



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Dispositif Vigilans : Evaluation qualitative auprès des médecins
généralistes du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 06 juillet 2017 à 16h00
au Pôle Recherche
Par Julie Fontaine

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud Jardri

Madame le Docteur Anita Tilly-Dufour

Directeurs de Thèse :

Monsieur le Docteur Vincent Jardon

Madame le Docteur Anne Créton

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations :

ARS : Agence Régionale de Santé

CAC : Centre d'Accueil et de Crise

CMP : Centre Médico Psychologique

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

IBP : Interventions Psychothérapeutiques Brèves

MG : Médecine générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

SNIIRAM : système national d'information inter régimes de l'assurance maladie

SYSCALL: System Call

Table des matières

Résumé	9
Introduction	11
1 Contexte.....	13
1.1 Présentations du dispositif Vigilans	13
1.1.1 Travaux préliminaires	13
1.1.2 Le dispositif Vigilans	15
1.2 Présentation des différents intervenants impliqués dans l'évaluation du dispositif.....	19
1.3 Evaluation du dispositif	20
1.3.1 Evaluation quantitative	20
1.3.2 Evaluation qualitative	20
1.3.2.1 Evaluation concernant le ressenti par les patients	20
1.3.2.2 Evaluation concernant le ressenti par les professionnels.....	21
2 Matériel et méthode.....	23
2.1 Type d'étude	23
2.2 Recrutement	23
2.3 Entretiens	23
2.3.1 Déroulement des entretiens.....	23
2.3.2 Guide d'entretien	24
2.4 Analyse qualitative.....	24
2.4.1 Recueil des données.....	24

2.4.2	Exploitation des données	25
3	Résultats	26
3.1	Entretiens semi-dirigés.....	26
3.2	Caractéristiques de la population	26
3.2.1	Tableau récapitulatif des médecins participant à l'étude.....	27
3.2.2	Causes de refus et empêchements.....	28
3.2.3	Caractéristiques des médecins généralistes interrogés	28
3.2.4	Caractéristiques des entretiens.....	30
3.3	Analyse des données	30
3.3.1	État des lieux sur la prise en charge du suicidant par le médecin généraliste	30
3.3.1.1	Perception de la problématique suicidaire en médecine générale	30
3.3.1.2	Prise en charge du patient suicidaire en médecine générale.....	31
3.3.1.3	Difficultés dans la prise en charge.....	32
3.3.1.3.1	Problèmes liés à l'exercice de la médecine générale	32
3.3.1.3.2	Difficultés liées à la relation avec les professionnels de santé mentale	34
3.3.1.3.3	Difficultés liées à l'orientation des patients vers des soins psychiatriques	34
3.3.2	Connaissance du dispositif	35
3.3.2.1	Identification du dispositif par les médecins généralistes :	35
3.3.2.2	Connaissance des principes de fonctionnement.....	35
3.3.2.3	Objectifs perçus	36
3.3.2.4	Idées reçues.....	36
3.3.3	Perception du dispositif par les médecins généralistes.....	37

3.3.3.1	Acceptabilité	37
3.3.3.2	Appropriation et sentiment d'appartenance	37
3.3.3.3	Un dispositif modifiant la prise en charge	38
3.3.4	Appréciation du dispositif.....	38
3.3.4.1	Intérêts perçus	38
3.3.4.1.1	Une aide pour le médecin généraliste	38
3.3.4.1.2	Une aide pour le patient	39
3.3.4.1.3	Opinion générale	40
3.3.4.2	Défaut du dispositif / amélioration à apporter	41
3.3.4.2.1	Problème logistique de communication	41
3.3.4.2.2	Problèmes liés à l'algorithme de veille	42
3.3.4.2.3	Caractère impersonnel du dispositif.....	42
3.3.4.2.4	Problèmes liés à la collaboration entre le secteur de soins primaires et les professionnels de la santé mentale	43
4	Discussion	45
4.1	Forces et limites la méthodologie de l'étude	45
4.1.1	Choix de l'étude qualitative.....	45
4.1.2	Echantillonnage	45
4.1.3	Entretiens semi-dirigés	46
4.2	Discussion des résultats	46
4.2.1	VigilanS : un dispositif bien identifié et perçu positivement	46
4.2.2	Mais un dispositif peu utilisé.....	47

4.2.3	VigilanS : un dispositif répondant à certaines difficultés inhérentes à la médecine générale.....	48
4.2.4	VigilanS : un dispositif influençant les prises en charge.....	49
4.2.5	Problématique de la formation.....	50
4.2.6	Perspectives	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie	56
	ANNEXES	59
	Annexe 1 : Grille d’entretien semi-directif avec les médecins généralistes.....	59
	Annexe 2 : Echelle de désespoir de BECK	62
	Annexe 3 : Grille d’estimation de la dangerosité d’un passage à l’acte suicidaire	63

RESUME

Contexte

Dans le monde, on compte un décès par suicide toutes les 40 secondes. Dans ce contexte, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en place plusieurs axes de réflexion avec notamment un travail sur la prévention de la récurrence suicidaire. Parmi eux, le dispositif Vigilans créé par l'équipe du Professeur Vaiva, est un algorithme de veille qui a pour objectif principal de diminuer la morbi-mortalité des patients suicidants.

Objectif

Evaluer la perception et l'appropriation du dispositif Vigilans par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais.

Méthode

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des 20 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Après triangulation des données, une analyse thématique a été réalisée à l'aide du logiciel QSR N VIVO 11 ®.

Résultats

Les médecins interrogés déclaraient se sentir démunis devant des patients suicidants, ciblant un manque de temps et de moyens. Le dispositif Vigilans était plutôt bien perçu et permettait aux généralistes de se sentir moins seuls. Malheureusement, la plupart des médecins interrogés ne connaissaient pas le fonctionnement du dispositif et donc ne pouvaient pas bénéficier de ses avantages. Après explication, ils semblaient satisfaits par le dispositif et surtout par le numéro de téléphone dédié aux professionnels de santé. Autre constat, les généralistes étaient en demande d'une amélioration de communication entre le secteur de soins primaires et les professionnels de santé mentale afin d'établir une cohérence dans la prise en charge autour du patient. Le dispositif cherche à travailler en ce sens. Cette étude a également permis de mettre en évidence un manque certain de formation des généralistes dans la prise en charge des patients suicidants.

Conclusion

Le dispositif Vigilans est plutôt bien perçu mais insuffisamment utilisé car mal connu par les généralistes. La promotion de Vigilans auprès des médecins traitants semble nécessaire. D'autre part la mise en place de formations médicales continues, ayant pour thème la prise en charge des patients suicidants, semble indispensable auprès des généralistes.

INTRODUCTION

Le suicide, défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'acte de mettre fin à ses jours, est un enjeu mondial de santé publique.

Dans le monde, on compte un décès par suicide toutes les 40 secondes (1). Au niveau européen, le taux de suicide est plus élevé qu'au niveau mondial, 12 pour 100 000 habitants contre 11.4 pour 100 000 selon l'OMS en 2012. En 2014, on recense en France, 9033 décès par suicide et environ 200 000 tentatives de suicide (2). Ce chiffre est à pondérer, on note une probable sous-estimation des décès par suicide notamment à cause de possibles erreurs dans l'exhaustivité des déclarations lors du codage des décès (3).

L'observatoire national du suicide (ONS), mis en place en 2013 dans le cadre du programme national d'action contre le suicide, tente de comprendre et de prévenir la pathologie suicidaire.

De nombreux facteurs de risque sont mis en évidence. Les facteurs de risque primaires identifiés sont les troubles mentaux (maladies psychiatriques), les antécédents familiaux de suicide, les antécédents personnels de suicide ou les idées suicidaires. Les facteurs de risque secondaires concernent le contexte social : perte parentale précoce, isolement social, évènements de vie difficiles. Les facteurs de risque tertiaires sont d'ordre épidémiologique : sexe masculin, adolescence, sénescence, et période prémenstruelle chez la femme.

Différents moyens d'action de prévention sont mis en place. Dans ce contexte l'OMS, recommande certains points d'actions (1) :

- éloignement des moyens létaux
- reconnaître et prendre en charge les patients souffrant de troubles mentaux
- améliorer l'accès aux services de soins et services sociaux
- organiser un suivi adéquat des personnes ayant commis une tentative de suicide

- responsabiliser les médias (couverture médiatique plus adaptée comme décrite dans le programme Papageno (4))

Parmi les axes de travail cités, la prévention de la récurrence est un point clé. Les antécédents de tentative de suicide font partie des facteurs de risque majeurs identifiés.

En France, le risque de récurrence dans l'année qui suit une tentative de suicide est de 20% (5). En Nord-Pas-de-Calais, on constate qu'un patient sur dix réitérera son geste suicidaire dans les 6 mois (6).

C'est dans ce contexte que de nombreuses actions de lutte contre la récurrence ont été développées.

1 CONTEXTE

1.1 PRESENTATIONS DU DISPOSITIF VIGILANS

1.1.1 Travaux préliminaires

Depuis les années 2000, de nouvelles propositions de soins pour les suicidants ont été évaluées. Parmi elles, deux types d'interventions ont montré leur efficacité.

D'un côté, on trouve les interventions consistant en une prise en charge intensive après un geste suicidaire. C'est le cas par exemple de l'étude anglaise de Guthrie (7) qui consistait en l'intervention d'une infirmière au domicile du patient dans les suites de la tentative de suicide.

En 2004, Walter (8) évalue l'instauration d'une série de 5 interventions psychothérapeutiques brèves (IBP) dans le mois qui suit la sortie du patient des urgences, pour une tentative de suicide. La cohorte incluait des patients de 15 à 34 ans. A 12 mois, 18.6% des patients ont récidivé : 20% dans la cohorte témoin contre 16% dans la cohorte IPB ($p=0.45$). Chez les moins de 20 ans, on ne note aucune récurrence dans la cohorte IPB (0/22) contre 11/22 dans le groupe témoin ($p=0.03$). Ces interventions intensives ont démontré leur efficacité mais présentent comme inconvénients majeurs leur coût financier et la nécessité d'une organisation lourde pour le déploiement sur la totalité du territoire.

D'un autre côté, des interventions de veille sont développées. Elles sont décrites et analysées dans les travaux de Du Roscoat en 2013 (9). Il pose les prérequis nécessaires à un système de veille efficace : un maintien du contact actif, c'est-à-dire non laissé à l'initiative seule du suicidant, un contact régulier dans la durée et individualisé.

Un des pionniers dans l'exercice est Motto avec sa notion de « connectedness » que l'on pourrait traduire par « sentiment de rester en lien ».

A ce jour, plusieurs systèmes de veille ont été testés :

- Les courriers, comme Motto (10) qui propose une stratégie de recontact pendant 5 ans avec une évaluation de la mortalité par suicide jusque 10 ans après. On constate un nombre de décès par suicide

moins important dans le groupe recontacté pendant les cinq premières années par comparaison au groupe témoin. Après l'intervention, la différence reste significative surtout lors des deux premières années de suivi ($p=0.04$), et diminue au cours du temps avec une disparition de l'effet bénéfique constatée à la 14^{ème} année de suivi.

- Les cartes postales selon Carter (11) ; elles sont envoyées pendant un an au patient suicidant avec un message identique. L'étude initiale ne montre pas de différence significative sur la récurrence entre le groupe intervention et le groupe contrôle mais l'analyse non ajustée met en évidence une différence significative sur le nombre de récurrence par patient.

- Le recontact téléphonique (12) ; étude SYSCALL menée par le Professeur Vaiva dans 13 services des urgences du Nord-Pas-de-Calais. Un appel téléphonique était donné 1 ou 3 mois après la sortie du patient. Lors de ce rappel, passé au nom de l'équipe du service des urgences, une réévaluation de la situation était faite et une orientation sur un service en urgence était possible. L'étude permet de souligner une diminution du risque de récurrence suicidaire chez les patients recontactés à un mois mais, au vu des résultats, il apparaît qu'un rappel encore plus précoce serait plus bénéfique.

- La « crisis-card » ou carte ressource, utilisée par l'équipe d'Evans ; celle-ci mentionne un numéro de téléphone qui permet de joindre directement un professionnel disponible 24h/24. Cette intervention se montre efficace avec une diminution de la récurrence suicidaire, principalement pour les sujets primo-suicidants et durant les six premiers mois (13).

L'idée développée par l'équipe du Professeur Vaiva a été de créer et d'évaluer un algorithme compilant les différentes modalités de veille précédemment testées.

L'étude ALGOS déploie un algorithme différenciant la prise en charge selon que le patient soit primo-suicidant ou récidivant. Pour les primo-suicidants, une carte ressource est remise au patient, elle lui permet de contacter un professionnel de santé 24/24h. Si un appel met en évidence une

situation à risque, il y a un déclenchement d'une situation pro-active avec la programmation d'un nouvel appel téléphonique, information au médecin traitant ou consultation aux urgences sous 24 heures, en fonction du niveau de risque évalué. En cas de refus de prise en charge par le patient, le médecin du SAMU est interpellé.

Pour les patients non primo-suicidants, l'algorithme prévoit un appel téléphonique entre le 10^e et le 21^e jour après la tentative de suicide. Si le patient n'est pas joignable, le dispositif prévoit l'envoi de cartes postales au domicile du patient afin de maintenir un lien avec lui.

A chaque contact entre le patient et l'équipe d'ALGOS, un compte-rendu est envoyé au médecin traitant ainsi qu'aux autres professionnels de santé qui entourent le patient.

Cet algorithme a été testé dans 23 centres en France métropolitaine via un essai randomisé. Il compare les patients inclus dans l'algorithme à un groupe témoin de patients suicidants pris en charge de façon usuelle. Cette étude, en attente de publication, démontre l'efficacité de la combinaison de plusieurs systèmes de veille dans la prévention de la récurrence suicidaire (analyse per protocole) (14).

1.1.2 Le dispositif Vigilans

Dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, l'Agence Régionale de Santé (ARS) soutient le développement de projets tels que des dispositifs de veille, pour les patients suicidants en région Nord-Pas-de-Calais.

L'algorithme ALGOS a donc été décliné en offre de soins : il s'agit du dispositif de veille Vigilans. La création de Vigilans a pris en compte plusieurs remarques faites lors de l'évaluation d'ALGOS et certains changements ont été actés :

- la disparition des critères d'inclusion et donc l'ouverture à tous les suicidants
- rappel plus précoce entre le 10^e et 21^e jour après la sortie d'hospitalisation pour les non primo suicidants
- la remise d'une carte ressource à tous les patients

Concernant les médecins traitants, l'étude qualitative du dispositif ALGOS a montré que les patients et les médecins se sentaient rassurés par la mise en place du dispositif. Les généralistes déclaraient que leur niveau de vigilance était augmenté vis-à-vis des patients suicidants et voyaient le dispositif ALGOS comme une aide à la prise en charge. En conclusion de cette étude, on insistait sur la nécessité d'une meilleure explication du fonctionnement du dispositif pour obtenir une meilleure implication des médecins généralistes et d'une amélioration de la communication avec la médecine de ville. L'intensification des liens avec le médecin traitant a donc été décidée (15).

Ce programme de recontact a débuté en janvier 2015 dans le Nord-Pas-de-Calais et concernait, en janvier 2016, 28 sites hospitaliers. L'objectif principal est de diminuer la morbi-mortalité suicidaire.

Les patients concernés sont tous les suicidants habitant le Nord-Pas-de-Calais, à l'exception des personnes détenues.

Le fonctionnement du dispositif est différent selon que le patient est primo-suicidant ou récidivant.

Tout patient suicidant peut être inclus dans le dispositif dès la sortie des urgences ou d'un service d'hospitalisation, il reçoit alors une carte ressource avec un numéro de téléphone régional gratuit. Elle permet au patient de joindre à tout moment un professionnel de santé. En semaine, le patient sera pris en charge par l'équipe de recontact téléphonique de Vigilans. Le soir et le week-end, il est invité à joindre le centre de régulation du SAMU.



Image 1 : Carte ressource distribuée (recto / verso)

Dans le même temps, le patient est également inscrit dans le dispositif. Un dossier de suivi est alors créé, regroupant des données administratives (coordonnées du patient et de son médecin, coordonnées des proches) et des informations cliniques (mode de tentative de suicide, motivations du geste, antécédents). Ce dossier permet aussi de recenser toutes les interactions entre bénéficiaire et dispositif de veille.

Dans tous les cas, le patient est contacté au bout de 6 mois par l'équipe Vigilans, c'est-à-dire à la fin de la période de veille. C'est lors de cet appel qu'un bilan concernant l'état thymique du patient est dressé. Si besoin, la veille peut être prolongée tous les six mois.

A chaque contact entre le patient et le dispositif, le médecin traitant et les professionnels de santé qui l'entourent, reçoivent un compte-rendu écrit (à l'inclusion dans le dispositif, à la sortie, lors des contacts entre le patient et le dispositif).

Lorsqu'il s'agit d'un patient récidivant, un recontact téléphonique est prévu entre le 10^e et le 21^e jour après sa sortie d'hospitalisation. Le reste de l'algorithme est identique.

Un patient est considéré comme non-joignable s'il ne répond pas à 3 appels déclenchés par le dispositif. Dans ce cas, le médecin traitant est prévenu par courrier et des cartes postales sont envoyées au domicile du patient mensuellement pendant 4 mois.

Les recontacts téléphoniques sont réalisés par des psychologues ou infirmiers. Si, lors d'un entretien téléphonique, une situation de crise est détectée, un rendez-vous peut être reproposé aux urgences ou par téléphone selon le degré de gravité de la crise.

Afin de faciliter l'articulation du dispositif avec la médecine de ville, une plaquette explicative est adressée aux médecins traitants ou autres professionnels de santé lors de chaque envoi de courrier d'inclusion. Un numéro de téléphone leur est spécifiquement attribué en cas de nécessité de contact avec le dispositif Vigilans.



Dispositif de veille posthospitalière pour les suicidants de la région Nord - Pas-de-Calais

J1 Pour tout suicidant sortant d'un service de la région

A sa sortie de l'hôpital, le patient reçoit une carte ressource avec le n° de téléphone de Vigilans à contacter en cas de besoin. Vigilans informe le médecin traitant et/ou le psychiatre référent du patient par courrier, de la mise en place du dispositif de veille. Un numéro de recours pour les professionnels de santé (ligne dédiée) est transmis à cette occasion.



J10 et J20 Pour les non primosuicidants

Si ce n'était pas sa 1^{ère} tentative, le suicidant est rappelé 10 à 20 jours après la sortie de l'hôpital par les membres de l'équipe Vigilans.



Avant chaque recontact, le patient est prévenu par courrier ou par SMS. Un compte-rendu est adressé au médecin généraliste et au psychiatre référent.

Simple appel

Injoignable ou en difficulté
envoi de cartes postales
(1/mois pendant 4 mois)

Crise suicidaire
Consultation en urgence



+/- programmation d'un nouvel appel si besoin

A 6 mois Pour tous : primosuicidants - Non primosuicidants



Appel téléphonique par les membres de l'équipe Vigilans.

Avant chaque recontact, le patient est prévenu par courrier ou par SMS. Un compte-rendu est adressé au médecin généraliste et au psychiatre référent.

Si survenue d'une récurrence suicidaire, le patient est de nouveau dans le dispositif pour 6 mois.

Arrêt de la veille si tout va bien ou poursuite d'une nouvelle veille de 6 mois si besoin.

Figure 1. Schéma de l'algorithme de veille

1.2 PRESENTATION DES DIFFERENTS INTERVENANTS IMPLIQUES DANS L'EVALUATION DU DISPOSITIF

Ce travail de thèse, réalisé en coopération avec la fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy), n'est qu'une partie de l'évaluation plus globale du dispositif Vigilans que nous proposons de présenter brièvement ici.

Les prises d'indicateurs nécessaires à l'évaluation du dispositif Vigilans seront réalisées en coordination par différentes structures.

Il s'agit d'une part, de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France dirigée par le Dr Danel. Elle bénéficie d'une expertise reconnue avec l'Observatoire régional de Santé Mentale et d'accords d'accès aux bases de données régionales de la CNAMTS (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) et du chaînage SNIIRAM (système national d'information inter régimes de l'assurance maladie). L'équipe comprend notamment deux socio-démographes (Laurent Plancke et Alina Amariei) et est renforcée par un contrat d'assistant spécialiste en psychiatrie (Dr Créton co-directrice de la thèse).

D'autre part, une partie de l'évaluation sera réalisée par le Centre d'Investigation Clinique du CHRU de Lille (CIC 1403, INSERM, Pr Dominique Deplanque, Stéphane Duhem), qui coordonne également l'implantation et la formation des membres de l'équipe Vigilans et est responsable des appels à 6 mois.

L'Unité de Méthodologie, Biostatistiques et Data Management (Pôle S3P) du Pr Alain Duhamel réalisera les analyses statistiques en collaboration avec les investigateurs, la Fédération de Santé Mentale et le Centre d'Investigation Clinique.

Le projet d'évaluation du dispositif Vigilans s'intéresse d'une part à l'évaluation du processus (indicateurs d'activité du dispositif, acceptabilité et mise-en-œuvre par les patients et les professionnels) et, d'autre part, à l'évaluation des résultats (indicateurs de morbi-mortalité suicidaire,

influence sur les représentations et opinions des professionnels concernant le suicide). Ce projet comporte donc une évaluation quantitative et qualitative du dispositif de veille.

1.3 EVALUATION DU DISPOSITIF

1.3.1 Evaluation quantitative

Le volet quantitatif de l'évaluation concerne d'une part le degré d'activation du dispositif (pénétrance), d'autre part son efficacité sur la morbi-mortalité suicidaire. La méthodologie de cette partie de l'évaluation ne sera pas traitée ici.

Dans un second temps, les médecins généralistes et psychiatres ayant pris en charge des patients inclus dans le dispositif, seront invités à remplir un questionnaire d'évaluation sur le site internet du dispositif Vigilans (<http://dispositifVigilanS.org/>) à l'issue des 6 mois de la veille. Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer l'impact, sur la prise en charge du patient, du partenariat entre le dispositif et les médecins traitants habituels (généraliste ou psychiatre) ainsi que l'acceptabilité et la compréhension globale du dispositif par les intervenants extérieurs (16).

1.3.2 Evaluation qualitative

1.3.2.1 Evaluation concernant le ressenti par les patients

La première partie de l'évaluation qualitative de l'acceptabilité du dispositif par les patients concerne la totalité des suicidants inclus dans la veille. Cette acceptabilité a été évaluée par un questionnaire portant sur leur compréhension et leur opinion de la procédure après 6 mois de veille.

Lors du recontact systématique à 6 mois, un questionnaire de satisfaction a été réalisé auprès du patient par l'équipe de Vigilans. Différents items ont été évalués : la gêne ou l'aide reçue lors des appels, leur impact sur une éventuelle crise suicidaire et la satisfaction concernant les cartes postales éventuellement reçues. L'activation de la veille par le patient a été également relevée et évaluée. La

satisfaction et la tolérance au dispositif ont été évaluées à l'aide d'échelles de Lickert numériques en dix points.

Par la suite, le patient a été invité à se rendre sur le site internet du dispositif afin d'y remplir un questionnaire d'appréciation comprenant 26 items répartis selon 4 axes :

- o opinion/appropriation du dispositif
- o opinion/perception du recontact téléphonique
- o recours aux soins
- o avis sur le dispositif après la veille

Si le patient ne dispose pas d'une connexion internet, le questionnaire lui a été adressé par courrier avec enveloppe pré-timbrée pour le retour. Des questionnaires ont également été adressés aux patients perdus de vue.

A l'issue du recontact téléphonique des 6 mois, les appelants ont demandé l'accord du patient pour l'organisation d'un entretien individuel. Un échantillon de 50 patients a été tiré au sort parmi ceux ayant donné leur accord. Cette évaluation a pris la forme d'un entretien semi-dirigé téléphonique ou présentiel.

Cette évaluation ne sera pas développée dans ce travail.

1.3.2.2 Evaluation concernant le ressenti par les professionnels

Avant chaque ouverture de centre, les professionnels de santé prenant en charge les suicidants (psychiatres, urgentistes) sont formés à l'utilisation du dispositif.

Le degré de connaissance a été évalué à la mise en œuvre du programme et 9 mois plus tard, chez des partenaires tirés au sort parmi les secteurs de psychiatrie, les urgentistes et les régulateurs du SAMU des territoires où le programme a été mis en place. L'objectif est de s'intéresser à chaque professionnel intervenant auprès des suicidants.

Concernant les médecins généralistes, nous avons évalué la connaissance, l'acceptabilité, la satisfaction et le sentiment d'appartenance vis-à-vis du dispositif. La qualité des liens (plaquette initiale, courriers, appels téléphoniques) envers les médecins a également été discutée avec ces derniers. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés par téléphone. Le même travail a été réalisé auprès des professionnels de santé mentale référents des patients.

Ce travail de thèse porte donc sur l'évaluation qualitative du dispositif Vigilans auprès des médecins généralistes. Nous voulons évaluer la perception et l'appropriation du dispositif Vigilans par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien semi-dirigé.

2.2 RECRUTEMENT

Nous avons interrogé un échantillon de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Pour réaliser notre échantillon nous avons, dans un premier temps, tiré au sort 60 médecins généralistes issus de la base de données de Vigilans. Les patients des médecins concernés avaient bénéficié de la totalité de la veille. Nous avons décidé de nous concentrer sur les patients sortis du dispositif entre janvier 2016 et fin août 2016 afin de minimiser le biais de mémorisation.

Ce critère nous a permis d'interroger uniquement les médecins traitants des patients ayant bénéficié de la totalité du dispositif. Devant le refus d'un grand nombre de médecins, une seconde liste a dû être générée afin d'obtenir un nombre suffisant d'entretiens. Les critères de tirage au sort sont restés les mêmes.

Nous avons alors procédé à un échantillonnage aléatoire initialement puis à un échantillonnage raisonné avec une sélection selon le sexe et le département d'installation du médecin. En effet, ce type d'échantillonnage permet d'obtenir une variation maximale des données collectées.

2.3 ENTRETIENS

2.3.1 Déroulement des entretiens

Les médecins généralistes étaient contactés par téléphone pour leur faire part de notre sollicitation à la participation à l'étude. S'ils étaient d'accord, un rendez-vous téléphonique était alors fixé.

La date et l'heure de l'entretien étaient fixées par le médecin lui-même ou par sa secrétaire. Un créneau horaire de minimum 15 minutes était exigé. Il était précisé qu'il s'agissait d'entretiens téléphoniques.

2.3.2 Guide d'entretien

Un guide d'entretien, abordant différents thèmes, a été réalisé puis validé par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France, responsable de cette partie de l'évaluation.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés permettait, via des questions ouvertes, une libre expression des médecins interrogés.

Nous avons décidé de débiter par un état des lieux sur la prise en charge du suicidant en médecine générale (MG), puis d'en évoquer les difficultés. Nous avons ensuite recentré nos questions sur le dispositif Vigilans, pour en connaître le degré de connaissance, l'acceptabilité et l'appropriation de ce dispositif par les médecins généralistes.

Ce guide a évolué au-fur-et-à-mesure des entretiens, des thématiques évoquées par les médecins ont été ajoutées. Nous avons, par exemple, ajouté une question générale sur la formation du médecin généraliste dans la prise en charge du patient suicidant. (cf. annexe n°1)

2.4 ANALYSE QUALITATIVE

2.4.1 Recueil des données

L'accord pour l'enregistrement de la conversation a été systématiquement demandé et obtenu. Celui-ci a été réalisé par le logiciel Call Recorder ® obtenu via Android ®.

Afin de garantir un anonymat, le nom des patients était inconnu par l'évaluateur, seule leur date de naissance permettait à leur médecin traitant de les identifier. Lors de la retranscription, toute mention pouvant permettre une identification de l'interlocuteur ou du patient a été supprimée.

A la fin de chaque entretien téléphonique, nous proposons au médecin de lui envoyer par courriel le verbatim, afin qu'il puisse apporter des modifications si besoin.

2.4.2 Exploitation des données

Initialement, les verbatims ont été codés de manière indépendante en codage ouvert par deux chercheurs. Le codage se faisait au-fur-et-à-mesure des entretiens afin de faire évoluer le guide d'entretien.

Dans un second temps, un codage axial a été réalisé afin de catégoriser les données et de réaliser une analyse thématique. Ce travail a été réalisé grâce au logiciel N VIVO 11 ® (QSR International, Doncaster, Australia).

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

3 RESULTATS

3.1 ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Les entretiens ont été réalisés entre septembre 2016 et janvier 2017. Dix-huit entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données et deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette saturation.

Ce chiffre, assez élevé pour une thèse qualitative, s'explique par l'ajout de nouveaux thèmes dans le guide d'entretien notamment à partir du 6^e entretien.

3.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Afin de réaliser cette étude, nous avons dû contacter cent un médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais, pour obtenir vingt entretiens exploitables.

Les données ont été anonymisées de M1 à M20 par ordre chronologique des entretiens.

3.2.1 Tableau récapitulatif des médecins participant à l'étude

Identification du médecin	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
M1	44	M	Métropole	Groupe
M2	52	M	Nord hors métropole	Individuel
M3	52	M	Nord hors métropole	Individuel
M4	64	M	Nord hors métropole	Individuel
M5	65	M	Métropole	Groupe
M6	58	F	Nord hors métropole	Individuel
M7	65	M	Nord hors métropole	Individuel
M8	62	M	Métropole	Groupe
M9	50	M	Métropole	Individuel
M10	42	M	Nord hors métropole	Groupe
M11	34	M	Nord hors métropole	Individuel
M12	55	M	Métropole	Individuel
M13	59	M	Pas de calais	Individuel
M14	42	M	Nord hors métropole	Individuel
M15	62	M	Pas de calais	Individuel
M16	63	M	Métropole	Groupe
M17	47	F	Pas de calais	Groupe
M18	61	F	Nord hors métropole	Individuel
M19	46	F	Nord hors métropole	Individuel
M20	55	F	Métropole	Groupe

3.2.2 Causes de refus et empêchements

Les causes de refus d'entretiens étaient variées. Elles sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :

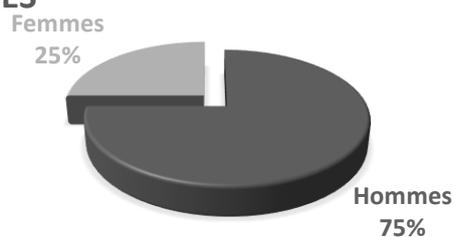
Causes de refus de l'entretien	Nombre
Médecin retraité	2
Changement de profession	2
Manque de temps	12
Ne connaît pas Vigilans	2
N'a jamais revu le patient	2
Ne répondent jamais aux entretiens téléphoniques	5
N'ont pas donné suite au message laissé à la secrétaire	45
Ligne occupée *	3
Absence totale de réponse ou mauvais numéro*	6
Rendez-vous entretien pris mais n'ont jamais répondu	2
Total	81

* ont été exclus après 3 tentatives d'appel

3.2.3 Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

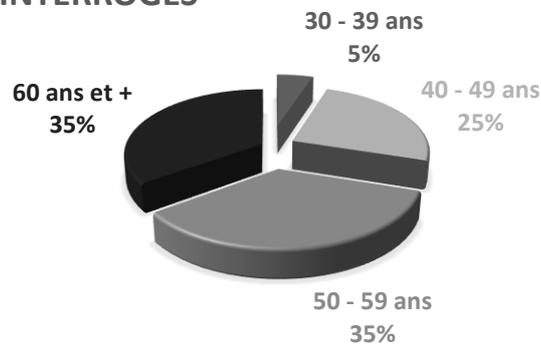
⇒ **Sexe** : notre échantillon de 20 médecins interrogés comptait 15 hommes et 5 femmes.

MÉDECINS INTERROGÉS



⇒ **Age** : l'âge moyen des personnes interrogées était de 56 ans, les âges sont repartis comme suit :

AGE DES MÉDECINS INTERROGÉS



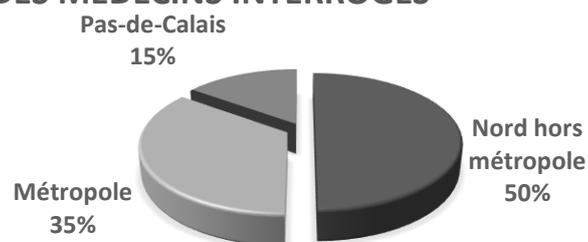
⇒ **Type d'exercice** : 12 d'entre eux travaillaient seuls, contre 8 en association, collaboration ou maison de santé.

TYPE D'EXERCICE DES MÉDECINS INTERROGÉS



⇒ **Lieu d'exercice** : parmi les médecins interrogés, 17 travaillaient dans le Nord, dont 7 en métropole lilloise et 3 travaillaient dans le Pas-de-Calais.

LIEU D'EXERCICE DES MÉDECINS INTERROGÉS



3.2.4 Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 5 septembre 2016 et le 17 janvier 2017. Les entretiens téléphoniques ont duré entre 7 minutes 32 secondes et 22 minutes 45 secondes au maximum. La durée moyenne des entretiens est d'environ 14 minutes 34 secondes.

Sur les 20 entretiens réalisés, seuls 2 médecins ont demandé à ce qu'on leur envoie le verbatim, mais aucune modification n'a été apportée secondairement.

3.3 ANALYSE DES DONNEES

3.3.1 État des lieux sur la prise en charge du suicidant par le médecin généraliste

3.3.1.1 Perception de la problématique suicidaire en médecine générale

Dans un premier temps, il nous a semblé important d'évaluer la manière dont les médecins généralistes appréhendaient la problématique suicidaire et les difficultés qu'ils rencontraient dans la prise en charge de cette population. Cela nous a permis d'évaluer si le dispositif Vigilans répondait à un éventuel besoin de leur part.

Pour certains médecins, la crise suicidaire semblait être un évènement plutôt rare au sein de leur clientèle, « *les tentatives d'autolyse avant ces 3 qui sont passées, je crois que je n'en avais pas vu depuis au moins 5 ans* » (M15), « *je n'ai pas de taux de suicide important dans ma clientèle* » (M2).

On observait chez certains médecins une banalisation et une minimisation de la gravité des gestes suicidaires. La tentative était parfois considérée par le médecin comme « *une bêtise* » (M10), ou facilement relativisée « *la première c'était un peu léger, il en avait parlé avant de passer à l'acte mais sans exagération je pense que c'était plus un appel à l'aide* » (M7), « *je ne pense pas que ça soit fait dans un but de suicide* » (M8), « *c'est plutôt un appel au secours qu'une tentative d'autolyse* » (M8).

Certaines idées reçues erronées sur le suicide étaient présentes chez les médecins généralistes comme, par exemple, le caractère imprévisible d'une tentative de suicide. Lors des entretiens, plusieurs médecins parlaient de « *suicides instinctifs* » (M12) « *les passages à l'acte ont été décidés quasiment en une heure de temps* » (M17) « *c'est un flash* » (M8), « *les 3 fois où j'ai été confronté à des décès par suicide, euh..., ça a été des suicides totalement imprévisibles* » (M15). Un médecin interrogé considérait qu'il s'agissait d'un phénomène inévitable « *on n'empêche pas un suicidaire de se suicider* » (M13).

3.3.1.2 Prise en charge du patient suicidaire en médecine générale

La prise en charge du patient suicidaire différait selon les médecins généralistes.

Devant un patient suicidaire, certains débutaient par une modification de leur prise en charge habituelle au cabinet et le revoyaient « *régulièrement* » (M10), « *tous les 15 jours* » (M10), et organisaient un « *suivi [...] avec entretiens motivationnels avec moi* » (M17). On assiste alors à une intensification du suivi par les médecins généralistes.

Le suivi d'un patient suicidaire en médecine générale demandait du temps et une organisation spécifique « *je le prends en dernier parce qu'il va me prendre 1h* » (M13), « *je prends relativement beaucoup de temps avec eux* » (M18).

Certains médecins modifiaient également leurs habitudes de prescription. Un des médecins déclarait « *on met toujours une quantité limitée de médicaments en délivrance* » (M20), et préférait une délivrance à la quinzaine chez les patients à risque.

D'autres médecins sollicitaient rapidement l'avis d'un confrère « *j'avoue que quand j'ai un patient qui n'est pas bien, j'essaye de l'envoyer vers un confrère psychiatre* » (M14). Le plus souvent, les généralistes envoyaient leurs patients en hospitalisation ou aux urgences pour obtenir un avis psychiatrique « *si on s'en sort pas, on l'envoie aux urgences* » (M10) « *j'essaie de la faire hospitaliser rapidement* » (M12) « *si j'ai le moindre doute par rapport au suicide, je l'hospitalise* » (M14).

La majorité des médecins déclaraient débiter une prise en charge au cabinet de médecine générale et s'appuyaient dans un second temps sur un confrère si leur suivi ne suffisait pas.

Tous envoyaient leurs patients aux urgences s'ils identifiaient une situation à risque.

Nous avons également relevé que certains médecins n'abordaient pas spontanément le sujet du suicide avec leurs patients « *il ne m'a jamais parlé de ses problèmes de moral* » « *ça n'a jamais été une plainte* » (M14), ou alors n'identifiaient pas la plainte « *on ne percute pas bien* » (M19). D'autres médecins n'osaient pas aborder le sujet avec leur patient, par pudeur « *ils n'ont pas envie de raconter ça à des personnes qu'ils côtoient régulièrement* » (M18) ou par manque de formation « *ce n'est pas évident quand on est face à quelqu'un qui est en détresse, de trouver les mots* » (M10).

Sur les 20 médecins interrogés un seul a déclaré, lorsqu'il identifiait une situation à risque, poser « *une ou deux questions concrètes, assez brutales, je leur demande s'ils ont des idées noires, des envies de suicide* » (M11). A noter qu'un des médecins déclarait poser les questions mais de manière indirecte et constatait l'inefficacité de cet abord : « *Non ce qu'il y a c'est que c'est toujours très délicat et très compliqué dans la mesure où comme la personne tout à l'heure, ils ne sont pas toujours sincères, tout au moins ils cachent beaucoup de choses. Lui quand il est venu 2 jours avant et que je lui ai posé la question indirectement de savoir s'il avait encore des idées noires, des idées sombres, des scénarios, il m'a répondu que non ça allait il avait retrouvé sa copine qu'il avait dans le temps et puis 2 jours après il était mort* » (M7).

3.3.1.3 Difficultés dans la prise en charge

3.3.1.3.1 Problèmes liés à l'exercice de la médecine générale

Cette étude a permis de mettre en évidence des difficultés, inhérentes à la médecine générale, dans la prise en charge du patient suicidaire.

En premier lieu, les généralistes mettaient en avant le temps important que leur demandait la prise en charge des patients suicidaires « *ça prend du temps ça fait de très grosses journées mais ça*

fait partie du travail » (M11). Ils évoquaient aussi un manque de disponibilité malgré l'amplitude de leurs créneaux horaires. « *Les gens dépressifs ça prend du temps, et on n'a pas forcément énormément de temps à leur accorder* » (M10). « *Pour nous c'est toujours la cohue, toujours en train de courir* » (M9).

Cela modifiait souvent leur organisation et impactait très souvent leurs consultations au détriment des autres patients : « *Ça me décale tout, des fois d'une heure* » (M6), « *Il y a quelquefois 30 personnes derrière et que vous passez 30 minutes c'est embêtant mais je prends le temps quand même* » (M8). D'autant plus que certains constataient que ce n'était pas toujours le premier motif de consultation « *il y a des gens qui disent presque en se levant de la chaise : au fait... [En parlant des idées suicidaires]* » (M11).

L'autre problème souvent cité était le manque de formation sur la prise en charge de ce type de problématique : « *On n'est pas formé à la communication* » (M11).

En effet, sur les 15 médecins à qui nous avons posé la question de leur formation concernant la prise en charge du patient suicidaire, 7 disaient n'avoir jamais reçu de formation et 6 déclaraient avoir eu une formation ancienne datant de plus de 5 ans. Plusieurs médecins déclaraient essayer de se former seuls « *je me suis formé par la force des choses, j'ai beaucoup étudié le problème du suicide* » (M16).

Ce manque de formation se faisait ressentir en consultation et certains médecins se trouvaient parfois démunis « *ce n'est pas forcément évident quand on est face à quelqu'un qui est en détresse de trouver les mots ou ce qu'il faut faire* » (M10). Cela pouvait aller jusqu'à créer un sentiment de mal-être chez les généralistes, « *on est embarrassé, on ne sait pas comment gérer parfois* » (M19) « *des fois on rame un peu* » (M5). Les médecins généralistes avaient l'impression que les patients cherchaient à leur cacher la vérité « *ils ne sont pas toujours sincères, tout au moins ils cachent beaucoup de choses* » (M7), ou qu'ils ne voulaient pas leur en parler « *ils ne m'en parlent pas* » (M20). Le généraliste M10 avouait avoir du mal à repérer certains signes de souffrance psychique chez ses patients.

3.3.1.3.2 Difficultés liées à la relation avec les professionnels de santé mentale

On repérait également dans les entretiens un sentiment de solitude du médecin généraliste dans la prise en charge du suicidaire « *on est tout seul avec le patient* » (M10). « *C'est un secteur [la suicidologie] où je trouve qu'on est assez seul, au niveau prise en charge* » (M11).

Ce sentiment était renforcé par un manque de communication entre les professionnels de santé mentale et les médecins généralistes « *je n'ai pas eu de nouvelles disant qu'il était rentré ou pas* », « *je n'ai aucun courrier de l'hôpital psychiatrique* » (M14) « *je n'avais pas été informé qu'il y avait eu une tentative de suicide* » (M12). Les généralistes (M15), (M 20) et (M16) relataient les mêmes faits. En général, les médecins traitants qualifiaient le secteur de santé mentale, de « *secteur fermé* » (M2).

3.3.1.3.3 Difficultés liées à l'orientation des patients vers des soins psychiatriques

Dans ce contexte, les médecins généralistes cherchaient à adresser leurs patients vers les professionnels de santé mentale mais éprouvaient, là aussi, des difficultés.

Dans un premier temps, beaucoup faisaient face aux réticences de leurs patients à aborder d'éventuelles difficultés psychologiques, « *le patient ne voulait pas parler, on voyait bien qu'il y avait un refus de communiquer par rapport à ça* » (M12), « *il ne veut absolument pas entendre parler de ce type de problème* » (M14), « *il a fallu insister* » (M18). Le médecin M18 se posait la question d'un lien trop familial avec le généraliste pour discuter des problèmes de cet ordre-là « *des fois ils ont une dépression ils n'ont pas envie de raconter ça à des personnes qu'ils côtoient régulièrement ou au médecin traitant* » (M18). A contrario, d'autres patients refusaient d'être pris en charge par un autre intervenant « *j'envoie chez les psychologues ou les psychiatres quand il y a besoin et quand les patients acceptent parce que ça c'est autre chose* » (M6).

Deuxièmement, la quasi-totalité des médecins interrogés regrettaient que les délais de prise en charge en santé mentale soient longs « *pour avoir un rendez-vous chez le psy, il faut quand même attendre un mois ou 2 mois* » (M19) « *les délais de rendez-vous sont très longs, la machine est lourde, c'est long à mettre en route* » (M5).

Beaucoup pointaient aussi le problème d'organisation des CMP (Centres médicaux psychologiques) « *ils sont débordés* » (M19), « *il y a un souci au niveau des CMP* » (M6) et mettaient en doute la qualité des soins « *c'est très bien mais au CMP on n'a pas la même qualité de soins, on n'a pas un psychiatre qui est autant à l'écoute que si on va en libéral* » (M20). Les généralistes demandaient qu'une prise en charge en urgence puisse être faite mais savent que « *le CMP n'a pas les moyens matériels de les recevoir* » (M5).

Ils reconnaissaient largement un manque « *de psychiatres et de psychologues* » (M3)

3.3.2 Connaissance du dispositif

3.3.2.1 Identification du dispositif par les médecins généralistes :

Lors des entretiens téléphoniques, 16 médecins généralistes sur 20 avaient identifié le dispositif directement à l'évocation du mot Vigilans « *c'est un suivi après une tentative de suicide* » (M11).

Pour les 4 autres, un rappel bref du contexte du dispositif de veille a été nécessaire.

3.3.2.2 Connaissance des principes de fonctionnement

En général, les médecins généralistes ont identifié le mode de fonctionnement pour les patients, c'est-à-dire le recontact téléphonique ou les cartes postales « *des cartes et des rappels* » (M19). Mais le plus souvent ils ne savaient pas comment l'utiliser eux, en tant que professionnel de santé « *je ne savais pas que je pouvais l'utiliser en dehors d'une hospitalisation* » (M11).

Un seul avait déjà inclus une de ses patientes dans le dispositif. Pour rappel, médecins généralistes n'ont pas été formés ni sensibilisés à faire entrer des patients dans le dispositif Vigilans. L'entrée dans la veille se fait normalement à la sortie de l'hospitalisation.

Concernant l'algorithme, il n'était généralement pas identifié, les médecins interrogés ne discernaient pas la prise en charge du primo suicidant de celle du patient récidivant sa tentative de suicide.

La durée de veille était également inconnue par la plupart des personnes interviewées.

3.3.2.3 Objectifs perçus

Dans la grande majorité des cas (17/20), l'objectif principal du dispositif a bien été perçu par les médecins « *pour la prévention* » (M11), « *limiter la récurrence* » (M14).

Pour le médecin M20, il s'agissait plutôt d'éviter l'isolement, « *la solitude* » pour M5. Pour M6, le dispositif consistait surtout en une « *piqûre de rappel* » pour les patients qui ne voient pas régulièrement leur médecin généraliste.

3.3.2.4 Idées recues

Certaines fausses idées ont été quand même évoquées, à savoir que le dispositif était destiné aux adolescents « *elle [la patiente] doit être trop grande* » (M4), ou qu'il était utilisé uniquement sur le secteur psychiatrique lillois « *c'est que sur le secteur lillois* » (M4), ou alors que la veille dépendait du CMP pour (M5).

3.3.3 Perception du dispositif par les médecins généralistes

3.3.3.1 Acceptabilité

Dans l'ensemble, le protocole de soins semble avoir été plutôt bien accepté, tant par les médecins généralistes, « *j'ai pris ça plutôt pour une aide* » (M2) que par les patients « *il a trouvé ça bien* » (M15), « *c'est bien qu'elle ait été rappelée* » (M1). Le dispositif n'a pas été perçu comme dérangeant par le médecin généraliste.

Sur les 20 médecins interrogés, un seul a eu un retour plutôt négatif par son patient « *il trouvait que c'était du harcèlement pour son acte* » (M12). Il s'agissait d'une récurrence de tentative de suicide, le patient avait été joint entre J10 et J21, à plusieurs reprises, car il ne répondait pas.

3.3.3.2 Appropriation et sentiment d'appartenance

Un des objectifs lors de la mise en place de ce dispositif était d'inclure le médecin généraliste dans le système de soins, de faire en sorte qu'il puisse l'utiliser, en devenir un des acteurs principaux.

Lors des entretiens, 8 médecins sur 20 ont déclaré ne pas savoir comment l'utiliser « *je ne savais pas que je pouvais l'utiliser* » (M11), « *je ne l'ai pas utilisé et je ne sais pas comment l'utiliser surtout* » (M12). Ils évoquaient un manque d'information. Une fois l'explication sur l'utilisation du dispositif fournie, ils semblaient satisfaits « *d'accord, c'est intéressant* » (M14).

Un seul médecin généraliste l'avait déjà utilisé pour inclure un patient « *j'ai appelé et ils l'ont inclus dans le système* » (M16).

Nous leur demandions également quelle place ils pensaient avoir dans ce dispositif, les réponses étaient assez variées « *d'acteur central et de déclencheur* » (M11), « *au cœur du système de prévention, c'est très bien fait* » (M16) « *je pense qu'on n'est pas inclus dans le dispositif* » (M18) « *d'être en parallèle* » (M13), « *dedans mais complètement indépendant* » (M15).

3.3.3.3 Un dispositif modifiant la prise en charge

Nous avons demandé aux médecins interrogés si le dispositif Vigilans avait modifié leur prise en charge pour les patients suicidants.

Deux médecins ont répondu positivement, l'un d'entre eux a modifié sa prise en charge dès l'inclusion du patient dans le dispositif « *oui tout à fait, je l'ai vu plus souvent que d'habitude* » (M16), « *ça m'a permis d'ouvrir un dialogue* » (M16). Un autre médecin s'accordait à dire que le dispositif modifierait sa prise en charge, en cas de situation à risque identifiée par l'équipe de veille, « *s'il y a une alerte, oui* » (M9).

La majorité des généralistes interrogés réfutaient toute influence dans leur prise en charge « *moi non* » (M18), « *je ne pense pas* » (M14). En revanche, la plupart du temps pour ces mêmes médecins, le dispositif leur avait permis d'être tenus au courant de la tentative de suicide de leur patient « *le fait d'avoir eu le courrier ça vous a permis d'en parler avec eux ? Oui complètement* » (M20). « *Au moins ça m'a permis de savoir qu'elle en avait fait une [une tentative de suicide]* » (M1). En plus de l'information, pour plusieurs médecins, le courrier avait permis d'aborder le sujet en consultation « *quand je l'ai reçu je lui ai dit : « Bah tiens j'ai reçu ça, t'as été recontacté, comment ça va maintenant ? »* » (M1).

3.3.4 Appréciation du dispositif

3.3.4.1 Intérêts perçus

3.3.4.1.1 Une aide pour le médecin généraliste

Le dispositif a été perçu comme une aide à la prise en charge globale pour la majorité des médecins interrogés « *aider un peu le médecin traitant* » (M15), « *c'est certain que c'est une aide* » (M2).

Quelques médecins se disaient rassurés de savoir leurs patients inclus « *ça nous sécurise plus* » (M1) « *rassurant pour tout le monde* » (M2), et déclarent que ça leur apporte « *un peu de sérénité...c'est important ! Une tranquillité aussi de ne pas être seul à gérer le patient* » (M3).

Certains soulignaient le caractère informatif du dispositif « *si le patient n'avait pas été suivi par Vigilans, je crois que je n'aurais jamais su qu'il y avait eu une tentative de suicide* » M(15), « *maintenant on est au courant* » (M16).

Deux des médecins appréciaient de pouvoir être informés en cas de crise suicidaire pour leurs patients « *c'est bien d'avoir quelqu'un derrière ou à côté qui va nous alerter et nous dire que la personne à un comportement à risque* » (M9), « *me tenir alerté des difficultés des patients qui ne passent pas par moi* » (M2).

L'utilisation du dispositif à l'échelle du Nord-Pas-de-Calais a été appréciée, surtout pour lutter contre le sentiment d'isolement perçu par les généralistes « *je vois ça de façon très positive, surtout dans des coins perdus comme le mien où on n'a pas grand-chose pour nous aider* » (M15).

Parmi les médecins interrogés, quatre encourageaient la mise en place du protocole de soins constatant une carence dans la prise en charge de leurs patients suicidaires. « *C'est une bonne idée, ça comble un manque* » (M14), « *c'est super, avant il n'y avait rien* » (M19), « *un suivi un peu plus approprié vu le manque de psychologues psychiatres* », (M3) « *parce qu'avant il n'y avait pas tout ça, c'est bien* » (M16).

3.3.4.1.2 Une aide pour le patient

Les médecins interrogés déclaraient avoir eu des retours plutôt positifs de la part de leurs patients « *je les ai interrogés, j'avais de bons retours là-dessus* » (M19) « *elle a besoin d'être rassurée ça lui fait du bien* » (M11), « *je pense que c'est surtout une sécurité pour lui, parce qu'il a besoin d'écoute* » (M2). Le recontact téléphonique était souvent apprécié « *quand vous appelez, au*

moins on essaye » (M14), « *c'est adapté parce qu'il a besoin d'une piqûre de rappel de temps en temps* » (M18).

Plusieurs médecins appréciaient le caractère extérieur des intervenants « *c'est important aussi pour qu'ils aient une 2^e idée* » (M18), « *ça peut être bien parce que c'est une tierce personne neutre* » (M7).

La « *crisis card* » a aussi été remarquée et jugée utile « *s'ils peuvent passer un coup de fil et que ça peut les aider c'est bien* » (M19).

Un médecin généraliste insistait sur le fait que ça permettait « *pour le patient de maintenir une cohérence autour de lui* » (M5), ceci en développant l'intérêt d'une prise en charge globale et multidisciplinaire centrée sur le patient.

Certains médecins trouvaient ce dispositif adapté aux patients dits « *vagabonds médicaux* », « *ça peut être un avantage pour les gens qui n'ont pas de médecin traitant fixe* » (M20), « *intéressant surtout chez les gens qui n'ont pas de suivi antérieur ou de suivi médicalisé* » (M8).

Ils constataient que le dispositif VigilansS pouvait être, pour ce type de patients, un point d'ancrage dans la mise en place d'un suivi médical.

3.3.4.1.3 Opinion générale

Globalement, l'opinion était plutôt favorable à la mise en place de ce dispositif de veille pour la prise en charge des patients suicidaires « *c'est une très bonne initiative* » (M11), « *ça fonctionne très bien comme ça* » (M15). Les qualificatifs énoncés étaient les suivants « *je pense que ça peut être utile* » (M18), « *hyper positif* » (M19), « *excellente idée* » (M15) « *des choses très positives* » (M5).

Trois d'entre eux n'ont pas perçu d'intérêt « *c'est très peu efficace et ça va coûter un pognon max...le problème c'est que la société part en lambeaux, il n'y a plus de relations interpersonnelles, donc on met des pansements sur des trucs qui doivent se résoudre dans le voisinage* » (M13), le généraliste M8 était plus modéré et confirmait son idée que ce dispositif serait adapté pour les

vagabonds médicaux « *j'en vois pas trop l'intérêt, ça serait plus intéressant pour les gens qui n'ont jamais eu besoin de parler de leurs difficultés et qui, brutalement, se retrouvent à l'hôpital suite à une tentative d'autolyse* » (M8). Le 3^e lui, déplorait un dispositif « *inconnu, mal connu* » ne permettant pas d'en tirer les bénéfices voulus.

3.3.4.2 Défaut du dispositif / amélioration à apporter

Même si le dispositif était dans l'ensemble bien perçu par les généralistes du Nord-Pas-de-Calais, plusieurs critiques et pistes d'évolution ont été évoquées.

3.3.4.2.1 Problème logistique de communication

✓ Constat

Tout d'abord d'un point de vue logistique, certains disaient ne pas avoir reçu la plaquette d'informations sur le système de veille, « *pas le souvenir qu'il y avait une plaquette, ça pourrait être intéressant* » (M18), « *c'est possible que je sois passé à côté* » (M10) ou que celle-ci manque d'explication « *pas hyper explicite, ça manque d'informations* » (M17).

Les médecins traitants déploraient également que l'information de la tentative de suicide arrivait trop tard, qu'elle soit relayée par Vigilans ou non, « *l'information vient souvent trop tard* » (M17), « *il faut peut-être, être plus rapide* » (M18).

✓ Pistes d'amélioration

Pour pallier à ces problèmes de communication, certains proposaient d'autres moyens d'informations et de prises de contact avec le patient et le médecin traitant « *peut-être tenter de communiquer plus régulièrement...par mail ou par SMS* » (M7).

3.3.4.2.2 Problèmes liés à l'algorithme de veille

✓ Constat

Concernant l'organisation de la veille, certains points étaient critiqués. La fréquence des appels, le délai de recontact et la durée de la veille étaient assez discutés lors des entretiens.

Pour les primo suicidants, le seul appel déclenché par le dispositif a lieu 6 mois après la tentative de suicide, un des médecins regrettait que le délai soit si long « *les rappeler 6 mois après quand ils ont fait une tentative de suicide c'est long* » (M18).

Concernant la durée de la veille, elle apparaissait trop courte pour un des médecins « *ah il est sorti ? Donc je pense que ça fait un peu court pour moi* » (M6).

La fréquence de recontact a également été critiquée par un des médecins qui rapportait l'impression de « *harcèlement* » (M12) ressentie par son patient.

✓ Pistes d'amélioration

Concernant la temporalité de l'action, 2 médecins proposaient une action en amont de la première tentative de suicide « *ça serait peut-être bien d'activer ces dispositifs là pour des personnes avant qu'elles se suicident, ceux qui manifestent simplement des intentions* » (M5), « *des choses qui permettraient d'agir avant la tentative de suicide* ».

Plusieurs médecins semblaient surpris par la durée de la veille (6 mois) et auraient préféré une durée plus élevée.

3.3.4.2.3 Caractère impersonnel du dispositif

✓ Constat

Pour plusieurs des médecins interrogés, le caractère impersonnel du dispositif a été critiqué « *si c'est impersonnel ça ne marche pas* » (M13) « *on a déjà nous-même, en connaissant bien le patient, quelques difficultés* » (M8). Cette remarque devenait un atout pour certains médecins « *ça peut être*

bien parce que c'est une tierce personne neutre » (M7), « ils ont une dépression ils n'ont pas envie de raconter ça à des personnes qu'ils côtoient régulièrement ou au médecin traitant » (M18).

✓ Pistes d'amélioration

Afin de garantir un suivi au plus proche du patient, certains évoquaient la possibilité que ce soit l'équipe qui a inclus le patient, qui le suive ensuite *« c'est dommage [...] que ce n'est pas les psychiatres qui ont vu les patients en hospitalisation qui le fassent » (M14).*

3.3.4.2.4 Problèmes liés à la collaboration entre le secteur de soins primaires et les professionnels de la santé mentale

✓ Constat :

Pour la totalité des médecins interrogés, la collaboration avec les professionnels de santé mentale était défailante. Ils déploraient de mauvaises relations avec leur secteur *« la collaboration dans notre secteur en psy [...] est pourrie » (M15) « c'est encore un secteur qui est un peu enfermé » (M16)*

Un des objectifs du dispositif étant de favoriser une collaboration avec les médecins généralistes, la question du lien avec les professionnels de santé mentale via Vigilans leur a été posée.

Cinq médecins disaient ne pas avoir assez de recul pour juger d'une modification des relations *« je n'ai pas assez de recul, je n'en ai qu'un » (M13) « je n'ai qu'un patient...statistiquement parlant ce n'est pas significatif » (M14).*

Seuls 2 d'entre eux constataient une amélioration des liens *« c'est une prise en charge cohérente » (M5).* Beaucoup pointaient la nécessité d'agir sur ce point, ils réclamaient *« Une collaboration beaucoup plus étroite, qui peut apporter du mieux à des gens qui sont récidivistes » (M18).*

✓ Pistes d'amélioration :

La majorité des généralistes souhaitaient une collaboration plus facile avec le domaine de la santé mentale. Certains préconisaient un numéro de téléphone actif 24/24 « *il faudrait qu'on ait aussi un numéro d'urgence* » (M6), « *en cas de crise, pouvoir appeler quelqu'un sans avoir à appeler le SAMU* » (M19).

La plupart des généralistes interrogés étaient en demande d'un contact téléphonique de la part du dispositif, pour les prévenir de la tentative de suicide de leur patient. « *Moi j'aime bien le contact direct plutôt que les courriers* » (M6) « *peut être une information plus rapide par téléphone* » (M12) « *d'appeler directement le médecin quand il y a des difficultés* » (M9). Ce mode de communication permettrait une information plus rapide, plus personnelle et une amélioration de communication entre les différents secteurs. « *Peut-être avoir un peu plus de contact avec les psys, celui qui a vu le patient, un coup de fil ça serait bien* » (M16).

Une autre piste d'amélioration proposée était la programmation des consultations de psychiatrie pour tous les suicidants « *mettre en place un suivi psy...qu'elles aient leurs consultations de suivi psy* » (M19) « *ça serait bien qu'ils puissent avoir des consultations d'urgences faites au CHR ou à d'autres endroits en disant " on a dépisté sur Vigilans que vous étiez à risque ça serait bien que vous veniez nous consulter "* » (M20), « *je pense qu'il faudrait un contrat (...) qu'on mette au point comme quoi il accepte d'avoir des rendez-vous* » (M8).

4 DISCUSSION

4.1 FORCES ET LIMITES LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE

4.1.1 Choix de l'étude qualitative

L'étude qualitative est l'analyse la plus adaptée pour répondre à notre question. En effet, l'évaluation d'un projet est un des objectifs de la recherche qualitative (17).

Ce type d'étude est réalisée lorsque les thèmes à aborder sont subjectifs et donc impossibles à quantifier (à contrario de l'étude quantitative). Elle permet également de prendre en compte l'expérience professionnelle et les émotions du sujet interrogé (18).

La recherche qualitative est très souvent utilisée en médecine générale car elle permet une expression libre des opinions donnant place à l'émergence de nouvelles idées, comme par exemple des pistes d'amélioration du dispositif.

4.1.2 Echantillonnage

Un biais de recrutement s'est créé lors de notre étude. En effet, certains médecins traitants de patients inclus ont refusé de répondre à notre étude car ils disaient ne pas connaître le dispositif Vigilans. Ces médecins ne font donc pas partie de l'analyse, cela améliore donc artificiellement les résultats concernant la connaissance du dispositif.

Une autre des limites de l'étude a été le faible taux d'acceptation de participation. Nous avons donc dû procéder à un deuxième échantillonnage. Cette tendance, de faible participation, est souvent repérée dans les études nécessitant des entretiens auprès des médecins généralistes. Il est donc habituel qu'un second échantillonnage soit nécessaire.

Nous avons décidé de réaliser un choix raisonné afin d'obtenir une variation maximale des opinions. Ceci permet d'avoir une diversité importante des avis sur le sujet.

Afin de minimiser le biais de mémorisation, nous avons décidé d'interroger les médecins traitants dont les patients étaient sortis récemment du dispositif, soit une entrée dans le dispositif entre janvier 2016 et fin août 2016.

4.1.3 Entretiens semi-dirigés

Une autre limite de l'étude est la réalisation des entretiens semi-dirigés par une personne inexpérimentée dans le domaine. Certaines réactions ou reformulations de l'interviewer ont pu influencer le médecin interrogé.

Il faut également rappeler que les entretiens ont dû être réalisés par téléphone pour une question d'organisation, ce qui peut, pour certains, être une limite de l'étude. Cela a malgré tout permis d'obtenir une variation maximale des profils sociodémographiques des médecins interrogés dans la totalité du Nord-Pas-de-Calais.

4.2 DISCUSSION DES RESULTATS

4.2.1 Vigilans : un dispositif bien identifié et perçu positivement

Lors des différents entretiens, nous avons constaté que le dispositif Vigilans est assez bien identifié par les médecins généralistes. Ils font facilement le lien avec la prise en charge du patient suicidant et acceptent volontiers ce protocole de soins. Aucun médecin n'a qualifié ce protocole d'envahissant ou d'inadéquat. La plupart des médecins traitants trouvent le dispositif adapté et bien construit. Ils apprécient les différentes modalités incluses dans l'algorithme.

En général, l'intérêt perçu est positif. Pour les généralistes, il s'agit d'un dispositif « rassurant », d'une aide à la pratique quotidienne. Ils se sentent moins seuls devant leurs patients suicidaires grâce au dispositif.

Ils perçoivent un bénéfice similaire pour leurs patients, certains auraient rapporté à leur médecin qu'ils se sentaient rassurés, écoutés et plus en sécurité.

Cette constatation est à pondérer. En effet, il faut rappeler que parmi les médecins contactés, 2 d'entre eux ont refusé de répondre à l'entretien car ils ne connaissaient pas le dispositif. Rappelons que l'échantillonnage a été réalisé auprès des médecins généralistes ayant au moins un patient inclus et sorti du dispositif Vigilans.

4.2.2 Mais un dispositif peu utilisé

Même si le dispositif est rapidement identifié par les généralistes, le fonctionnement du protocole de soins est souvent méconnu. Cette méconnaissance en limite donc l'utilisation. En effet, certains médecins réclament, lorsque nous leur demandons des pistes d'amélioration pour le dispositif, un numéro de téléphone destiné aux professionnels alors que ce numéro existe déjà. Il leur est précisé sur la plaquette de présentation du dispositif. Ils réclament également une prise en charge en urgence pour les patients qui les inquiètent, ce qui pourrait être mis en place en recontactant l'équipe du dispositif.

On met également en évidence un problème logistique entravant le fonctionnement du dispositif. En effet, plusieurs médecins disent ne pas avoir reçu la plaquette présentant le protocole de soins qui est normalement envoyée lors de toute entrée de patient dans Vigilans. Au vu de l'organisation des différents cabinets de médecine générale, la question de l'élimination de la plaquette par la secrétaire lors de l'ouverture du courrier et avant transmission au médecin, peut se poser. C'est le cas en effet des nombreuses publicités reçues par les médecins.

Certains médecins avouent ne pas avoir fait attention à la plaquette explicative, remettant en question sa lisibilité et son impact. Le rappel du numéro destiné aux professionnels sur les courriers de compte rendu pourrait également être bénéfique.

Une meilleure connaissance du fonctionnement du dispositif augmenterait son appropriation par les médecins généralistes.

4.2.3 Vigilans : un dispositif répondant à certaines difficultés inhérentes à la médecine générale

Nous constatons lors des entretiens que le dispositif répond à plusieurs difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la prise en charge du patient suicidant.

En premier lieu, les médecins évoquent la contrainte du temps nécessaire pour la prise en charge des patients suicidants. Leurs emplois du temps sont souvent déjà très chargés, les consultations pour ce type de patients sont très longues, et en général, il ne s'agit pas du premier motif de consultation évoqué par le patient. Le dispositif pourrait répondre à cette contrainte de temps dans le sens où une prise en charge peut être rapidement organisée. En effet l'équipe Vigilans, qui connaît le dossier du patient, peut mettre en place un contact rapide avec le patient, soit téléphonique soit en consultation, selon le degré d'urgence. Le dispositif peut ainsi renvoyer les patients en consultation sur le secteur, les adresser aux urgences psychiatriques les plus proches, ou, si aucune urgence vitale n'est mise en évidence, le dispositif peut proposer de rappeler plus fréquemment le patient.

Un autre point relevé dans le discours des médecins généralistes est la sensation importante d'isolement lors de la prise en charge des patients suicidants. L'isolement est ressenti tant d'un point de vue géographique, avec un manque de psychiatres dans certaines zones (problème de délai de rendez-vous) qu'au niveau de la collaboration, lié à un défaut de communication avec les professionnels de santé mentale.

Cette problématique de communication entre les soins primaires et les soins psychiatriques ressort de plusieurs enquêtes réalisées sur les difficultés de la prise en charge des patients dépressifs en médecine générale (19,20). L'étude Génépsy a tenté de mettre en place l'utilisation d'un courrier formalisé pour améliorer cette communication. Mais la mise en place d'un tel courrier type n'a pas été suffisante pour améliorer cette relation entre médecins traitants et psychiatres (21). Les généralistes demandent la création d'un réel réseau afin d'améliorer la collaboration entre santé mentale et soins primaires. Vigilans semble répondre en partie à cette demande.

L'instauration du dispositif leur permet d'avoir un soutien, aussi bien pour le patient que pour eux, en tant que médecin traitant. Les généralistes disent se sentir moins seuls, et utilisent le dispositif comme un soutien supplémentaire pour la prise en charge du patient.

Un des objectifs secondaires de Vigilans est d'améliorer la collaboration entre le secteur de soins primaires et les professionnels de la santé mentale. Lors des entretiens, les médecins généralistes apprécient le travail en collaboration avec le dispositif, et en soulignent l'intérêt pour le patient.

Pour autant, lorsque nous leur demandons de définir leur place par rapport au dispositif Vigilans, les réponses sont très disparates. Certains se sentent au cœur du dispositif mais la majorité se dit « en parallèle » ou non inclus dans le dispositif. La notion d'inclusion du médecin généraliste au sein du dispositif reste encore fragile. Un travail de communication plus large permettrait de replacer le généraliste au cœur du dispositif (contact téléphonique avec le médecin traitant, suivi courrier plus régulier).

Parallèlement, ils ne constatent aucune modification de la collaboration avec les secteurs psychiatriques via le dispositif, et surtout se plaignent des difficultés de communication et du manque de disponibilité des psychiatres et surtout des CMP.

4.2.4 Vigilans : un dispositif influençant les prises en charge

Dans la quasi-totalité des entretiens étudiés, nous constatons qu'il existe une modification des prises en charge par les médecins généralistes après l'entrée des patients au sein de Vigilans.

Dans le cas de patients entrés dans le dispositif, celui-ci a permis à plusieurs médecins d'être informés de la tentative de suicide de leurs patients. En effet, les médecins interrogés déclarent que sans le courrier Vigilans, ils n'auraient jamais été au courant de la tentative de suicide de leurs patients. Ils expliquent aussi se servir du courrier pour amener le sujet du suicide en consultation lorsqu'il n'a pas été abordé par le patient. D'autres médecins disent avoir modifié le rythme des consultations pour les patients inclus, ils les voient plus fréquemment.

On constate aussi des modifications de prise en charge pour les patients qui n'appartiennent pas au dispositif. Tout d'abord, un des médecins a utilisé lui-même le dispositif pour en faire bénéficier un de ses patients. Il s'est complètement approprié le dispositif et a pu agir de manière proactive pour un de ses patients suicidants.

Ensuite, on peut se demander si le fait d'avoir des patients inclus dans un dispositif tel que Vigilans, ne sensibiliserait pas davantage le médecin généraliste à la problématique du suicide. En effet, deux des médecins interrogés disent avoir une patientèle peu concernée par le suicide, il faut rappeler qu'en France, en 2014, entre 170000 et 200000 personnes ont été prises en charge à l'hôpital pour tentative de suicide et que cela touche toutes les tranches d'âges et tous les milieux professionnels (22). Le dispositif pourrait permettre d'aborder plus facilement le sujet en consultation. On constate que certains médecins disent que leurs patients ne leur parlent pas de leurs problèmes psychologiques mais que, pour autant, le médecin n'aborde pas le sujet. Les courriers du dispositif Vigilans pourraient peut-être permettre au médecin d'évoquer la problématique suicidaire en consultation. Pour rappel lors de l'étude qualitative d'ALGOS les médecins interrogés avaient déclaré avoir augmenté leur niveau de vigilance vis-à-vis des patients suicidaires (15).

Une plus large connaissance du numéro de téléphone destiné aux professionnels permettrait peut-être une diminution de l'encombrement des urgences générales avec une meilleure orientation vers des soins psychiatriques adaptés. En effet, les équipes du dispositif pourraient organiser une prise en charge alternative avec un psychiatre ou en CMP si le degré d'urgence le permet.

4.2.5 Problématique de la formation

Lors de notre étude nous avons remarqué que la formation du médecin généraliste sur la prise en charge du patient suicidant semble quasiment inexistante. Devant ce constat, nous avons décidé de modifier notre guide d'entretien et d'y ajouter la thématique de la formation. Ce manque de formation se ressent énormément, d'après les généralistes, lors des consultations. Ils ne savent pas forcément

poser les questions adéquates, voire même, parfois, n'abordent pas le sujet. Dans une étude qualitative réalisée en 2008 auprès des généralistes, ces derniers reconnaissent leur manque de compétences dans la prise en charge des patients dépressifs et étaient prêts à se former (19). Une autre étude référant les attentes des médecins généralistes au sujet des conduites suicidaires établit que 68% des médecins généralistes interrogés déclaraient un besoin de formation dans le cadre de la FMC (Formation médicale continue) (23).

Un autre constat nous a interpellés : en effet, lors de nos entretiens, aucun des médecins interrogés, ne nous a parlé d'outils ou d'échelle d'évaluation quand nous leur demandions ce qu'ils faisaient devant un patient suicidaire en consultation. Ce constat a également été retrouvé dans un travail de thèse réalisé dans le secteur du Ternois (Pas-de-Calais). Cette analyse montrait que les médecins interrogés connaissaient des outils d'évaluation du risque suicidaire mais qu'aucun d'entre eux n'en utilisait (24).

Pour rappel, dans sa conférence de consensus en 2000, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une évaluation du potentiel suicidaire des patients concernés, par les médecins selon le schéma suivant : risque, urgence, dangerosité. Puis selon le degré de gravité, le type d'intervention est adapté allant de l'hospitalisation au suivi ambulatoire (25). Dans ses recommandations, la HAS reconnaît qu'un bilan aussi exhaustif n'est pas toujours possible en consultation de médecine générale, et propose l'utilisation d'échelles telle que l'échelle du désespoir de Beck (cf. annexe n°2) (26,27).

Dans ce contexte, une revue de la littérature récente a analysé les différents outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire à disposition des médecins généralistes (28). Deux types d'outils sont disponibles : les échelles ou les entretiens semi-directifs.

Les échelles peuvent être en auto-questionnaire ou en interview face à face (comme l'échelle de Beck). Celles en auto questionnaire sont assez critiquées et à éviter chez les patients dépressifs ou

anxieux à cause de leurs difficultés de concentration (29). Pour ces échelles en face à face, une étude a montré qu'il y avait une tendance à surévaluer le risque suicidaire.

Dans les entretiens semi-directifs on retrouve l'outil RUD (risque, urgence et dangerosité), recommandé par la HAS. Il faut savoir que cet outil n'a pas été conçu initialement pour être utilisé en soins primaires, et est difficilement utilisable en consultation (trop exhaustif). Dans cette revue de la littérature, un autre type d'entretien est présenté : la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Cette grille a été créée par des équipes québécoises, en complément aux échelles d'évaluation du risque suicidaire déjà existantes. Elle a été conçue pour l'intervention en soins primaires. Elle comporte, en plus des éléments concernant la planification du suicide, les facteurs protecteurs et facteurs de risque des conduites suicidaires. Sept points sont abordés lors de l'évaluation : la planification du suicide, les antécédents de tentatives de suicide, la capacité à exercer un changement, l'usage de substance, la capacité à se contrôler, la présence des proches, la capacité à prendre soin de soi. Chacun de ces points est caractérisé par un degré de dangerosité. Pour chaque item, le degré est à pondérer, par exemple pour la présence des proches, l'item est décliné en : sentiment d'isolement intolérable (rouge), perception d'être un fardeau pour les autres (orange), réseau de soutien social (jaune), soutien dans l'immédiat (vert). Une évaluation finale est réalisée et permet de mettre en place les actions nécessaires selon la dangerosité (vert : pas d'indice de danger, jaune : indice de danger léger, orange : danger grave à court terme et rouge : danger imminent). Cette grille permet de repérer facilement les points à travailler pendant l'entretien. L'intérêt est d'utiliser les réponses du patient comme levier d'intervention (30). L'échelle est présentée en niveau de gris dans notre travail (cf. annexe n°3).

La promotion des outils d'évaluation spécifiques aux soins primaires tels que cette grille reste donc à faire.

4.2.6 Perspectives

L'analyse des différents entretiens nous a permis de pointer plusieurs remarques intéressantes à prendre en compte.

La formation des médecins généralistes sur la prise en charge du patient suicidant semble la perspective la plus urgente à mettre en place. A noter qu'il serait préférable qu'elle soit incluse dans une FMC afin de maintenir l'effet de cet apprentissage. Une étude suédoise démontre une diminution de l'impact de la formation des médecins généralistes dans la prise en charge du patient dépressif au bout de 2 ans (31).

Il serait intéressant que ces formations reprennent les questions les plus importantes à poser en consultation, comment aborder le sujet du suicide avec un patient, comment utiliser les outils mis à disposition, comment sensibiliser l'entourage. Cela pourrait permettre une prise en charge plus efficiente. La formation des médecins généralistes s'intègre dans le dispositif Vigilans, et est actuellement en cours de mise en place.

La durée de la veille est également un sujet assez discuté dans les entretiens avec les médecins généralistes. On peut se poser la question d'une veille plus longue d'emblée. Toujours dans l'organisation du dispositif, un numéro de téléphone joignable 24 heures sur 24 permettrait un contact exclusivement avec l'équipe du dispositif (et non avec le SAMU). Cette mesure serait peut-être un facilitateur d'appel pour le patient.

On peut également relever une demande, de la part de médecins généralistes, d'agir en amont de la première tentative de suicide et donc une action plus développée en prévention primaire en lien avec la médecine de ville.

Un autre point souvent abordé par les généralistes est celui d'une information plus rapide lors de la tentative de suicide de leurs patients, information plus rapide et plus directe, ils proposent et souhaiteraient un contact téléphonique, au moins initialement, entre eux et les équipes de psychiatrie.

D'un point de vue logistique, il semble nécessaire de faire évoluer la plaquette d'informations, la rendre plus lisible pour les généralistes et mettre en évidence le numéro de téléphone interprofessionnel. Cela permettrait une identification plus forte du dispositif dans la région.

Dans le cadre de l'évaluation de l'étude ALGOS, préliminaire à la création du dispositif Vigilans, il ressortait qu'une meilleure information des médecins généralistes aurait permis une meilleure utilisation de cette nouvelle offre de soins (15). L'évaluation qualitative de Vigilans aboutit aux mêmes conclusions malgré la volonté initiale de donner une information plus complète et plus personnalisée aux interlocuteurs médicaux.

Evidemment, il est nécessaire de poursuivre la mise en place du dispositif Vigilans dans le Nord-Pas-de-Calais et d'en favoriser la promotion auprès des médecins généralistes.

CONCLUSION

Le dispositif Vigilans est perçu de manière positive par les médecins généralistes. Il vient combler un manque certain d'aide à la prise en charge des patients suicidants. L'algorithme de veille rassure les généralistes qui déclarent se sentir moins seuls et moins isolés.

Il apparaît cependant qu'une meilleure connaissance du fonctionnement du dispositif pourrait palier à de nombreuses difficultés des médecins traitants.

Ce dispositif pourrait leur permettre d'améliorer leur collaboration avec les professionnels de santé mentale, mais aussi de déclencher une prise en charge psychiatrique adaptée au degré d'urgence du risque suicidaire via le numéro de téléphone qui leur est dédié.

La prochaine étape importante sera donc de promouvoir le dispositif auprès des médecins généralistes et de favoriser la communication avec le dispositif.

L'autre grand constat de cette étude concerne la formation du médecin généraliste dans la prise en charge du suicidant. Celle-ci semble inexistante ou trop ancienne. Il paraît primordial pour un médecin généraliste de savoir prendre en charge un patient suicidant, de savoir repérer les signes de gravité, notamment parce que le généraliste est le premier interlocuteur en cas de souffrance psychique. Plusieurs des médecins interrogés proposent que ce thème soit largement abordé lors des FMC.

Si certains axes d'améliorations ont été mis en évidence, le dispositif semble déjà avoir trouvé sa place auprès des médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Prévention du suicide [Internet]. WHO. [cité 17 mars 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
2. CépiDc - causes médicales de décès [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cepidc.inserm.fr/site4/>
3. Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, et al. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. déc 2014;62(6):351-60.
4. Effet Werther et Effet Papageno [Internet]. Programme Papageno. 2015 [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: <https://papageno-suicide.com/portfolio/suicide-et-medias-quels-liens/>
5. Chan Chee C. Données de surveillance sur les suicides et tentatives de suicide [Internet]. [cité 31 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2015/ChanChee.pdf>
6. Plancke L, Amariei A, Guillaume C. Monographie : les conduites suicidaires dans le Nord - Pas-de-Calais, octobre 2014 [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.f2rsmpsy.fr/092-monographie-conduites-suicidaires-nord-pas-calais.html>
7. Guthrie E, Patton GC, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning
Commentary: Another kind of talk that works? *BMJ*. 21 juill 2001;323(7305):135.
8. Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU, FRA, CHU La Cavale Blanche, FRA, Service Hospitalo-Universitaire, Unité d'Accueil et d'Urgences Psychiatriques, CHU La Cavale Blanche, FRA, M W, L LL, B GJ. Place des interventions psychothérapeutiques brèves dans la prise en charge des jeunes suicidants
Place of short-term psychotherapy after attempted suicide in young people
Liaison psychiatry
Ann Psychiatr. 1997;12(1):21-7.
9. du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. août 2013;61(4):363-74.
10. Motto and al. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatr Serv*. juin 2001;52(6):828-33.
11. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, Este CD. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*. 6 oct 2005;331(7520):805.
12. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 25 mai 2006;332(7552):1241-5.
13. Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 1 août 2005;187(2):186-7.

14. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2 janv 2011;11:1.
15. Morgiève M. EQUATION :Étude Qualitative en vue d'améliorer le dispositif de veille des conduites suicidaires. (rapport non publié)
16. Plancke L, Amariei A, Guétière G, Dehem M, Danel T. evaluation-quantifigilans-2015-mars-2017-14912.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2017]. Disponible sur: <https://media.f2rsmpsy.fr/evaluation-quantifigilans-2015-mars-2017-14912.pdf>
17. Andreani JC, Conchon f. METHODES D'ANALYSE ET D'INTERPRETATION DES ETUDES QUALITATIVES : ETAT DE L'ART EN MARKETING (PDF Download Available) [Internet]. ResearchGate. [cité 16 mars 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/238711815_METHODES_D'ANALYSE_ET_D'INTERPRETATION_DES_ETUDES_QUALITATIVES_ETAT_DE_L'ART_EN_MARKETING
18. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliant L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142–5.
19. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. juin 2010;36:D73-82.
20. Lescornez J. Evaluation du risque suicidaire chez les patients dépressifs en médecine générale : a propos d'une enquête qualitative menée auprès des médecins généralistes du secteur psychiatrique de Wattrelos- Leers [Internet]. [cité 31 mai 2017]. Disponible sur: <http://pepitem-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/59bc89a7-e0fb-4d16-8a9f-cb26d96bfff0>
21. Jombart G. étude génépsy : promouvoir la communication MG-PSY [Internet]. [cité 23 mai 2017]. Disponible sur: <http://pepitem-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/122635fb-9315-447b-a435-c391d10fc192>
22. ministère des solidarités et de la santé. État des lieux du suicide en France [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2014 [cité 3 mai 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>
23. Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B, Jousset N, Duverger P, et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. *Santé Publique*. 2002;14(3):263.
24. Cauet C. Evaluation et prise en charge de la crise suicidaire en médecine générale : étude descriptive sur le secteur du Ternois [Internet]. [cité 23 mai 2017]. Disponible sur: <http://pepitem.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3161>
25. Mazet P, BLES G, BOISSIER C and co. Haute Autorité de Santé - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. [cité 30 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
26. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):861.

27. Cuillerier L-M. Echelle H de désespoir La qualité de vie/Échelle de Satisfaction de Vie [Internet]. [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: http://instrumentspsychometriques.mcgill.ca/instruments/risques_suicidaires/qh.htm
28. Peyron P-A, David M. Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues07554982v44i6sP1S0755498215001414](http://www.em-Premium.com/doc-Distantuniv-Lille2/fr/data/revues/07554982v44i6sP1S0755498215001414). 22 juin 2015;
29. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry*. déc 2000;22(6):445-51.
30. Lavoie B, Lecavalier M, Angers P, Houle P, Thiffault J, Landry V. Grille d estimation de la dangerosite fondements theoriques et pratiques.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://suicideactionmontreal.org/uploads/PDF/Grille_destimation_de_la_dangerosite-fondements_theoriques_et_pratiques.pdf
31. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*. janv 1992;85(1):83-8.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AVEC LES MEDECINS

GENERALISTES

✓ Présentation :

Bonjour, Julie fontaine interne de médecine générale, je réalise actuellement ma thèse d'exercice sur un programme de veille Vigilans, en relation avec la fédération régionale de recherche en santé mentale des Hauts de France et le dispositif Vigilans.

Seriez-vous d'accord et disponible pour qu'on en discute ? Ou alors, à quel moment je peux vous rappeler ?

✓ Notions à préciser :

- Je vous précise que je n'appartiens pas à l'équipe qui gère ce programme.
- Respect de l'anonymat des médecins interrogés et des patients concernés.
- Acceptez-vous que j'enregistre la conversation ? si vous le désirez, je vous enverrai la retranscription par mail, vous pourrez y apporter des modifications.

✓ Généralités:

Vous avez eu un (ou plusieurs) patient(s) qui, après une tentative de suicide, a bénéficié d'un programme de recontact (qui a été nommé Vigilans) et j'aimerais que nous puissions en échanger.

1/ Pour commencer, pourriez-vous me dire comment vous avez perçu ce qui a été organisé pour ce patient après sa sortie d'hospitalisation ?

-Réponses attendues :

- ressenti sur la prise en charge globale
- Eléments mis en place : CMP relation avec psy, traitement, hospitalisation et dispositif Vigilans (intérêt, modalités)

✓ Connaissance du dispositif :

2/ Pour vous, quels sont les objectifs généraux du dispositif Vigilans?

- Réponses attendues :

- ressenti (philosophie) : inquiétude, le suivi...
- morbi-mortalité
- relation médecine de ville psy
- réassurance / sécurité

✓ **Appropriation du dispositif**

3/ Est ce que le dispositif a modifié votre prise en charge ? (oui ou non)

- Si oui : en quoi ? avis positif ou négatif
- Si non : que pourrions-nous mettre en place pour que ce dispositif vous soit bénéfique ?

✓ **Relations entre professionnels, avis spécialisé**

4/ Comment définiriez-vous votre place par rapport au dispositif ?

5/ Que pensez-vous de la collaboration, via Vigilans, avec les professionnels de santé mentale ?

6/ Dans quelle situation pourriez-vous utiliser le dispositif ? ou dans quelle situation l'avez-vous déjà déclenché ?

(A-t-il déjà appelé le dispositif ?)

Nous allons discuter du dernier de vos patients pour lequel vous avez reçu un courrier

7/ En ce qui concerne le dernier patient suivi dans le cadre de Vigilans, pourriez-vous me parler des modalités pratiques qu'a pris le dispositif ? (si non évoqué avant)

Rechercher si le médecin a le souvenir d'avoir reçu plaquette, courriers ... et recueillir son point de vue

✓ **Acceptabilité**

8/ Quel est votre ressenti vis-à-vis du dispositif pour ce patient ?

✓ **Opinion**

6/ Au final, quelle est votre opinion globale sur ce dispositif ?

Que manquerait-il s'il n'est pas satisfait ?

Si pas abordé avant : quelle amélioration aimeriez-vous que nous apportions ?

✓ **Expérience professionnelle/ formations**

7) Avez-vous déjà été confronté au décès d'un patient par suicide ?

Est-ce que cela a modifié votre prise en charge dans des situations similaires ?

Devant un patient suicidaire comment réagissez-vous ?
Comment vous sentez vous devant des patients suicidaires ?
Avez-vous déjà eu des formations sur les conduites suicidaires ?

8/Avez-vous quelque chose à ajouter sur le dispositif ?

✓ **Données concernant le médecin**

Concernant votre activité : faites-vous partie d'un cabinet de groupe ? Si oui avez-vous discuté avec vos collègues du dispositif Vigilans ?

Âge du médecin : 20-29 30-39 40-49 50-59 60 et +

Sexe du médecin :

Voulez-vous que je vous envoie le verbatim de la conversation ? Adresse email ?

ANNEXE 2 : ECHELLE DE DESESPOIR DE BECK

QUESTIONNAIRE Date : / / Prénom : Age : ans Femme
O / Homme O

CONSIGNES – Dans ce questionnaire, vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai ou faux. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.

- | | | |
|---|------|------|
| 1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme..... | Vrai | Faux |
| 2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.. | Vrai | Faux |
| 3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours..... | Vrai | Faux |
| 4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans..... | Vrai | Faux |
| 5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus..... | Vrai | Faux |
| 6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi..... | Vrai | Faux |
| 7. Mon avenir me semble plus sombre..... | Vrai | Faux |
| 8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.... | Vrai | Faux |
| 9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur.... | Vrai | Faux |
| 10. Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir..... | Vrai | Faux |
| 11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir..... | Vrai | Faux |
| 12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus..... | Vrai | Faux |
| 13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant..... | Vrai | Faux |
| 14. Les choses ne sont pas comme je le veux..... | Vrai | Faux |
| 15. J'ai foi en l'avenir..... | Vrai | Faux |
| 16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit..... | Vrai | Faux |
| 17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur.... | Vrai | Faux |
| 18. L'avenir me semble vague et incertain..... | Vrai | Faux |
| 19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments..... | Vrai | Faux |
| 20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas..... | Vrai | Faux |

Décompte des points :

1 point si réponse « vrai » aux items 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20

1 point si réponse « faux » aux items : 1, 3, 5, 8, 10, 13, 15, 19

Score

0-3 : risque minimal de suicide

4-8 : risque doux de suicide

9-14 : risque modéré de suicide

15 et plus : risque grave de suicide

ANNEXE 3 : GRILLE D'ESTIMATION DE LA DANGEROUSITE D'UN PASSAGE A L'ACTE

SUICIDAIRE

Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

Planification du suicide	Pas de planification					Passage à l'acte imminent / en cours
Tentative de suicide	Aucune tentative					Tentative récente
Capacité à espérer un changement	Capable d'espérer					Grand désespoir
Usage de substances	Consomme pas ou peu					Abus grave de substance
Capacité à se contrôler	Contrôle					Forte impulsivité
Présence de proches	Présence d'un proche					Seul(e) et isolé(e)
Capacité à prendre soin de soi	Prend soin de lui / elle					Se laisse aller
Estimation finale		Absence d'indice de danger	Indices de danger (faible)	Danger grave à court terme	Danger grave et imminent	

AUTEUR : Nom : Fontaine

Prénom : Julie

Date de Soutenance : 06 juillet 2017

Titre de la Thèse : Dispositif Vigilans : Evaluation qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : *Médecine*

DES + spécialité : *médecine générale*

Mots-clés : dispositif de veille, suicide, médecine générale, Vigilans

Contexte

Dans le monde, on compte un décès par suicide toutes les 40 secondes. Dans ce contexte, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en place plusieurs axes de réflexion avec notamment un travail sur la prévention de la récurrence suicidaire. Parmi eux, le dispositif Vigilans créé par l'équipe du Professeur Vaiva, est un algorithme de veille qui a pour objectif principal de diminuer la morbi-mortalité des patients suicidants.

Objectif

Evaluer la perception et l'appropriation du dispositif Vigilans par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais.

Méthode

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des 20 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Après triangulation des données, une analyse thématique a été réalisée à l'aide du logiciel QSR N VIVO 11 ®.

Résultats

Les médecins interrogés déclaraient se sentir démunis devant des patients suicidants, ciblant un manque de temps et de moyens. Le dispositif Vigilans était plutôt bien perçu et permettait aux généralistes de se sentir moins seuls. Malheureusement, la plupart des médecins interrogés ne connaissaient pas le fonctionnement du dispositif et donc ne pouvaient pas bénéficier de ses avantages. Après explication, ils semblaient satisfaits par le dispositif et surtout par le numéro de téléphone dédié aux professionnels de santé. Autre constat, les généralistes étaient en demande d'une amélioration de communication entre le secteur de soins primaires et les professionnels de santé mentale afin d'établir une cohérence dans la prise en charge autour du patient. Le dispositif cherche à travailler en ce sens. Cette étude a également permis de mettre en évidence un manque certain de formation des généralistes dans la prise en charge des patients suicidants.

Conclusion

Le dispositif Vigilans est plutôt bien perçu mais insuffisamment utilisé car mal connu par les généralistes. La promotion de Vigilans auprès des médecins traitants semble nécessaire. D'autre part, la mise en place de formations médicales continues, ayant pour thème la prise en charge des patients suicidants, semble indispensable auprès des généralistes.

Composition du Jury :

Président : Professeur Guillaume Vaiva

Assesseurs : Professeur Renaud Jardri, Dr Anita Tilly-Dufour

Directeurs de thèse : Dr Vincent Jardon, Dr Anne Créton