



HAL
open science

Évaluation de la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patients admis aux urgences pour tentative de suicide

Alice Buisson

► **To cite this version:**

Alice Buisson. Évaluation de la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patients admis aux urgences pour tentative de suicide. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01361087

HAL Id: dumas-01361087

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01361087v1>

Submitted on 6 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2016

**EVALUATION DE LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE
PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS ADMIS AUX URGENCES POUR
TENTATIVE DE SUICIDE.**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Discipline : Médecine générale

Alice BUISSON

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le lundi 5 septembre 2016

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Madame le Professeur Françoise CARPENTIER

Membres

Monsieur le Docteur Dominique SAVARY, directeur de thèse

Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN

Monsieur le Professeur Georges WEIL

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Remerciements..... | 3 |
| Serment d’Hippocrate..... | 5 |
| Enseignants à l’UFR de Médecine | 6 |
| 1. Introduction | 10 |
| 2. Matériel et Méthodes..... | 11 |
| 3. Résultats | 11 |
| 3.1 Epidémiologie | 12 |
| 3.2 Le suivi antérieur à la tentative de suicide | 13 |
| 3.2.1 En médecine générale..... | 13 |
| 3.2.2 En psychiatrie | 13 |
| 3.2.3 Le traitement psychotrope | 14 |
| 3.3 Le parcours de soins au sein des urgences..... | 14 |
| 3.3.1 L’examen somatique..... | 14 |
| 3.3.2 La consultation de psychiatrie | 15 |
| 3.3.3 Contact de l’entourage..... | 16 |
| 3.3.4 Le traitement psychotrope administré aux urgences | 16 |
| 3.3.5 La contention mécanique..... | 16 |
| 3.3.6 Devenir du patient à 12 heures et à 24 heures de son entrée | 17 |
| 3.3.7 Hospitalisation sous contrainte..... | 17 |
| 3.3.8 Courrier de sortie à l’attention du médecin traitant..... | 18 |
| 4. Discussion | 18 |
| 4.1 En amont de la crise..... | 18 |
| 4.1.1 Epidémiologie de notre population | 18 |
| 4.1.1.1 Sexe | 19 |
| 4.1.1.2 Age..... | 19 |
| 4.1.1.3 Première TS ou récurrence | 19 |
| 4.1.1.4 Mode d’autolyse | 20 |
| 4.1.1.5 Facteur déclenchant | 21 |
| 4.1.2 Le suivi antérieur | 22 |
| 4.1.2.1 Le suivi en médecine générale | 22 |
| 4.1.2.2 Le traitement psychotrope | 24 |
| 4.2 Dans les 24 heures qui suivent l’acte suicidaire..... | 25 |
| 4.2.1 Patients adressés aux urgences par leur médecin généraliste..... | 25 |
| 4.2.2 L’examen somatique..... | 25 |
| 4.2.3 La consultation avec le psychiatre..... | 26 |
| 4.2.4 L’administration des traitements psychotropes | 27 |
| 4.2.5 La contention mécanique..... | 27 |
| 4.2.6 Le contact avec l’entourage..... | 28 |
| 4.2.7 Hospitalisation sous contrainte..... | 29 |
| 4.2.8 Les patients qui ont quitté le service contre/avant avis médical..... | 29 |
| 4.2.9 Lieu où se trouve le patient à 24 heures de son entrée | 30 |
| 4.3 A l’issue de la prise en charge hospitalière | 30 |
| 4.4 Les limites de notre étude..... | 32 |
| 5. Conclusion..... | 34 |
| 6. Résumé | 35 |
| 7. Annexes | 36 |
| 8. Bibliographie..... | 38 |

REMERCIEMENTS :

A ma présidente de Jury, Mme le Professeur Françoise Carpentier, merci d'avoir accepté de juger mon travail et de présider ce jury. Merci pour votre réactivité et votre disponibilité lors de la réalisation des démarches administratives.

A mon directeur de thèse, Mr le Docteur Dominique Savary, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci d'avoir été présent au cours de ces deux années.

A Mr le Professeur Mircea Polosan, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Mr le Professeur Georges Weil, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

Aux Docteurs Christian Esteve, Pierre-Yves Peria, Xavier Cressens, Anne-Marie Verdet, Annick Hamberger et Serge Bouhana, merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

Aux docteurs Pauline Choquet, Rodios Dimitriou, Cecile Garnier, Sophie Perrin-Besson, Julien Zirnheld, Maryline Allard-Reynier, merci de m'avoir appris tant de choses à travers vos différentes spécialités.

A la famille Basset, merci pour votre accueil et vos petits plats lors de mes différents passages en terre annécienne.

A la famille Pepelnjak, merci pour vos bons soins, vos petits gueuletons, vos petits canons à l'occasion de mes différents séjours à St Martin d'Hères.

A Olivier et Béatrice, merci d'avoir fait le déplacement.

A Muriel, Marion F, Magali, Marion D, Alix et Blandine, mes co-internes, merci pour votre soutien au cours de ces trois années d'internat.

Aux copains de Bellegarde, merci de m'avoir acceptée et intégrée au sein de votre belle famille.

A Morgane et Pauline, merci pour ces bons moments passés ensemble à la fac, dans la salle de réa, autour de brownies à l'ananas, au squash ou en Tanzanie ! J'espère ne pas vous perdre de vue.

A Maud et Dodo, merci d'avoir toujours été là. Merci pour les bons moments que l'on passe ensemble à chaque fois que l'on se retrouve.

Aux copains de St-Just, cela fait plus de quinze ans que l'on se côtoie, et c'est toujours un plaisir, merci de nous avoir soutenues Amandine et moi, tout au long de nos études, vous avez cru en nous, vous n'avez jamais douté et c'est la plus belle preuve d'amitié que vous nous avez offert.

A Marie-Laure, merci pour tes talents de traductrice dans la langue de Shakespeare.

A Amande, mon acolyte, merci pour ces belles années passées ensemble à la faculté, félicitations pour ton parcours de pneumologue, et longue vie à notre amitié.

A Michèle, Roger, Yannick, Laetitia et Elouane, merci de m'avoir si bien accueillie au sein de la famille Palazon !

A Louis, Emilie et Iris, vous formez une jolie petite famille, merci d'être toujours là quand je sonne à votre porte ! Merci Loulou d'avoir supporté mes jérémiades pendant mes études !

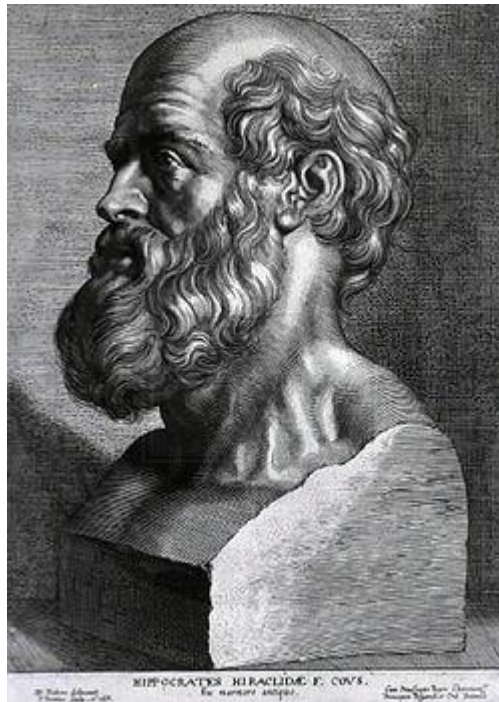
A Camille, ma Gwladys, merci d'être toujours présente, à la maison ou au bout du fil, t'es une sœur en or ! Merci à toi d'avoir cru en moi à chaque fois que j'annonçais avoir tout raté !

A mes parents, merci de m'avoir toujours poussée vers la réussite, merci d'avoir toujours été là même quand j'étais loin, merci d'avoir toujours cru en moi, merci de m'avoir supportée en période d'examens, merci,...

A Maëlle, mon bébé, tu me rends plus heureuse chaque jour.

A Guillaume, merci d'avoir cru, plus que moi, que cette soutenance arriverait un jour. Merci d'être toujours optimiste et positif. Merci pour les beaux voyages faits ensemble. Merci d'avoir fait de nous une jolie petite famille. Merci d'être là, à mes côtés chaque jour.

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

| CORPS | NOM-PRENOM | Discipline universitaire |
|--------|-------------------------------|---|
| PU-PH | ALBALADEJO Pierre | Anesthésiologie réanimation |
| PU-PH | APIEL Florent | Ophthalmologie |
| PU-PH | ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine | Chirurgie générale |
| PU-PH | BALOSSO Jacques | Radiothérapie |
| PU-PH | BARONE-ROCHETTE Gilles | Cardiologie |
| PU-PH | BARRET Luc | Médecine légale et droit de la santé |
| PU-PH | BENHAMOU Pierre Yves | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | BERGER François | Biologie cellulaire |
| MCU-PH | BIDART-COUTTON Marie | Biologie cellulaire |
| MCU-PH | BOISSET Sandrine | Agents infectieux |
| PU-PH | BONAZ Bruno | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| PU-PH | BONNETERRE Vincent | Médecine et santé au travail |
| PU-PH | BOSSON Jean-Luc | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | BOTTARI Serge | Biologie cellulaire |
| PU-PH | BOUGEROL Thierry | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | BOUILLET Laurence | Médecine interne |
| MCU-PH | BOUZAT Pierre | Réanimation |
| PU-PH | BRAMBILLA Christian | Pneumologie |
| PU-PH | BRAMBILLA Elisabeth | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MCU-PH | BRENIER-PINCHART Marie Pierre | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | BRICAULT Ivan | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | BRICHON Pierre-Yves | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| MCU-PH | BRIOT Raphaël | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| PU-PH | CAHN Jean-Yves | Hématologie |
| MCU-PH | CALLANAN-WILSON Mary | Hématologie, transfusion |
| PU-PH | CARPENTIER Françoise | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| PU-PH | CARPENTIER Patrick | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire |
| PU-PH | CESBRON Jean-Yves | Immunologie |
| PU-PH | CHABARDES Stephan | Neurochirurgie |
| PU-PH | CHABRE Olivier | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | CHAFFANJON Philippe | Anatomie |
| PU-PH | CHARLES Julie | Dermatologie |

| | | |
|--------|-------------------------|--|
| PU-PH | CHAVANON Olivier | Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire |
| PU-PH | CHIQUET Christophe | Ophthalmologie |
| PU-PH | CINQUIN Philippe | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | COHEN Olivier | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | COUTURIER Pascal | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| PU-PH | CRACOWSKI Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PU-PH | CURE Hervé | Oncologie |
| PU-PH | DEBILLON Thierry | Pédiatrie |
| PU-PH | DECAENS Thomas | Gastro-entérologie, Hépatologie |
| PU-PH | DEMATTEIS Maurice | Addictologie |
| MCU-PH | DERANSART Colin | Physiologie |
| PU-PH | DESCOTES Jean-Luc | Urologie |
| MCU-PH | DETANTE Olivier | Neurologie |
| MCU-PH | DIETERICH Klaus | Génétique et procréation |
| MCU-PH | DOUTRELEAU Stéphane | Physiologie |
| MCU-PH | DUMESTRE-PERARD Chantal | Immunologie |
| PU-PH | EPAULARD Olivier | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| PU-PH | ESTEVE François | Biophysique et médecine nucléaire |
| MCU-PH | EYSSERIC Hélène | Médecine légale et droit de la santé |
| PU-PH | FAGRET Daniel | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | FAUCHERON Jean-Luc | Chirurgie générale |
| MCU-PH | FAURE Julien | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | FERRETTI Gilbert | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | FEUERSTEIN Claude | Physiologie |
| PU-PH | FONTAINE Éric | Nutrition |
| PU-PH | FRANCOIS Patrice | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | GARBAN Frédéric | Hématologie, transfusion |
| PU-PH | GAUDIN Philippe | Rhumatologie |
| PU-PH | GAVAZZI Gaétan | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| PU-PH | GAY Emmanuel | Neurochirurgie |
| MCU-PH | GILLOIS Pierre | Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | GRAND Sylvie | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | GRIFFET Jacques | Chirurgie infantile |
| PU-PH | GUEBRE-EGZLABHER Fitsum | Néphrologie |
| MCU-PH | GUZUN Rita | Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique |
| PU-PH | HAINAUT Pierre | Biochimie, biologie moléculaire |
| PU-PH | HENNEBICQ Sylviane | Génétique et procréation |
| PU-PH | HOFFMANN Pascale | Gynécologie obstétrique |
| PU-PH | HOMMEL Marc | Neurologie |
| PU-PH | JOUK Pierre-Simon | Génétique |
| PU-PH | JUVIN Robert | Rhumatologie |
| PU-PH | KAHANE Philippe | Physiologie |
| PU-PH | KRACK Paul | Neurologie |
| PU-PH | KRAINIK Alexandre | Radiologie et imagerie médicale |

| | | |
|--------|--------------------------------------|---|
| PU-PH | LABARERE José | Epidémiologie ; Eco. de la Santé |
| PU-PH | LANTUEJOL Sylvie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MCU-PH | LAPORTE François | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH | LARDY Bernard | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH | LARRAT Sylvie | Bactériologie, virologie |
| PU-PH | LECCIA Marie-Thérèse | Dermato-vénérologie |
| PU-PH | LEROUX Dominique | Génétique |
| PU-PH | LEROY Vincent | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| PU-PH | LETOUBLON Christian | Chirurgie générale |
| PU-PH | LEVY Patrick | Physiologie |
| MCU-PH | LONG Jean-Alexandre | Urologie |
| PU-PH | MACHECOURT Jacques | Cardiologie |
| PU-PH | MAGNE Jean-Luc | Chirurgie vasculaire |
| MCU-PH | MAIGNAN Maxime | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| PU-PH | MAITRE Anne | Médecine et santé au travail |
| MCU-PH | MALLARET Marie-Reine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MCU-PH | MARLU Raphaël | Hématologie, transfusion |
| MCU-PH | MAUBON Danièle | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | MAURIN Max | Bactériologie - virologie |
| MCU-PH | MCLEER Anne | Cytologie et histologie |
| PU-PH | MERLOZ Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | MORAND Patrice | Bactériologie - virologie |
| PU-PH | MOREAU-GAUDRY Alexandre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | MORO Elena | Neurologie |
| PU-PH | MORO-SIBILOT Denis | Pneumologie |
| MCU-PH | MOUCHET Patrick | Physiologie |
| PU-PH | MOUSSEAU Mireille | Cancérologie |
| PU-PH | MOUTET François | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie |
| MCU-PH | PACLET Marie-Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | PALOMBI Olivier | Anatomie |
| PU-PH | PARK Sophie | Hémato - transfusion |
| PU-PH | PASSAGGIA Jean-Guy | Anatomie |
| PU-PH | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François | Anesthésiologie réanimation |
| MCU-PH | PAYSANT François | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | PELLETIER Laurent | Biologie cellulaire |
| PU-PH | PELLOUX Hervé | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | PEPIN Jean-Louis | Physiologie |
| PU-PH | PERENNOU Dominique | Médecine physique et de réadaptation |
| PU-PH | PERNOD Gilles | Médecine vasculaire |
| PU-PH | PIOLAT Christian | Chirurgie infantile |
| PU-PH | PISON Christophe | Pneumologie |
| PU-PH | PLANTAZ Dominique | Pédiatrie |
| PU-PH | POIGNARD Pascal | Virologie |
| PU-PH | POLACK Benoît | Hématologie |

| | | |
|--------|------------------------|---|
| PU-PH | POLOSAN Mircea | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | PONS Jean-Claude | Gynécologie obstétrique |
| PU-PH | RAMBEAUD Jacques | Urologie |
| MCU-PH | RAY Pierre | Génétique |
| PU-PH | REYT Émile | Oto-rhino-laryngologie |
| MCU-PH | RIALLE Vincent | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | RIGHINI Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | ROMANET J. Paul | Ophthalmologie |
| MCU-PH | ROUSTIT Matthieu | Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie |
| MCU-PH | ROUX-BUISSON Nathalie | Biochimie, toxicologie et pharmacologie |
| PU-PH | SARAGAGLIA Dominique | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| MCU-PH | SATRE Véronique | Génétique |
| PU-PH | SAUDOU Frédéric | Biologie Cellulaire |
| PU-PH | SCHMERBER Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | SCHWEBEL-CANALI Carole | Réanimation médicale |
| PU-PH | SCOLAN Virginie | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | SEIGNEURIN Arnaud | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | STAHL Jean-Paul | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| PU-PH | STANKE Françoise | Pharmacologie fondamentale |
| MCU-PH | STASIA Marie-José | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | TAMISIER Renaud | Physiologie |
| PU-PH | TERZI Nicolas | Réanimation |
| PU-PH | TONETTI Jérôme | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | TOUSSAINT Bertrand | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | VANZETTO Gérald | Cardiologie |
| PU-PH | VUILLEZ Jean-Philippe | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | WEIL Georges | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | ZAOUI Philippe | Néphrologie |
| PU-PH | ZARSKI Jean-Pierre | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

1. Introduction.

En France, de nombreux patients se suicident ou font des tentatives de suicides (TS). La prise en charge des suicidants se fait au sein d'un parcours de soins qui implique de nombreux professionnels de soins, aussi bien en ambulatoire (médecin généraliste, psychiatre, infirmière, psychologue,...), au sein des centres médico-psychologiques (CMP), qu'en service hospitalier (médecin urgentiste, infirmière des urgences, psychiatre, infirmière « psy »,...)

Un acte de médecine générale sur dix comporte un soutien psychothérapeutique comme composante principale (1). Malgré cette importance et cette visibilité, la place des médecins généralistes (MG) dans la filière de soins des patients suicidants reste limitée (2)(3).

Certes, lorsque l'état somatique du patient est altéré et que le pronostic vital et/ou fonctionnel est engagé, une prise en charge médicale en structure d'urgence est alors requise, dans ce cas, la prise en charge de leur état psychique est souvent différée.

De même lorsque le risque de récurrence est élevé, qu'il existe une hétéro-agressivité et que le patient est opposant aux soins, la mise en œuvre d'une hospitalisation sous contrainte et de mesures d'apaisement voire de contrainte physique passe par une hospitalisation et une évaluation psychiatrique urgente.

Ceux dont le pronostic vital n'est pas engagé doivent être rapidement pris en charge sur le plan psychique. Certains d'entre eux minimisent leur geste et tentent de partir sans attendre l'évaluation psychiatrique, d'autres menacent de recommencer, d'autres sont prostrés... Quant aux familles, elles sont souvent démunies face au geste que vient de commettre leur proche et attendent des réponses. Chaque tentative de suicide est différente et la prise en charge est d'autant plus difficile.

Le but de cette étude est d'évaluer la place du médecin généraliste dans le parcours de soins du patient suicidant en amont de la tentative de suicide, au cours des 24 premières heures de sa prise en charge hospitalière et au décours de cette prise en charge.

2. Matériel et méthodes.

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, réalisée auprès des patients majeurs admis aux urgences adultes du Centre Hospitalier d'Annecy du 1^{er} avril au 30 juin 2014 pour tentative de suicide.

Les patients ont été retenus quand le motif d'entrée était : « Tentative de suicide », « Intoxication médicamenteuse volontaire », « Pendaïson », et « Phlébotomie ».

Les résultats ont été obtenus après consultation de la totalité des dossiers médicaux informatiques analysés au cours de la période d'étude.

Les patients ont également été rappelés pour connaître leur suivi antérieur à la TS en médecine générale. En l'absence de réponse à un premier rappel téléphonique, les patients ont été appelés au total à trois reprises avant de considérer l'absence de réponse. Lors du rappel téléphonique, les patients étaient informés qu'il s'agissait d'une étude et ils étaient libres de refuser de répondre. Les données démographiques, le mode d'autolyse, l'événement déclencheur, le suivi préalable et le parcours de soins ont été analysés.

Le critère de jugement principal est le nombre de fois où l'on retrouve la présence du médecin traitant dans le parcours de soins, au cours de l'épisode suicidant.

Le critère de jugement secondaire est le nombre de fois où le médecin traitant a été contacté au cours de la prise en charge hospitalière.

Pour l'analyse statistique, nous avons choisi des variables quantitatives. Elles sont décrites à l'aide de leurs fréquences et pourcentages valides. La recherche de lien entre 2 variables s'est effectuée à l'aide d'un test du Chi2 ou du test exact de Fisher. Le seuil de significativité retenu est de 0,05.

3. Résultats.

Au total, 122 patients majeurs ont été pris en charge pour tentative de suicide au sein du service des urgences du CH d'Annecy du 1^{er} avril au 30 juin 2014.

3.1 Epidémiologie.

Les données épidémiologiques sont présentées dans le tableau suivant :

| | | Homme | Femme | Total |
|---|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Suicidants | | 45 (36,9%) | 77 (63,1%) | 122 (100%) |
| Age | 18-24 ans | 7 (5,7%) | 7 (5,7%) | 14 (11,4%) |
| | 25-34 ans | 8 (6,6%) | 18 (14,8%) | 26 (21,3%) |
| | 35-44 ans | 10 (8,2%) | 17 (13,9%) | 27 (22,1%) |
| | 45-54 ans | 10 (8,2%) | 16 (13,1%) | 26 (21,3%) |
| | 55-64 ans | 6 (4,9%) | 8 (6,6%) | 14 (11,4%) |
| | 65-74 ans | 2 (1,6%) | 10 (8,2%) | 12 (9,8%) |
| | 75 ans et plus | 2 (1,6%) | 1 | 3 (2,5%) |
| 1^{ère} TS | Oui | 23 (19,2%) | 32 (26,7%) | 55 (45,8%) |
| | Non | 21 (17,5%) | 44 (36,7%) | 65 (54,2%) |
| Récidive pendant les 3 mois de l'étude | | | | |
| | Non | 44 (36,1%) | 68 (55,7%) | 112 (91,8%) |
| | Oui | 1 | 9 (7,3%) | 10 (8,2%) |
| Mode d'autolyse | | | | |
| | Intoxication Médicamenteuse | 24 (19,7%) | 65 (53,3%) | 89 (73,0%) |
| | Volontaire | | | |
| | Intoxication par OH | 20 (16,4%) | 20 (16,4%) | 40 (32,8%) |
| | Phlébotomie / Objets tranchants | 7 (5,7%) | 8 (6,6%) | 15 (12,3%) |
| | Pendaison | 4 (3,3%) | 0 | 4 (3,3%) |
| | Autre | 14 (11,5%) | 6(4,9%) | 20 (16,4%) |
| Qu'est ce qui a déclenché la crise suicidaire? | | | | |
| | Conflit conjugal | 18 (15,1%) | 28 (23,5%) | 46 (38,7%) |
| | Accumulation d'évènements négatifs | 8 (6,7%) | 4 (3,4%) | 12 (10,1%) |
| | Conflit familial | 4 (3,4%) | 20 (16,8%) | 24 (20,2%) |
| | Problèmes professionnels | 4 (3,4%) | 6 (5,0%) | 10 (8,4%) |
| | Refuse de répondre | 1 | 0 | 1 |
| | Autre | 17 (14,2%) | 31 (26,0%) | 34 (40,3%) |

3.2. Le suivi antérieur.

Sur les 122 patients admis sur la période de recueil, 97 patients (79,5%) avaient un médecin traitant (déclaré par le patient ou retrouvé dans le dossier médical).

Un seul patient, s'est présenté aux urgences avec courrier de son médecin traitant.

3.1.1. En médecine générale.

Concernant les patients que l'on a tenté de joindre par téléphone au décours de l'étude, 57 (46,7%) ont pu être contactés et/ou ont accepté de répondre aux questions concernant leur suivi antérieur en médecine générale. Vingt-huit (49,1%) patients ont déclaré avoir consulté leur médecin traitant dans le mois qui a précédé l'évènement, 24 (42,1%) patients ont déclaré ne pas l'avoir consulté dans le mois qui a précédé l'évènement et 5 (8,8%) ont déclaré ne pas savoir. Sur les 28 patients qui ont consulté leur médecin traitant dans le mois qui a précédé l'évènement, 22 (78,6%) étaient des femmes et 6 (21,4%) étaient des hommes.

Les motifs de consultation (Plusieurs réponses possibles) lors de cette rencontre entre le patient et son médecin traitant dans le mois qui précédé la tentative de suicide sont cités dans le tableau suivant:

| Motif de consultation | Patients ayant consultés leur médecin traitant dans le mois qui a précédé la TS |
|------------------------------|--|
| Pathologie somatique | 11 (39,3%) |
| Syndrome dépressif | 14 (50,0%) |
| Autre | 5 (17,8%) |

Tableau 2

Parmi les 28 patients qui ont consulté leur médecin traitant dans le mois qui a précédé la TS, 11 (39,3%) se sont présentés aux urgences pour une première TS alors que 17 (60,7%) se sont présentés pour une récurrence de TS.

3.1.2. En psychiatrie.

Les données concernant le suivi psychiatrique ont pu être recueillies pour 116 des 122 patients de l'étude. Quarante-trois (37,0%) patients avaient un suivi psychiatrique avant l'épisode de tentative de suicide. Au sein de ce groupe, 13 (30,2%) étaient des hommes et 30 (69,8%) étaient des femmes.

Ce suivi psychiatrique était effectué, pour 26 (57,8%) patients dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) ou au sein de l'hôpital psychiatrique, pour 15 (33,3%) patients auprès d'un psychiatre en libéral, pour 4 (8,9%) patients auprès d'un psychologue libéral et pour 1 patient au sein d'une clinique psychiatrique. A noter qu'un patient était suivi de façon conjointe par un psychiatre libéral et un psychologue libéral.

Parmi les patients qui avaient un suivi psychiatrique antérieur à la tentative de suicide, 32 (74,4%) avaient déjà fait une tentative de suicide alors que 11 (25,6%) n'avaient jamais fait de TS.

Au cours des 3 mois de l'étude, 10 (8,1%) patients se sont présentés aux urgences pour une récurrence alors qu'ils s'étaient déjà présentés pour le même motif de consultation au cours de l'étude. Parmi ces patients, 9 (90%) avaient déjà un suivi psychiatrique.

3.1.3. Le traitement psychotrope

Parmi nos patients qui se sont présentés aux urgences pour tentative de suicide au cours de l'étude, 72 (62,1%) suivaient déjà un traitement psychotrope lors de la tentative de suicide.

Parmi eux : 54 (75%) patients sont traités par Benzodiazépines, 17 (23,6%) patients sont traités par des anxiolytiques non benzodiazépines, 11 (15,3%) sont sous Neuroleptiques, 43 (59,7%) sont sous antidépresseurs, 14 (19,4%) sont sous traitement antipsychotique et 3 (4,2%) sont sous thymorégulateurs.

Au cours des 3 mois de l'étude, 10 (8,1%) patients se sont présentés aux urgences pour une récurrence alors qu'ils s'étaient déjà présenté pour le même motif de consultation au cours de l'étude. Tous avaient déjà un traitement psychotrope.

3.2. Le parcours de soins au sein des urgences :

3.2.1. Examen somatique.

Sur les 122 patients admis pendant la période de l'étude, 111 (91%) patients ont eu un examen somatique par un médecin urgentiste à leur arrivée (consigné dans le dossier médical).

3.2.2. Consultation psychiatrique.

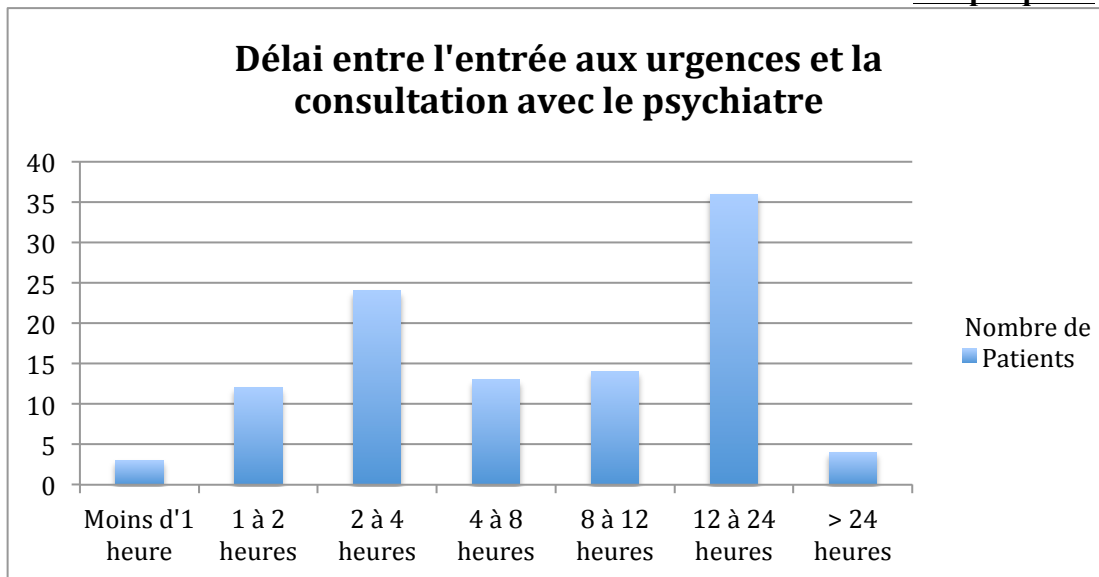
Au total, 106 (86,9%) patients ont eu une consultation avec un psychiatre et 16 (13,1%) patients n'en ont pas eu.

Parmi ceux qui n'ont pas eu de consultation avec un psychiatre, les raisons pour lesquelles cette consultation n'a pas eu lieu étaient les suivantes :

- Retour à domicile autorisé par le médecin urgentiste qui estimait que la consultation de psychiatrie n'était pas nécessaire pour 8 (50%) patients.
- Patient directement hospitalisé en service de réanimation pour 2 (12,5%) patients.
- Patient ayant quitté les urgences contre avis médical ou ayant fugué avant de voir un médecin urgentiste pour 5 (31,3%) patients.
- Patient directement hospitalisé en service de psychiatrie pour 1 patient.

Le tableau ci-dessous illustre le délai entre l'entrée aux urgences et la consultation avec le psychiatre. :

Graphique 1.



3.2.3. Contact de l'entourage.

Pour 66 (54%) sur 122 patients admis pendant la période de l'étude, les médecins (urgentistes et/ou psychiatres) ont pris contact avec l'entourage du patients afin d'avoir plus d'informations sur la situation actuelle du patient.

3.2.4. Traitement psychotrope administré aux urgences.

Vingt-trois (18,9%) patients ont eu un traitement psychotrope aux urgences.

Lorsqu'un traitement psychotrope était administré, 14 (60,9%) patients ont eu un traitement par Benzodiazépine, 2 patients ont un traitement anxiolytique non benzodiazépine, 13 (23%) patients ont eu un traitement neuroleptique et 1 patient a eu un traitement antipsychotique. A noter que certains patients ont reçu plusieurs traitements.

Concernant le mode d'administration de ce traitement, pour 20 (87,0%) patients, le traitement a été administré per-os et pour 7 (13,0%) patients, le traitement a été administré en IM.

3.2.5. Contention mécanique.

Les données concernant les patients contenus sont présentées dans le tableau ci-dessous :

| Patients sous contention mécanique | | | |
|---|-----------|--|-----------|
| Sexe | | Hospitalisation sous contrainte? | |
| Homme | 5 (55,6%) | Oui | 2 (22,2%) |
| Femme | 4 (44,4%) | Non | 7 (77,8%) |
| Total | 9 (100%) | | |
| Mode d'autolyse (Plusieurs réponses possibles) | | Durée de la contention | |
| IMV | 6 (46,2%) | 8 à 12 heures | 5 (55,6%) |
| Auto-intoxication par OH | 4 (30,8%) | 12 à 24 heures | 4 (44,4%) |
| Autre | 3 (23,1%) | | |
| | | Traitement psychotrope administré aux urgences? | |
| | | Oui | 8 (88,9%) |
| | | Non | 1 (11,1%) |

| | | | |
|---|-----------|---|-----------|
| Consultation avec le Psychiatre | | Première TS ou récidive? | |
| Oui | 9 (100%) | Première TS | 4 (44,4%) |
| Non | 0 (0%) | Récidive | 4 (44,4%) |
| | | Non connu | 1 (11,1%) |
| Délai entre l'entrée et la consultation avec le Psychiatre | | Où se trouve le patient à 24 heures? | |
| Moins d'une heure | 2 (22,2%) | Service de médecine/Chirurgie | 1 (11,1%) |
| 1 à 2 heures | 1 (11,1%) | UHCD | 2 (22,2%) |
| 2 à 4 heures | 2 (22,2%) | Psychiatrie | 2 (22,2%) |
| 4 à 8 heures | 1 (11,1%) | Retour à domicile | 4 (44,4%) |
| 12 à 24 heures | 2 (22,2%) | | |
| Plus de 24 heures | 1 (11,1%) | | |

Tableau 3.

3.2.6. Devenir du patient à 12 heures et à 24 heures de son entrée.

| | Où se trouve le patient 12 heures après son entrée aux urgences? | Où se trouve le patient 24 heures après son entrée aux urgences? |
|--|---|---|
| Au SAU | 1 (0,8%) | 0 (0%) |
| A l'UHCD | 71 (58,2%) | 25 (20,5%) |
| En service de psychiatrie | 24 (19,7%) | 43 (35,2%) |
| En service de médecine ou de chirurgie | 2 (1,6%) | 5 (4,1%) |
| En Réanimation / soins intensifs | 3 (2,5%) | 2 (1,6%) |
| Retour à domicile | 16 (13,1%) | 41 (33,6%) |
| Evasion | 3 (2,5%) | 3 (2,5%) |
| Sortie contre avis médical | 2 (1,6%) | 3 (2,5%) |

Tableau 4.

3.2.7. Hospitalisation sous-contrainte.

Au total, 100 (82,0%) patients sur les 122 ont été hospitalisés (Unité d'Hospitalisation de courte durée (UHCD), service de psychiatrie, service de médecine ou de chirurgie et Réanimation/Soins intensifs). Parmi les patients qui ont été hospitalisés au cours de l'étude, 4 (4%) l'ont été dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT), Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE)).

3.2.8. Courrier de sortie à l'attention du médecin traitant :

Pour les 122 patients admis pendant la période de l'étude, un courrier a été rédigé à l'attention du médecin traitant pour 61 (50%) patients.

4. Discussion

4.1. En amont de la crise :

4.1.1. Epidémiologie de notre population :

4.1.1.1. Sexe.

Cent-vingt-deux patients majeurs ont été pris en charge au sein du service des urgences du CH d'Annecy au cours de la période de l'étude (du 1^{er} avril au 30 juin 2014) pour tentative de suicide.

Selon l'institut de veille sanitaire (InVS), le nombre total de recours annuels aux urgences hospitalières pour tentative de suicide en France métropolitaine entre 2007 et 2011 était estimé entre 176000 et 200000 selon les années répartis entre 66000 et 78000 recours masculins et entre 108000 et 120000 recours féminins (4)(5).

D'après la littérature, si la mortalité par suicide est nettement majoritaire chez les hommes, à l'inverse les taux des tentatives de suicide chez les femmes sont trois fois plus élevés. Les résultats de notre étude sont comparables à ceux de la littérature (6)(7)(8), les hommes représentent 36,9% des tentatives de suicide admises aux urgences contre 63,1% pour les femmes. Les données recueillies par le réseau sentinelle des médecins généralistes français sur le suicide et les tentatives de suicide entre 1999 et 2001 retrouvaient que les hommes représentaient 25% des tentatives de suicide (9). Dans une enquête réalisée auprès des suicidants admis sur une journée dans les services d'urgence de la région Nord-Pas de Calais, on retrouve 64% de femmes contre 36% d'hommes (10).

Selon une étude de la DREES réalisée en juin 2004, les femmes représentent 55% des consultations des médecins généralistes (11). Les femmes font plus de tentative de suicide que

les hommes et celles-ci consultent plus leur médecin traitant que les hommes. L'accès plus fréquent aux consultations de médecine générale de la population féminine devrait faciliter le repérage des idées suicidaires et la prévention du suicide par les médecins généralistes.

4.1.1.2.Age

Une enquête réalisée auprès des suicidants admis sur une journée dans les services d'urgence de la région Nord-Pas de Calais (10) retrouve des données similaires aux nôtres avec 26% de patients de 15-24 ans, 19,6% de 25-34 ans, 27% de 35-44 ans, 18% de 45-54 ans, 10,8% de 55-64 ans, 1,8% de 65-74 ans et à% de plus de 75 ans.

Quarante-trois virgule quatre pourcents de nos patients ont entre 25 et 44 ans. Dans l'étude de la DREES déjà citée, cette tranche d'âge (25-44 ans) représente seulement 20% des consultations de médecine générale (10). A l'inverse, 45% de nos patients suicidants ont plus de 45 ans et cette tranche d'âge représente 60% des consultations de médecine générale. Les patients jeunes, qui consultent moins leur médecin généraliste, sont plus à même de faire une tentative de suicide, cependant leurs idées et comportements suicidaires seront moins facilement dépistés par le médecin généraliste qui ne les verra que peu régulièrement.

4.1.1.3.Première tentative de suicide ou récidive.

Le principal facteur de risque de suicide est l'antécédent personnel de TS : 30 à 40% des suicidants récidivent, généralement dans l'année qui suit le premier épisode, et 10% des patients qui ont fait une TS décèdent par suicide dans les 10 ans qui suit l'épisode (12). Une étude de cohorte australienne a suivi 223 patients ayant fait au moins une TS pendant 18 ans. Quinze se sont suicidés. Le risque suicidaire est resté constant tout au long des 18 années. La TS est un important facteur de risque de suicide qui ne s'atténue pas avec le temps (13).

Notre étude retrouve parmi les patients admis pour tentative de suicide un taux de 45,8% de primo-suicidants (premier geste suicidaire) contre 54,2% de récidivants.

Les données de la littérature constatent les mêmes tendances (10)(14).

En ce qui concerne les patients qui se présentent pour une première TS ou pour une récidive de TS, l'analyse des données n'a pas montré de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes ($p=0,28$). Les résultats ne sont pas en faveur d'une prédominance des récidives de TS dans l'un ou l'autre des 2 sexes.

Le médecin généraliste étant le plus à même de connaître son patient et ses antécédents, on pourrait supposer que les patients qui ont un ou plusieurs antécédents de TS aient un suivi plus rapproché en médecine générale.

Il s'agit là du rôle de médecin généraliste dans la prévention tertiaire du suicide qui passe par l'écoute et la création d'un lien basé sur la confiance et la proximité avec le patient (15).

4.1.1.4. Mode d'autolyse

L'analyse des données a montré, pour le choix de certains modes d'autolyse, une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes.

Pour l'Intoxication médicamenteuse volontaire (IMV), 24 (53,3%) hommes ont utilisé cette méthode contre 65 (84,4%) femmes ($p < 0,001$). Il existe une différence statistiquement significative entre les 2 sexes en ce qui concerne le choix de cette méthode. On peut en déduire que le sexe féminin a tendance à plus choisir l'IMV comme méthode de tentative de suicide.

Quatre hommes (aucune femme) ont choisi la pendaison comme méthode de tentative de suicide ($p = 0,008$). Il existe une différence statistiquement significative entre les deux sexes en ce qui concerne le choix de cette méthode.

Une étude menée sur trois services d'urgences bretons en 2011 (14) retrouve un taux d'IMV de 77% chez les hommes contre 90% chez les femmes. A l'inverse, pour les méthodes d'autolyse violentes, cette étude retrouve, pour la pendaison un taux de 7% chez les hommes contre 1% chez les femmes, pour l'utilisation d'armes à feu, un taux de 2% chez les hommes contre 0,4% chez les femmes et pour le saut dans le vide, un taux de 2% chez les hommes contre 0% chez les femmes.

Une étude brésilienne réalisée dans un service d'urgence entre 2006 et 2007 (8) retrouve un taux d'IMV de 84% avec 73,5% chez les hommes contre 91,3% chez les femmes. Ils ont réunis sous le terme « méthodes violentes » la pendaison, l'utilisation d'armes à feu et l'utilisation d'objets tranchants. L'utilisation des « méthodes violentes » était de 16% au total avec 26,5% pour les hommes contre 8,7% pour les femmes.

Nos données sont approximativement comparables à celles de la littérature (7)(10) .

On peut là aussi se poser la question du rôle du médecin généraliste, même s'il n'intervient dans le mode d'autolyse choisi, on sait que l'IMV est le principal mode d'autolyse utilisé.

On sait que 73% des consultations en cabinet de médecine générale se concluent par une prescription de médicaments (11). Une étude peu récente, publiée en 1998 (16) affirme que les médecins généralistes sont prescripteurs de plus de 80% des ordonnances de traitements psychotropes. Le médecin généraliste est le principal prescripteur des traitements antidépresseurs puisque 91% de ces traitements sont prescrits par le médecin généraliste (17). Le médecin généraliste a tout de même un rôle d'information et d'éducation du patient lors de la prescription de tout médicament. Il devrait en plus, limiter la durée de prescription et s'assurer que sa prescription soit bien adaptée aux recommandations (18), tout cela afin d'éviter les mésusages et prévenir les éventuelles IMV. Et ce d'autant plus chez les patients connus pour avoir un risque élevé de TS (Antécédent de TS, syndrome dépressif connu,...).

Nos données retrouvent des modes d'autolyse violents. Cela peut expliquer que la majorité des patients qui ont choisi ce mode d'autolyse n'a pas consulté le médecin généraliste lors de la tentative de suicide et que la plupart d'entre eux a été adressé directement vers un service d'urgence.

4.1.1.5.Facteur déclenchant de la crise suicidaire

Dans notre étude les facteurs déclenchant de la crise suicidaire correspondent à celles de la littérature.

Une enquête réalisée auprès des suicidants admis sur une journée dans les services d'urgence de la région Nord-Pas de Calais (10) retrouve que 73% des patients imputaient leur geste à un événement de vie récent tel un conflit, une séparation,...

Une étude menée sur trois services d'urgences bretons en 2011 (14) les facteurs déclenchant sont le conflit conjugal (42% des hommes et 31% des femmes), l'accumulation d'évènements négatifs (15% des hommes et 20% des femmes), le conflit familial (11% des hommes et 22% des femmes).

Afin de diminuer le nombre de TS et de suicides, le médecin généraliste a là aussi un rôle de prévention. Dans le cas de la survenue d'un évènement de vie, tel qu'un conflit conjugal ou

familial, un décès ou un problème professionnel, le médecin généraliste, qui, en principe, connaît bien ses patients et leur histoire de vie a un rôle d'écoute et de soutien auprès des patients.

Quant à la survenue ou l'aggravation d'une pathologie somatique grave, le médecin est au cœur de la prévention de la TS ou du suicide en accompagnant au mieux son patient dans l'annonce diagnostique et dans la prise en charge globale de cette même pathologie.

4.1.2. Le suivi antérieur

4.1.2.1. Le suivi en médecine générale.

Quatre-vingt-dix-sept (79,5%) patients ont déclaré avoir un médecin traitant ou l'existence d'un médecin traitant a été retrouvée dans le dossier informatique.

Cinquante-sept patients (46,7%) ont pu être recontactés au décours de l'étude. Vingt-huit (49,1%) patients ont déclaré avoir consulté leur médecin traitant dans le mois qui a précédé la tentative de suicide.

Ce résultat correspond aux données de la littérature. En effet, dans une méta-analyse publiée en 2002, regroupant 40 études portant sur les suicides, les auteurs se sont intéressés au contact avec la médecine de premier recours dans le mois qui précède le décès par suicide. C'est environ 45% (Variation de 20 à 76% selon les études) des patients qui ont été en contact avec leur médecin généraliste (19).

Ce résultat nous montre la place privilégiée que pourrait avoir médecin généraliste dans le parcours de soins du patient suicidaire.

Le médecin généraliste a un rôle de prévention. La prévention se réalise spontanément grâce à la connaissance qu'a le généraliste du patient : le généraliste côtoie souvent ses patients sur une longue durée, connaît leur entourage, leur milieu de vie, leurs conditions de travail, leur histoire personnelle. La pratique même de la médecine générale permet d'avoir une action de prévention à différents niveaux : primaire (empêcher l'apparition des troubles), secondaire (dépister précocement), tertiaire (empêcher l'aggravation, la récurrence) (15)

Cependant, si l'on part du postulat selon lequel, une consultation récente du médecin généraliste signifie qu'il y a un suivi rapproché du patient par son médecin traitant, l'analyse

des résultats n'a pas montré d'influence sur le parcours de soins au sein de l'hôpital (Lieu où se trouve le patient à 12 heures et à 24 heures de son entrée) d'une consultation du médecin généraliste dans le mois qui a précédé la tentative de suicide. (A 12 heures ($p=0,47$) et à 24 heures ($p=0,54$)).

Ces résultats montrent que le suivi en médecine générale du patient suicidant n'influence pas les urgentistes et psychiatres dans la prise en charge de ces patients. C'est l'événement suicidant qui monopolise leur attention. Que les patients soient suivis ou non par leur médecin généraliste, cette donnée ne favorisera pas l'hospitalisation ou la prise en charge ambulatoire. D'autres données entrent en ligne de compte dans cette prise de décision.

Pour les patients qui ont déclarés avoir été en contact avec leur médecin généraliste dans le mois qui a précédé la tentative de suicide, nous nous sommes intéressés au motif de cette consultation. 50% d'entre eux déclarent avoir consulté pour un syndrome dépressif, 39,3% pour un problème d'ordre somatique, 7,1% pour une autre pathologie psychiatrique et 3,6% pour une crise suicidaire.

Ces résultats montrent que le rôle du médecin généraliste réside, en grande partie dans la reconnaissance et le traitement du syndrome dépressif. Le comportement suicidaire dans la plupart des troubles de l'humeur survient le plus souvent au cours des épisodes dépressifs majeurs (79-89%), moins fréquemment dans le cadre des épisodes mixtes (11 à 20%) mais pratiquement jamais pendant les épisodes maniaque ou lors de l'euthymie (0 à 1%). (20)

L'épisode dépressif majeur (Annexe 1) est le diagnostic psychiatrique actuel le plus courant chez les suicidants. Un traitement aigu et au long cours de la dépression réduit considérablement le risque suicidaire, même dans cette population à haut risque. (20)

La dépression est quasiment la seule pathologie mentale pour laquelle l'existence d'idées de mort ou de suicide figurent parmi les critères diagnostiques. Cela prouve combien le risque suicidaire fait partie de cette pathologie. La plupart des cas de dépression sont suivis en médecine générale et 91% des anti-dépresseurs sont prescrits par les médecins généralistes. (21)

Les médecins généralistes ont un rôle clef dans le traitement de la dépression (20). De nombreuses études à grande échelle montrent que la formation des médecins généralistes et

autres professionnels de santé sur la reconnaissance et la pharmacothérapie de la dépression, en particulier en combinaison avec des interventions psycho-sociales et avec l'éducation du public améliore considérablement l'identification et le traitement de la dépression. Par conséquent, cela diminue le taux de TS et de suicide dans les régions où exercent les médecins généralistes formés.

De plus, 39,3% d'entre eux disent avoir consulté leur médecin généraliste pour un problème d'ordre somatique. Le rôle du médecin généraliste est aussi, de déceler derrière certains troubles somatiques, un trouble d'ordre psychologique. Cela peut notamment être le cas dans le trouble somatoforme (Annexe 2). Dans ce cas, il se doit d'être à l'écoute de la souffrance sous-jacente de son patient afin de prévenir une éventuelle TS.

Un patient dit avoir consulté son médecin généraliste dans le mois qui a précédé la TS pour une crise suicidaire. Cela nous renvoie au fait que, bien que ce soit plutôt rare dans sa pratique, le médecin généraliste est parfois amené à gérer une crise suicidaire.

A noter que chez les patients à risque suicidaire, le rôle du médecin généraliste est aussi de poser la question des idées suicidaires. Les données de la littérature montre que cela n'augmente pas le risque suicidaire et permet au patient de ne plus se sentir seul face à ces idées, de sentir que quelqu'un comprend sa souffrance.

Bien qu'il n'y ait pas de preuve suffisante de l'intérêt d'un dépistage systématique en routine des intentions suicidaires, il est évident que d'interroger les patients à haut risque de suicide sur leurs intentions suicidaires conduit à de meilleurs résultats et n'augmente pas le risque de suicide (22). Les patients qui ont fait une tentative de suicide, ou qui sont dans la phase aiguë du traitement de la dépression ou de troubles paniques devraient être évalués concernant les idées et les comportements suicidaires lors de chaque consultation (23). Pour Rihmer (20) poser la question sur les idées suicidaires et les antécédents de TS ne déclenche pas le suicide, surtout si cette question est accompagnée d'explications sur le fait que les troubles dépressifs peuvent être traités avec succès et que les idées suicidaires disparaîtront après (ou même avant) la guérison de la dépression. Cela est d'autant plus bénéfique que la plupart des patients pensent qu'ils sont seuls face à leurs idées suicidaires.

4.1.2.2. Le traitement psychotrope.

Soixante-douze (59,0%) patients admis pour TS avaient un traitement psychotrope avant l'épisode de TS et 45 (36,9%) patients avaient un suivi psychiatrique avant l'épisode de TS. Cela signifie que pour au moins 27 (22,1%) patients de l'étude, le traitement psychotrope était prescrit par le médecin généraliste.

Cela souligne le rôle prépondérant du médecin généraliste dans la prescription, la surveillance et le renouvellement du traitement psychotrope. Le fait de voir les patients en consultation pour la prescription ou le renouvellement de ces traitements souligne encore une fois le rôle essentiel du médecin généraliste dans la prise en charge des patients suicidants. Cela leur permet, à chaque fois d'évaluer le risque suicidaire, de poser la question des idées suicidaires et ainsi d'aider les patients à exprimer leur souffrance.

4.2. Dans les 24 heures qui suivent l'acte suicidant

4.2.1. Patients adressés aux urgences par le médecin généraliste.

Au cours de notre étude, un seul patient s'est présenté aux urgences avec un courrier de son médecin généraliste. Il s'agit là de notre critère de jugement principal. Le travail d'information auprès du grand public et des personnels de l'urgence est considérable.

4.2.2. L'examen somatique

D'après la conférence de consensus d'octobre 2000 sur la prise en charge de la crise suicidaire, l'examen médical de la personne en crise reste indispensable et permet d'apaiser et d'entrer en relation. (24)

Dans notre étude, 111 (91,0%) patients ont eu un examen somatique qui a été consigné dans le dossier médical. (5 patients ont fugué avant d'être vu par un médecin). Ces chiffres sont plutôt bons mais peuvent encore être améliorés. A noter que seul l'examen médical a été relevé mais que, en général lors de l'admission au sein du service d'urgence, les patients bénéficient d'une prise de constantes par l'Infirmière d'accueil et d'orientation qui permet de repérer au moins les troubles hémodynamiques et les troubles de conscience.

Là aussi, on peut se poser la question du rôle du médecin généraliste. Si le patient avait consulté en premier lieu son médecin généraliste, et que celui ci avait pu réaliser un examen

somatique, dans le cas où cet examen s'était révélé être normal, le patient aurait pu être directement adressé dans la filière psychiatrique, sans passer par le service des urgences où le risque de fugue est accru.

4.2.3. La consultation avec le psychiatre.

La conduite suicidaire est le premier motif d'évaluation psychiatrique puisqu'elle correspond à 36% des demandes d'avis psychiatriques dans les services d'urgence. (25)

La nécessité d'un avis psychiatrique varie de 4 à 40% des consultations d'un service d'urgence, selon les critères d'inclusion utilisés. (26)

Cet entretien avec le psychiatre est essentiel pour plusieurs raisons, il permet une évaluation clinique et une ébauche diagnostic, une prise de décision thérapeutique et une orientation vers le dispositif de soins psychiatrique d'aval, une dédramatisation de la situation (25).

Dans notre étude, 86,9% des patients ont eu une consultation avec le psychiatre.

Parmi ces patients, la consultation avec le psychiatre a eu lieu, dans l'heure qui suit leur arrivée pour 2,8% d'entre eux, dans les 12 heures qui suivent leur arrivée pour 62,3% d'entre eux et dans les 24 heures qui suivent leur arrivée pour 96,2% d'entre eux. A noter que pour 3,8% d'entre eux, il a fallu attendre plus de 24 heures pour voir un médecin psychiatre.

Ce délai de consultation représente une piste pour l'amélioration de la prise en charge de ces patients suicidants. Il est important pour eux de pouvoir exprimer rapidement leur souffrance face à un professionnel expérimenté, car en général, la conduite suicidaire n'a pas pour but d'en finir avec la vie mais surtout de faire disparaître la souffrance.

A noter tout de même que dans 32,8% des cas, nos patients étaient alcoolisés. Pour *Ryan* (27), quelquefois l'intoxication alcoolique va être le résultat de la tentative de suicide, alors que d'autres fois l'intoxication alcoolique peut être en grande partie responsable du fait que le patient exprime des idées suicidaires, l'alcool a pour effet général, la désinhibition de la fonction cérébrale, ce qui peut conduire à une aggravation des pensées suicidaires et à une diminution de la capacité de contrôle du comportement suicidaire, raison pour laquelle la consultation de psychiatrie peut être décalée dans le temps afin d'attendre que le patient soit sobre (28).

On peut espérer que le compte-rendu de cette consultation, avec l'accord du patient, sera transmis au médecin généraliste afin que celui-ci puisse connaître les tenants et les aboutissants de cette TS. De cette manière, il sera plus à même de gérer à l'avenir, la prise en charge de ce patient dans sa globalité, en pleine connaissance des raisons qui l'ont poussé à commettre cet acte.

4.2.4. L'administration de traitements psychotropes.

Dans notre étude, un traitement psychotrope a été administré à 18,9% des patients. Dans 60,9% des cas il s'agissait d'un traitement par Benzodiazépines, dans 23% des cas un traitement par neuroleptiques, dans 8,7% des cas un traitement anxiolytique non benzodiazépine et dans 4,3% des cas un traitement antipsychotique. Le traitement était administré per-os dans 87,0% des cas et en IM (Intra-musculaire) dans 13,0% des cas.

Ces prescriptions sont plutôt en accord avec les données de la littérature (25).

4.2.5. La contention mécanique

D'après la conférence de consensus sur l'agitation en urgence de 2003 (29), l'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel. La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard. La contention physique est une mesure d'exception, temporaire, qui ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique et dont les effets secondaires peuvent être graves. Elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse (29).

L'objectif de la prise en charge, et de la sédation chimique associée, est de permettre la levée de la contention le plus rapidement possible. (30)

Le cadre réglementaire permet d'utiliser l'hospitalisation sous contrainte dont tout service doit posséder un protocole de rédaction. Malgré la prééminence du refus du patient sur la proposition thérapeutique du médecin, on peut retenir une personne majeure contre son gré, « le temps nécessaire » à la mise en œuvre des mesures d'hospitalisation d'office, ou à la demande d'un tiers. Dans le cas où il n'y a pas de pathologie psychiatrique avérée, il n'y a pas de support juridique permettant de garder un patient contre son gré le temps nécessaire aux soins. (29)

Neuf patients ont été contenus mécaniquement au cours de notre étude, 5 hommes et 4 femmes. Tous les patients contenus ont eu une consultation avec le psychiatre. Tous les patients contenus l'ont été au sein d'un service d'hospitalisation (UHCD ou service de médecine/chirurgie), cela est plutôt positif car aucun d'entre eux n'a été contenu sur un brancard au sein du SAU (Service d'accueil des Urgences).

La durée de la contention était de 8 à 12 heures pour 5 d'entre eux et de 12 à 24 heures pour 4 d'entre eux. La durée de ces contentions semble longue. En sachant que celle-ci doit être la plus courte possible, on peut se poser la question de savoir si la durée de cette contention n'aurait pas pu être encore raccourcie.

Huit patients sur 9 ont eu un traitement psychotrope aux urgences. Ce résultat est presque en adéquation avec les recommandations en vigueur. (29)

Pour 2 d'entre eux il y a eu une procédure d'hospitalisation sous contrainte, cela n'a pas été le cas pour les 7 autres. Du point de vue juridique cet aspect de la prise en charge est un point à améliorer.

Les traitements psychotropes administrés étaient principalement des benzodiazépines et des neuroleptiques, en accord avec les recommandations.

4.2.6. Le contact avec l'entourage

Selon la conférence de consensus d'octobre 2000 sur la prise en charge de la crise suicidaire, la recherche d'antécédents de tentative de suicide fait partie de l'interrogatoire. La famille et les accompagnants sont à écouter car souvent impliqués dans le suivi. Sera évaluée la possibilité de soutien du suicidaire en cas de retour au domicile comme en cas de soins psychiatriques sur demande d'un tiers. (24)

L'évaluation du patient suicidaire doit comporter un entretien avec l'entourage s'il y en a: l'avis voire l'inquiétude des proches éclairent sur l'intensité de la crise suicidaire, la compréhension de son contexte et notamment les dynamiques interpersonnelles qui entourent le geste. Ils renseignent aussi sur le soutien social disponible dans l'intervention de crise (12).

Dans notre étude, un contact avec l'entourage du patient a été retrouvé dans 54% des cas. Cette valeur représente les cas où un contact avec l'entourage a été spécifié dans le dossier informatique. On peut supposer que certains proches ont été contactés sans que cela ne soit

spécifié dans le dossier médical. Cette partie de l'évaluation du patient suicidaire peut encore être améliorée, d'autant plus dans le cadre de la prévention des récurrences, en effet, un patient isolé aura plus de risque de récidiver qu'un patient bien entouré. Il est donc nécessaire pour le soignant qui va décider ou non de l'hospitalisation du patient de connaître la qualité de son entourage à la sortie.

4.2.7. Hospitalisation sous contrainte

Dans notre étude, 4 patients ont été hospitalisés dans le cadre d'une procédure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Il semble que, au vu du nombre de patients qui ont été contenus mécaniquement, ce chiffre soit insuffisant et susceptible de mettre en péril le versant légal de la prise en charge.

Dans le cadre de cette hospitalisation sous-contrainte, le certificat de SPDT doit être rédigé par 2 médecins différents dont un médecin extérieur à la structure d'accueil. Etant donné qu'au cours de notre étude, un seul patient s'est présenté avec un courrier de son médecin traitant et que celui-ci n'a pas été hospitalisé sous contrainte (mais en hospitalisation libre), on peut en conclure qu'au cours de notre étude, le médecin généraliste n'a jamais été inclus dans le processus d'Hospitalisation sous contrainte et n'a jamais rédigé le deuxième certificat. Cela peut être expliqué par le fait que ces certificats de SPDT sont réalisés dans un contexte urgent, qui nécessite de la rapidité et ne laisse pas le temps de contacter le médecin généraliste et encore moins d'attendre qu'il vienne aux urgences. Pourtant, son implication dans cette prise en charge lui permettrait d'être pleinement au courant de la situation de son patient lors de la prise en charge hospitalière et ainsi être plus à même de gérer la prise en charge ambulatoire dans les suites.

4.2.8. Les patients qui ont quitté le service avant/contre avis médical.

A 24 heures de leur entrée dans le service, 3 patients ont quitté le service avant d'avoir eu une consultation avec un médecin et 3 patients ont quitté le service contre avis médical. Ces patients sont donc arrivés aux urgences dans un contexte de tentative de suicide et n'ont pas pu bénéficier d'une prise en charge optimale. La question du motif de leur départ doit se poser. Ont-ils jugé que l'attente était trop longue ? La surveillance de ces patients a-t-elle été optimale ? Etant donné que leurs idées suicidaires n'ont pas été écoutées, doit-on craindre une récurrence ?

On peut espérer que ces patients vont retourner consulter leur médecin généraliste qui pourra évaluer la gravité de la TS et reprendre la prise en charge de ce patient, évaluer le risque de récurrence, réaliser une écoute active des raisons qui l'ont poussé à commettre un tel acte et éventuellement l'adresser de nouveau vers les urgences ou vers un autre professionnel de santé (psychologue, psychiatre, CMP,...). Peut-être serait-il intéressant que dans ce cas les médecins hospitaliers contactent le médecin généraliste pour l'informer de la situation ?

4.2.9. Lieu où se trouve le patient à 24 heures de son entrée

A 24 heures de l'entrée aux urgences, 47 (38,5%) patients ont quitté l'hôpital, 50 (41,0%) sont hospitalisés (en psychiatrie, médecine/chirurgie ou réanimation) et 25 (20,5%) sont encore à l'UHCD. Aucun patient ne se trouve encore au SAU.

Ces chiffres nous montrent qu'au bout de 24 heures, 38,5% des patients retournent à une prise en charge ambulatoire où le rôle du médecin généraliste redevient alors essentiel. Il est à même de prendre en charge ces patients de façon optimale au sein du réseau de soins s'il a été correctement informé (dans l'idéal par les médecins hospitaliers, dans une moindre mesure par l'entourage du patient) de la tentative de suicide, du suivi (CMP, Psychiatre libéral, Psychologue libéral) et des traitements mis en place (d'autant plus qu'il peut être amené à renouveler les ordonnances de ces traitements.)

4.3. A l'issue de la prise en charge hospitalière

Selon la conférence de consensus d'octobre 2000 (24) sur la prise en charge de la crise suicidaire, l'observance du suivi après les urgences est considérablement améliorée lorsque les relais de soins ont été établis et personnalisés à partir des urgences, et si la transmission au médecin traitant a été rapide. Cela souligne l'importance du lien entre les psychiatres et urgentistes hospitaliers et le médecin traitant.

Dans notre étude, que ce soit depuis les urgences ou depuis les services où les patients ont été hospitalisés, un courrier a été rédigé à l'attention du médecin traitant pour seulement 61 (50%) patients. Ces données sont approximativement comparables à celles de la littérature, une étude des tentatives de suicide réalisée au sein de trois centres hospitaliers bretons en

2011 retrouve un compte-rendu d'hospitalisation adressé au médecin traitant dans 54% des cas (14).

Dans notre travail, le médecin généraliste a été contacté au cours de la prise en charge seulement 50% des cas. Il s'agit là de notre critère de jugement secondaire.

Nos résultats soulignent la difficulté du médecin généraliste dans la prise en charge du patient suicidant. Tout d'abord, on constate que la majorité de nos patients consultent les urgences pour TS sans passer par le médecin généraliste. Celui-ci n'est donc pas au courant de la situation dès le début de la prise en charge. De plus, quand, dans l'urgence, il adresse le patient vers un service d'urgence il n'a pas forcément de retour sur la prise en charge qui a été effectuée, la structure vers laquelle le patient a été adressé, le traitement qui a été mis en place et le suivi ambulatoire prévu après la sortie.

Dans une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes (31), les MG interrogés font le constat d'un retour d'informations parcimonieuses, en cas de prise en charge psychiatrique (...) à l'unanimité, que le contexte soit urgent ou non. Quel que soit le professionnel de santé ou la structure, les médecins généralistes ont regretté et se sont plaint du peu de retour sous quelque forme que ce soit.

Cette absence de retour d'information apparaît aux médecins généralistes comme nuisible à la qualité de la prise en charge du patient, en particulier à propos de l'argumentation sur les prescriptions. Le suivi partagé avec le psychiatre pourrait conduire à diminuer la charge de travail des médecins chargés de ces patients à risque suicidaire et en améliorer la qualité des soins. Plus qu'une information exhaustive, c'est la demande d'un lien permettant un soin cohérent qui est formulée (un simple appel téléphonique leur suffirait). Pour nombre de praticiens, le retour, quand il existe, est effectué oralement par le patient ou par la famille.
(31)

Dans une autre étude qualitative menée auprès de médecins généralistes (32), les MG décrivent leur lien avec les psychiatres comme une relation qui échappe à une relation confraternelle habituelle : « y'a jamais d'retour ».

La non communication ne peut que favoriser les stratégies antagonistes, les ruptures thérapeutiques, la multiplicité des intervenants, l'iatriogénicité médicale, la non-observance (33).

4.4. Les limites de notre étude

En ce qui concerne la place du médecin traitant sur le parcours de soins de nos patients suicidants, notre étude comporte un biais de sélection. Notre cohorte ne concerne que les patients qui sont pris en charge dans un service d'urgence. Ces patients ne représentent pas l'ensemble des suicidants. Il est possible que nombre d'entre eux consultent leur médecin traitant sans forcément être adressés aux urgences. D'autant que dans une enquête réalisée en France en 2001, Badeyan et collaborateurs constataient que le médecin généraliste était le premier intervenant sollicité dans une tentative de suicide sur deux, et qu'il décidait trois fois sur quatre du recours à l'hospitalisation et que dans les autres cas, le maintien à domicile lui semblait préférable et possible (34).

Les médecins généralistes font partie du réseau de soins, ils peuvent être en lien avec le psychiatre et adresser directement le patient vers le service de psychiatrie, vers un psychiatre libéral, vers le CMP voire même vers un psychologue. Il peuvent éventuellement gérer eux même la crise suicidaire.

Notre étude a été réalisée sur un seul centre hospitalier (étude monocentrique), et sur une courte période, 3 mois, ce qui nous a permis un faible nombre de patients (122). Une étude à plus grande échelle nous permettrait d'avoir des résultats plus significatifs.

Pour connaître le parcours de soins antérieur à la TS, certaines données ont été recueillies dans les dossiers informatiques et les patients ont été rappelés. Seulement 57 (46,7%) patients ont accepté de répondre. Les données concernant les non-répondeurs sont manquantes. De plus, on est ici face à un biais de mémorisation, les réponses des patients faisant appel à leurs souvenirs ne sont pas forcément exactes.

Notre étude a été réalisée du 1^{er} avril au 30 juin de l'année 2014. Une étude réalisée au sein d'un service d'urgence entre 2008 et 2011 a retrouvé une augmentation significative (56,1%

vs 43,9% $p=0,02$) de la fréquence de TS au cours des mois les plus chauds (avril à septembre)(7). Une étude réalisée sur une année entière serait peut être plus représentative des prises en charge de TS au sein du service des urgences.

Notre étude ne s'intéresse pas au suivi en médecine générale après l'épisode de TS. Il serait intéressant de connaître les modalités de cette prise en charge ultérieure.

5. Conclusion

THESE SOUTENUE PAR : Alice Buisson

TITRE : Evaluation de la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patients admis aux urgences pour tentative de suicide.

CONCLUSION

En France, aujourd'hui, le nombre de suicides et de tentatives de suicides (TS) est en augmentation. Les patients suicidants sont pris en charge au sein d'un réseau de soins ambulatoire et, dans le contexte de l'urgence, au sein d'une filière hospitalière. Le médecin généraliste (MG), par sa connaissance du patient et de son histoire, devrait avoir un rôle non négligeable dans la prise en charge de ces patients.

Notre étude observationnelle, rétrospective, réalisée auprès des patients majeurs admis pour tentative de suicide aux urgences du Centre Hospitalier d'Annecy du 1^{er} avril au 30 juin 2014 a pour but d'évaluer la place du MG dans le parcours de soins du patient suicidant en amont de la tentative de suicide, au cours des 24 premières heures de la prise en charge hospitalière et au décours de cette prise en charge. Les informations ont été recueillies dans les dossiers médicaux des patients et les patients ont été rappelés pour connaître leur suivi préalable à la TS.

Cent-vingt-deux patients ont été admis au cours de l'étude, dont 65 pour une récurrence de TS.

En amont de la TS, sur les 57 patients qui ont accepté de répondre lors du rappel téléphonique, 28 ont déclaré avoir consulté leur médecin généraliste dans le mois qui a précédé la TS, et parmi eux, 14 ont déclaré avoir consulté pour un syndrome dépressif.

Lors de la prise en charge hospitalière, un seul patient s'est présenté aux urgences avec un courrier de son MG. De plus, dans aucun dossier il n'a été spécifié de contact du MG par les médecins hospitaliers. En outre, pour les patients hospitalisés dans le cadre d'une procédure d'hospitalisation sous contrainte, le MG n'a jamais été contacté pour la rédaction d'un certificat. On note une absence de communication entre les médecins hospitaliers et le MG au cours de la prise en charge hospitalière de ces patients.

A l'issue des 24 premières heures, 38,5% des patients ont quitté l'hôpital et sont donc retournés à une prise en charge ambulatoire. Au décours de la prise en charge, un courrier a été adressé au MG dans seulement 50% des cas.

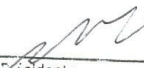
Notre étude présente des limites car les patients étudiés sont ceux qui ont consulté aux urgences en premier lieu, elle n'inclut pas les patients qui ont consulté leur MG et qui ne sont pas passés par la filière des urgences.

Nos données soulignent que le MG est insuffisamment impliqué dans la prise en charge du patient suicidant au moment de l'événement, alors qu'il a une vraie place dans la prévention du suicide, en particulier dans la reconnaissance des patients à risque de suicide ainsi que dans la reconnaissance et le traitement du syndrome dépressif. De plus, elles montrent la nécessité d'améliorer la communication entre les médecins hospitaliers et le MG afin d'améliorer le suivi en aval et de prévenir les récurrences.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 22/07/16

LE DOYEN, J.P. ROMANET


Pour la Présidente
et par dérogation
Le Doyen de la Faculté
Pr. Jean-Paul ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE,
MME LE PR FRANÇOISE CARPENTIER



6. Résumé

INTRODUCTION: En France, le nombre de suicides et de tentatives de suicides (TS) augmente. Les patients suicidants sont pris en charge au sein d'un réseau de soins ambulatoire et dans l'urgence au sein de l'hôpital. Le médecin généraliste (MG), qui connaît le patient et son histoire devrait avoir un rôle non négligeable dans la prise en charge de ces patients.

MATERIEL ET METHODES: Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, réalisée chez des patients majeurs admis pour TS aux urgences adultes du CH d'Annecy du 1^{er} avril au 30 juin 2014. Les dossiers des patients ont été analysés et les patients ont été rappelés pour connaître le suivi préalable à la TS. Le but de l'étude est d'évaluer la place du MG dans le parcours de soins du patient suicidant en amont de la TS, au cours des 24 premières heures de sa prise en charge hospitalière et au décours.

RESULTATS: 122 patients suicidant ont été admis, 57 ont pu être contactés pour connaître leur suivi en médecine générale avant la TS et 28 d'entre eux ont déclaré avoir vu leur MG dans le mois précédant la TS. Pendant l'étude, un seul patient s'est présenté avec un courrier de son MG. Suite au passage aux urgences, un courrier a été adressé au MG dans 50% des cas.

DISCUSSION: Dans notre étude, le MG intervient peu dans la décision d'hospitalisation du patient suicidant, il est peu contacté par les hospitaliers au cours de la prise en charge et l'information de la TS ne lui parvient qu'une fois sur deux suite à l'hospitalisation. Il est donc nécessaire d'améliorer la communication entre le milieu hospitalier et le MG pour permettre une meilleure prise en charge du patient en amont et au décours de la TS et ainsi prévenir les récurrences.

7. Annexes

Annexe 1 : Episode dépressif majeur :

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.-B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleure). N.-B. : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
 - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
 - (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.-B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence d'augmentation de poids attendue.
 - (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
 - (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)
 - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Episode mixte.
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection générale (p. ex., hypothyroïdie)
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher , les symptômes persistent plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Mini-DSM-IV-TR, critères diagnostiques (Washington DC, 2000), traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 2004, 384 pages

Annexe 2 : Trouble somatoforme indifférencié :

- A. Une ou plusieurs plaintes somatiques (p. ex. une fatigue, une perte de l'appétit, des symptômes gastro-intestinaux ou urinaires).
- B. Soit (1) soit (2) :
 - a. (1) après des examens médicaux appropriés, les symptômes ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, connue, ni par les effets directs d'une substance donnant lieu à un abus, un médicament)
 - b. (2) quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les plaintes somatiques ou l'altération du fonctionnement social ou professionnel qui en résultent sont nettement disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires.
- C. Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D. La durée de la perturbation est d'au moins 6 mois.
- E. La perturbation n'est pas expliquée par un autre trouble mental (p. ex., une autre Trouble somatoforme, une Dysfonction sexuelle, un Trouble de l'humeur, un Trouble anxieux, un Trouble du sommeil ou un Trouble psychotique)
- F. Le symptôme n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le Trouble factice ou la Simulation)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Mini-DSM-IV-TR, critères diagnostiques (Washington DC, 2000), traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 2004, 384 pages

8. Bibliographie

1. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson J-F, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Rev Prat Med Gen.* 18:781–4.
2. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *Inf Psychiatr.* 2014 Jun 12;me 90(5):323–9.
3. Hardy-Bayle M, Younes N. Paris : Communication Journée de santé mentale MiRe/DREES. Réseau Rech En Santé Ment Sud Yvelines. 2004;
4. Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010.
5. Chan-Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France;
6. Batt A, Campeon A, Leguay D, Lecorps P. Epidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. EMC Elsevier Masson SAS Paris. 2007;Psychiatrie(37-500-A-20).
7. Zeppegno P, Cramaglia C, Castello LM, Bert F, Gualano MR, Ressico F, et al. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation.
8. Ferreira AD, Sponholz A, Mantovani C, Pazin-Filho A, Passos ADC, Botega NJ, et al. Clinical Features, Psychiatric Assessment, and Longitudinal Outcome of Suicide Attempters Admitted to a Tertiary Emergency Hospital. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res.* 2015 May 11;1–14.
9. Le Pont F, Letrilliart L, Massari V, Dorleans Y, Thomas G, Flahault A. Suicide and attempted suicide in France: results of a general practice sentinel network, 1999-2001. *Br J Gen Pract.* 2004 Apr;54(501):282–4.
10. Ducrocq F, Hadjeb L, Boss V, Mauriauourt P, Wiel É, Danel T, et al. Enquête un jour donné sur la prise en charge des suicidants dans les services d'urgence de la région Nord-Pas-de-Calais. *Inf Psychiatr.* 2009 Dec 1;me 85(10):899–905.
11. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Etudes et résultats; 315AD.
12. Younes N, Vaiva G, Passerieux C. Examen clinique d'un patient suicidaire. *EMC Psychiatr.* 10(3):Juillet 2013.
13. Epidémiologie: Le risque de suicide après une tentative ne diminue pas avec le temps. *Prescrire.* 2003 Oct;(243):702.
14. Pennognon L, Clappier P. Etude des tentatives de suicide et des récurrences prises en charge dans les services d'urgence des centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol. Recueil 2011.
15. Quélier C. Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. Etude qualitative réalisée par l'Observatoire Régional de santé de Bretagne [Internet]. 2011. Available from: http://orsbretagne.typepad.fr/PUBLI_2011/Suicide_medicine%20liberale_leger.pdf
16. Lecomte T, Legrain M. La consommation de psychotropes en France et dans quelques pays européens. *Ann Pharm Fr.* 1998;(56):67–75.
17. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. [Internet]. 2006. Available from: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4541761eb43e6042b30470ef558862b4.pdf

18. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ; 2006.
19. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun 1;159(6):909–16.
20. Rihmer Z, Dome P, Gonda X. The role of general practitioners in prevention of depression-related suicides. *Neuropsychopharmacol Hung Magy Pszichofarmakológiai Egyes Lapja Off J Hung Assoc Psychopharmacol*. 2012 Dec;14(4):245–51.
21. Terra J. Risque suicidaire et dépression. *Rev Prat*. 2008 février;58:385–8.
22. NORRIS D, CLARK MS. Evaluation and Treatment of the Suicidal Patient. *Am Fam Physician* [Internet]. 2012 Mar 15;85(6). Available from: <http://www.aafp.org/afp/2012/0315/p602.pdf>
23. Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams Jr JW, Dietrich AJ. Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;(26):37–345.
24. Recommandations HAS, Prise en charge de la crise suicidaire. Octobre 2000. Texte long.
25. Boiteux C, Boillet V, Picard A. Urgence psychiatrique. EMC - Psychiatr [Internet]. 2014 Oct;11(4). Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/50246-1072\(14\)57924-2](http://dx.doi.org/10.1016/50246-1072(14)57924-2)
26. Seletti B. Situations psychiatriques dans un service d'urgence. *Ann Méd Psychol*. 2002;(160):187–90.
27. Ryan CJ, Large M, Gribble R, Macfarlane M, Ilchef R, Tietze T. Assessing and managing suicidal patients in the emergency department. *Australasian Psychiatry*. (1-4).
28. Chang B, Gitlin D, Patel R. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. *Emerg Med Pract*. 2011 Sep;13(9):1–23; quiz 23–4.
29. ANAES. Conférence de Consensus: “l'agitation en urgence (petit enfant excepté)” Recommandations du Jury: texte court. *JEUR*. 2003;(16):58–64.
30. Charpeaud T, Eymere P, Goutain E, Garnier M, Tixeront C, Geneste J, et al. La contention physique au service des urgences: indications et principes de mise en oeuvre. *Urgences* 2012;
31. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. *Médecine*. 2008 Jun 1;4(6):279–83.
32. Genest P, Haxaire C, Walter M. Souffrance psychosociale et risque suicidaire, quelle articulation entre médecine de ville et psychiatrie hospitalière? Résultats d'une étude qualitative. *Ann Méd Psychol*. 2007;165:583–8.
33. Gallais J, Alby M. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encycl Méd-Chir*. 2002;Psychiatrie(37-956-A-20):6p.
34. Badeyan G, Parayre C, Mouquet M, Tellier S, Dragos S, Ellenberg. Suicides et tentatives de suicides en France: une tentative de cadrage statistique. Direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES). *Etudes Résultats*. 2001;(109):8 p.

Résumé : Evaluation de la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patients admis aux urgences pour tentative de suicide.

INTRODUCTION: En France, le nombre de suicides et de tentatives de suicides (TS) augmente. Les patients suicidants sont pris en charge au sein d'un réseau de soins ambulatoire et dans l'urgence au sein de l'hôpital. Le médecin généraliste (MG), qui connaît le patient et son histoire devrait avoir un rôle non négligeable dans la prise en charge de ces patients.

MATERIEL ET METHODES: Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, réalisée chez des patients majeurs admis pour TS aux urgences adultes du CH d'Annecy du 1^o avril au 30 juin 2014. Les dossiers des patients ont été analysés et les patients ont été rappelés pour connaître le suivi préalable à la TS. Le but de l'étude est d'évaluer la place du MG dans le parcours de soins du patient suicidant en amont de la TS, au cours des 24 premières heures de sa prise en charge hospitalière et au décours.

RESULTATS: 122 patients suicidant ont été admis, 57 ont pu être contactés pour connaître leur suivi en médecine générale avant la TS et 28 d'entre eux ont déclaré avoir vu leur MG dans le mois précédant la TS. Pendant l'étude, un seul patient s'est présenté avec un courrier de son MG. Suite au passage aux urgences, un courrier a été adressé au MG dans 50% des cas.

DISCUSSION: Dans notre étude, le MG intervient peu dans la décision d'hospitalisation du patient suicidant, il est peu contacté par les hospitaliers au cours de la prise en charge et l'information de la TS ne lui parvient qu'une fois sur deux suite à l'hospitalisation. Il est donc nécessaire d'améliorer la communication entre le milieu hospitalier et le MG pour permettre une meilleure prise en charge du patient en amont et au décours de la TS et ainsi prévenir les récides.

MOTS-CLÉS : Médecine générale, Tentative de suicide, Urgence

Abstract : Assessment of the general practitioner's place in the healthcare pathway of patients admitted in the emergency unit for attempted suicide.

INTRODUCTION: In France, today, the number of suicides and attempted suicides is increasing. The suicidal patients are taken care of in an ambulatory care network and, in the context of the emergency within a hospital system. The general practitioner, through his knowledge of the patient and its history should have a significant role in the management of these patients.

METHODS : This is an observational, retrospective study, conducted among patients who were over than 18, admitted for attempted suicide at the emergency unit of Annecy hospital centre from April, 1, 2014 until June, 30, 2014. The medical records of these patients were analysed and patients were called back to know their medical-care before the event. The aim of this study was to assess the general practitioner's place in the suicidal patient's healthcare pathway, upstream of the attempted suicide, during the first 24 hours of his hospital care and following this patient care.

RESULTS: 122 suicidal patients were admitted during the study. Among them, 57 were contacted to determine their medical-care in general practice before the attempted suicide and 28 of them said that they saw their general practitioner during the month preceding the attempted suicide. During the study, only one patient came at the emergency unit with a letter from his attending physician. At the end of the visit in the emergency unit, a letter was sending to the general practitioner in 50% of cases.

DISCUSSION: In our population, the attending physician has a little involvement in the suicidal patient's hospitalization decision. Furthermore, the attending physician is very little contacted by the hospital doctors during the patient care. The general practitioner does not receive the information about the suicidal event once on two after the hospitalization. This highlights the need to improve communication between the hospital and the attending physician to allow better hospital and ambulatory care of suicidal patients, upstream and following the attempted suicide and then, prevent recurrences.

KEYWORDS : General practice, attempted suicide, Emergency unit.