



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le suicide, un enjeu pour le médecin généraliste :
Evaluation dans le cadre d'un dispositif de veille suicidaire (VigilanS)**

Présentée et soutenue publiquement le 31/10/2018 à 18h
au Pôle Formation
Par Antoine PATTYN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Romain DEWILDE

Avertissement

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

Abréviations

CepiDC : Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès

CIC : Centre d'Investigation Clinique

C-SSRS : Columbia Suicid Severity Rating Scale

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

IASP: International Association for the Study of Pain

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

NS : Non Significatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

Syscall System Call

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TS : Tentative de Suicide

TSPT : Trouble Stress Post-Traumatique

Sommaire

Résumé	7
I/ Introduction	9
I.1 Définition	9
I.2 Contexte	10
I.2.a Epidémiologie.....	10
I.2.b L’observatoire national du suicide (ONS)	13
I.3 Facteurs de risque et protecteurs du suicide.....	14
I.3.a Facteurs de risque liés au système de santé et à la société en général	14
I.3.b Facteurs de risque liés à la communauté et aux relations	15
I.3.c Facteurs de risque individuels.....	15
I.3.d Les facteurs protecteurs	15
I.3.e Facteurs de risque et de protection selon le Collège Universitaire de Psychiatrie	16
I.4 Les principes de Prévention	17
I.4.a La prévention primaire.....	17
I.4.b La prévention secondaire.....	17
I.4.c La prévention tertiaire.....	17
I.5 Le dispositif Vigilans	18
I.5.a Travaux préliminaires.....	18
I.5.b L’algorithme ALGOS	20
I.5.c Présentation du dispositif	21
I.5.d Fonctionnement du dispositif	22
I.7 Test et échelle d’évaluation utilisés pour l’étude	24
I.7.a Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Annexe 2)	24
I.7.b Echelle d’évaluation de COLUMBIA (C-SSRS) (Annexe 3)	25
II/ Matériel et méthode.....	27
II.1 Objectif de l’étude.....	27
II.2 Type d’étude	27
II.3 Population.....	27
II.4 Caractéristiques : générales et de la tentative de suicide	28

II.5 La comparaison des paramètres	29
II.5.a Questions de l'échelle Columbia.....	30
II.5.b L'entretien MINI.....	31
II.5.c Questionnaire d'évolutivité des 6 mois.....	32
II.6 Bénéfices et risques de cette étude	32
II.7 Analyse des données	32
III Résultats	34
III.1 Outils utilisés	34
III.2 Caractéristiques des sujets suicidants	34
III.2.a Ayant un médecin généraliste (1183 sujets).....	34
III.2.b N'ayant pas de médecin généraliste (36 sujets)	39
III.2 Comparaison des sujets ayant bénéficié d'un appel abouti à 6 mois de ceux n'en ayant pas bénéficié	43
III.3 Comparaison des sujets bénéficiant d'un suivi du médecin généraliste de ceux n'en bénéficiant pas	45
III.3.a Comparaison avec le MINI (Annexe 1).....	45
III.3.b Comparaison avec le questionnaire Columbia	47
III.3.c Questionnaire d'évolutivité des 6 mois.....	50
IV. Discussion	51
IV.1 L'étude	51
IV.1.a Choix de l'étude quantitative.....	51
IV.1.b L'échantillon et le recueil des données	51
IV.1.c Les outils.....	52
IV.2 Les résultats	53
IV.2.a L'âge	53
IV.2.b La durée d'hospitalisation	53
IV.2.c L'appel abouti des 6 mois	53
IV.2.d Importance de l'évaluation psychiatrique.....	54
IV.2.e La variable psychiatre référent	55
IV.2.f Identification de facteurs protecteurs.....	55
IV.3 L'effet du médecin généraliste sur la récurrence suicidaire	56
IV.3.a Prévention et traitement des comorbidités psychiatriques, addictologiques et somatiques .	56
IV.3.b Dans la prévention du risque suicidaire chez les adolescents.....	61
IV.3.c Dans la limitation des méthodes de suicide	63

IV.4 Intérêt d'une formation pour les médecins généralistes	64
Conclusion.....	67
Bibliographie	68
Annexe 1 : Fiche d'inclusion dans le dispositif Vigilans.....	73
Annexe 2 : MINI	74
Annexe 3: Columbia Suicide Severaty Rating Scale (C-SSRS).....	75

Résumé

Contexte

Selon le premier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) paru en 2013, une personne se suicide toutes les 40 secondes dans le monde. En France, en 2015, on dénombre 9109 décès par suicide. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique. Depuis 2015, a été mis en place un dispositif de veille de la récurrence suicidaire : Vigilans. Il inclut tous les patients ayant fait au moins une tentative de suicide et hospitalisés dans un service partenaire. Le médecin généraliste en est informé et est donc amené à travailler en étroite collaboration avec le dispositif afin d'optimiser la prise en charge du patient suicidant.

Objectif

L'objectif de cette étude était d'évaluer le rôle du médecin généraliste sur la récurrence suicidaire dans le cadre de ce dispositif.

Méthode

Cette étude était quantitative, analytique, rétrospective, réalisée à partir des données recueillies par l'équipe de statistiques de Vigilans en partenariat avec le Centre d'Investigation Clinique de Lille. Elle incluait tous les patients entrés dans le dispositif entre le 9 janvier 2015 et le 26 novembre 2017 soit 1219 sujets. Les données avaient été récupérées par une hétéroévaluation réalisée par téléphone 6 mois après la tentative de suicide à partir d'un questionnaire d'évolutivité, l'entretien MINI et l'échelle Columbia.

Résultats

La majorité des patients avaient un médecin généraliste pour 97% (1183 individus). Les patients suicidants présentaient des comorbidités addictologiques et psychiatriques. Ceux qui avaient un omnipraticien exposaient plus de troubles dépressifs et bénéficiaient davantage d'un appel abouti à 6 mois. Les idées suicidaires étaient plus fréquentes sans intention de passage à l'acte. La veille était également poursuivie moins longtemps si le patient était accompagné par son médecin généraliste.

Conclusion

Le médecin généraliste tient une place de choix dans la prise en charge de la récurrence suicidaire. Il est au cœur du diagnostic et du traitement des comorbidités psychiatriques, addictologiques et somatiques associés au risque suicidaire. De plus, il a un rôle prépondérant dans le dépistage et

la prise en charge d'autres facteurs de risque comme l'isolement. A ce titre, les dispositifs populationnels de prévention du suicide comme Vigilans peuvent s'appuyer sur son expertise afin d'optimiser la veille. De son côté, le médecin généraliste peut s'appuyer sur les compétences du dispositif afin d'améliorer sa prise en charge et en orientant éventuellement vers des soins spécialisés. Il paraît donc important d'une part, de renforcer la formation continue sur le thème de la psychiatrie pour les médecins généralistes, et d'autre part, d'améliorer la communication entre le dispositif Vigilans, le psychiatre et le médecin généraliste.

Mots-clés : Enjeu, Médecin généraliste, Récidive, Suicide, Vigilans

I/ Introduction

I.1 Définition

Le **suicide** se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort. Il s'agit d'un moment donné dans la vie de l'individu où ses ressources adaptatives sont épuisées avec l'échec des différentes alternatives envisagées. Le suicide sera alors perçu par le sujet comme la seule échappatoire de la crise qu'il traverse.

La **tentative de suicide** (TS) se définit par tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou non (1).

Une personne est considérée comme ayant des **idéations suicidaires** lorsqu'elle pense à se tuer (2).

Le **comportement suicidaire** est un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative du suicide et le suicide (1).

La **crise suicidaire** se définit comme une crise psychique dans un contexte de vulnérabilité avec expression d'idées suicidaires et risque important de passage à l'acte. Elle est réversible et temporaire mais le suicide est une des sorties possibles qui en fait toute sa gravité. Elle peut se manifester initialement par des symptômes non spécifiques du registre de l'anxiété et de la dépression, et de l'addiction. Elle peut aussi s'exprimer par une opacité au contact ou l'affect des autres, voire un isolement. A un stade avancé, l'individu peut présenter un sentiment de désespoir, une souffrance psychique intense, une réduction du sens des valeurs, un cynisme, un attrait pour le morbide et une recherche soudaine de mécanismes pour échapper à cette situation (3).

Concernant les sujets impliqués, nous pouvons catégoriser le **sujet suicidaire**, qui pense attenter à sa propre vie ; le **sujet suicidant** qui commet une tentative de suicide ; et le **sujet suicidé** décédé par suicide.

I.2 Contexte

I.2.a Epidémiologie

En mai 2013, la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé adoptait le tout premier plan d'action pour la santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention du suicide faisait partie intégrante de ce plan avec pour objectif la réduction de 10% du taux de suicide dans l'ensemble des pays d'ici 2020.

D'après l'OMS, une personne se suicide toutes les 40 secondes. En 2012, on estimait 804 000 suicides dans le monde avec une probable sous-estimation dans certains pays où il est considéré comme illégal (en Chine par exemple). Il constitue la 2e cause de mortalité mondiale. Dans les pays riches, il concerne 3 fois plus d'hommes que de femmes contre 1.5 fois plus d'hommes dans les pays pauvres. Sur le plan international, le suicide représente 50% des morts violentes chez les hommes et 71% chez les femmes. En France, en 2015, 9109 décès par suicide ont été enregistrés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (CépiDc-Inserm). Ce nombre progresse chaque année. Cela correspond à environ 25 décès par jour. On dénombre 200 000 tentatives de suicide et 90 000 hospitalisations pour TS par an. En une année, sur 100 000 personnes, 4000 auront une idéation suicidaire et 180 feront une TS (4).

Concernant l'âge, le taux de suicide le plus élevé est enregistré chez les personnes de 65 ans ou plus tous sexes confondus (28% des suicides). Il concerne la première cause de décès chez les 25-34 ans (20% du total des décès dans cette tranche d'âge) et la deuxième cause (après les accidents de la voie publique) chez les 15-24 ans (16.3% du total des décès) (5).

Tranche d'âge (années)	Taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants
15-24	6,4
25-34	12,2
35-44	20,9
45-54	26,4
55-64	22,3
65-74	20,6
74-84	29,6
85-94	40,3

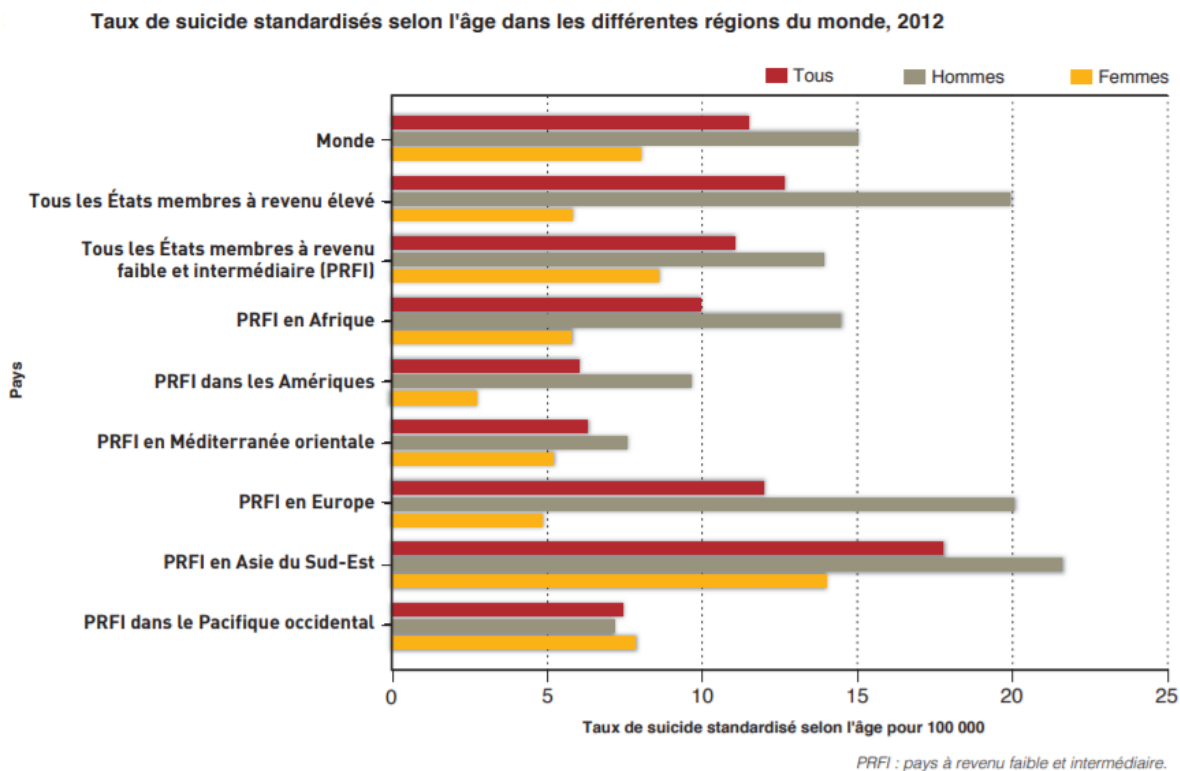
Source : CépiDc-Inserm 2011

Nous retrouvons des disparités régionales. En effet, le taux de suicide est plus important dans les régions de l'Ouest et du Nord. Entre 2012 et 2014, la région Bretagne présentait le nombre le plus élevé de suicides, puis la région Normandie ainsi que la région Hauts-de-France (6).

Les méthodes les plus utilisées sont l'ingestion de pesticides, la pendaison et les armes à feu. Celles les plus abouties sont dans l'ordre la pendaison (surtout chez les hommes), les armes à feu et les intoxications médicamenteuses volontaires (en particulier chez la femme). Dans les pays à revenus élevés, la pendaison est utilisée dans un suicide sur deux et les armes à feu, employées dans 18 % des cas, constituent la deuxième méthode la plus courante. Ce dernier pourcentage, relativement élevé, est principalement dû au fait que dans les pays d'Amérique à hauts revenus, les armes à feu comptent pour 46 % des suicides, contre seulement 4,5 % dans les autres pays du même niveau de revenu (1). L'auto-intoxication par des pesticides est l'une des méthodes de suicide privilégiée dans les pays ayant des revenus faibles ou intermédiaires, en particulier dans ceux dont une grande partie des habitants des zones rurales travaillent dans l'agriculture à petite échelle (7).

Les comorbidités les plus fréquentes sur les certificats de décès sont dans 40% des cas un diagnostic psychiatrique dont les troubles dépressifs (32%), les troubles liés à la consommation d'alcool (5%) et la schizophrénie ou autres troubles psychotiques (2.4%).

Le taux de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le sex-ratio est de 1,6 (1). Les TS concernent majoritairement les femmes (65% des TS) (5). Parmi les patients qui ont fait une TS, le risque de récurrence dans l'année est de 20% (8). Malgré une diminution du taux de suicide entre 2003 et 2014, la France reste le pays avec le taux le plus élevé au sein des pays Européens derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique (3e rapport de février 2018 de l'Observatoire National du Suicide). (9) (10).

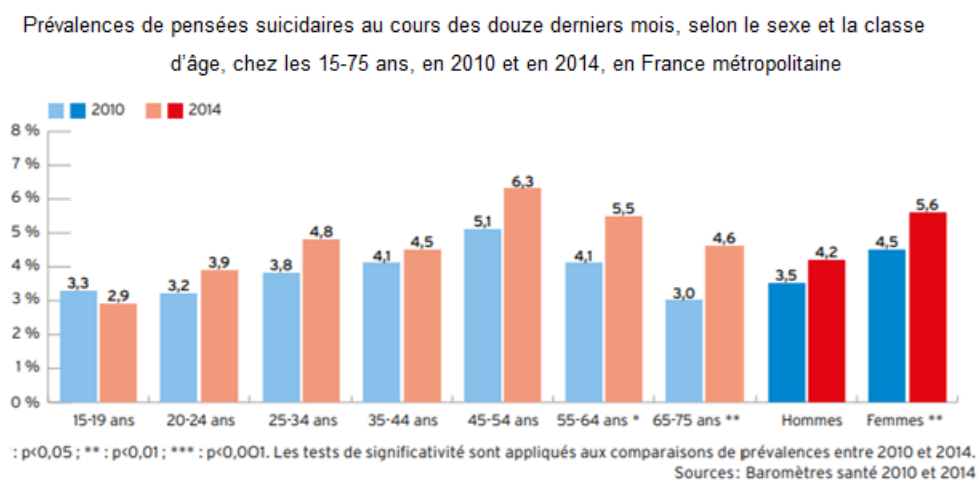


Source :

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf;jsessionid=414545A7BC1901574F66749F5981967C?sequence=1

En 2014, date du dernier Baromètre de la Santé concernant le suicide (11), 4.9% des personnes âgées de 15 à 75 ans ont déclaré avoir pensé se suicider au cours des douze

derniers mois. Les femmes (5.6%) sont en proportion plus nombreuses que les hommes (4.2% $p<0.01$). Les prévalences augmentent avec l'âge pour atteindre un pic entre 45 et 54 ans (6.3%). Entre 2010 et 2014, le nombre de personnes ayant eu des pensées suicidaires a augmenté passant de 4.0% à 4.9% ($p<0.001$).



Aujourd'hui, 28 pays sont dotés d'une stratégie nationale de prévention du suicide (1).

1.2.b L'observatoire national du suicide (ONS)

L'ONS a été créé en 2013 (décret n°2013-809 du 9 septembre 2013) par le ministère de la Santé. Il est composé d'experts, de professionnels de santé, de parlementaires, de représentants d'administrations centrales et de représentants d'associations de familles et d'utilisateurs impliqués dans la prévention du suicide. Pour remplir ses objectifs, il travaille avec différents organismes.

Premièrement, il est en partenariat avec l'Institut de Veille Sanitaire afin de coordonner et améliorer les connaissances sur le suicide et les TS.

Deuxièmement, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques le soutient pour créer de nouvelles recommandations notamment dans le

domaine de la prévention. Il promeut les dispositifs de veille et évalue les politiques publiques en matière de suicide (9).

Troisièmement, les Agences Régionales de Santé organisent les Observatoires Régionaux de Santé incluant au niveau régional des données sur le suicide.

Enfin, il travaille en collaboration avec le CépiDC, unité de l'INSERM, pour recueillir plus efficacement les données concernant les décès par suicide.

I.3 Facteurs de risque et protecteurs du suicide

Dans son premier rapport sur le suicide, l'OMS scinde les facteurs de risque en 3 domaines (1) :

- Les facteurs de risque liés au système de santé et à la société en général
- Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations
- Les facteurs de risque individuels

I.3.a Facteurs de risqué liés au système de santé et à la société en général

Les facteurs de risque peuvent être liés au système de santé et à la société en général. Les difficultés d'accès aux soins et à la prise en charge requise, constituent un obstacle pour les patients présentant des idéations suicidaires, voire un risque élevé de passage à l'acte. L'accès facile aux moyens de suicide augmente ce risque. Les descriptions inappropriées du suicide relayées par les médias et la stigmatisation des sujets suicidants favorisent l'isolement.

1.3.b Facteurs de risque liés à la communauté et aux relations

Les facteurs liés à la communauté et aux relations incluent la guerre et les catastrophes naturelles, le stress provoqué par le manque d'acculturation (peuples autochtones ou réfugiés), la discrimination, la violence, le sentiment d'isolement, le manque de soutien social, les relations conflictuelles et une situation socio-économique ou professionnelle difficile.

1.3.c Facteurs de risque individuels

Les facteurs de risque individuels comprennent les antécédents de tentative de suicide, les troubles mentaux, la consommation nocive en substances psychoactives, les pertes financières, la douleur chronique et les antécédents familiaux de suicide.

1.3.d Les facteurs protecteurs

L'OMS envisage de porter des stratégies de prévention « **universelles** » pour aider la population à l'accès aux soins de santé, promouvoir la santé mentale, réduire la consommation nocive d'alcool ou drogues, limiter l'accès aux moyens de suicide et encourager les médias à appliquer des pratiques responsables de couverture du suicide. Ensuite, elle évoque les stratégies de prévention dites « **sélectives** » centrées sur les groupes plus vulnérables afin de les accompagner et leur proposer des services d'aide (lignes téléphoniques...). Ces stratégies sélectives vont former des sentinelles avec pour objectif d'accompagner les patients à risque. En dernier lieu, les stratégies dites « **indiquées** » s'adressent à une population suicidaire bien ciblée. Il s'agit d'un soutien communautaire, un suivi secondaire à une hospitalisation, la sensibilisation et formation des professionnels de santé. D'autres facteurs de protection sont également impliqués telles les relations, les croyances personnelles et les stratégies d'adaptation positives (1).

Également, le soutien familial ou amical est un facteur protecteur. Les croyances religieuses ou spirituelles peuvent avoir une valeur protectrice pour l'individu mais peuvent aussi contribuer à la stigmatisation associée au suicide.

1.3.e Facteurs de risque et de protection selon le Collège Universitaire de Psychiatrie

Le Collège National des Universitaires en Psychiatrie préfère quant à lui évoquer les facteurs de risque individuels, familiaux et événements de vie.

Parmi les facteurs de risque individuels, en plus des notions déjà évoquées auparavant, il ajoute l'estime de soi, la personnalité et la santé physique.

Les facteurs familiaux regroupent les antécédents suicidaires familiaux, la violence, l'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu.

Pour les événements de vie, il convient de rechercher un élément déclencheur qui va amener la personne en état de crise : la situation économique, l'isolement social, une séparation ou perte récente, des difficultés dans le développement, une « contagion » secondaire à un suicide, des problèmes judiciaires, des échecs ou événements humiliants (3).

Concernant les facteurs protecteurs, il met en évidence la résilience qui est « la capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'événements stressants et de faire face à l'adversité, à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse » (3).

I.4 Les principes de Prévention

La prévention du suicide repose en grande partie sur l'identification des facteurs de risque du suicide propres à une population, un mode de vie, un contexte sociodémographique, une culture afin de mener par la suite des actions appropriées et cohérentes.

I.4.a La prévention primaire

Elle concerne les sujets qui ne sont pas en crise suicidaire mais qui présentent des facteurs de risque. L'objectif est de supprimer ces facteurs de risque auprès des populations à risque.

I.4.b La prévention secondaire

Il s'agit d'un dépistage précoce de la crise pour interrompre le processus suicidaire avant un passage à l'acte. Il concerne tous les professionnels de santé notamment le médecin généraliste. Il comprend une évaluation du patient et de son entourage pouvant motiver une hospitalisation ou une prise en charge spécialisée.

I.4.c La prévention tertiaire

La prévention tertiaire est la prise en charge des suicidants pour éviter toute récurrence. Il est nécessaire d'assurer une alliance entre les professionnels de santé impliqués et l'entourage qui, idéalement, se rend proche et disponible. La continuité des soins doit être envisagée et organisée dès le début de la prise en charge selon le stade de la crise, le moment de la prise en charge et le contexte familial.

I.5 Le dispositif Vigilans

I.5.a Travaux préliminaires

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

D'une part, nous avons 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 (11) qui consistait en l'intervention d'une infirmière au domicile du patient dans les suites de la tentative de suicide. Elle permit de juger l'impact de la psychodynamie dans la prise en charge suicidaire.

En 2004, Walter (13) évaluait l'instauration d'une série de 5 interventions psychothérapeutiques brèves (IBP) dans le mois qui suivait 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 avaient récidivé. Ces interventions intensives avaient démontré leur efficacité mais présentaient comme inconvénients majeurs leur coût financier et la nécessité d'une organisation lourde pour leur développement sur le territoire.

D'autre part, des interventions de veille furent développées. Elles furent décrites et analysées dans les travaux de Du Roscoat en 2013 (14). Il posa les prérequis nécessaires à un système de veille efficace consistant en un maintien du contact actif, c'est-à-dire non laissé à l'initiative seule du suicidant. Le contact était régulier dans la durée et individualisé. Un des pionniers de ces interventions est Motto avec sa notion de « connectedness » que l'on peut traduire par « sentiment de rester en lien ».

Plusieurs systèmes de veille ont alors été testés :

- Les courriers, comme ceux de Motto (15) qui proposaient une stratégie de recontact pendant 5 ans avec une évaluation de la mortalité par suicide jusque 10 ans après. On constatait 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 restait significative surtout lors des deux premières années de suivi ($p=0.04$), et diminuait au cours du temps avec une disparition de l'effet bénéfique constatée à la 14ème année de suivi.

- Les cartes postales selon Carter (16). Elles étaient envoyées pendant un an au patient suicidant avec un message identique. L'étude initiale ne montrait pas de différence significative sur la récurrence entre le groupe intervention et le groupe contrôle mais l'analyse non ajustée mettait en évidence une différence significative sur le nombre de récurrence par patient.

- Le recontact téléphonique (17) avec l'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 permettait de souligner une diminution du risque de récurrence suicidaire chez les patients recontactés à un mois mais, au vu des résultats, il apparaissait qu'un rappel encore plus précoce serait plus bénéfique.

- La « crisis-card » ou carte ressource, utilisée par l'équipe d'Evans, mentionnant un numéro de téléphone, permettait de joindre directement un professionnel disponible 24h/24. Cette intervention se montrait efficace avec une diminution de la récurrence suicidaire, principalement pour les sujets primo-suicidants et durant les six premiers mois (18).

En 2011, l'équipe du Pr VAIVA projeta de combiner ces différents systèmes de veille en un seul système de surveillance opérationnel : l'algorithme ALGOS.

1.5.b L'algorithme ALGOS

Il s'agissait d'un programme de prévention post-tentative qui consistait à mettre en place un contact et une surveillance dans les 6 mois suivant une TS. Cet algorithme permettait alors de s'adapter aux différentes sous-populations d'individus ayant tenté de se suicider.

Le protocole était le suivant :

- Pour les **primo-suicidants**, une carte ressource leur était remise avec un numéro de téléphone permettant de contacter 24/24h un professionnel de santé. Si un appel était jugé « à risque », le centre d'urgence correspondant effectuait une évaluation clinique minutieuse pouvant conduire à une intervention proactive avec la programmation d'un nouvel appel téléphonique, une notification au médecin généraliste référent ou une consultation aux urgences programmée dans les 24 heures selon le niveau de risque suicidaire. En cas de refus du patient, le médecin du SAMU était sollicité.

- Pour les **récidivistes**, un appel téléphonique était programmé entre le 10ème et le 21ème jour après la sortie de l'hôpital. De même, des interventions proactives ou des rendez-vous de moins de 24 heures pouvaient être organisés si l'équipe clinique détectait un risque élevé de suicide. Si le patient était injoignable ou refusait les soins proactifs, l'équipe ALGOS lui envoyait des cartes postales conformément au protocole de Carter (16).

Après le suivi, un compte-rendu était envoyé au médecin généraliste du patient et au psychiatre référent.

L'algorithme ALGOS avait été évalué par un essai contrôlé randomisé multicentrique (ECR) dans 24 établissements français. Cette analyse per protocole incluait 949 patients. Elle permit de constater que les patients incluent dans l'algorithme avaient une réduction de 5,6% du taux de nouvelle tentative par rapport au groupe pris en charge de façon ordinaire ($p = 0,024$) (19).

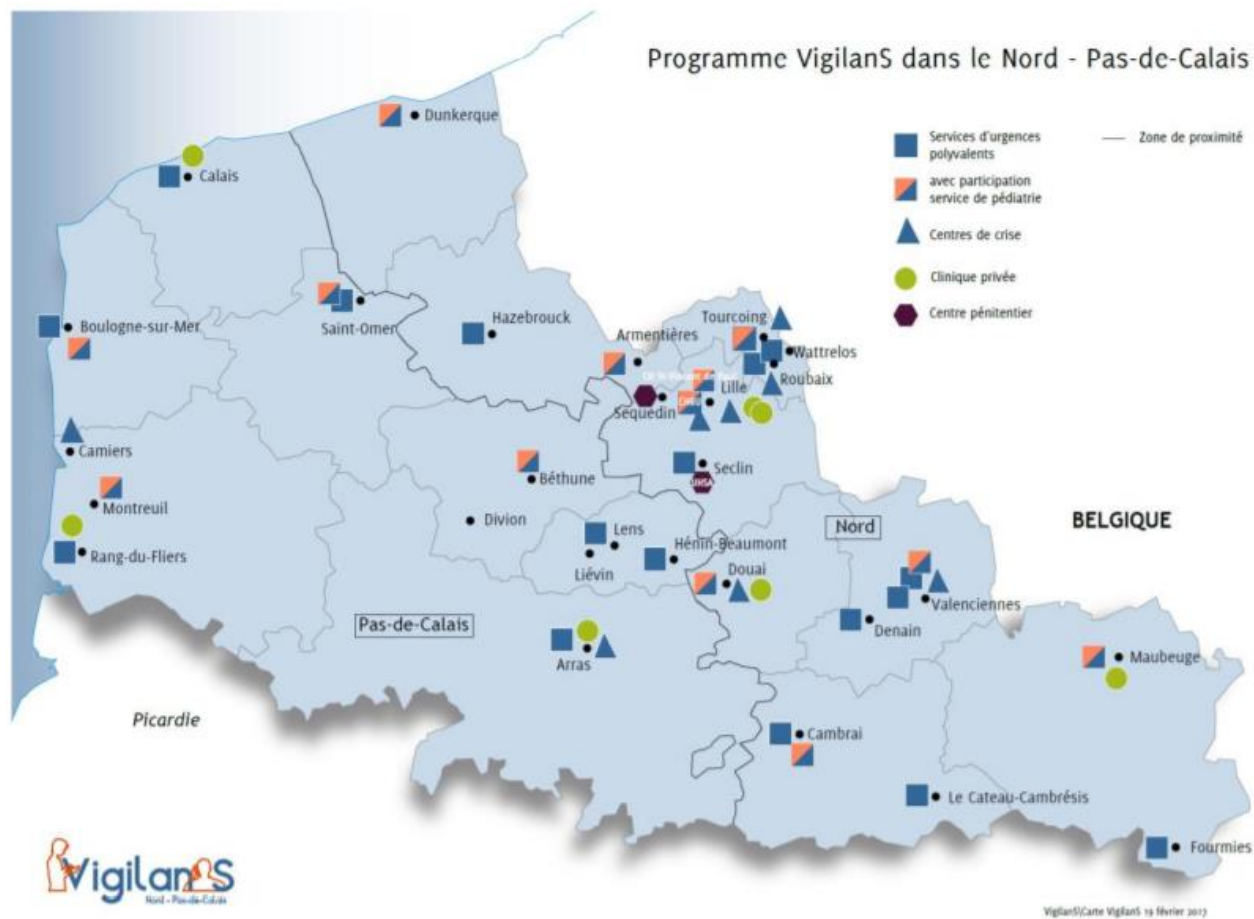
En parallèle, une équipe indépendante de l'Institut français de Recherche En Santé Publique (IRESP) avait mené une enquête qualitative sur les patients, les médecins généralistes, les psychiatres, les psychologues, les urgentistes et l'équipe ALGOS pour

mieux comprendre comment ce système de veille modifiait les sentiments et représentations afin de recueillir des avis sur la manière d'améliorer le système. Les résultats préliminaires suggéraient qu'ALGOS permît de préserver ou renforcer un sentiment de réassurance chez les patients. Cela avait également suscité l'intérêt et la volonté de collaborer avec les médecins généralistes, qui avaient néanmoins demandé des moyens de communication plus efficaces.

Ces résultats avaient fourni des arguments suffisamment solides pour la publication et la généralisation d'ALGOS en tant qu'offre de soins, tout en proposant des pistes d'amélioration pour l'algorithme. Des fonds régionaux furent mobilisés pour mettre à niveau et mettre en œuvre ce système renommé Vigilans dans toute la région Nord - Pas-de-Calais.

1.5.c Présentation du dispositif

Vigilans est un dispositif de soins destiné à la prévention de la récurrence suicidaire. Il a été créé par le Professeur Guillaume VAIVA du CHRU de Lille et mis en place à partir de Janvier 2015. Soutenu par l'Agence Régionale des Hauts-de-France, il inclut tous les patients ayant fait au moins une TS et qui ont consulté dans un service hospitalier partenaire. Le dispositif est constitué d'une cellule de coordination basée au CHRU de Lille, d'une cellule opérationnelle basée au SAMU 59-Centre 15 et d'une cellule d'évaluation en lien, d'une part, avec le Centre d'Investigation Clinique (CIC) de Lille pour accompagner le dispositif, veiller à la rigueur méthodologique et analyser les résultats et, d'autre part, la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) pour procéder aux évaluations qualitatives du dispositif. Au total, il collabore avec 28 centres partenaires dont 10 comprennent un service de pédiatrie. Actuellement, 9111 personnes sont incluses dans la veille. Sur le territoire national, on dénombre 10 dispositifs implantés dont 3 sur fonds propres. L'objectif est une implantation sur tout le territoire.



1.5.d Fonctionnement du dispositif

Le dispositif concerne tous les patients suicidants. Ainsi, après une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation dans un centre partenaire, le patient reçoit une carte ressource sur laquelle est inscrit le numéro du dispositif à contacter si besoin. De son côté, Vigilans envoie un courrier informatif de la mise en place du dispositif et un numéro de recours dédié au médecin généraliste et/ou au psychiatre référent (20).

L'annexe 1 présente la fiche remplie lors de l'inclusion des patients dans le dispositif.

Entre J10 et J20, le patient récidiviste est appelé par les membres de l'équipe Vigilans. Avant chaque appel, il est prévenu par courrier ou SMS. Si le patient va mieux, il reçoit

un simple appel téléphonique. En revanche, s'il est injoignable ou en difficulté suicidaire, une carte postale est envoyée une fois par mois pendant 4 mois avec éventuellement la programmation d'un nouvel appel. En cas de crise suicidaire, une consultation en urgence est indispensable.

Enfin, à 6 mois, tous les suicidants (primo ou récidiviste) reçoivent un appel de l'équipe Vigilans. Cet appel consiste en une hétéroévaluation avec un questionnaire d'évolutivité, un entretien à l'aide de l'outil Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) et l'échelle de Columbia. Si le patient va mieux, la veille s'arrête. En revanche, si le patient est à risque ou récidive, la veille est poursuivie 6 mois supplémentaires.



I.7 Test et échelle d'évaluation utilisés pour l'étude

I.7.a Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

(Annexe 2)

Initialement, le MINI fut développé pour structurer un entretien diagnostique en accord avec les critères du DSM III-R (puis IV) de l'Association Américaine de Psychiatrie et de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies). Il remplaçait alors le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ou le Structured Clinical Interview for DSM-III-R patients (SCID) plus longs à utiliser. Il englobe 120 items et se divise en modules pouvant être utilisés séparément pour repérer différents troubles :

- L'épisode dépressif majeur
- La dysthymie
- Le risque suicidaire
- L'épisode maniaque/ trouble bipolaire
- Le trouble panique
- L'agoraphobie
- La phobie sociale
- Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- Le trouble stress post-traumatique (TSPT)
- La dépendance ou l'abus d'alcool
- Les troubles psychotiques
- L'anorexie mentale
- La boulimie mentale
- L'anxiété généralisée
- Le trouble de la personnalité anti-sociale

Chaque module commence par une ou plusieurs questions filtres correspondant aux critères principaux du trouble présenté puis une série de symptômes secondaires. Les réponses possibles sont « oui » ou « non ». Si les réponses aux questions filtres sont positives, elles engendrent de nouvelles questions permettant de valider ou non le diagnostic. Le test dure environ 20 minutes.

Il existe différentes versions (21) :

- Le « MINI Plus » plus détaillé
- Le « MINI Screen » qui permet une utilisation en médecine générale
- Le « MINI Kid » pour les enfants et adolescents

1.7.b Echelle d'évaluation de COLUMBIA (C-SSRS)

(Annexe 3)

Le Columbia Lighthouse Project fut créé par Kelly POSNER, Professeur de Psychiatrie à l'Université Columbia (22). Le projet avait pour objectif de diffuser l'échelle de gravité du suicide de Columbia (C-SSRS), optimiser l'impact de celle-ci et la développer de manière universelle afin de prévenir le suicide et identifier les risques. Elle fut conçue pour être utilisée par tous et de nombreuses versions existent selon la relation que l'investigateur aura avec la personne concernée (proches, collègues, famille...). Cette échelle évalue la gravité du risque suicidaire. Elle dépend de l'appréciation de la personne qui administre l'échelle. L'interrogatoire recherche si l'individu a déjà présenté des idéations suicidaires et le moment, s'il s'est déjà préparé au suicide, s'il a envisagé des mécanismes, s'il a déjà tenté de se suicider ou a été interrompu par lui-même ou autrui.

En pratique clinique, 3 versions sont utilisées (23) :

- La version « A vie/ maintenant » (Lifetime/Recent) recueille les données sur les antécédents suicidaires et sur les idées et comportements suicidaires récents. Elle est utilisée lors du premier entretien avec le patient.
- La version « depuis la dernière visite » (Since last visit) analyse de manière prospective les comportements suicidaires depuis la dernière réalisation de l'échelle
- La version « évaluation du risque » (Risk assesment) établit le risque de suicide immédiat du patient au moyen d'une liste d'évaluation de facteurs de risque et de protection. Elle est destinée aux établissements de soins de courte durée.

Chaque version s'adapte à la relation sociale entre les protagonistes.

II/ Matériel et méthode

II.1 Objectif de l'étude

Cette étude évaluait le rôle du médecin généraliste sur la récurrence suicidaire chez les patients inclus dans le programme de veille suicidaire Vigilans.

L'objectif principal était de comparer différents paramètres des suicidants 6 mois après un passage à l'acte suicidaire entre un groupe de sujets ayant un suivi par un médecin généraliste et ceux n'en ayant pas.

L'objectif secondaire était de sensibiliser les médecins généralistes au dépistage du suicide des adultes et des adolescents.

II.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude analytique, quantitative, rétrospective.

Ce projet avait été réalisé avec l'accord et l'aide du Professeur VAIVA. Il s'était fait également en coordination avec l'équipe Vigilans de Lille et le CIC de Lille.

II.3 Population

Les sujets inclus étaient primo-suicidants ou récidivistes, majeurs, inclus dans le dispositif de veille de Vigilans dans le Nord-Pas-de-Calais, de la période du 9 janvier 2015 au 26 novembre 2017, et avaient été évalués par un questionnaire d'évolutivité, l'outil MINI et l'échelle COLUMBIA suite à l'appel téléphonique des 6 mois prévu dans le protocole.

Les critères d'exclusion étaient le refus d'inclusion dans le programme Vigilans.

L'anonymat avait été respecté lors du recueil de données.

II.4 Caractéristiques : générales et de la tentative de suicide

Les caractéristiques générales et celles de la tentative de suicide étaient :

- L'âge (AGE) : comparaison entre la moyenne des 2 groupes
- Le sexe (SEXE)
- Primo-suicidant ou récidiviste (PRIMOSUICIDANT)
- Le moyen : description entre les groupes des différents types de tentative de suicide (TS) et comparaison entre les TS violentes (1+2+3+4+5+6+7) et les TS non violentes (8+9+10) (MOYEN)
- L'association à de l'alcool lors de la TS (ALCOOL)
- L'accompagnant (ACCOMPAGNANT)
- Le psychiatre traitant (PSY_TRAITANT)
- La durée d'hospitalisation (DUREE_HOSPITALISATION) : comparaison entre la moyenne des 2 groupes
- L'appel intermédiaire reçu (APPEL_RECU_INTERMEDIAIRE) : Comparaison entre la moyenne des 2 groupes
- L'appel abouti à J10
- L'appel de l'entourage
- L'appel reçu de l'entourage
- La récurrence totale
- Le décès (DECES)
- La carte postale envoyée

II.5 La comparaison des paramètres

Les paramètres comparés étaient les suivants :

- Les questions de l'échelle Columbia
- Les comorbidités au MINI
- Le questionnaire d'évolutivité des 6 mois

II.5.a Questions de l'échelle Columbia

Les questions de l'échelle Columbia recherchaient :

- Les idéations suicidaires (Columbia Q1 à Columbia Q5)
- L'intensité suicidaire : comparaison entre les moyennes des 2 groupes pour chacune des questions Columbia Q6 à Columbia Q11 :
 - Intensité suicidaire (Columbia Q6)
 - Fréquence de l'idéation (Columbia Q7)
 - Durée de l'idéation (Columbia Q8)
 - Maîtrise des pensées suicidaires (Columbia Q9)
 - Éléments dissuasifs (Columbia Q10)
 - Causes de l'idéation (Columbia Q11)
- Le comportement suicidaire :
 - Tentative avérée (Columbia Q12)
 - Nombre de tentatives avérées (Columbia SSQ12) : comparaison entre les moyennes des 2 groupes
 - Comportement auto-agressif non suicidaire (Columbia Q13)
 - Tentative interrompue (Columbia Q14)
 - Nombre de tentatives interrompues (Columbia SSQ14) : comparaison entre la moyenne des 2 groupes
 - Tentative avortée (Columbia Q15)
 - Nombre de tentatives avortées (Columbia SSQ15) : comparaison entre la moyenne des 2 groupes
 - Préparatifs (Columbia Q16)
 - Comportement suicidaire au cours de l'évaluation (Columbia Q17)
 - Létalité (Columbia Q19) :
 - Comparaison entre la moyenne des 2 groupes
 - Létalité potentielle (Columbia SSQ19) : comparaison entre la moyenne des 2 groupes

II.5.b L'entretien MINI

Les comorbidités au MINI étaient les suivantes :

- MINI_Q1 : épisode dépressif
- MINI_Q2 : mélancolie
- MINI_Q3 : dysthymie
- MINI_Q4 : risque suicidaire
- MINI_Q5 : hypomanie
- MINI_Q6 : épisode maniaque
- MINI_Q7 : trouble panique sans agoraphobie
- MINI_Q8 : trouble panique avec agoraphobie
- MINI_Q9 : agoraphobie
- MINI_Q10 : phobie sociale
- MINI_Q11 : trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- MINI_Q12 : TSPT
- MINI_Q13 : dépendance à l'alcool
- MINI_Q14 : abus d'alcool
- MINI_Q15 : dépendance aux drogues
- MINI_Q16 : abus de drogues
- MINI_Q17 : syndrome psychotique
- MINI_Q18 : trouble de l'humeur
- MINI_Q19 : anorexie
- MINI_Q20 : boulimie
- MINI_Q21 : anorexie avec conduites purgatives
- MINI_Q22 : anxiété généralisée
- MINI_Q23 : trouble de la personnalité antisociale

II.5.c Questionnaire d'évolutivité des 6 mois

Réalisé 6 mois après la TS, ce questionnaire évaluait :

- le risque suicidaire (RISQUE_SUICIDAIRE)
- les idéations suicidaires (IDEATION_SUICIDAIRE)
- le nombre total de TS avec une comparaison entre la moyenne des 2 groupes (NB_TOTAL_TS)
- la poursuite de la veille (POURSUITE_VEILLE).

II.6 Bénéfices et risques de cette étude

Une évaluation du bénéfice et du risque potentiel de cette étude avait été réalisée.

Elle pourrait marquer l'importance d'une coordination plus importante entre Vigilans et le médecin généraliste pour le suivi des patients suicidaires. Également, elle permettrait d'impliquer encore plus le médecin généraliste dans le processus de soins relevant du domaine du suicide et de la psychiatrie en général. Enfin, elle sensibiliserait le praticien à rechercher les facteurs de risque du suicide et à évaluer le risque des patients potentiellement suicidaires.

Aucun risque n'avait été mis en évidence.

II.7 Analyse des données

Les paramètres qualitatifs avaient été décrits en termes de fréquence et de pourcentage. Les paramètres numériques gaussiens avaient été décrits en termes de moyenne et de déviation standard et les paramètres numériques non gaussiens en termes de médiane

et d'intervalle interquartile. La normalité des paramètres numériques avait été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les caractéristiques des sujets (critères d'inclusion, paramètres du MINI et Columbia) avaient été comparées entre les patients suivis par un médecin généraliste et ceux n'ayant pas de suivi par un médecin généraliste à l'aide d'un test du Chi-deux ou de Fisher exact pour les paramètres qualitatifs, à l'aide d'un test t de Student pour les paramètres continus gaussiens et à l'aide d'un test du U de Mann-Whitney pour les paramètres continus non gaussiens.

Les statistiques avaient été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique et data management du CHRU de Lille. Le niveau de significativité avait été fixé à 5%. Les analyses statistiques avaient été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

III Résultats

III.1 Outils utilisés

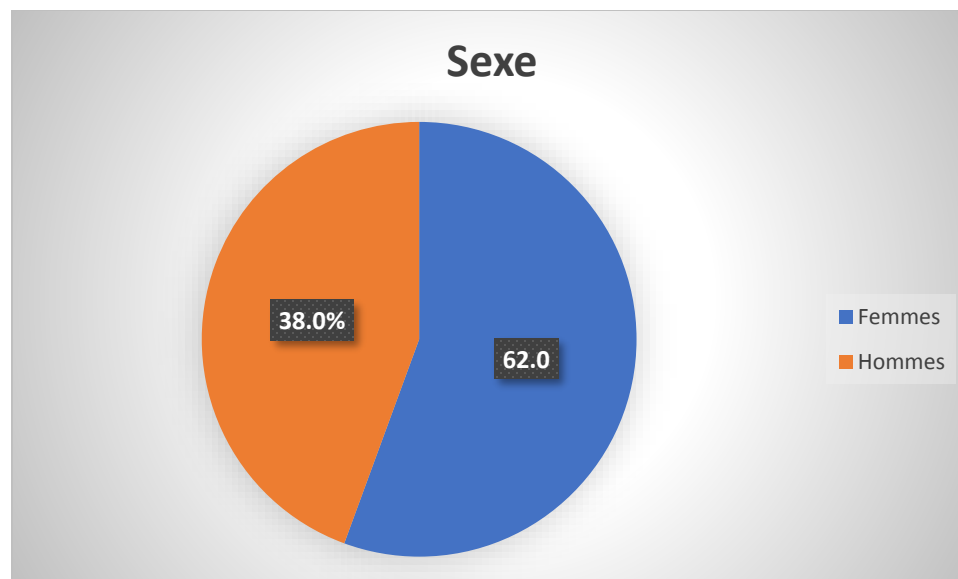
Pour évaluer l'effet du médecin généraliste, nous avons repris les données recueillies au questionnaire d'évolutivité, à l'échelle COLUMBIA et au test MINI lors de l'appel à 6 mois.

Le nombre de sujets inclus était de 1 219 individus parmi lesquels 97,0% (1 183 sujets) avaient un médecin généraliste contre 3,0% (36 sujets).

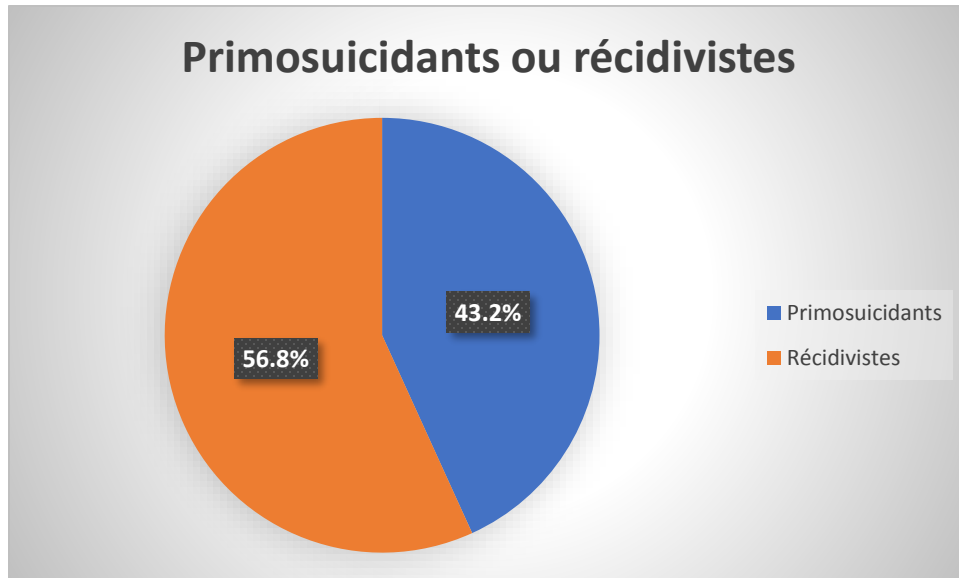
III.2 Caractéristiques des sujets suicidants

III.2.a Ayant un médecin généraliste (1183 sujets)

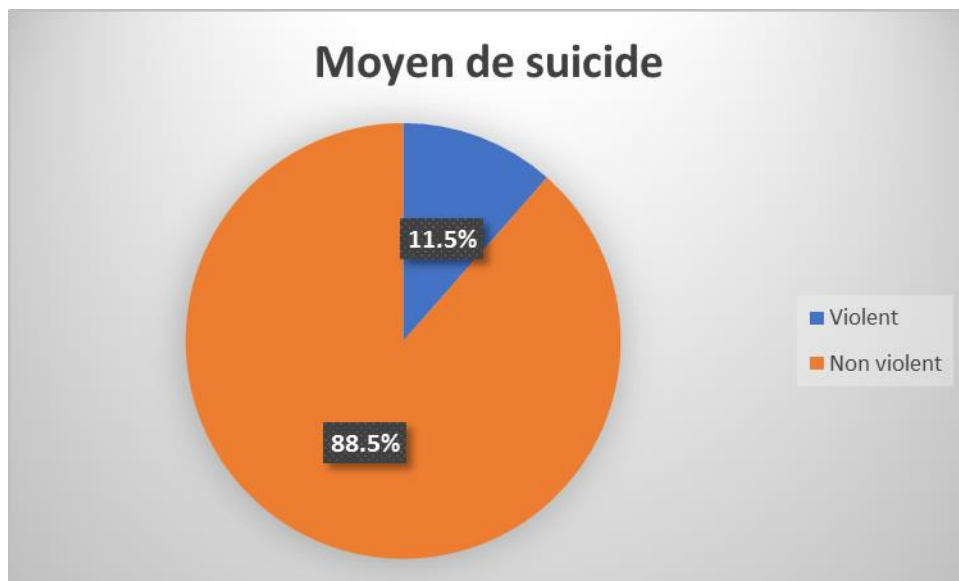
- **Sexe ($p < 0.1$)** : 734 femmes suicidantes incluses avaient un médecin généraliste contre 449 hommes.



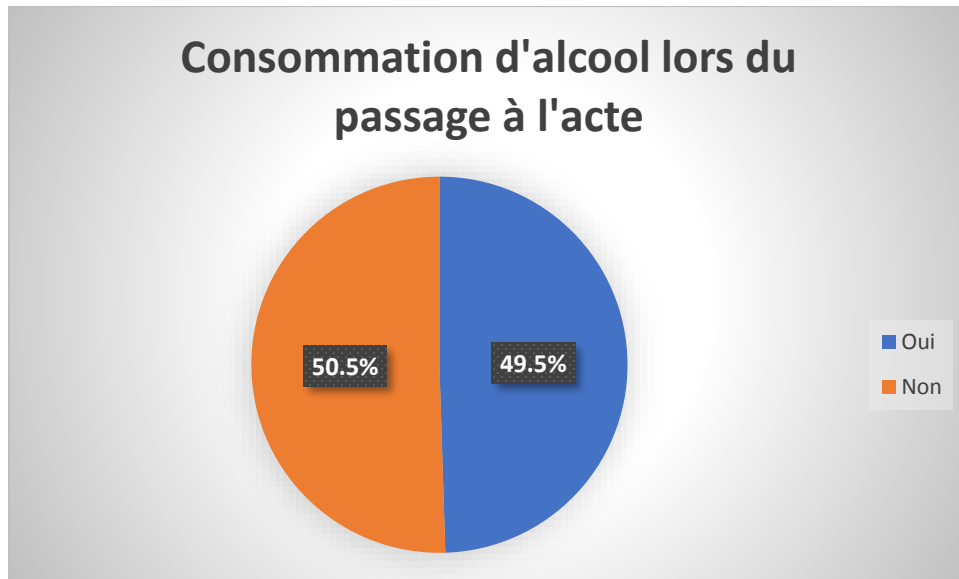
- **Primosuicidants ou récidivistes (p=0.63)** : 672 individus étaient récidivistes et 511 étaient primo-suicidants.



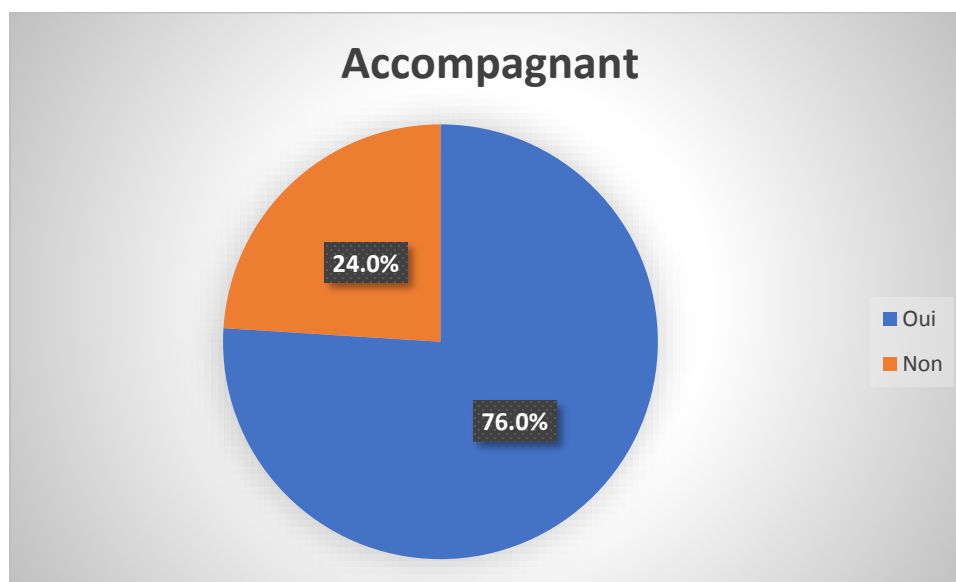
- **Moyen de suicide (Non significatif (NS))** : 136 patients avaient utilisé un moyen violent contre 1047 patients qui avaient choisi une méthode non violente.



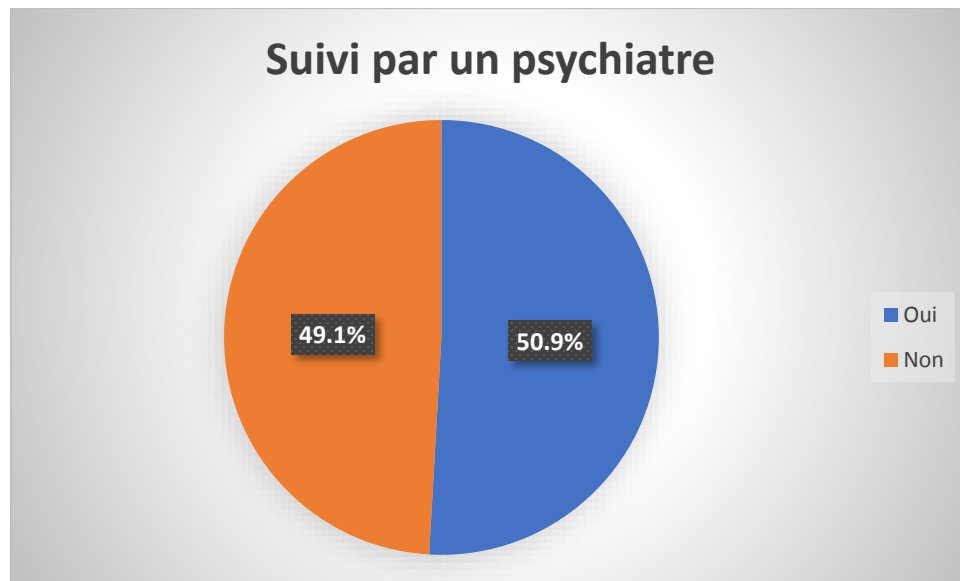
- **Consommation d'alcool au moment du geste (p=0.96)** : le nombre d'individus ayant consommé de l'alcool au moment du passage à l'acte (597 patients) était équivalent aux patients qui n'avaient pas consommé (586 patients).



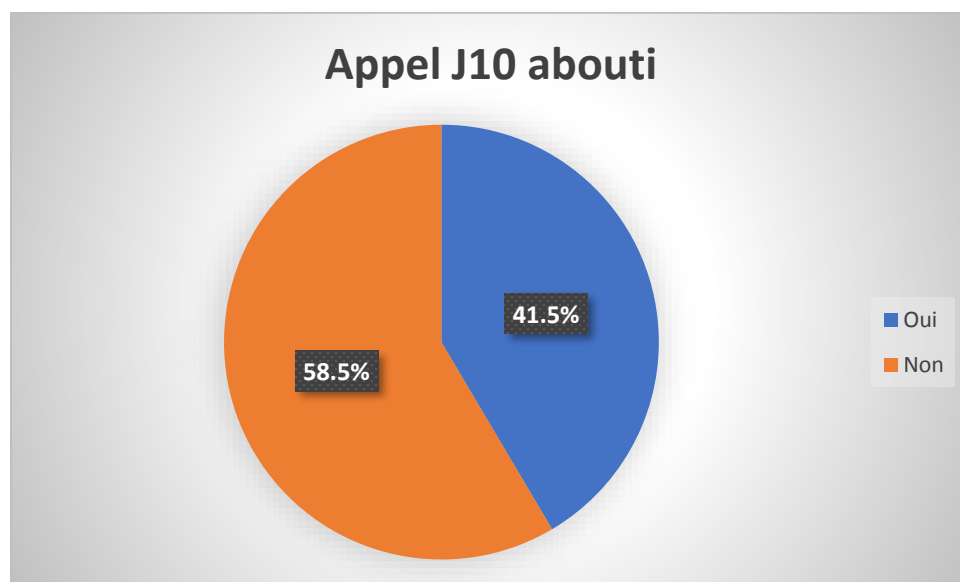
- **Accompagnant (p=0.37)** : 899 individus bénéficiaient d'un accompagnant alors que 264 personnes étaient isolées.



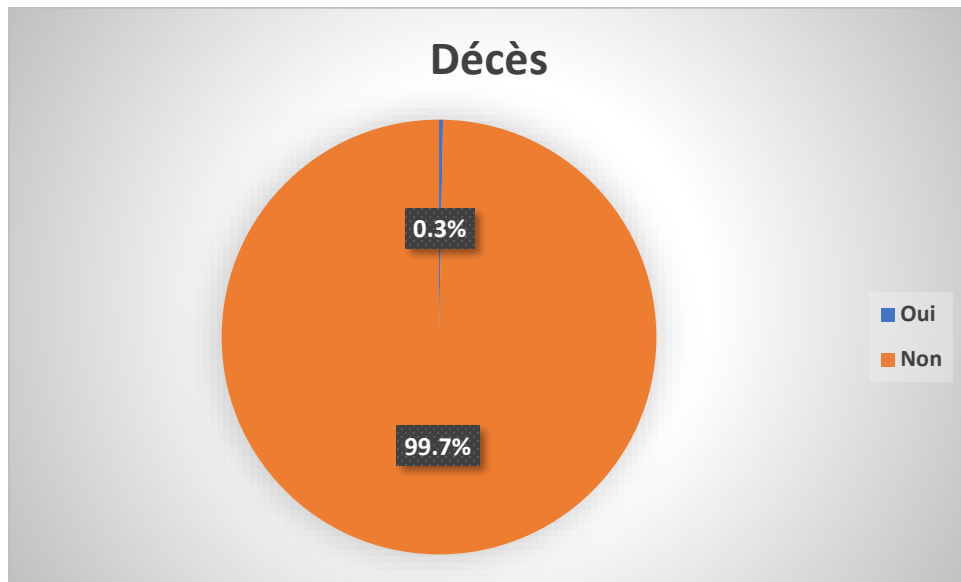
- **Suivi par un psychiatre (p=0.58)** : la proportion d'individus consultant régulièrement un psychiatre (581 patients) était similaire à celle consultant exclusivement un médecin généraliste (602 patients).



- **Appel J10 abouti (p=0.33)** : 692 patients contre 491 avaient reçu un appel abouti à J10.



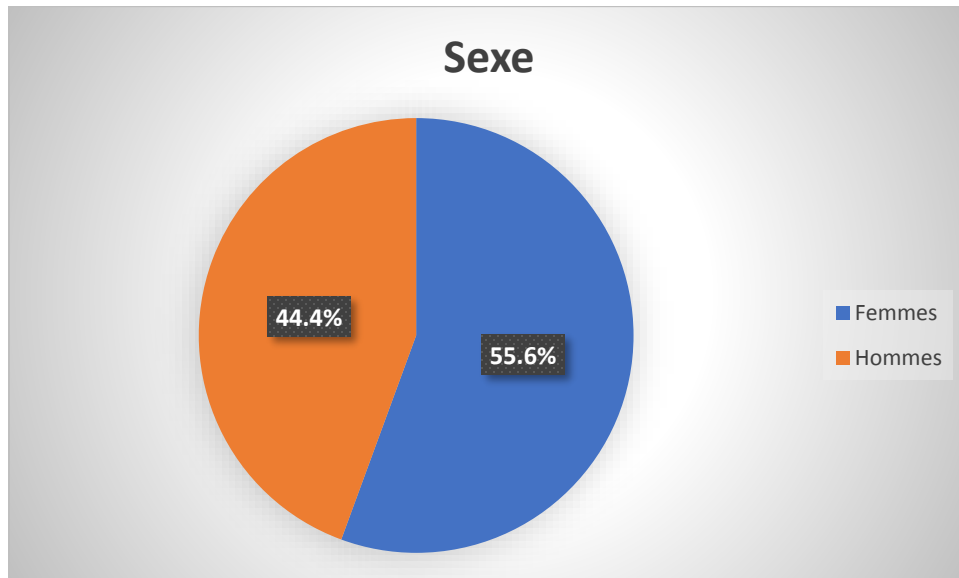
- **Décès (NS)** : 3 patients étaient décédés par suicide.



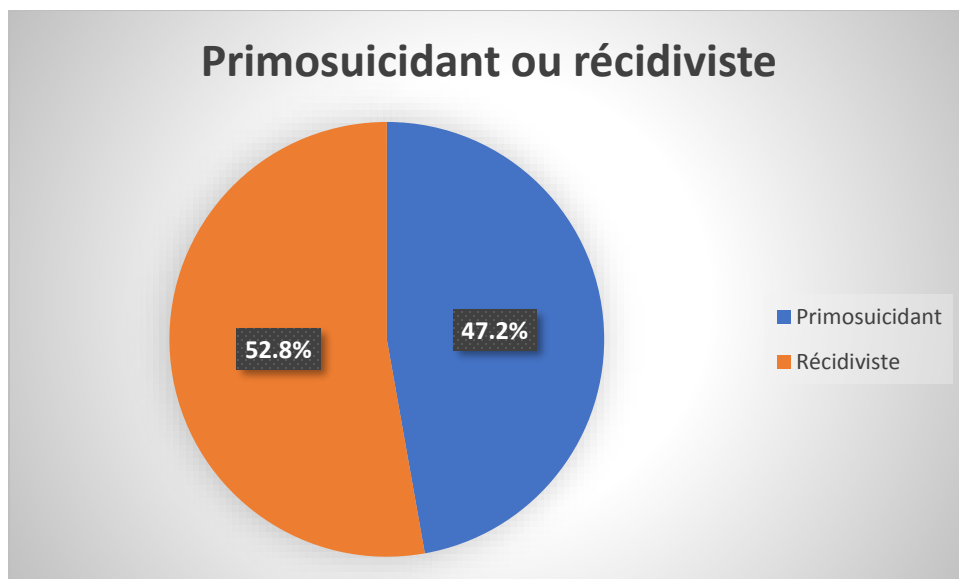
- **Age ($p < 0.1$)** : La moyenne d'âge était de 43.1 ans (écart-type de 14.1 ans). La médiane était de 44 ans (32.0 ;53.0) avec un âge minimum à 18 ans et un maximum à 89 ans.
- **Durée d'hospitalisation ($p < 0.1$)** : La durée moyenne était de 4.2 jours (écart-type de 9.6 jours). La médiane était de 1 jour (1.0 ;4.0) avec une durée minimale de 0 jour et une durée maximale de 159 jours.

III.2.b N'ayant pas de médecin généraliste (36 sujets)

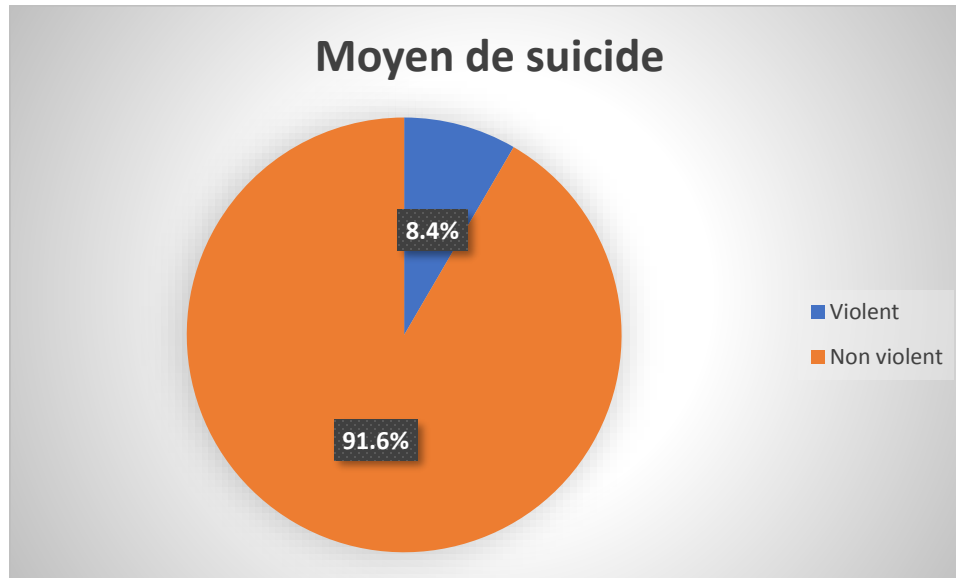
- **Sexe (p=0.43)** : le groupe comprenait 16 femmes et 20 hommes.



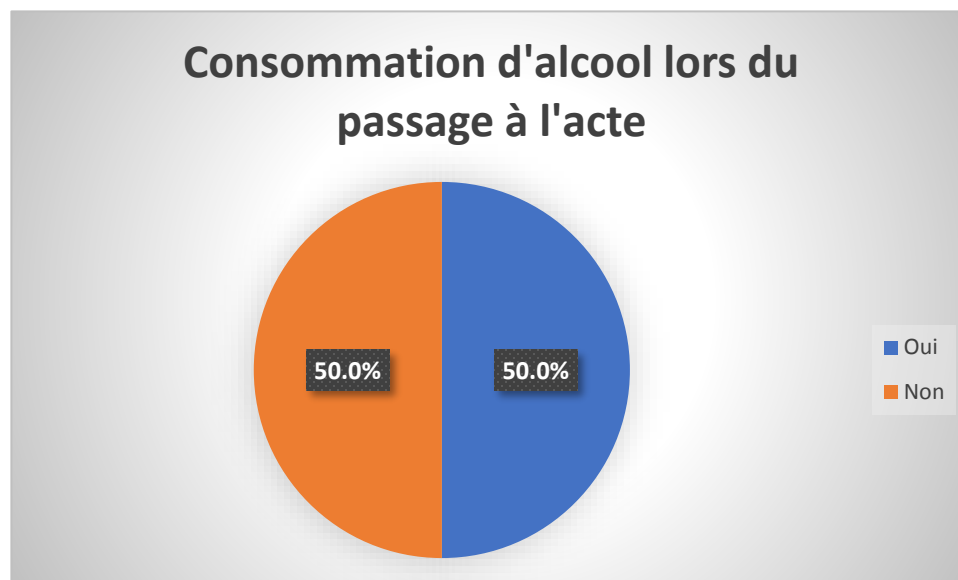
- **Primosuicidants ou récidivistes (p=0.63)** : parmi les individus inclus, 19 étaient récidivistes et 17 étaient primosuicidants.



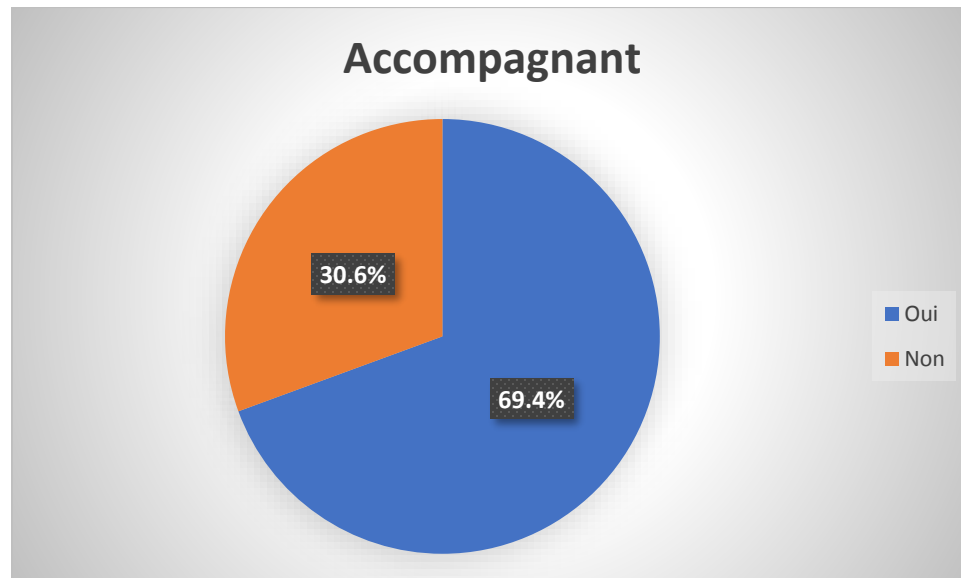
- **Moyen (NS)** : 3 patients avaient utilisé des moyens violents et 33 patients des moyens non violents.



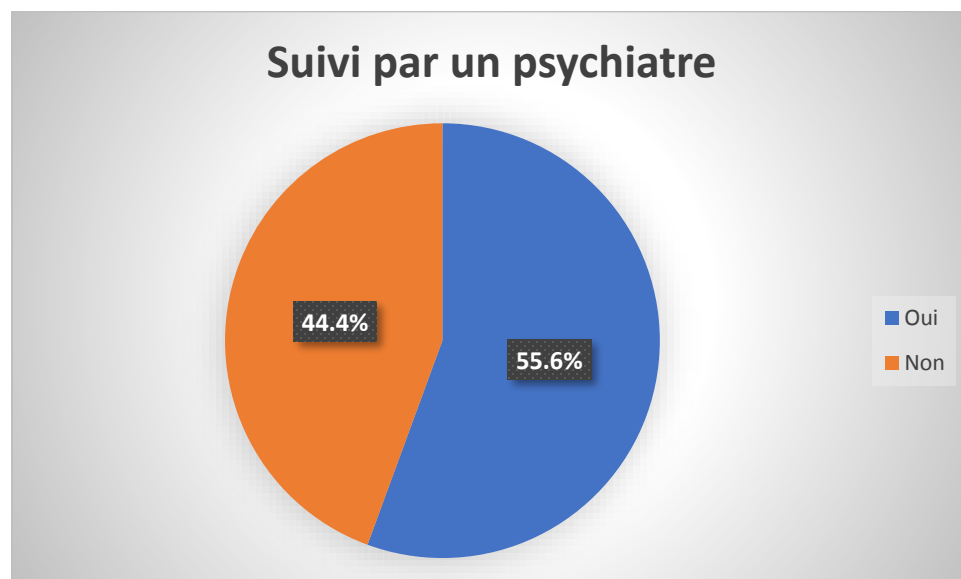
- **Consommation d'alcool au moment du geste (p=0.96)** : il y avait autant d'individus qui avaient consommé de l'alcool que ceux n'en ayant pas consommé au moment du passage à l'acte (18 patients).



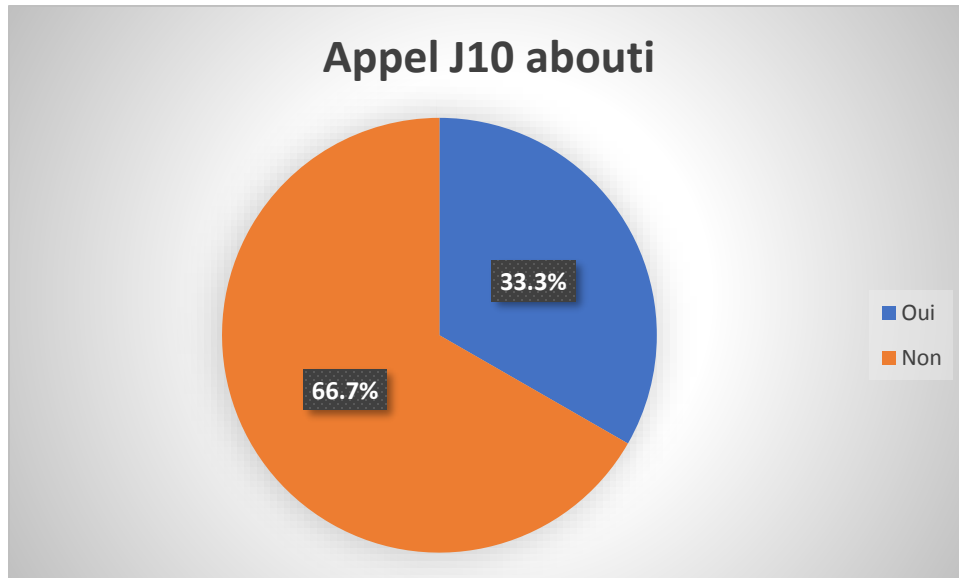
- **Accompagnant (p=0.37)** : 25 individus étaient accompagnés alors que 11 étaient isolés.



- **Suivi par un psychiatre (p=0.58)** : la proportion d'individus consultant régulièrement un psychiatre (20 patients) était plus importante que celle n'en consultant pas (16 patients).



- **Appel abouti à J10 (p=0.33)** : 12 patients contre 24 avaient reçu un appel abouti à J10.



- **Décès (NS)** : Aucun patient n'était décédé par TS.
- **Age (p<0.1)** : La moyenne d'âge était de 38.7 ans (écart-type de 15.3 ans). La médiane était de 36.5 ans (25.0 ;53.0) avec un âge minimum à 19 ans et un maximum à 79 ans.
- **Durée d'hospitalisation (p<0.1)** : La durée moyenne était de 5.5 jours (écart-type de 10.0 jours). La durée minimale était de 0 jour et la durée maximale de 6 jours.

III.2 Comparaison des sujets ayant bénéficié d'un appel abouti à 6 mois de ceux n'en ayant pas bénéficié

Les sujets ayant bénéficié d'un appel abouti à 6 mois étaient plus souvent de sexe féminin ($p=0.007$), plus âgés ($p<0.001$). Ils bénéficiaient davantage d'un suivi par un médecin généraliste ($p<0.001$) et un psychiatre traitant ($p<0.001$). Également, ils recevaient davantage un appel abouti à J10 ($p<0.001$). Le taux de décès était plus faible ($p=0.002$). Les sujets présentant des facteurs de risque de suicide comme l'âge jeune, le sexe masculin, l'absence de suivi ambulatoire par le médecin généraliste et le psychiatre échappaient davantage à l'appel à 6 mois avec un taux de décès rapporté plus important. D'autre part, en l'absence d'appel abouti, la durée d'hospitalisation était plus courte.

Variable		Appel abouti à 6 mois		Comparaison des groupes		
Item	Unité	Modalités	Non (N=7191)	Oui (N=1488)	Test	pvalue
Sexe	N(%)	Féminin	3002 (41.7)	565 (38.0)	Khi-Deux	0.007
		Masculin	4189 (58.3)	923 (62.0)		
		Données manquantes	0	0		
Primosuicidant	N(%)	Non	3255 (45.3)	826 (55.5)	Khi-Deux	<0.001
		Oui	3936 (54.7)	662 (44.5)		
		Données manquantes	0	0		
Moyen	N(%)	1	301 (4.2)	55 (3.7)	Khi-Deux	0.12
		2	48(0.7)	9 (0.6)		
		3	71 (1.0)	14 (0.9)		
		4	23 (0.3)	8 (0.5)		
		5	32 (0.4)	6 (0.4)		
		6	291 (4.0)	41 (2.8)		
		7	216 (3.0)	44 (3.0)		
		8	5722 (79.6)	1199 (80.6)		
		9	381 (5.3)	77 (5.2)		
		10	106 (1.5)	35 (2.4)		
Données manquantes	0	0				
Alcool	N(%)	Non	3462 (48.3)	740 (49.7)	Khi-Deux	0.3
		Oui	3712 (51.7)	748 (50.3)		
		Données manquantes	17	0		
Accompagnant	N(%)	Non	1888 (26.3)	360 (24.2)	Khi-Deux	0.098
		Oui	5303 (73.7)	1128 (75.8)		
		Données manquantes	0	0		
Médecin généraliste	N(%)	Non	746 (10.4)	47 (3.2)	Khi-Deux	<0.001
		Oui	6445 (89.6)	1441 (96.8)		
		Données manquantes	0	0		
Psychiatre référent	N(%)	Non	4724 (65.7)	723 (48.6)	Khi-Deux	<0.001
		Oui	2467 (34.3)	765 (51.4)		
		Données manquantes	0	0		
Appel J10 abouti	N(%)	Non	5594 (77.8)	895 (60.1)	Khi-Deux	<0.001
		Oui	1597 (22.2)	593 (39.9)		
		Données manquantes	0	0		
Décès	N(%)	Non	7108 (98.8)	1484 (99.7)	Khi-Deux	0.002
		Oui	83 (1.2)	4 (0.3)		
		Données manquantes	0	0		
Récidive totale	N(%)	Non	6768 (94.1)	1219 (81.9)	Khi-Deux	<0.001
		Oui	423 (5.9)	269 (18.1)		
		Données manquantes	0	0		
Age		N	7191	1488	Student	<0.001
		Données manquantes	0	0		
		Moyenne+/-écart-type	39.9+/-14.5	43.4+/-14.6		
		Médiane (Q1;Q3)	0.0 (27.0;50.0)	4.0 (32.0;53.0)		
Min/Max	18.0/94.0	18.0/90.0				
Durée d'hospitalisation		N	7191	1488	Wilcoxon	<0.001
		Données manquantes	0	0		
		Moyenne+/-écart-type	4.0+/-14.0	4.6+/-11.2		
		Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0;3.0)	1.0 (1.0;4.0)		
Min/Max	0.0/409.0	0.0/184.0				
Appel reçu intermédiaire		N	7191	1488	Wilcoxon	<0.001
		Données manquantes	0	0		
		Moyenne+/-écart-type	0.2+/-0.9	0.6+/-2.1		
		Médiane (Q1;Q3)	0.0 (0.0;0.0)	0.0 (0.0;1.0)		
Min/Max	0.0/28.0	0.0/37.0				
Appel de l'entourage		N	7191	1488	Wilcoxon	<0.001
		Données manquantes	0	0		
		Moyenne+/-écart-type	0.1+/-0.4	0.2+/-0.6		
		Médiane (Q1;Q3)	0.0 (0.0;0.0)	0.0(0.0;0.0)		
Min/Max	0.0/6.0	0.0/5.0				
Appel reçu entourage		N	7191	1488	Wilcoxon	<0.001
		Données manquantes	0	0		
		Moyenne+/-écart-type	0.0+/-0.2	0.1+/-0.6		
		Médiane (Q1;Q3)	0.0 (0.0;0.0)	0.0 (0.0;0.0)		
Min/Max	0.0/6.0	0.0/17.0				
Carte postale envoyée		N	7191	1488	Wilcoxon	<0.001
		Données manquantes	0	0		
		Moyenne+/-écart-type	1.3+/-1.7	2.1+/-2.5		
		Médiane (Q1;Q3)	1.0 (0.0;2.0)	1.0 (0.0;4.0)		
Min/Max	0.0/13.0	0.0/13.0				

III.3 Comparaison des sujets bénéficiant d'un suivi du médecin généraliste de ceux n'en bénéficiant pas

III.3.a Comparaison avec le MINI (Annexe 1)

En se focalisant sur toute la population étudiée, concernant les comorbidités psychiatriques, 60,1% des patients présentaient un épisode dépressif, 14,6% une anxiété généralisée et 2,7% un trouble psychotique. Pour les comorbidités addictives, 24,1% avaient une dépendance à l'alcool et 6,8% aux drogues. Au total, 91,0% étaient considérés à risque suicidaire.

Puis, en comparant les 2 groupes, il y avait davantage de patients souffrant de syndrome dépressif ($p=0.22$) dans le groupe ayant un suivi par leur médecin généraliste. De même, le risque suicidaire était plus fréquent dans le groupe bénéficiant d'un suivi par le médecin généraliste. Concernant les autres comorbidités psychiatriques, on n'identifiait pas d'autre comorbidité pouvant permettre d'évaluer l'effet du médecin généraliste sur la récurrence suicidaire.

Variable			Médecin généraliste		Comparaison des groupes	
Comorbidité	Unité	Modalités	Non (N=36)	Oui (N= 1183)	Test	pvalue
Episode dépressif	N(%)	Non	20 (58.8)	433 (39.3)	Test Khi-Deux	0.22
		Oui	14 (41.2)	668 (60.7)		
	Données manquantes	2	82			
Mélancolie	N(%)	Non	3(60.0)	191 (88.4)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		Oui	2 (40.0)	25 (11.6)		
	Données manquantes	31	967			
Dysthymie	N(%)	Non	30 (90.9)	1035 (90.6)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	3 (9.1)	107 (9.4)		
	Données manquantes	3	41			
Risque suicidaire	N(%)	Non	6 (17.1)	100 (8.8)	Test Fisher exact	0.12
		Oui	29 (82.9)	1038 (91.2)		
	Données manquantes	1	45			
Hypomanie	N(%)	Non	34 (97.1)	1099 (96.4)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	1 (2.9)	41 (3.6)		
	Données manquantes	1	43			
Episode maniaque	N(%)	Non	35 (100.0)	1113 (96.8)	Test Fisher exact	0.62
		Oui	0 (0.0)	37 (3.2)		
	Données manquantes	1	33			
Trouble panique sans agoraphobie	N(%)	Non	31 (88.6)	968 (84.6)	Test Khi-Deux	0.52
		Oui	4 (11.4)	176 (15.4)		
	Données manquantes	1	39			
Trouble panique avec agoraphobie	N(%)	Non	34 (94.4)	1011 (87.8)	Test Fisher exact	0.30
		Oui	2 (5.6)	141 (12.2)		
	Données manquantes	0	31			
Agoraphobie	N(%)	Non	35 (97.2)	1107 (95.6)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	1 (2.8)	51 (4.4)		
	Données manquantes	0	25			
Phobie sociale	N(%)	Non	30 (83.3)	1017 (87.9)	Test Fisher exact	0.43
		Oui	6 (16.7)	140 (12.1)		
	Données manquantes	0	26			
TOC	N(%)	Non	30 (85.7)	1084 (94.1)	Test Fisher exact	0.059
		Oui	5 (14.3)	68 (5.9)		
	Données manquantes	1	31			
TSPT	N(%)	Non	7 (77.8)	112 (64.7)	Test Fisher exact	0.72
		Oui	2 (22.2)	61 (35.3)		
	Données manquantes	27	1010			
Dépendance à l'alcool	N(%)	Non	31 (86.1)	877 (75.6)	Test Khi-Deux	0.15
		Oui	5 (13.9)	283 (24.4)		
	Données manquantes	0	23			
Abus d'alcool	N(%)	Non	25 (69.4)	759 (65.4)	Test Khi-Deux	0.61
		Oui	11 (30.6)	402 (34.6)		
	Données manquantes	0	22			
Dépendance aux drogues	N(%)	Non	33 (94.3)	1078 (93.1)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	2 (5.7)	80 (6.9)		
	Données manquantes	1	25			
Abus de drogues	N(%)	Non	32 (91.4)	1073 (92.7)	Test Fisher exact	0.74
		Oui	3(8.6)	84 (7.3)		
	Données manquantes	1	26			
Syndrome psychotique	N(%)	Non	31 (93.9)	1100 (97.4)	Test Fisher exact	0.22
		Oui	2 (6.1)	29 (2.6)		
	Données manquantes	3	54			
Trouble de l'humeur	N(%)	Non	33 (100.0)	1112 (98.5)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	0 (0.0)	17 (1.5)		
	Données manquantes	3	54			
Anorexie	N(%)	Non	33 (97.1)	1079 (95.3)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	1 (2.9)	53 (4.7)		
	Données manquantes	2	51			
Boulimie	N(%)	Non	31 (91.2)	1088 (94.1)	Test Fisher exact	0.45
		Oui	3 (8.8)	68 (5.9)		
	Données manquantes	2	27			
Anorexie avec conduites purgatives	N(%)	Non	34 (97.1)	1095 (97.2)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	1 (2.9)	32 (2.8)		
	Données manquantes	1	56			
Anxiété généralisée	N(%)	Non	29 (85.3)	974 (85.4)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	5 (14.7)	166 (14.6)		
	Données manquantes	2	43			
Trouble de la personnalité antisociale	N(%)	Non	34 (100.0)	1118 (97.6)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	0 (0.0)	28 (2.4)		
	Données manquantes	2	37			

III.3.b Comparaison avec le questionnaire Columbia

Les patients bénéficiant d'un suivi avaient plus d'idéations suicidaires actives sans intention de passage à l'acte (NS) et ils éprouvaient plus de difficultés à les maîtriser. Les éléments dissuasifs étaient mieux identifiés (NS). En cas de tentative avérée, le suivi par le médecin généraliste était plus important ($p=0.11$). Enfin, ils justifiaient plus leur idéation pour faire cesser une douleur que pour attirer l'attention (NS).

Les autres items ne mettaient pas en évidence de différence entre les 2 groupes.

Variables			Médecin généraliste		Comparaison des groupes	
Question	Unité	Modalités	Non (N=36)	Oui (N=1183)	Test	pvalue
Désir de mourir	N(%)	Non	28 (80.0)	909 (77.4)	Test Khi-Deux	0.72
		Oui	7 (20.0)	265 (22.6)		
		Données manquantes	1	9		
Pensées suicidaires actives non spécifiques	N(%)	Non	30 (88.2)	944 (81.8)	Test Khi-Deux	0.34
		Oui	4 (11.8)	210 (18.2)		
		Données manquantes	2	29		
Idéations suicidaires actives sans intention de passage à l'acte	N(%)	Non	3(50.0)	163 (63.9)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		Oui	3 (50.0)	92 (36.1)		
		Données manquantes	30	928		
Idéations suicidaires actives avec intention de passage à l'acte non scénarisé	N(%)	Non	5 (83.3)	222 (87.4)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		Oui	1 (16.7)	32 (12.6)		
		Données manquantes	30	929		
Idéations suicidaires actives avec intention de passage à l'acte scénarisé	N(%)	Non	4 (66.7)	180 (65.5)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		Oui	2 (33.3)	95 (34.5)		
		Données manquantes	30	908		
Intensité suicidaire	N(%)	1	2 (33.3)	46 (16.7)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		2	0 (0.0)	64 (23.2)		
		3	2 (33.3)	65 (23.6)		
		4	0 (0.0)	13 (4.7)		
		5	2 (33.3)	88 (31.9)		
		Données manquantes	30	907		
Fréquence des idéations suicidaires	N(%)	< 1/semaine	2 (28.6)	108 (39.1)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		1/semaine	2 (28.6)	23 (8.3)		
		2 à 5 fois/semaine	2 (28.6)	50 (18.1)		
		Tous les jours ou presque	1 (14.3)	50 (18.1)		
		Plusieurs fois / jour	0 (0.0)	45 (16.3)		
		Données manquantes	29	907		
Durée des idéations suicidaires	N(%)	Quelques instants	0 (0.0)	80 (29.9)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		<1h (un certains temps)	4 (57.1)	57 (21.3)		
		1 à 4h (longtemps)	0 (0.0)	47 (17.5)		
		4 à 8h (grande partie de la journée)	2 (28.6)	45 (16.8)		
		> 8h (tout le temps)	1 (14.3)	39 (14.6)		
		Données manquantes	29	915		
Maitrise des pensées suicidaires	N(%)	Ne sait pas	0 (0.0)	17 (5.9)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		Facilement	4 (57.1)	88 (30.8)		
		Légères difficultés	0 (0.0)	43 (15.0)		
		Quelques difficultés	2 (28.6)	43 (15.0)		
		Grandes difficultés	1 (14.3)	43 (15.0)		
		Incapable	0 (0.0)	41 (14.3)		
		Données manquantes	29	897		
Eléments dissuasifs	N(%)	Aucun	1 (14.3)	14 (5.1)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		Véritablement	3 (42.9)	153 (55.6)		
		Probablement	2 (28.6)	36 (13.1)		
		Ne sait pas	1 (14.3)	18 (6.5)		
		Probablement aucun	0 (0.0)	6 (2.2)		
		Pas du tout	0 (0.0)	48 (17.5)		
		Données manquantes	29	908		

Variables			Médecin généraliste		Comparaison des groupes	
Question	Unité	Modalités	Non (N=36)	Oui (N=1183)	Test	pvalue
Causes de l'idéation	N(%)	Aucune	1 (14.3)	11 (3.9)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		Attirer l'attention uniquement	1 (14.3)	29 (10.3)		
		Principalement pour attirer l'attention	0 (0.0)	15 (5.3)		
		Autant pour attirer l'attention que pour faire cesser la douleur	1 (14.3)	37 (13.2)		
		Principalement pour faire cesser la douleur	2 (28.6)	53 (18.9)		
		Uniquement pour faire cesser la douleur	2 (28.6)	136 (48.4)		
		Données manquantes	29	902		
Tentative avérée	N(%)	Non	34 (100.0)	1057 (91.1)	Test Fisher exact	0.11
		Oui	0 (0.0)	103 (8.9)		
		Données manquantes	2	23		
Comparaison de la moyenne des 2 groupes sur la tentative avérée	N(%)	N	0	97	Test Wilcoxon	NA: effectif < 8
		Données manquantes	36	1086		
		Moyenne+/- écart-type	./-./	1.6 +/- 1.5		
		Médiane (Q1;Q3)	.(;.)	1.0 (1.0;2.0)		
		Min/Max	./.	1.0/12.0		
Comportement auto-agressif non suicidaire	N(%)	Non	31 (93.9)	1058 (91.9)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	2 (6.1)	93 (8.1)		
		Données manquantes	3	32		
Tentative interrompue	N(%)	Non	33 (97.1)	1121 (96.6)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	1 (2.9)	39 (3.4)		
		Données manquantes	2	23		
Comparaison de la moyenne entre les 2 groupes sur la tentative interrompue	N(%)	N	1	36	Test Wilcoxon	NA: effectif < 8
		Données manquantes	35	1147		
		Moyenne+/- écart-type	1.0 +/- .	2.6 +/- 4.6		
		Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0;1.0)	1.0 (1.0;2.0)		
		Min/Max	1.0/1.0	1.0/20.0		
Tentative avortée par le suicidaire	N(%)	Non	33 (100.0)	1127 (97.0)	Test Fisher exact	0.62
		Oui	0 (0.0)	35 (3.0)		
		Données manquantes	3	21		
Comparaison de la moyenne des 2 groupes sur la tentative avortée	N(%)	N	0	31	Test Wilcoxon	NA: effectif < 8
		Données manquantes	36	1152		
		Moyenne+/- écart-type	./-./	1.6 +/- 1.7		
		Médiane (Q1;Q3)	.(;.)	1.0 (1.0;2.0)		
		Min/Max	./.	1.0/10.0		

Variables			Médecin généraliste		Comparaison des groupes	
Question	Unité	Modalités	Non (N=36)	Oui (N=1183)	Test	pvalue
Préparatifs	N(%)	Non	34 (100.0)	1123 (97.7)	Test Fisher exact	1.00
		Oui	0 (0.0)	27 (2.3)		
		Données manquantes	2	33		
Comportement suicidaire au cours de l'évaluation	N(%)	Non	33 (97.1)	1059 (92.0)	Test Fisher exact	0.51
		Oui	1 (2.9)	92 (8.0)		
		Données manquantes	2	32		
Létalité	N(%)	Aucune	7 (87.5)	414 (89.0)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		Légère	1 (12.5)	14 (3.0)		
		Modérée	0 (0.0)	24 (5.2)		
		Grave	0 (0.0)	8 (1.7)		
		Très grave	0 (0.0)	4 (0.9)		
		Décès	0 (0.0)	1 (0.2)		
		Données manquantes	28	718		
Létalité potentielle si absence de lésion	N(%)	Peu enclin à causer des blessures	7 (100.0)	310 (96.6)	Test Khi-Deux	NA: effectif < 8
		Susceptible de causer des blessures	0 (0.0)	5 (1.6)		
		Susceptible de causer la mort	0 (0.0)	6 (1.9)		
		Données manquantes	29	862		

III.3.c Questionnaire d'évolutivité des 6 mois

Lors du questionnaire d'évolutivité réalisé à 6 mois par l'équipe de ViglanS, on remarquait que le risque suicidaire ($p=0.96$) et les idéations suicidaires ($p=0.42$) diminuaient dans chaque groupe ($p=0.96$). La veille était poursuivie plus longtemps pour les patients qui n'avaient pas de médecin généraliste ($p=0.11$).

Variable			Médecin généraliste		Comparaison des groupes	
Question	Unité	Modalités	Non (N=36)	Oui (N=1183)	Test	pvalue
Risque suicidaire	N(%)	Non	30 (83.3)	970 (83.0)	Khi-Deux	0.96
		Oui	6 (16.7)	198 (17.0)		
		Données manquantes	0	15		
Idéation suicidaire	N(%)	Non	31 (86.1)	917 (80.8)	Khi-Deux	0.42
		Oui	5 (13.9)	218 (19.2)		
		Données manquantes	0	48		
Comparaison entre les 2 groupes du nombre total de tentative de suicide	N(%)	N	36	1183	Wilcoxon	0.47
		Données manquantes	0	0		
		Moyenne+/-écart-typ	3.5+/-7.2	3.4+/-6.1		
		Médiane (Q1;Q3)	1.0 (1.0;2.5)	2.0 (1.0;3.0)		
		Min/Max	0.0/40.0	0.0/100.0		
Poursuite de la veille	N(%)	Non	26 (72.2)	978 (82.7)	Khi-Deux	0.11
		Oui	10 (27.8)	205 (17.3)		
		Données manquantes	0	0		

IV. Discussion

IV.1 L'étude

IV.1.a Choix de l'étude quantitative

L'étude quantitative était l'analyse la plus adaptée pour répondre à l'objectif de cette étude. En effet, la mise en évidence d'un lien de causalité fait partie des objectifs d'une recherche quantitative. Ce thème n'ayant été que peu exploré, il paraissait judicieux d'élaborer ce type d'étude. De plus, elle relevait de l'objectivité des résultats. Elle incorporait de nombreuses variables qui pouvaient être observées et mesurées. Les résultats pouvaient être généralisés à une population plus large que celle qui constituait l'échantillon et qui possède des caractéristiques similaires.

IV.1.b L'échantillon et le recueil des données

L'échantillon comprenait 1 219 individus permettant d'être représentatif de la population des suicidants. Ainsi, il considérait les différentes caractéristiques du suicide et du patient suicidant. Il pouvait être interprété comme un ensemble de variables aléatoires. Le recrutement grâce à la base de données des équipes de Vigilans augmentait la force de l'étude. Le biais de sélection était minimisé.

En revanche, le recrutement concernait uniquement les patients ayant déjà fait une TS et consulté un centre du réseau Vigilans. L'absence d'inclusion des patients qui ne s'étaient pas présentés à une structure médicale constituait le biais de Berkson (ou biais d'admission) fréquent dans les études cas-témoins.

De même, le biais de classement ne pouvait être exclu étant donné qu'il était lié au recueil de l'information donnée par le patient qui n'était pas toujours fiable. Cela dit, il pouvait être considéré comme non différentiel puisqu'il concernait autant un groupe que l'autre.

Nous pouvions aussi évoquer un biais de mémorisation par rapport au recueil des données durant l'appel des 6 mois à propos des questions évoquant le passage à l'acte.

IV.1.c Les outils

L'entretien MINI et l'échelle Columbia sont des outils utilisés depuis de nombreuses années. Ainsi, ils purent être évalués avec une prise de recul suffisante pour les valider (21, 24). Cependant, ils dépendent de la subjectivité du patient quant à la crise suicidaire. En effet, le patient aura tendance à minimiser une exposition s'il se sent responsable de sa situation actuelle (25). D'autre part, nous pouvions relever un biais de subjectivité par rapport à la manière dont les questions étaient posées par l'investigateur. De plus, on mettait en évidence une variabilité interindividuelle car l'enquêteur n'était pas toujours le même malgré une formation similaire.

Lors des entretiens téléphoniques à 6 mois, le MINI et l'échelle Columbia étaient systématiquement évalués. Cependant, on retrouvait des données manquantes. Elles étaient en rapport avec l'hétéroévaluation téléphonique. Certains appels téléphoniques duraient moins longtemps que d'autres par un manque de collaboration du patient (ne répond pas aux questions, raccroche...). Les difficultés inhérentes à ce mode de communication impactèrent l'exhaustivité des données. Concernant l'échelle Columbia, certaines questions de l'échelle Columbia n'étaient pas interprétables par manque de puissance dans le groupe n'ayant pas de suivi par le médecin généraliste.

D'autre part, l'entretien MINI et l'échelle Columbia n'étaient évalués que 6 mois après la tentative. Même si cela paraît difficile à réaliser, il serait peut-être intéressant de réaliser ces tests à l'inclusion également.

IV.2 Les résultats

IV.2.a L'âge

Les patients suicidaires qui ont un médecin généraliste avaient tendance à être plus âgés ($p < 0.1$). Ceci pouvait s'expliquer par le fait que les sujets plus âgés présentent plus de pathologies qu'un sujet jeune et sont donc plus amenés à consulter pour d'autres motifs.

De plus, ce résultat soulevait l'intérêt de renforcer le lien entre le médecin généraliste et les sujets jeunes et/ou isolés (facteurs de risque) (26). En effet, cette catégorie ne présentant pas souvent de pathologies associées, il est trop rare de la recevoir en consultation pour dépister le risque suicidaire (27).

IV.2.b La durée d'hospitalisation

Nous avons également remarqué une durée de séjour en hospitalisation plus courte chez les sujets ayant un suivi par un médecin généraliste ($p < 0.1$). Le suivi par un omnipraticien permet de diminuer les durées moyennes de séjour et les conséquences financières, somatiques et psychologiques que cela peut engendrer. Il s'avère donc important de renforcer la relation entre celui-ci et le milieu hospitaliser notamment concernant la communication. En effet, le médecin généraliste pourra être informé du séjour du patient afin d'adapter son suivi.

IV.2.c L'appel abouti des 6 mois

Les patients suivis par un médecin généraliste avaient répondu pour 96.8% d'entre eux à l'appel à 6 mois (96.8% ; $p < 0.001$). Ce suivi constitue un facteur protecteur de récurrence.

Les primosuicidants étaient moins nombreux à répondre à l'appel à 6 mois ($p < 0.001$). Les relations entre le dispositif Vigilans et le médecin généraliste sont essentielles afin de poursuivre la prise en charge des perdus de vue et dépister une éventuelle récurrence.

D'autre part, les tendances statistiques montraient que le nombre d'accompagnants était plus important en cas d'appel abouti. Ainsi, en situation d'isolement, facteur de risque suicidaire (1), on relevait moins d'appel abouti. Il semblerait une nouvelle fois qu'il y ait un intérêt pour le médecin généraliste de conserver un contact avec le patient : l'éthique de l'inquiétude. Cette notion se définit par la prise de mesures afin d'éviter un risque dont la survenue n'est pas certaine, malgré l'absence de demande de la part du patient, en respectant son autonomie (28).

IV.2.d Importance de l'évaluation psychiatrique

On n'observait pas de différence de suivi des patients souffrant de comorbidités psychiatriques qui pourraient empêcher (repli sur soi par exemple) ou favoriser les patients (anxiété par exemple) à consulter leur médecin.

Les idées suicidaires sont un enjeu important pour le médecin. En effet, notre étude montrait que 14.3% des patients suivis étaient incapables de les maîtriser (NS). De même, grâce à l'échelle Columbia réalisée lors de l'appel des 6 mois, nous remarquons que les patients suivis avaient plus d'idées suicidaires mais étaient moins nombreux à passer à l'acte (NS). Ces tendances statistiques renforçaient l'importance de l'accompagnement et le rôle du médecin généraliste dans la récurrence suicidaire pour le dépistage, le suivi et l'orientation.

IV.2.e La variable psychiatre référent

La variable psychiatre référent avait été associée. Elle permettait d'avoir une évaluation des patients suivis par un psychiatre mais qui n'avaient pas de médecin généraliste. Ainsi, nous incluons ce facteur de confusion qui aurait pu être considéré comme une limite de notre étude. De manière générale, la part de patients ayant un psychiatre référent et ceux n'en ayant pas se répartissaient en proportions égales selon le suivi ou non par un médecin généraliste.

IV.2.f Identification de facteurs protecteurs

L'absence de suivi par un médecin généraliste était associée à une veille plus longue par le dispositif VIGILANS ($p < 0.1$). Ainsi, le dispositif sollicitera plus longtemps le patient et pourra envoyer un signal d'alerte si besoin. Le patient restera donc accompagné. Il semblerait que concernant la poursuite de la veille, il existe une complémentarité entre la médecine générale et Vigilans.

D'autre part, une TS avérée permet un suivi plus rapproché par le médecin généraliste qui est davantage amené à suivre les patients ayant déjà présenté ce type d'évènement ($p = 0.11$).

On ne retrouvait pas de différence entre le suivi et le sexe. Pourtant, la mortalité est plus importante chez les hommes (29). Il existe une opportunité pour le médecin généraliste d'évaluer et prendre en charge sans différence de genre les patients, ayant accès sensiblement en même proportion aux deux populations. Le fait d'être de sexe masculin n'empêche donc pas de consulter un praticien qui pourra par la même occasion rechercher d'éventuelles comorbidités psychiatriques du patient.

Enfin, les patients ayant un médecin généraliste répondaient à l'appel des 6 mois. Par le relais entrepris avec l'hôpital, le médecin tient un rôle protecteur.

IV.3 L'effet du médecin généraliste sur la récurrence suicidaire

IV.3.a Prévention et traitement des comorbidités psychiatriques, addictologiques et somatiques

Le suivi par un médecin généraliste permettrait de prévenir et traiter les comorbidités psychiatriques, addictives et somatiques (douleurs chroniques par exemple).

➤ Les comorbidités psychiatriques :

On identifiait plus d'épisodes dépressifs majeurs dans le groupe ayant un suivi par leur médecin généraliste ($p < 0.05$). Il serait donc intéressant d'organiser le suivi ambulatoire des patients suicidants par les médecins généralistes afin de dépister cette comorbidité et de la prendre en charge. La dépression est souvent sous-évaluée en médecine générale (jusqu'à 50%), en particulier, lorsque la symptomatologie initiale est somatique (30) (31). En effet, les plaintes affectives seront mises au second plan et le praticien aura parfois tendance à ne pas rechercher le trouble mental par peur de perdre du temps ou d'être dépassé par la détresse émotionnelle du patient. Les symptômes psychiques peuvent avoir tendance à être banalisés au profit du somatique. Enfin, la difficulté d'accès au psychiatre peut devenir un frein dans la prise en charge des troubles mentaux (30). La banalisation de la tristesse dans les pathologies somatiques est un facteur de risque suicidaire pour le patient (30). De plus, cela risque d'aggraver cette baisse de l'humeur qui pourrait évoluer vers une dépression créant un nouveau facteur de risque (30). A ce titre, il est important d'évoquer le risque suicidaire au cours d'une consultation (32).

➤ Les comorbidités addictologiques :

Notre étude montrait que 24,1% des patients avaient une dépendance à l'alcool et 6,8% une dépendance aux drogues. Même si elles ne sont pas majeures, les conduites addictives peuvent influencer sur le risque suicidaire. Le médecin généraliste doit pouvoir

évaluer et proposer une prise en charge au patient dépendant aux substances psychoactives.

En effet, l'association entre le risque de récurrence et les conduites addictives est une notion complexe. L'épisode dépressif majeur peut être facteur d'une conduite addictive (33). Réciproquement, la dépendance à une substance peut amener à la dépression puis dans un état plus avancé au suicide (33). La prise en charge de ce type de patients nécessite alors de s'inscrire dans un trinôme entre le psychiatre, l'addictologue et le médecin généraliste. En Europe, 30 à 50% des patients admis en Psychiatrie présentent un mésusage de substances psychoactives (alcool, opiacés, cocaïne, cannabis) (33). De même, environ 50% des consommateurs d'opiacés présentent un trouble de la personnalité et l'alcoolisme est très souvent associé aux épisodes dépressifs (33). D'une part, l'addiction peut être considérée comme primaire. Les troubles psychiatriques sont les conséquences de la consommation de substance (33). D'autre part, elle peut être secondaire et s'inclure dans un tableau clinique favorisé par une souffrance physique (33).

Certaines comorbidités psychiatriques peuvent être à l'origine de troubles du comportement qui vont provoquer la recherche du produit par le patient (théorie de la susceptibilité) (33). Dans ce contexte, l'addiction doit être analysée d'un point de vue bio-psycho-social : « l'addiction est une rencontre entre un individu et un produit, dans un contexte socio-culturel donné » (34).

Le syndrome dépressif est rencontré chez 20 à 50% des patients dépendants aux opiacés (33). Les symptômes peuvent s'améliorer avec le sevrage. La dépendance aux antalgiques opiacés traduit une douleur chronique. Le patient entre dans un cercle vicieux entre comorbidité somatique, psychiatrique et addictologique majorant le risque suicidaire.

Tableau 1

	Delirium par intoxication	Delirium par sevrage	Demence	Amnésie	Psychose	Trouble Humeur	Trouble Anxieux	Trouble Sexuel	Trouble Sommeil
Alcool	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Amphetamine	X				X	X	X	X	X
Cafe							X		X
Cannabis	X				X		X		
Cocaine	X				X	X	X	X	X
Hallucinogène	X				X	X	X		
Nicotine									
Opiacé	X				X	X		X	X
PCP	X				X	X	X		
Benzodiazépine	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Solvant			X		X	X	X		

Source : Cottencin O. Dépressions sévères et addictions. L'encéphale [En ligne]. 2009 ; Supplément 7, S272-S278. Disponible sur : <https://www.encephale.com/content/download/87080/1521252/version/1/file/main.pdf>

La dépendance à l'alcool est souvent corrélée à la dépression et au suicide (35). Avant le sevrage, 80% des patients évoquent un épisode dépressif. Ces symptômes ont tendance à s'améliorer après sevrage qu'il convient de surveiller au long terme pour s'assurer de leur disparition. Il faut se méfier des idées suicidaires qui peuvent être secondaires à une prise massive d'alcool mais doivent être considérées comme un risque. Il est 8 fois plus élevé chez les alcoolodépendants que dans la population générale (36). Concernant les troubles bipolaires, l'alcool augmente les TS, ralentit la rémission, diminue l'observance et l'efficacité des traitements.

Le cannabis utilisé de manière chronique peut conduire au syndrome amotivationnel (apathie, désintérêt, émoussement affectif, troubles de la mémoire et de l'attention) qui évolue vers l'épisode dépressif (37). Cette substance favorise l'apparition d'idées suicidaires et augmente l'agressivité du consommateur (38).

La cocaïne augmente de manière importante le risque suicidaire. Une étude américaine réalisée en 1992 montre que 20% des patients qui s'étaient suicidés, avaient consommé de la cocaïne dans les jours précédant le passage à l'acte et l'utilisation de l'arme à feu était 2 fois plus utilisée dans ce contexte (39).

➤ **Les comorbidités somatiques :**

L'étude n'évaluait malheureusement pas la douleur lors de l'appel à 6 mois. De même, la prise de traitements antalgiques n'était pas recherchée.

Pourtant, les patients ayant des troubles somatiques ont en moyenne 2 fois plus de troubles psychiatriques que la population générale ne présentant aucune pathologie (40). L'association d'une pathologie somatique et la dépression est complexe. L'une peut aggraver l'autre. Elle concerne 25% de la population hospitalisée en Hôpital général (30). Le médecin doit donc connaître l'origine primaire ou secondaire de la dépression qui va influencer sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Également, il est important de repérer la nature adaptative ou non du trouble qui aura une moindre influence sur la pathologie somatique. Il est indispensable de repérer le risque suicidaire qui peut être en lien avec la dépression mais aussi avec un sentiment de désespoir (surtout dans le cadre de pathologies graves). La comorbidité somatique reste un facteur de chronicisation, d'aggravation et d'augmentation du risque suicidaire (32). Le traitement des douleurs chroniques est un enjeu important pour le médecin généraliste. Ces symptômes sont souvent précurseurs de dépression qui va accroître le risque suicidaire. Cependant, une thèse du Dr Célia DOUMERC, réalisée en 2014 à la Faculté de Médecine de Toulouse, mettait en évidence trois difficultés de la prise en charge de la douleur chez les patients présentant des troubles psychiatriques. D'abord, la majorité des médecins considérait que l'expression de la douleur chronique chez les patients psychiatriques était différente de celle de la population générale. Ils pointaient du doigt la difficulté à cerner ce type de patients et à reconnaître la symptomatologie sous-jacente. Ensuite, la douleur était difficile à quantifier pour ces patients qui ne mettaient pas forcément les mots sur leur ressenti. L'intérêt de l'utilisation des échelles était difficile à prouver dans ces situations. Enfin, les médecins avaient peur de l'iatrogénie et de la dépendance de ces patients à certains médicaments antalgiques alors que celle-ci était moins remise en cause pour la prescription de certains psychotropes. Ainsi, cette étude soulignait l'importance des techniques non médicamenteuses et de la formation médicale continue avec des thèmes relevant de la psychiatrie (41).

Parallèlement, la dépression s'accompagne d'une augmentation du nombre et de l'intensité des plaintes douloureuses. La présence de douleurs complexifie le diagnostic et aggrave le pronostic de la dépression. Dans cette prise en charge, le modèle holistique bio-psycho-social est prépondérant (42). L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion » (43). Cette notion laisse toute la place à la subjectivité du patient et du soignant. Une revue de littérature effectuée en 2003 mettait en évidence que les patients souffrant de dépression présentaient des plaintes douloureuses plus nombreuses, de plus forte intensité et de plus longue durée (44).

En 2014, l'Etude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale (ECOGEN) à l'initiative du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) avait été réalisée. Il s'agissait d'une étude transversale multicentrique nationale dont les investigateurs étaient des internes de médecine générale en Stage supervisé de niveau 1 qui avaient recueilli et saisi des variables spécifiques à chaque consultation sur une période de 20 jours entre le 28 novembre 2011 et le 30 avril 2012. L'objectif était de déterminer la distribution des motifs et des résultats des consultations (45). Sur 18 647 patients inclus, 6 715 présentaient au moins un motif douloureux soit 36% des consultations. Ce chiffre reflétait l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de ce symptôme pouvant influencer sur un trouble psychique et évoluer au long terme vers le risque suicidaire (46).

Enfin, les maladies chroniques constituent aussi d'importants facteurs de risque des comportements suicidaires. On a constaté que les comportements suicidaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale (47). Toutes les pathologies associées à la douleur, au handicap physique, aux troubles du neurodéveloppement et à la détresse augmentent le risque de suicide (48). Le cancer, le diabète et le VIH/sida sont particulièrement concernés.

Ainsi, le médecin généraliste aurait tout intérêt à réévaluer un patient inclus dans Vigilans. Les plaintes fonctionnelles et leur cause doivent être recherchées pour, dans

un premier temps, le bien-être physique et mentale de celui-ci et, dans un second temps, prévenir une récurrence suicidaire.

IV.3.b Dans la prévention du risque suicidaire chez les adolescents

Comme évoqué en introduction, le suicide concerne la 2^e cause de mortalité chez les 15 à 24 ans et 7% des suicides concernent les moins de 25 ans avec un risque de récurrence élevé dans les 12 à 18 mois suivant la première tentative en l'absence de changement environnemental (30 à 50%) (49,50).

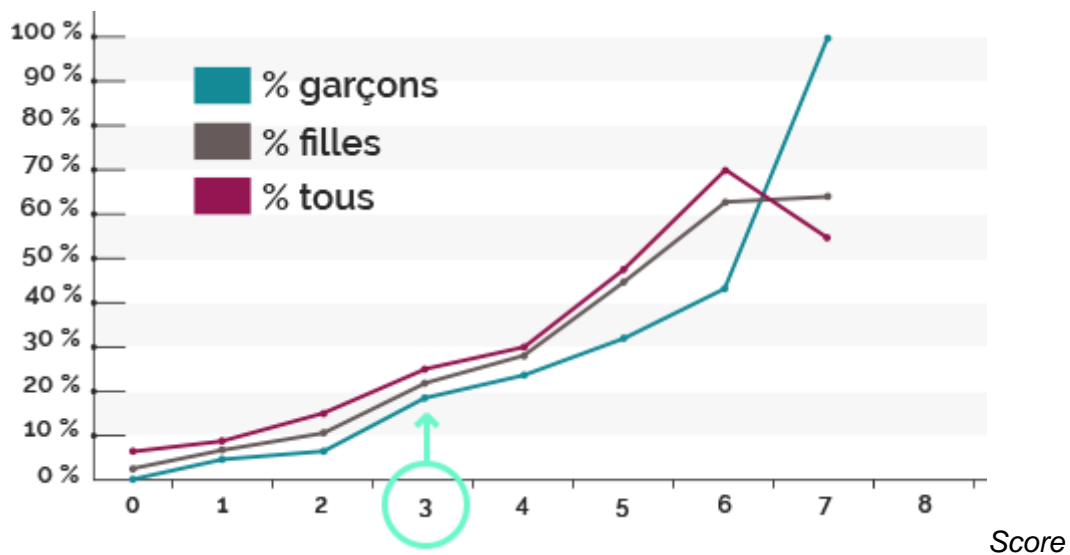
Même s'ils sont les professionnels de santé les plus fréquentés par les adolescents (51) (52), les médecins généralistes sont trop peu fréquemment amenés à les recevoir en consultation. En 2001, une étude a montré que 2 adolescents sur 3 avaient consulté leur médecin généraliste quelques mois ou jours avant leur TS (53). En 1999, l'enquête Lycoll réalisée auprès d'adolescents de troisième et seconde en Poitou-Charentes avait mis en évidence l'importance du nombre de TS chez des sujets consultant régulièrement leur médecin généraliste (54). En réaction, un groupe de médecins (17 généralistes et 4 psychiatres) de cette région (groupe ADOC) mit au point un test de dépistage pour les médecins généralistes dans leur pratique courante (23). Il portait le nom de « TSTS-CAFARD » et comportait 8 questions simples (55). Créé en 2003 et basé sur des données de 1999, il fallut créer un nouveau test plus récent. En effet, l'arrivée des téléphones mobiles et Internet firent apparaître de nouveaux comportements délétères (automutilations...) (56). De ce fait, le BITS test, réalisé grâce à une étude en milieu scolaire (57), fut créé permettant de mettre en pratique un test plus simple.

BITS Test

Thème	1 point	2 points	score
B rimades	à l'école	hors école	..
I nsomnies	fréquentes	cauchemars	..
T abac	irrégulier	quotidien	..
S tress	scolaire OU familial	ET	..

Un adolescent qui présentera un score > 3 points devra être interrogé sur des idées ou tentatives de suicide.

Pourcentage d'idées suicidaires fréquentes dans l'année ou TS dans la vie



Pourcentage d'idées suicidaires fréquentes ou de TS dans la vie en fonction du score BITS

Conçu à partir d'auto-questionnaires réalisés en milieu scolaire auprès de jeunes de 15 ans (58), il fut validé grâce à l'étude MICAS (59). Cette étude multicentrique francophone montra que 13% d'adolescents avaient des problématiques suicidaires dont 2% seulement étaient déjà connues du médecin. De plus, en incluant les scarifications, ce test révélait 17% de troubles non connus du médecin des 13-18 ans. D'autre part, il permettait un abord du domaine psychologique dans 24% des consultations sans motif psychologique.

L'adolescence est une période de la vie dont le praticien doit se méfier. Il est important de prendre en considération sa particularité qui est marquée par l'impulsivité. Souvent amené à consulter pour un motif somatique mais pouvant révéler une crise (60), le médecin généraliste pourra s'appuyer sur le BITS test, simple et rapide, dans le but de dépister le risque suicidaire relatif à cette population.

IV.3.c Dans la limitation des méthodes de suicide

Concernant les méthodes de suicide, le praticien a également un rôle à jouer dans la sécurisation des prescriptions. L'accès aux produits pharmaceutiques est un facteur de risque. Dans la plupart des pays européens, l'auto-intoxication par des médicaments représente la deuxième ou la troisième méthode de suicide et de tentative de suicide la plus courante (61).

Limiter l'accès aux médicaments couramment utilisés dans les cas de suicide, ainsi que leur disponibilité, s'est avéré une mesure de prévention efficace (62). Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle majeur en limitant la quantité de médicaments prescrits, en informant les patients et leurs familles quant aux risques iatrogéniques, et en insistant sur l'importance de respecter les doses prescrites, d'une part, et de jeter les médicaments non utilisés, d'autre part. Ensuite, les obstacles à l'accès aux soins de santé accroissent de façon significative le risque de suicide. Par conséquent, l'accès efficace et en temps opportun aux soins de santé est primordial pour réduire ce risque (63). Pourtant, dans de nombreux pays, les systèmes de santé sont complexes et manquent de ressources. Se repérer constitue, pour les personnes ne disposant que de peu de notions de base

concernant la santé en général, et la santé mentale en particulier (64,65), un véritable défi. La stigmatisation associée à la demande d'aide en cas de tentatives de suicide et de troubles mentaux accentue la difficulté. Il en résulte un accès aux soins inapproprié et un risque de suicide accru.

D'autre part, le praticien peut favoriser les facteurs de protection contre les risques de suicide : pratiquer une activité physique régulière, avoir une alimentation et un sommeil appropriés, connaître l'impact de la consommation d'alcool et de drogues sur la santé, entretenir de bonnes relations et des liens sociaux, et gérer efficacement le stress. Ces choix d'adopter une vie saine favorisent le bien-être mental et physique (66,67).

IV.4 Intérêt d'une formation pour les médecins généralistes

La question sur la formation des médecins généralistes quant à l'évaluation et la prise en charge du risque suicidaire apparaît nécessaire. Une thèse, réalisée en 2017 par le Docteur Julie FONTAINE, évaluait de manière qualitative le dispositif Vigilans par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Cette étude soulevait l'impuissance de certains médecins devant les patients suicidants par manque de temps et de moyen. Le dispositif Vigilans était peu connu mais bien perçu. Il leur permet de se sentir moins isolés. En effet, le dispositif peut aider les médecins généralistes à orienter les suicidants vers les structures adéquates. Malheureusement, certains d'entre eux ne connaissaient pas le fonctionnement de ce dispositif. Après explication, ils approuvaient que cette veille pourrait leur être d'une grande aide dans la prise en charge du suicide (68). L'enjeu est de créer une politique de formation ambitieuse dans le but de favoriser la participation des médecins généralistes.

D'autre part, un travail réalisé par le Dr Julie LESCORNEZ (69) sur l'évaluation du risque suicidaire chez les patients dépressifs en médecine générale montrait que de nombreux domaines restaient à améliorer dans la prise en charge du risque suicidaire dont la solution pourrait provenir d'une formation médicale continue. Également, elle mettait en évidence un manque de collaboration et communication entre médecins généralistes et psychiatres constituant un obstacle dans la prise en charge de ces patients surtout ceux

qui présentent des comorbidités psychiatriques. L'étude Génépsy réalisée en 2014 à Lille avait essayé de mettre en place un courrier type pour résoudre ce problème. Cette tentative fut peu fructueuse par l'oubli de rédaction, le délai entre la prise en charge et l'envoi ou les courriers non lus. Les généralistes réclamaient la mise en place d'un dispositif semblable à Vigilans (70). Enfin, elle suggérait l'importance du développement d'outils d'aide au diagnostic en soins primaires trop peu évalués en France.

Tableau récapitulatif des différents domaines d'exercice du médecin généraliste dans le cadre de la prise en charge suicidaire

Sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Site internet (dispositifvigilans.org) • Clips vidéos • Distribution de plaquettes informatives aux médecins généralistes à propos du dispositif Vigilans
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • Formation Médicale Continue • Articles dans les revues médicales des généralistes (la revue du praticien, le quotidien du médecin, Prescrire par exemple)
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'outils diagnostiques (questionnaires ADRS, BITS) • Création d'un outil rapide pour adultes
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif Vigilans sur le plan régional • Numéro dédié aux professionnels de santé • Annuaire (F2RSM par exemple)
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Cotation spéciale pour le suivi ou le dépistage des patients suicidants • Adapter la fréquence des consultations à l'urgence clinique
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter la prescription des moyens de suicide • Adapter la prescription de psychotropes • Evaluation de l'entourage, favoriser les entretiens familiaux • Prise en charge des comorbidité psychiatriques, addictologique et somatique pouvant influencer le suicide

Conclusion

Cette étude montrait l'importance du rôle du médecin généraliste dans la récurrence suicidaire. L'identification des personnes vulnérables doit être une priorité. Elles pourront être prises en charge plus précocement ce qui permettra de diminuer le risque d'idées suicidaires voire de passage à l'acte. Cette mission reste toutefois pluridisciplinaire et nécessite de s'inscrire dans un réseau d'où l'intérêt du dispositif Vigilans qui accompagnera le praticien tout au long de la prise en charge du patient. Le numéro de téléphone réservé aux professionnels de santé en cas de nécessité marque cette volonté de collaboration en réseau.

Le suicide touche toutes les tranches d'âge peu importe le sexe. Il est de plus en plus présent dans notre Société et associé aux comorbidités psychiatriques, addictologiques et somatiques. L'activité du médecin généraliste s'étend sur toutes les catégories socio-professionnelles et l'amène à prendre en charge toutes les pathologies possibles. Il doit donc être capable d'identifier les différents facteurs de risque et de dépister le risque suicidaire.

En somme, le dispositif Vigilans a besoin des médecins généralistes pour la prévention et le suivi des patients ainsi que d'en assurer la pérennité. Ils feront partie de l'étayage du suicidant par une augmentation de la fréquence des consultations, le dépistage et l'orientation. Inversement, le médecin généraliste a besoin de Vigilans pour l'accompagner dans la stratégie de soins destinée à ces patients. La communication entre les deux parties est donc primordiale.

Cependant, pour optimiser la prise en charge du risque suicidaire et la prévention de la récurrence, il conviendrait de développer des outils simples et rapides pour la médecine de premier recours. La formation des médecins généralistes dans ce domaine semble indispensable. De plus, le renforcement de la communication entre le dispositif Vigilans, le psychiatre et le médecin généraliste peut aussi en devenir une clé.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale. Editions de l'OMS: Genève; 2014. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf;jsessionid=A4F2007A4549A358A0D76F301C367C25?sequence=1 World Health Organization, 2015.
2. Educa Santé. Portail de la prévention du suicide [En ligne]. [Lieu inconnu] : Educa Santé; Idéations Suicidaires. Disponible: <http://www.preventionsuicide.info/connaissances/ideationsuicidaire.php>.
3. Amad A., Camus V., Geoffroy PA., Thomas P., Quiles C., Micoulaud Franchi JA., et al. Référentiel de psychiatrie. Tours : Presses universitaires François-Rabelais, 2014.
4. Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale. Effectifs de décès des personnes domiciliées en France : Chiffres2015. Disponible : <https://www.infosuicide.org/wp-content/uploads/2018/03/chiffres2015.png>
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. État des lieux du suicide en France. 2014 Juil 28. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>.
6. CépiDc -INSERM. Causes médicales de décès : chiffres 2014 [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible: <http://www.cepidc.inserm.fr>
7. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. BMC public health. 2007.
8. Chan Chee C. Données de surveillance sur les suicides et tentatives de suicide [Internet]. [cité 31 mai 2017]. Disponible: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2015/ChanChee.pdf>
9. Observatoire National du Suicide. Suicide : Enjeux éthiques, singularités du suicide à l'adolescence [En ligne]. 2018 Fév. Rapport no : 3. Disponible: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>
10. Jouglu E. Mortalité par suicide en France. CepiDc Inserm. 2002
11. Robert M., Léon C., Du Roscoat E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. EVOLUTIONS [En ligne]. 2017 Jan ; (36). Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1785.pdf>
12. 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 poisoningCommentary: Another kind of talk that works? BMJ. 21 juill 2001;323(7305):135.
13. 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. Ann Psychiatr. 1997;12(1):21-7.

14. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. août 2013;61(4):363-74.
15. Motto and al. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. Psychiatr Serv. juin 2001;52(6):828-33.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Vaiva G, Jardon V, Ducrocq F, Grandgenèvre P, Debien C, Berrouiguet S, et al. Surveillance Is a Powerful Tool to Prevent Suicidal Acts. In: Courtet P, editor. Understanding Suicide [Internet]. Springer International Publishing; 2016 [cited 2017 May 20]. p. 269–79. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-26282-6_22
20. Vigilans Nord-Pas-de-Calais. VIGILANS [En ligne]. Vigilans Nord-Pas-de-Calais. Disponible : <http://dispositifvigilans.org/>
21. Langevin V., Boini S., François M., Riou A., Risques psychosociaux : outils d'évaluation : Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Références en santé au travail. 2013 ; (134) 161-163.
22. The Columbia Lighthouse Project [En ligne]. 2016. Disponible : <http://cssrs.columbia.edu/>.
23. Perlman C.M., Neufeld E., Martin L., Goy M., & Hirdes J.P. (2011). Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé. Toronto (Ontario) : Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients
24. Sheehan D., Giddens J., Sheehan I.S. Status Update on the Sheehan-Suicidality Tracking Scale (S-STSS) 2014. Innovations in Clinical Neuroscience
25. Garre J.B., Gohier B., Site de la « psychiatrie Angevine » [En ligne]. Angers : service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU d'Angers. Le Suicide. Disponible : www.psyfontevraud.free.fr/AARP.psyangevine/publications/suicide.htm
26. HAS. Dans : MAZET P. Conférence de Consensus : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ; 19 et 20 octobre 2000 ; Amphithéâtre Charcot, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris. Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf
27. Paulus D., Doumenc M., Pestiau D. Adolescents : quelles portes d'entrée dans la consultation ? (abstract). Rev Prat Med Gen 2003 ;17 :1048.) + Auvray L, Le Fur Ph. Adolescents, état de santé et recours aux soins. Bulletin d'information en économie de la santé. Paris : CREDES ; mars 2002.6 p.
28. Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien ; les recommandations, Fédération Française de Psychiatrie, 2009

29. Gourier-Frery C, Suicide et tentatives de suicide : mieux connaître pour mieux prévenir. INPES. Paris : Centre universitaire des Saints-Pères. 10e journées de la prévention et de la santé publique. 9,10 et 11 juin 2015. p3. Disponible : inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2015/Synthese_Suicide_V2.pdf
30. Health Literacy. The solid facts. Copenhague: Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Europe, 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
31. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* 2006;36(5):575-86.
32. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective.* Oxford: Oxford University Press; 2009:293-9.
33. Cottencin O. Dépressions sévères et addictions. *L'encéphale* [En ligne]. 2009 ; Supplément 7, S272-S278. Disponible sur : <https://www.encephale.com/content/download/87080/1521252/version/1/file/main.pdf>
34. Davis L., Uezato A., Newell JM. et al. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2008 ; 21 : 14-18.
35. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16-year-olds. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 1043-1047.
36. Ades J., Lejoyeux M. *Alcoolisme et psychiatrie : Données actuelles et perspectives.* Paris : Masson, 2003.
37. Karila L, Vignau J, Alter C et al. Acute and chronic cognitive disorders caused by cannabis use. *Rev Prat* 2005 ; 55 : 23-26 ; discussion 27-29.
38. Lyons M., Hitsman B., Xian H. et al. A twin study of smoking, nicotine dependence, and major depression in men. *Nicotine Tob Res* 2008 ; 10 : 97-108.
39. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC et al. Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one-year period. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149 : 371-375.
40. Cottencin O., Dépressions sévères : comorbidités somatiques. *L'encéphale* [En ligne]. 2009 ; Supplément 7, S264-S268. Disponible sur : <https://www.encephale.com/content/download/87082/1521272/version/1/file/main.pdf>
41. Doumerc C., *Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique chez les patients psychiatriques : Enquête de pratique en Midi Pyrénées.* [Thèse pour le diplôme de Docteur en médecine qualification médecine générale]. Toulouse : Université Toulouse III Paul Sabatier ; 2014 [cité le 2 octobre 2014]. Disponible : <http://thesesante.ups-tlse.fr/530/1/2014TOU31090.pdf>
42. Rentsch D., Piguet V., Cedraschi C., Desmeules J., Luthy C., Andreoli A., and al. Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? [En ligne]. 2009 ; 5 : 1364-9. Disponible : <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-208/Douleurs-chroniques-et-depression-un-aller-retour>
43. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur [En ligne]. Montferriat : SFETD ; 2016. Disponible : <http://www.sfetd-douleur.org/definition>
44. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med* 2003; 163:2433-45.

45. Letrilliant L, Supper I., Schuers M., Darmon D., Boulet P., and al. ECOGEN: études des Eléments de la Consultation en médecine GENérale. Exercer. 2014 114 : 148-57. Disponible : <https://www.exercer.fr/numero/114/page/148/>
46. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychol Med. 2006;36(5):575–86.
47. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009:293–9
48. Maisonneuve M., La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN [Thèse de Doctorat en Médecine]. Grenoble : Faculté de Médecine ; 2017 [cité le 26 avril 2017]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01514479/document>
49. HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. 2005.
50. Pommereau X. Comprendre l'adolescent suicidaire et le reconnaître à temps. Le concours médical. janv 2014;136(1):32 6.
51. Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. L'adolescent et son médecin : avec ou sans les parents? 22 oct 2009;(559).
52. Raillard N. Le médecin généraliste face aux adolescents. La prévention des risques, un enjeu essentiel. Le forum des médecins généralistes. déc 2007;(20):11.
53. Velin J, Beddock P. Tentatives de suicide du jeune : 1/3 de récurrences dans l'année. Rev Prat. 15 janv 2001;15(522):72 4.
54. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? Rev Prat. 2005;(55):1073 7.
55. Bernardin G. Médecins Auteurs de Sharewares et Freewares [En ligne]. MASEF. Adolescents et suicide : TSTS-Cafard. Disponible : <https://www.masef.com/scores/adoetsuicidetscafard.htm>
56. Hawton K, et al. Self-harm and suicide in adolescents. The Lancet. 2012.
57. Binder P, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullyinginsomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. Early Interv Psychiatry 2016
58. Binder P, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomniatobacco-stress test. A population-based pilot study. Early Interv Psychiatry 2016
59. Favre AS. Dépistage des idées ou acte suicidaire et automutilation chez les adolescents de 13 à 18 ans : Validation du BITS-test en médecine générale sur 17 sites francophone. [Thèse de Doctorat en médecine]. Poitiers. 2017 [cité le 9 novembre 2017].
60. Favre AS. Dépistage des idées ou acte suicidaire et automutilation chez les adolescents de 13 à 18 ans [Thèse pour le Diplôme de Doctorat en Médecine]. Poitiers. 2017 (cité le 9 novembre 2017).
61. Auvray L, Le Fur P. Adolescents : état de santé et recours aux soins. Questions d'économie de la santé. Mars 2002;(49).

62. Hegerl U, Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatr Serv.* 2009;60(5):596–9.
63. Hawton KL, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ.* 2013;346:f403.
64. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *J Prev Med Public Health.* 2013;46(3):147–54.
65. Health Literacy. The solid facts. Copenhagen: Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Europe, 2013 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
66. Davidson CL, Babson KA, Bonn-Miller MO, Souter T, Vannoy S. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide Life Threat Behav.* 2013;43(3):279–89.
67. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med.* 2014;15(2):248– 54. doi:10.1016/j.sleep.2013.11.780.
68. Fontaine J. Dispositif Vigilans : Evaluation qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Lille : Université du Droit et de la Santé - Lille 2 ; 2017 [cité le 6 juillet 2017]. Disponible : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/b81c9941-7021-4f74-a107-80a1c2b5d8e3>
69. Lescomez J. Evaluation du risque suicidaire chez les patients dépressifs en médecine générale : à propos d'une enquête qualitative menée auprès des médecins généralistes du secteur psychiatrique de Wattrelos-Leers. [Thèse pour le Doctorat de médecine]. Lille : Université du Droit et de la Santé – Lille 2 ; 2013. Disponible : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/59bc89a7-e0fb-4d16-8a9f-cb26d96bff00>
70. Jombart G. etude génépsy : promouvoir la communication MG-PSY [Internet]. [cité 23 mai 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/122635fb-9315-447b-a435-c391d10fc192>

Annexe 1 : Fiche d'inclusion dans le dispositif Vigilans



A FAXER AU 03.20.44.44.70

Identité du sujet Nom d'usage :

Nom de jeune fille (si mariée) :

Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : M F

Vit seul : Oui Non En couple : Oui Non

Adresse complète :

.....

CODE POSTAL : COMMUNE :

TELEPHONE 1 : / TELEPHONE 2 :

AUTRES TELEPHONES (d'un proche si possible) :

ADRESSE MAIL :

Si mineur, Noms et Prénoms titulaires de l'autorité parentale :

.....

TELS titulaire(s) de l'autorité parentale :

Mairie de naissance :

Médecin traitant :

NOM Prénom : LIEU D'EXERCICE :

Psy traitant :

NOM Prénom : LIEU D'EXERCICE :

Primosuicidant : oui non **Renseignements sur la TS** : Date TS : / /

Mode de TS : Association alcool : oui non

Cause(s) TS si connues :

Date d'entrée à l'hôpital : / / Date de sortie de l'hôpital : / /

Accompagnants durant le séjour et/ou à la sortie : OUI NON

Si oui, lesquels:

Contexte de sortie : Préciser les grandes lignes du « **compromis de sortie** » (plan de soin proposé, adhésion du patient et/ou des proches, vécu du passage aux urgences et/ou de l'hospitalisation, etc...) :

.....

.....

.....

HOPITAL et SERVICE :

Nom(s) prénom(s), fonction(s) des personnes du service ayant pris en charge et donné la carte ressources au patient:

.....

Annexe 2 : MINI

NOM DU PATIENT : _____	PROTOCOLE NUMERO : _____
DATE DE NAISSANCE: _____	Heure de Début : _____
ENTRETIEN REALISE PAR : _____	Heure de Fin : _____
DATE DE L'ENTRETIEN : _____	DUREE TOTALE : _____

M.I.N.I. 5.0.0 / French version / DSM-IV / lifetime

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (EDM)	Vie entière + Actuelle (2 dernières semaines)	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	<u>Optionnel</u>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
F. AGORAPHOBIE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
G. PHOBIE SOCIALE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	<u>Optionnel</u>
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K'. TABAC	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K". JEU D'ARGENT ET DE HASARD	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
K"" JEU VIDEO	Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Vie entière + Actuelle (mois écoulé)	
M. ANOREXIE MENTALE	Vie entière + Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Vie entière + Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Vie entière + Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	<u>Optionnel</u>

Annexe 3: Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

IDÉATION SUICIDAIRE	Depuis la naissance : moment où il/elle s'est senti(e) le plus suicidaire	Au cours des — derniers mois
<p><i>Posez les questions 1 et 2. Si les deux réponses sont négatives, passez à la section « Comportement suicidaire ». Si la réponse à la question 2 est « oui », posez les questions 3, 4 et 5. Si la réponse à la question 1 et/ou 2 est « oui », complétez la section « Intensité de l'idéation » ci-dessous.</i></p>		
<p>1. Désir d'être mort(e) Le sujet souscrit à des pensées concernant le désir de mourir ou de ne plus être en vie, ou le désir de s'endormir et de ne pas se réveiller. <i>Avez-vous souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>2. Pensées suicidaires actives non spécifiques Pensées d'ordre général non spécifiques autour de la volonté de mettre fin à ses jours/se suicider (par ex. « J'ai pensé à me suicider »), non associées à des pensées sur les manières permettant de se suicider, c'est-à-dire ni aux moyens, ni à une intention ou à un scénario, au cours de la période d'évaluation. <i>Avez-vous réellement pensé à vous suicider ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>3. Idéation suicidaire active avec définition de moyens (sans scénario), sans intention de passage à l'acte Le sujet pense au suicide et a envisagé au moins un moyen pour y parvenir au cours de la période d'évaluation. Il ne s'agit pas ici de l'élaboration d'un scénario spécifique comprenant le moment, le lieu ou le moyen (par ex. le sujet a pensé à un moyen pour se suicider, mais ne dispose pas d'un scénario précis). Il s'agit par exemple d'une personne déclarant : « J'ai pensé à avaler des médicaments, mais je n'ai pas de scénario précis sur le moment, le lieu ou la manière dont je le ferais... et je n'irais jamais jusque là ». <i>Avez-vous pensé à la manière dont vous vous y prendriez ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4. Idéation suicidaire active avec intention de passage à l'acte, sans scénario précis Pensées suicidaires actives, le sujet exprime une intention plus ou moins forte de passer à l'acte et ne se contente pas de déclarer : « J'ai des pensées suicidaires, mais je ne ferai jamais rien pour les mettre en œuvre ». <i>Avez-vous eu des pensées de ce genre et l'intention de passer à l'acte ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Idéation suicidaire active avec scénario précis et intention de passage à l'acte Pensées suicidaires associées à l'élaboration complète ou partielle d'un scénario détaillé ; le sujet exprime une intention plus ou moins forte de mettre ce scénario à exécution. <i>Avez-vous commencé ou fini d'élaborer un scénario détaillé sur la manière dont vous voulez vous suicider ? Avez-vous l'intention de mettre ce scénario à exécution ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
INTENSITÉ DE L'IDÉATION		
<p><i>Les aspects suivants doivent être évalués en fonction du type d'idéation le plus grave (c.-à-d. idéations 1 à 5 ci-dessus, 1 étant la moins grave et 5 la plus grave). La question portera sur le moment où il/elle s'est senti(e) le plus suicidaire.</i></p> <p>Depuis la naissance - Idéation la plus grave :</p> <p style="text-align: center;">N° du type (1 à 5) _____ Description de l'idéation _____</p>	Idéation la plus grave	Idéation la plus grave
<p>Au cours des X derniers mois - Idéation la plus grave :</p> <p style="text-align: center;">N° du type (1 à 5) _____ Description de l'idéation _____</p>		
<p>Fréquence <i>Combien de fois avez-vous eu ces pensées ?</i> (1) Moins d'une fois par semaine (2) Une fois par semaine (3) 2 à 5 fois par semaine (4) Tous les jours ou presque (5) Plusieurs fois par jour</p>	_____	_____
<p>Durée <i>Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?</i> (1) Quelques instants : quelques secondes ou quelques minutes (4) 4 à 8 heures/une grande partie de la journée (2) Moins d'une heure/un certain temps (5) Plus de 8 heures/en permanence ou tout le temps (3) 1 à 4 heures/longtemps</p>	_____	_____
<p>Maîtrise des pensées suicidaires <i>Pourriez-vous/pouvez-vous arrêter de penser au suicide ou à votre envie de mourir si vous le voul(iez) ?</i> (1) Maîtrise facilement ses pensées. (4) Capable de maîtriser ses pensées avec de grandes difficultés. (2) Capable de maîtriser ses pensées avec de légères difficultés. (5) Incapable de maîtriser ses pensées. (3) Capable de maîtriser ses pensées avec quelques difficultés. (0) N'essaie pas de maîtriser ses pensées.</p>	_____	_____
<p>Éléments dissuasifs <i>Y a-t-il quelque chose ou quelqu'un (par ex. votre famille, votre religion ou la douleur au moment de la mort) qui vous a dissuadé(e) de vouloir mourir ou de mettre à exécution vos pensées suicidaires ?</i> (1) Des éléments dissuasifs vous ont véritablement empêché(e) de tenter de vous suicider. (4) Vous n'avez très probablement été arrêté(e) par aucun élément dissuasif. (2) Des éléments dissuasifs vous ont probablement arrêté(e). (5) Les éléments dissuasifs ne vous ont pas du tout arrêté(e). (3) Vous ne savez pas si des éléments dissuasifs vous ont arrêté(e). (0) Sans objet</p>	_____	_____
<p>Causes de l'idéation <i>Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez souhaité mourir ou vous suicider ? Était-ce pour faire cesser la douleur ou bien pour ne plus ressentir votre mal-être (en d'autres termes, vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être), ou bien pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres ? Ou tout cela à la fois ?</i> (1) Uniquement pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres. (4) Principalement pour faire cesser la douleur (vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être). (2) Principalement pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres. (5) Uniquement pour faire cesser la douleur (vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être). (3) Autant pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres que pour faire cesser la douleur. (0) Sans objet</p>	_____	_____

COMPORTEMENT SUICIDAIRE (Cocher toutes les cases correspondant à des événements distincts ; le sujet devra être interrogé sur tous les types de comportements)		Depuis la naissance		Au cours des — dernières années	
Tentative avérée : Acte potentiellement auto-agressif commis avec l'intention plus ou moins forte de mourir <i>suite à cet acte</i> . Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire n'est pas nécessairement de 100 %. Si une intention/volonté quelconque de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra être qualifié de tentative de suicide avérée. La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire , mais seulement potentielle. Si la personne appuie sur la gâchette d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que cette arme ne fonctionne pas et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte sera considéré comme une tentative. Intention présumée : même si la personne nie son intention/sa volonté de mourir, on peut supposer d'un point de vue clinique l'existence de cette intention/volonté d'après le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (par ex. balle tirée dans la tête, défenestration d'un étage élevé). On peut également présumer une intention de mourir lorsqu'une personne nie son intention de mourir, tout en indiquant qu'elle pensait que ce qu'elle faisait pouvait être mortel. Avez-vous fait une tentative de suicide ? Avez-vous cherché à vous faire du mal ? Avez-vous fait quelque chose de dangereux qui aurait pu entraîner votre mort ? Qu'avez-vous fait ? Avez-vous _____ dans le but de mettre fin à vos jours ? Voulez-vous mourir (même un peu) quand vous _____ ? Avez-vous tenté de mettre fin à vos jours quand vous _____ ? Où avez-vous pensé que vous pourriez mourir en _____ ? Où l'avez-vous fait uniquement pour d'autres raisons/sans AUCUNE intention de vous suicider (par exemple pour être moins stressé(e), vous sentir mieux, obtenir de la compassion ou pour que quelque chose d'autre arrive) ? (Comportement auto-agressif sans intention de suicide) Si oui, décrivez :		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre total de tentatives _____ Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre total de tentatives _____ Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Le sujet a-t-il eu un comportement auto-agressif non suicidaire ? Tentative interrompue : Interruption (par des facteurs extérieurs) de la mise en œuvre par la personne d'un acte potentiellement auto-agressif (<i>sinon, une tentative avérée aurait eu lieu</i>). Surdosage : la personne a des comprimés dans la main, mais quelqu'un l'empêche de les avaler. Si elle ingère un ou plusieurs comprimés, il s'agit d'une tentative avérée plutôt que d'une tentative interrompue. Arme à feu : la personne pointe une arme vers elle, mais l'arme lui est reprise par quelqu'un, ou quelque chose l'empêche d'appuyer sur la gâchette. Si elle appuie sur la gâchette et même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative avérée. Saut dans le vide : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un la retient et l'éloigne du bord. Pendoisage : la personne a une corde autour du cou mais ne s'est pas encore pendue car quelqu'un l'en empêche. Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais d'en être empêché(e) par quelqu'un ou quelque chose avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez :		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre total de tentatives interrompues _____	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre total de tentatives interrompues _____		
Tentative avortée : La personne se prépare à se suicider, mais s'interrompt d'elle-même avant d'avoir réellement eu un comportement autodestructeur. Les exemples sont similaires à ceux illustrant une tentative interrompue, si ce n'est qu'ici la personne interrompt d'elle-même sa tentative au lieu d'être interrompue par un facteur extérieur. Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais de vous arrêter de vous-même avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez :		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre total de tentatives avortées _____	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre total de tentatives avortées _____		
Préparatifs Actes ou préparatifs en vue d'une tentative de suicide imminente. Il peut s'agir de tout ce qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, comme l'élaboration d'un moyen spécifique (par ex. se procurer des comprimés ou une arme à feu) ou la prise de dispositions en vue de son suicide (par ex. dons d'objets, rédaction d'une lettre d'adieu). Avez-vous pris certaines mesures pour faire une tentative de suicide ou pour préparer votre suicide (par ex. rassembler des comprimés, vous procurer une arme à feu, donner vos objets de valeur ou écrire une lettre d'adieu) ? Si oui, décrivez :		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Comportement suicidaire : Un comportement suicidaire a-t-il été observé au cours de la période d'évaluation ?		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Répondre en tenant compte des tentatives avérées uniquement		Tentative la plus récente Date :	Tentative la plus létale Date :	Première tentative Date :	
Létalité/lésions médicales observées : 0. Aucune atteinte physique ou atteinte physique très légère (par ex. égratignures). 1. Atteinte physique légère (par ex. élocution ralentie, brûlures au premier degré, légers saignements, entorses). 2. Atteinte physique modérée nécessitant une prise en charge médicale (par ex. personne consciente mais somnolente, altération de la réactivité, brûlures au deuxième degré, saignement d'un vaisseau important). 3. Atteinte physique grave, hospitalisation nécessaire et soins intensifs probablement nécessaires (par ex. état comateux avec réflexes intacts, brûlures au troisième degré sur moins de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante mais sans risque vital, fractures importantes). 4. Atteinte physique très grave, hospitalisation et soins intensifs nécessaires (par ex. état comateux avec absence de réflexes, brûlures au troisième degré sur plus de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante associée à une instabilité des signes vitaux, atteinte majeure d'un organe vital). 5. Décès		Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	
Létalité potentielle : ne répondre que si la létalité observée = 0 Létalité probable d'une tentative avérée en l'absence de lésions médicales (exemples de tentatives n'ayant entraîné aucune lésion médicale, mais pouvant potentiellement présenter un degré très élevé de létalité : la personne place le canon d'une arme à feu dans sa bouche, appuie sur la gâchette, mais le coup ne part pas et aucune lésion médicale n'est engendrée ; la personne s'allonge sur les rails à l'approche d'un train mais est relevée par quelqu'un avant d'être écrasée). 0 = Comportement peu enclin à engendrer des blessures 1 = Comportement susceptible d'engendrer des blessures mais ne pouvant causer la mort 2 = Comportement susceptible de causer la mort malgré des soins médicaux disponibles		Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	

AUTEUR : Nom : PATTYN

Prénom : Antoine

Date de Soutenance : 31 octobre 2018

Titre de la Thèse : Le suicide, un enjeu pour le médecin généraliste : évaluation dans le cadre d'un dispositif de veille suicidaire (VigilanS).

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Enjeu, Médecin généraliste, Récidive, suicide, VigilanS

Résumé :

Contexte

Selon le premier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) paru en 2013, une personne se suicide toutes les 40 secondes dans le monde. En France, en 2015, on dénombre 9109 décès par suicide. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique. Depuis 2015, a été mis en place un dispositif de veille de la récurrence suicidaire : VigilanS. Il inclut tous les patients ayant fait au moins une tentative de suicide et hospitalisés dans un service partenaire. Le médecin généraliste en est informé et est donc amené à travailler en étroite collaboration avec le dispositif afin d'optimiser la prise en charge du patient suicidant.

Objectif

L'objectif de cette étude était d'évaluer le rôle du médecin généraliste sur la récurrence suicidaire dans le cadre de ce dispositif.

Méthode

Cette étude était quantitative, analytique, rétrospective, réalisée à partir des données recueillies par l'équipe de statistiques de VigilanS en partenariat avec le Centre d'Investigation Clinique de Lille. Elle incluait tous les patients entrés dans le dispositif entre le 9 janvier 2015 et le 26 novembre 2017 soit 1219 sujets. Les données avaient été récupérées par une hétéroévaluation réalisée par téléphone 6 mois après la tentative de suicide à partir d'un questionnaire d'évaluativité, l'entretien MINI et l'échelle Columbia.

Résultats

La majorité des patients avaient un médecin généraliste pour 97% (1183 individus). Les patients suicidants présentaient des comorbidités addictologiques et psychiatriques. Ceux qui avaient un omnipraticien exposaient plus de troubles dépressifs et bénéficiaient davantage d'un appel abouti à 6 mois. Les idées suicidaires étaient plus fréquentes sans intention de passage à l'acte. La veille était également poursuivie moins longtemps si le patient était accompagné par son médecin généraliste.

Conclusion

Le médecin généraliste tient une place de choix dans la prise en charge de la récurrence suicidaire. Il est au cœur du diagnostic et du traitement des comorbidités psychiatriques, addictologiques et somatiques associés au risque suicidaire. De plus, il a un rôle prépondérant dans le dépistage et la prise en charge d'autres facteurs de risque comme l'isolement. A ce titre, les dispositifs populationnels de prévention du suicide comme VigilanS peuvent s'appuyer sur son expertise afin d'optimiser la veille. De son côté, le médecin généraliste peut s'appuyer sur les compétences du dispositif afin d'améliorer sa prise en charge et en orientant éventuellement vers des soins spécialisés. Il paraît donc important pour les médecins généralistes d'une part, de renforcer la formation continue sur le thème de la psychiatrie et d'autre part, d'améliorer la communication entre le dispositif VigilanS, le psychiatre et le médecin généraliste.

Composition du Jury :

Président : Professeur Guillaume VAIVA

Asseseurs : Professeur Olivier COTTENCIN, Professeur Christophe BERKHOUT

Directeur de Thèse : Dr Romain DEWILDE