultés à faire hospitaliser le patient : 25%.
- Les difficultés à appréhender le risque suicidaire et la prise en charge : 16%.

Les pourcentages exposés ci-dessus doivent être pris en compte avec les valeurs manquantes (au nombre de 34).

✓ Echelle d'évaluation

La totalité des médecins interrogés (100%) n'utilise pas les échelles d'évaluation existantes à leur disposition.

Néanmoins, ils sont **67,39%** à répondre positivement quant à l'idée de la proposition d'un outil validé pour une aide à la prise en charge décisionnelle.

Tableau 18 : Prévalence des médecins utilisant une échelle d'évaluation validée

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	46	100	[19.97-48.13]
OUI	0	0	[51.87-80.03]
Total Validés	46	100	-

Tableau 19 : Prévalence des médecins souhaitant utiliser un outil validé

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	15	33	[19.97-48.13]
OUI	31	67	[51.87-80.03]
Total Validés	46	100	-

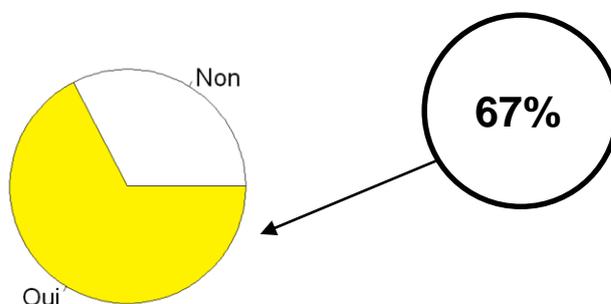


Figure 21 : Prévalence des médecins souhaitant utiliser un outil validé

C. Evaluation du risque suicidaire

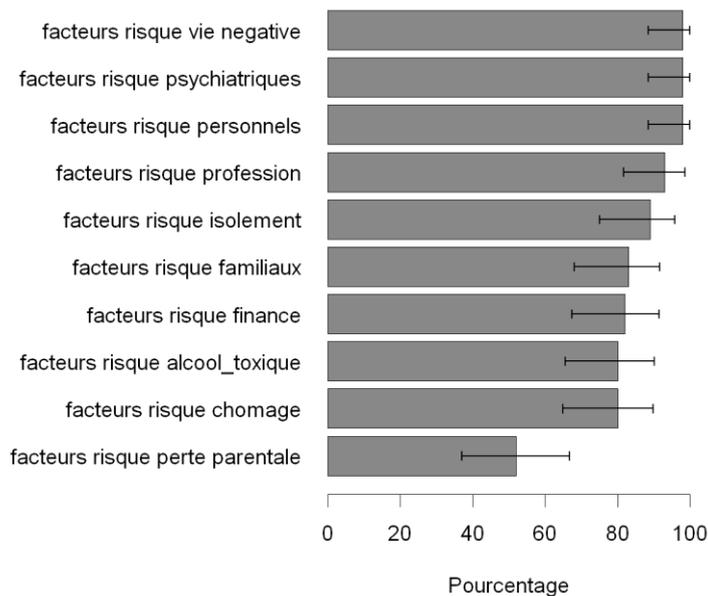
1. Les facteurs de risque

Les médecins répondants, en majorité, recherchent :

- les antécédents personnels de suicide et psychiatriques : **98%**
- les évènements de vie négatifs : **98%**
- les difficultés professionnelles : **93%** ; et le chômage : **80%**
- un isolement social : **89%**
- des antécédents familiaux de suicide : **83%**
- des difficultés financières : **82%**
- une consommation excessive d'alcool ou de toxiques : **80%**
- **La notion de perte parentale précoce est moins recherchée : 52%**

Tableau 20 : pourcentage des facteurs de risque de suicide recherchés

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Personnels	45	98	[88.47-99.94]	46	0
Psychiatriques	45	98	[88.47-99.94]	46	0
Evènements vie négatifs	45	98	[88.47-99.94]	46	0
Professionnels	42	93	[81.73-98.6]	45	1
Isolement	40	89	[75.15-95.84]	45	1
Familiaux	38	83	[68.05-91.68]	46	0
Financiers	37	82	[67.42-91.49]	45	1
Chômage	36	80	[64.95-89.91]	45	1
Alcool/toxiques	37	80	[65.62-90.14]	46	0
Perte parentale précoce	24	52	[37.13-66.86]	46	0

Figure 22 : proportion des facteurs de risque recherchés par les praticiens

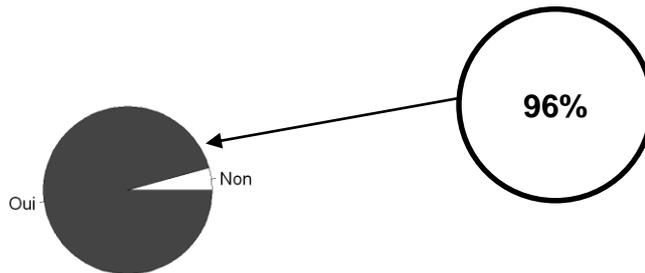
2. Les facteurs d'urgence

- Parmi les facteurs d'urgence demandés lors de l'examen du patient, **ceux qui dominant sont** :
 - Les antécédents de dépression : 96%
 - La souffrance psychique : 98%, avec intensité du sentiment de
 - désespoir : 89%
 - dévalorisation : 89%
 - Le niveau d'impulsivité : 93%
 - Le niveau d'intentionnalité : 93%
 - Un évènement précipitant : 100%
 - La présence d'un entourage de qualité : 85%

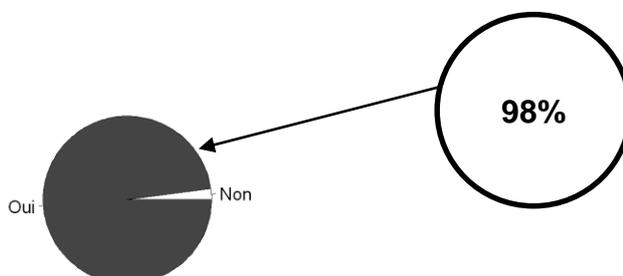
- **Certains facteurs sont moins représentés dans la recherche** :
 - La présence d'un moyen létal à disposition : 70%
 - Intensité du sentiment d'impuissance : 70%
 - Intensité du sentiment de culpabilité : 72%
 - La présence de facteurs de protection : 54%

✓ **Dépression****Tableau 21** : proportion de recherche de signes de dépression

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	2	4	[0.53-14.84]
OUI	44	96	[85.16-99.47]
Total Validés	46	100	-

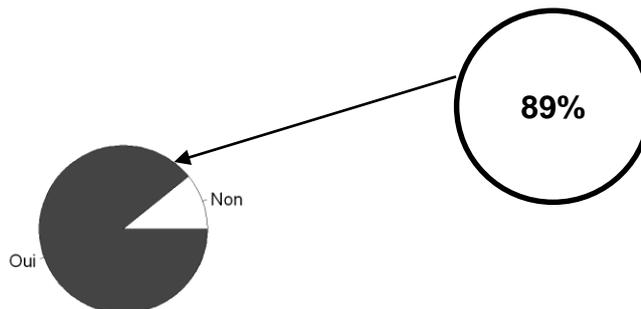
**Figure 23** : pourcentage de recherche de signes de dépression✓ **Souffrance psychique****Tableau 22** : proportion de recherche de signes de souffrance psychique

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	1	2	[0.06-11.53]
OUI	45	98	[88.47-99.94]
Total Validés	46	100	

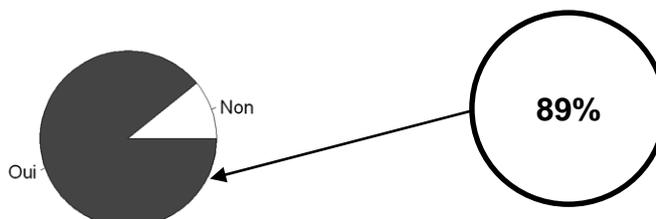
**Figure 24** : pourcentage de recherche de signes de souffrance psychique

✓ **Désespoir****Tableau 23** : proportion de recherche de l'intensité du sentiment de désespoir

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	5	11	[4.07-24.36]
OUI	41	89	[75.64-95.93]
Total Validés	46	100	

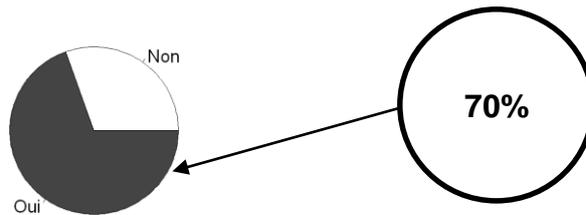
**Figure 25** : pourcentage de recherche de signes de désespoir✓ **Dévalorisation****Tableau 24** : proportion de recherche de signes de dévalorisation

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	5	11	[4.07-24.36]
OUI	41	89	[75.64-95.93]
Total Validés	46	100	

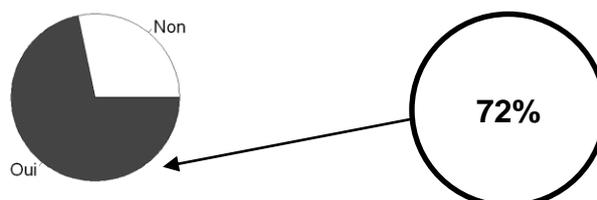
**Figure 26** : pourcentage de recherche de signes de dévalorisation

✓ **Impuissance****Tableau 25 : proportion de recherche de signes d'impuissance**

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	14	30	[18.2-45.92]
OUI	32	70	[54.08-81.8]
Total Validés	46	100	

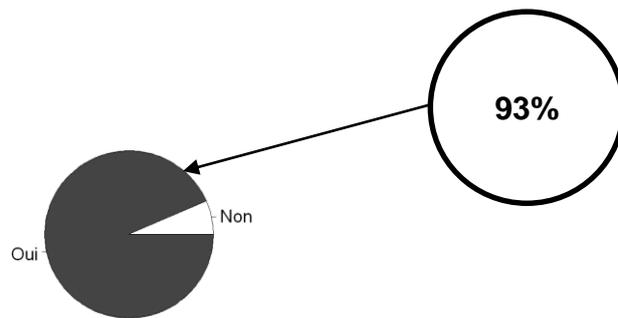
**Figure 27 : pourcentage de recherche de signes d'impuissance**✓ **Culpabilité****Tableau 26 : proportion de recherche de signes de culpabilité**

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	13	28	[16.46-43.68]
OUI	33	72	[56.32-83.54]
Total Validés	46	100	

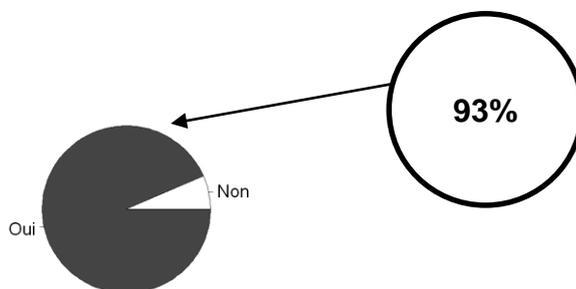
**Figure 28 : pourcentage de recherche de signes de culpabilité**

✓ Impulsivité**Tableau 27 : proportion de recherche de signes d'impulsivité**

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	3	7	[1.37-17.9]
OUI	43	93	[82.1-98.63]
Total Validés	46	100	

**Figure 29 : pourcentage de recherche de signes d'impulsivité**✓ Intentionnalité**Tableau 28 : taux de recherche du degré d'intentionnalité**

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	3	7	[1.37-17.9]
OUI	43	93	[82.1-98.63]
Total Validés	46	100	

**Figure 30 : pourcentage de recherche de signes d'intentionnalité**

✓ Evènement précipitant

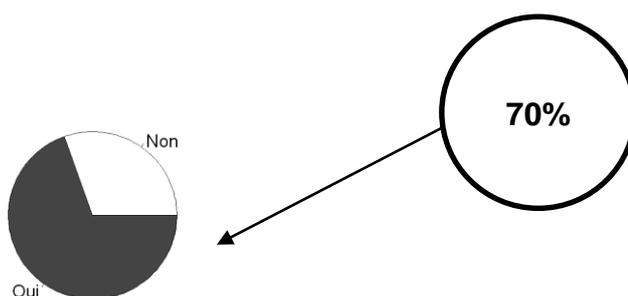
Tableau 29 : proportion de recherche d'évènement précipitant

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	0	0	[0-7.71]
OUI	46	100	[92.29-100]
Total Validés	46	100	

✓ Moyen létal à disposition

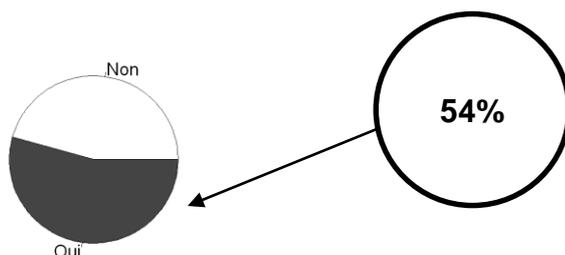
Tableau 30 : Proportion de recherche de moyens létaux à disposition

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	14	30	[18.2-45.92]
OUI	32	70	[54.08-81.8]
Total Validés	46	100	

Figure 31 : pourcentage de recherche de moyens létaux à disposition

✓ **Facteur de protection****Tableau 31 : Proportion de recherche de facteurs de protection**

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	21	46	[31.18-60.84]
OUI	25	54	[39.16-68.82]
Total Validés	46	100	

**Figure 32 : pourcentage de recherche de facteurs de protection**✓ **Entourage****Tableau 32 : proportion de recherche de la qualité de l'entourage**

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	7	15	[6.84-29.48]
OUI	39	85	[70.52-93.16]
Total Validés	46	100	

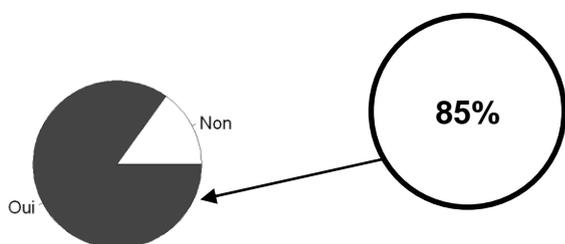
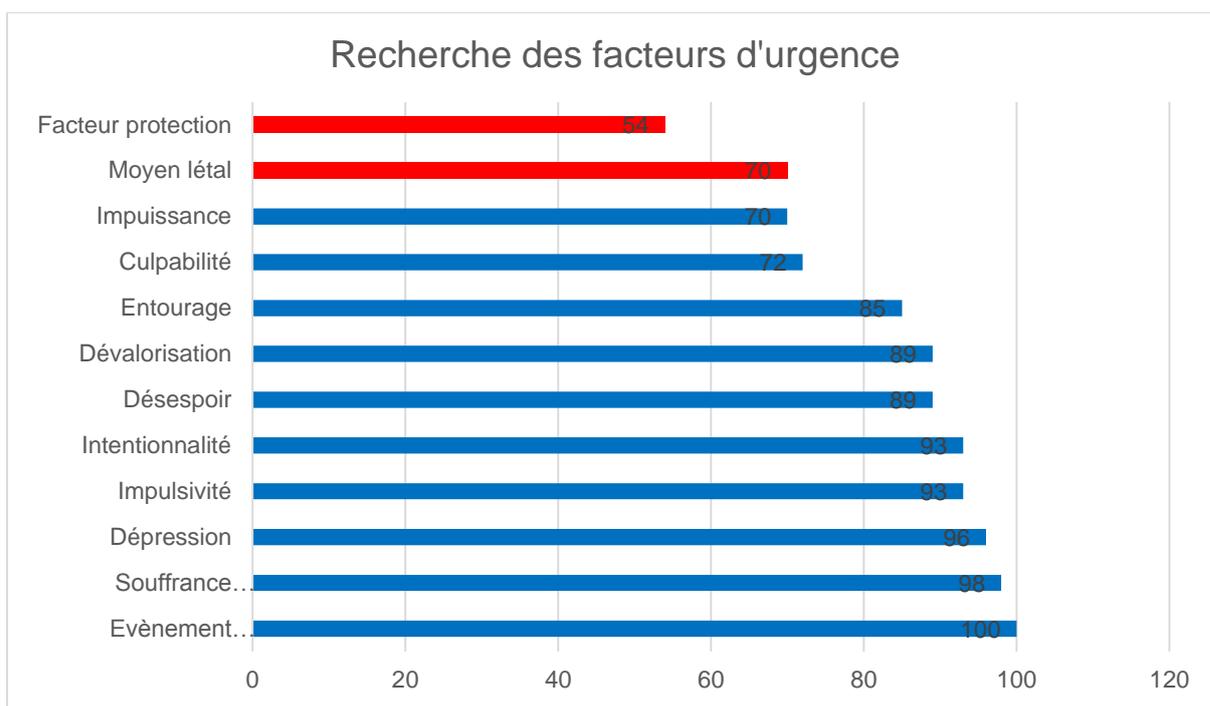
**Figure 33 : pourcentage de recherche de la qualité de l'entourage**

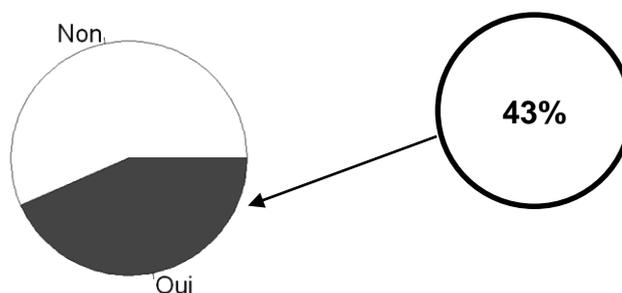
Figure 34 : Récapitulatif sous forme graphique

✓ **Temps nécessaire**

Seulement 43% des médecins pensent avoir le temps de rechercher les facteurs de risque et d'urgence ci-dessus.

Tableau 33 : Taux de médecin estimant avoir le temps pour l'examen clinique

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	26	57	[41.21-70.75]
OUI	20	43	[29.25-58.79]
Total Validés	46	100	

**Figure 35 : pourcentage de médecins estimant avoir le temps**

D. Prise en charge du patient en crise suicidaire

1. Coopération médecins généralistes/psychiatres

36,93% des médecins interrogés ont des difficultés à coopérer avec les psychiatres du secteur.

Tableau 34 : Prévalence des médecins généralistes ayant des difficultés à coopérer avec les psychiatres

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	29	63	[47.53-76.4]
OUI	17	37	[23.6-52.47]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

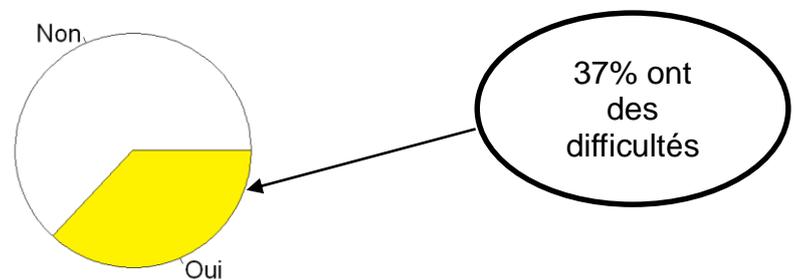


Figure 36 : pourcentage des médecins généralistes ayant des difficultés à coopérer avec les psychiatres

2. Structures et aides disponibles

54, 35% des personnes interrogées estiment **connaître les structures et aides disponibles pour la prise en charge du patient en crise suicidaire.**

Tableau 35 : Connaissance des médecins à propos des structures disponibles

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	21	46	[31.18-60.84]
OUI	25	54	[39.16-68.82]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

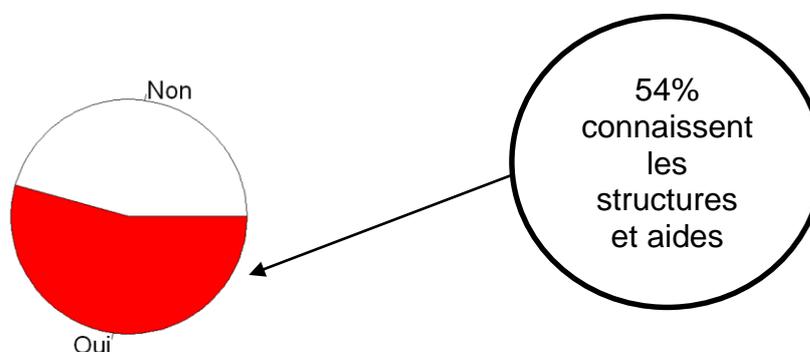


Figure 37 : pourcentage de médecins connaissant les aides et structures

3. Prise en charge d'un patient en ambulatoire

41,3% des médecins généralistes ont déjà décidé de **prendre en charge un patient suicidaire en ambulatoire.**

Tableau 36 : Prévalence des médecins décidant de prendre un patient en ambulatoire

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	27	59	[43.29-72.66]
OUI	19	41	[27.34-56.71]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

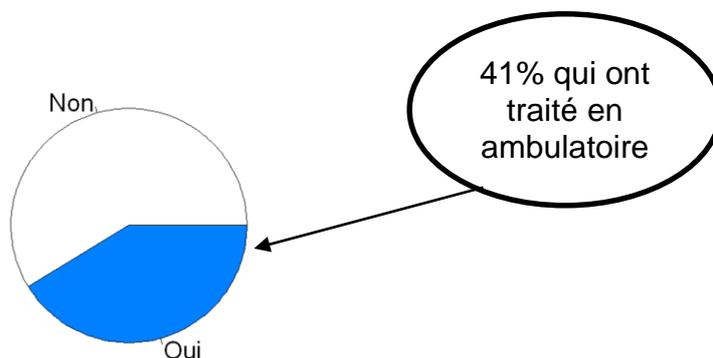


Figure 38 : pourcentage de médecins ayant déjà traités en ambulatoire

✓ **Rendez-vous repris et Délai du rendez-vous**

85% des médecins répondants **redonnent un rendez-vous** au patient suicidaire pour la majorité dans un délai allant de 2 à 7 jours :

- **2 à 3 jours : 31%**

- **3 à 7 jours : 47%**

Les rendez-vous dans un délai plus court ou au-delà de 7 jours sont moins fréquents :

- 7 jours : 19%

- 24 heures : 11%

- autres : 6%

Tableau 37 : prévalence des médecins redonnant un rendez-vous

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	6	15	[6.09-29.86]
OUI	35	85	[70.14-93.91]
Total Validés	41	100	
Valeurs manquantes	5		

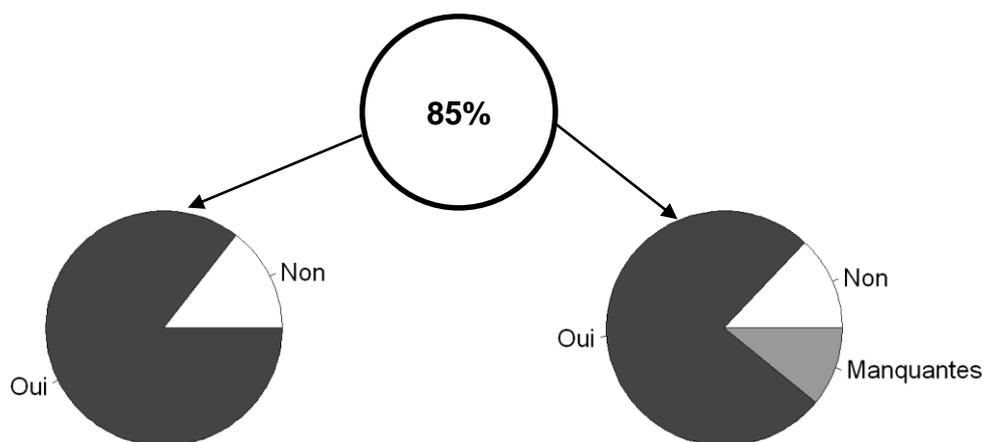


Figure 39 et 40 : Pourcentage de médecins redonnant un rendez-vous

Tableau 38 : pourcentage des rendez-vous donnés par délai

Rendez-vous à :	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
3 à 7 jours	17	47	[30.76-64.27]	36	10
2 à 3 jours	11	31	[16.92-48.27]	36	10
7 jours	7	19	[8.8-36.57]	36	10
1 jour	4	11	[3.11-26.06]	36	10
autres	2	6	[0.68-18.66]	36	10

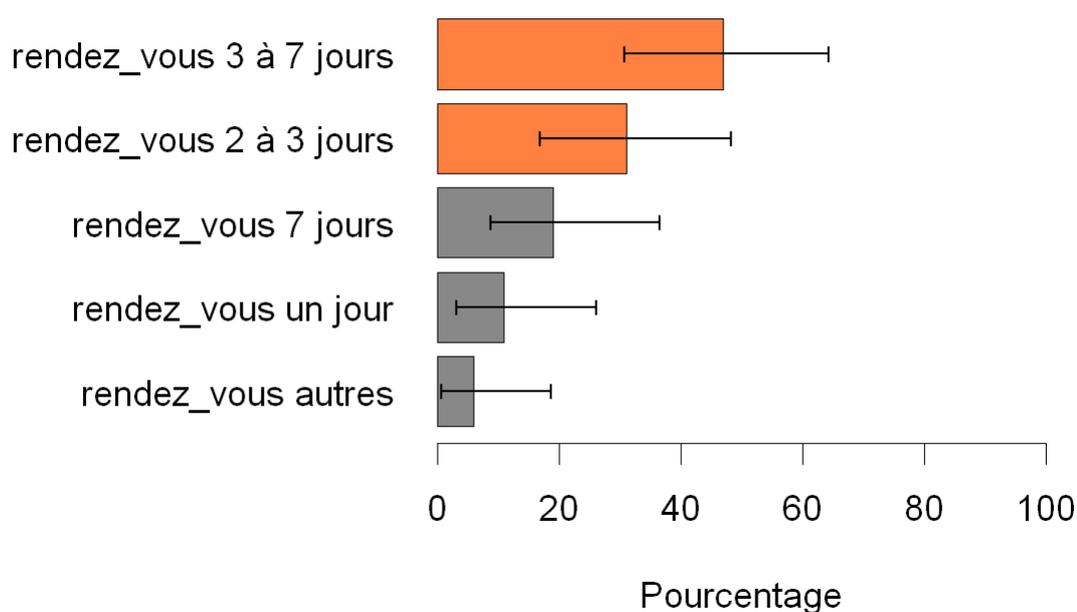


Figure 41 : pourcentage des rendez-vous donnés par délai

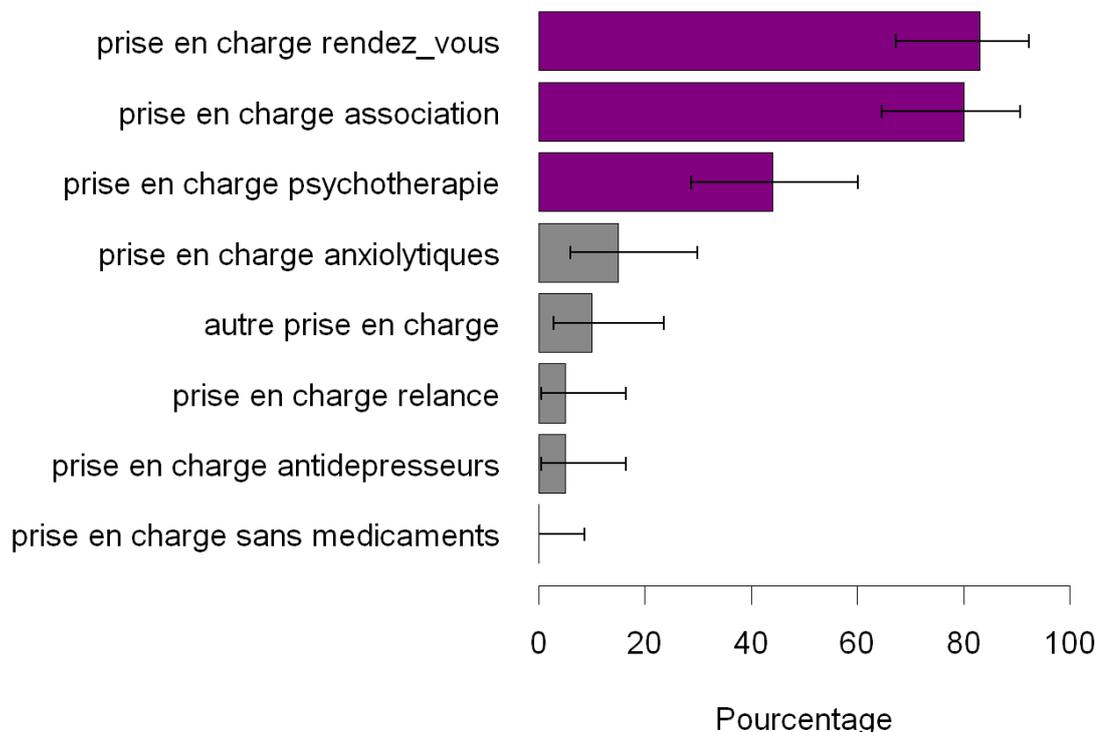
✓ **Type de prise en charge en ambulatoire**

La majorité des médecins généralistes intègre dans leur prise en charge l'association d'un **traitement anxiolytique et antidépresseur** (80%) avec des **rendez-vous de consultation répétés** (83%), **44% une psychothérapie**. Le reste des pourcentages est moins représenté ; parmi les répondants :

- 0% décident de prendre en charge sans médicament.
- 15% avec des anxiolytiques seuls.
- 5% avec des antidépresseurs seuls.
- 5% une relance.

Tableau 39 : Type de prise en charge en ambulatoire

Type de prise en charge	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Rendez-vous répétés	34	83	[67.35-92.3]	41	5
Association anxiolytiques/antidépresseurs	33	80	[64.63-90.63]	41	5
Psychothérapie	18	44	[28.82-60.11]	41	5
Anxiolytiques	6	15	[6.09-29.86]	41	5
Autres	4	10	[2.79-23.66]	41	5
Antidépresseurs	2	5	[0.6-16.53]	41	5
Relance	2	5	[0.6-16.53]	41	5
Sans médicament	0	0	[0-8.6]	41	5

Figure 42 : Type de prise en charge en ambulatoire

4. Demande d'une aide complémentaire

100% des médecins répondants demandent une aide complémentaire, en grande majorité, auprès d'un confrère psychiatre plutôt qu'un psychologue :

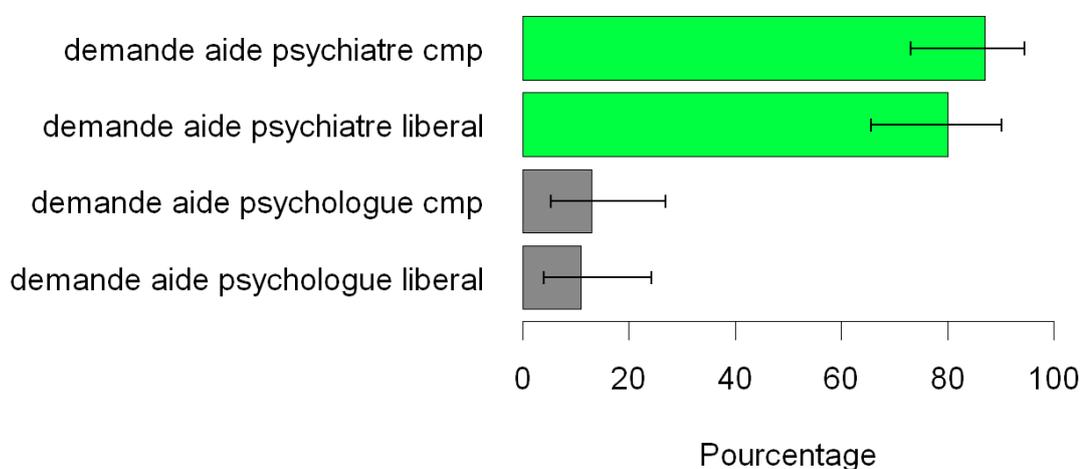
- 87% auprès d'un psychiatre de Centre médico-psychologique.
- 80% auprès d'un psychiatre libéral.
- 13% auprès d'un psychologue de Centre médico-psychologique.
- 11% auprès d'un psychologue libéral.

Tableau 40 : Proportion de médecins demandant une aide complémentaire

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	0	0	[0-7.71]
OUI	46	100	[92.29-100]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

Tableau 41: pourcentage des différentes aides demandées

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Demande aide psychiatre CMP	40	87	[73.05-94.58]	46	0
Demande aide psychiatre libéral	37	80	[65.62-90.14]	46	0
Demande aide psychologue CMP	6	13	[5.42-26.95]	46	0
Demande aide psychologue libéral	5	11	[4.07-24.36]	46	0

Figure 43 : pourcentage des différentes aides demandées

✓ **Orientation du patient lors de la nécessité d'une hospitalisation**

Lors du choix d'une structure d'hospitalisation les médecins généralistes sont:

- à 100% à choisir une hospitalisation en psychiatrie.
- à 39,13% à transférer dans un service d'accueil des urgences (SAU).
- à 4,35% à transférer dans une clinique privée.
- à 15,22% à demander un avis psychiatrique préalable avant d'hospitaliser.

Tableau 42 : Proportion du choix d'hospitalisation en Psychiatrie

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	0	0	[0-7.71]
OUI	46	100	[92.29-100]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

Tableau 43 : Proportion du choix d'hospitalisation en SAU

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	28	61	[45.39-74.54]
OUI	18	39	[25.46-54.61]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

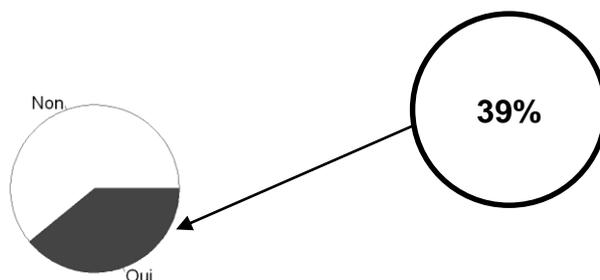
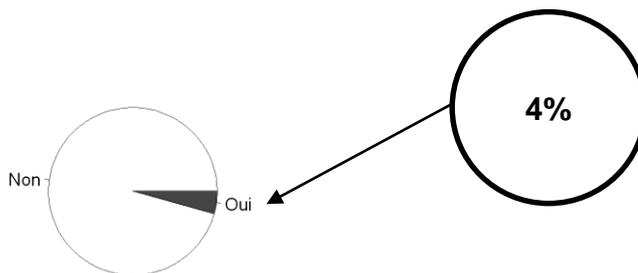


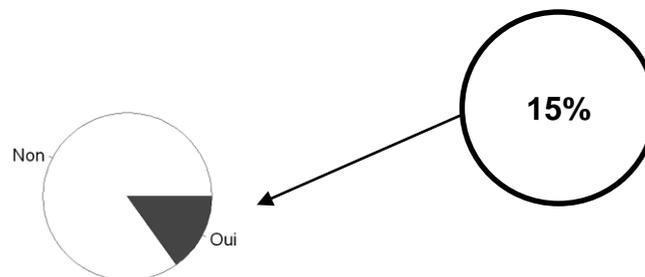
Figure 44 : pourcentage du choix d'hospitalisation en SAU

Tableau 44 : proportion du choix d'hospitalisation en clinique privée

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	44	96	[85.16-99.47]
OUI	2	4	[0.53-14.84]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

**Figure 45 : pourcentage du choix d'hospitalisation en clinique privée****Tableau 45 : proportion du choix d'un avis Psychiatrique avant l'hospitalisation**

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	39	85	[70.52-93.16]
OUI	7	15	[6.84-29.48]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

**Figure 46 : pourcentage du choix d'un avis psychiatrique préalable**

✓ **Association de la famille**

93,48% des médecins associent la famille à la prise en charge.

Tableau 46 : proportion des praticiens associant la famille

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	3	7	[1.37-17.9]
OUI	43	93	[82.1-98.63]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

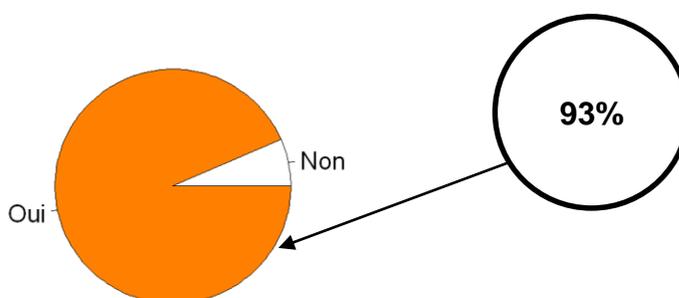


Figure 47 : pourcentage de médecins associant la famille

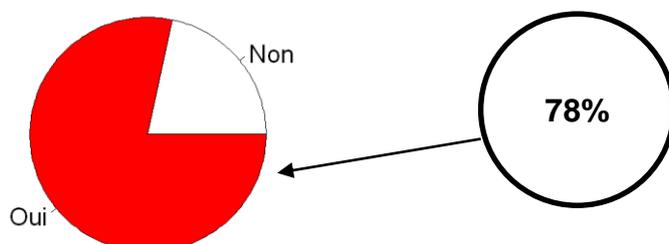
✓ **Connaissance des mesures d'hospitalisation sous contraintes**

78,26% des médecins généralistes disent avoir connaissance des mesures d'hospitalisation sous contrainte.

Tableau 47 : proportion de praticiens ayant connaissance des mesures sous contrainte

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	10	22	[11.45-36.76]
OUI	36	78	[63.24-88.55]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

Figure 48 : pourcentage de médecins connaissant les mesures sous contrainte



✓ **Causes de suicide selon les médecins du Ternois**

Tableau 48 : pourcentage des différentes causes de suicide selon les praticiens du Ternois

	Effectif	Pourcentage
Alcool, chômage, condition socio-économique, climat, ruralité, isolement.	30	77
Défaut communication entre médecin généralistes et psychiatres; difficultés de prise en charge en dehors d'une hospitalisation	1	2
Hospitalisation en urgence uniquement à Saint Venant; délai d'attente des rendez-vous trop long	1	2
Aucune idée	2	5
Couverture trop faible en moyens psycho-médicaux, ruralité et solitude, l'individualisme et l'égoïsme de la société	1	2
Délai de prise en charge en charge	1	2
Difficultés à avoir rdv avec psychiatres, contexte économique, patients peu expressifs, manque de temps pour les médecins	1	2
Le patient qui veut vraiment se suicider réussi et ne va pas voir le médecin	1	2
Longueur de prise en charge	1	2
Manque d'entourage énergique familial qui n'a pas compris le danger	1	2
Manque de prise au sérieux des patients en détresse par le personnel soignant	1	2
Total. Valide	41	100
Manquante	5	-

Lorsque l'on pose la question aux praticiens, ils sont 77% à répondre que les causes de suicide dans le Ternois sont l'alcool, le chômage, la condition socio-économique, le climat, la ruralité.

✓ **Formation théorique**

36,96% des médecins généralistes estiment que leur formation théorique sur la question du suicide est suffisante.

Tableau 49 : proportion des médecins estimant avoir une formation théorique suffisante

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
NON	29	63	[47.53-76.4]
OUI	17	37	[23.6-52.47]
Total Validés	46	100	
Valeurs manquantes	0		

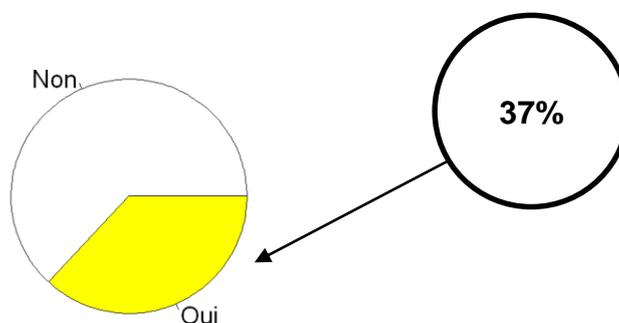


Figure 49 : proportion des médecins estimant avoir une formation théorique suffisante

✓ **Quelles sont les attentes des médecins sur la formation théorique**

Tableau 50 : pourcentage des différentes attentes des praticiens pour améliorer leurs formations

	Effectif	Pourcentage
Des documents de prise en charge	5	23
FMC (formation médicale continue)	4	19
Faire des EPU (enseignements post-universitaires)	3	14
échelle évaluation pratique, prise en charge optimale sur appel téléphonique direct à un correspondant psychiatre	3	14
actualisation des avancées thérapeutiques et des structures	1	5
Centre de type CAC comme à Lille (ados et adultes)	1	5
la théorie colle rarement à la réalité	1	5
On peut toujours apprendre	1	5
Pas d'attentes car médecin en retraite actif, trop tard pour faire des formations	1	5
Sensibilisation, formation, échelles, repérage des personnes à risque, actes long mieux rémunérés, apprendre la TCC	1	5
Total. Valide	21	100
Manquante	25	-

Les attentes des médecins sur leur formation théorique sont principalement :

- des demandes de documents pour la conduite à tenir sur la prise en charge : 23%.
- des formations médicales continues (FMC) : 19%.
- des enseignements post-universitaires (EPU) : 14%.
- des échelles d'évaluations et possibilité d'appeler le médecin psychiatre directement : 14%

IV. Comparaison par rapport à l'objectif secondaire

Parmi les 46 médecins généralistes interrogés, 31 acceptent l'outil simple et validé qui a été créé. Sur les conseils de la Plateforme méthodologique, il est intéressant, étant donné l'objectif secondaire, de proposer un outil validé, de comparer les caractéristiques des médecins acceptant l'outil et ceux le refusant.

✓ Caractéristiques principales

Tableau 51 : Caractéristiques principales des 31 médecins généralistes acceptant l'utilisation d'outil validé par comparaison aux médecins refusant. (pourcentage)

Médecins	Sexe masc.	Moyenne d'âge	Durée D'exercice	Expérience crise suicidaire	Expérience mort patient par suicide	Difficultés face à un patient suicidaire	Utilisation d'une échelle d'évaluation
OUI	81	54.81	24.42	100	97	74	0
NON	93	56.8	28.93	100	93	53	0
Valeurs manquantes	0	0	0	0	0	0	0

Les médecins acceptant l'outil sont à 81% de sexe masculin.

Les médecins favorables ont une moyenne d'âge légèrement plus basse à 54,8 ans (contre 56,8 ans) et en parallèle une durée d'exercice plus basse de 24,42 ans (contre 28,9 ans).

Qu'ils acceptent ou non l'outil, ils sont à 100% à avoir l'expérience d'un patient en crise suicidaire et la majorité à avoir été confrontés au décès d'un patient suicidaire (97% pour les médecins favorables contre 93%).

Les médecins défavorables à l'outil sont 53% à avoir des difficultés devant un patient suicidaire. C'est sensiblement 20% de moins que les médecins favorables qui sont 74% à répondre positivement.

Il n'y a aucun médecin qui utilise une échelle d'évaluation quel que soit son profil.

✓ **Ressenti des médecins**

Tableau 52 : Caractéristiques du ressenti des 31 médecins généralistes acceptant l'utilisation d'outil validé par comparaison aux médecins refusant lors de la mort d'un patient par suicide (pourcentage)

	culpabilité	tristesse	détachement	impuissance	acceptation
OUI	20	73	7	67	43
NON	14	50	14	79	50
Valeurs manquantes	2	2	2	2	2

Les médecins acceptant l'outil ont des sentiments plus négatifs à leur égard par rapport aux praticiens défavorables :

- 20% ont un sentiment de culpabilité contre 14%.

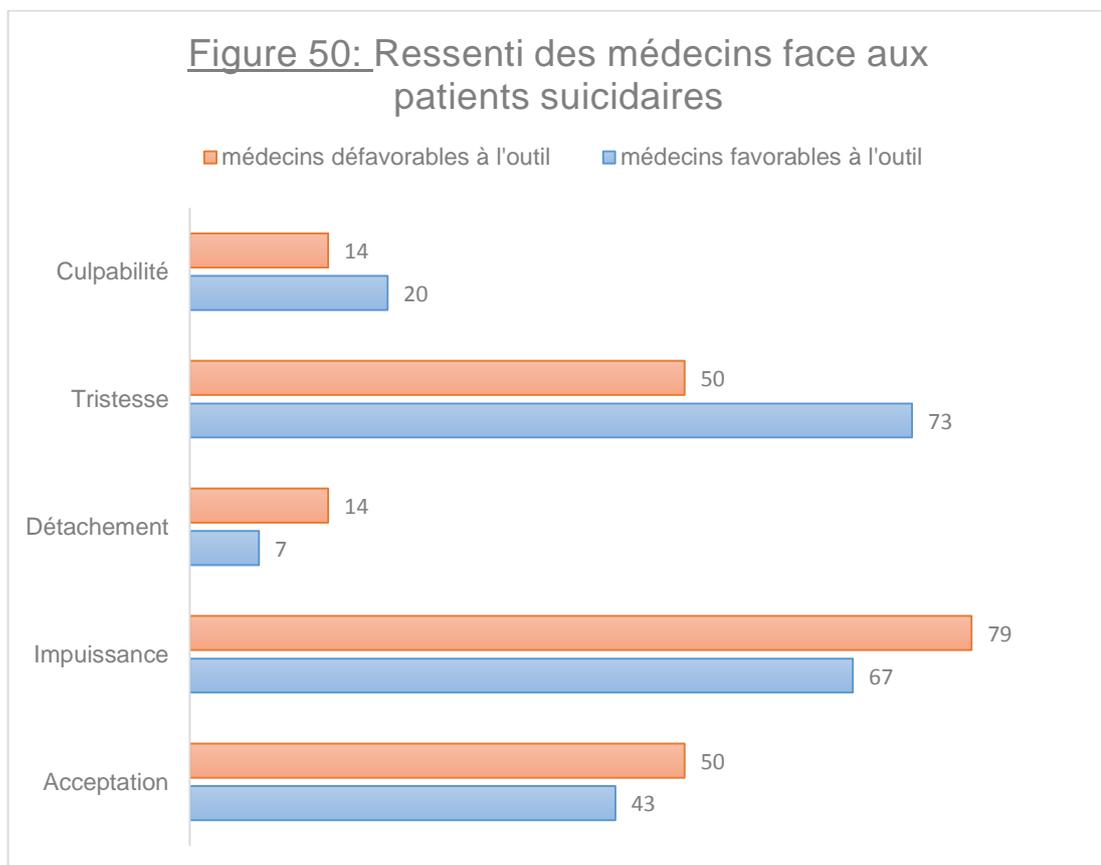
- 73% ressentent de la tristesse contre 50%.

Il en ressort, pour les médecins défavorables, des sentiments différents par rapport aux praticiens acceptant l'outil :

- 14% sont détachés contre 7%.

- 79% se sentent impuissants contre 67%.

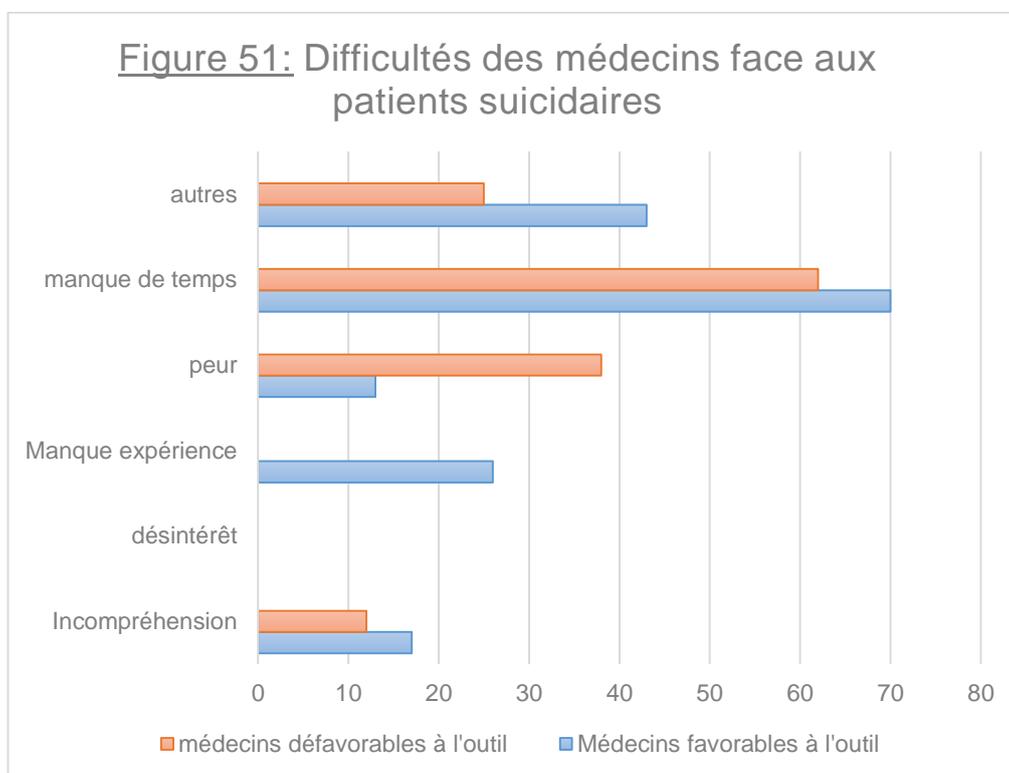
- 50% acceptent le décès contre 43%.



✓ **Raisons des difficultés devant un patient suicidaire**

Tableau 53 : Caractéristiques des difficultés des 31 médecins généralistes acceptant l'utilisation d'un outil validé par comparaison aux médecins le refusant devant la mort d'un patient par suicide (pourcentage)

	incompréhension	Désintérêt	Manque d'expérience	Peur	Manque de temps	Autres
OUI	17	0	26	13	70	43
NON	12	0	0	38	62	25
Valeurs manquantes	15	15	15	15	15	15



✓ Profil de la prise en charge

Tableau 54 : Pourcentages permettant de comparer les prises en charge en fonction de l'acceptation ou non de la plaquette proposée

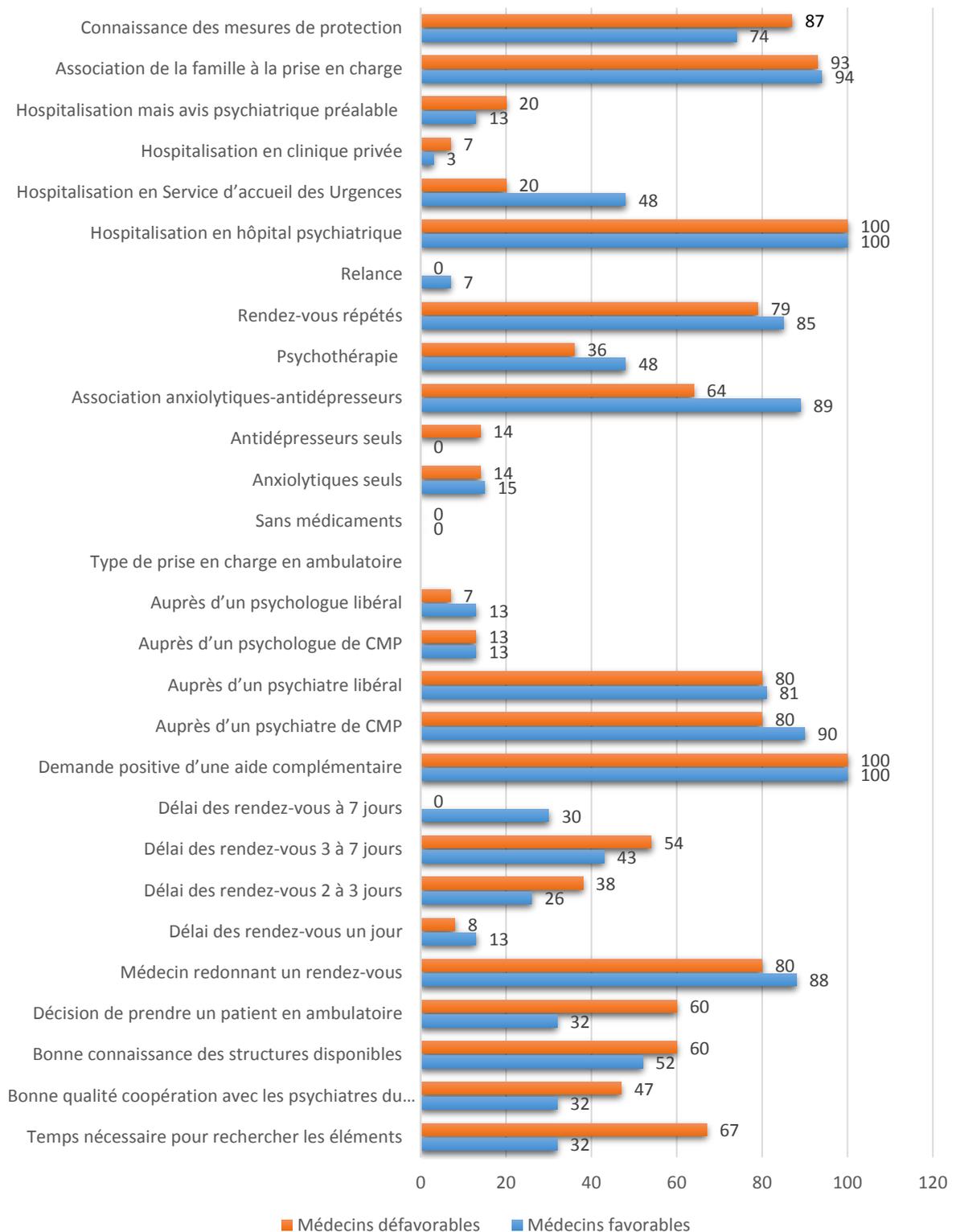
Comparatif des prises en charge en fonction de l'acceptation de l'outil validé		
	Médecins favorables (%)	Médecins défavorables (%)
Temps nécessaire pour rechercher les éléments	32	67
Bonne qualité coopération avec les psychiatres du secteur	32	47
Bonne connaissance des structures disponibles	52	60
Décision de prendre un patient en ambulatoire	32	60
Médecin redonnant un rendez-vous	88	80
Délai des rendez-vous un jour	13	8
Délai des rendez-vous 2 à 3 jours	26	38
Délai des rendez-vous 3 à 7 jours	43	54
Délai des rendez-vous à 7 jours	30	0
Demande positive d'une aide complémentaire	100	100
Auprès d'un psychiatre de CMP	90	80
Auprès d'un psychiatre libéral	81	80
Auprès d'un psychologue de CMP	13	13
Auprès d'un psychologue libéral	13	7

	Médecins favorables	Médecins défavorables
Type de prise en charge en ambulatoire: Sans médicaments	0	0
Anxiolytiques seuls	15	14
Antidépresseurs seuls	0	14
Association anxiolytiques-antidépresseurs	89	64
Psychothérapie	48	36
Rendez-vous répétés	85	79
Relance	7	0
Hospitalisation en hôpital psychiatrique	100	100
Hospitalisation en Service d'accueil des Urgences	48	20
Hospitalisation en clinique privée	3	7
Hospitalisation mais avis psychiatrique préalable	13	20
Association de la famille à la prise en charge	94	93
Connaissance des mesures de protection	74	87

Toutes les données ne sont pas pertinentes à exploiter. En voici les plus intéressantes :

- ✓ Les médecins favorables à l'outil ont plus de difficultés à gérer le temps pour la recherche des critères de potentialité suicidaire : 32% contre 67%.
- ✓ Les médecins défavorables à l'utilisation de l'outil sont à 60% à avoir décidé de prendre en charge un patient en ambulatoire. Avec un recours moins important à la psychothérapie et à la technique de relance. Ils sont également moins à hospitaliser en service des Urgences que les médecins acceptant l'outil.

Figure 52: Prise en charge du patient en crise suicidaire



DISCUSSION

Malgré une incidence faible par rapport à d'autres pathologies diagnostiquées en médecine générale, la pathologie suicidaire suscite un vif intérêt auprès des professionnels de santé libéraux. Cela se reflète en effet dans **le taux de réponse de 60,5%**.

Notre étude montre que **tous les médecins généralistes interrogés** ont été confrontés à un patient en crise suicidaire et **la majorité à la mort d'un patient par suicide**. Ils sont 67% à être en difficulté pour en évaluer la gravité.

Devant ces contraintes, le médecin généraliste a tendance à opter pour une prise en charge hospitalière plutôt qu'ambulatoire. Il opte pour une hospitalisation en psychiatrie ou dans un service d'accueil des urgences.

Quand une prise en charge ambulatoire est envisagée, trois modes de traitement sont mis en avant :

- la prise en charge médicamenteuse par l'association anxiolytiques/antidépresseurs.
- La psychothérapie
- les rendez-vous répétés à moins de 7 jours.

Quant aux échelles d'évaluation disponibles, la réponse est univoque : ils sont 100% à ne pas les utiliser.

L'un des points positifs est que, dans la globalité, les médecins recherchent tous les critères d'évaluation du « R-U-D ». Lorsque l'on observe en détail, certains sont moins recherchés que d'autres : la perte parentale précoce, les moyens létaux à disposition et les facteurs de protection.

Malgré une démographie médicale faible en praticiens généralistes et en psychiatres, la coopération entre les deux spécialités est de qualité. Les généralistes émettent d'ailleurs leurs souhaits d'une aide systématique auprès d'un psychiatre libéral ou de CMP.

Un problème récurrent en Médecine Générale ressort dans notre étude : le temps de consultation. La moyenne est en effet de 15 minutes par patient, durée courte pour évaluer de manière optimale un patient suicidaire. Cela se reflète dans la réponse où 57% des médecins estiment ne pas avoir le temps de rechercher tous les critères de La Conférence de Consensus.

Comment faire pour améliorer les points négatifs et perfectionner les points positifs ? A savoir :

- faciliter l'évaluation du patient suicidaire face à une difficulté incontournable : le temps.

- améliorer davantage la recherche des critères de potentialité suicidaire.

- renforcer la qualité de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres.

L'idée est de créer une plaquette d'information reprenant les principaux critères de la conférence de consensus et les principaux contacts à prévenir. Ce qui permet une évaluation plus rapide et plus efficace.

I. L'étude

A. Les points forts

- **Le sujet de l'étude** : Le suicide est un thème d'actualité qui sensibilise tous médecins.
- **Le taux de réponse** : Un taux de réponse de 60,5% est le reflet d'une bonne coopération entre les médecins généralistes et les psychiatres du secteur.
- L'utilisation pour le questionnaire **d'un outil validé**, le « RUD ». Cela a permis d'analyser les pratiques de praticiens dans un secteur fortement touché par le suicide. Cet outil est également dans notre objectif secondaire, qui est de proposer une plaquette d'information pour faciliter l'examen clinique.
- Le remplissage de **bonne qualité** par les médecins : Il existe très peu de valeurs manquantes.
- Le **rôle préventif** de notre travail de recherche : le simple fait, d'avoir participé à l'Etude, d'avoir pris connaissance du questionnaire et pour la majorité d'y avoir répondu, constitue en soi un moyen de prévention.

L'Etude aura nous le pensons permis une prise de conscience, une sensibilisation des médecins sur la question du suicide.

B. Les limites

- **Le nombre de médecins inclus** au début de l'étude : il a été décidé d'effectuer une analyse sur le secteur psychiatrique du Ternois. En dépit d'un recrutement de médecins hors secteur, le nombre de praticiens inclus reste faible: 76 au total. Cette situation rend l'étude intéressante pour une statistique descriptive mais peu puissante pour une statistique bivariée.

En effet, pour un test bivarié, on demande au moins 25 sujets par groupe pour que le test soit pertinent. Dans notre étude on présente un groupe à 15 sujets et l'autre à 31. Nous n'étions donc pas assez puissants. On ne pouvait pas réaliser de test paramétrique, ce qui rendait encore plus difficile à mettre en évidence une différence, même si elle existe.

- **Le questionnaire** : L'étude porte à la fois sur l'évaluation et la prise en charge du patient suicidaire. La raison est de proposer l'outil d'aide au praticien imaginé avec mon directeur de thèse (annexe 3) ; notre souhait étant d'aider sur les deux plans : examen et thérapeutique.

Ce « double objectif en un » augmente la taille du questionnaire. Même si celui-ci se remplit rapidement, l'analyse des données est importante.

II. Une disparité dans la démographie médicale

L'âge moyen, dans notre étude, **est de 55 ans**. Comparativement les chiffres nationaux montrent un âge moyen de **52 ans**, et les chiffres de la région Nord-Pas-de-Calais **51 ans**.(65)

Dans l'étude la **durée moyenne d'exercice est de 25 ans**.

Dans notre enquête, 85% des médecins répondant sont des hommes.

La population étudiée est donc non représentative de la population médicale régionale et nationale, celle-ci étant plus âgée et masculine.

- ***Comment expliquer ce profil dans notre étude ?***

Le secteur du Ternois est touché par la désertification médicale en soins primaires, comme le prouve une étude de L'Agence Régionale de santé. Six cantons sont des zones dites en difficulté. Finalement, le secteur suit la tendance du manque d'attrait des jeunes médecins diplômés pour l'exercice de la médecine libérale.

Le Ternois, avec un taux important d'agriculteurs exploitants, offre une pratique médicale semi- rurale, voire rurale. Beaucoup de praticiens sont installés seuls, ce qui représente un manque d'attrait pour les jeunes médecins qui souhaitent désormais travailler en groupe. Cette activité rurale attire peu les femmes médecins en général.

Désertification médicale, certes, mais nous pouvons parler de désertification au sens large du terme. Il existe effectivement un manque d'attrait pour le jeune médecin, là où il n'existe pas d'autre structure implantée (boulangerie, pharmacie, poste, etc...).

Le secteur du Ternois est touché par le phénomène de précarité. Le prouve les réponses ouvertes aux médecins qui sont 77% à annoncer que la précarité est responsable en partie des comportements suicidaires. En effet, l'alcool, le chômage, les conditions socio-économiques, le climat, la ruralité et l'isolement sont intégrées dans cette notion de précarité.

III. Une évaluation du risque suicidaire qui suit le « RUD »

La partie du questionnaire portant sur l'évaluation du risque suicidaire est construite selon les recommandations officielles de La Haute Autorité de Santé. A savoir, la recherche :

- des facteurs de risque.
- des facteurs d'urgence.
- la dangerosité.

A. Les facteurs de risque

Dans leur globalité, les résultats sont positifs puisque les médecins généralistes recherchent lors de leurs examens cliniques **tous les facteurs de risque et d'urgence à plus de 50%.**

Les facteurs les plus recherchés (à plus de 90%) sont les antécédents personnels psychiatriques et de suicide, les événements de vie négatifs et les problèmes professionnels.

✓ **Des antécédents personnels primordiaux à rechercher**

Il est en effet logique de rechercher des antécédents personnels de tentative de suicide. **On estime que le risque de récurrence est important dans les 12 mois qui suivent le geste.**(66)(67)

Il est donc indispensable de mettre en place un suivi à court/moyen terme des patients ayant réalisé un geste suicidaire, pour éviter les récurrences, et ce, d'autant plus chez les sujets à haut risque.(68)

B. Les facteurs d'urgence

Les antécédents personnels psychiatriques, notamment de dépression et de toxicomanie sont majoritairement retrouvés dans l'examen clinique et ce à juste titre.

Les sujets avec syndrome dépressif ont en effet un risque de décès par suicide **vingt fois plus important** par rapport à la population générale.(69)

Les sujets, aux antécédents d'abus de substances toxiques ou d'alcool de manière aiguë ou chronique, ont un risque important de conduites suicidaires.(70)

La notion de comportement impulsif est majoritairement recherchée par les médecins. Il est effectivement indispensable d'évaluer le caractère impulsif du patient, celui-ci sous-tendant un risque majeur de tentative de suicide.(71)(72)(73)

Certains écrits évoquent une transmission de ces comportements auto-agressifs et impulsifs définissant **un phénotype comportemental prédictif d'attitude suicidaire.**(74)

IV. Certains facteurs moins recherchés

On sait dorénavant que le processus de crise suicidaire est complexe et nécessite la recherche d'un ensemble de facteurs qui permettent d'évaluer l'urgence de la situation. Parmi ces facteurs définis, certains sont moins recherchés :

- Les moyens létaux à disposition.
- Les facteurs protecteurs.
- La perte parentale précoce

A. Des moyens létaux indispensables à rechercher

Il est désormais admis que le moyen léthal à disposition fait parti des facteurs indispensables à rechercher. Dans notre étude, celui-ci est moins évoqué lors de l'examen du patient suicidaire. **En effet le reflet global des recherches antérieures est que ce facteur a longtemps été considéré comme précipitant le geste suicidaire.**

L'un des plus importants moyens létaux est **l'arme à feu**. Tout sexe confondu, elle est l'un des premiers choix pour le geste ultime. Celle-ci est présente dans de nombreux foyers du secteur du Ternois. Les agriculteurs représentent une catégorie professionnelle à risque utilisant préférentiellement, le cas échéant, ce mode de suicide.(75)

Il est important de changer les mentalités des médecins à ce sujet. Rechercher le moyen léthal à disposition n'est pas un facteur précipitant mais bien un facteur permettant de prévenir l'apparition du geste suicidaire. (76)

B. Les facteurs protecteurs

Un facteur de protection peut être défini comme une caractéristique qui agit contre le développement d'une pathologie psychiatrique malgré la présence de facteurs de risque.

Il convient de rechercher, lors de l'examen clinique, des événements de vie positifs et des capacités adaptatives témoignant de l'aptitude du sujet à mobiliser des ressources individuelles pour éviter le geste suicidaire.

Les facteurs de protection sont un ensemble de caractéristiques à rechercher. Ils ne doivent pas être pris en compte de manière individuelle mais intégrés à un ensemble de signes.

Les principaux facteurs de protection sont :

- le soutien de la famille et des relations sociales.
- la présence d'un proche, d'un conjoint.
- les croyances religieuses.
- la responsabilité familiale.

C. La perte parentale précoce

Ces facteurs ne sont recherchés **qu'à 54%** lorsque la question est posée directement. Mais ils sont intégrés dans les facteurs de risque et d'urgence précédemment cités :

- l'isolement social.
- la qualité de l'entourage proche.

Dans les événements de vie précoces retrouvés dans la genèse du passage à l'acte suicidaire, on retrouve également :

- des relations parentales non adaptées (violence, rejet, excès d'autorité).
- la maltraitance (négligence, abus sexuels).
- les séparations traumatiques (deuil, placements).(2)

Tous ces facteurs sont compliqués et délicats à rechercher dans le détail lors d'un examen psychiatrique en urgence. Un des facteurs est sans conteste un générateur de tentatives de suicides ultérieures : la **maltraitance durant l'enfance**.(77)

V. Des praticiens en difficulté

96% des praticiens ont été confrontés à la mort d'un patient par suicide. Les deux ressentis principaux sont **l'impuissance** et la **tristesse**.

L'impuissance (70%) renvoie à une notion de fatalité pour le médecin.

La tristesse (66%) prédomine et prouve l'empathie que le médecin manifeste pour son patient.

Le sentiment de culpabilité est peu représenté : 18% ; ce qui contraste avec les études qui montre la prédominance de ce sentiment chez les médecins.(78)

67% des médecins interrogés sont en difficulté face à un patient suicidaire malgré une durée d'exercice prouvant une certaine expérience.

A. Un problème récurrent en médecine générale : le temps de consultation

Le secteur du Ternois est touché par le phénomène de désertification médicale. Les médecins généralistes ont la mission difficile d'avoir la charge d'un grand bassin de population. Le nombre de demandes de consultations quotidiennes fait du temps, en médecine générale, un élément précieux.

L'examen psychiatrique est un examen long, précis et quelque peu différent de la sémiologie somatique dont nous avons l'habitude. L'évaluation du patient en crise suicidaire en est un exemple. Les critères de l'HAS dressent une liste de critères à rechercher pour évaluer le degré d'urgence. Cette liste n'est, bien entendu, pas exhaustive et ne suffit pas pour apprécier la souffrance du patient. C'est une prise en charge dans la globalité qui doit être effectuée.

Le temps est un problème récurrent dans les réponses au questionnaire. Les médecins généralistes sont **57%** à répondre qu'ils n'ont pas le temps nécessaire pour rechercher les critères validés.

Cette notion se retrouve dans les raisons des difficultés face au patient en crise suicidaire. Parmi les **67%** de médecins ayant des difficultés avec un patient suicidant, la notion de manque de temps s'y retrouve.

Cette notion de temps dans l'examen du patient suicidaire peut s'extrapoler à l'examen du patient ayant une pathologie mentale. En effet une étude montre que les médecins généralistes estiment que ce type de patients impose d'avantage de temps, de soins et de rendez-vous répétés.(79)

B. Des médecins généralistes en demande d'aide

1. Des échelles d'évaluation non adaptées

A travers les réponses au questionnaire, la demande d'aide pour améliorer l'examen du patient suicidant est bien représentée. Bien qu'il existe plusieurs dizaines de grilles d'évaluation du risque suicidaire, ces outils d'aide décisionnelle ne semblent pas adaptés à la pratique de la médecine générale. En effet, **100%** des médecins du Ternois n'utilisent aucune échelle validée.

Cependant, à la question de l'idée de l'utilisation d'un outil validé pour une aide à la prise en charge, ils sont **67%** à répondre favorablement.

Les outils d'évaluation, quels qu'ils soient, sont des aides au jugement du praticien qui doit rester avant tout clinique. Selon un ouvrage de 1999, une bonne évaluation du risque suicidaire passe également par une relation de confiance entre le patient et le médecin. C'est justement le rôle du médecin de famille.(80)

L'un des rôles du médecin généraliste est de permettre dans la mesure du possible une prise en charge en ambulatoire pour la plupart des pathologies. Ils sont **59%** à être réticents pour un patient en crise suicidaire.

Dans le cas où une prise en charge en ambulatoire est décidée, la majorité des médecins utilisent comme thérapie une association de psychotropes anxiolytiques et antidépresseurs avec des rendez-vous de consultations répétés dans un délai court (moins d'une semaine).

D'après le rapport de 2005 « Plan Santé Mentale », 75% des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques sont faites par les médecins généralistes.(81)

2. La prescription de psychotropes doit-elle être systématique ?

La décision est difficile à prendre si celle-ci se base uniquement sur notre questionnaire. Certes, les psychotropes sont souvent utilisés, mais il convient de remettre la thérapeutique dans un contexte clinique. Prescrire ces médicaments est l'aboutissement d'une évaluation mentale préalable du patient. Ils ne sont cependant pas dénués de risque.

- **Les anxiolytiques : la classe des benzodiazépines**

Les médecins interrogés ne sont que 15% à utiliser des anxiolytiques seuls. Par leurs effets désinhibiteurs, potentialisés par l'alcool, le risque d'auto-agressivité est augmenté.

- **Les antidépresseurs**

De nombreuses études concluent à un effet de réduction du risque suicidaire avec les antidépresseurs chez les patients présentant un état dépressif caractérisé.(82)

Il convient cependant de préciser quelques notions : **dans la tranche d'âge des adolescents et des jeunes adultes, il existerait une augmentation du risque suicidaire avec la prescription d'antidépresseurs.** (83)

Il est donc important d'évaluer l'intérêt d'un traitement psychotrope et en particulier antidépresseur.

3. Un avis spécialisé systématique

La pathologie suicidaire et plus largement la Psychiatrie, sont des domaines mal connus des médecins généralistes. Ils sont 100% à demander une aide complémentaire en grande partie auprès d'un confrère spécialiste psychiatre, plutôt qu'un psychologue.

Les réponses des généralistes dans notre enquête ou dans d'autres études montrent qu'un avis spécialisé psychiatrique est plus difficile à obtenir que dans d'autres disciplines.(79)

Cette disparité dans les résultats entre psychiatres et psychologues, s'explique par le fait que le suicide nécessite un avis auprès d'un médecin. Le rôle du psychologue prend tout son sens dans le suivi du patient ayant effectué une tentative ou ayant eu des idées morbides. Cette aide complémentaire est connue par 44% des répondants.

4. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire...

L'hospitalisation en clinique privée ou un avis préalable auprès d'un psychiatre n'est pas représenté. Il paraît en effet difficile d'hospitaliser dans un contexte d'urgence dans une clinique privée en raison d'un délai habituel d'admission. Lorsque l'hospitalisation est nécessaire, un avis psychiatrique préalable ne semble pas indispensable compte tenu de l'urgence.

✓ Hospitalisation en Psychiatrie

Lorsque le degré d'urgence nécessite une hospitalisation, il existe plusieurs modes possibles. Celui qui paraît le plus logique et que confirment les résultats de notre étude est l'hospitalisation dans un service de Psychiatrie.

En effet un patient en crise suicidaire nécessite des soins bien particuliers :

- soins psychiatriques propres à son état mental : lors d'une hospitalisation sous contrainte (à la demande de la famille, d'un tiers ou à la demande d'un représentant de l'état).
- une surveillance rapprochée : par un infirmier de Psychiatrie.
- dans certains cas : des mesures de contention physique.

✓ **Une hospitalisation en SAU mais pas toujours...**

En France, le nombre de passages aux urgences pour TS est d'environ 176 000 à 200 000 par an (entre 66 000 et 78 000 chez les hommes et entre 108 000 et 120 000 chez les femmes).(84)

Dans notre enquête, les médecins sont 39% à opter pour une hospitalisation dans un service d'accueil des urgences. Cela est peu mais en deuxième position des choix.

Il faut imaginer surtout les conditions dans lesquelles sont accueillis les patients en crise suicidaire. Les services d'urgence sont en surcharge dans notre région. Les conditions d'accueil ne sont malheureusement pas optimales.(85)

VI. Vers une meilleure prévention du suicide

Il existe différents niveaux de prévention :

- la prévention primaire : qui correspond à la diminution des facteurs de risque.
- la prévention tertiaire : c'est-à-dire la prévention de la récurrence.
- la prévention secondaire : la moins répandue, qui correspond à la diminution du processus suicidaire. (55)

- ✓ Prévention tertiaire : comment prévenir la récurrence ?

Nous le savons désormais, le fait d'avoir fait une tentative de suicide expose à un risque de récurrence plus important. La première chose est de prendre en charge les pathologies somatiques et psychiatriques sous-jacentes qui ont été responsables du processus suicidaire.(82)

Cela signifie que la prévention du suicide inclut la prévention de la récurrence.(86)

A. Un secteur avec une bonne coopération

La prise en charge optimale d'un patient en crise suicidaire ne doit pas être un travail individuel. Outre le médecin généraliste elle doit comporter un ensemble d'intervenants comme le psychiatre, la psychologue, l'infirmière de secteur.

La coopération entre médecins généralistes et psychiatres doit être facilitée. Le secteur psychiatrique du Ternois peut se vanter d'une bonne coopération interprofessionnelle avec **63% de médecins généralistes satisfaits**.

Il n'en est pas de même dans d'autres secteurs où nombre d'études montrent des difficultés dans la relation.(87)(88)

Une étude récente de 2008 évoque en effet un manque de communication entre les médecins des deux spécialités.(89)

1. Le lien médecin généraliste/psychiatre : une particularité Française

Une enquête, datant de 2002, auprès de patients dans les salles d'attente en médecine générale, montre un taux d'adressage au psychiatre par le généraliste de 22%.(90)

Selon l'étude ESEMED, **la France est le pays où l'adressage au psychiatre est le plus faible**. C'est une étude réalisée sur six pays européens dont les sujets inclus sont des patients avec troubles de l'humeur, anxieux ou addictifs sur leurs vies entières. Ils sont interrogés sur un éventuel adressage au médecin psychiatre par leur médecin traitant.(91)

- **Le modèle Anglais de Goldberg et Huxley**

Ce modèle propose les différentes étapes de l'accès aux soins spécialisés ; il existe quatre filtres :

- 1 : décision de consulter. Trop peu de patients consultent notamment par méconnaissance du trouble.
- 2 : médecin généraliste diagnostiquant la part psychiatrique du problème.
- 3 : décision d'un avis psychiatrique.
- 4 : Problème d'interaction entre les deux spécialités par un faible adressage.

Ce modèle montre l'importance de la participation du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes psychiatriques et les obstacles pour avoir recours aux soins en termes de santé mentale.(92)

Une étude de 2009 montre que 47% des praticiens généralistes et 44% des psychiatres trouvent qu'il y a divergence entre les deux spécialités. D'un côté, les médecins généralistes n'ont pas de réponse à leurs questions, de l'autre, les Psychiatres estiment que les Généralistes ne suivent pas leurs conseils.(93)

2. Comment améliorer la coordination médecins généralistes/Psychiatres

Une recommandation de bonne pratique, validée par la Haute Autorité de Santé, stipule que des courriers de qualité envoyés entre médecins généralistes et psychiatres (dans un sens ou dans l'autre) influencent positivement leur collaboration.(94)(95)

Cela pourrait améliorer la connaissance des MG sur les aides et structures en place.

- **Exemple de l'étude GénÉPsy**

C'est une étude Lilloise, qui expérimente un outil, en vue de l'amélioration de la communication entre médecins généralistes et psychiatres. Un formulaire d'adressage conçu selon les recommandations du CNQSP (Comité National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie), est envoyé aux médecins généralistes installés à Lille. Ils peuvent l'utiliser lors du premier adressage d'un patient vers un CMP.

Le psychiatre répond sur un formulaire conçu selon les mêmes recommandations. Il existe donc un échange de courriers entre les deux spécialités, sur une période donnée. A l'issue de celle-ci, l'impact de ces courriers sera analysé par l'intermédiaire de groupes focaux, réunissant des médecins généralistes participants.

On attend comme résultats, une collaboration entre les deux disciplines, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi du patient. Cette étude fait l'objet d'un travail de thèse de médecine générale en cours.(96)

- **Comment améliorer la coopération dans le Ternois ?**

- engendrer un meilleur contact entre les deux spécialités par l'intermédiaire de courriers de correspondance. Cela peut se faire par un dispositif de soins partagés, technique qui a fait ses preuves dans d'autres secteurs (Yvelines notamment).(97)

- il existe dans le Ternois un facteur invariable : la proportion très faible de Psychiatres notamment libéraux. Un seul exerce dans le secteur du Ternois. Cela peut entraîner des problèmes de coopération par excès de travail et manque de disponibilité.

3. Prise en charge Psychologique

Nous l'avons observé: l'intervention d'une psychologue dans la prise en charge initiale est peu demandée, les médecins préférant un avis médical. Mais qu'en est-il du rôle du psychologue dans la prévention de la récurrence ?

- **Exemple d'une étude Anglo-Saxonne**

Dans le mois qui suit le geste suicidaire, une équipe Anglaise s'est proposée d'intervenir sur le patient en effectuant des séances de psychothérapie au domicile. L'intentionnalité suicidaire est mesurée avec l'Echelle de Beck. Au bout de 6 mois celle-ci est nettement moins importante. Il en est de même pour les récurrences suicidaires.(98)

- **Exemple d'une étude Française**

Dans le mois suivant un geste suicidaire, après la sortie des urgences, l'équipe Française évalue après un an l'efficacité d'une psychothérapie brève (basée sur 5 séances). Les résultats sont probants et montrent un taux de récurrence inférieur dans le groupe « psychothérapie » par rapport au groupe témoin.(99)

4. Le rôle de l'infirmière de psychiatrie de liaison

Nous l'avons vu plus haut dans notre travail, les services d'urgence ne sont pas forcément adaptés à l'accueil du patient suicidaire. L'infirmière de psychiatrie de liaison peut travailler en coordination avec l'équipe somatique. Son évaluation clinique et sa connaissance des réseaux de soins permet une prise en charge optimale du patient. Cependant, elle n'est pas toujours présente dans les services d'urgence.(100)

B. Qu'en est-il du processus de relance ?

La technique de relance est très peu utilisée par les médecins interrogés. C'est un moyen de prévention encore peu connu des médecins généralistes. Il existe pourtant plusieurs techniques de recontact à nos jours(101) :

- Le courrier : lettre courte, personnalisée envoyée à intervalle régulier. Le but étant le renforcement positif du patient.

- La carte postale ; même principe que le courrier
- Remise d'une carte de crise, avec numéro de téléphone joignable 24 heures sur 24.

- Le **recontact téléphonique**. Les patients sont recontactés par téléphone après la consultation d'urgence, soit par un médecin généraliste, psychiatre ou un psychologue. Ce moyen est peu onéreux et facile d'utilisation.(102)

L'étude SYSCALL a permis de discuter le vécu subjectif des patients lors d'un recontact téléphonique (programmé à 13 mois) suivant une tentative de suicide. Sur les patients répondants :

- 78,9% estiment la relance bénéfique.
- 40,4% estiment qu'il y a un impact sur leur vie.
- 29,4% d'entre eux évitent la récurrence.(103)

Le recontact téléphonique, malgré sa nature intrusive et inhabituelle, a été bien accepté par les patients, ainsi que ses modalités. Nous pensons que le recueil de l'opinion des patients est aussi à développer en tant qu'outil thérapeutique dans la prise en charge des suicidants.(104)(105)

D'autres études démontrent l'effet bénéfique de la technique de recontact. Les patients ayant effectué une tentative de suicide, renouvèlent moins leur geste après un contact téléphonique, un mois après la sortie de l'hôpital. (106)

C. Importance de l'entourage

Plusieurs notions sont intégrées dans l'entourage :

- l'entourage familial.
- Le conjoint ou la conjointe.
- Les amis, les voisins.
- Les collègues de travail.
- le médecin traitant.

Il convient de rechercher de manière indirecte :

- une perte parentale précoce.
- un isolement social.
- le chômage ou des difficultés professionnelles.

Parmi ces facteurs de risque, la perte parentale précoce est la moins représentée dans la recherche des médecins : 52%.

Le facteur « soutien de la famille » dans l'évaluation et la prise en charge du patient suicidaire est indispensable. Elle fait notamment partie des facteurs d'urgence à rechercher : la qualité de l'entourage proche. Les médecins sont 85% à la rechercher. Ils sont à plus de 93% à associer la famille à la prise en charge.

Les signes d'alerte peuvent être décelés précocement par un membre de l'entourage proche. Il est maintenant convenu que le soutien familial est un acte de prévention du suicide.(107)

D. Des médecins en demande de perfectionnement

Notre formation médicale est à la base la même pour tous. Tout médecin non psychiatre présente des difficultés à appréhender un patient au désir de mort. Les réponses sont univoques, la formation théorique ne leur semble pas suffisante et le souhait de la majorité des médecins est d'être mieux formé à la question du suicide. Mais comment ?

Une étude de 2014 confirme qu'en France la formation des MG en psychiatrie est insuffisante.(108)

1. Une formation médicale continue

Il est prouvé désormais que la formation continue des médecins généralistes améliore la qualité de leur pratique.

✓ **Exemple de l'Etude Gotland**

L'Etude a été réalisée en Suède dans les années soixante-dix sur l'île de Gotland, près de Stockholm. Elle a vu le jour devant la constatation du nombre de patients dépressifs et de prescriptions de psychotropes supérieures à la moyenne nationale.

En parallèle, les médecins généralistes de l'île expriment leurs difficultés face à ce nombre de patients à risque suicidaire et souhaitent une formation sur le sujet.(109)

Un programme de formation des médecins généralistes a été mis en place avec différents comités et le service de Psychiatrie de Gotland. Il existe différents indicateurs analysés :

- le nombre de patients référés à l'hôpital par le médecin généraliste.
- les cas d'urgence et d'hospitalisation pour dépression en Psychiatrie
- le nombre d'arrêts de travail prescrits par le médecin généraliste pour syndrome dépressif.
- le nombre de suicides.

Les généralistes ont donc suivi un programme de formation sur la dépression, la suicidologie, à deux reprises en 1983 et à deux reprises en 1984. (Pour que tous les généralistes puissent participer).

L'évaluation a été effectuée en 1985 et montre :

- Le nombre de patients adressés à l'hôpital pour dépression a diminué.
- Le nombre d'arrêts de travail a diminué et parallèlement la durée moyenne des arrêts de travail pour dépression a augmenté.
- La prescription des antidépresseurs a augmenté de 52 %, celle du lithium est restée stable et une plus grande prudence a été notée dans la prescription des sédatifs, hypnotiques et tranquillisants.
- Le taux de suicides sur l'île est passé de 25/100 000 en 1982 à 7/100 000 en 1985.

L'éventualité d'une diminution du taux de suicides indépendante du programme a été éliminée par la mise en parallèle avec les taux observés au plan national, qui avaient

diminué, eux aussi, mais de façon beaucoup moins nette. En 1985, la différence était statistiquement significative. (110)

2. Un Outil décisionnel pour aider les médecins : l'importance de la prévention

L'objectif secondaire de ce travail de thèse est de créer, à travers les recommandations officielles existantes, un outil décisionnel pour aider les médecins généralistes dans leurs examens cliniques et leurs réflexions sur la prise en charge.

Ce travail de recherche, par le questionnaire envoyé aux praticiens, est déjà un acte de prévention primaire ; il sensibilise les médecins sur la question du suicide.

Cette idée de plaquette d'information s'est développée dans d'autres pays, comme par exemple notre voisin européen la Belgique.(111)(112)

✓ Un profil de praticiens spécifiques

Lorsque l'on compare le profil des médecins favorables et défavorables à l'outil, il existe quelques disparités :

- Les médecins favorables sont sensiblement plus jeunes avec une durée d'exercice moins importante.
- Ils sont 20% de plus à avoir des difficultés face à un patient suicidaire
- Ils ressentent un vécu plus important de culpabilité et de tristesse. Ils sont très peu à accepter le décès de leurs patients et sont donc logiquement moins détachés par la situation.

Lors de la description des résultats, nous observons un profil spécifique des médecins acceptant l'outil. Ils sont plus en difficulté par manque d'expérience et par la contrainte de temps. Et, de ce fait, ils ont une tendance à être plus demandeurs d'aide humaine (psychiatre, psychologue) et matérielle (hospitaliser en psychiatrie, aux urgences et utilisation de psychotropes).

Ils utilisent davantage d'autres méthodes de thérapie comme la psychothérapie, les rendez-vous répétés et la relance téléphonique.

- Points positifs de l'interprétation des résultats

L'interprétation de ce comparatif permet de dégager un profil particulier chez les praticiens acceptant l'outil. Moins expérimentés, moins à l'aise face au patient suicidaire, ils utilisent tous les moyens humains et matériels pour la prise en charge de ceux-ci. La plaquette d'information en fait partie.

- Limites du comparatif

La population incluse est trop faible pour dégager un résultat réellement significatif. Il serait intéressant d'étudier ce profil sur une population médicale plus répandue.

CONCLUSION

Cette étude a permis de constater que l'ensemble des médecins généralistes du secteur du Ternois ont été confrontés à un patient en crise suicidaire.

Malgré une certaine expérience acquise au cours des années, le praticien reste en difficulté face à ces patients. La clinique reste subjective, atypique, et s'ajoute à cela un manque de formation, qui reste souvent théorique.

Nous l'avons constaté, aucune échelle d'évaluation n'est utilisée par les médecins du Ternois. Celles disponibles ne sont pas adaptées à la pratique de la médecine générale.

La recherche de la potentialité suicidaire par la technique « risque-urgence-dangereux », validée par la conférence de consensus, est dans la majorité des cas utilisée par les MG du Ternois. Il reste néanmoins quelques points à améliorer notamment sur la recherche systématique du moyen légal à disposition.

Il existe au sein du secteur du Ternois une bonne coopération entre les médecins généralistes et les psychiatres. Paradoxalement, la connaissance des structures disponibles ne fait pas l'unanimité.

Une question doit être posée : comment améliorer la pratique des médecins généralistes ?

La réponse passe d'abord par une amélioration de la correspondance entre les deux spécialités. Elle permet une meilleure prise en charge du patient suicidaire et évite ainsi les récurrences. La coopération peut être améliorée par l'organisation de formations médicales continues.

Le médecin généraliste peut, dans le suivi de son patient, être aidé par une psychologue ou une infirmière de psychiatrie de secteur.

La plaquette d'information qui a été élaborée, est basée sur les recommandations. Elle est simple, rapide et adaptée aux médecins libéraux.

Les Médecins du Ternois sont en demande de perfectionnement. Mais la formation théorique est-elle suffisante pendant nos études de médecine ? Le suicide, et à plus grande échelle la Psychiatrie, sont omniprésents dans notre pratique.

Ainsi, il serait peut-être intéressant de rendre obligatoire (ou d'inciter à effectuer) pendant le cursus médical, un stage en psychiatrie, afin de mieux appréhender ces patients.

Empêcher l'Homme de mettre fin à sa vie. Mais le médecin a-t-il toutes les cartes en mains ? Le patient reste libre de ses choix quoi qu'il adviene. La liberté c'est le pouvoir de renoncer...

*« Te raconter enfin
Qu'il faut aimer la vie
Et l'aimer même si
Le temps est assassin
Et emporte avec lui
Les rires des enfants
Et les mistrals gagnants... »*

*Renaud « Mistral gagnant »
1986 ; album « Mistral gagnant ».*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Durkheim É. Le suicide : étude de sociologie / Emile Durkheim. Presses universitaires de France (Paris); 1990. 484 p.
2. Caillard V, Chastang F. Le geste suicidaire. Elsevier Masson; 2010. 572 p.
3. Mishara, B.L., Tousignant, M. Comprendre le suicide. 2004. 180 p.
4. Romano H. Suicide et conduite suicidaire: repérage et perspectives de prise en charge. *Réf En Santé Au Trav-INRS*. 2013;(135):89-95.
5. Quidu M. Sémiologie des conduites suicidaires. Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie;
6. Ey Henri, Bernard Paul, Brisset Charles. Manuel de Psychiatrie. Masson. 2013. 1166 p.
7. Olié Jean-Pierre, Poirier Marie-France, Léo Henri. Les maladies dépressives. Médecine-Sciences Flammarion. 2003. 637 p.
8. Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide Life Threat Behav*. 1976;
9. Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson; 2012. 859 p.
10. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. Neurobiology of suicidal behaviour. *Psychiatr Pol*. août 2011;45(4):573-88.
11. IPSO (Université Victor Ségalen, Bordeaux II), 121 rue de la Béchade, FRA, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Lapeyronie, FRA, Division de Neuro-Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, CHE, Service de Psychiatrie A, CHU Caremeau, FRA, M A, P C, et al. Génétique épidémiologique et moléculaire des conduites suicidaires
Epidemiologic and molecular genetics of suicidal behavior
. *Encéphale Paris*. 1996;22:19-24.
12. Courtet P, Guillaume S, Jollant F, Castelnaud D, Malafosse A. Neurobiologie des conduites suicidaires: voies de recherche actuelles. EMC Elsevier Masson
EPEL ES BLACKBURN EH Coll2004 Accel Telomere Shortening Response Life Stress PNAS101. 2008;49:17312-5.
13. T. Lemperrière, A. Féline, J. Adès, P. Hardy, F. Rouillon. Psychiatrie de l'adulte. Masson. 2006. 555 p.
14. Egeland JA, Susser JN. Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA*. 1985;254(7):915-8.

15. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twins studies. *Wien Klin Wochenschr.* 2007;119(15-16):463-75.
16. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 15 févr 2005;133C(1):13-24.
17. Petersen L, Sørensen TIA, Andersen PK, Mortensen PB, Hawton K. Genetic and familial environmental effects on suicide--an adoption study of siblings. *PloS One.* 2013;8(10):e77973.
18. Petersen L, Sørensen TIA, Kragh Andersen P, Mortensen PB, Hawton K. Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: a study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. *J Affect Disord.* févr 2014;155:273-7.
19. Courtet P, Jollant F, Castelnaud D, Buresi C, Malafosse A. Suicidal behavior: relationship between phenotype and serotonergic genotype. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* févr 2005;133C(1):25-33.
20. Bondy B, Erfurth A, de Jonge S, Krüger M, Meyer H. Possible association of the short allele of the serotonin transporter promoter gene polymorphism (5-HTTLPR) with violent suicide. *Mol Psychiatry.* mars 2000;5(2):193-5.
21. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 18 juill 2003;301(5631):386-9.
22. Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* juin 2003;48(5):292-300.
23. Batt A, Bellivier F, Delatte B, Spreux-Varoquaux O, Cremniter D, Dubreu V, et al. Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2005; Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1316>
24. Asberg M, Träskman L, Thorén P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33(10):1193-7.
25. Duval F, Mokrani MC, Correa H, Bailey P, Valdebenito M, Monreal J, et al. Lack of effect of HPA axis hyperactivity on hormonal responses to d-fenfluramine in major depressed patients: implications for pathogenesis of suicidal behaviour. *Psychoneuroendocrinology.* 2001;26(5):521-37.
26. Lalovic A, Levy E, Luheshi G, Canetti L, Grenier E, Sequeira A, et al. Cholesterol content in brains of suicide completers. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2007;10(2):159-66.
27. Courtet P, Guillaume S, Jollant F, Castelnaud D, Malafosse A. Neurobiologie des conduites suicidaires: voies de recherche actuelles. EMC Elsevier Masson EPEL ES BLACKBURN EH Coll2004 Accel Telomere Shortening Response Life Stress PNAS101. 2008;49:17312-5.

28. LA PRÉVENTION DS. Organisation Mondiale de la Santé. 2001; Disponible sur: http://cdrwww.who.int/entity/mental_health/media/en/57.pdf
29. Philippe A. Epidémiologie du suicide. Rev Prat. (2):175.
30. Institut nationale de la santé et de la recherche médicale. Inserm. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). www.cepidc.inserm.fr/.
31. Institut de veille sanitaire. BEH 47-48/2011 / 2011 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2011 déc; p. 24. Report No.: 47-48. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>
32. Ducrocq F, Plancke L, Vaiva G. Suicide et tentative de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais. Fédération de Recherche en Santé Mentale; 2011 avr p. 30.
33. Philippe A. Recherche | La Revue du Praticien Epidémiologie du suicide. févr 2011;61(2):9.
34. Bellamy V. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Études et Résultats, DREES. 2004;347.
35. François Ducrocq, Lounes Hadjeb, Virginie Boss, Patrick Mauriaucourt, Éric Wiel, Thierry Danel, et al. Enquête un jour donné sur la prise en charge des suicidants dans les services d'urgence de la région Nord-Pas-de-Calais. Inf Psychiatr. oct 2009;85:899-905.
36. T. Danel, J. Vilain, J.L. Roelandt, J. Salleron, G. Vaiva, A. Amarie, et al. Suicide risk and suicide attempt in North Pas de Calais Region. Lessons from the survey Mental Health in General Population. Encéphale Paris. 2010;Volume 36, Issue 3, Supplement 1:39-57.
37. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. J Affect Disord. 2007;101(1-3):27-34.
38. Albertine AOUBA, Françoise PÉQUIGNOT, Laurence CAMELIN, Françoise LAURENT, Éric JOUGLA. La mortalité par suicide en France en 2006 - études et résultats [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2009; p. 8. Report No.: 702. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er702.pdf>
39. La mortalité par suicide en France en 2006 - er702.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er702.pdf>
40. Värnik A, Kölves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the « European Alliance Against Depression ». 2008;62(6):545-51.

41. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. 2003;33(3):395-405.
42. Walter M. Evaluer le risque suicidaire. Monographie. Rev Prat. 2003;(53):1186-90.
43. Rihmer Z, Kiss K. Bipolar disorders and suicidal behaviour. Bipolar Disord. 4 Suppl 1:21-5.
44. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord. 2013;147(1-3):17-28.
45. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. Nord J Psychiatry. 59(5):319-24.
46. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. J Psychopharmacol. nov 2010;24(4 Suppl):81-90.
47. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. Clin Psychol Rev. juill 2001;21(5):797-811.
48. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry [Internet]. 2004;4:37. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=psychiatric+diagnoses+in+3275+suicides>
49. Fredrikson S, Cheng Q, Jiang GX, Wasserman D. Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. Neuroepidemiology. avr 2003;(22(2)):146-52.
50. Bolton JM, Walld R, Chateau D, Finlayson G, Sareen J. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. Psychol Med. juill 2014;1-10.
51. Dannenberg AL, McNeil JG, Brundage JF, Brookmeyer R. Suicide and HIV infection. Mortality follow-up of 4147 HIV-seropositive military service applicants. JAMA [Internet]. déc 1996; Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8940323>
52. Phaneuf, J., Séguin, M. Suicide : prévention et intervention—Guide à l'usage des intervenants, Montréal, Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse. 1987;
53. Séguin, M., Terra, J.L. Formation à l'intervention de crise suicidaire : manuel du formateur. Paris, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Direction générale de la Santé.; 2004.
54. Hélie Hakimi-Prévoit. Les médecins ont un rôle à jouer dans la détection du risque suicidaire | Le Quotidien du Médecin. Le quotidien du médecin. 4 févr 2014;

55. Visuals - state-of-mental-health-in-the-european-union-2005.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/state-of-mental-health-in-the-european-union-2005.pdf>
56. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 2007;31(7):188.
57. Conduites-suicidaires.com : prise en charge, réseau de soins [Internet]. La crise suicidaire. Disponible sur: <http://www.conduites-suicidaires.com/crise-suicidaire/reseau-de-soins/medecin-generaliste.htm>
58. Renaud Mascret, Mickael Le Galudec, Florian Stephan, Laure Bleton, Michel Walter. Entretien d'alerte de la crise suicidaire. *Rev Prat*. févr 2011;61:189-94.
59. Walter M. « La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge » Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien [Internet]. Paris, John Libbey Eurotext, Fédération française de psychiatrie; 2001 p. 35-44. Disponible sur: http://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/crise_suicidaire.pdf
60. Vanelle J-M. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge [Internet]. Paris, John Libbey Eurotext, Fédération française de psychiatrie; 2001 p. 77-81. Disponible sur: http://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/crise_suicidaire.pdf
61. Walter M. Dossier: Prévenir le suicide: repérer et agir. « La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention ». *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)*. déc 2003;45:25-30.
62. Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire. John Libbey Eurotext; 2001.
63. Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais. Les bons professionnels, aux bons endroits, au bon moment: démographie des professions de santé et mise en œuvre du «pacte santé-territoire» dans le Nord-Pas-de-Calais. 2013 janv p. 24.
64. Lampros Perogamvros, Ioana Chauvet, Grégoire Rubovszky. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? *Rev Médicale Suisse*. 2010;6:1555-7.
65. Bouet P, Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France: situation au premier janvier 2014 [Internet]. Ordre National des Médecins; Conseil National de l'Ordre; 2014 janv. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
66. Holley HL, Fick G, Love EJ. Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33(11):543-51.

67. Laurent A, Foussard N, David M, Boucharlat J, Bost M. A 5-year follow-up study of suicide attempts among French adolescents. *J Adolesc Health*. 1998;22(5):424-30.
68. Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *Lancet*. 1999;353(9162):1397-400.
69. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-28.
70. Adès J, Lejoyeux M. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge: Quelles sont les relations entre crise suicidaire et alcool? Conférence de consensus. John Libbey Eurotext; 2001. 161-167 p.
71. Thomas R. Simon, Alan C. Swann, Kenneth E. Powell, Lloyd B. Potter, Marcie-jo Kresnow, Patrick W. O'Carroll. « Characteristics of Impulsive Suicide Attempts and Attempters »-Suicide and Life-Threatening Behavior - [Internet]. 2002. 49-59 p. Disponible sur:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1521/suli.32.1.5.49.24212/abstract;jsessionid=56793D94FCA1C876C9FE88DB22B1B039.f03t02?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
72. BIOULAC S., BOURGEOIS M., EKOUEVI D. K., BONNIN J.-M., GONZALES B., CASTELLO M.-F. Les facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie = Predictive factors of suicide : an 8-year prospective longitudinal study of 200 psychiatric in patients. *Encéphale Paris*. 26(1):79-84.
73. A. Dumais, A.D. Lesage, M.Phil, M. Alda, G. Rouleau, M. Dumont, et al. Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *Am J Psychiatry*. 2005;162:2116-24.
74. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30(6):398-408.
75. M. Humeau, J.-L. Senon. Conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu : étude clinique à partir de 161 cas. *Encéphale Paris*. oct 2008;34:459-66.
76. Norris D, Clark MS. Evaluation and treatment of the suicidal patient. *Am Fam Physician*. 2012;85(6):602-5.
77. Glowinski AL, Bucholz KK, Nelson EC, Fu Q, Madden PA, Reich W, et al. Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(11):1300-7.
78. Ladevèze M, Levasseur G, others. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Prat Organ Soins*. 2010;41(1):65-72.

79. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pr* [Internet]; 6(1)(18). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Practitioners%E2%80%99+opinions+on+their+practice+in+mental+health+and+their+collaboration+with+mental+health+professionals>.
80. Shea, S.C. *The Practical Art of Suicide Assessment : A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors*. 1999. 336 p.
81. Contact presse – Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Premier bilan « Plan psychiatrie-Santé mentale 2005-2008 » & Lancement de la campagne d'information « Dépression : en savoir plus pour en sortir » [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_depression-2.pdf
82. Vaiva G., Jardon V., Vaillant A., Ducrocq F. Prévention tertiaire du suicide: que faire pour éviter la récurrence? *Rev Prat*. févr 2011;61(2):202-7.
83. Antidépresseurs et risque suicidaire chez l'adolescent et le jeune adulte: la difficile évaluation de la balance bénéfique/risque. *Brev Pharmacovig*. sept 2014;(45).
84. Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011 [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2014 p. 51. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Hospitalisations-et-recours-aux-urgences-pour-tentative-de-suicide-en-France-metropolitaine-a-partir-du-PMSI-MCO-2004-2011-et-d-Oscour-R-2007-2011>
85. François BRAUN, Dominique PATERON, Marc GIROUD. NOTE DE SYNTHÈSE Surcharge des Structures des Urgences et gestion des hospitalisations [Internet]. Samu - Urgences de France; 2013. Disponible sur: http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/766/synthese_aval_sudf_sept_2013.pdf
86. Vaiva G, Jardon V, Vaillant A, Ducrocq F. [What can we do to prevent the suicide re-attempts?]. *Rev Prat*. 61(2):202-3, 206-7.
87. Cohidon C, Duchet N, Cao MM, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C, et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. *Santé Publique*. 1999;11(3):357-62.
88. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *Br J Gen Pr*. 2003;53(488):217-9.
89. Chew-Graham C, Slade M, Montâna C, Stewart M, Gask L. Loss of doctor-to-doctor communication: lessons from the reconfiguration of mental health services in England. *J Health Serv Res Policy*. 13(1):6-12.

90. Grembowski DE, Martin D, Patrick DL, Diehr P, Katon W, Williams B, et al. Managed care, access to mental health specialists, and outcomes among primary care patients with depressive symptoms. 2002;17(4):258-69.
91. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv*. 2007;58(2):213-20.
92. Goldberg C, Hillier V. *Mental illness in the community : the pathway to psychiatry*. London New York Tavistock Publ. 1980;
93. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2009;9:143. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19664238>
94. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres? *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):359-71.
95. Maurice Bensoussan. Une démarche innovante dans l'élaboration d'une recommandation : la recommandation médecin généraliste-psychiatre. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2013;171(1):31-3.
96. Fédération de Recherche en Santé Mentale. Etude GenePsy: Un outil pour améliorer la communication entre les généralistes et les psychiatres à Lille [Internet]. <http://www.santementale5962.com>. Disponible sur: <http://www.santementale5962.com/nos-travaux/l-aide-methodologique/etude-genepsy-experimentation-d-un/article/etude-genepsy-7620>
97. Marie-Christine Hardy-Baylé, Nadia Younès. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *Inf Psychiatr*. mai 2014;90(5):359-71.
98. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*. 2001;323(7305):135-8.
99. Walter M, Genest P. Évaluation à un an de la prise en charge de la crise suicidaire. *Sémin Psychiatr Biol*. 2004;34:79-99.
100. Cornet Lemoine N., Bossis M-L., Giffaud S., Guitteny M., Bulteau S., Vanelle J-M., et al. Rôle de l'infirmière de psychiatrie de liaison dans la prévention du risque suicidaire. *Soins Psychiatr*. 2014;(294):40-3.
101. Courtet P. *Suicide et environnement social*. Dunod. 2013. 179 p.
102. Mélusine Claisse. *Le téléphone comme outil de prévention du suicide* [Internet] [Thèse d'exercice Médecine Psychiatrie]. [Lille]: Lille 2; 2013. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=171632915>
103. G. Gruat, O. Cottencin, F. Ducrocq, S. Duhem, G. Vaiva. Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide. juin 2010;36:D7-13.

104. M Cedereke, K Monti, A Öjehagen. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *avr* 2002;17:82-91.
105. Deffense L. Intérêt d'un recontact téléphonique spécifique des suicidants au sein du centre antipoison de Lille et vécu des patients [Internet] [Doctorat de médecine]. [Lille]: Lille 2; 2014. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2115>
106. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006;332(7552):1241-5.
107. Lobo Prabhu S, Molinari V, Bowers T, Lomax J. Role of the family in suicide prevention: an attachment and family systems perspective. *Bull Menn Clin* [Internet]. 2010;(74(4)). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21204597>
108. Thomas Fovet, Ali Amad, Pierre Alexis Geoffroy, Nassir Messaadi, Pierre Thomas. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr*. mai 2014;90(5):319-22.
109. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*. août 1989;80(2):151-4.
110. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord*. Décembre 95;18;35(4):147-52.
111. De Maere Stéphanie. Face à la crise suicidaire, Quelles ressources pour le médecin généraliste ? Centre de Prévention du Suicide;
112. DUHAUT Paulette, HYE Sylvie-Anne, KERVYN Alexia, MIEST Nicolas, MUSELLE Sophie. Face à la crise suicidaire, quelles ressources pour le médecin généraliste ? *Rev Médecine Générale*. févr 2013;(300).

ANNEXES

Annexe 1 : Courrier d'accompagnement du questionnaire



Charles CAUET
Centre Psychothérapique du Ternois
Interne en médecine
EPSM Val de Lys Artois
SAINT VENANT
(Secteur de Psychiatrie du Ternois)
Tél : 06 88 95 57 03
cauet.charles@gmail.com

Objet : travail de thèse sur le suicide

Cher(e) Confrère,

Je suis interne en médecine générale en dernier semestre.

Je prépare ma thèse avec mon directeur de thèse monsieur le docteur Boitrelle. Le sujet est le suivant :

Evaluation et Prise en charge du patient en crise suicidaire en Médecine Générale.

Monsieur le Professeur Vaiva sera le Président de mon Jury.

Je me permets de solliciter un peu de votre temps (**5 min maximum**) pour mener à bien mon projet.

Je vous demande de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et de me le retourner autant que possible dans un délai de 3 semaines, à l'aide de l'enveloppe fournie.

Les réponses et l'analyse des données respecteront l'anonymat et seront strictement confidentielles.

Vous remerciant à l'avance de votre participation, je vous prie de croire, Docteur et cher(e) confrère, en mes sentiments les meilleurs.

Charles CAUET

Annexe 2 : Questionnaire adressé aux Médecins Généralistes

Questionnaire Evaluation et Prise en charge du patient en crise suicidaire en Médecine Générale

1) Généralités

- Etes-vous : une femme un homme
- Quel âge avez-vous ? ... ans
- Depuis quand exercez-vous la médecine générale ? ... ans

2) Vécu personnel

- Avez –vous déjà été confronté(e) à un patient en crise suicidaire ? Oui Non
 - Avez-vous été confronté(e) à la mort d'un patient par suicide ? Oui Non
 - Si oui quelles émotions caractériseraient le plus votre ressenti ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Culpabilité | <input type="checkbox"/> Impuissance | <input type="checkbox"/> Acceptation (Fatalité) |
| <input type="checkbox"/> Tristesse | <input type="checkbox"/> Détachement | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) ... |
- Vous sentez-vous en difficulté face à un patient suicidaire ? Oui Non
 - Pour quelles raisons ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Incompréhension | <input type="checkbox"/> Manque d'expérience | <input type="checkbox"/> Manque de temps |
| <input type="checkbox"/> Désintérêt, rejet | <input type="checkbox"/> Peur | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) |

3) Evaluation du risque suicidaire

- Utilisez-vous une échelle d'évaluation ? Oui Non
 - Et si oui laquelle ?
- Peu d'échelles d'évaluation sont utilisées en médecine générale ; utiliseriez-vous un outil décisionnel simple et validé s'il vous était proposé ? Oui Non

Devant un patient en crise suicidaire, recherchez-vous systématiquement **les facteurs de risque** suivants :

	OUI	NON
Des antécédents familiaux de suicide		
Des antécédents personnels de suicide		
Des antécédents psychiatriques personnels		
Perte parentale précoce		
Isolement social		
Chômage		
Difficultés financières		
Difficultés professionnelles		
Evènements de vie négatifs récents		
Toxicomanie, alcoolisme		

Si vous avez été confronté(e) à un patient suicidaire, avez-vous recherché **les éléments d'urgence** suivants :

	OUI	NON
Des antécédents personnels de dépression		
Niveau de souffrance psychique avec intensité du sentiment : - de désespoir - de dévalorisation - d'impuissance - de culpabilité		
Le niveau d'impulsivité (tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.)		
Le degré d'intentionnalité (scénario établi, verbalisation, rumination, recherche d'aide, etc...)		
Un événement précipitant (conflit, échec, rupture, perte etc...)		
Un moyen létal à disposition		
Facteurs de protection		
Qualité du soutien de l'entourage proche		

- Pensez-vous avoir le temps nécessaire pour rechercher ces facteurs de risque ?
 Oui Non

4) Prise en charge du patient suicidaire

- Avez-vous des difficultés à coopérer avec les psychiatres de votre secteur ?
 Oui Non
- Pensez-vous connaître l'ensemble des structures et aides disponibles pour la prise en charge de votre patient suicidaire ? Oui Non
- Avez-vous déjà décidé de prendre en charge un patient suicidaire en ambulatoire (sans un avis spécialisé préalable) ? Oui Non
- Est-ce que vous redonnez un rendez-vous ? Oui Non

➤ Dans quel délai ?

- Un jour 2 à 3 jours 3 à 7 jours plus 7 jours Autres ...

- Demandez-vous une aide complémentaire ? Oui Non

➤ Si oui, Auprès (*Plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> D'un psychiatre de CMP | <input type="checkbox"/> D'un psychologue de CMP |
| <input type="checkbox"/> D'un psychiatre libéral | <input type="checkbox"/> D'un psychologue libéral |

- Vous décidez de prendre en charge le patient en ambulatoire, votre prise en charge comprend : (*Plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun médicament | <input type="checkbox"/> Une psychothérapie |
| <input type="checkbox"/> Un anxiolytique seul | <input type="checkbox"/> Des rendez-vous répétés |
| <input type="checkbox"/> Un antidépresseur seul | <input type="checkbox"/> Une relance (courrier, appel téléphonique...) |
| <input type="checkbox"/> Ou une association antidépresseur + anxiolytique | <input type="checkbox"/> Autres précisez..... |

- Lorsqu'un patient est en crise suicidaire, à risque élevé, donc nécessitant selon vous une hospitalisation ; vous l'orientez préférentiellement : (*Plusieurs réponses possibles*)

Dans le service de Psychiatrie du secteur de rattachement.

Un établissement privé (clinique privée).

Au service d'accueil des urgences.

Vers un psychiatre en libéral ou CMP pour un avis préalable.

- Est-ce que vous associez la famille à la prise en charge ? Oui Non

- Dans le cas où la famille ne se joint pas à la prise en charge et que le patient refuse l'hospitalisation, estimez-vous être au clair avec les mesures d'hospitalisation sous contrainte ? Oui Non

5) Divers

- Le secteur psychiatrique du Ternois fait partie des secteurs dont l'indice de mortalité par suicide est le plus important. Quelles peuvent en être les causes selon vous ?

...

- La formation théorique que vous avez reçue sur la question du suicide vous paraît-elle suffisante ?

Oui

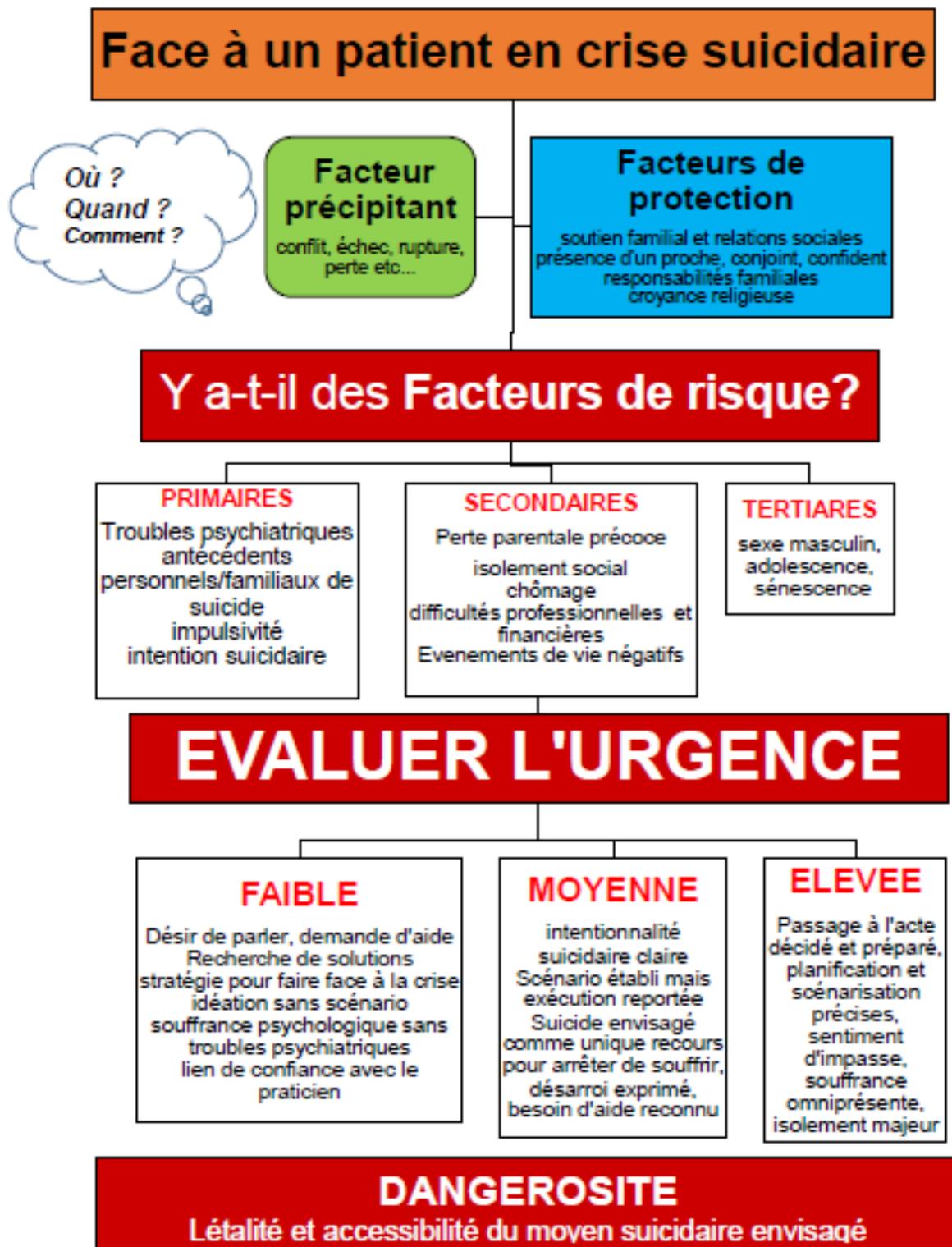
Non

Si non, quelles sont vos attentes ?

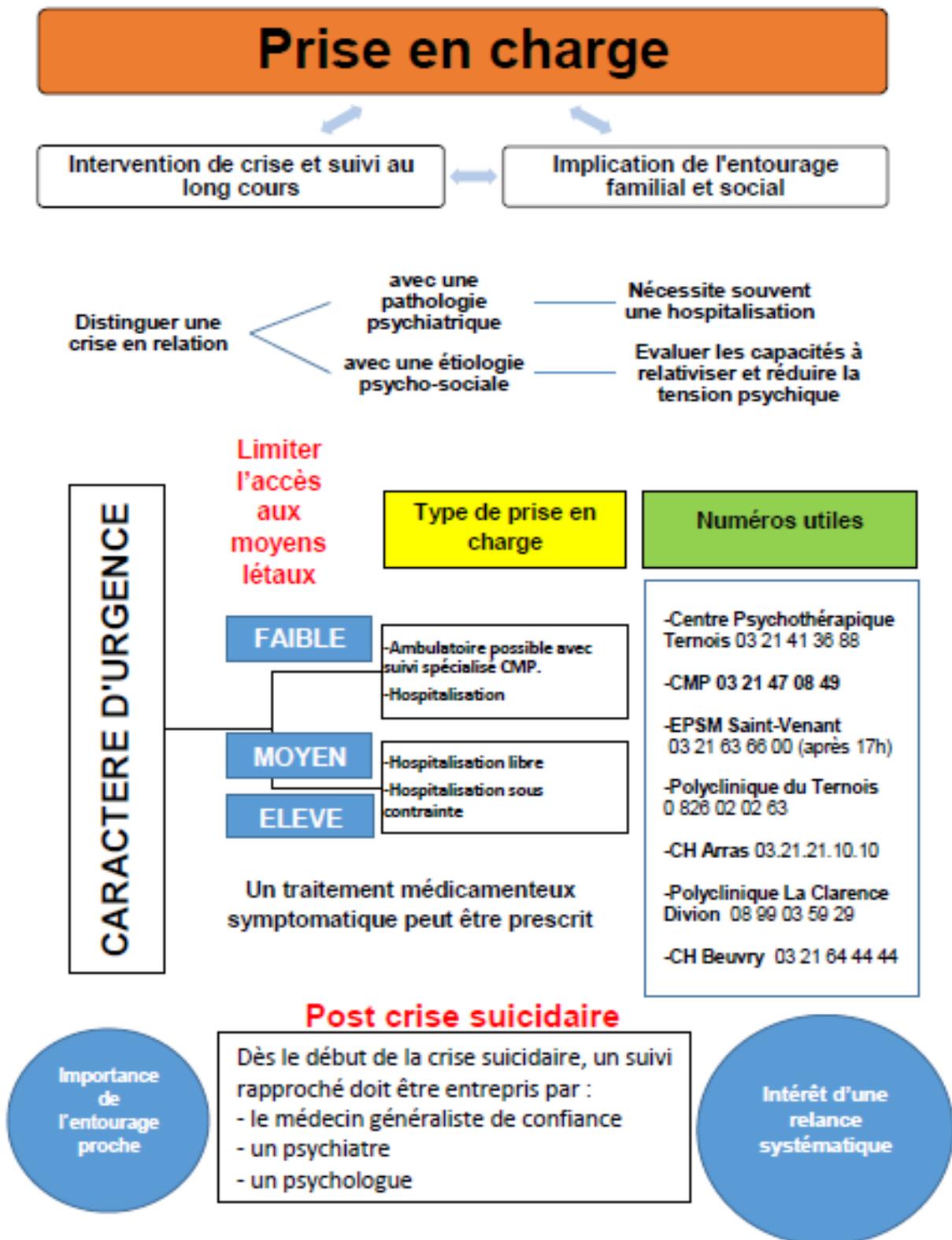
...

**Spécimen de plaquette d'information
proposée aux médecins généralistes
Selon les recommandations officielles**

Annexe 3 : Plaquette d'information proposée aux médecins : Recto



Annexe 4 : Plaquette d'information proposée aux médecins : Verso



AUTEUR : Nom : CAUET

Prénom : Charles

Date de Soutenance : 24 Novembre 2014

Titre de la Thèse : Evaluation et Prise en charge de la Crise Suicidaire en Médecine Générale : Etude descriptive sur le secteur du Ternois.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots-clés : Suicide, évaluation, prise en charge, médecins généralistes, secteur du Ternois, prévention

Contexte : Le suicide est une cause de mortalité importante en France et dans le Nord-Pas-de-Calais. Les médecins généralistes (MG) du secteur psychiatrique du Ternois (G08 62) sont en première ligne.

Objectifs : Etudier la manière dont les médecins généralistes évaluent et prennent en charge les patients en crise suicidaire dans un secteur fortement touché par ce type de mortalité. L'objectif secondaire est de proposer un outil validé pour faciliter leur pratique.

Méthode : Etude descriptive transversale analysant de façon anonyme la manière dont les médecins généralistes évaluent et prennent en charge les patients en crise suicidaire. Etude sous forme d'un questionnaire envoyé par voie postale accompagné de son enveloppe pré-timbrée aux médecins généralistes correspondant avec le secteur psychiatrique du Ternois (n=76).

Résultats : Notre étude, avec un taux de retour de 60,5%, a montré que les médecins généralistes du secteur du Ternois ont tous été confrontés à un patient en crise suicidaire (100%). Face à la mort d'un patient par suicide, la majorité des praticiens éprouvent alors un sentiment d'impuissance mêlé à la tristesse. Le manque de temps lié à la surcharge de travail amplifie ce ressenti. Les MG suivent globalement l'évaluation du « R-U-D », avec quelques minorités (les moyens létaux à disposition, les facteurs protecteurs, la perte parentale précoce). La coopération étroite entre MG et psychiatres, aboutit dans la majorité des cas à la demande d'une aide spécialisée. La prise en charge par les MG englobe majoritairement l'association anxiolytiques/antidépresseurs, la psychothérapie, les rendez-vous répétés, ainsi que la participation de l'entourage. Le processus de relance est peu utilisé.

Conclusion : Avec des MG en demande de perfectionnement sur la question du suicide (Formation médicale continue), la plaquette d'information permettra une prévention en sensibilisant les médecins du Ternois et en permettant une meilleure coopération avec les psychiatres

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Asseseurs : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alain BOITRELLE