



**HAL**  
open science

# Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires en ambulatoire dans le Sud de l'île de la Réunion

Antoine Charazac

## ► To cite this version:

Antoine Charazac. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires en ambulatoire dans le Sud de l'île de la Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01215139

**HAL Id: dumas-01215139**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01215139v1>**

Submitted on 13 Oct 2015

**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.

**UNIVERSITE VICTOR SEGALEN – BORDEAUX II**

**U.F.R DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2015 n°87

Thèse pour l'obtention du

**DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Le 01 juillet 2015

Par CHARAZAC Antoine

Né le 05/05/1987 à SAINT CERE

**Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans  
l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires  
en ambulatoire dans le Sud de l'île de la Réunion**

Directeur de thèse

Dr Clémence CHAZAUD

Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY	Président
Monsieur le Maître de conférences Philippe DESMARCHELIER	Rapporteur
Monsieur le Maître de conférences Jean-Marc FRANCO	Examineur
Monsieur le Docteur Laurent BLUM	Examineur
Madame le Docteur Clémence CHAZAUD	Directeur de thèse

# RESUME

Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires en ambulatoire dans le Sud de l'île de la Réunion

Introduction : La prise en charge du risque suicidaire chez les patients dépressifs constitue un enjeu de santé publique. Plus de la moitié des patients réalisant un geste à visée suicidaire ont consulté leur médecin généraliste dans le mois précédant ce geste. Le généraliste est donc un acteur clé dans l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires. L'objectif principal de notre travail est de rendre compte des difficultés que rencontrent les médecins généralistes du sud de l'île de la Réunion dans l'évaluation du risque et dans la prise en charge des patients suicidaires.

Méthode : Etude transversale par recueil d'opinion réalisée entre novembre 2014 et février 2015 sous forme de questionnaires anonymes envoyés à l'ensemble des médecins généralistes installés dont la patientèle dépend du secteur psychiatrique du CHU Sud Réunion.

Résultats : 137 questionnaires ont été exploités. Les principales difficultés retrouvées sont les délais trop longs dans les centres de consultation (souvent ou toujours une difficulté pour 80% des médecins interrogés), la difficulté pour obtenir un avis psychiatrique en urgence (63%) le manque de formation (44%), la réticence du patient (43%) et le manque de temps (40%).

Conclusion : De nombreux domaines restent à améliorer pour l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires : le renforcement de la formation initiale et continue des médecins généralistes, l'amélioration de l'accès aux soins (raccourcissement des délais de consultation), l'amélioration de la communication entre médecins généralistes et psychiatres et la déstigmatisation de la psychiatrie auprès du grand public.

**Mots clefs** : évaluation risque suicidaire, suicide, difficultés, médecins généralistes, île de la Réunion

# ABSTRACT

Quantitative study : Difficulties encountered by general practitioners (GP) in the assessment and management of suicidal patients in the south of Reunion Island

Introduction : The management of suicide risk in depressed patients is a public health issue. More than 50% of patients who have committed suicide consulted their GP in the month leading up to the act. GP's have a key-role to play in the assessment and management of suicidal patients. The primary objective of our study is to show the main difficulties GP's have to deal with in assessing the risk and management of suicidal patients, in the southern region of Reunion Island.

Method : Cross-sectional study undertaken from November 2014 to January 2015, in the form of anonymous questionnaires, sent to all the GPs working in the south of Reunion Island.

Results : 137 questionnaires were completed. The main difficulties we found were; overly long waiting-lists in consultation centres ('always' or 'often' a problem for 80% of the GPs asked), the difficulty in obtaining a psychiatric opinion in emergency cases (63%), the lack of training (44%), patient reluctance (43%) and the lack of time (40%).

Conclusion : Many areas can still be improved in the risk assessment and the management of suicidal patients : the strengthening of both initial and ongoing GP training, improving access to psychiatric care (reducing the consultation deadline period), improving the communication between GPs and psychiatrists and the destigmatisation of psychiatry among the general public.

**Key words** : suicide risk assessment, suicide, difficulties, problems, general practitioners, Reunion Island

# REMERCIEMENTS

## Remerciements aux membres du jury :

A **Monsieur le Professeur Bernard GAY**. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A **Monsieur le Maître de conférences Philippe DESMARCHELIER**, rapporteur de ce travail. Merci d'avoir accepté cette tâche et merci pour ces six mois de stage dans votre cabinet au cours desquels j'ai pu commencer à envisager ma pratique future. Je vous en suis infiniment reconnaissant.

A **Monsieur le Maître de conférences Jean-Marc FRANCO**. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Merci aussi pour les six mois de stage dans votre cabinet ainsi que pour votre grande gentillesse et pour votre dévouement pour la formation des internes. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A **Monsieur le Docteur Laurent BLUM**. Je te remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de juger ce travail. Trouve ici l'expression de ma sincère gratitude.

A ma directrice de thèse, **Madame le Docteur Clémence CHAZAUD**. Tu m'as fait l'honneur et la gentillesse d'accepter ce sujet et de diriger cette thèse. Je te remercie sincèrement pour ta gentillesse, ta réactivité, ta disponibilité et pour ta confiance. Merci pour le temps que tu m'as accordé lors de ce travail et lors des gardes aux urgences psychiatriques de Saint-Pierre.

## Remerciements aux participants :

A **Monsieur le Dr Cyril FERDYNUS** du service de la recherche et de l'unité de Soutien Méthodologique pour votre rapidité et votre efficacité dans mon analyse statistique.

A **Monsieur GONTHIER** du Centre de Documentation, d'Information et de Télématiques Médicales pour son aide dans l'obtention des articles médicaux.

Aux secrétaires du Pole Santé Mentale pour leur gentillesse, leur aide précieuse et le temps qu'elles m'ont fait gagner dans l'envoi et la réception des questionnaires.

A l'ensemble des médecins répondeurs pour le temps accordé à mon travail.

A l'équipe du **CAUMP**, pour l'enrichissant stage à leurs cotés et pour m'avoir sensibilisé à cette problématique.

#### Remerciements personnels :

A mes parents pour tout ce qu'ils ont fait depuis ma naissance. Pour cette enfance heureuse et pour la confiance qu'ils m'ont accordé tout au long de mes études jusqu'à aujourd'hui. Je vous aime.

A ma Juju, ma petite sœur adorée, ma complice, pour les bons moments partagés depuis toutes ces années et pour tous ceux à venir.

A Papi Jeannot et Mamie Huguette, à Mémé et au souvenir de Coco pour avoir été des grands-parents formidables.

A Tatie Kiki et Tonton Armand, à Tatie Marie Claude.

A Margaux, Vava et Nina le trio de cousines (grâce à vous je ne regrette pas de ne pas avoir eu de cousin !!!)

A la femme de ma vie, ma Popo, pour les instants passés, présents et futurs. Pour nos projets, nos rêves et notre avenir ensemble. Mi aim a ou.

Aux amis Lotois de Saint-Céré ou d'ailleurs, Antoine et Vanou, Cédric, Gaby, Benjamin et Maryline, Lulu, Mémère, Feuf, Nico, Sylvain, Pierre.

A ceux de la Fac, Alex, Martin, Benjamin (les mousquetaires !), Vernu, Moussa, Tricard et Laurane.

Aux amis Réunionnais, co-internes ou autres, Toto le coloc de feu, Iris et Bapt, Marie et Ciaran, Valentin, Tonton Thibaud, Petrus et Liliana, Thomas, Daouda, Etienne (les Salazes !), Charles, Falot, Mimi, Fanny, Taber, Nat, Antoine, Marty et Cédric. Aux joueurs, dirigeants et entraîneurs du Rugby Club Saint-Pierre pour tous ces bons moment sportifs et moins sportifs.

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>4</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>6</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>1 AVANT PROPOS</b>	<b>12</b>
1.1 <i>Données épidémiologiques</i>	12
1.1.1 Les chiffres à l'échelle internationale	12
1.1.2 Les chiffres à l'échelle nationale	13
1.1.3 Les chiffres à l'échelle de l'île de la Réunion	15
1.2 <i>Particularités sociodémographiques de l'île de la Réunion</i>	17
1.3 <i>L'offre de soins dans le sud de la Réunion</i>	18
1.3.1 Démographie médicale des médecins généralistes dans le sud de l'île de la Réunion	18
1.3.2 L'offre de soins psychiatriques pour les patients adultes suicidaires dans le sud de l'île de la Réunion.	20
1.4 <i>L'évaluation du risque suicidaire</i>	21
1.4.1 Les facteurs de risque suicidaire	21
Les facteurs de risque primaires	21
Les facteurs de risque secondaires	22
Les facteurs de risque tertiaires	23
Liste des facteurs de risque de l'OMS (2000)	23
1.4.2 Les facteurs protecteurs du risque suicidaire	24
1.4.3 Le système RUD (Risque-Urgence-Dangerosité)	25
Risque	25
Urgence et dangerosité	25
1.4.4 La crise suicidaire	26
Définition	26
Reconnaître la crise suicidaire	27
1.4.5 Le médecin généraliste et l'évaluation du risque suicidaire	28
Le rôle du médecin généraliste face aux patients suicidaires	28
Les difficultés rencontrées (revue de la littérature) :	28
1.5 <i>Justification de ce travail</i>	31
<b>2 MATERIEL ET METHODE</b>	<b>32</b>
2.1 <i>Population étudiée</i>	32
2.2 <i>Organisation de l'étude</i>	32
2.2.1 Type d'étude	32
2.2.2 Questionnaire	32
2.3 <i>Analyse statistique</i>	34
<b>3 RESULTATS</b>	<b>35</b>
3.1 <i>Population étudiée</i>	35
3.2 <i>Caractéristiques de la population étudiée</i>	36
3.2.1 Age de la population étudiée	36
3.2.2 Répartition selon le sexe	36
3.2.3 Répartition selon le temps en années depuis l'installation	36

3.2.4	Répartition selon le type d'exercice	37
3.2.5	Antécédents personnels	38
3.2.6	Confrontation au suicide	38
3.2.7	Formation des médecins généralistes interrogés	39
3.3	<i>Abord du sujet du suicide</i>	40
3.3.1	Aisance à l'abord	40
3.3.2	Manière d'aborder le sujet	40
3.4	<i>Difficultés à l'évaluation du risque suicidaire</i>	41
3.4.1	Le manque d'expérience	41
3.4.2	Le manque de formation	41
3.4.3	Le manque de temps	42
3.4.4	La peur de provoquer un passage à l'acte	42
3.4.5	La réticence du patient et la mise au premier plan de problèmes somatiques	43
3.4.6	L'histoire personnelle du médecin vis à vis du suicide	43
3.5	<i>Difficultés dans la prise en charge du patient suicidaire</i>	44
3.5.1	Méconnaissance des structures sur lesquelles s'appuyer	44
3.5.2	Difficulté pour avoir un avis psychiatrique en urgence	44
3.5.3	Délais d'attente dans les centres de consultations	45
3.5.4	Sentiment d'isolement du médecin généraliste dans la prise de décision	45
3.5.5	Difficultés pour joindre l'entourage	46
3.5.6	Autres	46
3.6	<i>Difficultés rencontrées dans la collaboration avec les différentes structures et psychiatres</i>	47
3.6.1	Le CAUMP	47
3.6.2	Les CMP	48
3.6.3	Les psychiatres libéraux	48
3.6.4	La Clinique des Flamboyants	49
3.7	<i>Influence de l'expérience</i>	49
3.7.1	Influence de l'expérience sur la formation et l'abord du risque suicidaire	49
3.7.2	Influence de l'expérience sur les difficultés à l'évaluation du risque suicidaire	50
3.7.3	Influence de l'expérience sur les difficultés dans la prise en charge des patients suicidaires	50
3.8	<i>Influence de la formation</i>	51
3.8.1	Influence de la formation sur l'abord du risque suicidaire et le fait de juger une formation utile	51
3.8.2	Influence de la formation sur les difficultés à l'évaluation du risque suicidaire	51
3.8.3	Influence de la formation sur les difficultés dans la prise en charge des patients suicidaires	51
3.9	<i>Influence des antécédents personnels</i>	52
3.9.1	Influence des antécédents personnels sur la formation et l'abord du risque suicidaire	52
3.9.2	Influence des antécédents personnels sur les difficultés à l'évaluation du risque suicidaire	52
3.9.3	Influence des antécédents personnels sur les difficultés dans la prise en charge des patients suicidaires	52
3.10	<i>Influence des antécédents professionnels (TS et suicide)</i>	52
3.10.1	Influence des antécédents professionnels sur la formation et l'abord du risque suicidaire	52
3.10.2	Influence des antécédents professionnels sur les difficultés à l'évaluation du risque suicidaire	53
3.10.3	Influence des antécédents professionnels sur les difficultés dans la prise en charge des patients suicidaires	53
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>54</b>



4.1	<i>Forces et faiblesses de l'étude</i>	54
4.1.1	Forces	54
4.1.2	Faiblesses	54
4.2	<i>Les principaux résultats</i>	55
4.2.1	La confrontation aux TS et aux suicides et l'abord du risque	55
4.2.2	La formation	55
4.2.3	Difficultés d'accès aux soins et de communication avec les spécialistes	56
4.2.4	Le temps de consultation	57
4.2.5	L'histoire personnelle	58
4.2.6	Stigmatisation de la psychiatrie	58
4.3	<i>Propositions suite à cette étude</i>	59
4.3.1	Amélioration de la formation	59
4.3.2	Amélioration de la communication entre les généralistes et les spécialistes	59
4.3.3	Elargissement de l'offre de soins psychiatriques et facilitation de l'accès aux soins	60
4.3.4	Lutte contre la stigmatisation de la psychiatrie	60
<b>5</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>62</b>
	<i>Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck</i>	63
	<i>Lettre envoyée aux médecins généralistes</i>	66
	<i>Questionnaire envoyé aux médecins généralistes</i>	67
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>70</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Carte représentant les taux de suicide selon les départements français en 2008 .....	14
Figure 2 : Graphique représentant les taux de mortalité selon l'âge et le sexe sur l'île de la Réunion et en métropole (moyenne 2008-2010).....	16
Figure 3 : Représentation de la répartition des médecins généralistes libéraux selon leur âge et leur sexe : .....	18
Figure 4 : Représentation de l'évolution de la densité des médecins libéraux spécialistes et généralistes en 1990 et 2010 .....	19
Figure 5 : Carte représentant la densité de médecins généralistes en fonction de leur répartition géographique sur l'île de la Réunion.....	19
Figure 6 : Diagramme de flux de la population étudiée.....	35
Figure 7 : Secteurs représentant la répartition selon le sexe dans la population étudiée .....	36
Figure 8 : Histogramme représentant la répartition selon la durée d'installation dans la population étudiée .....	37
Figure 9 : Histogramme représentant la répartition selon le type d'exercice dans la population étudiée .....	37
Figure 10 : Courbes représentant le pourcentage de médecins ayant bénéficié d'une formation au suicide et ceux jugeant utile une nouvelle formation par rapport à la durée d'installation.....	50
Tableau 1: Réponses aux items concernant les antécédents personnels des médecins interrogés.....	38
Tableau 2 : Réponses aux items concernant la confrontation des médecins avec les tentatives de suicide et le suicide.....	38
Tableau 3 : Réponses aux items correspondants à la formation des médecins interrogés vis à vis de la problématique de l'évaluation du risque suicidaire .....	39
Tableau 4 : Réponses à l'item « Vous sentez vous à l'aise pour aborder le sujet du suicide avec un patient ? ».....	40
Tableau 5 : Réponses aux items concernant la manière d'aborder le sujet du suicide avec un patient .....	40
Tableau 6 : Réponses données à la question « le manque d'expérience est il une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ? » .....	41
Tableau 7 : Réponses données à la question « le manque de formation est il une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ? » .....	41
Tableau 8 : Réponses données à la question « le manque de temps est il une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ? » .....	42

Tableau 9 : Réponses données à la question « la peur de provoquer un passage à l'acte est elle une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ?» .....	42
Tableau 10 : Réponses à la question « la réticence du patient et la mise au premier plan de problèmes somatiques sont-ils des difficultés pour évaluer le risque suicidaire ?» .....	43
Tableau 11 : Réponses à la question « Votre histoire personnelle vis à vis du suicide est elle une difficulté pour évaluer le risque suicidaire? ».....	43
Tableau 12 : Réponses données à la question « la méconnaissance des structures sur lesquelles s'appuyer est elle une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ? ».....	44
Tableau 13 : Réponses données à la question « la difficulté à avoir un avis psychiatrique en urgence est elle une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ? ».....	44
Tableau 14 : Réponses données à la question « les délais de rendez-vous dans les centres de consultation sont-ils une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ? ».....	45
Tableau 15 : Réponses données à la question « vous sentez vous isolé dans la prise de décision ? » .....	45
Tableau 16 : Réponses données à la question « la difficulté à joindre l'entourage du patient est elle une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ? » .....	46
Tableau 17 : Recours et difficultés rencontrées avec le CAUMP .....	47
Tableau 18 : Recours et difficultés rencontrées avec les CMP : .....	48
Tableau 19 : Recours et difficultés rencontrées avec les psychiatres libéraux ..	48
Tableau 20 : Recours et difficultés rencontrées avec la Clinique des Flamboyants .....	49

# INTRODUCTION

« *Il me semble que la misère, serait moins pénible au soleil* » chantait Charles Aznavour. Il semblerait pourtant que la vie sous les tropiques, à la Réunion ou ailleurs ne protège pas des épisodes dépressifs majeurs ni des tendances suicidaires.

Les études le prouvent, plus de la moitié des patients réalisant un geste à visée suicidaire ont consulté leurs médecins généralistes dans le mois précédant ce geste<sup>1,2</sup>. Le médecin traitant est donc aux avant postes. Le rôle qu'il a à jouer ne serait-il pas prépondérant dans l'évaluation et la prévention du risque suicidaire ?

J'ai pu, tout au long de mon internat, me rendre compte de l'extrême difficulté de la consultation du patient dépressif et de l'évaluation du risque suicidaire. Malgré six mois de stage aux urgences psychiatriques à pratiquer cette activité pluri-quotidiennement, je suis souvent, au cabinet, mis en difficulté par ce type de consultations (« Ai-je bien mené ma consultation ? » « Ai-je été attentif aux problèmes du patients ? », « Quelles étaient ses attentes et y ai-je répondues ? », « Vers qui m'adresser pour lui proposer une aide adaptée ? », « Le patient a-t-il été satisfait de ce que je lui ai apporté ? »).

C'est dans ce contexte que j'ai décidé de travailler sur le sujet du rôle du médecin généraliste avec les patients suicidaires et sur les difficultés qu'il peut rencontrer.

# 1 AVANT PROPOS

## 1.1 Données épidémiologiques

### 1.1.1 Les chiffres à l'échelle internationale

Selon un rapport intitulé *Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial* publié en septembre 2014 par l'*Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*<sup>3</sup>, le nombre de suicides dans le monde est estimé à 804 000 en 2012 (soit un taux global standardisé de 11,4 pour 100 000 habitants). Par analogie numérique, cela correspond environ à la population réunionnaise totale qui meurt chaque année du suicide.

Ce chiffre est très certainement sous-évalué car il n'est pas rare que dans les pays dotés d'un système d'enregistrement d'état civil, un suicide soit classé par erreur comme « accident » ou « autre cause de décès ». De plus dans les pays ne disposant pas d'un système d'enregistrement d'état civil certains suicides ne sont jamais identifiés comme tels.

Le suicide touche trois fois plus d'hommes que de femmes dans les pays développés (ce chiffre descend à 1,5 dans les pays à revenus faibles et intermédiaires). Les pays à revenus faibles et intermédiaires sont les plus touchés avec environ trois-quarts des suicides dans le monde.

Le suicide représente 50% des morts violentes chez les hommes et 71% chez les femmes.

Il est la deuxième cause de mortalité dans le monde chez les 15-29 ans derrière les accidents de la voie publique.

Il existe de nombreuses méthodes de suicide mais les plus fréquentes sont l'ingestion de pesticides, la pendaison, les armes à feu et la précipitation.

Chaque année, on compte un bien plus grand nombre de tentatives de suicide que de suicides. Cependant il est très difficile de les chiffrer compte tenu du nombre de ces tentatives passant inaperçues. L'amélioration de la qualité des données provenant des registres de l'état civil, des systèmes d'enregistrement des hôpitaux et des études et l'accès aux dites données sont des éléments majeurs à améliorer pour une meilleure prévention des tentatives de suicide et des suicides dans le monde.

### 1.1.2 Les chiffres à l'échelle nationale

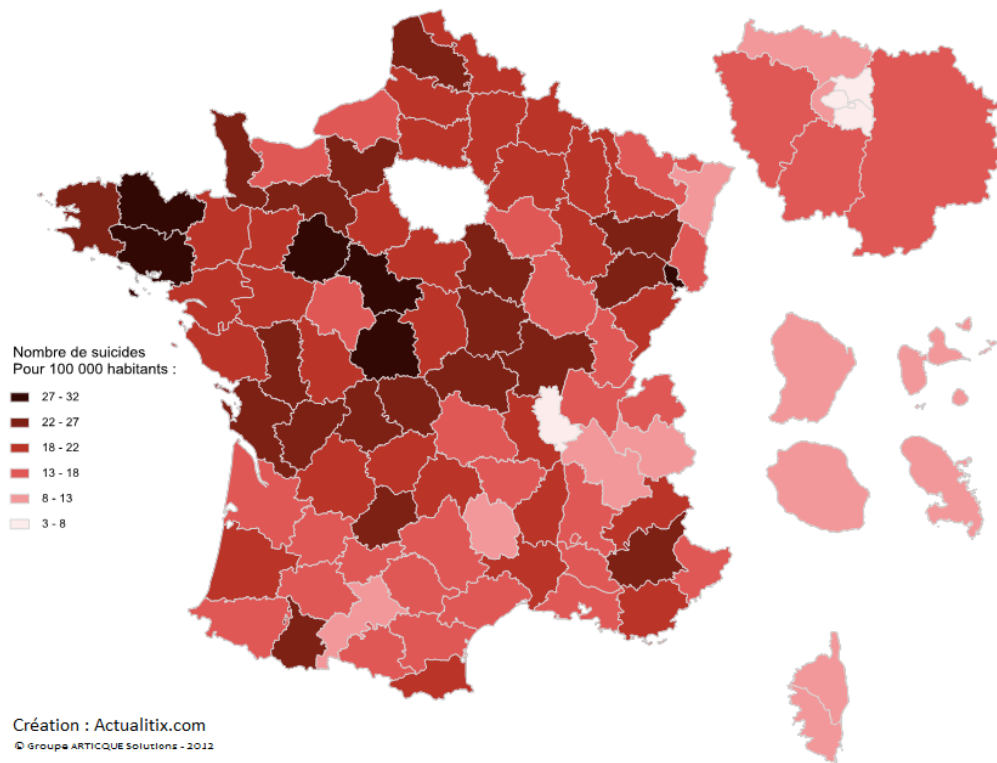
Selon un rapport paru en juillet 2014<sup>4</sup>, le taux de suicide en France métropolitaine en 2011 est de 16,2 pour 100 000 habitants ce qui classe la France dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide (derrière la Finlande, la Belgique et les pays de l'Est) avec un niveau nettement supérieur à la moyenne européenne (10,2 pour 100 000).

Pour lutter contre ce phénomène, un plan de prévention a vu le jour en 2011 ; il s'agit du Programme national d'actions contre le suicide, piloté par le Ministère de la santé<sup>5</sup>. Il s'inscrit dans la continuité de la Stratégie nationale d'actions face au suicide<sup>6</sup>, ce qui prouve à quel point la prévention de suicide est une priorité en terme de santé publique.

Le suicide a été à l'origine de 10 500 décès en France en 2010<sup>7</sup>, ce nombre serait sous-estimé de 10% selon l'*Institut National de Veille Sanitaire (InVS)*<sup>8</sup>.

Il existe cependant des variations importantes selon les régions, l'Ouest et le Nord sont très nettement au-dessus de la moyenne nationale (la Bretagne présentait en 2008 un taux de suicide de 50% plus élevé que la moyenne nationale).

La carte ci-dessous présente les taux de suicide selon les départements (source *INSEE*) à partir des chiffres publiés en 2008.



**Figure 1 : Carte représentant les taux de suicide selon les départements français en 2008**

Le taux de suicide augmente avec l'âge, pour 100 000 habitants l'incidence du suicide est de :

- 6,4 chez les 15-24 ans,
- 12,2 chez les 25-34 ans,
- 20,9 chez les 35-44 ans,
- 26,4 chez les 45-54 ans,
- 22,3 chez les 55-64 ans,
- 20,6 chez les 65-74 ans,
- 29,6 pour les 75-84 ans,
- 40,3 pour les 85-94 ans.

Le taux reste élevé chez les personnes âgées (28% des suicides touchent les personnes de plus de 65 ans).

Environ trois-quarts des victimes du suicide en France sont des hommes.

A noter que le nombre de suicides en France, à l'instar de celui au niveau international a baissé en 20 ans (en 1990 le taux de décès par suicide était de 20,3 pour 100 000 habitants).

Concernant les tentatives de suicide, le sex-ratio s'inverse (65% des tentatives

sont réalisées par des femmes avec prépondérance des intoxications médicamenteuses volontaires).

Une enquête réalisée par l'*Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)* entre 2009 et 2010 retrouve que 3,9% des personnes interrogées avouaient avoir pensé au suicide dans les 12 mois précédents (4,4% de femmes contre 3,4% d'hommes)<sup>9</sup>.

### **1.1.3 Les chiffres à l'échelle de l'île de la Réunion**

Un rapport de l'*Observatoire régional de Santé (ORS)* paru en décembre 2012 fait un état des lieux du suicide et des tentatives de suicide à la Réunion<sup>10</sup>.

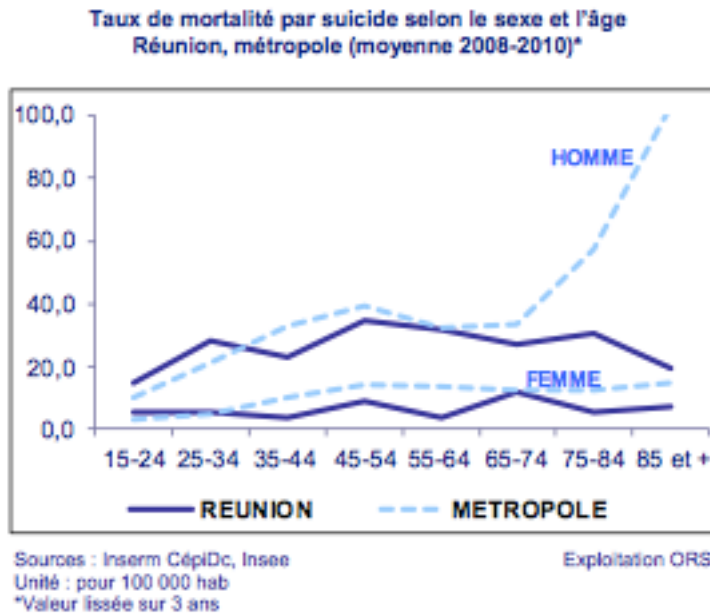
Ce rapport retrouve un taux de suicide stable depuis 10 ans (entre 80 et 100 décès par an) avec en 2010, 94 décès par suicide soit 2,3% des décès toutes causes confondues.

Ce taux de suicide sur la période 2008-2010 est moins élevé qu'en métropole mais reste cependant plus élevé que dans les autres *Départements d'Outre-Mer (DOM)* : 16,4 pour 100 000 en métropole, 12,9 pour 100 000 à la Réunion contre 11 pour 100 000 dans les autres DOM.

Comme en métropole et dans le reste du monde, la Réunion connaît une nette surmortalité masculine (les hommes représentent environ 80% des suicides). Le taux selon le sexe est sur l'île de 24 décès pour 100 000 pour les hommes contre 4 décès pour 100 000 pour les femmes.

Une des différences notables par rapport à la métropole est que le nombre de suicide à la Réunion n'augmente pas avec l'âge (75% des suicides surviennent avant 55 ans contre 55% en métropole), en effet les taux de mortalité sont plus élevés aux âges jeunes mais s'effondrent aux âges élevés (le poids du suicide chez les personnes âgées de plus de 65 ans est de 12% contre 28% en métropole).





**Figure 2 : Graphique représentant les taux de mortalité selon l'âge et le sexe sur l'île de la Réunion et en métropole (moyenne 2008-2010)**

Concernant les tentatives de suicides, comme en métropole le sex-ratio s'inverse en faveur des femmes avec une moyenne d'âge assez jeune. Sur la période 2008-2010 par exemple, 62% des patients hospitalisés dans les suites d'un geste suicidaire étaient des femmes avec une moyenne d'âge de 32 ans.

Sur la période 2008-2010, 920 hospitalisations en court-séjour étaient liées à une tentative de suicide soit 0.4% des hospitalisations. Sur cette période, 68% de ces séjours n'excèdent pas 2 jours, 11% d'entre eux sont inférieurs à 24 heures. Pour plus d'un quart des séjours, la prise en charge hospitalière a duré de 2 à 10 jours.

Le principal moyen utilisé est l'intoxication médicamenteuse (86% des tentatives de suicide).

## 1.2 Particularités sociodémographiques de l'île de la Réunion

Les chiffres ci-dessous sont donnés dans le but de pouvoir situer la Réunion par rapport aux départements métropolitains. Ils sont donnés à titre indicatif et je n'essaye pas de prouver une quelconque relation de cause à effet avec le taux de suicide sur l'île.

La Réunion connaît une explosion démographique depuis plusieurs années. Au premier janvier 2013, elle comptait environ 841 000 habitants (soit 20% de plus qu'en 1999) et les tendances estiment qu'elle atteindra 1 061 000 habitant en 2040<sup>11</sup>.

Une étude menée par l'*Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)* en 2014<sup>12</sup> prouve que la Réunion est le département français ayant le taux de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté le plus important de France. Il y avait, en 2010, 343 000 personnes vivant avec moins de 935 euros par mois à la Réunion (soit 40% de la population totale réunionnaise). Seuls la Seine-Saint-Denis avec 360 000 personnes et le Nord avec 480 000 personnes ont une population pauvre plus importante (mais ces départements sont 2 à 3 fois plus peuplés que la Réunion).

Une des principales causes de cette pauvreté est l'absence d'emploi, seulement 43% des 15-64 ans occupent un emploi contre 64% en métropole. Le taux de chômage au 2<sup>ème</sup> trimestre 2012 avoisinait les 30% (soit trois fois plus qu'en métropole et deux fois plus que dans les Pyrénées Orientales, département français le plus touché).

Un autre indice de la pauvreté de la Réunion est la large attribution des minima sociaux aux habitants réunionnais : *Revenu de solidarité active (RSA)*, *Revenu de solidarité active outre mer (RSO)*, l'allocation spécifique de solidarité, *Allocation adulte handicapée (AAH)* ou l'allocation minimum vieillesse. A titre d'exemple, il y a 16% d'allocataires du RSA à la Réunion contre 3,5% en métropole.

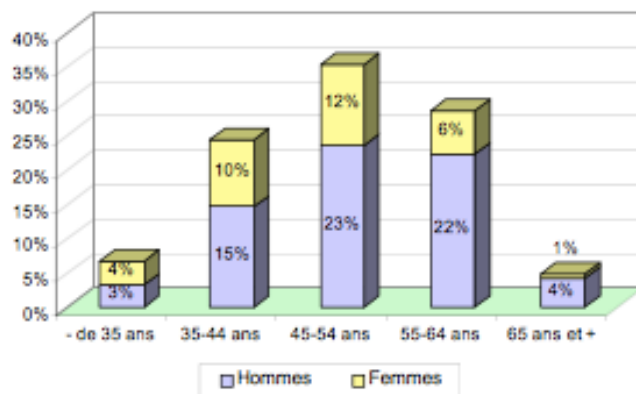
## 1.3 L'offre de soins dans le sud de la Réunion

### 1.3.1 Démographie médicale des médecins généralistes dans le sud de l'île de la Réunion

Au premier janvier 2011<sup>13</sup>, 1 154 médecins généralistes étaient en activité à la Réunion dont 71% avaient une pratique libérale. A ce chiffre s'ajoutaient 95 médecins remplaçants.

Les diagrammes ci-dessous présentent la répartition de ceux-ci en fonction du sexe et de l'âge.

Répartition par sexe et âge des médecins généralistes



Répartition par sexe  
Généralistes libéraux



**Figure 3 : Représentation de la répartition des médecins généralistes libéraux selon leur âge et leur sexe :**

La densité de médecins généralistes est plus faible à la Réunion (143 médecins pour 100 000 habitants) qu'en métropole (162 pour 100 000).

Le nombre de médecins généralistes à la Réunion ne cesse d'augmenter depuis les années 80 mais cet accroissement s'est ralenti ces dernières années (voir figure ci-dessous).

Evolution de la densité des médecins.

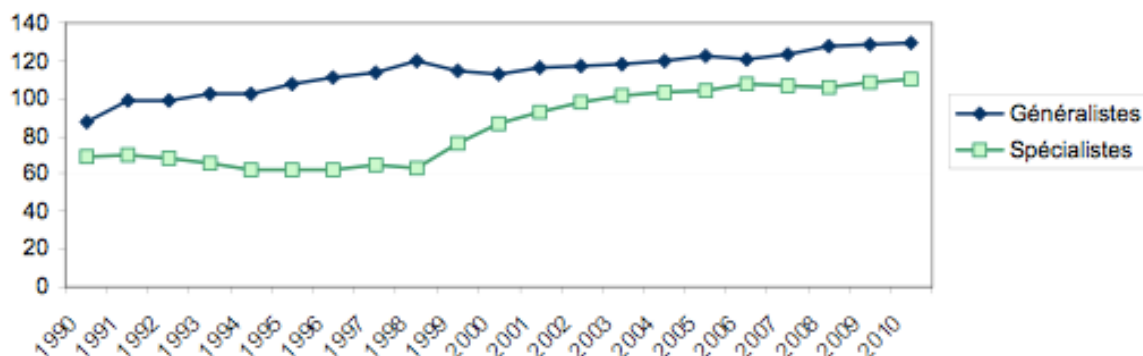


Figure 4 : Représentation de l'évolution de la densité des médecins libéraux spécialistes et généralistes en 1990 et 2010

Le sud de la Réunion est le territoire le moins bien doté en terme de médecins généralistes avec 138 médecins généralistes pour 100 000 habitants (voir carte ci-dessous).

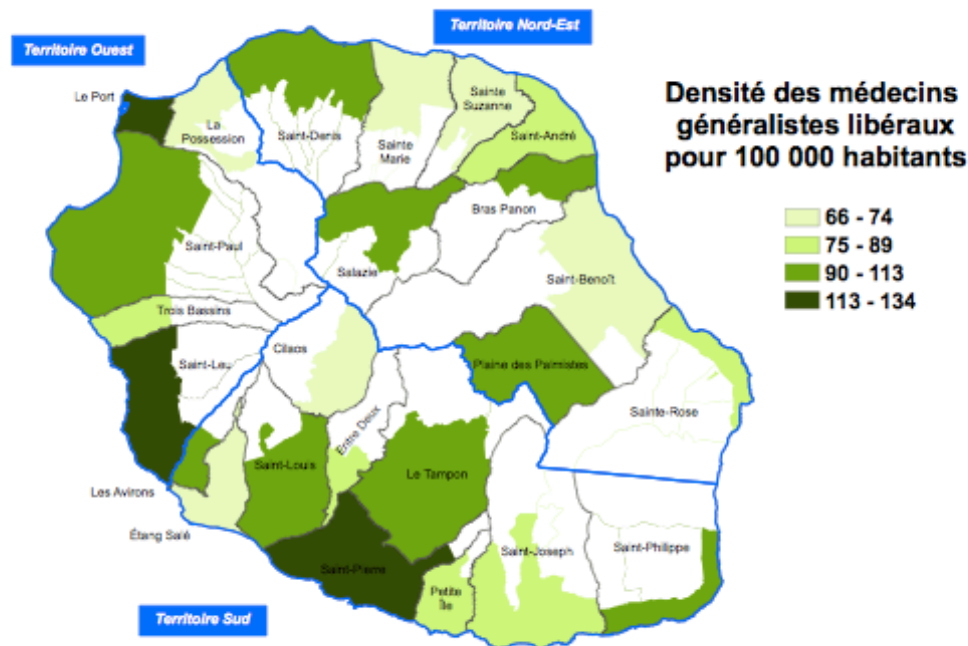


Figure 5 : Carte représentant la densité de médecins généralistes en fonction de leur répartition géographique sur l'île de la Réunion

### 1.3.2 L'offre de soins psychiatriques pour les patients adultes suicidaires dans le sud de l'île de la Réunion<sup>14, 15</sup>

Le **CAUMP** (*Centre d'Accueil et d'Urgence Médico-Psychologique*) est un service ouvert 24H sur 24 et 7 jours sur 7. Situé dans les locaux du CHU Sud à proximité des urgences, il permet l'accueil des patients qui sont soit adressés par un médecin de ville soit par un médecin urgentiste après une évaluation somatique (parfois après un séjour en *Unité d'hospitalisation de courte durée ou UHCD*). Trois médecins y travaillent à plein temps (avec un ou deux internes de médecine générale et/ou de psychiatrie) ainsi qu'une équipe pluridisciplinaire (assistante sociale, IDE, psychologue). Les gardes de nuit et de weekend sont assurées par l'ensemble des psychiatres du pôle santé mentale.

Cette unité dispose de 6 lits d'hospitalisation de courte durée permettant des prises en charge spécifiques. La plupart du temps pour des patients suicidant ou suicidaires. Après un court séjour au **CAUMP**, les patients peuvent soit sortir pour un retour au domicile (avec ou sans suivi externe) soit être hospitalisés dans un des pavillons d'hospitalisation.

Les **CMP** (*Centres Médicaux Psychologiques*) sont répartis selon les quatre secteurs du Sud (Saint-Pierre, Saint-Louis, Saint-Joseph et Le Tampon). Ils disposent de 2 médecins psychiatres et d'une équipe pluridisciplinaire (*IDE, éducateur spécialisé, assistante sociale, psychologue*). Ils permettent le suivi des patients après une hospitalisation ou un passage au **CAUMP** mais accueillent aussi des patients adressés par les médecins généralistes.

Sur le secteur Sud, une dizaine de **psychiatres libéraux** sont installés<sup>16</sup>. La plupart sont concentrés sur Saint-Pierre et le Tampon, un seul est installé à Saint-Louis. Aucun psychiatre libéral n'est installé à Saint-Joseph.

Pour les patients nécessitant une hospitalisation, le secteur public dispose de deux services d'hospitalisation (un secteur fermé sur le site de Saint-Pierre et un ouvert à l'hôpital de Saint-Louis). La Clinique des Flamboyants Sud<sup>17</sup>, récemment ouverte permet aussi l'accueil de patients pour prise en charge psychiatrique.

## 1.4 L'évaluation du risque suicidaire

### 1.4.1 Les facteurs de risque suicidaire

La classification faite par Rihmer en 1996<sup>18</sup>, qui classe les risques suicidaires en trois catégories (primaires, secondaires et tertiaires) est classiquement celle qui est acceptée. Elle mentionne pour chacune des trois catégories le degré d'alerte induit et la nécessité d'une prise en charge.

Ces différents facteurs de risque n'ont pas une valeur prédictive exacte. Issus de l'observation clinique et de corrélations statistiques, ces facteurs sont des éléments qui ont un lien avec le suicide, en ce qu'ils peuvent ainsi favoriser ou tout au moins contribuer à un passage à l'acte suicidaire, sans toutefois pouvoir à eux seuls expliquer la survenue d'un tel acte.

#### Les facteurs de risque primaires

Ils ont une forte valeur prédictive et sont donc des éléments d'alerte majeurs.

Parmi ces facteurs, les pathologies psychiatriques préexistantes sont à rechercher :

- Les troubles de l'humeur, notamment *l'épisode dépressif majeur* qui est considéré comme le principal facteur de risque de suicide (taux de suicide 20 fois supérieur aux personnes sans trouble de l'humeur). Selon les autopsies psychologiques<sup>19</sup>, 80% des sujets ayant réalisé un suicide abouti présentaient un épisode dépressif majeur.
- Le *trouble panique* avec risque de raptus anxieux en cas d'effondrement des défenses. Cependant le risque suicidaire peut intervenir en dehors d'un épisode d'anxiété aiguë.
- La *schizophrénie*, d'autant plus qu'elle est associée à des troubles thymiques.
- *Les consommations de toxiques (dont l'alcool)* et les *addictions* (par effet de désinhibition) sont des facteurs de risque à prendre en compte. La consommation d'opiacés multiplie par quatorze le risque de mourir par suicide, tandis que l'alcool multiplie ce risque par six en cas d'abus ou de dépendance alcoolique<sup>20</sup>. L'alcool est reconnu pour être dépressogène mais joue aussi un rôle désinhibiteur dans les pathologies psychiatriques ou dans les troubles de la personnalité. De plus, la dépendance à l'alcool est source de désinsertion socioprofessionnelle, elle-même à l'origine de comportements suicidaires.

- Une personnalité de type *état limite* augmente le risque de suicide en particulier lorsqu'elle est associée à un trouble de l'humeur ou un abus de substances.

Un *antécédent personnel de tentative de suicide* représente un élément biographique probant de récurrence suicidaire. 30 à 40% des primo-suicidants récidivent, généralement dans l'année qui suit le premier épisode, et 10% décéderont par suicide sur les 10 ans. Après deux tentatives, on constate 20% de décès par suicide, tandis que le risque s'élève à 35% après trois tentatives. Ainsi, le risque de décès par suicide est cinquante fois supérieur à celui de la population générale<sup>21</sup>. Une étude a montré que l'existence d'un antécédent de tentative de suicide multipliait par cinq la probabilité de faire une nouvelle tentative par rapport aux personnes qui n'en n'ont jamais commise<sup>22</sup>.

Les *antécédents familiaux de suicide* sont un facteur de risque de suicide à prendre en compte<sup>23,24</sup>. De la même manière, la tentative de suicide d'un ami multiplie par 3 le risque de tentative de suicide.

L'*intentionnalité suicidaire* (ou conscience par le sujet de sa volonté de se suicider) est aussi un facteur de risque important. Celle-ci peut avoir été formulée au médecin ou à des proches de manière orale ou écrite ce qui constitue un indicateur de gravité (cf. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck en annexe). Elle est évaluée par la létalité des gestes réalisés ou envisagés et correspond à l'intensité de la gravité du projet suicidaire que le médecin doit rechercher.

L'*impulsivité* (comportement d'un sujet qui agit comme sous la poussée d'une force irrésistible, en l'absence de toute volonté réfléchie) est le dernier facteur de risque considéré comme primaire, elle n'est pas spécifique mais elle facilite le passage à l'acte et tout particulièrement lorsqu'elle est associée à des symptômes anxieux ou dépressifs. Selon une récente étude, 75% des tentatives de suicides ont été décidées dans l'heure précédant l'acte dont 25% dans les 5 minutes alors que seulement 7% des patients avaient prémédité leur geste<sup>25</sup>.

### Les facteurs de risque secondaires

Ces facteurs de risque dit « secondaires » n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires.

Il s'agit des *pertes parentales précoces*, de *l'isolement social* (célibat, veuvage...), du *chômage* ou *instabilité professionnelle*, des *difficultés financières* et des *événements de vie « négatifs »*.

#### Les facteurs de risque tertiaires

Ils n'ont aucune valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires ou secondaires.

Il s'agit du sexe masculin (3/4 des victimes de suicide sont de sexe masculin), des adolescents, des sujets âgés et des « périodes » à risque (fêtes de fin d'année, période prémenstruelle chez la femme...).

#### Liste des facteurs de risque de l'OMS (2000)

Cette liste passe en revue les différents facteurs de risque et complète celle de Rihmer. Elle classe les facteurs en trois catégories : facteurs individuels, facteurs familiaux et facteurs psychosociaux.

#### **Les facteurs individuels :**

- Antécédents suicidaires de l'individu
- Présence de problèmes de santé mentale (trouble affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.)
- Pauvre estime de soi
- Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité)
- Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.)

#### **Les facteurs familiaux :**

- Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu
- Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu
- Pertes et abandons précoces
- Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents
- Présence de conflits conjugaux majeurs



### **Les facteurs psychosociaux :**

- Présence de difficultés économiques persistantes (emploi précaire, retraite récente)
- Isolement social et affectif de l'individu
- Séparation et perte récente de liens importants, deuil
- Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire
- Difficultés scolaires ou professionnelles
- Effet de contagion (à la suite du suicide d'un proche, endeuillé à la suite d'un suicide)
- Difficultés avec la loi
- Présence de problèmes d'intégration sociale

Cependant, certaines professions des catégories socio-professionnelles supérieures ont des taux de suicides élevés (médecins, pharmaciens, vétérinaires). Ces professions de par leurs connaissances utiliseraient des moyens plus efficaces et directs (à l'instar des agriculteurs)<sup>26</sup>.

#### **1.4.2 Les facteurs protecteurs du risque suicidaire**

Certains facteurs auraient au contraire un effet protecteur contre le risque de passage à l'acte suicidaire<sup>27</sup> :

- Soins cliniques efficaces pour des troubles mentaux, physiques et d'abus de substances ainsi que soutien par des relations continues de soins médicaux de santé mentale
- Accès facile à toute une gamme d'interventions cliniques
- Soutien dans la recherche d'aide
- Accès réduit aux moyens létaux
- Liens étroits avec la famille et soutien de la communauté
- Capacités pour résoudre des problèmes et des conflits, et de gérer des disputes de façon non violente
- Convictions religieuses et culturelles qui découragent au suicide et stimulent la conservation de soi.

### 1.4.3 Le système RUD (Risque-Urgence-Dangerosité)

#### Risque

Le risque global est évalué en sommant les différents facteurs de risque primaires, secondaires, tertiaires, les facteurs de vulnérabilité et déclenchant ainsi que les facteurs de protection (cf. supra).

#### Urgence et dangerosité

La conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de 2000 sur *La crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge*<sup>28</sup> recommande d'explorer six éléments :

1. Le niveau de souffrance :
  - désarroi ou désespoir
  - repli sur soi, isolement relationnel
  - sentiment de dévalorisation ou d'impuissance
  - sentiment de culpabilité
2. Le degré d'intentionnalité :
  - idées envahissantes, rumination
  - recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins
  - disposition envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario)
3. Les éléments d'impulsivité :
  - tension psychique, instabilité comportementale
  - agitation motrice, état de panique
  - antécédents de passage à l'acte, de fugues ou d'actes violents
4. Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, etc.
5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicament...
6. La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles à risque

Trois degrés d'urgence de la crise suicidaire peuvent donc être définis :

1. Urgence faible pour une personne qui :
  - désire parler et est à la recherche de communication
  - cherche des solutions à ses problèmes

- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis
  - pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise
  - n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante
  - a établi une relation de confiance avec un médecin
2. Urgence moyenne pour une personne qui :
- a un équilibre émotionnel fragile
  - envisage le suicide et son intention est claire
  - a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée
  - ne voit pas d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir
  - a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi
3. Urgence élevée pour une personne qui :
- est décidée (planification claire et passage à l'acte prévu pour les jours qui viennent)
  - est coupée de ses émotions : rationalise sa décision ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation
  - dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues
  - a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
  - a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
  - est très isolée

#### **1.4.4 La crise suicidaire**

##### Définition

La crise suicidaire est définie comme « *un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles* »

Il s'agit d'une crise psychique, dont le risque majeur est le suicide, cette définition proposée par Quenard et Rolland en 1982 a été reprise dans la conférence de consensus de l'ANAES de 2000<sup>28</sup>.

## Reconnaître la crise suicidaire

La crise suicidaire peut être difficile à identifier par le médecin car il n'existe pas de critères diagnostiques dans la littérature. Cependant, certaines études rétrospectives (autopsies psychologiques, suivi de patients) font apparaître 3 types de signes qui permettraient de repérer la crise suicidaire :

- au premier rang, les manifestations évidentes : expressions d'idées et d'intentions suicidaires, verbalisation par le sujet de messages directs ou indirects, par la parole, des textes ou le dessin.
- au deuxième rang, des manifestations de crises psychiques : fatigue, anxiété, tristesse, irritabilité, agressivité, troubles du sommeil, troubles de la mémoire, perte d'appétit ou boulimie, rumination mentale, anhédonie, sentiment d'échec, d'inutilité, dévalorisation, appétence alcoolique et tabagique.
- au troisième rang, les manifestations signant un contexte de vulnérabilité (d'où la nécessité que le médecin connaisse les principaux facteurs de risque du suicide) : dépression, impulsivité, affections psychiatriques préexistantes, l'alcoolisme, la toxicomanie, certains troubles de la personnalité (borderline, antisociale...), l'histoire familiale, des événements de vie douloureux

Tous ces signes ne sont ni spécifiques, ni exceptionnels pris isolément. Ils peuvent de plus être labiles. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue comme une rupture par rapport à l'état antérieur qui doit alerter.

A noter, chez la personne âgée, les idées suicidaires sont rarement exprimées. Le médecin doit alors s'attarder à rechercher des signes de repli sur soi, un refus de l'alimentation, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus des soins, un veuvage récent (notamment pour les hommes), le changement d'environnement, les conflits, les maladies somatiques (notamment si elles sont sources de handicap et de douleurs).

### 1.4.5 Le médecin généraliste et l'évaluation du risque suicidaire

#### Le rôle du médecin généraliste face aux patients suicidaires

Une revue de la littérature<sup>2</sup> anglo-saxonne rapporte qu'en moyenne 45% (20 à 76%) des patients décédés par suicide consultent leur médecin généraliste dans le mois précédant le passage à l'acte alors que seulement 19% (7 à 28%) consultent un psychiatre. Ces chiffres atteignent respectivement 77% (57 à 90%) et 32% (16 à 46%) dans l'année précédant le geste suicidaire. Selon cette méta-analyse, les patients de moins de 35 ans ont tendance à moins consulter un médecin généraliste dans le mois (23%) ou l'année (62%) que les personnes plus âgées (plus de 55 ans) qui rencontrent leur médecin dans respectivement 58% et 77% des cas. Ces taux semblent plus élevés au sein de la population féminine.

Une récente étude menée par Turbelin<sup>29</sup> réalisée en France auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles a retrouvé que 51% des patients ayant commis un acte suicidaire (dont un tiers étaient létaux) avaient consulté un médecin généraliste dans le mois et 17% dans la semaine précédant cet acte.

Plusieurs études tendent aussi à montrer que la dépression est sous-évaluée et sous diagnostiquée<sup>30,31</sup> en médecine générale. D'autres études<sup>32,33</sup> montrent qu'une prise en charge efficace de la dépression en médecine générale a des effets positifs sur le taux de suicides. Par exemple, l'étude de Gotland<sup>34</sup> menée en Suède en 1981 et 1992 a prouvé qu'une formation des médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge de la dépression avait un impact bénéfique en terme de morbi-mortalité sur les suicides (diminution du nombre de patients adressés à l'hôpital pour dépression ainsi que du nombre de patients hospitalisés pour dépression majeure avec un taux inférieur à la moyenne nationale).

#### Les difficultés rencontrées (revue de la littérature) :

Plus de trois-quarts (78%) des médecins généralistes interrogés lors d'une étude réalisée dans l'Ouest de la France en 2002 considéraient comme difficiles le repérage et l'évaluation d'un risque suicidaire<sup>35</sup>.

Le suicide d'un patient peut être une expérience dévastatrice pour un médecin généraliste, cela peut éveiller chez lui des sentiments de peur, de culpabilité et d'insuffisance professionnelle. Les médecins ayant expérimenté la perte d'un patient par suicide décrivent un sentiment d'isolement et un manque de soutien<sup>36</sup>.

Selon différentes études<sup>37, 38</sup>, plusieurs difficultés sont retrouvées par les médecins généralistes en pratique pour évaluer le risque suicidaire :

- Le manque de temps : le temps de consultation étant limité en médecine générale, ce facteur est forcément un obstacle au dépistage du risque suicidaire. Il a pourtant été démontré que plus les consultations étaient longues plus elles permettaient une meilleure détection des idées suicidaires par le médecin généraliste<sup>39</sup>.
- La peur de brusquer le patient, de provoquer un passage à l'acte : en effet il persiste chez certains médecins généralistes une idée reçue selon laquelle aborder le risque suicidaire risquerait de provoquer ou d'accélérer un passage à l'acte. Des études réalisées en soins primaires ont prouvé qu'aborder la question du suicide en consultation avec le patient ne renforce ni ne fait naître chez lui des idéations suicidaires<sup>40</sup>. Selon une autre étude, la grande majorité des patients serait favorable à être interrogée régulièrement par leur médecin généraliste sur l'existence d'éventuels troubles psychiatriques<sup>41</sup>. Seulement 36% des médecins généralistes exploreraient le risque suicidaire de leurs patients souffrant de dépression<sup>42</sup> (les plus concernés seraient ceux ayant un vécu personnel de dépression).
- Le manque de formation : le médecin généraliste ne dépisterait qu'un seul patient dépressif sur trois<sup>43</sup>. Une meilleure prévention serait-elle possible si les médecins étaient mieux formés à cette pathologie ? De plus, nombreux médecins généralistes n'ont jamais reçu de formation concernant l'évaluation du risque suicidaire<sup>36</sup>. Il semblerait cependant que les effets de la formation et l'information ne soient que transitoires puisqu'ils s'épuisent au bout de un voire deux ans ce qui implique la nécessité d'une formation continue et répétée<sup>44</sup>.
- La réticence du patient avec souvent une crainte de la psychiatisation : les personnes suicidaires peuvent pour diverses raisons masquer leurs idées suicidaires (valeurs ou croyances selon lesquelles le suicide serait un signe de faiblesse, peur du jugement

d'autrui, peur d'ennuyer le médecin, etc.). De plus la crainte d'être « classé » comme « patient psychiatrique » et la crainte de la prescription de psychotropes peuvent inciter le patient à ne pas s'exprimer sur ses idées suicidaires ou même à ne pas consulter. Dans une étude menée en France sur l'agglomération roubaisienne en 2012<sup>45</sup> auprès des médecins généralistes, 75,3% d'entre eux énonçaient la crainte de la psychiatrie comme un frein à l'orientation des patients vers les services de psychiatrie.

- La mise au premier plan d'éléments somatiques : un patient suivi de manière régulière pour des troubles somatiques peut masquer une humeur dépressive sous-jacente ou au contraire chez des patients non suivis une somatisation peut aussi révéler une incapacité à exprimer une souffrance psychique. Dans une enquête en 2013 par exemple<sup>38</sup>, 88% des médecins généralistes interrogés estiment être parfois ou souvent trompés par des symptômes tels que l'asthénie ou les douleurs chroniques.
- Les difficultés dans les relations avec les psychiatres : une étude réalisée auprès de médecins généralistes<sup>46</sup> a démontré les difficultés à joindre un psychiatre pour un avis en urgence et le peu d'informations obtenues s'ils y sont parvenus. En cas d'urgence les psychiatres de ville sont peu appelés car difficiles à joindre et les CMP considérés comme peu opérants. Les services d'accueil d'urgences spécialisés permettent selon ces mêmes médecins un accueil satisfaisant cependant reste le problème du refus du patient à une prise en charge. Les difficultés relationnelles entre psychiatres et médecins généralistes sont nettement dépendantes de facteurs individuels mais sont souvent le reflet de difficultés à adresser les patients (dont les raisons sont multiples : insuffisance du nombre de psychiatres dans certains secteurs, changement fréquents de consultants dans les hôpitaux et les CMP, complexité du réseau de soins et absence de communication).

- L'histoire personnelle du médecin vis à vis du suicide ou le manque d'expérience : cette difficulté semble être moins importante, une étude italienne<sup>37</sup> retrouvait moins de 10% des médecins interrogés qui considéraient leur histoire personnelle comme une difficulté.

## **1.5 Justification de ce travail**

Devant ces difficultés retrouvées dans la littérature et les questions soulevées durant mon internat concernant l'évaluation du risque suicidaire en médecine générale, j'ai extrait une question de recherche, plus centrée sur l'Ile de la Réunion qui est :

### **Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à la Réunion dans l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires ?**

Aucune étude sur le sujet n'a encore été réalisée à la Réunion, je me suis donc appuyé pour mon travail sur des études françaises et internationales.

L'objectif principal de mon étude est de mettre en évidence les différents éléments pouvant mettre en difficultés les médecins généralistes lorsqu'ils reçoivent en consultation des patients suicidaires, aussi bien dans l'évaluation du risque que dans la poursuite de la prise en charge de ceux-ci.

Je souhaiterais que mon étude puisse être une première pierre à l'édifice d'une réflexion concernant l'amélioration de la prise en charge du patient suicidaire dans le sud de La Réunion. Cela pourrait permettre d'offrir aux patients une meilleure prise en charge.

Dans un premier temps nous décrirons la méthode de notre étude, puis nous présenterons les résultats obtenus. Enfin nous analyserons ces résultats en les confrontant aux données actuelles de la littérature.



## **2 MATERIEL ET METHODE**

### **2.1 Population étudiée**

L'étude a été menée auprès des médecins généralistes installés dont la patientèle dépend du secteur psychiatrique du CHU Sud Réunion.

Ont été exclus de l'étude les médecins travaillant dans des structures de consultations d'urgence, type « SOS-MEDECINS » ainsi que les médecins remplaçants du fait de la particularité de leur pratique quotidienne (moins bonne connaissance du patient, de sa famille et de son milieu par rapport à son médecin traitant, absence de suivi au long cours).

Une liste de ces médecins et de leurs adresses nous a été fournie par le Dr Bonnechère qui l'avait réalisée en 2012 en recoupant les données de l'annuaire papier des professionnels de santé libéraux et l'annuaire virtuel pour une étude menée dans le cadre de sa thèse de médecine générale<sup>47</sup>. Nous avons rajouté à cette liste les médecins généralistes installés depuis 2012 et retiré ceux n'exerçant plus la médecine en 2014 afin qu'elle soit la plus complète possible. Dans les cas où il y avait une discordance, une vérification téléphonique était effectuée auprès des médecins eux-mêmes ou de leur secrétariat.

### **2.2 Organisation de l'étude**

#### **2.2.1 Type d'étude**

Etude transversale par recueil d'opinion menée du 25 novembre 2014 au 6 février 2015 sur le secteur psychiatrique Sud de l'île de la Réunion.

#### **2.2.2 Questionnaire**

Un questionnaire anonyme et confidentiel portant sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernant l'évaluation du risque suicidaire et les difficultés de prise en charge des patients suicidaires en ambulatoire a été élaboré par nos soins et envoyé aux médecins généralistes inclus dans notre étude le 25/11/14.

Ce questionnaire reprend plusieurs items de celui réalisé par le Dr Lescornez pour sa thèse de médecine générale en 2013<sup>38</sup>, portant sur un sujet similaire en y apportant quelques modifications et ajouts afin de se rapprocher des problématiques pressenties.

La plupart des questions étaient des questions fermées mais certaines demandaient aux médecins interrogés de développer leurs réponses de manière écrite.

Ce questionnaire a été réalisé en collaboration avec des psychiatres du pôle santé mentale du CHU Sud Réunion.

Le questionnaire a été soumis à plusieurs médecins généralistes « tests » pour avis et conseils pour améliorer les questions et la clarté de celles-ci.

Une lettre de relance a été envoyée aux médecins non répondus le 05/01/15, la date de clôture du recueil de donnée a été fixée au 06/02/15.

Ce questionnaire comprenait des questions portant sur cinq axes principaux :

- Le premier concernait les données démographiques de la population des médecins étudiée. En effet, il s'agissait de savoir dans un premier temps quelles étaient les caractéristiques de cette population mais aussi de savoir si ces caractéristiques pouvaient jouer un rôle et influencer les médecins dans leur façon d'évaluer le risque suicidaire en fonction de leur âge, de leur sexe, de leur expérience et de leur mode d'exercice (rural, semi-rural, urbain).
- Le second concernait le rapport que pouvait avoir le médecin avec le suicide, sur le plan personnel et professionnel. Sur le plan personnel nous avons recherché des antécédents chez le médecin d'épisodes dépressifs majeurs, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide ainsi qu'une histoire de vie marquée par un suicide afin de rechercher un impact de cette histoire personnelle sur la manière d'évaluer le risque suicidaire. Nous recherchions aussi la fréquence à laquelle les médecins généralistes interrogés pouvaient être confrontés aux tentatives de suicides et au suicide chez leur patient afin d'évaluer si, en fonction de leur expérience vis à vis de ce sujet, leurs pratiques changeaient.
- Le troisième concernait l'évaluation du risque suicidaire par les médecins généralistes. Les deux premières questions recherchaient avec quelle aisance et de quelle manière ils abordaient le sujet avec leurs patients. Nombreuses études prouvent que l'idée reçue selon laquelle aborder le sujet des idées suicidaires peut entraîner un passage à l'acte est bien ancrée dans les mentalités y compris celle des médecins généralistes. Pour

cette raison nous recherchions dans la question abordant les difficultés rencontrées par les médecins si la peur de provoquer un passage à l'acte était un frein à cette évaluation. Nous recherchions de plus dans les difficultés auto-perçues le manque de temps, d'expérience, de formation, la réticence du patient, la mise au premier plan des symptômes somatiques ainsi que l'histoire personnelle du médecin vis à vis du suicide ou autres (une zone de texte libre leur permettaient de détailler).

- Dans le quatrième axe nous faisons l'état des formations des médecins sur le sujet (formations au cours des études universitaire ou dans le cadre de la formation médicale continue) et sur la nécessité selon eux de bénéficier d'une formation.
- Dans le cinquième axe nous recherchions les difficultés rencontrées par les médecins une fois l'évaluation du risque faite (méconnaissance du réseau sur lequel s'appuyer, difficulté pour obtenir un avis psychiatrique, délais trop longs dans les CMP, difficultés pour joindre l'entourage et sentiment d'isolement dans la prise de décision).  
Nous recherchions par la suite quelles étaient les difficultés dans la collaboration entre les médecins généralistes et les différents acteurs du réseau psychiatrique qu'ils soient du secteur public, privé, hospitalier ou libéral dans le sud de l'île de la Réunion.

### **2.3 Analyse statistique**

Les variables qualitatives ont été exprimées en termes de fréquence, de pourcentages et d'intervalle de confiance à 95%. Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyenne et d'écart type à la moyenne.

Les comparaisons bivariées de pourcentages ont été effectuées par les tests du Chi<sup>2</sup> de Pearson et du test exact de Fisher selon les conditions d'applications.

Toutes les hypothèses ont été testées au risque alpha de 0.05. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SAS 9.4 (SAS Institute Inc, Cary NC).

### 3 RESULTATS

#### 3.1 Population étudiée

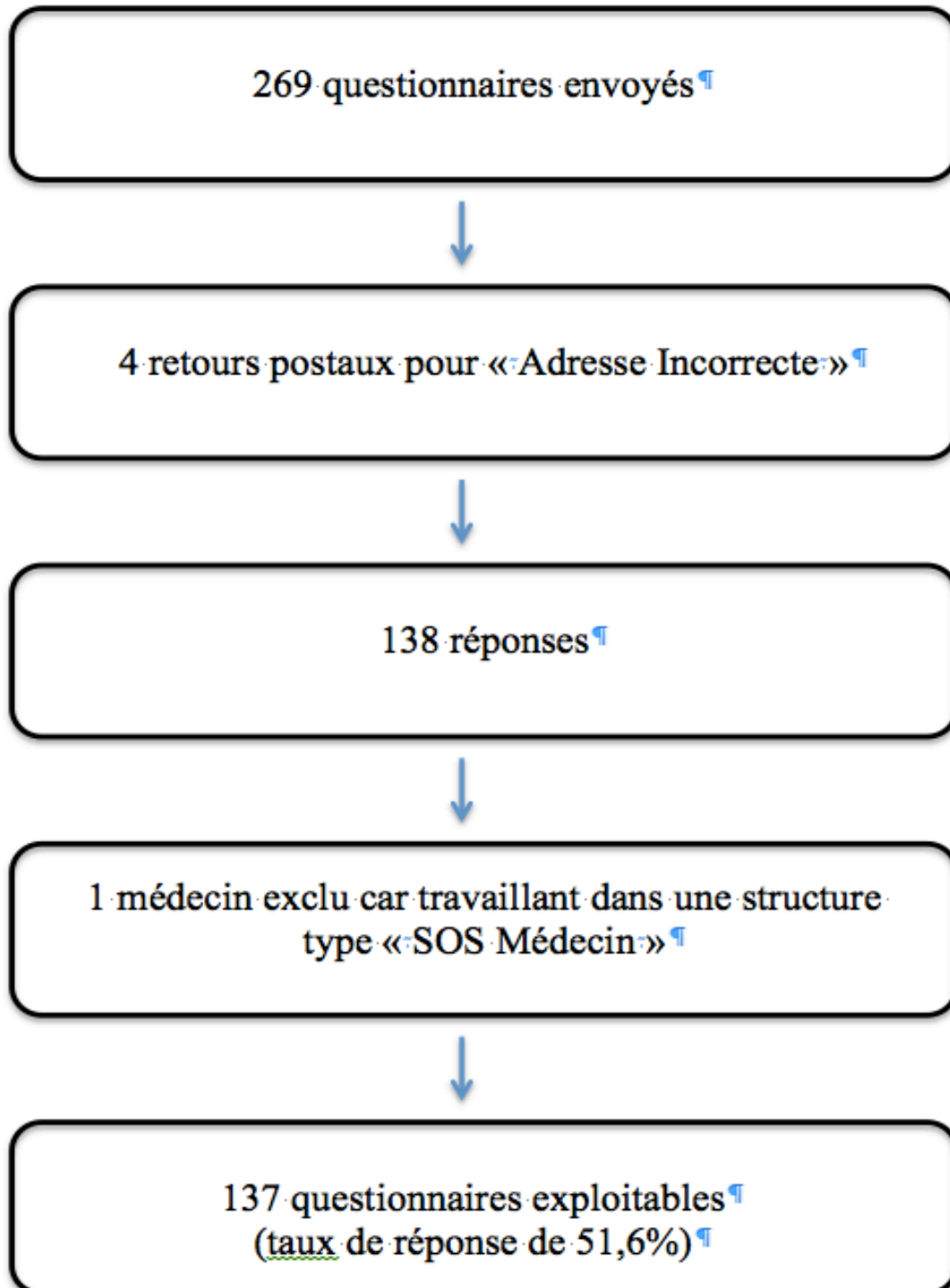


Figure 6 : Diagramme de flux de la population étudiée

## 3.2 Caractéristiques de la population étudiée

### 3.2.1 Age de la population étudiée

La moyenne d'âge dans l'échantillon est de 51 ans avec un écart-type de 9,6 ans.

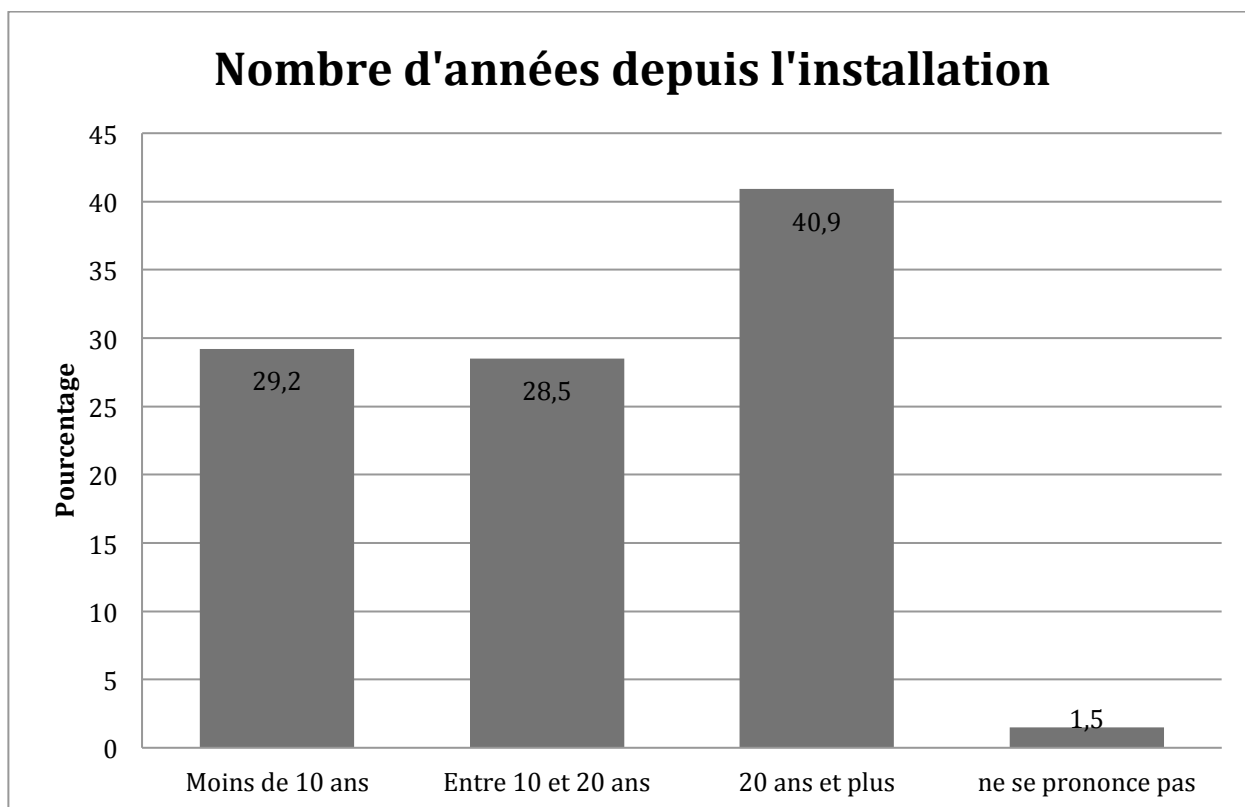
### 3.2.2 Répartition selon le sexe



**Figure 7 : Secteurs représentant la répartition selon le sexe dans la population étudiée**

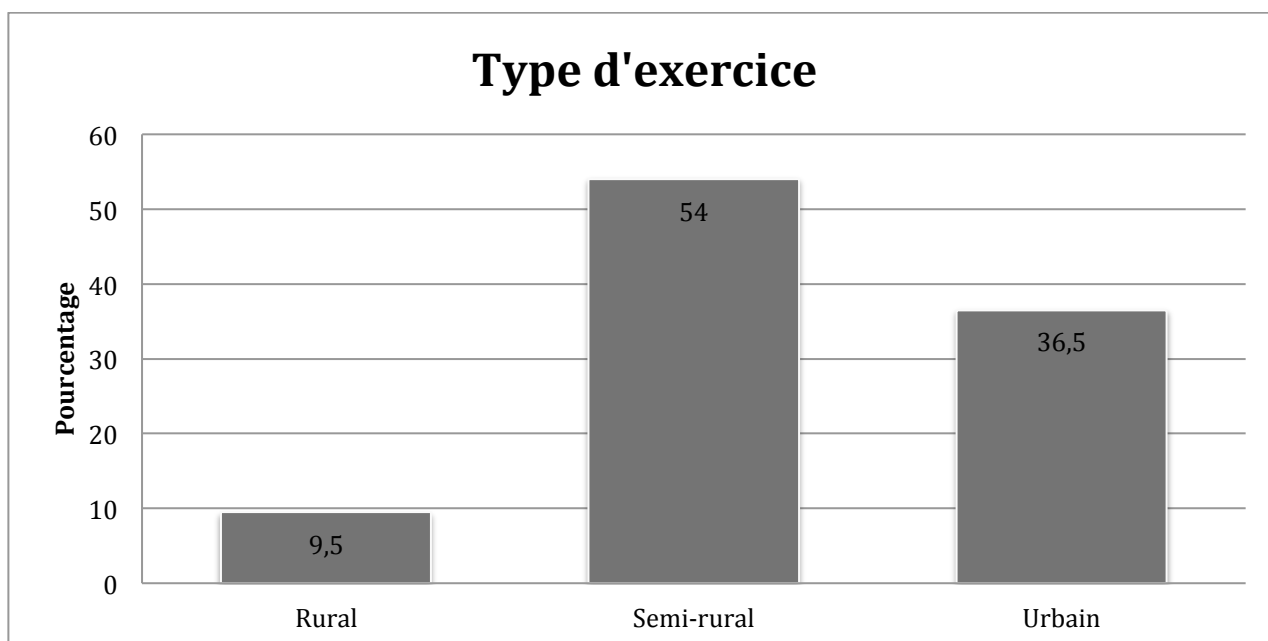
### 3.2.3 Répartition selon le temps en années depuis l'installation

Les médecins répondants étaient installés en moyenne depuis 18,7 ans (avec un écart-type de 11,5 ans). Ils ont été répartis en trois groupes, les moins de 10 ans d'expérience, les 10 à 20 ans et les 20 ans et plus.



**Figure 8 : Histogramme représentant la répartition selon la durée d'installation dans la population étudiée**

#### 3.2.4 Répartition selon le type d'exercice



**Figure 9 : Histogramme représentant la répartition selon le type d'exercice dans la population étudiée**

### 3.2.5 Antécédents personnels

	Echantillon (n=137)	IC 95%
<b>Antécédent personnel d'épisode dépressif majeur</b> - Oui - Non - NSP	<b>17 (12,4%)</b> 119 (86,9%) 1 (0,7%)	[7,4 – 19,1]
<b>Antécédent personnel d'idées suicidaires</b> - Oui - Non - NSP	<b>15 (10,9%)</b> 120 (87,6%) 2 (1,5%)	[6,3 – 17,4]
<b>Antécédent personnel de tentative de suicide</b> - Oui - Non - NSP	2 (1,5%) 133 (97,0%) 2 (1,5%)	[0,18 – 5,2]

**Tableau 1: Réponses aux items concernant les antécédents personnels des médecins interrogés**

### 3.2.6 Confrontation au suicide

	Echantillon (n=137)	IC 95%
<b>Histoire personnelle marquée par le suicide</b> - Oui - Non - NSP	22 (16,1%) 112 (81,8%) 3 (2,1%)	[10,4 – 23,3]
<b>Confrontation à une/des tentative(s) de suicide</b> - Oui - Non - NSP	<b>124 (90,5%)</b> 12 (8,8%) 1 (0,7%)	[84,3 – 94,9]
<b>Confrontation à un/des suicide(s)</b> - Oui - Non - NSP	<b>87 (63,6%)</b> 47 (34,3%) 3 (2,1%)	[54,9 – 71,6]

**Tableau 2 : Réponses aux items concernant la confrontation des médecins avec les tentatives de suicide et le suicide**

Environ 90% des médecins confrontés aux tentatives de suicide le sont moins de 5 fois par an.

Parmi les médecins confrontés à un ou des suicides (n=87), 30 (34,5%) l'ont été une seule fois dans leur carrière, 24 (27,6%) deux fois, 14 (16,1%) trois fois et 19 (21,8%) plus de trois fois (avec une moyenne d'environ 0,2 suicide par an).

### 3.2.7 Formation des médecins généralistes interrogés

	Echantillon (n = 137)
<b>Formation pendant les études</b>	
- Oui	52 (38%)
- Non	<b>84 (61,3%)</b>
- NSP	1 (0,7%)
<b>Formation dans le cadre de la formation médicale continue</b>	
- Oui	42 (30,7%)
- Non	<b>94 (68,6%)</b>
- NSP	1 (0,7%)
<b>Jugez vous une formation utile</b>	
- Oui	<b>109 (79,6%)</b>
- Non	22 (16,1%)
- NSP	6 (4,3%)

**Tableau 3 : Réponses aux items correspondants à la formation des médecins interrogés vis à vis de la problématique de l'évaluation du risque suicidaire**

Cinq des médecins interrogés jugeaient que leur formation reposait sur « l'expérience » et sur le fait d'avoir « appris sur le tas », 5 médecins avaient bénéficié d'une formation à l'écoute active ou à la communication et 5 autres rapportaient une autoformation par presse médicale et/ou internet. Un avait fait un stage de psychiatrie durant son internat et un autre avait participé à un EPU de psychiatrie.



### 3.3 Abord du sujet du suicide

#### 3.3.1 Aisance à l'abord

	Echantillon (n=137)	IC 95%
<b>Vous sentez vous à l'aise pour aborder le sujet du suicide ?</b>		
- Oui	87 (63,5%)	[54,9 – 71,6]
- Non	48 (35%)	
- NSP	2 (1,5%)	

**Tableau 4 : Réponses à l'item « Vous sentez vous à l'aise pour aborder le sujet du suicide avec un patient ? »**

#### 3.3.2 Manière d'aborder le sujet

	Echantillon (n=137)
<b>Vous attendez que le sujet en parle spontanément ?</b>	
- Oui	37 (27%)
- Non	94 (68,6%)
- NSP	6 (4,4%)
<b>Vous posez directement la question ?</b>	
- Oui	<b>113 (82,5%)</b>
- Non	20 (14,5%)
- NSP	4 (3%)

**Tableau 5 : Réponses aux items concernant la manière d'aborder le sujet du suicide avec un patient**

Parmi les médecins qui posent directement la question (n=113), 46 (40%) utilisent le mot suicide, 48 (42,5%) utilisent des moyens détournés (« penser à mourir », « penser à la mort », « idées noires », « en finir »), 19 (16,8%) n'ont pas précisé.

Seuls 6 (4,4%) médecins interrogés considéraient que le fait de poser la question des idées suicidaires pouvait entraîner un passage à l'acte.

### 3.4 Difficultés à l'évaluation du risque suicidaire

#### 3.4.1 Le manque d'expérience

	Echantillon (n=137)
<b>Le manque d'expérience est il une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ?</b>	
- Jamais	13 (10 %)
- Parfois	74 (54 %)
- Souvent	36 (26 %)
- Toujours	12 (9 %)
- NSP	2 (1 %)

**Tableau 6 : Réponses données à la question « le manque d'expérience est il une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ? »**

#### 3.4.2 Le manque de formation

	Echantillon (n = 137)
<b>Le manque de formation est il une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ?</b>	
- Jamais	12 (9 %)
- Parfois	62 (45 %)
- Souvent	<b>45 (33 %)</b>
- Toujours	<b>15 (11 %)</b>
- NSP	3 (2 %)

**Tableau 7 : Réponses données à la question « le manque de formation est il une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ? »**

### 3.4.3 Le manque de temps

	Echantillon (n = 137)
<b>Le manque de temps est-il une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ?</b>	
- Jamais	36 (26 %)
- Parfois	44 (32 %)
- Souvent	<b>42 (31 %)</b>
- Toujours	<b>12 (9 %)</b>
- NSP	3 (2 %)

**Tableau 8 : Réponses données à la question « le manque de temps est il une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ? »**

### 3.4.4 La peur de provoquer un passage à l'acte

	Echantillon (n = 137)
<b>La peur de provoquer un passage à l'acte est elle une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ?</b>	
- Jamais	<b>93 (68 %)</b>
- Parfois	32 (23 %)
- Souvent	6 (5 %)
- Toujours	3 (2 %)
- NSP	3 (2 %)

**Tableau 9 : Réponses données à la question « la peur de provoquer un passage à l'acte est elle une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ? »**

### 3.4.5 La réticence du patient et la mise au premier plan de problèmes somatiques

	Echantillon (n = 137)
<b>La réticence du patient et la mise au premier plan de problèmes somatiques sont-ils des difficultés pour évaluer le risque suicidaire ?</b>	
- Jamais	10 (7 %)
- Parfois	65 (48 %)
- Souvent	<b>54 (39 %)</b>
- Toujours	<b>6 (4 %)</b>
- NSP	2 (2 %)

**Tableau 10 : Réponses à la question « la réticence du patient et la mise au premier plan de problèmes somatiques sont-ils des difficultés pour évaluer le risque suicidaire ? »**

Neuf médecins dans la partie « remarques » soulignaient la réticence du patient vis à vis des idées suicidaires et de la crainte de la psychiatrie (« refus des soins », « minimisation », « réticence à s'exprimer », « idées non exprimées ou cachées », « réticence à s'exprimer », « détermination du patient au passage à l'acte », « consultations tardives »).

### 3.4.6 L'histoire personnelle du médecin vis à vis du suicide

	Echantillon (n = 137)
<b>Votre histoire personnelle vis à vis du suicide est elle une difficulté pour évaluer le risque suicidaire ?</b>	
- Jamais	<b>117 (85 %)</b>
- Parfois	13 (10 %)
- Souvent	3 (2 %)
- Toujours	0 (0 %)
- NSP	4 (3 %)

**Tableau 11 : Réponses à la question « Votre histoire personnelle vis à vis du suicide est elle une difficulté pour évaluer le risque suicidaire? »**

### 3.5 Difficultés dans la prise en charge du patient suicidaire

#### 3.5.1 Méconnaissance des structures sur lesquelles s'appuyer

	Echantillon (n = 137)
<b>La méconnaissance des structures sur lesquelles vous appuyer est elle une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ?</b>	
- Jamais	44 (32 %)
- Parfois	55 (40 %)
- Souvent	27 (20 %)
- Toujours	8 (6 %)
- NSP	3 (2 %)

**Tableau 12 : Réponses données à la question « la méconnaissance des structures sur lesquelles s'appuyer est elle une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ? »**

#### 3.5.2 Difficulté pour avoir un avis psychiatrique en urgence

	Echantillon (n = 137)
<b>La difficulté à avoir un avis psychiatrique en urgence est elle une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ?</b>	
- Jamais	19 (14 %)
- Parfois	32 (23 %)
- Souvent	<b>52 (38 %)</b>
- Toujours	<b>34 (25 %)</b>
- NSP	0 (0 %)

**Tableau 13 : Réponses données à la question « la difficulté à avoir un avis psychiatrique en urgence est elle une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ? »**

### 3.5.3 Délais d'attente dans les centres de consultations

	Echantillon (n = 137)
<b>Les délais de rendez-vous dans les centres de consultation sont-ils une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ?</b>	
- Jamais	7 (5 %)
- Parfois	18 (13 %)
- Souvent	<b>60 (44 %)</b>
- Toujours	<b>49 (36 %)</b>
- NSP	3 (2 %)

**Tableau 14 : Réponses données à la question « les délais de rendez-vous dans les centres de consultation sont-ils une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ? »**

### 3.5.4 Sentiment d'isolement du médecin généraliste dans la prise de décision

	Echantillon (n = 137)
<b>Vous sentez vous isolé dans la prise de décision ?</b>	
- Jamais	9 (7 %)
- Parfois	53 (39 %)
- Souvent	51 (37 %)
- Toujours	22 (16 %)
- NSP	2 (1 %)

**Tableau 15 : Réponses données à la question « vous sentez vous isolé dans la prise de décision ? »**

### 3.5.5 Difficultés pour joindre l'entourage

	Echantillon (n = 137)
<b>La difficulté à joindre l'entourage du patient est elle une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ?</b>	
- Jamais	12 (9 %)
- Parfois	80 (58 %)
- Souvent	36 (26 %)
- Toujours	5 (4 %)
- NSP	4 (3 %)

**Tableau 16 : Réponses données à la question « la difficulté à joindre l'entourage du patient est elle une difficulté dans la prise en charge des patients suicidaires ? »**

### 3.5.6 Autres

Treize médecins dans la partie « remarques » notent la difficulté en cas de refus du patient suicidaire (difficulté pour convaincre le patient ou pour la mise en place d'une Hospitalisation à la demande d'un tiers).

### 3.6 Difficultés rencontrées dans la collaboration avec les différentes structures et psychiatres

#### 3.6.1 Le CAUMP

	Echantillon (n=137)
<b>Avez vous déjà eu recours au CAUMP ?</b>	
- Oui	<b>117 (85,4%)</b>
- Non	19 (13,9%)
- NSP	1 (0,7%)
<b>Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?</b>	
- Manque de retours	10 (8,5%)
- Délais de prise en charge	9 (7,6%)
- Multiplication des intervenants/interlocuteurs	6 (5,1%)
- Temps d'attente aux urgences	3 (2,6%)
- Ne connais pas la structure	3 (2,6%)
- Peu joignable	3 (2,6%)
- Manque de communication	2 (1,7%)
- Horaires	1 (0,9%)

**Tableau 17 : Recours et difficultés rencontrées avec le CAUMP**



### 3.6.2 Les CMP

	Echantillon (n=137)
<b>Avez vous déjà eu recours aux CMP ?</b>	
- Oui	<b>129 (94,1%)</b>
- Non	6 (4,4%)
- NSP	2 (1,5%)
<b>Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?</b>	
- Délais	<b>79 (61,2%)</b>
- Pas de prise en charge en urgence	10 (7,8%)
- Manque de retours	8 (6,2%)
- Joindre un psychiatre	7 (5,4%)
- Trop d'intervenants	5 (3,9%)
- Manque de communication	3 (2,3%)
- Horaires	2 (1,6%)
- Eloignement géographique	2 (1,6%)

**Tableau 18 : Recours et difficultés rencontrées avec les CMP :**

### 3.6.3 Les psychiatres libéraux

<b>Avez vous déjà eu recours aux psychiatres libéraux?</b>	
- Oui	<b>130 (94,9%)</b>
- Non	6 (4,4%)
- NSP	1 (0,7%)
<b>Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?</b>	
- Délais	<b>64 (49,2%)</b>
- Peu joignables	<b>23 (17,7%)</b>
- Coût/Dépassement d'honoraires	10 (7,7%)
- Pas de prise en charge en urgence	8 (6,2%)
- Pas assez nombreux	3 (2,3%)
- Manque de retours	3 (2,3%)
- Eloignement géographique	2 (1,5%)

**Tableau 19 : Recours et difficultés rencontrées avec les psychiatres libéraux**

### 3.6.4 La Clinique des Flamboyants

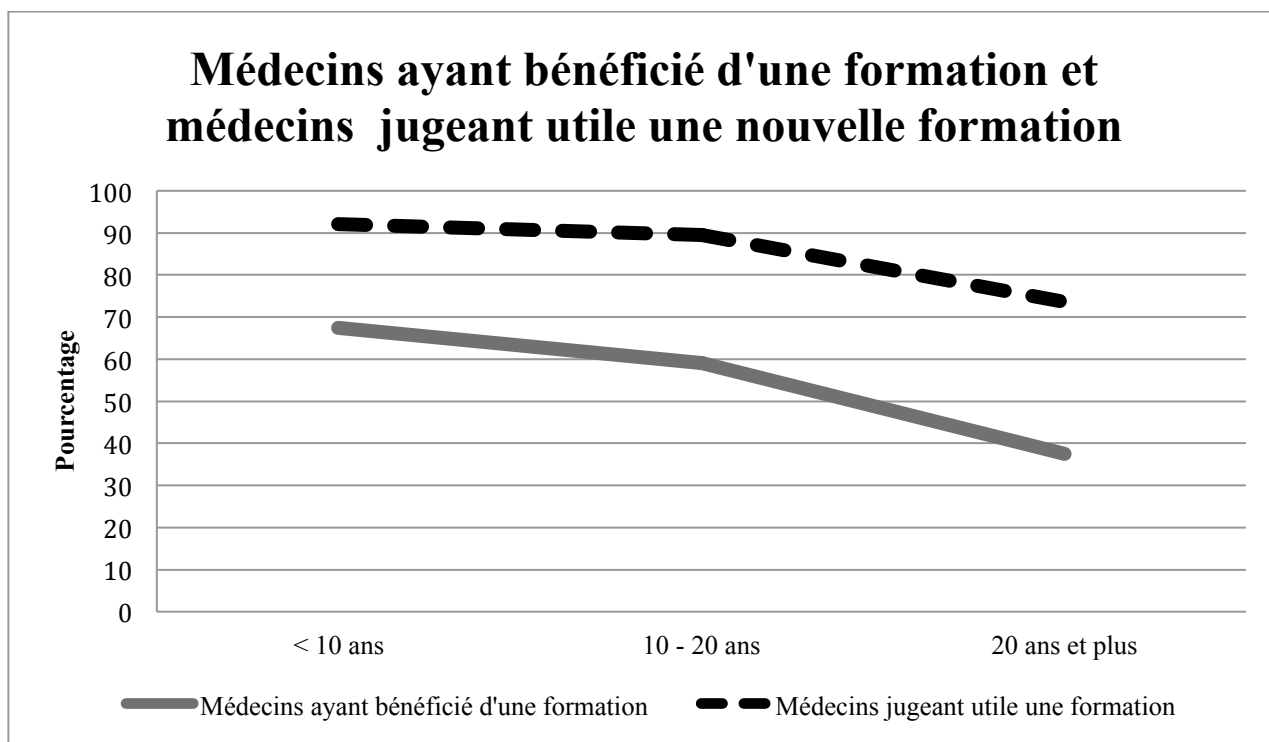
	Echantillon (n = 137)
<b>Avez vous déjà eu recours à la Clinique des Flamboyants?</b>	
- Oui	<b>127 (92,7%)</b>
- Non	10 (7,3%)
<b>Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?</b>	
- Délais	<b>43 (33,9%)</b>
- Manque de retours	9 (7,1%)
- Pas de prise en charge en urgence	8 (6,3%)
- Médecins peu joignables	7 (5,5%)
- Difficultés administratives	6 (4,6%)
- Sélection des patients	2 (1,5%)

**Tableau 20 : Recours et difficultés rencontrées avec la Clinique des Flamboyants**

## 3.7 Influence de l'expérience

### 3.7.1 Influence de l'expérience sur la formation et l'abord du risque suicidaire

Les médecins les plus récemment installés ont plus bénéficié de formations sur le suicide (universitaire, FMC ou autres) que leurs confrères installés depuis plus longtemps et ce de manière statistiquement significative ( $p < 0,01$ ). Cependant, et ce de manière toujours statistiquement significative ( $p = 0,03$ ), ce sont ces mêmes médecins qui pensent que de nouvelles formations seraient utiles (voir courbes ci-dessous).



**Figure 10 : Courbes représentant le pourcentage de médecins ayant bénéficié d'une formation au suicide et ceux jugeant utile une nouvelle formation par rapport à la durée d'installation**

L'expérience n'influence pas de manière statistiquement significative, ni le fait d'être à l'aise pour aborder le sujet, ni la manière de l'aborder.

### 3.7.2 Influence de l'expérience sur les difficultés à l'évaluation du risque suicidaire

Le manque d'expérience, le manque de formation et le manque de temps n'étaient pas influencés de manière significative par la durée d'installation.

### 3.7.3 Influence de l'expérience sur les difficultés dans la prise en charge des patients suicidaires

La méconnaissance des structures, la difficulté à avoir un avis psychiatrique en urgence, le délai d'attente pour un rendez-vous, le sentiment d'isolement dans la prise de décision et la difficulté à joindre l'entourage n'étaient pas influencés de manière statistiquement significative par l'expérience.

## **3.8 Influence de la formation**

### **3.8.1 Influence de la formation sur l'abord du risque suicidaire et le fait de juger une formation utile**

La formation n'influence pas de manière statistiquement significative le fait d'être à l'aise pour aborder le risque suicidaire.

La **grande majorité des médecins jugent utile une formation**, qu'ils en aient déjà bénéficié (80,9%) ou non (85,7%).

### **3.8.2 Influence de la formation sur les difficultés à l'évaluation du risque suicidaire**

De manière statistiquement significative, les médecins sans formation spécifique au suicide sont 65% à estimer que ce manque de formation est souvent ou toujours une difficulté à évaluer le risque suicidaire contre seulement 26,8% des médecins formés ( $p < 0,001$ )

Les médecins ayant bénéficié d'une formation sont seulement 23,9% à estimer manquer souvent ou toujours d'expérience pour évaluer le risque suicidaire contre 48,4% chez ceux n'ayant pas eu de formation et ce résultat est statistiquement significatif ( $p = 0,03$ ).

La peur de provoquer un passage à l'acte est souvent ou toujours une difficulté pour évaluer le risque suicidaire chez 12,7% des médecins n'ayant pas bénéficié de formation contre 1,4% de ceux en ayant bénéficié et cette différence est statistiquement significative ( $p < 0,01$ ).

Le manque de temps et la réticence du patient ne sont pas influencés par la formation des médecins interrogés.

### **3.8.3 Influence de la formation sur les difficultés dans la prise en charge des patients suicidaires**

Les médecins n'ayant pas bénéficié d'une formation sont 63% à ressentir un sentiment d'isolement dans la prise de décision contre seulement 45,7% des médecins ayant bénéficié de formation ( $p = 0,04$ ).

La méconnaissance des structures, la difficulté à obtenir un avis psychiatrique en urgence, les délais dans les centres de consultation et la difficulté à joindre l'entourage du patient ne sont pas influencés par la formation des médecins interrogés.

## **3.9 Influence des antécédents personnels**

### **3.9.1 Influence des antécédents personnels sur la formation et l'abord du risque suicidaire**

Le fait d'être à l'aise pour aborder le sujet, la manière de l'aborder, le fait d'avoir bénéficié d'une formation et le fait de juger utile une formation ne sont pas influencés de manière statistiquement significative par le fait d'avoir des antécédents personnels (épisode dépressif majeur, idées suicidaires ou tentatives de suicide).

### **3.9.2 Influence des antécédents personnels sur les difficultés à l'évaluation du risque suicidaire**

Le manque d'expérience, le manque de temps, le manque de formation, la peur de provoquer un passage à l'acte, la réticence du patient et l'histoire personnelle du médecin n'étaient pas influencés de manière statistiquement significative par les antécédents personnels.

### **3.9.3 Influence des antécédents personnels sur les difficultés dans la prise en charge des patients suicidaires**

La méconnaissance des structures, la difficulté pour obtenir un avis psychiatrique en urgence, les délais pour obtenir une consultation psychiatrique, le sentiment d'isolement dans la prise de décision et la difficulté à joindre l'entourage ne sont pas influencés par les antécédents personnels.

## **3.10 Influence des antécédents professionnels (TS et suicide)**

### **3.10.1 Influence des antécédents professionnels sur la formation et l'abord du risque suicidaire**

Les médecins ayant déjà été confrontés à une ou plusieurs TS posent plus directement la question (86,8%) que ceux qui n'y ont pas été confrontés (63,6%) et ce de manière statistiquement significative ( $p = 0,04$ ).

Le fait d'être à l'aise pour aborder le sujet, d'avoir bénéficié d'une formation et de juger utile une formation ne sont pas influencés par la confrontation à une ou plusieurs TS dans le cadre professionnel.

La confrontation à un ou des suicides dans le cadre professionnel n'influence pas de manière statistiquement significative le fait d'être à l'aise pour aborder le sujet, la manière d'aborder le sujet, le fait d'avoir bénéficié d'une formation ou le fait de juger utile une formation.

### **3.10.2 Influence des antécédents professionnels sur les difficultés à l'évaluation du risque suicidaire**

Aucune des difficultés à l'évaluation du risque suicidaire étudiées n'est influencée de manière statistiquement significative par le fait d'avoir déjà été confronté à une ou plusieurs TS ou au suicide.

### **3.10.3 Influence des antécédents professionnels sur les difficultés dans la prise en charge des patients suicidaires**

Le fait d'avoir été confronté à une ou des tentatives de suicide ou au suicide dans sa carrière n'influence pas de manière statistiquement significative les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients suicidaires.

## 4 DISCUSSION

### 4.1 Forces et faiblesses de l'étude

#### 4.1.1 Forces

Cette étude est une étude originale, jamais réalisée sur l'île de la Réunion qui pourrait permettre d'améliorer la prise en charge des patients suicidaires par les médecins généralistes en permettant une meilleure formation sur le sujet (répétée dans le temps) et une meilleure communication avec les psychiatres (libéraux ou du secteur public)

La population d'étude est comparable à la population de référence des médecins généralistes de la Réunion en terme d'âge et de répartition selon le sexe.

Le taux de participation (51%) est relativement important et permet d'extrapoler les résultats pour la population des médecins généralistes du sud de l'île de la Réunion.

Une étude quantitative du même type serait intéressante à réaliser en métropole afin de pouvoir comparer les résultats et de voir ce qui pourrait s'intégrer dans des difficultés générales ou ce qui relèverait d'une spécificité réunionnaise (une première étude a été retrouvée<sup>38</sup> mais celle-ci était qualitative et se basait sur des entretiens semi-dirigés et ne permet donc pas de comparaisons statistiques).

#### 4.1.2 Faiblesses

A la vue du taux de réponses, nous pouvons nous questionner sur la motivation de certains médecins à répondre à ce questionnaire (plus concernés ? plus inquiets ? mieux formés à la problématique ?) cela entraîne donc un biais de sélection très probable mais inhérent à ce type d'étude.

Comme toutes les études déclaratives, il existe un biais de déclaration, entraînant un décalage entre la réalité de la pratique des médecins et l'idée qu'ils s'en font et donc des réponses qu'ils donnent.

Le fait de ne pas avoir inclus dans l'étude les médecins remplaçants peut être une faiblesse de cette étude car pour certains patients qui ont peur du jugement de leur médecin, il est parfois plus facile de s'exprimer sur ses idées suicidaires ou son moral avec un nouvel interlocuteur, plus neutre.

La répartition des réponses à certains items (« jamais », « parfois », « souvent », « toujours ») sur les difficultés rencontrées peut entraîner une imprécision des réponses et créer un biais de mesure.

Les questions étaient imposées et donc obligatoirement restrictives ce qui entraîne forcément un biais de restriction.

## 4.2 Les principaux résultats

### 4.2.1 La confrontation aux TS et aux suicides et l'abord du risque

Les résultats prouvent que plus de 90% des médecins généralistes questionnés avait été confrontés à des TS au moins une fois dans leur carrière ce qui est comparable avec des résultats d'une étude française réalisée en 2002<sup>35</sup>. Les résultats divergent par contre sur la confrontation au suicide. Dans l'étude de 2002, 92% des médecins interrogés avaient été confrontés au suicide contre seulement 63% dans notre étude. Cette différence est peut être due au fait que l'étude de référence a été menée dans un département de l'ouest de la France qui a un taux de suicide supérieur à la moyenne nationale.

Nos chiffres sont plus comparables à ceux retrouvés en 2011 dans une étude italienne<sup>37</sup> (70% des médecins confrontés au suicide et 80% aux TS).

Dans mon étude, le fait d'avoir été confronté à un suicide ne change pas la manière du médecin d'aborder le sujet du suicide avec de nouveaux patients (les médecins avec antécédents professionnels ne sont pas plus à l'aise pour aborder le sujet que les autres et ne posent pas la question plus directement). Ce même résultat a été mis en évidence dans une étude métropolitaine en 2013<sup>48</sup>.

### 4.2.2 La formation

Environ deux tiers des médecins interrogés se disent à l'aise pour aborder le sujet du suicide avec leur patient. **Les médecins formés se déclarent plus à l'aise que les autres pour aborder le risque suicidaire.**

Les chiffres concernant la formation des médecins sont comparables avec ceux retrouvés dans la littérature (selon une étude anglaise de 2010<sup>36</sup>, environ 30% des médecins reçoivent une formation spécifique à l'évaluation du risque suicidaire). Les médecins les plus récemment installés sont les plus formés mais aussi les plus demandeurs d'une formation ce qui est peut être un facteur générationnel.

Cependant la grande majorité (près de 80%) des médecins sont demandeurs d'une formation sur le sujet ce qui est légèrement supérieur mais comparable aux chiffres retrouvés par Fanello<sup>35</sup> (ou 68% des médecins exprimaient des besoins de formation dans le cadre de la FMC).



Quarante quatre pour cent des médecins interrogés jugeaient que le manque de formation était une difficulté à laquelle ils étaient confrontés. Ce chiffre est comparable aux 37,4% retrouvés par Bocquier et al<sup>48</sup>.

L'idée reçue selon laquelle questionner un patient sur le suicide pouvait induire un passage à l'acte n'est pas présente chez les médecins répondants. En effet seuls 6 (4,4%) médecins le pensaient (5 d'entre eux n'avaient jamais bénéficié de formation). Dans l'étude italienne de Zanone Poma<sup>37</sup> ce sont un peu plus de 5% des médecins qui décrivaient cette difficulté et selon une étude française de 2013 (incluant 1431 généralistes de toute la France métropolitaine), 9,5% des médecins considéraient qu'interroger un patient sur ses idées suicidaires pouvait déclencher un passage à l'acte.

De plus, comme l'a prouvé une étude suédoise<sup>44</sup>, l'effet de la formation est temporaire et celle-ci doit être répétée dans le temps pour être efficace, ce qui peut expliquer la nécessité que ressentent certains médecins formés à plus de formation.

#### **4.2.3 Difficultés d'accès aux soins et de communication avec les spécialistes**

Dans tous les cas (public et privé) les possibilités offertes aux médecins généralistes paraissent insuffisantes voire inadaptées. Les principales difficultés auxquelles se heurtent les médecins généralistes sont les délais trop longs avant une consultation spécialisée (dans les centres de consultation ou avec des psychiatres libéraux) et la difficulté pour avoir un avis psychiatrique en urgence. Une étude menée en Angleterre et au pays de Galles en 2010<sup>36</sup> confirme ce fait. L'accès aux soins psychiatriques et aux services de psychiatrie est restreint et certains patients du fait des délais trop longs reviennent vers le médecin traitant sans avoir eu de contact avec le psychiatre (on peut imaginer que pour un patient déjà réticent à une consultation psychiatrique, un délai trop long puisse freiner sa compliance).

Quatre vingt pour cent des médecins interrogés jugent que les délais trop longs sont souvent ou toujours une difficulté pour la prise en charge des patients suicidaires. Ces chiffres sont comparables avec ceux retrouvés dans une étude menée dans le nord de la France en 2012<sup>45</sup>. Ces délais trop longs peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs : le manque de psychiatres libéraux (une dizaine seulement pour tout le sud de l'île avec des zones « *laissées à l'abandon* » comme le Sud sauvage, Cilaos ou les hauts du Sud-Ouest), le manque de personnels dans les CMP, les horaires trop restrictifs des CMP, les nécessités de réduction du temps d'hospitalisation ou encore l'absentéisme important des patients à leurs rendez-vous dans les CMP.

Soixante-trois pour cent des médecins interrogés jugent qu'obtenir un avis psychiatrique en urgence est souvent ou toujours une difficulté pour prendre en charge les patients suicidaires. Nombreux sont ceux qui se plaignent des difficultés à joindre les psychiatres libéraux, hospitaliers ou des CMP. Ces

difficultés sont aussi celles qui ont été retrouvées dans une étude française de 2008<sup>46</sup> menée en région parisienne et en Haute-Normandie (les professionnels psychiatriques étaient ressentis comme peu disponibles).

Un autre frein à la consultation chez les psychiatres libéraux est le dépassement d'honoraires pratiqué par certains d'entre eux. Le prix de la consultation, non remboursée, des psychologues est aussi un frein retrouvé dans notre étude à leur utilisation par les médecins généralistes (les psychologues ont pourtant des délais de rendez-vous raisonnables). Des réponses semblables avaient été données dans l'étude française sus-citée.

Le manque de retour de la part des spécialistes (médecins libéraux, du secteur privé et des CMP) est aussi une difficulté retrouvée dans notre étude et dans l'étude menée en France.

En cas d'urgence immédiate, certains médecins notent que la plus grande difficulté est de convaincre le patient d'aller à l'hôpital. Les mesures d'hospitalisation sous contrainte étant le plus souvent utilisées en dernier recours. Ces mesures sont très difficiles à mettre en place, comme le prouve une étude réalisée en 2013 sur ces mêmes médecins généralistes du sud de la Réunion<sup>47</sup>. Les médecins traitants se heurtant à la difficulté de la gestion de l'agitation au cabinet ou de l'acheminement du patient vers les urgences.

#### **4.2.4 Le temps de consultation**

La consultation du patient dépressif est une consultation éprouvante pour le médecin généraliste et celle-ci nécessite plus que les 16 minutes qui sont en moyenne consacrées aux consultations de routine (source DREES). Les résultats de mon enquête montrent que seulement un quart des médecins interrogés ne se disent jamais mis en difficulté par le manque de temps, ils sont cependant plus de 40% à l'être souvent ou toujours. Aucune des comparaisons statistiques réalisées ne permet d'expliquer cet écart (les 25% qui ne sont jamais mis en difficulté ne sont pas statistiquement différents des 40% souvent ou toujours en difficulté). Aucune explication ne me paraît pouvoir expliquer cette différence. Peut être manque-t-il un item dans mon questionnaire qui aurait permis de les différencier ? Ces chiffres sont comparables avec ceux retrouvés par Lescornez<sup>38</sup> dans son étude faite dans le Nord de la France dans la région de Wattrelos – Leers, avec ceux retrouvés dans une étude italienne<sup>37</sup> et dans une étude française<sup>48</sup> (dans ces deux dernières études 30% des médecins reconnaissaient le manque de temps comme une difficulté).

Certains médecins interrogés dans une étude française<sup>35</sup> souhaitaient une meilleure reconnaissance de leur rôle de soutien et d'écoute. La consultation du patient dépressif et/ou suicidaire est une consultation très difficile pouvant parfois durer plus d'une heure durant laquelle le médecin doit être une écoute active et attentive ainsi que pouvoir proposer des thérapeutiques (médicamenteuses ou autres) et un suivi à plus ou moins court terme. Cette

consultation est de plus très difficile à écourter ou à reporter. Cette reconnaissance pourrait aussi se faire par une prise en compte hors nomenclature. Cette prise en compte permettrait une rémunération spécifique et pourrait peut-être faciliter les consultations plus adaptées (le médecin pourrait par exemple prévoir pour son patient deux ou trois plages de consultation à la suite).

#### **4.2.5 L'histoire personnelle**

Le faible nombre retrouvé de médecins ayant des antécédents personnels de dépression, de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires ou avec une histoire personnelle marquée par le suicide ne permet pas une analyse fiable de ses données. Cependant une étude italienne<sup>37</sup> retrouve des chiffres similaires à ceux de notre étude. Moins de 10% des médecins considéraient leur histoire personnelle comme une difficulté à l'évaluation du risque suicidaire (dans notre étude 10% avait répondu parfois et 85% jamais).

Selon une étude française<sup>48</sup> 17,6% des médecins interrogés avaient un antécédent personnel de dépression ce qui est comparable avec les 12,4% retrouvés dans notre étude.

#### **4.2.6 Stigmatisation de la psychiatrie**

Un des problèmes importants souligné par les médecins interrogés (notamment dans les cases de remarques libres) était la réticence du patient à une prise en charge, notamment psychiatrique. Ce problème est retrouvé dans l'étude italienne de Zanone Poma dans laquelle la moitié des médecins interrogés avait considéré ce facteur comme une difficulté à la prise en charge des patients suicidaires. De même, dans une étude menée dans le Nord de la France<sup>45</sup>, 80% des médecins ont exprimé des difficultés à convaincre leurs patients de consulter un psychiatre et d'être hospitalisés.

Nombreux sont les médecins, en France métropolitaine et à la Réunion qui lorsqu'ils évoquent le psychiatre ou la psychiatrie se heurtent aux représentations erronées et aux idées reçues présentes dans la population générale (refus d'aller « chez les fous », peur des médicaments psychotropes...). Dans le cas de la Réunion, cette difficulté pourrait en partie s'expliquer par le fait que dans certaines communautés présentes sur l'île (malbar, malgache, chinoise...) les représentations de la médecine et notamment de la psychiatrie peuvent être perturbées par des facteurs culturels et ethnologiques (mauvaise image véhiculée par la psychiatrie) ainsi que par l'utilisation de la médecine traditionnelle en premier recours.

## **4.3 Propositions suite à cette étude**

### **4.3.1 Amélioration de la formation**

Améliorer la formation des médecins généralistes sur la dépression et sur la prise en charge des patients dépressifs et/ou suicidaires a montré selon une étude suédoise son efficacité dans la baisse du taux de suicide dans la population générale<sup>1</sup>. Cependant aucune étude française ne confirme ces données. De telles interventions pourraient être mises en place et leur impact sur la pratique des généralistes et sur le taux de suicide dans la population générale doit être évalué. Ces formations doivent cependant trouver leur public auprès des généralistes dans le cadre des organismes de développement professionnel continu (DPC). Ces formations doivent pouvoir se faire dans un contexte d'échanges entre formateurs et formés, d'évaluation des pratiques professionnelles dans un but « *d'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel des médecins et de la qualité des soins délivrés aux patients* »<sup>49</sup>.

Cette formation doit être plus largement étendue au niveau universitaire avec la formation des étudiants en médecine et surtout des internes de médecine générale (cours théoriques, mises en situation ou développement des stages en psychiatrie). Il n'y a à ce jour aucun stage de psychiatrie obligatoire dans le cursus universitaire. Certains jeunes médecins généralistes peuvent donc faire leurs premiers remplacements ou s'installer sans jamais n'avoir été confrontés à une consultation avec un patient dépressif et/ou suicidaire ce qui semble assez aberrant dans le contexte où le suicide est considéré comme une priorité nationale de santé publique.

Cette formation pour être efficace se doit d'être répétée dans le temps dans le cadre de la FMC. La mise en place de soirées regroupant médecins généralistes, psychiatres libéraux et du secteur public avec discussions autour de cas concrets pourrait être une piste à envisager.

### **4.3.2 Amélioration de la communication entre les généralistes et les spécialistes**

La relation entre les médecins généralistes et les psychiatres est rendue compliquée par le manque de communication (méconnaissance des uns par les autres, pauvreté dans l'échange d'informations). Dans notre étude, certains médecins se disent mis en difficulté par « le manque de retour », « la difficulté à joindre les psychiatres », « le nombre trop important d'intervenants différents » dans certaines structures ce qui dénote bien la frontière qui sépare psychiatres et généralistes avec la sensation pour les uns et les autres de travailler dans deux *mondes* différents (avec pourtant la même patientèle).

La création de filières de soins coordonnés avec organisation de colloques permettrait peut être aux médecins généralistes de connaître leurs interlocuteurs ce qui pourrait améliorer le suivi des patients par les spécialistes et les

généralistes mais aussi dans des contextes d'urgence, favoriser l'orientation d'un patient ou l'obtention rapide d'une consultation spécialisée. Il serait souhaitable que ces rencontres puissent avoir lieu en toute indépendance des firmes pharmaceutiques. Se pose alors la question du financement de ces événements.

#### **4.3.3 Elargissement de l'offre de soins psychiatriques et facilitation de l'accès aux soins**

Dans l'étude italienne de Zanone et Poma en 2010<sup>37</sup> il a été demandé aux médecins généralistes ce qu'ils pouvaient suggérer pour réduire leur difficultés face aux patients suicidaires. Cent pour cent d'entre eux étaient favorables à la création d'une « voie préférentielle » permettant d'obtenir des consultations psychiatriques dans des délais rapides. Ceci semble une option intéressante qui pourrait faciliter la prise en charge des patients suicidaires.

Le délai d'attente avant un rendez-vous dans les centres de consultation est une des difficultés principales que rencontrent les médecins dans notre étude. Plusieurs solutions peuvent être envisagées mais celles-ci entraînent forcément un coût et des aménagements des pratiques actuelles. On pourrait imaginer un recrutement de psychiatres afin d'ouvrir des plages de consultations dans les CMP ou un élargissement des horaires de ceux-ci (notamment mise en place de consultation le samedi matin ou en fin d'après-midi pour les patients qui travaillent). Le plus important serait la création de plages quotidiennes de consultation dédiées aux avis demandés en urgence ou semi-urgence par les médecins généralistes (en évitant aux patients un passage par les urgences du CHU).

L'installation de nouveaux psychiatres libéraux, notamment dans les zones sous-dotées permettrait aussi de diminuer la surcharge de travail de ceux déjà installés et des psychiatres des CMP. Cela permettrait une plus grande disponibilité des psychiatres et réduirait les délais de consultation.

Le remboursement des consultations chez les psychologues et des psychothérapies est demandé depuis de nombreuses années par certains professionnels de la santé mentale et permettrait d'élargir l'offre de soins. Selon une récente étude française<sup>50</sup>, les effets d'une telle mesure seraient bénéfiques en terme de coûts (pour un euro dépensé, l'état économiserait entre 1,14 et 1,95 euro).

#### **4.3.4 Lutte contre la stigmatisation de la psychiatrie**

Un rapport sur l'état des lieux de l'évolution psychiatrique en Europe publié en 1985 montrait déjà l'importance de lutter contre la stigmatisation. Bien des efforts ont été faits depuis (désinstitutionalisation, création de CMP, développement de structures de soins à domicile) mais malgré cela persiste l'image d'Epinal, véhiculée par certains médias.

Le médecin généraliste peut participer à cette lutte contre les idées reçues afin de déstigmatiser la psychiatrie auprès des patients en informant et en dédramatisant les situations qui rendent nécessaire le recours à la psychiatrie. Cependant le médecin généraliste ne peut à lui seul combattre les idées reçues. Au sein même du milieu médical et soignant, le patient psychiatrique est parfois considéré « à part ». Un patient « étiqueté psy » à son entrée à l'hôpital n'est pas à mon avis pris en charge de la même manière qu'un autre sans antécédent (minimisation de sa souffrance physique, patient moins écouté). Les soignants sont parfois démunis face à ces patients qui peuvent les effrayer, les renvoyer à leurs propres histoires personnelles ou leurs propres peurs. Une étude sur le sujet serait à mon sens très intéressante. Des efforts sont à fournir par tous les acteurs du soin qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.

La question est de savoir pourquoi ces idées reçues restent ancrées dans les mentalités ? Le système psychiatrique actuel en France et à la Réunion n'est il pas aussi en cause ? La surprescription médicamenteuse, les carences dans l'aide à l'insertion des patients atteints de troubles psychiatriques, les services hospitaliers de psychiatrie souvent inadaptés à certains patients, tous ces éléments peuvent participer à la stigmatisation de la psychiatrie.

La mise en place de campagnes nationales d'information (affiches dans les cabinets médicaux, spots publicitaires télévisés...) pourrait aider à cette déstigmatisation.

La promotion des associations type SOS-Solitude ou SOS-suicide, trop peu connues du grand public qui proposent une écoute téléphonique 24 heures sur 24 par un anonyme pourrait permettre à certains patients d'entreprendre une première démarche vers une aide extérieure.

## 5 CONCLUSION

Bien qu'en dessous du taux national, le taux de suicide sur l'île de la Réunion reste supérieur à celui des autres DOM et au taux moyen Européen. Le suicide reste donc, tant au niveau national que régional un enjeu majeur de santé publique. Le médecin généraliste a un rôle majeur à jouer, parce qu'acteur de premier recours mais il n'est pas seul et doit pouvoir collaborer avec ses partenaires (confrères psychiatres, libéraux ou hospitaliers, entourage du patient).

L'objectif de ce travail était de mettre en exergue les difficultés rencontrées par les médecins généralistes au quotidien dans l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires afin de proposer des moyens d'y remédier. De nombreux points à améliorer ont été mis en avant dont l'amélioration de la formation des médecins généralistes (initiale et continue), la facilitation de l'accès aux soins de santé mentale (diminution des délais d'attente avant une consultation, remboursements des psychothérapies, ouverture de plages de consultations dédiées aux urgences dans les centres de consultation), l'amélioration de la communication entre psychiatres et médecins généralistes (mise en place de réseaux, groupes pluridisciplinaires), la mise en place de campagnes de santé publique visant à déstigmatiser la psychiatrie et à informer le grand public sur le suicide.

Toutes ces mesures demandent un investissement important de la part des autorités de santé (en moyens humains et financiers) mais aussi des généralistes (en terme de temps de consultation, de formation) et des psychiatres (plus grande disponibilité).

Il ne faut pas négliger non plus le fait que les médecins généralistes comme tout professionnel du soins sont aussi des patients pouvant développer des troubles anxio-dépressifs (Burn out professionnel ou épisodes dépressifs majeurs) et qu'ils sont plus que les autres de potentiels suicidants<sup>51,52</sup>.

## ANNEXES

### **Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck**

Intentionnalité faible : 0 à 3

Intentionnalité moyenne : 4 à 10

Intentionnalité forte : 11 à 25

#### **I : CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES A LA TENTATIVE DE SUICIDE**

##### 1 - Isolement

- Quelqu'un de présent : 0

- Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple)  
: 1

- Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal : 2

##### 2 - Moment choisi

- Intervention probable : 0

- Intervention improbable : 1

- Intervention très improbable : 2

##### 3 - Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui

- Aucune précaution prise : 0

- Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention  
: Seul dans sa chambre, porte non fermée à clé) : 1

- Précautions actives (porte fermée à clé...) : 2

##### 4 - Appel à l'aide pendant ou après la tentative

- a averti de son geste, une personne pouvant le secourir : 0

- A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste : 1

- N'a contacté ou averti personne : 2

##### 5 - Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : Testament, cadeaux, assurance vie...)

- Aucune : 0



- A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre : 1
- A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs : 2

#### 6 - Lettre d'adieu

- Pas de lettre : 0
- Lettre écrite mais déchirée ou jetée : 1
- Présence d'une lettre : 2

### **II - PROPOS RAPPORTES PAR LE PATIENT**

#### 1 - Appréciation de la létalité du geste par le patient

- Pensait que son geste ne le tuerait pas : 0
- N'était pas sûr que son geste le tuerait : 1
- Etait sûr que son geste le tuerait : 2

#### 2 - Intention de mort

- Ne voulait pas mourir : 0
- Incertain ou mélange des 2 : 1
- Voulait mourir : 2

#### 3 - Préméditation

- Aucune, geste impulsif : 0
- Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative : 1
- Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative : 2
- Suicide envisagé plus d'un jour après la tentative : 3

#### 4 - Position actuelle vis-à-vis de la tentative

- Patient heureux de s'en être sorti : 0
- Patient incertain ou mélange des 2 : 1
- Patient désolé d'avoir survécu : 2

### **III- DANGEROUSITE**

#### 1 - Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi

(Exemple : Si quelqu'un n'était pas venu lui porter secours ?)

- Issue favorable certaine : 0
- Mort improbable : 1
- Mort probable ou certaine : 2

2 - La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?

- Non : 0
- Incertain : 1
- Oui : 2

## Lettre envoyée aux médecins généralistes

CHARAZAC Antoine  
Interne de Médecine Générale  
06 92 00 28 48  
[antoinecharazac@hotmail.fr](mailto:antoinecharazac@hotmail.fr)



Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale nous réalisons avec le Dr Chazaud (psychiatre au CHU Sud Réunion) une étude concernant l'ensemble des médecins généralistes dépendants du secteur psychiatrique SUD.

Les études le prouvent, plus de la moitié des patients réalisant un geste à visée suicidaire ont consulté leur médecin généraliste dans le mois précédent ce geste. Le médecin traitant est donc aux avants postes et a un rôle prépondérant à jouer dans l'évaluation et la prévention du risque suicidaire.

Notre étude a pour but de rechercher par l'intermédiaire du questionnaire anonyme ci-joint quels sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'évaluation et la prise en charge du risque suicidaire chez les patients adultes dépressifs (sont exclus de l'étude les adolescents, les patients psychotiques et bipolaires). Une dernière case laissée vierge à la fin de ce questionnaire peut accueillir vos remarques éventuelles. Le numéro, manuscrit en haut à droite du questionnaire garantit votre anonymat et permet de ne pas vous envoyer de questionnaire de relance.

Merci de retourner le questionnaire complété à l'adresse indiquée sur l'enveloppe affranchie fournie avant le 20/12/2014.

Je vous remercie d'avance pour les quelques minutes de votre temps que vous aurez accordées à mon travail.

Bien confraternellement

Antoine Charazac

## Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

### Questionnaire destiné aux médecins généralistes concernant les difficultés rencontrées dans l'évaluation du risque suicidaire.

1 ) Quel âge avez vous ? <input type="text"/>
2 ) Etes vous ? <input type="checkbox"/> Une femme <input type="checkbox"/> Un homme
3 ) Depuis combien de temps êtes vous installé en tant que médecin généraliste? <input type="text"/>
4 ) Vous exercez en milieu : <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Semi-rural <input type="checkbox"/> Urbain

5 ) Avez vous des antécédents personnels :
- d'épisode(s) dépressif(s) majeur(s) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- d'idéations suicidaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- de tentative de suicide ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6 ) Avez vous une histoire de vie marquée par un suicide (famille, entourage proche) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7 ) Avez vous déjà été confronté à une tentative de suicide chez un de vos patients ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui combien de fois par an ? <input type="text"/>
8 ) Avez vous déjà été confronté au suicide d'un de vos patients ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui combien de fois ? <input type="text"/>

9 ) Vous sentez vous à l'aise pour aborder le sujet du suicide avec un patient ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10 ) Comment abordez-vous le sujet :
- vous attendez que le patient en parle spontanément ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- vous posez directement la question ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
si Oui quelle(s) question(s) posez vous ? <input type="text"/>

11 ) Pensez vous que le fait de poser la question puisse entrainer un passage à l'acte suicidaire ?

Oui  Non

12 ) Selon vous quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'évaluation du risque suicidaire?

- le manque d'expérience ?  Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- le manque de formation ?  Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- le manque de temps ?  Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- la peur de provoquer un passage à l'acte suicidaire ?  
 Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- la réticence du patient et la mise au premier plan de problèmes somatiques ?  
 Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- votre histoire personnelle vis à vis du suicide ?  
 Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- autre ? précisez

13 ) Avez vous bénéficié de formations concernant l'évaluation du risque suicidaire :

- durant vos études (cours théoriques ou stage hospitalier) ?  Oui  Non

- dans le cadre de la formation médicale continue ?  Oui  Non

- autre (préciser)

14 ) Pensez vous qu'une formation vous serait utile ?

Oui  Non

15 ) Une fois le risque suicidaire évalué, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la suite de la prise en charge :

- la méconnaissance des structures sur lesquelles vous pourriez vous appuyer ?  
 Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- la difficulté d'avoir un avis psychiatrique en urgence ?  
 Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- les délais d'attente trop longs dans les centres de consultation ?  
 Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- le sentiment d'isolement dans la prise de décision ?  
 Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- la difficulté pour joindre l'entourage/la famille du patient ?  
 Jamais  Parfois  Souvent  Toujours

- autre ? précisez

16 ) Avez vous déjà recouru aux outils suivants dans le sud de La Réunion :

- le CAUMP (centre d'accueil et d'urgence médico-psychologique) ?  Oui  Non
- les CMP (centres médicaux psychologiques)  Oui  Non
- les psychiatres libéraux ?  Oui  Non
- la Clinique des Flamboyants ?  Oui  Non

Si Oui, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre collaboration avec eux :

- pour le CAUMP ?
- pour les CMP ?
- pour les psychiatres libéraux ?
- pour la Clinique des Flamboyants ?

17 ) Remarques :

## 6 BIBLIOGRAPHIE

---

<sup>1</sup> Rihmer Z, Dome P, Gonda X. The role of general practitioners in prevention of depression-related suicide. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2012 Dec;14(4):245-51. Review.

<sup>2</sup> 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 ;159(6) :909-16.

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. 2014

<sup>4</sup> Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (28 juillet 2014). Etat des lieux du suicide en France [en ligne]. [www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html](http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html)

<sup>5</sup> Ministère de la Justice et des Libertés, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. [http://www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_national\\_d\\_actions\\_contre\\_le\\_suicide\\_2011-2014.pdf](http://www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf)

<sup>6</sup> Ministère de l'emploi et de la Solidarité Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, Direction Générale de la Santé. Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005. <http://ars.sante.fr/Strategie-nationale-d-actions.22504.0.html>

<sup>7</sup> Inserm CépiDC. (1980-2010). *Bases nationales des causes médicales de décès*.

<sup>8</sup> Institut national de Veille Sanitaire (InVS). Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH). Numéro thématique - Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. N° 47-48, 2011.

<sup>9</sup> Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Résultats du Baromètre santé 2010.

<sup>10</sup> Observatoire Régional de Santé La Réunion. *Suicides et tentatives de suicides à la Réunion*. Tableau de bord. Décembre 2012.

- 
- <sup>11</sup> Institut national de la statistique et des études économiques. (Page consultée le 04/02/15). Evolution de la population totale au premier janvier 2013, [en ligne]. <http://www.insee.fr/fr/regions/reunion/reg-dep.asp?theme=2>
- <sup>12</sup> Institut national de la statistique et des études économiques. (Page consultée le 04/02/15). Indicateurs sociaux départementaux – Une situation sociale hors norme, [en ligne]. [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=24&ref\\_id=20236](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=20236)
- <sup>13</sup> Agence Régionale de Santé Océan Indien. Les professions de santé à la Réunion, situation démographique au 1er janvier 2011. Mai 2011
- <sup>14</sup> Fichier Excel. Structure Pôle Santé Mentale. Nouveau découpage 2014.
- <sup>15</sup> Fichier Excel. Organigramme pôle santé mentale. Version 2014.
- <sup>16</sup> Annuaire Santé Outre mer Océan Indien – 2013-2014
- <sup>17</sup> Groupe Les Flamboyants. (Page consultée le 04/02/15). Page d'accueil du site internet, [en ligne]. [www.clinique-flamboyants-sud.com](http://www.clinique-flamboyants-sud.com)
- <sup>18</sup> Rihmer Z. Stratégies of suicide prevention: focus on health care. J Affect disord. 1996 Jul 8;39(2):83-91.
- <sup>19</sup> Bourgeois ML. Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide. L'encéphale. 1996, vol. 22, NS4 (59 p.) (38 ref.), pp. 46-51
- <sup>20</sup> Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry. 1997 mars ;170 :205-28.
- <sup>21</sup> Dab W. La prévention du suicide. Actualité et dossier en santé publique (ADSP), 2003
- <sup>22</sup> Galfalvy HC, Oquendo MA, Mann JJ. Evaluation of clinical prognostic models for suicide attempts after a major depressive episode. Acta Psychiatr Scand. 2008 avr ;117(4) :244-52
- <sup>23</sup> Ladame, c. e. (1995). Adolescence et suicide : des aspects épidémiologiques et psychopathologiques aux perspectives thérapeutiques. Médecine et psychothérapie .



- 
- <sup>24</sup> Walter M. La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention, Prévenir le suicide : repérer et agir. Actualité et dossier en santé publique (ADSP), 2003.
- <sup>25</sup> Bridge S. Suicide prevention - Targeting the patient at risk. Aust Fam Physician. 2006 May ;35(5) :335-8.
- <sup>26</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention du suicide : indications pour les médecins généralistes, 2001.  
[http://www.who.int/publications/list/prevention\\_sucide\\_medecins/fr/index.html](http://www.who.int/publications/list/prevention_sucide_medecins/fr/index.html)
- <sup>27</sup> Le suicide. Facteurs de risques. (page consultée le 18/05/15). [www.preventionsuicide.be](http://www.preventionsuicide.be).
- <sup>28</sup> Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Octobre 2000. (page consultée le 18/05/15) <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/applications/pdf/suicilong.pdf>
- <sup>29</sup> Turbelin C, Jehel L, Boelle P-Y, Kieffer A, Blanchon T, Flahaut A. Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique. 2008 sept ;56(5) :292
- <sup>30</sup> Dumont P, Andreoli S, Borgacci Y, Carballeira D, Rentsch N, De Tonnac M, Archinard M. Détection rapide de la dépression : un problème important. Revue médicale Suisse, 2005 Febr;1 :344-349.
- <sup>31</sup> Bibliomed. Pourquoi la dépression est souvent méconnue en médecine générale ? 2000 ; 172.
- <sup>32</sup> Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A suicide prevention program in a Region with a very high suicide rate. Arch Gen Psychiatry. 2007 Aug;64(8):914- 920.
- <sup>33</sup> Henriksson S, Isacsson G. Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. Acta Psychiatr Scand. 2006 Sep;114(3): 159-167.
- <sup>34</sup> Rihmer Z, Rutz W, Philgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression\_training programme for general practitioners. Journal of affective disorders.1995 Dec 18; 35(4):147-52.

- 
- <sup>35</sup> Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B, Jousset N, Duverger P, Garre J-B. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. *Santé Publique* 2002, volume 14, n°3, pp 263-273.
- <sup>36</sup> Saini P, Windfuhr K, Pearson A, Da Cruz D, Miles C, Cordingley L, While D, Swinson N, Willias A, Shaw J, Appleby L, Navneet K. Suicide prevention in primary care : General practitioners' views on service availability. *BMC Research Notes* 2010, 3 :246
- <sup>37</sup> Poma SZ, Grossi A, Toniolo E, Baldo V, Leo DD. Self-perceived Difficulties With Suicidal Patients in A Sample of Italian General Practitioners. *J Clin Med Res*, 2011 Dec;3(6):303-8. doi: 10.4021/jocmr684w. Epub 2011 Nov 10.
- <sup>38</sup> Lescornez J. Evaluation du risque suicidaire chez les patients dépressifs en médecine générale : A propos d'une enquête qualitative menée auprès des médecins généralistes du secteur psychiatrique de Wattrelos- Leers. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université du droit et de la santé – Lille 2. Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2013
- <sup>39</sup> Verger P, Brabis P-A, Kovess V, Lovell A, Sebbah R, Villani P, et al. Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice : a multilevel analysis. *J Affect Disord*. 2007 avr ;99(1-3) :253-7.
- <sup>40</sup> Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross J, et al. Impact of screening for risk of suicide : randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2011 mai ;198(5) :379-84.
- <sup>41</sup> Zimmerman M, Lish JD, Lush DT, Farber NJ, Plescia G, Kuzma MA. Suicidal ideation among urban medical outpatients. *J Gen Intern Med*. 1995 oct ;10(10) :573-6.
- <sup>42</sup> Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's Not Talk About It : Suicide Inquiry in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2007 sept ;5(5) :412-8.
- <sup>43</sup> Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ? In : Conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. John Libbey Eurotext ; 2001.
- <sup>44</sup> Rutz W, Von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992 ; 85 :83-8

---

<sup>45</sup> Buzon-Girard N, Molders X-M. Relations entre médecins généralistes et psychiatres. A propos de deux enquêtes réalisées dans l'agglomération roubaisienne. (Thèse de doctorat en médecine). Lille : Université Lille 2.2012.

<sup>46</sup> Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L et al. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale, généralistes et psychiatres : une relation compliquée. Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques, vol. 4, n° 6, 2008/06, pages 279-286.

<sup>47</sup> Bonnechère N. Médecins généralistes et soins psychiatriques sous contrainte : difficultés rencontrées par les praticien pour initier ces mesures. Etude descriptive réalisée auprès de 165 médecins du Sud Réunion. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université du droit et de la santé – Lille 2. Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2013

<sup>48</sup> Bocquier A, Pambrun E, Dumesnil H, Villani P, Verdoux H, Verger P. Physicians' Characteristics Associated with Exploring Suicide Risk among Patients with Depression : A French Panel Survey of General Practitioners. PLoS ONE 8(12) : e80797. Doi :10.1371/journal.pone.0080797

<sup>49</sup> La formation du médecin généraliste. Formation-DPC. Mis à jour le 15/01/2013. (page consultée le 18/05/15) <http://www.mgform.org/content/blogcategory/24/386/>

<sup>50</sup> Dezetter A, Briffault X, Ben Lakhdar C, Kovess-Mastefy V. Costs and benefits of improving access to psychotherapies for common mental disorders. J Ment Health Policy Econ. 2013 Dec ;16(4) :161-77

<sup>51</sup> Chocard A-S, Gohier B, Juan F, Goeb J-L, Lhuillier J-P, Garre J-B. Le suicide des médecins. Revue de la littérature. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 2003, vol. 7, n°65 (53p.) [Document : 7 p.] (bibl. :dissem.), pp. 23-29

<sup>52</sup> Chocard A-S, Juan E. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. La lettre du psychiatre. 2007, vol. 3, n°1-2(16) [Document : 5 p.] (39 ref.), pp 10-14