



HAL
open science

Étude POSTA : Tome II : les médecins généralistes face au suicide en Martinique

Jonathan Ehrhardt

► **To cite this version:**

Jonathan Ehrhardt. Étude POSTA : Tome II : les médecins généralistes face au suicide en Martinique. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01308503

HAL Id: dumas-01308503

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01308503v1>

Submitted on 27 Apr 2016

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2015 - 2016

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTE BASTARAUD
N° 2015ANTI0022

Etude POSTA – TOME II
**« Les médecins généralistes face au suicide en
Martinique »**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
Université des Antilles
CHU de Martinique

Le 30 novembre 2015

Par

Jonathan EHRHARDT

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président du jury et directeur de thèse: Monsieur le Professeur André WARTER

Membres du jury : Monsieur le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS

Monsieur le Professeur Jean-Louis ROUVILLAIN

Monsieur le Professeur Louis JEHEL

Madame le Docteur Sandrine TIGNAC

ETUDE POSTA

Etude de cohorte quantitative et qualitative des patients suicidaires et suicidants admis aux urgences du CHU de Martinique (Site Pierre Zobda-Quitman), et de leur prise en charge à 6 mois et en médecine générale.

L'étude POSTA a été l'occasion de réaliser deux travaux de thèses de médecine. L'ensemble du travail a été réalisé à chaque étape en collaboration entre les deux internes, sous la supervision des directeurs et co-directeurs des thèses, le Pr Louis JEHEL et le Dr Sandrine LAMY.

Le tome I, correspondant à la thèse d'exercice de psychiatrie d'Etienne VACHER, décrit les résultats quantitatifs de l'analyse de la population suicidante aux urgences et au rappel à 6 mois.

Le tome II, correspondant à la thèse d'exercice de médecine générale de Jonathan EHRHARDT, décrit les résultats qualitatifs de l'analyse du lien avec les médecins généralistes.

Cette distinction ne reflète pas la répartition équitable du travail entre les deux internes, mais répond aux exigences administratives de la faculté de médecine de l'université des Antilles.

REMERCIEMENTS COMMUNS

Au Professeur Louis JEHEL, pour la proposition de recherche, la direction de la thèse d'Etienne VACHER et la co-direction de la thèse de Jonathan EHRHARDT.

Au Docteur Sandrine LAMY, pour la direction de l'étude POSTA, la direction de la thèse de Jonathan EHRHARDT et la co-direction de la thèse d'Etienne VACHER.

A Monsieur Pierre LEVY, pour sa disponibilité dans la réalisation des analyses statistiques.

Au Docteur Christophe DEBIEN, alors responsable des urgences médico-psychologiques du CHU de Martinique (site Pierre Zobda-Quitman), pour son soutien et ses encouragements inconditionnels.

A l'ensemble des praticiens et des internes qui ont participé à l'étude POSTA, notamment par l'inclusion de certains patients dans le cadre de leur travail aux urgences.

A l'ensemble du personnel du service hospitalo-universitaire de psychiatrie du CHU de Martinique.

A l'ensemble du personnel des urgences du CHU de Martinique et aux intervenants de l'urgence en Martinique.

Aux patientes et patients qui ont accepté de participer à cette étude, que nous avons pris plaisir à rencontrer et à recontacter malgré la douleur de leurs situations.

A leurs familles et à leurs proches.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de s'entretenir avec nous.

Au Docteur Michel EYNAUD, pour nous avoir renseigné sur les résultats de l'enquête SMPG Guadeloupe 2013.

Au Docteur Gilbert URSULET, pour sa connaissance du contexte martiniquais et les documents de présentation concernant le suicide et les tentatives de suicide en Martinique.

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Au Professeur André WARTER, qui nous fait l'honneur de présider cette thèse, malgré la proposition tardive. Nous vous remercions grandement de votre disponibilité et de l'intérêt porté à nos disciplines.

Au Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS, qui nous fait l'honneur de juger notre travail. Votre présence dans ce jury nous est apparue nécessaire, soyez remercié de l'intérêt que vous avez porté à l'égard de notre travail. Nous vous faisons part ici de notre admiration pour l'ensemble de votre carrière.

Au Professeur Louis JEHEL, qui nous fait l'honneur de juger notre travail. Nous lui faisons part ici de notre admiration et de notre reconnaissance pour le travail pédagogique et de recherche menés au sein du service hospitalo-universitaire du CHU de Martinique.

Au Professeur Jean-Louis ROUVILLAIN, qui nous fait l'honneur de juger notre travail. Nous vous remercions grandement de votre disponibilité et de l'intérêt porté à nos disciplines.

Au Docteur Anne Sandrine TIGNAC, qui nous fait l'honneur de juger notre travail. Votre présence dans ce jury nous est apparue nécessaire, signe d'ouverture de l'hôpital vers la cité, et de l'importance de la formation initiale et continue des acteurs de premier recours.

REMERCIEMENTS DE JONATHAN

Enfin arrivé à cette fin d'études, jamais définitives, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenues au cours de ces dix dernières années, au travers de mes études et de ma vie personnelle. D'ici même, sur Exocet.

Merci à mes Parents pour leur soutien indéfectible, et leur amour et la place qu'ils m'ont laissé me faire. Merci Papa, pour toute la curiosité et l'ardeur que tu m'as montrées. Merci Maman pour toute la sécurité, qui m'a permis de grandir.

Merci d'avoir à tout moment su respecter mes choix. Merci à vous deux pour votre infinie bienveillance.

Merci à mon Frangin, toujours à mes cotés, au gré d'un rayon de soleil, derrière la prochaine vague, ou en train glisser dans le bleu profond.

Merci à mon entourage des premières années, qui m'ont accompagné sur les bancs de la fac, Johan, Fériel, Florine, Nath, Boris, Stephan, Tristan.

Merci à mes camarades qui m'ont permis de m'éveiller, Etienne, Tanguy, Bacco, Benji, Jess, Fleur, Fatou, François, Laura et bien d'autres...

Merci à mes compagnons d'externat, Bacco, Maeva et Lisa.

Merci à Jean Michel Sigward, qui m'a montré le premier comment voir différemment.

Merci à mes deux acolytes d'internat, Doumé et Adèle, pour l'ardeur commune et bienveillante pour une émancipation.

Merci à toi, qui m'accompagnes au quotidien et qui illumines mon chemin,

Joyeux Anniversaire.

Nous dédions cette thèse commune aux internes qui se retrouvent en souffrance dans le cadre de nos études et de nos professions, ainsi qu'à l'ensemble des travailleurs du soin et de la santé.

*Il y a des volcans qui se meurent
 il y a des volcans qui demeurent
 il y a des volcans qui ne sont là que pour le vent
 il y a des volcans fous
 il y a des volcans ivres à la dérive
 il y a des volcans qui vivent en meutes et patrouillent
 il y a des volcans dont la gueule émerge de temps en temps
 véritables chiens de mer
 il y a des volcans qui se voilent la face
 toujours dans les nuages
 il y a des volcans vautrés comme des rhinocéros fatigués
 dont on peut palper la poche galactique
 il y a des volcans pieux qui élèvent des monuments
 à la gloire des peuples disparus
 il y a des volcans vigilants
 des volcans qui aboient
 montant la garde au seuil du Kraal des peuples endormis
 il y a des volcans fantasques qui apparaissent
 et disparaissent
 (ce sont jeux lémuriens)
 il ne faut pas oublier ceux qui ne sont pas les moindres
 les volcans qu'aucune dorsale n'a jamais repérés
 et dont de nuit les rancunes se construisent
 il y a des volcans dont l'embouchure est à la mesure exacte de l'antique déchirure.*

Aimé CESAIRE, Dorsale bossale, Moi laminaire.

Nous sommes des algériens, bannissons de notre terre tout racisme, toute forme d'oppression, et travaillons pour l'épanouissement de l'homme et l'enrichissement de l'humanité.

Frantz FANON, Les damnés de la terre

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	12
-----------------------------	-----------

LISTE DES ABREVIATIONS	13
-------------------------------	-----------

RÉSUMÉ	15
---------------	-----------

COMMUNICATIONS CONCERNANT L'ETUDE POSTA	16
--	-----------

INTRODUCTION ET CONTEXTE	17
---------------------------------	-----------

Prévention du suicide : « l'état d'urgence mondial »	17
--	----

Le phénomène suicidaire en médecine générale	18
--	----

Les motifs de consultation en médecine générale, la dépression et la crise suicidaire	19
---	----

Les pratiques des médecins généralistes	20
---	----

Les nouvelles missions du service hospitalo-universitaire de psychiatrie du CHUM	21
--	----

Les objectifs de l'étude	23
--------------------------	----

MATERIEL ET METHODES	24
-----------------------------	-----------

1. Type d'étude	24
------------------------	-----------

2. Analyse qualitative et rappel des médecins traitants	24
--	-----------

2.1 Constitution de l'échantillon	25
-----------------------------------	----

2.2 Modalités de prise de contact	25
-----------------------------------	----

2.3 Difficultés de recrutement	25
--------------------------------	----

2.4 Déroulement des entretiens	26
--------------------------------	----

2.5 Analyse des entretiens	26
----------------------------	----

DISCUSSION ET PROPOSITIONS **57**

1	Discussion sur la méthodologie qualitative	57
2	Discussion sur les résultats	58
	2.1 Phénomène rare à l'échelle de la pratique quotidienne	58
	2.2 Une prise en charge délicate	59
	2.3 Le rôle spécifique du médecin traitant	60
	2.4 Les traitements médicamenteux	60
	2.5 Formation des médecins généralistes	61
	2.6 Améliorations envisagées et fiche d'aide à l'orientation d'un patient en crise suicidaire à destination des médecins généralistes de Martinique.	61
	2.7 Présentation de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire	63
3	Discussions thématiques	67
	<u>3.1 En prévention primaire</u>	67
	3.1.1 <i>La prise en charge de la dépression</i>	67
	3.1.2 <i>La prise en charge de l'alcoolisme (abus et dépendance)</i>	68
	3.1.3 <i>La prise en charge du psycho-traumatisme</i>	69
	3.1.4 <i>La santé des femmes</i>	70
	3.1.5 <i>Les demandeurs d'asile et personnes en situation de précarité administrative</i>	71
	3.1.6 <i>L'information de la population et la déstigmatisation de l'accès aux soins</i>	72
	3.1.7 <i>La prise en charge des patients par les médecins généralistes</i>	74
	3.1.8 <i>La formation des médecins généralistes et des autres professionnels</i>	75
	3.1.9 <i>le travail en réseau de santé mentale et les interventions communautaires</i>	77
	<u>3.2 En prévention secondaire</u>	78
	3.2.1 <i>Les médecins généralistes : acteurs de première ligne, en difficulté</i>	78
	3.2.2 <i>Le lien ville – hôpital</i>	79
	3.2.3 <i>Des lieux d'hospitalisation adaptés</i>	80
	3.2.4 <i>La prise en compte des proches et des familles</i>	81
	<u>3.3 En prévention tertiaire</u>	83
	3.3.1 <i>Continuité des soins : suivi des patients suicidaires et suicidants et système de veille</i>	83
	3.3.2 <i>L'éducation thérapeutique : alliance et psychoéducation</i>	85
	<u>3.4 L'impact médico-économique</u>	88

CONCLUSION ET OUVERTURES	92
EPILOGUE	94
BIBLIOGRAPHIE	95
ANNEXES	111
I. <u>Fiche d'aide à l'orientation d'un patient en crise suicidaire à destination des médecins généralistes de Martinique</u>	111
II. <u>Guide d'entretien des médecins généralistes</u>	112
III. <u>Chiffres clés concernant les conduites suicidaires</u>	115
IV. <u>Liste des figures</u>	116
V. <u>Liste des enseignants à l'université des Antilles et de la Guyane</u>	116
VI. <u>Imprimatur</u>	123

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **AAH** : Allocation Adulte Handicapé
- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- **ASPOM** : Mise en place et mesure d'efficacité préventive en conditions réelles d'un algorithme de veille au décours d'une tentative de suicide admise à l'hôpital dans les Départements d'Outre-Mer (DOM).
- **ATCD** : Antécédent
- **BAC** : Baccalauréat
- **BEH** : Bulletin Epidémiologique hebdomadaire.
- **BEP** : Brevet d'études professionnelles
- **CADA** : Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
- **CAP** : Certificat d'aptitude professionnelle
- **CESE** : Conseil Economique Social et Environnemental
- **CHU** : Centre Hospitalier et Universitaire
- **CHUM** : Centre Hospitalier et Universitaire de Martinique
- **CIM10** : Classification Internationale des Maladies, dixième édition
- **CLSM** : Conseils Locaux de Santé Mentale
- **CMP** : centre médico-psychologique
- **CMU** : Couverture Médicale Universelle
- **CMU-C** : Couverture Médicale Universelle complémentaire
- **COMEDE** : Comité MEDical pour les Exilés
- **CRPCS** : Centre régional de prévention des Conduites Suicidaires Rhône-Alpes
- **DM** : Donnée Manquante
- **DOM** : Département d'Outre Mer
- **DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **FMC** : Formation Médicale Continue
- **GEPS** : Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide
- **HAD** : Hamilton anxiété Dépression : score mesurant l'anxiété du patient et l'état dépressif
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IDS** : Idéation Suicidaire
- **IESR** : Impact of Event Scale-Revised
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **INSERM CépIDC** : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, un des nombreux laboratoires de l'Inserm
- **InVS** : Institut de Veille Sanitaire
- **IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- **IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- **l'EPSM Colson** : Etablissement Publique De Santé Mentale Colson
- **l'équipeEMRIC** : Equipe Mobile de Rue, d'Insertion et de Crise
- **MG** : Médecin Généraliste

- **mhGAP** : Mental Health Gap Action Programme ou Programme d'action « combler les lacunes en santé mentale » de l'OMS
- **MINI** : Mini International Neuropsychiatric Interview
- **OFPPRA** : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONS** : Observatoire National du Suicide
- **ORS** : Observatoire Régional de la Santé
- **Oscour** : Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences
- **OSM** : Observatoire de la Santé en Martinique
- **PEC** : Prise En Charge
- **PHRC** : Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique
- **PMSI-MCO** : Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique
- **POSTA** : post-Tentative d'Autolyse
- **réseauTREND** : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues
- **RIM-P** : Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie
- **RSA** : Revenu de Solidarité Active
- **RUD** : score d'évaluation du risque suicidaire signifiant Risque – Urgence – Danger
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- **SESAG** : Service Etudes et Statistiques Antilles Guyane
- **SMPG** : enquête « Santé Mentale en Population Générale »
- **TA** : tentative d'autolyse
- **THQ** : Trauma History Questionnaire
- **TS** : Tentative de Suicide
- **UNPS** : Union Nationale pour la Prévention du Suicide
- **VHC** : Virus de l'Hépatite C
- **VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine
- **WMHS** : World Mental Health Survey

RÉSUMÉ

Problématique : les recommandations concernant la crise suicidaire insistent sur le travail pluridisciplinaire entre secteur hospitalier et ambulatoire, ce qu'étudie l'étude POSTA. Les connaissances concernant le travail des médecins généralistes sur le suicide en Martinique sont insuffisantes, alors que leur rôle est majeur.

Objectifs : compléter les connaissances, à l'échelle de la Martinique, concernant les prises en charge réalisées en médecine générale afin de proposer des axes d'amélioration pour participer à l'amélioration de la prise en charge et de la prévention des récives.

Méthode : réalisation puis analyse d'entretiens individuels auprès de médecins généralistes des patients inclus dans l'étude POSTA en Martinique.

Résultats : Le suicide est rare dans la pratique quotidienne des généralistes, mais bien présente au fil des années. Les médecins sont souvent en difficulté face à la crise suicidaire, faute de savoir-faire et de temps nécessaire, et de problèmes pour l'accès à un avis spécialisé. L'évaluation du risque suicidaire est souvent approximative. Les demandes de coordination et formations sont très prononcées. Les axes d'amélioration entrevus sont la l'intensification de formation initiale et continue, et l'accès facilité à l'avis psychiatrique spécialisé. Cela passera en premier lieu par la communication des réseaux déjà existants.

Conclusion : Création d'une fiche d'aide à l'orientation des patients en crise suicidaire à destination des médecins généralistes de Martinique, qui comporte un numéro de téléphone pour avis spécialisé et une grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Comme conseillées par l'Observatoire National du Suicide, des études qualitatives et notamment sociologiques seraient également nécessaires.

MOTS CLES

Comportements suicidaires - Prévention - Médecine générale - Formation continue -
Martinique

COMMUNICATIONS CONCERNANT L'ETUDE POSTA

2015

Articles en cours de rédaction

2014

Etude de soins courants sur la population suicidante prise en charge au CHU de Martinique : résultats préliminaires

S Lamy, E Vacher, J Ehrhardt, P Levy, L Jehel

Congrès Français de Psychiatrie - Nantes 2014. Communication écrite

Etude POSTA – Etat des lieux du phénomène suicidaire en Martinique

E Vacher et J Ehrhardt, C Debien, S Lamy, P Levy, L Jehel

Congrès GEPS - Martinique 2014. Communication orale

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Prévention du suicide : « l'état d'urgence mondial »

C'est ainsi que s'intitule le premier rapport sur le suicide publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2014 [139], destiné à encourager les pays à développer ou renforcer leurs stratégies globales de prévention du suicide selon une approche multisectorielle, en faisant passer des « messages forts ».

Le premier, c'est que le suicide est responsable de 800 000 décès annuels dans le monde, ce qui représente un taux de suicide de 11,4/100 000 habitants (15 chez les hommes, 8 chez les femmes) ainsi que la seconde cause de mortalité chez les 15-29 ans, et dont 75% concernent des pays à revenu faible et intermédiaire.

Le second, c'est que le suicide est évitable, incitant alors chaque pays à se doter d'une stratégie nationale globale.

La prévention du suicide est effectivement devenue un programme spécifique de l'OMS, et s'inscrit plus globalement dans le paradigme du « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 » de l'OMS [138]. Retenons l'objectif visé d'une réduction de 10% du taux de suicide dans l'ensemble des pays d'ici à 2020.

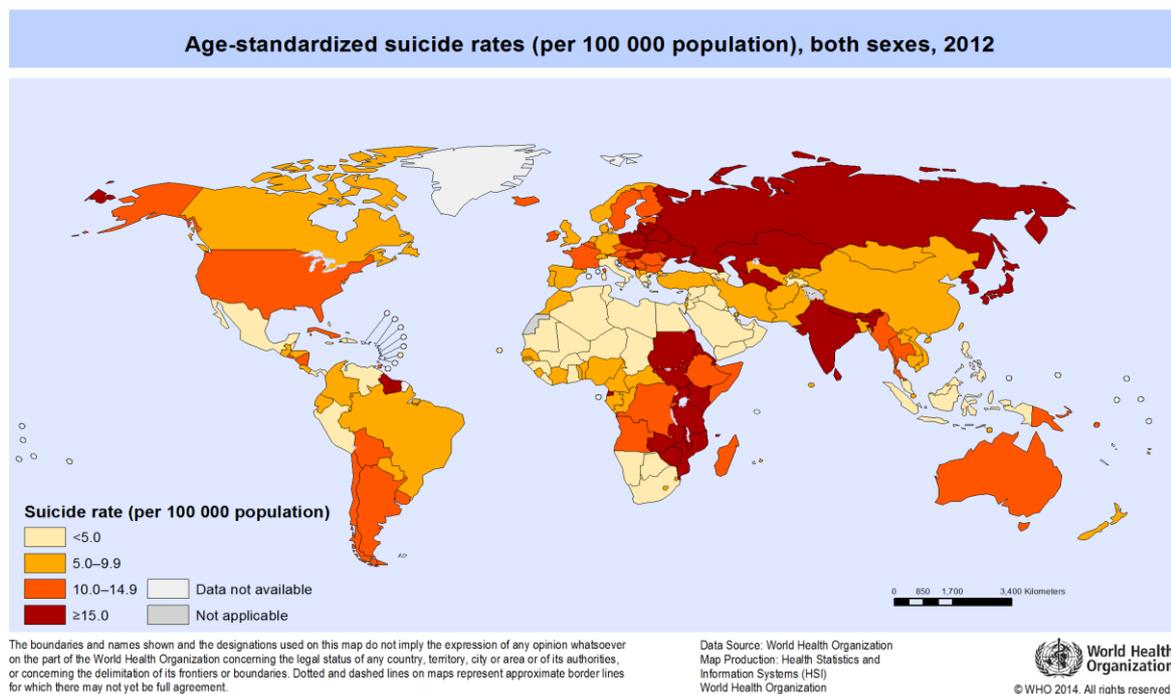


Figure I - Taux de suicide tout âge confondu (pour 100 000 personnes), en 2012 - OMS

Comme le révèle la carte de l’OMS, l’Europe est en seconde position avec un taux de suicide légèrement plus élevé que la moyenne mondiale (12/100 000 habitants) derrière l’Asie du Sud-Est (17,7/100 000 habitants), ayant incité l’Union Européenne à se doter d’un pacte européen pour la santé mentale et le bien-être en 2008 [52]. Avec la Belgique, la Finlande, et la plupart des pays de l’Est, la France fait partie des pays européens ayant un taux élevé de suicide [18, 127] ; plus de 10 400 personnes décèdent chaque année par suicide, soit environ 16 personnes sur 100 000, l’un des plus fort taux de mortalité par suicide en Europe [5]. Les coûts humains et socioéconomiques du phénomène suicidaire, directs et indirects, ont ainsi orienté les politiques de santé publique en France depuis la fin des années 1990.

Le phénomène suicidaire dans le monde, le suicide en France en tant que priorité de santé publique, ainsi que les particularités suicidaires dans le contexte martiniquais sont développés dans l’introduction du Tome I.

Le phénomène suicidaire en médecine générale

Le rappel de la conférence de consensus destiné aux médecins généralistes de 2008 [94], nous explique que la crise suicidaire constitue un moment d’échappement, réversible et temporaire, durant lequel la personne se trouve en situation de souffrance et de rupture

d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. La crise est une trajectoire – où la tentative de suicide n'est que l'une des sorties de crise possibles – qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à celui d'une impossibilité d'échapper à cette impasse.

S'agissant d'un problème de santé publique majeur, l'OMS a édité en 2001 un guide sur la prévention du suicide à destination des médecins généralistes [61], nous indiquant que sa prévention bien que réalisable, implique toute une série d'actions allant de la nécessité de fournir les meilleures conditions possibles d'éducation pour la jeunesse, jusqu'à l'application de traitements efficaces pour les troubles mentaux en passant par le contrôle des facteurs de risques dans l'environnement. Le rôle du médecin de famille est de fait central : les tentatives de suicide se caractérisent par des taux de récives élevés ; les récives sont en général précoces [70]. Le médecin traitant sollicité a un rôle multiple à jouer : il doit identifier, en amont du passage à l'acte, un risque suicidaire ; il doit bien souvent prendre en charge les personnes suicidaires et participer à celle des patients suicidants qu'elle soit spécialisée, ambulatoire ou hospitalière, mais aussi assurer son suivi ultérieur, seul ou en liaison avec les spécialistes et les structures d'accueil [70].

Pourtant, d'après l'OMS [61], l'un des pires événements auquel le médecin doit faire face est le suicide de l'un de ses patients. Les réactions habituelles des médecins qui ont vécu une telle expérience sont la perplexité, la perte de confiance en soi, l'amertume et une grande gêne. Le suicide d'un patient peut provoquer des sentiments d'inaptitude, un doute sur son savoir-faire et la crainte pour sa réputation. De plus, le médecin éprouve des difficultés majeures dans la relation avec la famille et les amis du décédé. Surtout lorsqu'il n'est pas habitué à ces situations.

Et les chiffres parlent : Les différentes enquêtes en particulier les autopsies psychologiques [26, 59, 119], indiquent qu'un nombre important de suicidants et de suicidés ont consulté un praticien dans les jours précédant le passage à l'acte : 60 à 70% ont consulté le mois précédent et 36 % la semaine précédente. Parmi eux, la majorité avait vu un généraliste plutôt qu'un psychiatre. Il est le premier intervenant sollicité dans près d'un tiers des tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact médical [104, 126]. Dans les pays où les services de santé mentale sont insuffisamment organisés, la proportion de ceux qui ont consulté un généraliste doit être encore plus élevée [61]. D'après un autre auteur [58], la proportion des tentatives de suicide traitées en ambulatoire semble être de l'ordre de 20 à 30 % de l'ensemble des tentatives de suicide. A Paris, chaque médecin généraliste est confronté en moyenne à 2,6 tentatives de suicide par an dans sa patientèle [146]. Ces chiffres sont tout de même à corréliser avec l'incidence extrêmement faible de cette pathologie : 1 cas sur 5 000 actes en moyenne [1], mais cela montre combien le généraliste joue un rôle prépondérant dans la prévention du suicide.

Les motifs de consultation en médecine générale, la dépression et la crise suicidaire

La souffrance morale n'est jamais facile à entendre. Et sans doute encore moins à verbaliser. Une étude montre même que les patients pensent que cette question ne relève pas du médecin [49]. Les motifs de consultations sont de fait très souvent évasifs, voire même loin du problème psychique, avec une somatisation première, consciente ou inconsciente. Dans la grande majorité des cas les consultations de médecine générale menant à un diagnostic de souffrance psychique ont eu pour motif une plainte somatique plus ou moins précise [158].

La dépression constitue un problème préoccupant de santé publique, avec une prévalence à 1 an qui varie de 5 à 15 % selon les études faites en population générale. Elle atteint plus les femmes que les hommes, à tout âge, et est en lien avec le suicide car elle multiplie par 20 le risque de suicide[81].

Malgré sa grande prévalence parmi la population et les consultants de médecine générale – environ 20% des consultations selon Howland [22] – la dépression n'est pas reconnue dans 35 à 50% des cas, selon diverses études internationales et françaises [22, 62, 89, 107].

D'après l'OMS [61], approximativement 60 % de ceux qui souhaitent un traitement, consultent tout d'abord un généraliste. Ceci constitue un défi pour le médecin qui est concerné à la fois par les symptômes physiques et les troubles psychiques, et ceci simultanément. Bien souvent, la dépression apparaît "masquée" et les patients n'exposent que des troubles somatiques. Ceci complexifie le rapport médecin-patient, et rend difficile la reconnaissance de la souffrance psychique sous-jacente, et donc le repérage de la crise suicidaire [1,94].

Les pratiques des médecins généralistes

Concernant la dépression, une étude [33] s'intéresse d'ailleurs à la pratique des généralistes : les praticiens ayant un taux de diagnostic de dépression élevé posent deux fois plus de questions sur les sentiments et les émotions que ceux qui ne reconnaissent pas la dépression. La conférence de consensus sur la prise en charge d'un dépressif en ambulatoire [2] confirme que la qualité de la relation médecin-malade fondée sur l'empathie et sur la force de conviction du médecin quant à l'aide qu'il apporte à son patient est dans tous les cas d'une particulière importance.

Concernant la crise suicidaire, le repérage, l'évaluation et la prise en charge du patient suicidaire représentent cependant une réelle difficulté en médecine générale. On estime notamment que seul un médecin généraliste sur trois explore le risque suicidaire des

patients dépressifs se présentant à son cabinet [73]. Il a aussi été démontré que la fréquence de détection des idées suicidaires par le généraliste augmente de manière significative avec l'allongement de la durée de la consultation [171].

L'importance de la relation médecin malade dans cette prise en charge est efficace : des essais thérapeutiques randomisés [92] ont mis en évidence une réduction des idées et du risque suicidaires avec un placebo donné au patient, dans le cadre de consultations de médecine générale.

Le travail de dépistage et de prise en charge se confronte à plusieurs obstacles convergents [30]:

- les médecins généralistes ne sont que peu formés à reconnaître la crise suicidaire dans le cadre de leur exercice ; ils ne disposent pas de guides de décision validés ;
- l'ambivalence des patients à révéler leur souffrance notamment dans sa dimension psychique ; quand ce n'est pas une incapacité à la verbaliser.
- le contexte de la consultation limitée dans le temps et a priori centrée sur les signes somatiques.

Concernant l'orientation d'un patient en crise suicidaire, et comme le précise la conférence de consensus de 2000 [1], le médecin généraliste devra orienter ses patients vers des confrères plus spécialisés. Les médecins généralistes adressent à l'hôpital 80% des tentatives de suicide [94]. Dans les autres cas, le maintien à domicile lui semblant préférable est possible [7].

En Basse Normandie, 9 médecins généralistes sur 10 se disent concernés par les tentatives de suicide [50]. 90% des généralistes font appel à un autre professionnel de santé pour assurer ou partager la prise en charge. Ce correspondant diffère suivant le patient chez plus de 50% des médecins généralistes de Basse-Normandie. Le généraliste se retrouve en situation de convaincre à la fois le patient et le psychiatre de cette nécessité [6].

La conférence de consensus de 2000 [1] ajoute que le médecin généraliste est isolé, d'autant que les liens de collaboration avec des confrères spécialistes ou les réseaux environnant le patient ne sont pas toujours établis, voire même vécus comme difficiles [6]. L'adressage au psychiatre est rendu laborieux par la saturation des consultations spécialisées privées ou publiques et les listes d'attente qui en sont la conséquence. On évoque également la crainte de la psychiatrisation, crainte que peuvent partager le patient et son médecin face à la représentation qu'ils se font de l'hospitalisation en psychiatrie, où les généralistes ne reçoivent de compte-rendu d'hospitalisation que pour 65% des patients orientés [1].

Afin d'améliorer et d'homogénéiser les pratiques d'évaluation du risque suicidaire en

médecine de ville, il paraît essentiel que soit mis à la disposition des généralistes un instrument d'aide à la décision, validé en soins primaires [1]. Une revue de littérature de Juin 2015 [143] a cherché à répondre à cette question, mais des recherches semblent encore nécessaires.

Les nouvelles missions du service hospitalo-universitaire de psychiatrie du CHUM

Notre travail s'inscrit dans le cadre du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, à travers l'Action 39 (*améliorer les connaissances sur les données concernant les tentatives de suicide en population générale, ainsi que leur suivi au cours du temps*). Ce travail est de même parfaitement en accord avec les objectifs fixés par l'Observatoire National du Suicide, cités dans le tome I.

Enfin, cette étude est le signe d'une volonté de recherche clinique du service hospitalo-universitaire de psychiatrie du Pr JEHEL. Depuis décembre 2012, la gestion des urgences médico-psychologiques ainsi que la mise en place d'un centre de crise sont deux nouvelles missions pour le service. L'étude POSTA survient donc précocement dans le travail de ces équipes, dans un contexte où les ressources humaines et matérielles ne permettaient que difficilement la mise en place d'actions multifocales et pluridisciplinaires de prévention du suicide (primaire, secondaire, tertiaire), telles qu'espérées par les stratégies internationales et nationales. Nous souhaitons que ce travail pilote encourage les professionnels et chercheurs du sanitaire et du social, ainsi que les responsables administratifs et politiques, en faveur du développement d'une recherche et d'une prévention/veille du suicide adaptée aux spécificités des Antilles, ainsi qu'à celles des Départements d'Outre-Mer.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Les objectifs de l'étude

L'objectif principal est compléter les connaissances, à l'échelle de la Martinique, concernant les prises en charge réalisées en médecine générale afin de proposer des axes d'amélioration pour participer à la prévention des récives..

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- Mieux connaître les modes de prise en charge, d'orientation et de suivi en médecine générale des patients en crise suicidaire.
- Identifier les modes de coopération et de coordination des médecins généralistes avec les autres acteurs engagés dans le soutien et les prises en charge.
- Identifier les leviers permettant d'améliorer la prise en charge et le suivi des suicidants en ambulatoire afin de participer à la prévention des récives.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

L'étude POSTA comporte tout d'abord un volet quantitatif, correspondant au tome I. Nous avons initié une étude épidémiologique descriptive et analytique observationnelle, prospective en soins courants c'est-à-dire en conditions naturalistes de prise en charge, monocentrique réalisée aux urgences médico-psychologiques du CHU de Martinique (site Pierre Zobda Quitman) pendant 2 mois consécutifs (cf. Tome 1).

L'étude POSTA comporte également un volet qualitatif, détaillé Dans ce tome II, pour répondre à l'objectif d'évaluation de la prise en charge en médecine générale ambulatoire, et qui consiste en une enquête téléphonique auprès des médecins traitants de cette cohorte de patients.

Cette étude a reçu un avis favorable du comité de protection des personnes SUD-OUEST et OUTREMER III (*n° 2013/82, enregistré sous le numéro 2013-A01338-37le 30 octobre 2013*).

2. Analyse qualitative et rappel des médecins traitants

Nous avons choisi de contacter les médecins traitants, à 6 mois de l'inclusion des patients, afin de compléter, à l'échelle de la Martinique, les connaissances acquises (en ce qui concerne les patients suicidaires et suicidants pris en charge au CHU de Martinique) en élargissant l'analyse aux prises en charge réalisées en médecine générale afin de proposer des axes d'amélioration pour participer à la prévention des réitérations du geste suicidaire.

S'agissant de recueillir des éléments d'expériences et de pratiques, l'approche qualitative a semblé cette fois-ci plus appropriée. Ce choix a été conforté par le fait que les taux de réponses des médecins généralistes aux enquêtes par questionnaire sont en général très faibles. Le but n'était pas de toucher le plus de médecins possible pour qu'ils répondent à des questions standard, mais de permettre à un nombre limité de médecins de produire un discours fait de récits d'expériences, d'opinions et de suggestions. Des entretiens individuels paraissaient préférables à des entretiens collectifs pour aborder des sujets relevant de l'intime pour au moins quelques uns. Le caractère semi-dirigé des entretiens permettait de laisser libre la parole des personnes interviewées tout en traitant la question qui nous intéresse. En effet, ce type d'entretien constitue une technique de recueil de données adaptée à cette approche : basée sur l'écoute et une faible directivité [23], elle offre une liberté et une temporalité qui favorise l'expression des enquêtés et l'élaboration de leur point de vue [153].

Tous les médecins traitants des patients suicidants inclus puis rappelés ont été appelés à leurs tours. Sur les 66 patients rappelés, cela représentait 41 médecins traitants, tous libéraux, certains ayant des vacances dans des structures publiques (par exemple le SAMU).

Afin d'interviewer individuellement des médecins généralistes, le recueil a été réalisé par téléphone. Les entretiens se sont déroulés entre juin et août 2014. Au total, 20 entretiens ont été effectués auprès de médecins traitants.

2.1 Constitution de l'échantillon

La mise en œuvre des appels a nécessité de lister les différents médecins traitants des patients inclus. Il a été demandé à chaque patient le nom de son médecin traitant, lors de son passage aux urgences de Fort de France. Sur les 66 patients inclus, 17 n'avaient pas déclaré avoir un médecin traitant. 8 médecins traitants avaient 2 patients inclus. Ce qui nous a permis d'avoir une liste de 41 médecins traitants à appeler.

2.2 Modalités de prise de contact

Chaque médecin a été contacté par téléphone, afin de lui exposer la recherche, et

pour obtenir son accord de participation à l'enquête et programmer un rendez-vous téléphonique de 15 à 20 min. Afin de faciliter le travail, un guide de prise de contact a été réalisé (Cf. Annexe II). Trois entretiens ont été réalisés au moment de cette prise de contact ou dans l'heure qui suivait, car le médecin était disponible. La majorité des entretiens a été programmée la semaine qui suivait ce premier appel.

2.3 Difficultés de recrutement

Les refus de participer à l'enquête ont été nombreux : 41 généralistes ont été contactés pour 20 entretiens réalisés. Les refus ont presque toujours été motivés. C'est le manque de temps qui a été invoqué pour 10 des 21 refus. 8 autres médecins ont déclaré ne pas être intéressés ou pas concernés par l'étude, soutenant ne pas avoir de patient atteint par cette problématique suicidaire.

Enfin, diverses impossibilités ont conduit à une non-participation : « *un sujet sensible au niveau personnel et familial* » pour un médecin, ou encore des médecins étant partis à la retraite.

Les médecins ayant un filtrage avec une secrétaire ont été aussi plus difficiles à joindre. Les promesses de rappel ont été nombreuses et souvent répétées, sans donner forcément suite à un entretien.

2.4 Déroulement des entretiens

Afin de faciliter la participation, aucun créneau horaire n'était exclu. Des entretiens ont eu lieu de 06 heures à 22 heures, mais le plus souvent sur des horaires de fin de matinée ou fin d'après-midi, correspondant avec la fin du travail au cabinet. Les aléas de la pratique médicale ont provoqué de très nombreux reports de rendez-vous, et cela a affecté beaucoup de médecins qui préféraient ne plus donner de rendez-vous plutôt que de devoir une nouvelle fois le reporter.

L'entretien téléphonique était organisé comme suit : l'entretien semi-dirigé, basé sur un guide d'entretien (Annexe II) qui prévoyait d'aborder différents thèmes :

- le profil des patients suicidants,
- le mode de prise en charge habituel des suicidants, le suivi potentiel,
- la fréquence des tentatives de suicides ou suicides dans la patientelle,
- les principales difficultés de la prise en charge et de la prévention de la réitération du geste suicidaire en médecine générale en Martinique,
- les contacts et la coordination avec les autres acteurs pouvant intervenir dans la prise en charge ou la prévention,

- les atouts, la spécificité du médecin généraliste,
- les suggestions d'amélioration de la prévention et de la prise en charge,
- les besoins de formation.

Les entretiens avec les médecins généralistes ont duré en moyenne 20 minutes, oscillant selon les disponibilités des praticiens entre 10 et 45 minutes. Tous les propos ont été pris en notes de façon la plus exhaustive possible et ces notes dactylographiées afin d'en faciliter l'analyse.

2.5 Analyse des entretiens

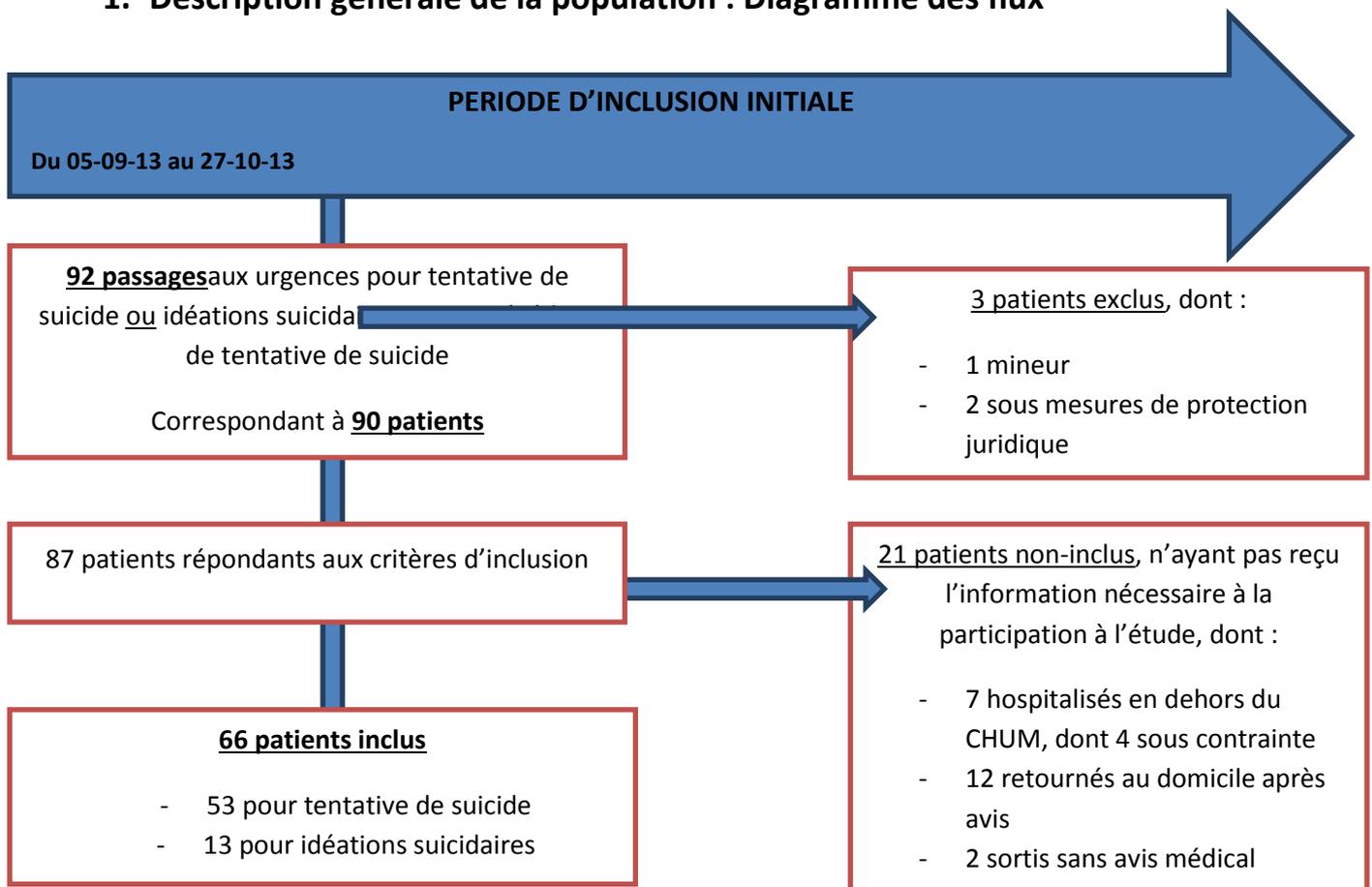
L'analyse a été réalisée en fonction des thèmes abordés (analyse thématique) et des objectifs de l'étude. Les différents discours des interviewés ont été comparés afin d'en dégager les points communs et les divergences. Des extraits d'entretiens (verbatim) illustrent cette analyse. Ces extraits ont été choisis pour leur contenu factuel et leur valeur expressive. Ils sont retranscrits avec les imperfections normales du langage oral. L'analyse des données respecte l'anonymat des personnes. Lorsque des propos sont cités, leur auteur est identifié par une lettre, choisie de façon aléatoire (Dr A, Dr B. etc.).

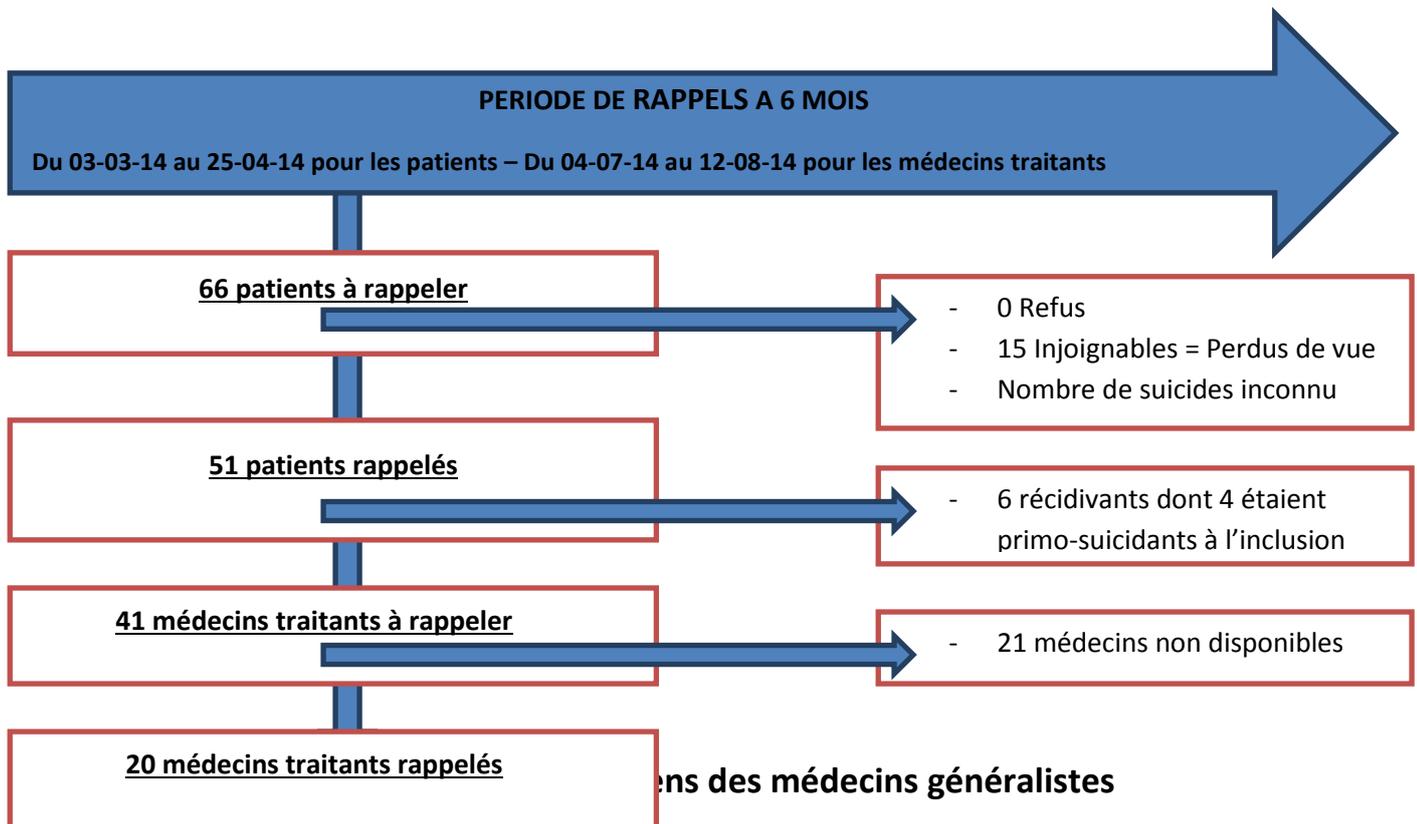
Nous avons procédé en plusieurs étapes. D'abord, nous avons réalisé un premier codage, c'est-à-dire que nous avons commencé par relever des éléments du texte en les nommant et les regroupant le plus près du verbatim. La relecture de nos codages nous a permis de réaliser une catégorisation au sens qu'utilise Pierre Paillé[141]. C'est à dire que nous avons rassemblé des catégories identifiées pour établir celles qui nous semblaient les plus pertinentes au regard des verbatims pour répondre à notre question.

Cette méthode d'aller-retour entre nos catégories et les verbatims en se référant à notre question se rapproche de la méthode de théorisation ancrée décrite par Pierre Paillé[141]. Cependant, nous ne pensons pas être en mesure de théoriser à l'issue de cette étude, car cela nécessiterait un travail supplémentaire et de plus grande ampleur dont nous n'avons ni les moyens, ni la prétention. En revanche, nous avons réalisé ce travail dans un souci de fidélité à l'égard des paroles recueillies.

RESULTATS ET COMMENTAIRES

1. Description générale de la population : Diagramme des flux





2.1 L'image du suicide

2.1.1 *Idées sur la prévalence*

Les médecins généralistes interviewés ont des avis très différents sur la question de la prévalence du suicide et des tentatives de suicide en Martinique. Sur les 20 interviewés, 15 d'entre eux estiment que c'est « *peu fréquent* » (Dr D.), « *rare* » (Drs F., L., M., P., Q.), voire « *très rare* » (Dr C.). Certains disent : « *Je ne suis pas trop intéressée [par la question], ça ne m'est pas arrivé depuis des années. Je n'ai pas de patients qui se suicident.* » (Dr R.), « *J'ai des personnes déprimées, mais aucune mort par suicide.* » (Dr K.)

Certains autres ont une expérience différente, sont plus confrontés au suicide, parce qu'ils disent aller chercher cette information. L'un dit « *c'est tout de même assez fréquent quand on cherche et qu'on est à l'écoute.* » (Dr B.) Un autre : « *je demande à tous les dépressifs s'ils ont envie de mourir. Il faut demander car à part une fois, je n'ai jamais eu des idées suicidaires comme motif de consultation.* » (Dr E.) Un médecin semble même savoir exactement ce qu'il en est pour sa patientèle : « *C'est une question qui m'intéresse et m'importe, car j'ai eu dans mes vingt-huit ans de pratique vingt décès par suicide. Et des centaines de passages à l'acte. Je me rappelle d'une année pendant laquelle j'ai eu 3 ou 4 suicides, dont 2 patients que j'ai vu le jour-même.* » (Dr J.)

2.1.2 *profil des patients suicidants*

Les médecins interviewés sont pour la plupart d'entre eux réticents à trouver dans leur expérience des profils généraux ou des tendances ; pour eux, chaque cas est particulier et ne peut être réduit dans une catégorie quelconque. Il n'y a pas de stigmatisation de groupe. Toutefois, il ressort de leurs témoignages quelques traits récurrents.

Les jeunes femmes sont à risque pour le quart des médecins. Certaines d'entre eux pensent que c'est une population à risque plus faible de décès que les autres suicidants : « *Concernant les tentatives de suicide réalisées par les jeunes femmes, ça ne nécessite pas forcément une prise en charge, je ne les dirige pas vers les psychiatres.* » (Dr E.)

Les groupes de patients ayant des facteurs de risques de passage à l'acte suicidaire (antécédents psychiatriques, isolement social, fragilité psychologique, addictions, accumulation des problèmes financiers, sentimentaux et sociaux...) sont cités par 6 médecins. « *C'est très variable, je n'ai pas de profil type, des toxicos aux mélancoliques* » (Dr B.) « *Des patients avec des pathologies psychiatriques.* » (Dr L.)

Les actifs sont d'après nos interviewés plus à risque que la population générale : « *Je vois plus de gens actifs, du « second » âge* » (Dr C.) ; « *Des gens de 20 à 40 ans, surmenés dans 70% des cas* » (Dr G.) ; « *des actifs entre 40 et 55 ans* » (Dr I.) ; « *J'ai beaucoup de syndromes dépressifs réactionnels, dus à la perte d'emploi et du niveau de vie, c'est très compliqué en ce moment.* » (Dr S.)

Contrairement aux chiffres élevés de suicide chez les personnes âgées en métropole, nous avons seulement 2 praticiens qui nous parlent des personnes âgées : « *Le profil est plutôt des personnes âgées, seules, isolées familialement, et déprimées.* » (Dr O.) Un autre explique : « *Je suis gériatre, je fais de la géronto-psychologie, mais bizarrement je ne vois pas de TS chez les personnes âgées. C'est plutôt chez les femmes de 20 à 40 ans.* » (Dr Q.)

2.1.3 *Diversité des situations*

Tous les généralistes ont été invités lors de l'entretien à relater un cas de patient suicidaire ou suicidant, en plus du patient inclus en lien avec le médecin.

Treize se sont prêtés à ce récit, sur un ou plusieurs cas. Sur les 15 cas évoqués (certains médecins en évoquant plusieurs), 8 sont des cas de suicides accomplis, 6 sont des tentatives de suicide et 1 d'un patient qui n'est pas passé à l'acte mais a présenté un risque

important. Ces récits montrent que les généralistes sont confrontés à une diversité de situations cliniques et de profils de patients : de la jeune fille de 16 ans ayant des difficultés familiales jusqu'à la personne âgée dépressive en passant par des raptus et des cas liés à des addictions, dont voici sept témoignages :

« Un patient de 28 ans, co-infecté VIH-VHC, prenant de la cocaïne, avec des idées suicidaires, qui a été redirigé vers le service du Pr Jehel grâce à un numéro de portable. Mais après sa sortie il a effectué sa TS, puis ré-hospitalisé et actuellement en soins de suite pour cure de désintoxication. » (Dr B.)

« J'ai vu la patiente après sa TS et son passage aux urgences. Elle me dit elle-même avoir fait sa TS parce qu'elle a 36 ans et qu'elle ne veut pas d'hystérectomie. Son gynéco lui a dit qu'on devait lui enlever l'utérus parce qu'elle avait un fibrome. Elle est revenue en janvier pour la même problématique, et elle était sous hormones qu'elle ne prenait pas. Alors je l'ai mise sous homéopathie parce qu'elle ne voulait pas autre chose. » (Dr C.)

« J'ai quand même eu un suicide réalisé au mois de mai dernier, chez un patient que je suivais uniquement pour problèmes de santé physique. Il ne m'a jamais évoqué d'idée suicidaire. Je l'ai vu 2 mois avant pour un abcès du dos. » (Dr D.)

« Je me rappelle d'une année pendant laquelle j'ai eu 3 ou 4 suicides, dont 2 patients que j'ai vu le jour même. D'ailleurs il y en avait un que je voulais hospitaliser, mais ses parents ont refusé, et m'ont assuré qu'ils le surveilleraient, mais quand ils ont tourné le dos et fait leurs affaires, il s'est tiré une balle dans la tête dans la journée. » (Dr J.)

« Depuis la dernière patiente qui s'est pendue alors que l'on ne l'avait vu que 3 fois, on fait plus attention, du moins ça nous a tous un peu choqués (dans le cabinet de groupe). » (Dr L.)

« J'en ai eu 2 récemment : 1 qui est venu aux urgences, que vous connaissez, un toxicomane, avec antécédent psy, qui a déjà fait des TS. Je n'ai pas hésité une seconde, je l'ai envoyé à l'Anse Colas. Une autre, une jeune femme, mal dans sa peau, sans travail, avec des problèmes familiaux, mais sans gravité. Je lui ai dit de passer me voir pour causer quand ça ne va pas. Je la vois fréquemment, et suis attentif pour voir si ça se précise. » (Dr N.)

« Un homme de 50 ans dans la force de l'âge, qui travaillait et qui a dit à son entourage qu'il allait se suicider, mais qui ne m'en a pas parlé. Il est allé se pendre pour des peines de cœur. Il en est mort. Je ne pensais pas qu'il aurait pu faire ça. » (Dr Q.)

2.2 Le soin procuré par le médecin généraliste.

Dans la pratique quotidienne, les médecins généralistes sont davantage confrontés au risque suicidaire qu'au passage à l'acte, qui est plus de l'ordre des urgences. De ce fait, on peut considérer que leur action est celle d'une gestion de risques pour une patientèle dont ils prennent en charge la santé dans la durée. Ils considèrent d'ailleurs que leur rôle est le plus souvent de prévention primaire. Cette prévention se réalise par l'écoute, la surveillance des patients à risque par des rendez-vous rapprochés, quelques fois la mise en place d'un traitement médicamenteux.

« Je demande à tous les dépressifs s'ils ont envie de mourir. Il faut demander souvent, car à part une fois, je n'ai jamais eu des idées suicidaires comme motif de consultation. [...] La plupart du temps je les prends en charge moi-même en mettant un anti-dépresseur. » (Dr E.)

Nous nous sommes centrés sur la période de crise suicidaire. La plupart des médecins disent faire du « cas-par-cas ». La prise en charge varie et deux situations sont revenues plusieurs fois au cours des entretiens : avant le passage à l'acte, puis au décours de la tentative, avec ou non une prise en charge structurée.

Dans la plupart des cas, le généraliste délèguera cette gestion du risque par une orientation vers d'autres professionnels (psychiatres libéraux) ou vers des structures (Centre médico-psychologique, hôpital psychiatrique ou général, clinique).

2.2.1 *l'évaluation du risque suicidaire.*

Sur les 20 généralistes interviewés, les trois quarts commencent par évaluer la situation. Cette évaluation est très disparate, elle est rarement en fonction d'une grille de facteurs de risques, mais plutôt basée sur le sens clinique et la connaissance des patients.

« Je peux discuter avec les patients, je suis à leur écoute, avec des consultations qui peuvent durer une heure, c'est l'avantage de mon métier. Je demande depuis quand ça ne va pas, j'essaie de savoir si il s'agit d'un passage à vide ou d'une réelle mélancolie avec un risque réel. » (Dr B.)

« Ça dépend si j'ai un pressentiment [...] Et puis c'est aussi en fonction du contexte » (Dr C.)

« J'évalue en fonction de la tristesse, et du discours, je vois si il y a un changement. Je demande comment ça va » (Dr J.).

« La détermination du patient, ça se ressent. Des fois il y en a qui disent avoir envie de mourir, mais c'est juste pour être écoutés. Il ne faut pas prendre ça tout le temps de manière catégorique. Sauf si ça me semble clair, là je n'hésite pas, surtout si il y a des récives. » (Dr N.)

« Je commence par dialoguer avec le patient, j'essaye de lui expliquer qu'il y a d'autres choses possibles dans la vie, comme faire du sport sur cette île bien aménagée pour ça.. » (Dr O.)

« L'évaluation est difficile à faire, je suis attentif, mais je ne suis pas sûr de bien la faire. Je cherche à savoir si il y a des idées noires, de la tristesse, etc. » (Dr P.)

« Je fais du cas par cas, ça dépend de l'heure de la consultation et du temps qu'il me reste, du nombre de patients qui attendent, de la détresse du patient, de son isolement, de la capacité réelle qu'il a à se faire du mal. » (Dr T)

« La question est surtout de bien repérer l'urgence, et de ne pas passer à coté. Le plus souvent, chez les dépressifs, s'il n'y a pas d'idée suicidaire... » (Dr D.)

Il y a certains médecins qui préfèrent se baser sur des critères fixes pour évaluer la situation :

« Je recherche les signes de gravité, savoir si c'est la première fois, si c'est récurrent, si il y a des signes de dépression, un repli sur soi, et des signes secondaires. » (Dr G.)

« J'essaie d'apprécier la gravité de la chose, le risque de passage à l'acte, de hiérarchiser le degré et le risque. » (Dr M.)

« Je différencie deux groupes : avec antécédent de tentative de suicide, dans ce cas ca sera plutôt une hospitalisation au CHU voire à l'Anse Colas, en fonction des idées caractérisées, de l'isolement, des problèmes ayant engendrés cette crise, de l'anhédonie, de la présence ou non de l'entourage.

- et s'il n'y a pas d'antécédent de tentative de suicide ?

- il se peut que je ne l'adresse pas en hospitalisation, en fonction du contexte : entourage familial ou amical, qui pourrait le surveiller, la connaissance du patient. » (Dr S.)

Cinq généralistes sur vingt préfèrent ne pas prendre du tout en charge ces patients, et redirigent systématiquement vers des spécialistes, soit par peur d'être incompetents, soit par manque de temps, soit par désintérêt :

« Ma prise en charge, c'est de rediriger vers un psychiatre, là où je peux. » (Dr H.)

« J'appelle un psychiatre en ville et je redirige systématiquement. J'essaie vraiment de ne pas prendre en charge ces patients, c'est trop compliqué. Ça n'est pas une question de temps, mais c'est vraiment compliqué. » (Dr I.)

« Je fais très peu de psychiatrie, je n'ai pas de patients qui se suicident. Je fais un relais immédiat chez le psy. » (Dr Q.)

Un mot qui fait encore peur : le suicide

Parler directement avec le patient de son intention de suicide en termes clairs reste emprunt de crainte, même s'il est admis que cela ne favorise pas sa réalisation.

« J'évalue en fonction de la tristesse, et du discours, je vois si il y a un changement. Je demande comment ca va, mais je ne parle pas de suicide. » (Dr J.)

« J'aurais besoin de savoir comment aborder le sujet, c'est pas facile d'aborder non pas la question du suicide, mais la question des causes menant à ces idées suicidaires. » (Dr I.)

« C'est pas facile parce que la question de la dépression est déjà tabou, alors si on parle de suicide... » (Dr L.)

« Je ne prononce pas le mot suicide. Je tourne autour : idées noires, tristesse, etc. » (Dr P.)

Il y en a quand même certains qui n'hésitent pas à en parler :

« Je demande à tous les dépressifs s'ils ont envie de mourir, s'ils ont des idées noires. Il m'arrive même de parler de suicide. » (Dr E.)

On observe ainsi que les généralistes restent réservés à l'égard des standards de pratiques. Ce qui prévaut pour les interviewés dans la prévention du suicide c'est le sens clinique et la connaissance du patient.

L'analyse de la situation basée sur des recommandations officielles ne nous a jamais été évoquée. Une grille d'analyse précise est tout de même présente chez plusieurs généralistes, notamment ceux qui ont participé récemment à des formations. Nous reviendrons sur ce point.

2.2.2 L'orientation initiale

Lorsque le médecin identifie un risque de passage à l'acte, l'hospitalisation apparaît la solution la plus rassurante pour le médecin, la plus conforme aussi à la norme médicale. En pratique, le médecin généraliste doit négocier la prise en charge avec le patient, sa famille, et composer avec la pénurie de psychiatres et de structures adaptées sur l'île.

Parmi les 20 médecins interviewés, il n'y a pas de consensus sur l'orientation. L'offre de soins psychiatriques semble globalement méconnue par les médecins généralistes, même si certains ont un protocole de relais clairement établi.

2.2.2.1 Le généraliste effectue la prise en charge seul

Après évaluation, six généralistes choisissent en première intention de prendre en charge le patient eux-mêmes. Et ce uniquement quand ils estiment que le risque de passage à l'acte est faible ou maîtrisable par l'écoute, la mise en place d'un traitement et d'une surveillance étroite.

« La plupart du temps je les prends en charge moi-même en mettant un antidépresseur. » (Dr E.)

« Si je pense qu'il y a un risque, j'hospitalise. Si je pense qu'il n'y en a pas, je mets en place un suivi rapproché, avec une disponibilité au téléphone accrue. » (Dr M.)

«Faites-vous une redirection ?

- L'orientation est très très difficile en Martinique, ça ne m'est jamais arrivé. [...] Je prends en souvent en charge les patients moi-même. » (Dr O.)

« S'il n'y a pas d'antécédent de tentative de suicide, il se peut que je ne l'adresse pas, en fonction du contexte, de l'entourage familial ou amical, de qui pourrait le surveiller, de ma connaissance du patient. » (Dr S.)

La surveillance de l'état du patient implique de lui donner des rendez-vous rapprochés ou, *a minima*, de l'inciter à reprendre contact.

« Je mets en place un suivi rapproché.

- C'est-à-dire ?

- J'explique au patient que je reste disponible, par téléphone à tout moment. Ca m'arrive même de donner mon numéro de portable. Et puis je programme un rendez-vous à quelques jours, trois, quatre, en fonction de mon emploi du temps. » (Dr F.)

« Après avoir bien estimé le risque suicidaire, je fais un suivi régulier, pour être sur qu'il n'y aura pas de bêtise, pas de passage à l'acte, avec une consultation par semaine pendant le temps qu'il faudra. » (Dr G.)

Le généraliste gère donc seul un certain nombre de cas par l'écoute, la mise en route d'un traitement et la surveillance du patient.

2.2.2.2 Le généraliste a besoin d'appui

La première manière pour se faire aider est de passer par le téléphone. Pourtant cela n'est pas systématique, du fait de la difficulté de la tâche ressentie par les généralistes.

Rares sont ceux qui connaissaient avant nos entretiens téléphoniques le numéro de portable créé il y a deux ans par le service du C.H.U., et destiné aux professionnels en difficulté qui souhaiteraient avoir un avis spécialisé. Le portable est en permanence avec le psychiatre de garde au C.H.U. (24h/24). Sur les 20 généralistes, seulement 5 connaissaient ce numéro, moyen d'accès à un avis spécialisé rapide. Et parmi les 5 connaissant ce numéro, seulement 2 l'utilisaient en première intention.

Ce numéro été systématiquement donné à tous lors de ces entretiens. D'après les retours des psychiatres étant sur la liste de garde, nous avons noté depuis le début des entretiens une recrudescence des appels sur ce numéro. Voici quelques témoignages :

« Vous me parlez du numéro pour appeler les psy, mais même en étant au SAMU je ne suis pas au courant. Ce numéro n'est pas publié au niveau du 15. » (Dr A)

« A la Meynard, je n'arrive jamais à avoir les psys, même la filière d'urgence, pourtant je suis médecin régulateur, et ca reste bien compliqué pour moi. » (Dr. B.)

Parmi ceux qui l'utilisent, les retours sont plutôt positifs :

« Si j'ai un patient qui vient pour idées suicidaires, j'appelle le numéro que l'on m'a fourni pour avoir un avis psychiatrique, et je redirige vers les urgences. » (Dr D.)

« J'appelle sur le numéro des psys d'urgence, j'ai eu ce numéro sur une formation un soir, c'est très pratique ! Mais c'est vrai qu'on n'a jamais été informé de l'existence de ce numéro. C'est bien dommage. » (Dr K.)

2.2.2.2.1 Les psychiatres libéraux

Selon le généraliste, l'orientation sera vraiment différente selon la connaissance et la compréhension des différents professionnels de santé mentale présents sur l'île. En première intention, 6 médecins s'adressent à des psychiatres libéraux, et ce surtout depuis deux ans :

« J'appelle un psychiatre en ville et je redirige systématiquement. J'arrive avec le Dr ... à avoir un RDV en 4 à 5 jours, ce qui est raisonnable compte tenu du contexte local. Ça fait 2 ans que ca s'est amélioré. » (Dr I.).

« La plupart du temps je les prends en charge moi-même en mettant un antidépresseur. J'en réoriente aussi vers un psychiatre de ville, je rédige une lettre nominative, et j'ai aussi leur portable. Depuis 2 ans j'ai un réseau, je travaille avec 2 psychiatres de ville, ca m'a changé la vie. » (Dr E.).

2.2.2.2.2 L'orientation vers les Centres-Médico-Psychologiques (CMP)

Aucun généraliste n'oriente de patient vers les CMP en première intention. La plupart pensent que la structure n'est pas adaptée à une prise en charge en aiguë, à cause du délai pour obtenir une consultation. Néanmoins, les médecins travaillant sur le secteur du CMP de

Sainte-Marie sont les seuls à y avoir régulièrement recours, plus pour des états dépressifs chroniques que pour des crises suicidaires :

« Je vais mettre en relation avec un psychiatre, si possible. En cas de dépression je travaille bien avec le CMP de Sainte Marie qui travaille bien, sinon en cas de crise suicidaire, je travaille avec le CHU. » (Dr F.).

2.2.2.2.3 Le secteur privé : la clinique de l'Anse Colas

Trois médecins choisissent d'appeler les psychiatres de l'Anse Colas en première intention :

« Quand j'ai évalué la gravité, je passe la main. Soit en redirigeant, soit en appelant directement les psys sans laisser partir le patient du cabinet. [...] je travaille en réseau, et en psy je travaille avec ceux qui veulent bien décrocher. C'est le principal problème. A l'anse Colas, le Dr X répond tout le temps. A la Meynard, je n'arrive jamais à avoir les psys. » (Dr B.).

« Je demande l'avis d'un psychiatre avec un suivi psychiatrique. Je m'adresse à un confrère psychiatre ou psychologue. Depuis 2 ans, je passe surtout par les gens de l'Anse Colas, ils sont mes référents à chaque fois. » (Dr G.).

2.2.2.2.4 L'orientation vers les urgences psychiatriques publiques du C.H.U.

L'hospitalisation pour risque suicidaire apparaît comme une option souvent nécessaire. Certains patients en sont même demandeurs, pour se protéger contre eux-mêmes. L'hôpital semble vécu autant comme une orientation spécialisée que comme une « mise en sécurité » du fait de l'enfermement et de l'éloignement des moyens de suicide.

L'hospitalisation peut aussi apparaître comme une solution lorsqu'il n'y a pas de possibilité de mobiliser un entourage.

Concernant les médecins, la vision de la prise en charge via les urgences psychiatriques de la Meynard est très disparate, en fonction des expériences et des préjugés de chacun :

« Les urgences de la Meynard, en dernier recours, parce que les patients doivent passer par les urgences. Le fait qu'il n'y ait pas d'admission directe rend les choses très compliquées pour les patients qui ne comprennent pas ce qu'ils font là. » (Dr C.)

« Si j'ai un patient qui vient pour idées suicidaires, j'appelle le numéro que l'on m'a fourni pour avoir un avis psychiatrique, et je redirige vers les urgences. J'ai juste peur que le patient n'y aille pas. » (Dr D.)

« Je ne travaille jamais avec le CHU. » (Dr E.)

« En cas de crise suicidaire, je travaille avec le CHU. ça se passe très bien, je n'ai rien à redire de la prise en charge. J'ai des compte-rendus ... Je devrais d'ailleurs travailler d'avantage avec eux, mais il y a la question de la distance. » (Dr F.)

« S'il y a un risque, j'envoie en hospitalisation tout de suite, aux urgences psychiatriques, notamment depuis qu'il y a la nouvelle filière psy qui s'est créée. » (Dr J.)

« J'oriente vers le CHU si c'est grave ou urgent, d'autant plus qu'il y a des comptes rendus d'hospitalisation qui me reviennent et c'est assez rare en psychiatrie pour qu'on le signale ! » (Dr. S.)

En général, les généralistes habitués à travailler avec le CHU sont satisfaits de la prise en charge en hospitalisation. Mais ils sont clairement gênés à l'idée qu'il n'y ait pas d'admission directe. Les médecins qui n'ont que peu de contact avec cette équipe sont plutôt réticents et préfèrent n'orienter leurs patients qu'en dernier recours.

L'orientation des généralistes est donc extrêmement variable. Cela dépend d'abord du lieu d'exercice sur l'île (Nord rural ou zone proche des hôpitaux), de l'habitude et des réseaux créés, mais aussi de la connaissance des professionnels de santé mentale. Malgré des moyens mis en place, la principale difficulté des médecins est de trouver un relais spécialisé pour les suicidants.

2.2.3 Prise en charge de patients au décours d'un passage à l'acte récent

Après un passage à l'acte, les situations pour le patient sont multiples. Les prises en charge ne sont pas systématiques. Quand elles le sont, elles ne sont pas forcément suivies par le patient, et le médecin traitant n'est pas tout le temps au courant. Il doit pouvoir faire face aux nombreuses situations non codifiées, empreintes de réalité.

Pour la plupart des interviewés, les points importants à cette étape sont l'évaluation de la situation : l'adhérence au suivi mis en place par les spécialistes, le lien thérapeutique, les points d'incompréhension voire d'opposition, les thérapeutiques médicamenteuses.

« J'essaie de savoir quel est le suivi mis en place, quel est le psychiatre qui le suit. J'essaie de savoir s'il y a un blocage de la part du patient vis-à-vis de ce qui a été mis en place. J'essaie aussi de voir si le patient a un traitement.

- Quel est votre rôle ?

- Mon rôle ? Au mieux, créer du lien et améliorer l'adhérence au soin pour préparer la prise en charge par l'équipe psychiatrique, et au pire s'il n'y a pas d'équipe, mettre en place le traitement médicamenteux. Je ne mets un traitement que si c'est impossible que ça soit le psychiatre qui le mette. » (Dr B.)

« Je regarde si le patient a un traitement, ce qu'il en pense, et quelle est sa prise en charge. J'assure le suivi en plus du suivi par le psychiatre. Mais c'est assez rare comme situation. » (Dr F.)

« C'est de l'écoute, de l'évaluation du risque, avec retour à la « case départ » (en hospitalisation) si nécessaire, sinon ça sera une orientation vers une psychiatre installée depuis peu en ville. » (Dr K.)

« Ça dépend s'il s'agit d'une souffrance psychique qui n'a pas d'importance particulière, ou si ça reste sérieux. Dans tous les cas je reste disponible, et je demande le suivi mis en place, je travaille avec le CHU. » (Dr M.)

« Je fais la même chose qu'au début, je dialogue, je questionne sur le suivi en place, et je l'invite à faire une psychothérapie. Je vois aussi s'il y a un traitement en place, si le patient le prend et s'il y a lieu de le modifier ou de l'adapter. » (Dr O.)

Comme on peut le lire, il s'agit aussi d'un soutien psychologique rapproché, avec en quelque sorte le maintien du lien avec la normalité. Ce lien qui est souvent nécessaire pour adhérer à une prise en charge par le psychiatre.

« Les patients viennent souvent pour avoir mon avis en tant que médecin de famille après l'hospitalisation, pour savoir ce que j'en pense. Moi je suis présent pour les accompagner. [...]

- Et qu'allez-vous apporter en plus ?

- C'est clairement la connaissance et la confiance que les patients portent envers moi. » (Dr P.)

« La question principale est la question du suivi, je me bats pour qu'il y ait un suivi psy, avec une orientation si nécessaire. » (Dr S.)

Il y a aussi quelques généralistes qui préfèrent directement renvoyer vers le suivi spécialisé mis en place :

« Je pense que mes compétences s'arrêtent là où celles des autres commencent, donc je passe la main. Par contre je renouvelle les traitements. » (Dr C.)

« Je regarde le traitement que le patient a, et au besoin j'adapte la prescription, et puis suivant les cas j'oriente vers un psychiatre de ville. » (Dr D.)

« Ca dépend de l'intensité de la dépression. J'adresse souvent à un psychiatre, avec un courrier. Il m'est arrivé quelques fois de les appeler. » (Dr G.)

« Je fais un relais chez le psy, je ne m'en occupe pas, je ne me sens pas compétent. » (Dr Q.)

2.3 Autour des traitements médicamenteux

La question des traitements médicamenteux semble centrale dans l'évaluation du suivi, après la crise. Souvent les généralistes n'introduisent pas d'antidépresseurs dans la phase aiguë, ils préfèrent laisser cela aux spécialistes. Par contre, la plupart des médecins interrogés disent renouveler la prescription du spécialiste, et au besoin en ajouter un s'il n'y en a pas.

On ressent à travers plusieurs témoignages que les traitements médicamenteux sont une solution clef en main, qui permet de faire tout de même quelque chose, sans avoir une réelle certitude de leurs efficacités.

« J'aborde la question des traitements, et je mets en première intention des anxiolytiques, et puis si cela est nécessaire, j'ajoute des antidépresseurs qui mettent plus de temps à agir. [...]

Je vois aussi s'il y a un traitement en place, si le patient le prend et s'il y a lieu de le modifier ou de l'adapter. » (Dr O.)

« Et puis c'est aussi en fonction du contexte : si c'est moins aigu, je mets en place un anxiolytique, voire un antidépresseur.

- Et dans le cas d'un entretien après une tentative de suicide ?

- C'est pareil, je passe la main. Par contre je renouvelle les traitements. » (Dr C.)

« La plupart du temps je les prends en charge moi-même en mettant un antidépresseur. » (Dr E.)

« Je n'instaure pas d'antidépresseurs, mais donne des anxiolytiques à la famille, pour éviter le risque d'overdose. » (Dr S.)

« J'introduis des antidépresseurs, mais pas dans un contexte de crise suicidaire, je les introduis bien plus lentement que les recommandations, parce que j'ai vu sur de nombreux patients que les effets indésirables sont plus importants que prévu. » (Dr S.)

Les patients, quant à eux, auraient un *a priori* important et négatif sur ces traitements :

« Ici il y a une banalisation des anxiolytiques, tout le monde peut en prendre, et une diabolisation des antidépresseurs. Un antidépresseur est synonyme de folie pour la population, c'est assez récurrent. » (Dr S.)

« La mauvaise observance des patients à cause des effets secondaires et de la relative inactivité des traitements, les produits étant peu efficaces. Il y a un arrêt du traitement par les patients, qui en plus ne viennent consulter que des mois plus tard, et tout est à refaire. » (Dr F.)

« Ça m'arrive de mettre en place un traitement. Mais culturellement, aller voir un psy, c'est aller à Colson et c'est être fou. Il y a aussi une peur des traitements antidépresseurs. » (Dr K.)

« Le suivi médicamenteux est désastreux, il y a une inobservance très importante, surtout dès que les patients vont mieux, après la crise. Même si je renouvelle les ordonnances. » (Dr C.)

2.4 Atouts de la médecine générale

Nous avons demandé à chaque généraliste quel était selon lui, l'atout de sa profession pour la prise en charge des patients en crise suicidaire. Quinze généralistes pensent qu'ils ont quelque chose à apporter en plus du spécialiste. Pour beaucoup c'est

avant tout la proximité, la capacité à répondre présent de manière rapide et simple : ils sont le soin de premier recours. Mais c'est aussi une capacité d'écoute simple, ainsi qu'une connaissance de l'environnement du patient. La confiance joue aussi un rôle important pour certains, notamment chez les patients qui de prime abord sont rebutés à l'idée de consulter un professionnel de santé mentale.

« Proximité et écoute, par rapport aux psys qui eux sont plus à mêmes de gérer les traitements et les effets secondaires.[...] Mon rôle : au mieux, créer du lien et améliorer l'adhérence au soin pour préparer la prise en charge par l'équipe psy, et au pire si il n'y a pas d'équipe, mettre en place le traitement médicamenteux. » (Dr B.)

« Le patient préfère voir avec le médecin traitant, car il aura beaucoup plus confiance, et il pourra vraiment se livrer. » (Dr C.)

« Il est disponible tout de suite, puis on se confie plus facilement à son médecin, ça fait moins peur que le psy, la discussion est plus spontanée, on peut raconter les petites choses de la vie. » (Dr E.)

« Ça serait bien que le patient soit pris en charge par le médecin traitant, s'il s'en sent capable. Car il connaît mieux le patient que le psy, il a donc bien plus d'atouts. Il ne faut pas forcément un bagage de compétences, mis à part la pharmacopée psychiatrique à travailler. » (Dr I.)

« C'est un médecin accessible, non catalogué comme médecin des fous, avec une connaissance approfondie du patient et de son environnement. » (Dr K.)

« Plus proche, il les connaît avec leur statut social et familial. C'est un peu le confident. C'est plus facile de parler avec son médecin qu'avec un psychiatre. » (Dr N.)

Pour certains autres, la prise en charge du risque suicidaire n'est vraiment pas adaptée au médecin traitant, et ce pour plusieurs raisons différentes. L'un évoque la peur du patient que le médecin de famille divulgue des informations à l'entourage. D'autres évoquent leur absence d'intérêt, ou le fait que ce sont des prises en charge très chronophages, pas forcément adaptées à la médecine de ville.

« Je trouve que pour le médecin traitant, il n'y a pas d'atout. Le fait de connaître la famille et la vie du patient met un frein à la prise en charge, car il y a une mauvaise communication avec une peur de divulgation de l'information à la famille. Un médecin généraliste, c'est bien pour la prise en charge de la fin de vie ou d'un cancer, mais pas pour les problématiques suicidaires qui sont tabous. On ne nous en parle pas, on n'est pas sollicité pour cette question. » (Dr D.)

« Il n'y a pas d'atout. Mais il faut répondre à ces urgences, pour éviter de botter en touche et d'envoyer le patient aux urgences de l'hôpital, car ça n'arrange rien. » (Dr M.)

« Ça dépend des médecins, moi ça n'est pas mon intérêt, et puis c'est difficile moralement, parce que ça vous prend toute votre énergie. Moi de toute façon dès qu'il y a un traitement psychotrope je redirige vers le psychiatre. » (Dr Q.)

« Je sais pas si on peut parler d'avantage ou d'atout, parce que c'est très chronophage. On n'apporte rien en plus du psy, qui a une prise en charge bien spécialisée. Par contre on sera plus utile en termes de dépistage et de prévention des idées suicidaires. » (Dr T.)

« L'intérêt est qu'on connaît mieux le patient. Mais à part ça... y'a pas d'intérêt. » (Dr H.)

« C'est différent d'avant. J'ai un certain âge. Il n'y avait pas le SAMU, on devait s'asseoir et discuter. On avait plus de temps. Maintenant, le rythme est infernal. Je n'ai pas le temps, pas la patience et pas la formation. » (Dr C.)

2.5 Souffrance, désœuvrement du soignant

Lors des entretiens, nous avons plusieurs fois perçus que le sujet du suicide était difficile à aborder, et qu'il pouvait gêner les médecins. Pas tous, bien sur, mais certains nous ont transmis des moments délicats. Deux médecins ont souffert d'une ou plusieurs situations, et y répondent en y incriminant leur manque de compétence :

« J'essaie vraiment de ne pas prendre en charge ces patients, c'est trop compliqué. Ça n'est pas une question de temps, mais c'est vraiment compliqué. Depuis vingt ans, je n'essaie même plus, car j'avais une patiente qui était une parente, j'ai tenté de la prendre en charge, mais elle s'est suicidée. Depuis je ne veux plus prendre de patients suicidaires en charge. J'étais bien sûre de ma prise en charge à l'époque, j'étais sûre de maîtriser mon truc, et pourtant elle s'est quand même suicidée. [...]

- Seriez-vous intéressée par une formation ?

- Pourquoi pas, ça me réconcilierait peut-être avec ce type de patients. J'aurais besoin de savoir comment aborder le sujet, c'est pas facile d'aborder non pas la question du suicide, mais la question des causes menant à ces idées suicidaires. Et puis aussi comment gérer la prise en charge. » (Dr I.)

« Le problème est que je n'ai eu aucune formation sur la question, je ne sais pas s'il y en a aujourd'hui. J'ai fais trois mois de psy ou l'on ne touchait pas les dossiers, on glandait. » (Dr C.)

Un autre a même préféré refuser l'entretien téléphonique :

« Je ne peux pas vous répondre, c'est un sujet qui me concerne personnellement et familialement. Désolé. »

Cinq médecins nous ont aussi relaté des situations difficiles, avec une confrontation brutale à la mort, et souvent un sentiment d'impuissance, que cela soit dans la prise en charge personnelle ou sociétale, avec un réseau de soin insuffisant :

« Dans ma carrière, j'ai eu deux patients qui se sont suicidés en sortant de ma consultation, car je n'avais personne à qui les adresser. Il y avait une possibilité, une hospitalisation forcée à Colson, mais c'était tellement mal vu que personne ne voulait signer et le patient n'aurait jamais accepté ça. C'est l'hôpital des vrais fous. » (Dr C.)

« C'est une question qui m'intéresse et m'importe, car j'ai eu dans mes 28 ans de pratique vingt décès par suicide. Et des centaines de passages à l'acte. Je me rappelle d'une année pendant laquelle j'ai eu trois ou quatre suicides, dont deux patients que j'ai vus le jour même. D'ailleurs il y en avait un que je voulais hospitaliser, mais ses parents ont refusé, et m'ont assuré qu'ils le surveilleraient, mais ils l'ont laissé seul, et il s'est tiré une balle dans la tête dans la journée. » (Dr J.)

« Depuis la dernière patiente qui s'est pendue alors que l'on ne l'avait vu que trois fois, on fait plus attention, du moins ça nous a tous un peu choqués. » (Dr L.)

« J'ai un patient, un homme de cinquante ans dans la force de l'âge, qui travaillait et qui a dit à son entourage qu'il allait se suicider, mais qui ne m'en a pas parlé. Il est allé se pendre pour des peines de cœur. Il en est mort. Je ne pensais pas qu'il aurait pu faire ça.

- Ça a été difficile pour vous ?

- Oui, il ne s'est pas exprimé. [...] C'est difficile moralement, parce que ça vous prend toute votre énergie. » (Dr Q.)

« Le sujet est tabou. Il l'est d'autant plus lorsque le patient est un confrère. Deux de mes amis confrères se sont suicidés, dont un ami psychiatre, qui s'est pendu. Actuellement j'en sens un en détresse, mais je ne peux rien faire pour lui. » (Dr J.)

Certains généralistes sont aussi gênés par le manque de temps à consacrer à ces patients, dits « chronophages » (Dr F. et Dr T.) :

« Moi-même si je suis intéressé par cette thématique, je n'ai vraiment pas le temps de m'en occuper. Je fais ce qu'il faut, je redirige, mais je ne peux pas me permettre de garder une heure un patient. Vous savez, avec quarante consultations par jour, c'est difficile, et c'est de pire en pire. » (Dr J.)

« Mais c'est différent d'avant. J'ai un certain âge. Il n'y avait pas le SAMU, on devait s'asseoir et discuter. On avait plus de temps. Maintenant, le rythme est infernal. Je n'ai pas le temps, pas la patience et pas la formation. » (Dr C.)

Une dernière finit par nous expliquer que pour elle, ce métier est trop difficile :

« Je voulais faire psychiatrie. Avant de faire médecine générale, j'avais travaillé comme infirmière psy en hôpital. Mais j'ai trouvé ce travail trop dur, alors j'ai renoncé. » (Dr R.)

2.6 Les difficultés de la prise en charge

Les médecins interviewés se sont beaucoup exprimés sur les difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Pour une majorité d'entre eux, la gestion de ce risque est difficile en elle-même, du fait de la spécificité des patients, et accrue par les déficits ressentis de l'offre locale de soins spécialisés mais aussi par les fonctionnements des professionnels et des structures.

2.6.1 *Difficultés liées au patient et ses représentations*

La première difficulté à laquelle se trouvent confrontés les omnipraticiens est liée au fait que les patients présentant un risque suicidaire peuvent être dans le déni de leur souffrance et/ou dans le refus de soins, surtout dans le refus d'une prise en charge

spécialisée, psychiatrique ou psychologique, très souvent connotée négativement. Les traitements sont aussi très mal connotés.

« Il y a un tabou, pour la population, qui n'en parle pas trop, il y a une espèce d'orgueil familial et une peur du « qu'en dira t'on ? »(Dr A.)

« J'essaie de savoir s'il y a un blocage de la part du patient vis-à-vis de la prise en charge psychiatrique. [...] Les services d'hospitalisations, c'est aussi très mal accepté. » (Dr B.).

« Refus du patient lui-même de consulter un professionnel de santé mentale, car il y a la peur d'être étiqueté fou par la société. Culturellement, aller voir un psy c'est aller à Colson et c'est être fou. Il y a aussi une peur des traitements antidépresseurs, avec une inobservance majeure »(Dr K.).

« Il y a des croyances, une banalisation des anxiolytiques et diabolisation des antidépresseurs, ce qui induit de mauvaises prescriptions. »(Dr R.)

« Pour vous, quelles sont les principales difficultés en Martinique ?

- Les réticences du patient. »(Dr T.)

2.6.2 Difficultés liées à la famille

La famille dans sa structure antillaise, est une famille élargie, souvent avec des grandes fratries. On peut faire l'hypothèse que cette situation familiale soit étayant. D'après certains généralistes, elle peut dans certains cas devenir elle-même un frein voire un danger pour la prise en charge du patient.

« L'adhésion de l'entourage familial et social est souvent nulle, très défavorable, l'environnement est peu aidant. [...] C'est une maladie considérée comme honteuse, souvent la famille n'est pas mise au courant, et si elle l'est ça peut mal se passer, pour le suivi, l'observance, l'isolement du patient. » (Dr F.)

« Je ne fais pas vraiment de lien avec la famille, parce que le sujet est tabou. »(Dr J.)

« Il y en avait un que je voulais hospitaliser, mais ses parents ont refusé, et m'ont assuré qu'ils le surveilleraient, mais ils l'ont laissé seul, et il s'est tiré une balle dans la tête » (Dr J.)

2.6.3 Difficultés liées au recours aux psychiatres

Comme nous l'avons déjà abordé en parlant de l'orientation des médecins généralistes, le recours à l'avis spécialisé est très compliqué en Martinique. Il s'agit de la revendication première et principale des médecins de première ligne interviewés. La difficulté ne se situe pas seulement dans la capacité à avoir un rendez-vous rapidement, mais aussi dans le fait de réussir à avoir un avis spécialisé téléphonique. En effet, le numéro de portable dédié aux professionnels n'est pas encore connu des soignants de première ligne.

Voici les réponses que nous récoltions à la question : « *Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ?* » :

« *Avant tout c'est de joindre les psychiatres, c'est un vrai problème.* » (Dr B.)

« *Contacter une structure, avec une prise en charge rapide.* » (Dr C.)

« *Avant d'avoir mon réseau, c'était l'accessibilité aux psychiatres. [...] Depuis 2 ans j'ai un réseau, je travaille avec deux psychiatres de ville, ça m'a changé la vie. Depuis, je ne travaille plus avec les CMP, et jamais avec le CHU.* » (Dr E.)

« *L'accès au soins psychiatriques.* » (Dr K.)

« *L'accès aux soins psy, notamment les psychiatres libéraux qui permettraient de se créer un réseau.* » (Dr L.)

« *L'orientation est très très difficile en Martinique, ça ne m'est jamais arrivé, et puis le contact direct avec des psychiatres ou psychologues est très compliqué.* » (Dr O.)

« *Un contact rapide avec le psy, car souvent il y a un refus d'hospitalisation. [...] Je n'ai pas de réseau de professionnels de santé mentale, et c'est bien la seule spécialité ou c'est comme ça !* » (Dr P.)

« *L'accès aux psychiatres.* » (Dr S.)

D'autres nous le formulaient directement, avant même de poser la question :

« *Je travaille peu avec les psychiatres de ville, je suis déçu, je n'ai pas de retour.* » (Dr F.)

« *Ils ne sont pas trop disponibles en Martinique, c'est très compliqué. En dernier recours j'oriente vers l'hôpital.* » (Dr H.)

« Vous savez avec la pénurie de médecins, les contacts deviennent très difficiles. En psy c'est particulièrement vrai, mais c'est aussi le cas pour toutes les autres spécialités. Tout cela est dû à l'augmentation de la charge de travail. » (Dr J.)

« Et puis il faut aussi réussir à les avoir les psys, c'est pas aisé. » (Dr T.)

La création d'une ligne de portable disponible 24H/24 avec accès à un avis psychiatrique est vraiment adaptée à la demande des soignants de première ligne, mais la connaissance de ce dispositif est très mauvaise.

2.6.4 Difficultés avec les structures hospitalières

Les différentes structures hospitalières psychiatriques ne jouissent pas toutes des mêmes critiques. Globalement, l'accès aux soins d'urgence psychiatrique passe souvent par les structures hospitalières. Pour les interviewés, il y a aussi de grosses difficultés d'orientation.

Au CHU de la Meynard, peu de médecins connaissent la nouvelle filière d'urgence psychiatrique âgée de deux ans. Et encore moins le centre d'accueil et de crise, ni l'unité anxiété-dépression toutes aussi récentes. Les problèmes relatés par les médecins traitants sont multiples : il y a d'abord un problème d'accès à l'avis psychiatrique et donc à l'orientation pour la prise en charge précoce. Il y a aussi le problème de l'accès à une hospitalisation directe, sans le passage par les urgences psychiatriques. Il y a aussi un gros problème avec un manque de confidentialité dans cette petite région insulaire.

« Je travaille en réseau, et en psy je travaille avec ceux qui veulent bien décrocher. (...) A la Meynard, je n'arrive jamais à avoir les psys, même la filière d'urgence, pourtant je suis médecin régulateur, et ça reste bien compliqué pour moi. » (Dr B.)

« En plus la filière au SAU (service d'accueil des urgences) n'est pas assez directe ni assez individualisée. » (Dr B.)

« Les urgences de la Meynard, en dernier recours, parce que les patients doivent passer par les urgences. Le fait qu'il n'y ait pas d'admission directe rend les choses très compliquées pour les patients qui ne comprennent pas ce qu'ils font là. » (Dr C.)

« Une autre difficulté est l'accès en hospitalisation directe sans passer par les urgences. » (Dr L.)

« La Meynard ça n'est pas possible il y a systématiquement des fuites, des gros problèmes de confidentialité. » (Dr B.)

« Je travaille avec l'hôpital quand il y a une urgence, mais je n'ai aucun retour des urgences. » (Dr D.)

Mais certains ont une meilleure expérience du CHU de la Meynard :

« C'est plus facile maintenant avec les nouvelles urgences psychiatriques, et puis c'est aussi plus facile de dire d'aller aux urgences générales, les patients ne prennent pas peur de la psychiatrie. » (Dr J.)

« Au CHU ça se passe très bien, je n'ai rien à redire de la prise en charge. J'ai des comptes-rendus d'hospitalisation, je devrais d'ailleurs travailler d'avantage avec eux, mais il y a la question de la distance. » (Dr F.)

« La grande difficulté c'est l'accès aux soins spécialisés, même si ça s'est énormément amélioré depuis que le Pr Jehel est arrivé. » (Dr G.)

La clinique privée de l'anse Colas semble jouir auprès des médecins traitants, d'une meilleure réputation, avec un avis spécialisé plus aisé, ainsi qu'avec un accès à l'hospitalisation directe facilité. Malheureusement, il s'agit d'une clinique privée à caractère lucratif, ce qui la rend financièrement inaccessible pour beaucoup de suicidants :

« A l'anse Colas, le Dr X répond tout le temps. » (Dr B.)

« L'Anse Colas c'est bien mais payant. » (Dr B.)

« S'il s'agit d'une idée suicidaire, j'oriente plus vers l'Anse Colas qui sont plus réactifs, j'ai de la chance avec eux parce que dans la journée voire le lendemain, il y a une évaluation psychiatrique, avec possibilité d'admission directe. » (Dr C.)

Par contre, concernant l'hôpital public de secteur psychiatrique de Colson, les médecins sont catégoriques à son sujet. Cet hôpital n'est pas utilisé pour le recours aux psychiatres chez les vingt généralistes interviewés.

« Colson les patients ne veulent pas en entendre parler. » (Dr B.)

« Colson n'est pas adaptée du tout. » (Dr G.)

« Il manque une structure, avec Colson qui fait peur à la population. » (Dr J.)

2.6.5 Des CMP pas adaptés

Pour la plupart des interviewés, les CMP ne sont pas des structures adaptées à l'urgence des patients suicidaires. L'accès aux rendez-vous reste difficile avec des délais d'entrevue et d'évaluation psychiatrique trop importants, il n'y a pas de retour envers le médecin traitant, et il y a une impossibilité d'avoir un contact avec le psychiatre qui suit le patient.

« Concernant les CMP, l'attente est de 8 mois, concernant la problématique suicidaire ils ne servent à rien ». (Dr B.)

« Avec les CMP, je n'ai jamais de retour, je n'envoie pas de patient. Pour ceux qui sont suivis par les CMP, j'essaie de voir avec les ordonnances s'ils sont correctement suivis, je n'ai jamais aucun courrier. » (Dr D.)

« Les CMP étant trop impersonnels, je ne travaille pas avec eux parce que les psy changent tout le temps, qu'on a aucun retour. » (Dr E.)

« Le problème est qu'il n'y a pas de structure dédiée, on est toujours au milieu des psychotiques. » (Dr H.)

« Avez-vous des liens avec les CMP ?

- J'ai moi-même travaillé en CMP, mais pour les suicidants c'est assez compliqué, les structures ne sont pas adaptées. » (Dr I.)

« Je n'ai quasi pas de contact avec les CMP, hormis de rares lettres, et ce uniquement pour les patients psychotiques que je suis. Je n'envoie pas de tableau suicidaire au CMP, ça ne me viendrait pas à l'idée. » (Dr J.)

« Les CMP, c'est la grosse catastrophe, car il n'y a pas de rendez-vous donné car ils sont pleins. Les patients n'ont pas de suivi possible, pas de compte-rendu en retour... » (Dr K.)

« Ca n'est pas possible de travailler avec les CMP, les médecins tournent à chaque consultation, les consultations ne sont jamais les mêmes pour les patients, on a jamais de compte rendu, la prise en charge n'est vraiment pas intéressante, on a aucun retour. » (Dr L.)

« Avec les CMP c'est difficile, ça n'est pas adapté à la prise en charge des suicidants. » (Dr O.)

« Pas de lien du tout avec les CMP, c'est très compliqué de réussir à avoir les psychiatres, on ne sait jamais qui ils sont. » (Dr T.)

Rares sont les médecins qui travaillent avec ces structures. Et ca sera souvent pour la prise en charge des psychotiques, moins pour les suicidants.

« Je travaille avec eux [les CMP], mais uniquement pour les psychotiques, ces structures ne sont pas adaptées aux dépressifs. Dommage qu'il n'y ait pas de structure adaptée aux dépressifs, parce que c'est pas l'idéal de les mélanger avec les psychotiques. » (Dr G.)

« Je travaille bien avec le CMP de Sainte-Marie qui travaille bien, sinon en cas de crise suicidaire, je travaille avec le CHU. » (Dr F.)

« Travaillez-vous avec les CMP ?

- Non pas pour les urgences. Sinon oui, pour le suivi. »(Dr M.)

« Aux CMP, ca marche bien, les patients peuvent rapidement rentrer dans les circuits, mais les médecins tournent trop et du coup je vois d'un patient à l'autre la différence de prescription, suivant l'âge du psychiatre. Chez les personnes âgées, si le psychiatre est âgé, il va y avoir pleins de neuroleptiques prescrits. Concernant les jeunes, les CMP ne sont pas adaptés. »(Dr Q.)

2.6.6 Difficultés liées au contexte socio-économique

Le contexte socio-économique martiniquais actuel est difficile pour une grande part de la population, avec un taux de chômage élevé, des indices de violences intra et extra familiaux plus importants, une souffrance au travail croissante. Plusieurs médecins sont aussi confrontés à ces réalités, qui ont une cause importante sur la symptomatologie. De plus, cela entrave l'accès au soin de ville où les soins ne sont pas entièrement remboursés pour les psychiatres libéraux, voire non remboursés pour les psychologues.

« Une difficulté est le manque d'accès aux soins pour raison financière, avec les psychologues non remboursés...les psychiatres de ville... »(Dr J.)

« Quelles sont pour vous les difficultés de prise en charge des suicidants en Martinique ?

- *Les addictions qui sont très importantes, les conditions de vie, la précarité qui augmente.* »(Dr Q.)

« J'ai aussi beaucoup de syndromes dépressifs réactionnels, dus à la perte d'emploi et du niveau de vie, c'est très compliqué en ce moment. Ca a en plus une répercussion physique. C'est souvent une intrication avec de multiples problèmes de santé physiques et psychosomatiques. Je redirige souvent vers les assistantes sociales, et j'y mets beaucoup d'empathie, tant que je peux. [...] Une des améliorations possibles serait la prise en charge financière que ça soit pour les psychiatres de ville ou les psychologues. »(Dr R.)

2.7 Améliorations envisageables

Nous avons demandé à chacun des généralistes ce qui était pour lui ou elle important pour améliorer le dépistage, la prise en charge et le suivi des suicidants en Martinique. En premier lieu, ce qui revient le plus souvent est l'amélioration de l'accès téléphonique à un avis spécialisé.

« Comment faire pour améliorer la prise en charge en Martinique ?

- Décrocher le téléphone ! » (Dr B.)

« Il faudrait une structure qui coordonne, un numéro où l'on pourrait joindre les psys. » (Dr J.)

« Créer un réseau, centralisé sur un hôpital, avec un avis téléphonique possible et disponible, en ce qui concerne la prise en charge, savoir à qui adresser le patient... » (Dr L.)

« Pour améliorer il faudrait avoir un contact plus rapide avec une structure de santé mentale. » (Dr O.)

« Avoir un numéro spécial pour joindre un psy. » (Dr P.)

Plusieurs autres thématiques ont aussi été proposées par les interviewés, comme une mise en place de formations, l'augmentation de suivi, le développement d'un réseau tissé alliant le public et le privé, avec services sociaux dans le réseau. Mais aussi l'augmentation du nombre de structures, la délégation vers les psychologues qui devraient être remboursés, des visites à domiciles, l'amélioration des conditions de vie, pour une diminution de la toxicomanie,...

« Pour évaluer le risque de passage à l'acte, j'ai participé aux formations mises en place par le Pr Jehel, avec un topo bien fait, qui était très pratique, pour m'aider à prendre les décisions les plus adéquates. » (Dr M.)

« Créer et développer un réseau avec des relations public-privé, les services sociaux inclus, un système d'alerte, une disponibilité des médecins généralistes avec des consultations qui dureront 30 min... » (Dr F.)

« Il faut augmenter le nombre de structures, coordonner les réseaux, et travailler avec les autres professionnels de la santé mentale, notamment les psychologues. Dans l'idéal il faudrait qu'ils soient remboursés par la sécu » (Dr G.)

« Créer des centres dédiés, car là il y a très peu de place, surtout qu'on étiquette souvent *larga manu* les dépressions. » (Dr H.)

« Augmenter le nombre de psychiatres en ville, et faire rembourser les psychologues par la sécu » (Dr J.)

« Comment améliorer la prise en charge des suicidants en Martinique ?

- Avec des EPU, pour savoir repérer les signes et alerter » (Dr M.)

« - Multiplier les structures d'accueil. » (Dr N.)

« Il faudrait augmenter le nombre de spécialistes et le réseau. Ça nous déchargerait d'une consultation très longue et compliquée, parce que ça ne se fait pas en 5 min, ça m'allègerait ma charge de travail. » (Dr O.)

« Améliorer les conditions de vie, avec un cellule d'écoute pour les jeunes et aussi pour les personnes âgées, pour avoir quelqu'un d'autre que le médecin traitant qui connaisse souvent la famille. » (Dr R.)

« Je sais pas, parce qu'il y a la drogue là-dedans [en Martinique]... » (Dr T.)

2.8 Formations

A la fin de l'entretien, nous avons demandé à chaque médecin s'il était intéressé par une éventuelle formation sur la question du suicide. Un interviewé sur deux déclare être intéressé pour y participer en Martinique.

*« Pour vous, y a-t-il un problème de formation des généralistes sur la question du suicide ?
- Ca n'est pas du tout le problème. Le problème est plutôt l'accès aux soins psy sur notre île. »
(Dr B.)*

« Plus jeune j'aurais été intéressé, maintenant j'ai beaucoup à me former en gériatrie, donc je n'aurais pas le temps. » (Dr C.)

« Oui, je suis bien intéressé par une formation. » (Dr D.)

« Auriez-vous le temps pour une éventuelle formation ? »

- « Le temps on en trouve toujours, mais ça ne sera pas ma formation prioritaire. » (Dr E.)
- « Oui, bien sûr, à condition du créneau adéquat. J'ai déjà participé à une formation avec le Pr Jehel, ça m'a bien aidé. »(Dr F.)
- « Oui, J'en ai déjà suivi une y'a deux ans, mais une autre me ferait pas de mal. » (Dr G.)
- « - Oui, tout à fait, malgré mes 60 ans, ça m'intéresserait. » (Dr O.)
- « Oui pourquoi pas, sous forme d'une soirée sans repas, quelque chose d'efficient. » (Dr H.)
- « Pourquoi pas, ça me réconcilierait peut-être avec ce type de patients. J'aurais besoin de savoir comment aborder le sujet, c'est pas facile d'aborder non pas la question du suicide, mais la question des causes menant à ces idées suicidaires. Et puis aussi comment gérer la prise en charge. » (Dr I.)
- « On a toujours besoin de formation. Mais je ne pense pas que je pourrais venir, je n'aurais pas le temps. »(Dr J.)
- « Oui, vraiment, car bien qu'on soit à l'écoute, on ne sait pas si l'on est compétent ! »(Dr K.).
- « Evidemment, on en a toujours besoin, je ne peux pas répondre que non, mais au vu de ma patientèle et de la fréquence des cas, je me formerai d'abord à d'autres choses. Il faudrait que ça soit en Martinique, parce qu'ailleurs je n'irais jamais. » (Dr L.)

« J'ai participé aux EPU mis en place par le Pr Jehel, avec un topo bien fait, qui était très pratique, pour m'aider à prendre les décisions les plus adéquates.

- Voudriez-vous en refaire ?

- *Pourquoi pas d'autres, oui.* »(Dr M.)

« Concernant les formations, en ce qui me concerne, ça n'est pas urgent, en tant que gériatre je préfère être formé sur la loi Leonetti que sur le suicide, parce que c'est rare dans ma clientèle. »(Dr Q.)

« Ca ne sera pas la priorité, c'est pas nécessaire, car je n'ai pas à faire à ce genre de problèmes. Mais ça pourrait m'intéresser. » (Dr N.)

« Des formations en petit groupe, de dix maximum, avec un psychiatre, pour qu'on puisse poser des questions. Ça serait idéal. » (Dr P.)

Nous avons aussi remarqué que les trois médecins qui avaient suivis des topos étaient parmi les rares capables d'utiliser des critères de gravité documentés du risque suicidaire. Ils étaient aussi parmi les médecins qui connaissaient le numéro de portable destiné aux professionnels de santé primaire.

DISCUSSION ET PROPOSITIONS

Le choix de notre sujet et la façon dont nous l'avons traité sont nécessairement en rapport avec nos liens d'intérêts respectifs et ceux que nous avons en commun.

Ce travail s'inscrit dans la perspective de travail au contact de patients en souffrance psychique, au delà de nos thèses d'exercice et de nos différentes spécialités. Cela a pu induire un regard, et probablement orienter la façon d'aborder les médecins interviewés. Ce biais de regard est à prendre en compte dans notre travail. Nous avons également suivi

nous-mêmes un cheminement de soins, notre expérience personnelle nous a ainsi sûrement influencés pour questionner les personnes interviewées.

1 Discussion sur la méthodologie qualitative

Nous avons décidé d'utiliser une méthode de recherche qualitative pour tenter de récolter les informations qui nous intéressaient. Pour ce qui concerne la technique d'enquête, l'entretien semi-directif a semblé adapté au sujet et aux objectifs de l'étude. Cette technique, qui consiste à aborder différentes dimensions d'un sujet à partir de récits de cas ou d'expériences, a permis une grande souplesse, nécessaire pour s'adapter aux contraintes des praticiens, notamment en termes de disponibilité. Nous avons opté pour des entretiens individuels semi-dirigés car des entretiens collectifs auraient rendu plus difficile la discussion et la collecte de données. Les interviewés, préalablement avertis par téléphone, se sont exprimés sans réticences sur leurs pratiques, leurs opinions et leurs difficultés.

Comme cela a déjà été constaté dans d'autres études [134], les enquêtes auprès des médecins généralistes comportent toujours des difficultés car elles se heurtent à un double handicap : le manque de disponibilité des médecins et leur saturation par rapport aux démarches d'études du fait des nombreuses sollicitations dont ils sont l'objet. La conjugaison de ces deux éléments, le sentiment que les études ne servent à rien, conduisent certains médecins à refuser systématiquement de répondre à une enquête quelle qu'elle soit. Nous avons été confrontés à cet écueil puisque 21 médecins contactés ont refusé de participer, soit par manque de temps, d'intérêt, soit par le fait que le sujet du suicide soit trop « sensible ».

Parmi ceux qui ont accepté, tous n'étaient pas totalement disponibles et intéressés par l'échange sur la question du suicide, celle-ci semblant apparaître à l'écoute de certains comme une question de second ordre pour un médecin traitant, ou bien une question philosophique insoluble.

On ne peut donc pas affirmer qu'il n'existe pas d'effet de sélection : les médecins qui acceptent encore de contribuer à une étude de ce type sont peut-être plus impliqués dans une réflexion sur l'évolution des pratiques et sur la question du suicide plus précisément. Nous ne disposons pas d'éléments objectifs pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Par contre, par le nombre de généralistes interviewés sur un territoire insulaire, cette enquête offre un matériau riche qui permet de mettre à jour une diversité de points de vue concernant ces médecins de premier recours, sans pour autant être lue comme un tableau exhaustif des points de vue des acteurs locaux sur la prise en charge du risque suicidaire : les professionnels hospitaliers, dont ceux des CMP, mais aussi les psychologues libéraux n'y sont en effet pas représentés. Il s'agit d'une limite inhérente au choix de se focaliser sur les

médecins généralistes selon une approche qualitative qui ne peut travailler sur des échantillons importants.

2 Discussion sur les résultats

2.1 Phénomène rare à l'échelle de la pratique quotidienne

Nous l'avons vu, la plupart des médecins interviewés rapportent que le suicide est rare dans leur pratique quotidienne en Martinique. Certains disent même ne pas être confrontés au phénomène suicidaire. Une enquête par questionnaire réalisée en 2000-2001 sur un département de l'ouest de la France [70] estime, sur la base des déclarations des répondants, que pour une ancienneté moyenne d'installation de quinze ans, chaque médecin a été confronté en moyenne à six suicides et dix-neuf tentatives, soit une moyenne d'environ un suicide tous les deux ans et une tentative tous les ans.

Comparé à la fréquence des pathologies somatiques courantes, la fréquence du phénomène suicidaire peut effectivement paraître rare pour un généraliste. Il est possible également qu'une partie des personnes qui se suicident ne soient pas familières du recours au praticien et que de ce fait, leur geste ne touche pas les généralistes de la même manière qu'un patient régulièrement suivi [134].

Ces chiffres paraissent peu importants mais ne doivent pas minimiser l'importance du problème en médecine générale : en effet, des études [85, 88] ont montré que le patient, auteur d'un acte suicidaire, était connu et suivi par son médecin, qu'un état dépressif était repéré comme tel avant l'acte et qu'au moment du geste, le patient était déjà traité par un antidépresseur [70]. Enfin, on peut faire l'hypothèse qu'une partie des patients n'informent pas leur médecin traitant de leur tentative de suicide, contribuant ainsi au manque d'identification du phénomène, notamment avec des témoignages qui parlent de la peur de la perte du secret médical sur ce territoire insulaire.

2.2 Une prise en charge délicate

Nous l'avons vu, la prise en charge de patients suicidaires ou suicidants au cours de la pratique de la médecine générale en cabinet est délicate. La diversité des situations de crise pouvant donner lieu à une consultation de médecine générale induit une attention particulière de la part du médecin pour chaque patient, quel que soit son motif de consultation. Surtout que l'on sait que 60% à 70% des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une tentative de suicide, 36% l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte [26, 59, 119].

D'un côté certains médecins interviewés ne sont pas concernés par ce phénomène, et d'autres le sont régulièrement, ce qui corrobore l'étude qui s'intéresse d'ailleurs à la pratique des généralistes, ceux ayant un taux de diagnostic de dépression élevé posent deux fois plus de questions sur les sentiments et les émotions que ceux qui ne la reconnaissent pas [33]. Ce témoignage est percutant : « *c'est tout de même assez fréquent quand on cherche et qu'on est à l'écoute.* » (Dr B.).

Un savoir-faire et un savoir-être sont indispensables pour pouvoir affronter lors de consultations rapides et répétitives les difficultés émotionnelles de chaque patient. Celles-ci peuvent parfois être mises de côté, surtout qu'il n'y a que très peu de travail et d'apprentissage lors de la formation initiale.

Il est ainsi vraiment compréhensible qu'il y ait un désœuvrement des praticiens. Celui-ci est palpable au téléphone, d'abord par le nombre de refus de prise en charge et de port de la responsabilité de celle-ci, avec une orientation systématique. Ensuite par plus d'un tiers des témoignages explicitant une souffrance vécue, par la brutalité de la situation. Le manque de connaissances et de compétences participe, d'après les interviewés et d'autres praticiens de métropole [133], à une plus grande anxiété dans la pratique. Les données recueillies en métropole sur le suivi illustrent les difficultés d'assurer dans le temps une prise en charge médicale et/ou psychiatrique des suicidants, comme le notent de nombreuses études [101, 129, 148]. La conférence de consensus de 2000 [1] insiste sur la nécessité de faire préciser le degré d'intentionnalité et de planification, ce qui sous-tend d'autres messages [128] :

Le premier message est une hospitalisation ; celle en psychiatrie fait toujours peur. Se retrouver parmi des « fous » ou pire s'assimiler à l'un d'entre eux n'est pas facile surtout lorsque « l'on ne se sent pas au mieux » ; la « folie » est associée à un comportement violent alors que la dépression a une dimension de trouble curable [16]. La principale difficulté provient du refus de prise en charge et notamment de prise en charge spécialisée [119].

Le second message est celui de la responsabilité du médecin, qui se trouve dans une difficulté juridique à l'écrire : « Que se passera-t-il si j'écris idées suicidaires, que je ne le fais pas hospitaliser et qu'il se suicide ? ».

Ainsi, les généralistes sont en première ligne [6] : ils évaluent la gravité et orientent leurs patients dans un dédale d'offres de soins complexe ; ils trouvent des alternatives à des hospitalisations ; ils gèrent des retours de plus en plus précoces à domicile ; ils rédigent les certificats d'hospitalisation sous contrainte. Un contexte clinique tel nécessite une disponibilité des professionnels de santé mentale et une orientation facilitée.

2.3 Le rôle spécifique du médecin traitant

Malgré toutes ces difficultés, les trois quarts des généralistes interviewés pensaient avoir un rôle différent et nécessaire dans cette prise en charge particulière, notamment la proximité et disponibilité, l'amélioration de l'alliance thérapeutique, un soutien

psychologique et une meilleure connaissance du contexte. Ces spécificités sont aussi retrouvées dans les diverses enquêtes métropolitaines [2, 3]. Comme cité en introduction, l'efficacité de la relation médecin-malade dans cette prise en charge est prouvée : des essais thérapeutiques randomisés [92] ont mis en évidence une réduction des idées et du risque suicidaires avec un placebo donné au patient, dans le cadre de consultations de médecine générale.

De plus, le médecin de famille peut jouer un rôle important dans la connaissance de l'environnement du patient. C'est d'ailleurs ce que mettent en avant plusieurs médecins interviewés. La HAS stipule qu'il faut favoriser l'acceptation et la compliance à un suivi spécialisé du sujet et de son entourage lorsqu'une pathologie psychiatrique est dépistée ou soupçonnée [1]. La confiance donnée au médecin généraliste, qui fait encore parti de la société réelle, connue, par opposition au monde psychiatrique, permet souvent de réaliser le trait d'union nécessaire à une adhésion à la prise en charge.

Dans la crise suicidaire, l'entourage se sent très impliqué par cette situation Il est à la fois très décontenancé, car il doit parfois apprendre à considérer cette crise comme une véritable maladie. L'adhésion de cet entourage sera facilitée par les réponses que le médecin de famille saura donner à des questions inquiètes [101].

2.4 Les traitements médicamenteux

Nos médecins interviewés utilisent souvent des traitements médicamenteux, surtout en prévention tertiaire, et ne préfèrent ne pas les instaurer eux-mêmes, si c'est possible. Les principes généraux du maniement des molécules font l'objet de nombreuses publications. D'après une étude [37], quelle que soit la catégorie de psychotrope utilisée, les doses prescrites en médecine générale sont souvent inférieures aux doses préconisées. Un témoignage va d'ailleurs directement dans ce sens, par peur des effets secondaires. Cette particularité a été attribuée au moment d'intervention du généraliste, celle-ci se situant souvent en amont dans l'évolution des syndromes anxio-dépressifs. La différence des tableaux cliniques observés en médecine générale en comparaison de ceux décrits en psychiatrie a déjà été repérée par Lebovici [98].

Par ailleurs, les patients demandent souvent à pouvoir assurer leurs activités ordinaires et en tous cas à ne pas avoir d'effets secondaires gênants. Les praticiens, connaissant bien les patients et souvent leurs entourages, peuvent être joint facilement, ainsi que mesurer l'évolutivité des troubles et adapter leur suivi à l'état du patient. De plus, il semble qu'en Martinique les traitements soient connotés négativement, en objectivant en quelque sorte la maladie mentale du patient, à ses yeux et ceux de son entourage.

Par contre l'importance particulière de l'effet placebo d'une prescription dans ce cadre précis, en médecine générale, n'a pas été évoqué dans nos entretiens, bien qu'il soit prouvé ([92]), et lié lui-même pour une grande part à l'effet sécurisant de la consultation.

Néanmoins, d'après le Dr Catu-Pinault [37], s'en tenir à un traitement

médicamenteux est un facteur d'enkystement de la souffrance et des pathologies, psychologiques aussi bien que somatiques. L'approche étiologique demanderait plus de temps, de motivation et de compétences que l'approche symptomatique mais serait, toujours selon elle, plus efficace sur l'état de santé globale du patient, que ce soit sur les symptômes ou sur son bien être psychologique et social.

2.5 Formations des médecins généralistes

La formation des médecins généralistes à la question de la prise en charge du suicide sera discutée plus bas, dans les discussions thématiques, avec la formation des autres professionnels du secteur psychosocial.

2.6 Améliorations envisagées et fiche d'aide à l'orientation d'un patient en crise suicidaire à destination des médecins généralistes de Martinique.

Concernant les améliorations envisagées par les médecins généralistes interviewés, la toute première est l'accès facilité à l'avis spécialisé. C'est d'ailleurs une revendication assez commune aux médecins métropolitains [134].

Devant la méconnaissance de 15 médecins sur 20 du numéro de portable dédié aux professionnels pour avis psychiatriques disponible depuis 2 ans, une manière simple et efficace de répondre à leur demande consiste à communiquer sur cet accès facilité.

D'autre part, une étude réalisée au Canada [150] montre que les facteurs de risque prédictifs de suicide ne sont pas évalués de manière courante. Et bien que les médecins les connaissent et les jugent importants, ces éléments ne sont que rarement renseignés dans les évaluations réalisées. Pour y remédier, les auteurs proposent de mettre à la disposition des urgentistes et des psychiatres une « checklist » pour mieux repérer les facteurs de risque suicidaire et prévenir plus efficacement le passage à l'acte.

De plus, d'après une revue de littérature de juin 2015 [143], les généralistes doivent disposer dans leur pratique quotidienne d'un outil d'évaluation du risque suicidaire validé en soins primaires, conçu en français, facile à manipuler, et de passation suffisamment brève pour qu'il soit en mesure de répondre aux conditions d'exercice de la médecine générale de ville. Les auteurs pensent notamment aux durées de consultation souvent limitées.

En effet, si l'exploration des différentes dimensions du suicide est réalisable en consultation de psychiatrie, elle n'est pas toujours possible en consultation de soins primaires, faute de temps. Une étude de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) [75] a montré que le manque de temps de consultation contribue au fait que les médecins généralistes utilisent très peu les outils d'aide à la décision médicale

[31]. D'autant plus qu'il a aussi été démontré que la fréquence de détection des idées suicidaires par le généraliste augmente de manière significative avec l'allongement de la durée de la consultation [171].

En pratique de soins primaires, il est courant de n'évaluer que les dimensions « urgence » et « dangerosité » pour agir au mieux et rapidement face à un patient suicidaire. Le « RUD » n'a pas été initialement conçu pour répondre aux exigences des soins primaires, une évaluation exhaustive des différents facteurs de risque et d'urgence répertoriés dans cet outil nécessitant en effet du temps. Pour lui permettre « d'évaluer au moins la crise et son degré d'urgence », comme recommandé par la HAS [1], le généraliste doit donc disposer d'un outil de passation brève, ciblant prioritairement ces deux dimensions.

D'après les auteurs de la revue de littérature toute récente [143], La « Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte » (Figure II), plus récente et spécifiquement conçue pour les professionnels de santé primaire, représente une alternative intéressante au « RUD », et un outil plus adapté à l'exercice de la médecine générale.

Outre son élaboration en français, sa validation en soins primaires au Québec, et sa conformité avec l'état des connaissances actuelles sur l'évaluation du risque suicidaire, elle se distingue des autres outils répertoriés par sa conception originale et pratique, basée sur une approche orientée vers les solutions : pondération selon une échelle colorimétrique, évaluation du « risque » par une sélection de 6 facteurs « proximaux », utilisation de « leviers d'intervention ».

C'est pourquoi nous avons choisi de créer **une fiche d'aide à l'orientation d'un patient en crise suicidaire à destination des médecins généralistes de Martinique.**

Cette fiche condensée en un recto, se veut pratique et utilisable en pleine consultation de médecine générale, avec des contraintes de simplicité et de rapidité d'utilisation. Disponible au format papier et au format PDF accessible depuis l'ordinateur du généraliste, elle comprend :

- le numéro dédié disponible 24H/24 aux professionnels pour avis psychiatriques,
- La « Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire ».

Cette fiche est disponible en annexe (Annexe I) et sera distribuée aux généralistes de Martinique. Il s'agit de la première démarche de cette étude envers les médecins de santé primaire, et qui pourrait être suivie d'un programme de formations à l'image de ce qui a été mis en place sur l'île de Götland en 1983.

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

En 2010, le service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et le Centre de santé et de services

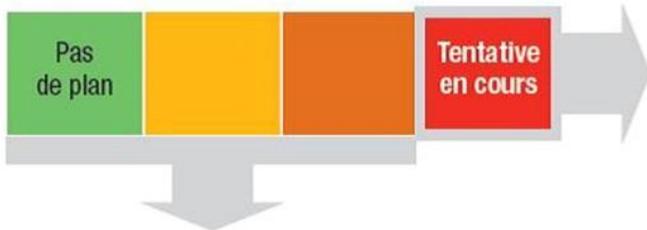
sociaux de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ont coproduit un guide de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide [96], destiné aux intervenants des centres de santé et de services sociaux québécois. Il y est présenté La Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, un nouvel outil destiné aux intervenants en soins primaires (Figure II). Cette grille consiste à :

1. évaluer le degré de planification du suicide,
2. à vérifier la présence et l'importance des principaux facteurs de risque et de protection,
3. puis à utiliser ensuite les premières réponses de la personne suicidaire comme « leviers d'intervention ».
4. estimer finalement la dangerosité en 4 items possibles (pas d'indice de danger, indices de danger faible, de danger grave à court terme, ou de danger grave et immédiat).

La planification du suicide détermine le niveau d'urgence suicidaire, qui reste souvent le seul critère évalué par les intervenants, sans qu'il ne soit modulé par la recherche des facteurs associés négativement ou positivement au suicide. Cette évaluation s'appuie habituellement sur le très simple questionnaire COQ (comment, où, quand), destiné à préciser le plan suicidaire en demandant à la personne concernée la manière, le lieu et la date à laquelle elle compte passer à l'acte. Bien que faisant partie intégrante de l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, l'évaluation de la planification du suicide n'est, selon les auteurs, pas suffisante. Elle permet néanmoins de s'assurer rapidement que la personne ne présente pas un risque imminent de passage à l'acte ou qu'elle n'est pas déjà en tentative de suicide (TS) au moment du contact. Si c'est le cas, l'objectif est d'assurer la sécurité de la personne (éloigner le moyen, hospitalisation). Dans la négative, il est recommandé de poursuivre l'intervention en recherchant la présence ou non des autres critères, pour adapter la prise en charge ultérieure.

- Évaluer la planification du suicide.

- Aborder directement la question du suicide.
- S'informer de la planification à l'aide du COQ (Quand, Où, Comment)
- S'informer de l'accès au moyen et des préparatifs.
- Déterminer le niveau de la planification sur le continuum.



- Assurer la sécurité : éloigner le moyen,

- Poursuivre l'estimation, dans la mesure où la tentative de suicide n'est pas en cours et que la personne accepte de collaborer.

- Vérifier la présence ainsi que le niveau des facteurs associés et des facteurs de protection pour savoir où se situe la personne suicidaire et faciliter l'intervention.

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| ■ Aucune tentative de suicide | | Tentative récente |
| ■ Capacité à espérer un changement | | Grand désespoir |
| ■ Aucune ou légère consommation de substances | | Abus grave de substances |
| ■ Capacité à se contrôler | | Forte impulsivité |
| ■ Présence d'un proche | | Solitude et isolement |
| ■ Capacité à prendre soin d'elle | | Se laisser aller |

- Utiliser, comme leviers d'intervention, les premières réponses de la personne suicidaire afin de travailler sur l'ambivalence et d'en arriver à faire diminuer le niveau de dangerosité.

- Effectuer l'estimation finale de la dangerosité.



- Poursuivre l'intervention en fonction de votre estimation finale et conclure en sécurité.

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

Dans cette grille, les facteurs à cibler préférentiellement sont les suivants :

- une tentative de suicide antérieure Il s'agit également du facteur de risque le plus prédictif de suicide abouti ;
- la capacité à espérer un changement : plus que la dépression elle-même, c'est le manque d'espoir qui mène au suicide.
- l'usage régulier de substances : alcool, médicaments, stupéfiants ;
- la capacité à se contrôler : c'est au sein de cet item que sont recherchés les éléments d'impulsivité et d'auto- ou hétéroagressivité. Il est bon de décrire une éventuelle agitation ou une perte de contact avec la réalité (recherche d'éventuelles hallucinations mandataires, par exemple). Enfin, l'intervenant peut évaluer la façon dont le patient perçoit son propre contrôle.
- la présence des proches : ceux-ci peuvent représenter une « raison de vivre » (alternative au suicide), il s'agit alors d'un levier d'intervention. Leur présence physique et leur implication constituent un facteur de protection, tandis que l'isolement et/ou l'échec au sentiment d'appartenance (marginalisation, rejet, abandon) sont des facteurs de vulnérabilité ;
- la capacité à prendre soin de soi : l'état physiologique et mental du patient (sommeil, appétit, énergie, assiduité à la prise des médicaments ou encore acceptation et compliance à un suivi psychologique) ainsi que sa capacité à faire face à l'adversité sont évalués à travers cet item.

Cette grille prend donc en considération à la fois le niveau d'urgence suicidaire et les facteurs de risque et de protection interférents. Chaque critère est pondéré selon une échelle colorimétrique (vert-jaune-orange-rouge), selon un continuum. Les facteurs qui protègent le patient sont retrouvés dans la partie gauche de la grille (vert-jaune), tandis que les facteurs le mettant en danger se situent à droite (orange-rouge). Ceci permet, après une première lecture de la grille ainsi renseignée, de savoir rapidement sur quoi le travail devra porter pendant l'entretien, tout en sachant que la cotation peut être soumise à des variations tout au long de celui-ci. L'estimation finale de la dangerosité du passage à l'acte doit être partagée avec le patient afin de favoriser son adhésion et sa compliance à un plan d'action.

Selon les termes employés dans le guide québécois [96], les cotes orange et rouge impliquent d'« accompagner » la personne suicidaire, c'est-à-dire de se rendre avec elle aux urgences hospitalières (ou de désigner une personne pour le faire), la cote jaune implique de la « référer » (à un psychiatre par exemple), tandis que la cote verte doit permettre son « orientation », c'est-à-dire l'inciter à prendre contact avec un spécialiste. Au final, cet outil intègre, par le biais de leviers d'intervention, les techniques de l'approche orientée vers les solutions. Cette méthode permettrait de faire diminuer le niveau de risque suicidaire en travaillant sur l'ambivalence présentée par les patients en crise.

Enfin, une formation à l'utilisation cette grille serait souhaitable. En effet, plus de la moitié des médecins généralistes interrogés dans l'étude de l'INPES déclarent peu utiliser les outils à leur disposition en raison d'un manque de connaissance et de formation concernant ces tests [143]. Nous nous exprimerons dans les discussions thématiques.

Le problème actuel n'est plus de savoir si le médecin généraliste doit ou non s'impliquer dans la prise en charge des patients déprimés et suicidaires, il ne peut guère s'y soustraire [64]. En temps que médecin de premier recours, sa place est incontournable. Il intervient à tous les niveaux :

- *en prévention primaire*, il doit repérer et dépister les suicidaires ; cela passe par la prise en charge des dépressions et même plus simplement des souffrances psychiques. Des formations tant initiales que continues sont nécessaires.
- *en prévention secondaire*, il doit évaluer l'intensité de la crise suicidaire et développer une stratégie thérapeutique adaptée, en associant les autres professionnels du secteur médico-psycho-social, comme le suggèrent la HAS [1].
- *en prévention tertiaire*, il doit éviter la récurrence suicidaire des suicidants, en s'employant au suivi à long terme des patients.

3 Discussions thématiques

Nous avons ici croisé et rappelé les principaux résultats des tomes I et II de l'étude POSTA, pour en dégager des thématiques de discussion importantes pour ce qui concerne la prévention du suicide en Martinique.

3.1 En prévention primaire

3.1.1 *La prise en charge de la dépression*

Nous avons vu que l'antécédent psychiatrique le plus fréquent concernait la dépression ; de plus, l'échelle HAD réalisée aux urgences a permis d'objectiver 53% d'épisodes dépressifs majeurs à l'inclusion, 31,1% au rappel à 6 mois (sans considérer les perdus de vue). Dans une perspective dimensionnelle, nous avons également constaté le poids relativement plus persistant et diffus de la dimension dépressive, qui bien que secondaire après la dimension anxieuse, doit être pensée de façon conjointe à celle-ci. Tout ceci confirme l'importance parfaitement reconnue de ce diagnostic dans la question de la prévention du suicide. Selon l'OMS, reprise en ses termes par le rapport 2014 de l'ONS, « *la dépression est le trouble mental le plus souvent associé au suicide. L'anxiété, moteur puissant du suicide, est étroitement liée à la dépression, et les deux troubles sont parfois indissociables. Les études montrent que 80% des personnes qui mettent fin à leurs jours présentent plusieurs symptômes de dépression* » [131, 139]. Selon les résultats de l'enquête SMPG conduite en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur 36 000 personnes de plus de 18 ans, avoir un risque suicidaire élevé apparaît fortement lié aux troubles dépressifs, ces derniers multipliant par 11,6 le risque suicidaire. Cette même enquête montre que plus d'un quart des personnes identifiées comme manifestant des symptômes d'anxiété généralisée ont également connu un épisode dépressif dans les deux dernières semaines précédant l'enquête ; les auteurs précisent qu'être séparé, divorcé ou au chômage sont des facteurs très liés aux épisodes dépressifs, ce qui caractérise notre échantillon [16].

Or, si l'on regarde les consommations de psychotropes, on observe une plus forte consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques que de traitements antidépresseurs, tant aux urgences qu'à 6 mois. Si nous avons évoqué dans nos résultats l'augmentation du nombre de diagnostics et de leur sévérité et/ou de leur chronicité, impliquant des réorientations des stratégies thérapeutiques, nous pouvons toutefois formuler l'hypothèse que certains patients en dépression ne sont pas correctement traités, en premier lieu du fait d'une absence/non-observance de suivi. Les médecins généralistes interviewés disent bien la difficulté de l'observance de ces traitements, encore trop stigmatisés. Rappelons que si quasiment 50% des patients ne sont pas suivis à 6 mois, nous avons constaté 15,7% d'automédication en psychotrope, signant la persistance d'une souffrance psychique significative.

L'enquête SMPG réalisée en 2013 en Guadeloupe a mis en évidence que 20% des 884 personnes interviewées en population générale rapportent une consommation actuelle de psychotropes (résultats transmis par Dr EYNAUD, CH Montéran).

Une étude réalisée en 2013 au centre de crise du CHU de Martinique [69] rapporte 71% de diagnostic de dépression chez les patients hospitalisés interviewés par la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), sachant que la crise suicidaire fait partie des indications principales d'admission dans cette structure.

Enfin, nous avons parlé de la nécessité de complexifier les prises en charges, après avoir entendu les ressentis des patients sur l'efficacité des traitements médicamenteux ; association aux psychothérapies, interventions communautaires de prévention, etc. Rappelons ici que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a publié des recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, reprises par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui fait de la dépression l'une de ses trois priorités pour la psychiatrie et la santé mentale 2013-2016 [2, 82].

3.1.2 La prise en charge de l'alcoolisme (abus et dépendance)

Deux tiers des hommes de notre échantillon (N=14) sont concernés par au moins une consommation avec abus ou dépendance de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, crack) ; l'alcool est la substance la plus rapportée (N=10). A noter que les femmes sont concernées dans une moindre mesure, avec 1/4 (N=11) de consommations pathologiques de substances psychoactives, l'alcool jouant pour 9 d'entre elles. Au total, la consommation pathologique d'alcool concerne 29% (N=19) de cet échantillon. Ces suicidants concernés par des antécédents addictologiques n'ont majoritairement pas bénéficié d'une prise en charge spécialisée : seuls 6 d'entre eux le déclarent. Nous avons d'ailleurs estimé une tendance à l'augmentation de la consommation d'alcool à 6 mois du passage aux urgences pour crise suicidaire, avec certitude chez 26% des consommateurs.

Si les martiniquais sont plus concernés que les martiniquaises par les consommations pathologiques d'alcool, notons bien que le facteur de risque de survenue d'idéations suicidaires qui occupe la troisième place chez les femmes est la consommation d'alcool (OR=1,9) à risque chronique au sens du test AUDIT-C (non buveur, sans risque, à risque ponctuel, à risque chronique) [15].

Là encore, il y a nécessité d'améliorer l'accès aux prises en charges addictologiques, en particulier pour les consommations pathologiques d'alcool, pour une meilleure prévention du suicide, ce qui est parfaitement reconnu [18, 127, 139]. L'ouverture récente (2014) en Martinique d'une unité d'alcoologie sous la responsabilité du Dr LACOSTE est en ce sens une excellente nouvelle. D'autant que nos résultats sont limités par le biais de déclaration, classique en addictologie, et par notre méthode d'évaluation uniquement basée sur l'entretien clinique sans recours à des outils standardisés. Dans l'étude réalisée en 2013

au centre de crise du CHU de Martinique, 12% des patients interrogés par Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) étaient trouvés dépendants à l'alcool, ce qui avait été jugé faible eu égard au contexte martiniquais, que nous avons nous-même évoqué en introduction [69]. A noter que l'analyse des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide de l'InVS [40] objective 7% de comorbidité entre consommation pathologique d'alcool et dépression.

Compte tenu des faibles effectifs, nous ne pouvons raisonnablement discuter les résultats concernant le cannabis et le crack, ce qui serait important à faire. Enfin, rappelons que du fait de difficultés d'organisation des soins ou de mise à disposition de matériel, les dosages biologiques de toxiques n'ont pu être réalisés de manière systématique, ce qui serait un objectif important.

3.1.3 *La prise en charge du psycho-traumatisme*

Près de 2/3 de ces patients (N=42, 10 hommes, 32 femmes) rapportent des événements de vie à potentiel traumatique ; en particulier, 39% (N=26 ; 5 hommes, 21 femmes) évoquent des agressions physiques, 30% (N=20 ; 1 homme, 19 femmes) évoquent des agressions sexuelles.

Ces chiffres sont probablement sous-estimés, sachant que dans le contexte des urgences, 7 personnes n'ont pas souhaité se prononcer concernant les agressions physiques, 9 personnes n'ont pas souhaité se prononcer concernant les agressions sexuelles. Dans une étude réalisée en 2013 au centre de crise du CHU de Martinique, 98% des patients interrogés par le Trauma History Questionnaire (THQ) rapportaient un ou plusieurs événements à potentiel traumatique, avec en particulier 45% d'expériences d'agressions physiques, et 39% d'agressions sexuelles. Cette étude a également fait émerger la proportion plus importante des événements à potentiel traumatique d'origine naturelle, du fait des spécificités du territoire martiniquais [69].

Plus généralement, nous l'avons vu plus haut, la question du lien entre suicide et psycho-traumatisme est bien documentée [28, 163]. Des analyses croisées des résultats de l'enquête SMPG menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur plus de 36 000 personnes, ont permis d'objectiver 15 fois plus de tentatives de suicide dans le mois écoulé chez les personnes présentant un état de stress post-traumatique [167]. Les auteurs rapportent un gradient progressif très net entre le risque suicidaire et les quatre types de retentissement psychotraumatique (sujets exposés à un événement à potentiel traumatique, sujets confrontés à un trauma, sujets psychotraumatisés, états de stress post-traumatique). Comme évoqué en introduction, les auteurs de l'enquête ENVEFF Martinique mettent en évidence « le lien très fort, pour les deux sexes, entre la déclaration de violences subies avant 18 ans et celle de tentatives de suicide » [27].

Pourtant, seulement 5 situations suicidaires de notre échantillon sont exprimées comme directement en lien avec de telles problématiques. L'évaluation systématique du

profil traumatique est donc fondamentale dans la prise en charge de la crise suicidaire [68, 69]. D'autant que ces données contrastent avec le faible nombre d'antécédents d'état de stress post-traumatique rapportés, concernant 4 patients seulement. Pourtant, dans l'étude du centre de crise du CHU de Martinique sus-citée, 22 à 51% des patients présentaient un diagnostic d'état de stress post-traumatique, selon qu'on prenne les résultats selon la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ou l'Impact of Event Scale-Revised (IESR).

L'orientation vers une consultation spécialisée (disponibles au CHU de Martinique) voire vers une hospitalisation de crise, devra permettre une évaluation adéquate, diagnostique et thérapeutique, et une mise en lien adaptée de la symptomatologie avec l'histoire traumatique ; le contexte des urgences, s'il doit permettre la verbalisation volontaire de tels événements, ne peut être que difficilement un lieu adapté à l'évaluation complète du profil psycho-traumatique des patients suicidaires et suicidants, d'autant plus s'il s'agit de situations diagnostiques complexes, concernant des faits anciens et répétés (typiquement d'état de stress post-traumatique de type 2). Gardons en mémoire que parmi les patients avec un diagnostic d'état de stress post-traumatique hospitalisés au centre de crise du CHU de Martinique, 67% ont subi une agression sexuelle dans l'enfance ou l'adolescence.

Discutons ici également de l'importance de prendre en charge les auteurs de violences. Dans l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple de 2014, la Délégation aux victimes du Ministère de l'intérieur rapporte que 30,7% des auteurs se sont suicidés (43 hommes, 1 femme), et 11,2% des auteurs ont tenté de se suicider (13 hommes, 3 femmes) [60].

3.1.4 *La santé des femmes*

Dans cette population suicidante, les femmes sont majoritaires et surreprésentées par rapport à la population martiniquaise. Concernant la santé sexuelle et reproductive :

- 40% (N=18) de ces 45 femmes rapportent des difficultés en lien avec la reproduction (Interruption Volontaire de Grossesse, Interruption Thérapeutique de Grossesse, fausse couche, mort subite du nouveau-né, grossesse extra utérine, hypo- ou infertilité). Plus précisément, 12 ont vécu une Interruption Volontaire de Grossesse, sachant que 7 d'entre elles ne se sont pas prononcées sur cette question sensible, dans le contexte des urgences.
- Rappelons que 42,2% (N=19) de ces 45 femmes rapportent des antécédents d'agressions sexuelles ; et que le biais de sous-déclaration est ici également majeur.
- Si l'on croise ces informations, on obtient que 62,2% (N=28) de ces femmes sont concernées par un problème de santé sexuelle ou reproductive.

Nous avons entendu les difficultés en lien avec la grossesse dans une assertion large. Si seulement 2 situations suicidaires sont déclarées en lien direct avec une problématique liée à la santé reproductive dans notre échantillon, nos résultats suggèrent l'importance de spécifier et d'étudier plus en détails les liens entre la souffrance psychique et la santé sexuelle et reproductive des femmes en Martinique, dont on peut espérer des bénéfices

secondaires concernant la prévention du suicide. En particulier, la question de l'IVG pourrait être une interface intéressante, sachant que près d'une femme sur deux y aura recours dans les DOM au cours de sa vie [123].

Nous avons déjà évoqué la question des violences faites aux femmes en Martinique [27], avec des prévalences de femmes victimes d'agressions sexuelles dans l'espace public (5,7%) et dans le couple (7,6%) dans les 12 derniers mois, toutes deux beaucoup plus élevées en Martinique qu'en France métropolitaine. Selon l'étude réalisée au Centre de crise du CHU de Martinique, 42% des femmes hospitalisées rapportent des antécédents d'agressions sexuelles, ce qui coïncide tout à fait avec nos résultats [69]. Selon le baromètre Santé 2010 de l'INPES, les facteurs associés à la survenue de tentative de suicide au cours des 12 derniers mois chez les femmes sont les violences subies : les violences sexuelles au cours de la vie (OR=2,7) et les violences non sexuelles au cours des 12 derniers mois (OR=2,7) [15].

D'une manière générale, il s'agirait donc d'ouvrir à la santé globale des femmes et à leurs places dans la société. Le baromètre santé INPES nous indique d'ailleurs que chez les femmes, la situation d'inactivité au sens large apparaît propice à la survenue de pensées suicidaires, alors que chez les hommes seule la situation de chômage l'est.

Parmi les 15-75 ans, les femmes s'avèrent près de deux fois plus nombreuses que les hommes à recourir aux médicaments psychotropes. Elles sont aussi diagnostiquées dépressives nettement plus souvent que les hommes [123]. Un document de l'INSEE de 2007 sur les « Martiniquaises d'hier et d'aujourd'hui » [51] rapporte une situation précaire des femmes, plus vulnérables que les hommes sur le marché du travail ; d'autant plus qu'avec 39% de familles monoparentales, c'est la femme qui dans 9 cas sur 10 s'occupe seule des enfants. Le lien avec l'Union des Femmes de la Martinique est alors obligatoire.

Cette réflexion est à mettre en lien avec les inégalités sociales de santé, ou encore avec les approches intersectionnalistes en santé publique ; ceci dépasse nos compétences d'exercice mais ouvre des pistes intéressantes.

3.1.5 Les demandeurs d'asile et personnes en situation de précarité administrative

Ce sous-groupe est totalement absent de notre travail. Et pourtant.

L'exil social et culturel, la précarité socio-économique et les trajectoires souvent traumatiques de ces personnes en font un groupe à risque sur le plan psychique, notamment en ce qui concerne le psycho-traumatisme et le suicide [51]. Les causes de limitation d'accès aux soins sont nombreuses et connues (économiques, culturelles, linguistiques, policières, etc.).

Selon l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRO), les DOM sont la troisième zone d'accueil de demandeurs d'asile après l'Île de France et Rhône-Alpes [136]. Les haïtiens constituent la plus forte communauté de demandeurs d'asile en France, et dans les DOM plus spécifiquement (99% des demandeurs d'asile en Martinique). Les demandes d'asiles atteignent le nombre de 2764 en 2010. Nous n'avons pas de données

concernant les personnes en situation de précarité administrative en Martinique, c'est à dire sans titre de séjour sur le territoire français.

Aller à la rencontre de ces personnes s'avère nécessaire mais compliqué en l'absence de Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) dans les DOM, et le lien avec le secteur associatif est une piste à considérer (Exemple : ASSOKA, Asosyasion solidarité Karaïb, partenaire de Migrants Outre-Mer). Les demandeurs d'asiles et personnes en situations de précarité administrative ne constituent pas le seul groupe spécifique que l'étude POSTA n'atteint pas. Nous tenions à les rendre visibles ici, les deux auteurs de cette thèse ayant réalisé en commun un stage d'externat au COMEDE en 2011 (CH Kremlin-Bicêtre, Dr VEISSE). L'absence d'autres groupes, tout aussi importants, a déjà été évoquée plus haut et sera discutée dans les limites de l'étude.

3.1.6 L'information de la population et la déstigmatisation de l'accès aux soins

Si la majorité de cette population, plutôt jeune, n'a pas de contacts réguliers avec le système de soins physiques, plus de 2/3 de ces patients suicidants (N=47) ont déjà été directement en contact avec le système de santé mentale. Cette rencontre avec la psychiatrie pourrait également avoir été indirecte, puisque 51,5% (N=34) signalent des antécédents psychiatriques dans la famille, ce qui apparaît comparable avec les résultats en population générale avec 48% des martiniquais enquêtés qui rapportent avoir ou avoir eu dans la famille un « fou », un « malade mental » ou un « dépressif » [118]. Pourtant, sur les 90 patients admis aux urgences pendant la période d'inclusion, 20 décrivaient des idéations suicidaires sans avoir réalisé de tentative de suicide, tandis que 70 étaient passés à l'acte.

Nous l'avons déjà évoqué plus haut, il y a un enjeu d'information de la population générale sur l'existence des dispositifs d'accueil et de prise en charge de la souffrance psychique, et l'implication de la médecine scolaire et de la médecine du travail est à ce titre recommandée [53]. Des actions comme la « journée mondiale de la prévention du suicide » du 10 septembre, ou encore la « semaine d'information en santé mentale » en mars, sont l'occasion de sensibiliser et d'informer la population. Le lien partenarial avec les associations d'usagers et de familles est un autre vecteur à saisir. D'autres interventions peuvent également être davantage ciblées sur des groupes spécifiques à risque (exemple des adolescents). Cette information peut également cibler des dispositifs psychiatriques particuliers et des missions méconnues du grand public : nous avons déjà parlé plus haut de l'importance que soit diffusée l'information d'une consultation du psycho-traumatisme disponible en Martinique, ou encore de l'existence d'un centre de crise et des types de problématiques qu'il permet de travailler.

La revue de littérature internationale conduite par l'INPES [155] rapporte que concernant l'information du public, celle-ci doit être couplée avec une prise en charge et une offre de soins, être conduite à un niveau local et informer non pas directement sur la

prévention du suicide (exemple au Québec) mais sur les facteurs de risque, en l'occurrence la dépression (exemples au Japon et à Nuremberg).

Quand l'information est connue, reste le problème de la stigmatisation, transversal à l'ensemble du champ de la santé mentale, et les médecins généralistes interviewés nous ont expliqué leurs difficultés à composer avec les représentations sociales de la psychiatrie dans leurs stratégies de prise en charge des patients suicidants, notamment dans le lien avec les secteurs psychiatriques. Les enquêtes de représentations en population générale, tant en France métropolitaine qu'aux Antilles, font émerger une distinction [16, 118, 160]. D'un côté, le fou et le malade mental constituent deux figures liées aux actes violents (envers soi et envers les autres) et transgressifs (notamment sur le plan sexuel ; viol, inceste), le plus souvent marquées par l'incurabilité, selon l'enquête SMPG réalisée en Martinique en 2000. Plus spécifiquement, le fou est identifié comme celui qui délire et hallucine à l'extrême, le malade mental comme quelqu'un de déficient intellectuel, d'attardé, qui peut aussi délirer et halluciner. En 2013 en Guadeloupe, l'enquête SMPG rapporte les mêmes tendances ; le malade mental est lié à la violence (contre soi pour 42%, contre les autres pour 38%), au délire (45%), au déficit intellectuel (45%). De l'autre côté, le dépressif est vu notamment comme quelqu'un qui tente de se suicider ou qui pleure souvent, mais aussi comme quelqu'un qui est isolé, en retrait, cherchant à être seul, ou encore comme quelqu'un d'anxieux. Le dépressif est perçu comme mieux intégré, pouvant guérir, et souffre de représentations moins négatives que les deux autres catégories. Celui qui tente de se suicider est ainsi perçu comme dépressif par environ 80% des interviewés, tant en France métropolitaine qu'en Martinique. A noter cependant que celui qui est violent envers lui-même est perçu comme dangereux par plus de 80% des personnes enquêtées, reflétant une nouvelle fois toute l'ambivalence qui entoure le phénomène du suicide.

L'accès aux soins en santé mentale souffre donc de représentations sociales encore largement négatives. L'enquête SMPG réalisée en Guadeloupe en 2013 met en évidence des représentations que l'on retrouve également en France métropolitaine et en Martinique : « le psy, c'est pour les autres ». En termes de trajectoires de soins, si un proche semble souffrir psychiquement, 63% des personnes interrogées l'envoient vers un spécialiste de la santé mentale ; en revanche si elles se retrouvent elles-mêmes dans une telle situation (sachant que 34% des enquêtés ont présenté ou présentent des troubles psychiques), 40% vont voir leur médecin généraliste, 36% vont voir des amis. Ainsi, si 32% des personnes interrogées en Martinique en 2000 présentent ou ont présenté au moins un trouble psychiatrique, 61% n'avaient pas le sentiment d'être malades au moment des troubles, et 28% n'ont rien fait pour tenter d'améliorer leur état. Le recours aux traitements traditionnels (soins magico-religieux, guérisseurs, quimbois,...) n'était rapporté que dans 3% des cas, ce qui est possiblement sous-évalué du fait de la méthodologie de l'enquête SMPG. A ce sujet, une méthodologie qualitative pourrait enrichir nos représentations de ces pratiques traditionnelles.

3.1.7 La prise en charge des patients par les médecins généralistes

En prévention primaire, sur les 20 généralistes interviewés, les trois quarts commencent par évaluer la situation. Cinq généralistes sur vingt préfèrent ne pas prendre du tout en charge ces patients, et redirigent systématiquement vers des spécialistes. Presque un tiers des médecins généralistes prennent en charge eux-mêmes les patients à risque suicidaire, ce qui est comparable aux pratiques métropolitaines [70, 97].

Les méthodes d'évaluation de ce risque sont très variables d'un médecin à un autre, et l'on sent bien à travers les témoignages les difficultés ressenties et les peurs associées. Dans une étude sur les pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires en métropole, plus de trois quarts des praticiens considéraient comme difficiles le repérage et l'évaluation d'un risque suicidaire [70].

Même si l'on sait que poser la question de l'existence ou non d'idées de suicide à un patient peut réduire l'anxiété corollaire, le patient étant invité à exprimer ses troubles [61, 94], les médecins de notre échantillon ont les mêmes difficultés qu'en métropole à aborder clairement le propos. Dans les pays de la Loire, il n'y a pas de différence significative entre médecins formés et médecins non formés à la question du suicide concernant « le fait de ne pas oser aborder le sujet du suicide avec les patients » [133].

Pour ce dernier résultat, on peut faire l'hypothèse que ce type de difficulté relève de ressorts plus profonds, plus personnels, et est de ce fait moins susceptible d'être résolu par une formation rapide, ces dernières étant en général plutôt axées sur les savoir-faire. Il faudrait s'atteler à travailler sur le rapport à la souffrance et l'empathie du praticien.

Les médecins généralistes ayant participé à l'étude épidémiologique coordonnée par l'ORS de Normandie [50] avaient dans la plupart des cas recours aux traitements médicamenteux (88,4 % dont 80 % en association avec d'autres mesures). Dans notre échantillon, sans pouvoir vraiment chiffrer, il semble y avoir la même tendance, lorsque le patient n'est pas directement orienté vers un spécialiste, et que le risque suicidaire est faible. Par contre, lors de risque élevé, les patients seront redirigés et la médication sera souvent laissée aux spécialistes.

Dans le document « *Crise suicidaire et médecine Générale, rappel des 5 points clefs de la conférence de consensus de 2000* » publié en 2008 [94], il est stipulé clairement que la prise en charge de ces patients ne peut relever d'un seul professionnel et nécessite une intervention pluridisciplinaire. Il est donc bien clair que le rôle du médecin généraliste n'est pas de supporter seul la responsabilité de son évaluation et de sa prise en charge. Il se doit d'orienter et si possible coordonner, cependant en pratique, beaucoup de situations ne permettent pas ce travail en équipe.

3.1.8 *La formation des médecins généralistes et des autres professionnels*

Concernant les adresses des patients, nous avons vu que 60% arrivent par les pompiers, le SAMU ou par ambulances privées. Une fois aux urgences, 38% des patients suicidaires et suicidants nécessitent une prise en charge avec surveillance somatique, plus ou moins lourde (de la zone de soins de courte durée à la réanimation) ; d'autant que 18% des patients rapportent des antécédents de maladie chronique et/ou grave, et que 36% utilisent des médicaments à visée somatique, hors psychotropes. Tout ceci confirme la nécessité de l'évaluation somatique aux urgences, et plus globalement le caractère pluri-professionnel de la trajectoire de soins de ces patients.

Les médecins généralistes ne semblent que peu adresser directement les patients aux urgences médico-psychologiques, mais notre étude ne permet pas de connaître leur éventuelle intervention en amont. Les médecins généralistes interviewés ont exprimé leur réticence à orienter leurs patients vers les équipes du CHU, du fait du passage obligatoire par les urgences et l'impossibilité de faire des admissions directes ; ils seraient pourtant nombreux à souhaiter des avis et des relais spécialisés, et les réseaux avec le privé semblent plus évidents en ce qui concerne la question du suicide.

Parmi les médecins interviewés, plus de la moitié d'entre eux souhaitent participer à des formations sur la thématique du suicide. Seulement 3 sur les 20 avaient déjà réalisé une formation.

Les médecins métropolitains sont très demandeurs de formation médicale continue dans le domaine du suicide [70]. En Basse Normandie, une formation sur ce thème est estimée nécessaire par 74% des médecins [50]. En pays de la Loire, Un praticien sur deux a déjà suivi une formation en matière de repérage et de prise en charge du risque suicidaire. Les besoins de formation des médecins généralistes de la région restent importants, puisque près de 30 % d'entre eux ne s'estiment pas suffisamment formés [133]. Une étude menée par les ORS dans cinq régions (Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine, Bretagne) montre qu'aussi bien à l'hôpital qu'en médecine libérale, il existe une demande de formation très importante. Elle concerne les médecins mais aussi les personnels paramédicaux et sociaux [38].

La revue de littérature internationale de l'INPES [155] a montré que la formation des médecins généralistes est également efficace pour la prévention du suicide, à condition d'être répétée et généralisée.

L'expérience de Götland (relatée par la HAS [1]), île de Suède où les taux de suicide étaient importants et supérieurs à la moyenne nationale, est souvent citée en exemple de ce que l'on peut faire pour prévenir le suicide en agissant sur la formation des médecins généralistes. L'étude de Götland a montré que l'amélioration des modalités de dépistage et de prise en charge de la dépression par les médecins généralistes est possible et efficace en termes de morbidité et de mortalité. Dans le cadre d'un programme spécifique de formation

des médecins généralistes de l'île de Gotland, on a retrouvé 2 ans après la mise en place de ce programme :

- Une diminution des suicides de 60 % ;
- Une consommation d'antidépresseurs en augmentation de 52 % sur l'île de Gotland, (augmentation de 17 % en Suède sur la même période) ;
- Une diminution de la prescription de benzodiazépines et de neuroleptiques de 25% comparée à la moyenne suédoise ;
- Une diminution de 50 % des consultations en psychiatrie ;
- Une diminution de 85 % des consultations pour état mélancolique ;
- Une diminution de 50 % des congés maladie dus à la dépression.

Une analyse coût/bénéfice de ce programme a également révélé une balance très fortement excédentaire en faveur du programme [10, 157]. Il est aussi à noter qu'à la suite de cette étude, une seconde a été réalisée 3 ans plus tard pour évaluer l'expérience à moyen terme. Les taux de suicide étaient revenus pratiquement au niveau comparable précédant les formations. Les auteurs concluent que les formations dispensées aux médecins généralistes doivent être réalisées de manière périodique (tous les 2 ans), afin que l'effet escompté soit pérenne [156]. D'autres travaux internationaux ont confirmé l'efficacité de la prise en charge de la dépression en médecine générale [1].

Concernant la dépression, elle expose à un risque de suicide 20 fois supérieur à celui de la population générale [81]. La prévention du suicide passe donc par une meilleure reconnaissance et prise en charge thérapeutique de la dépression en médecine générale. Verger et al. ont ainsi observé une augmentation du taux de détection des idées suicidaires par les praticiens ayant bénéficié d'une formation continue sur la dépression [171]. Mann et al. Considèrent quant à eux la formation continue des généralistes comme l'une des deux méthodes les plus fiables (avec la restriction de l'accès aux moyens létaux) pour prévenir le suicide [106].

De nombreux programmes de formation à destination des médecins généralistes [142, 151] préconisent d'associer, aux initiatives cliniques et médicales, des activités de réseaux et des services associatifs ainsi que des permanences téléphoniques pour soulager les problèmes psychosociaux et réduire ainsi la dépression des patients. Cependant, s'il paraît nécessaire à tous de développer de tels réseaux, encore faudrait-il une certaine réciprocité d'échanges : on peut en effet être surpris de constater que le médecin traitant n'est que très rarement contacté (moins de 10% des cas en métropole [70]) par le médecin hospitalier ou les travailleurs sociaux pour prendre en charge un patient suicidaire. La construction d'un réseau nécessite une confiance réciproque de la part des partenaires. La satisfaction n'en sera que plus importante et le résultat meilleur pour les patients.

3.1.9 Le travail en réseau de santé mentale et les interventions communautaires

La revue de littérature internationale de l'INPES [155], reprise par l'ONS, rapporte que les interventions visant à faire participer en réseau l'ensemble des acteurs, professionnels ou non, à différentes actions de prévention du suicide combinées semblent efficaces. L'efficacité des actions apparaît améliorée lorsque l'information sur leur existence est connue de tous, le signalement de personnes en crise suicidaire pouvant provenir d'un large spectre de personnes formées. Ainsi, l'efficacité s'accroît lorsque les interventions ne reposent pas sur le seul secteur sanitaire mais aussi sur les secteurs sociaux et médico-sociaux.

Soulignons donc l'importance à la fois du travail en réseau de santé mentale, et partant, de la formation des acteurs non spécialisés. Outre les intervenants de l'urgence et les médecins généralistes, citons la médecine scolaire, la médecine du travail, mais aussi un certain nombre de travailleurs sociaux et d'acteurs associatifs (usagers, familles,...). Rappelons que la seconde proposition du CESE [53] consiste en la promotion des dispositifs d'alerte de la crise suicidaire ; sensibilisation des proches, mobilisation et formation des professionnels notamment les médecins généralistes, augmentation des moyens alloués à la médecine scolaire et à la médecine du travail. La création de Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) pourrait constituer des interfaces adaptées entre usagers, professionnels et élus locaux. L'ONS consacre ainsi une partie de son premier rapport aux interventions dites communautaires de prévention du suicide, à savoir des interventions combinant différents types d'actions par opposition à des actions isolées, et visant à coordonner un grand nombre d'acteurs de divers secteurs ainsi qu'à mettre en place des politiques de prévention à différents niveaux en partant du niveau local.

Finalement, nous avons abordé l'importance des temps de formation et d'échanges en éthique de la santé et du soin, seule capable de garantir une sollicitude et une responsabilité soignante à l'égard des patients. C'est d'autant plus important ici que l'on traite de comportements voire de pathologies d'une part fortement stigmatisés dans l'entourage et la communauté, d'autre part souvent en lien direct avec les conditions de vie socio-économiques (précarité, isolement, ...). Les enjeux d'anonymat sont également importants, sur un territoire insulaire et densément peuplé. Il s'agira enfin pour les professionnels d'être à l'aise avec les discussions concernant l'autonomie des patients, le consentement aux soins et le respect des libertés, largement mobilisées dans le cadre du suicide et de sa prévention.

3.2 En prévention secondaire

Les données de la littérature sur la prévention du suicide sont abondantes pour la prévention primaire et la prévention tertiaire mais pauvres pour la prévention secondaire. Cela tient au fait que les premières manifestations de la crise suicidaire sont difficiles à cerner : ses aspects sont très variables, les troubles sont parfois inapparents, lorsqu'ils existent ils se manifestent par des signes peu spécifiques et permettent peu de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte. Il n'y a pas un consensus international sur ses critères de définition [1].

3.2.1 *Les médecins généralistes : acteurs de première ligne en difficulté.*

Nous avons vu que les médecins généralistes martiniquais sont directement confrontés aux tentatives de suicide. Les médecins restent pour plus de la moitié d'entre eux en difficulté face aux patients présentant un risque suicidaire sans passage à l'acte. Lorsqu'il a eu lieu, tous les généralistes interviewés s'accordent pour dire qu'une orientation spécialisée est absolument nécessaire, ce qui est en accord avec les recommandations de la HAS [1], et son récapitulatif de 2008 à destination des généralistes [94]. En métropole, le médecin généraliste peut rencontrer des difficultés pour orienter les patients qu'il a identifiés comme étant à risque suicidaire. Ces difficultés peuvent être liées à sa pratique, sa connaissance du patient, à l'offre et l'utilisation du système de soins, variables selon le lieu d'implantation du médecin généraliste [151]. Dans nos résultats, il y a en Martinique les mêmes problèmes d'accès aux différents professionnels de santé mentale, que ce soit en ambulatoire ou bien en structure hospitalière. Il s'agit de la revendication première et principale, la difficulté ne se situant pas seulement dans la capacité à avoir un rendez-vous rapidement, mais aussi dans le fait de réussir à avoir un avis spécialisé téléphonique. Une étude métropolitaine étudiant les difficultés des généralistes pour orienter les patients à risque suicidaire [6] corrobore les mêmes problèmes. La relation entre les médecins généralistes et les psychiatres est rendue compliquée par la difficulté et la pauvreté des échanges d'informations. Les psychiatres sont décrits comme difficiles d'accès et peu enclins à partager les informations. Les généralistes se sentent isolés et dépourvus des informations qui leur semblent pourtant nécessaires pour prendre en charge et suivre les patients. Quelle que soit la démarche adoptée, le patient revient souvent vers son médecin traitant qui peut se trouver mis en difficulté. D'après l'ORS de Bourgogne [119], on retrouve les mêmes difficultés de compréhension et de communication entre médecins généralistes et spécialistes en psychiatrie.

Néanmoins, ces difficultés sont nettement dépendantes de facteurs individuels, puisqu'au sein d'un même secteur psychiatrique les relations sont décrites comme faciles pour un médecin généraliste et compliquées pour un autre. Les raisons en sont multiples.

Certaines ne sont pas spécifiquement liées à cette spécialité : par exemple, les problèmes de démographie médicale en Martinique où le nombre de psychiatres libéraux est très faible. Quelques nouvelles installations ont d'ailleurs été d'une grande aide pour les médecins généralistes. Il y a tout de même 6 médecins sur 20 qui se sont organisés pour se créer des réseaux personnels et informels, qui semblent efficaces.

L'étude à partir des données des ORS de 5 régions de France [38] retranscrit les mêmes attentes que les médecins généralistes interviewés en matière de coordination, de liens, d'articulation entre les prises en charge. Elles concernent les relations généralistes-spécialistes, mais aussi les relations ville-hôpital.

D'après une étude sur les pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires [70], le développement de réseaux formels ou informels est une des tâches à laquelle les professionnels de la santé mentale devront rapidement s'atteler s'ils souhaitent une participation active et indispensable des médecins généralistes à la prise en charge des conduites suicidaires.

3.2.2 *Le lien ville – hôpital*

En métropole, plusieurs études montrent que la plupart des patients hospitalisés pour tentative de suicide sont orientés par les généralistes [50, 70, 94].

Dans notre étude, les médecins généralistes ne semblent que peu utiliser ce système de prise en charge, puisque seuls 2 patients ont été adressés par leur médecin traitant. Toutefois, nous n'avons pas les moyens de savoir si le médecin généraliste est intervenu et de quelle façon, dans l'adressage via les pompiers, ambulanciers ou SAMU ; de même les situations pour lesquelles un tel médecin a informé le service des urgences par téléphone ou par courrier médical n'ont pas été notifiées. Du côté des médecins interviewés, la plupart orientent les patients vers une structure hospitalière, sauf certains qui ont facilement accès aux quelques psychiatres libéraux.

Trois médecins travaillent avec le secteur hospitalier privé, la structure étant la clinique privée de l'Anse Colas. Comparativement à certaines régions de métropole, l'orientation vers une clinique privée est assez élevée, sans doute du fait de la pauvreté et de la méconnaissance des autres réseaux existants. Mais l'étude de format qualitative n'est pas adaptée à ce type de comparaison.

Les autres médecins orientent les patients vers les urgences du CHU, souvent avec un courrier et un accompagnant. Cette orientation est parfois réalisée en dernier recours, du fait de la problématique déjà évoquée d'un accueil commun sans réel lieu d'accueil individualisé. Les retours nous montrent que les représentations des médecins généralistes ne travaillant pas avec les équipes du CHU sont assez négatifs. La structure hospitalière semble difficile d'accès, et les personnels de santé mentale injoignables.

Par contre, les retours des médecins généralistes qui ont l'habitude de travailler avec le CHU sont globalement positifs, avec des courriers et compte-rendus d'hospitalisation, des retours qui sont assez rares dans cette spécialité, que ce soit dans notre étude ou en

métropole [6]. Le point restant gênant est une grande difficulté à l'obtention d'une hospitalisation directe en service. Nous avons aussi constaté que le numéro direct mis à disposition des professionnels pour avis psychiatrique 24H/24 n'est connu que de 5 généralistes sur 20, dont 3 qui ont eu recours à une formation sur le suicide dispensée par les équipes du Pr JEHEL. Seulement 2 d'entre eux utilisent ce numéro en première intention.

Comme nous l'avons vu dans les résultats, la première revendication des médecins généralistes est d'avoir accès à un avis spécialisé, ce qui est aussi le cas en métropole [70]. Il y a donc une importance majeure à rendre ce service téléphonique à la fois connu et réellement efficace, avec des avis pratiques, qui permettraient plus facilement l'accès à l'hospitalisation directe en service adapté. Nous espérons que la fiche d'aide à l'orientation des patients suicidaires à destination des médecins généralistes de Martinique sera utile.

3.2.3 Des lieux d'hospitalisation adaptés

Les urgences médico-psychologiques sont un lieu de passage et d'instabilité. Les patients y transitent seuls pour 2/3 d'entre eux, dans un état psychique marqué par une forte symptomatologie anxieuse (83% de symptomatologie anxieuse potentiellement significative à l'HAD) et dépressive (53% de diagnostic d'épisode dépressif majeur à l'HAD). Le transitoire peut parfois durer, et près d'un tiers des patients suicidants passeront au moins une nuit dans les box dédiés à la psychiatrie. Nous avons constaté une tendance à médio-centrer l'évaluation de la crise suicidaire aux urgences, pouvant refléter le potentiel évolutif difficilement prévisible de près d'une situation sur deux. Si l'on rapporte un recours à l'hospitalisation en psychiatrie pour 60 à 68% des patients, l'évaluation psychiatrique initiale pourrait ainsi justifier d'un taux d'hospitalisation allant de 72% à 85%, compte tenu de l'offre de soins actuelle (en particulier de l'absence d'équipe mobile de crise). Dans plus de la moitié des cas, c'est le Centre de crise du CHU de Martinique qui assure la prise en charge. Nos données sont concordantes avec ce que rapporte l'InVS de l'analyse des données du réseau Oscour, avec 63% des passages aux urgences pour tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation entre 2007 et 2011 [40].

La revue de littérature internationale conduite par l'INPES [155] concernant les méthodes de prévention efficaces stipule qu'une prise en charge médicale effective, directement dans la structure d'accueil ou à l'extérieur, permet d'obtenir des résultats positifs. Si les résultats des études analysées sont contrastés, il semble néanmoins que les prises en charges efficaces soient celles qui engagent directement un recours au soin pendant et après une tentative de suicide. Une revue de littérature ciblant l'engagement dans les soins après une tentative de suicide a mis en évidence l'efficacité des interventions brèves sur les lieux mêmes des services d'urgence [102]. Cela dépend donc du contexte local de l'offre de soins ; détaillons cette idée.

Le centre de crise, implanté au sein même du CHU de Martinique (Site Pierre Zobda-Quitman), présente l'avantage de déstigmatiser le recours à l'hospitalisation temps-plein pour les patients et les familles. De plus, par les présupposés théoriques dans lesquels il se

située (intervention systémique et thérapies brèves), ce lieu d'hospitalisation propose des hospitalisations courtes, ce qui semble adapté aux caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide [40] : 89% des hospitalisations ont duré moins de 5 jours, entre 2004 et 2011. Si le recours à l'hospitalisation n'est pas le seul moyen permettant d'effectuer un travail de crise, l'étude POSTA est intervenue dans un contexte où les ressources humaines et matérielles ne permettaient que difficilement la mise en place d'actions multifocales et pluridisciplinaires de prévention du suicide, telles qu'espérées par les stratégies internationales et nationales. Nous n'avons certes pas spécifiquement notifié l'utilisation de consultations post-urgences, proposées par certains psychiatres des urgences médico-psychologiques. Se pose alors la question des places disponibles et des conditions d'accueil permettant en pratique de proposer et de réaliser un tel travail de crise auprès des patients suicidaires et suicidants de Martinique. Se pose également la question de la formation et de la constitution d'une équipe transdisciplinaire suffisamment large en termes de ressources humaines et de compétences, pour assurer des prises en charges diversifiées, dans l'objectif final d'éviter le recours systématique à l'hospitalisation, coûteuse sur le plan économique, stigmatisante et isolante sur le plan communautaire.

Cette perspective de soins directement intégrés dans la cité est importante à considérer. Citons ici les expériences innovantes sur le secteur 59G21 (Lille Est) et de l'équipe intersectorielle ERIC (service mobile d'urgence, hôpital Charcot, Plaisirs), ayant abouti à ce que l'hospitalisation soit une alternative de prise en charge, la majorité des interventions étant réalisées directement au domicile des patients. Rappelons qu'en Martinique l'équipe EMRIC a travaillé en ce sens.

3.2.4 La prise en compte des proches et des familles

Les facteurs contextuels de la crise suicidaire mis en avant par les patients ont souvent un rapport direct avec l'entourage : conflits conjugaux, ruptures sentimentales, deuils, sont parmi les plus rapportés aux urgences et à 6 mois, tandis que les conflits familiaux (autres que conjugaux) émergent notamment à 6 mois. L'enquête SMPG réalisée en 2000 en Martinique a montré que lorsque les personnes ayant présenté des troubles ont entrepris des démarches pour tenter d'améliorer leur état, il a surtout été question d'aide ou de conseil des proches (59% des cas), bien avant la prise de médicaments (34%). Nous avons ainsi insisté sur les rôles de la famille et du couple, où pourrait se jouer en dernier lieu cette crise suicidaire. D'autant plus qu'au plan familial, 27,3% de cette population (N=18) ont déjà été confrontés au phénomène suicidaire ; 12 dans le cadre de tentatives de suicide de parents au premier degré, 6 pour suicides de parents au premier degré. Pourtant, bien que 72,7% (N=48) des patients ont le sentiment de disposer habituellement d'un étayage social et/ou familial suffisant, ils transitent seuls aux urgences pour près de 2/3 d'entre eux (N=41). Dans les 6 mois, nous avons constaté que la perception de la densité de l'étayage social a tendance à se modifier pour 53% (N=27) des patients interrogés au rappel.

Dans l'étude martiniquaise de 2008 [149], les auteurs rapportent que pour les 245 patients suicidants évalués, la demande de consultation émanait principalement de la famille (68,7%) et le lieu du passage à l'acte le plus fréquent était le domicile (82%).

Que l'environnement familial et amical soit identifié par les patients comme aidant ou au contraire comme participant aux difficultés contextuelles de crise, on constate que la crise suicidaire a une dimension collective et induit en retour des retentissements sur l'entourage des patients. Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [120] parle de la nécessité de développer la postvention. Notre travail n'évalue pas l'implication effective des proches et des familles dans les prises en charge, mais cette dimension doit être prise en compte. C'est par définition la vocation d'un travail de crise, que d'apporter une vision systémique de la crise suicidaire, ce qui implique la possibilité de recevoir et de mener des entretiens avec les proches et les familles. L'implication des familles est ainsi recommandée par l'association européenne de psychiatrie [174]. Encore une fois le lien avec le médecin de famille ou tout autre intervenant socio-sanitaire habituel est fondamental [56].

En cas de suicide, la Fédération Française de Psychiatrie a publié des recommandations concernant les modalités d'aide et de soutien à l'entourage endeuillé [71], marqué par la culpabilité, la stigmatisation sociale, et parfois le psycho-traumatisme. La FFP affirme que l'évaluation clinique des endeuillés est indispensable, et que les professionnels intervenant au contact des endeuillés après suicide (exemple des pompiers, de la police, du Samu, ...) doivent bénéficier de sensibilisation et de formation.

Une étude sur « l'impact médico-économique et psychotraumatique de la tentative de suicide sur les proches du suicidant » [168], avait pour objectif secondaire la mesure de l'impact en terme de stress traumatique et de détresse psychique, de la tentative de suicide sur les proches du suicidant ayant été confronté à la scène suicidaire. Ils rapportent que 19% des proches se déclarent « moroses » à 12 mois, parmi lesquels 72% présentent un psychotraumatisme à 12 mois. Ainsi, si l'état de santé des proches s'améliore globalement à 12 mois, les auteurs insistent sur la nécessité d'évaluer les proches des patients suicidants y compris à distance de l'événement. Une étude nord-européenne avait déjà fait des constatations similaires, rapportant que la moitié des proches interrogés à 1 an de l'événement aurait souhaité avoir une assistance professionnelle de préférence rapidement après la tentative de suicide de leur proche, et que si la majorité des proches allaient bien, ce n'était pas le cas pour un sous-groupe [105].

3.3 En prévention tertiaire

3.3.1 *Continuité des soins : suivi des patients suicidaires et suicidants et système de veille*

Cette population suicidante se compose presque à 50% (N=32) de patients ayant réalisés plus d'une tentative de suicide au cours de leur vie. Le taux de réitérations d'idéations suicidaires à 6 mois est de 47% (N=24), le taux de réitération de tentative de suicide à 6 mois est de 11,7% (N=6). Dans le sous-groupe de patients suicidaires (IDS avec antécédent de tentative de suicide) à l'inclusion et ayant répondu au rappel, 40% (N=4) des patients ont rapporté de nouvelles idéations suicidaires dans les 6 mois et 20% (N=2) des patients ont réitéré un geste suicidaire, alors même qu'ils avaient été admis aux urgences sans être passé à l'acte.

L'analyse multivariée met en évidence une corrélation négative entre le nombre de tentatives de suicide antérieures et le fait d'être admis aux urgences pour idéations suicidaires sans être passé à l'acte, avec un odds ratio de 0,2 ($p=0,0078$, IC95% : 0,06-0,7) par comparaison avec ceux admis aux urgences suite à un passage à l'acte suicidaire. Un nombre croissant de gestes suicidaires semble être un facteur de risque de nouveau passage à l'acte suicidaire dans cet échantillon. D'autant plus que n'étaient pas inclus les patients admis pour idéations suicidaires sans antécédent de tentative de suicide, ce qui aurait encore plus majoré la différence entre les deux groupes.

De plus, nous avons constaté une persistance à 6 mois de la difficulté contextuelle de crise ; bien qu'elle ne fasse pas crise sous la forme d'un passage à l'acte suicidaire, elle est à comprendre comme un processus qui agit déjà en amont de la crise, et qui s'étale encore dans les 6 mois du passage aux urgences, pour quasiment 2 tiers de notre échantillon.

Pour autant, pour les 32 à 40% de patients qui retournent à leur domicile suite à l'orientation des urgences médico-psychologiques, dans 81% des cas le suivi est proposé mais non-organisé.

Plusieurs généralistes suivent les patients au décours d'un passage aux urgences pour tentative ou idéations suicidaires, d'abord en s'assurant qu'il y a une prise en charge spécialisée, quitte à les réorienter le cas échéant. Certains médecins généralistes nous ont fait part de leurs difficultés à prendre en charge ces patients. À travers des réponses aux enquêtes métropolitaines réalisées par les ORS de 5 régions différentes [38], il semble que leur rôle, tant au moment de la tentative de suicide que dans la prise en charge ultérieure, reste souvent flou par rapport aux services d'urgence comme par rapport aux prises en charge spécialisées en psychiatrie. Les généralistes se sentent par ailleurs démunis et en difficulté face aux personnes ayant effectué plusieurs tentatives. Certains généralistes ne font pas de réelle prise en charge au décours d'une tentative et préfèrent s'appuyer sur les structures existantes, beaucoup pointant par exemple les délais de rendez-vous sur les CMP, qui semblent non adaptés.

Ainsi, quasiment 50% (N=24) des patients ne seront pas suivis à 6 mois, sachant que nous avons perdu de vue 15 patients, non joignables par téléphone à 6 mois, ainsi que leurs

proches de confiance. L'InVS nous apprend pourtant que s'il y a ré-hospitalisation pour réitération suicidaire (ce qui est le cas de 20% des patients hospitalisés pour tentative de suicide), ce sera dans les 6 mois pour une personne sur deux [40].

Pour au moins 75% de ces situations de rupture des soins, il y aurait matière et possibilités d'améliorations. D'une part, 21,15% (n=11) des patients de l'échantillon de rappel ont prétexté un manque d'intérêt qu'ils y percevaient, ce qui nous a fait poser l'hypothèse d'une alliance thérapeutique initiale insuffisante, à prendre au sens large du fait que les raisons puissent être multiples et indécidables dans le cadre de ce travail (caractéristiques psychopathologiques, complexité de la problématique, spécificité du travail aux urgences, faible expérience de l'interne, manque de temps, stigmatisation de l'accès, etc.). D'autre part, 13,7% (N=7) disent ne pas avoir accédé aux soins du fait d'un manque d'information ou d'une contrainte directe d'accès aux soins (horaires incompatibles, manque de place disponible en consultation, renoncement aux soins pour raisons financières).

Cela pose d'une part la question de la continuité des soins et du suivi de ces patients. Dans une revue de littérature de suivi de cohortes de patients après tentative de suicide, la mortalité par suicide est estimée à 1,6% à un an, 3,9% à 5 ans de suivi [34]. Le maintien d'un contact avec des personnes à risque de réitération suicidaire, surtout s'il est proactif et « humain », fait partie des trois interventions reconnues particulièrement efficaces au terme d'une revue de littérature internationale conduite par l'INPES [155], et son organisation ne devrait pas être laissée à l'initiative des patients. D'autant qu'une étude danoise entre 1992 et 2010 a mis en évidence le moindre risque de réitération de geste suicidaire et de mortalité générale chez les suicidants bénéficiaires d'une thérapie psychosociale par comparaison avec les suicidants n'en ayant pas bénéficié. Cette même étude a montré un effet protecteur pour le suicide d'un suivi à long terme [66].

Ce suivi doit donc s'inscrire dans la durée et comporter une dimension personnelle et relationnelle. Les effets (intérêts et limites) d'un système d'envoi de lettres ou de cartes postales [14, 35, 125], de la remise d'une carte ressource indiquant un numéro d'appel joignable 24h/24 [67], d'un système de recontact téléphonique [166], ou encore d'un système d'envoi de SMS [19, 20], ont été ou sont en cours d'évaluation par des essais contrôlés randomisés ces 15 dernières années. Il s'agirait de se saisir de ces initiatives, voire d'en créer de nouvelles.

Le dispositif ALGOS regroupe sous forme d'algorithme de veille, plusieurs dispositifs déjà évalués séparément (cartes ressources, appels téléphoniques, cartes postales). Cette étude multicentrique (23 centres en France) a permis d'inclure 1055 patients, quittant directement les urgences ou hospitalisées moins de sept jours au décours d'un geste suicidaire. Elle a mis en évidence un taux de conduites suicidaires plus faible au plan statistique avec le système de veille, par rapport à une prise en charge classique (simple transmission au médecin traitant) ; plus précisément, le dispositif ALGOS a impacté non pas le nombre de patients récidivants, mais le nombre de récurrences chez les patients ayant réitérés un geste [169]. Désormais, la région Nord-Pas-de-Calais s'est dotée d'un dispositif

régional de veille post-hospitalière pour les patients suicidants. Le dispositif Vigilans maintient effectivement un contact personnalisé au moins 6 mois après le geste suicidaire.

Nos résultats suggèrent de ne pas se limiter aux patients ayant réalisé un geste suicidaire, mais d'inclure dans la même problématique les patients sollicitant une consultation pour des idéations suicidaires, en particulier ceux ayant au moins un antécédent de tentatives de suicide. Il semblerait effectivement que ce soit l'occasion à saisir pour diminuer la probabilité de survenue d'une réitération, et le nombre de ces réitérations, augmentant alors les chances de voir ces patients accéder aux soins sans être passés à l'acte, comme le suggère la régression logistique à la comparaison selon le motif d'admission.

Rappelons de nouveau la nécessité de travailler à une stratégie de prise en charge en lien avec les médecins généralistes, les différents secteurs psychiatriques de la Martinique ainsi qu'avec les professionnels du privé, pour un maillage suffisamment protecteur en prévention tertiaire du suicide pour les patients. Enfin, il serait important d'associer différentes stratégies dans une dynamique algorithmique. A ce titre, les envois de SMS simplifieraient peut être le maintien du secret et la non stigmatisation plutôt que l'envoi de carte postale, dans un contexte antillais socialement dense et familial.

3.3.2 *L'éducation thérapeutique : alliance et psychoéducation*

L'analyse multivariée met en évidence une corrélation positive entre un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie et le fait d'être admis aux urgences sous la forme d'idéations suicidaires sans être passé à l'acte, avec un odds ratio de 17 ($p=0,0011$, IC95% : 3,1-95,4) par comparaison avec ceux admis aux urgences suite à un passage à l'acte suicidaire. L'hospitalisation en psychiatrie semble ainsi être un facteur protecteur de passage à l'acte suicidaire, pour les patients avec antécédent de tentative de suicide, ayant modifié sensiblement la façon qu'ils ont eu d'interagir avec leurs symptômes au sein de leurs milieux de vie, les incitant à se protéger et à demander des soins.

La force de ce chiffre est cependant à relativiser, puisqu'étaient inclus d'un côté des patients primo-suicidants (avec moins de chance d'antécédent d'hospitalisation en psychiatrie), et que n'étaient pas inclus de l'autre côté les patients décrivant des idéations suicidaires mais sans antécédent de tentative de suicide (eux-mêmes ayant moins de chance de rapporter de tels antécédents). Ceci ayant pu contribuer à majorer le poids de l'antécédent d'hospitalisation dans le sous-groupe des patients suicidaires par contraste avec le sous-groupe de patients suicidants.

Ce résultat nous semble mettre en exergue la force de la rencontre et de la prise en charge soignantes, et nous fait poser l'hypothèse de la place de la psychoéducation mais aussi l'hypothèse de la place de l'alliance thérapeutique ; les patients n'étant pas passés à l'acte mais venus consulter en urgence. Notre travail ne permet toutefois pas de repérer à quel niveau se situe cette alliance, n'ayant pas notifié les personnes ayant adressé les patients aux urgences. Les résultats univariés vont dans le sens d'un étayage soignant pour les patients se présentant aux urgences sans être passés à l'acte. Ils rapportent plus

d'antécédent de suivi psychothérapeutique (25/53 vs 12/13, $p=0,003$), plus de lien avec le médecin traitant à 6 mois (23/53 vs 10/13, $p=0,01$), et plus de traitements à 6 mois (18/53 vs 10/13, $p=0,001$).

Il est possible que cet étayage soignant soit le signe d'une intensité clinique plus importante de ce sous-groupe de patients, faisant poser l'hypothèse de particularités cliniques pour expliquer ce mode de consultation (ce qui n'est pas exclusif des hypothèses précédentes, les efforts de psychoéducation et d'alliance thérapeutique pouvant se porter avec plus d'attention sur les patients jugés les plus graves). Ainsi, ils sont trouvés plus souvent consommateurs avec abus ou dépendance ($p=0,02$). De plus, ces patients se caractérisent par une plus forte association avec les antécédents familiaux de tentative de suicide ($p=0,04$) et avec les antécédents psychiatriques familiaux ($p=0,05$).

Ces éléments évoquent des problématiques chroniques, dont le mode d'admission aux urgences pour idéations suicidaires plutôt que pour tentative de suicide pourrait marquer un tournant. Il semblerait d'autant plus important de s'en saisir qu'à 6 mois, 40% ($N=4$) de ces patients ont rapporté de nouvelles idéations suicidaires dans les 6 mois, 20% ($N=2$) ont réitéré un geste suicidaire.

Ces particularités cliniques évoquent également la gravité, ce qui apparaît plus paradoxale. Ainsi, ces patients sont plus corrélés à la catégorie élevée de l'évaluation du risque suicidaire, tant aux urgences ($p=0,007$) qu'à 6 mois ($p=0,0004$) ; ils sont également associés à des scores en moyenne plus élevés à la sous-échelle de dépression de l'HAD à 6 mois ($p=0,02$). Autre paradoxe : cette gravité clinique ne serait pas tant marquée par la répétition des passages à l'acte, et nous avons mis en évidence à la régression logistique une corrélation négative entre le nombre de tentatives de suicide antérieures et le fait d'être admis aux urgences pour idéations suicidaires sans être passé à l'acte, avec un odds ratio de 0,2 ($p=0,0078$, IC95% : 0,06-0,7) par comparaison avec ceux admis aux urgences suite à un passage à l'acte suicidaire. La répétition des passages à l'acte ne serait pas le mode d'expression de la souffrance de ce sous-groupe de patients.

Ce résultat serait ainsi à confirmer et à étayer, mais nous pouvons néanmoins affirmer qu'il montre une tendance à l'importance de l'alliance thérapeutique et de la psychoéducation en prévention des passages à l'acte suicidaires : deux caractéristiques importantes qui se jouent dans le soin, tant lors de la prise en charge aux urgences que pour le suivi des patients. A noter que l'impact de l'éducation thérapeutique sur la prévention du suicide ne fait pas partie des actions qui sont ressorties de la revue de littérature internationale de l'INPES. De nombreuses études y font pourtant référence.

L'étude réalisée en 2000 en Martinique [159] auprès des patients du secteur Nord Atlantique a mis en évidence à la régression logistique une corrélation négative entre la compliance au traitement et l'antécédent personnel de tentative de suicide ($OR=0,51$, $p=0,03$), montrant indirectement l'importance de la psychoéducation et de l'alliance.

Pour comprendre la vulnérabilité au suicide et approcher sa dimension familiale, des études s'intéressent aux parents de premier degré de personnes décédées par suicide. Par exemple dans une récente étude canadienne, il a été mis en évidence un lien entre capacité

décisionnelle et comportement suicidaires : par comparaison avec un groupe de personnes sans antécédents familiaux au premier degré de suicide, les parents au premier degré de personne décédées par suicide ont une capacité décisionnelle altérée [87]. Plus précisément, ces personnes ont tendance à faire des choix risqués privilégiant des solutions qui apportent un bénéfice à court terme malgré des risques élevés, plutôt que des solutions à long terme plus sûres. Elles ont aussi du mal à identifier les solutions alternatives face à un problème. Les choix désavantageux pouvant alors jouer au moment de la crise suicidaire, comme tout au long de la vie, renforçant les facteurs de stress qui interagissent avec cette vulnérabilité. En revanche, ces personnes ont développé des capacités à contrôler leurs pensées. Les auteurs estiment ainsi pouvoir développer des formes de thérapies cognitivo-comportementales ciblées sur la prise de décision pour protéger ces personnes. Les thérapies cognitivo-comportementales sont d'ailleurs recommandées pour le traitement des patients suicidants par l'Association Européenne de Psychiatrie [174]. Constatons que notre sous-groupe de patients venus consulter pour idéations suicidaires semblent parfaitement s'intégrer dans ce profil, vulnérables par leurs antécédents familiaux, mais étant néanmoins venus consulter aux urgences sans être passés à l'acte, montrant leurs capacités à contrôler leurs pensées plutôt que la répétition des passages à l'acte.

Ce travail stratégique concernant la survenue d'idéations suicidaires devrait être fait avec tous les patients, avec une précaution particulière pour ceux avec un diagnostic de troubles psychotiques. Une méta-analyse de l'association entre idéations suicidaires et suicide ultérieur parmi des patients porteur soit d'un trouble psychotique soit d'un trouble de l'humeur, a effectivement mis en évidence une plus forte prédiction dans le cas des troubles psychotiques (OR=6,45) que dans le cas des troubles de l'humeur (OR=1,49) [42].

Pour autant, l'insight du trouble pourrait être dangereux pour les patients, concernant le risque suicidaire. Une revue de littérature a récemment cherché l'association entre trouble mental et comportement suicidaire, mettant en évidence une faible mais significative association [172]. Tout ceci ne faisant qu'appuyer la nécessité de l'étayage soignant.

3.4 L'impact médico-économique

Rappelons ici l'ensemble des données nous permettant de discuter des aspects médico-économiques, ou comment système de santé et système économique interagissent concernant la question du phénomène suicidaire ; autrement dit, quel est le coût économique du suicide, mais aussi quel est le coût sanitaire de la difficulté socioéconomique et de la précarité ?

Nous avons déjà évoqué plusieurs fois qu'il s'agit d'une population précaire, avec une nette surreprésentation d'individus percevant le RSA ou étant bénéficiaire de la CMU Complémentaire. Pour rappel : quasiment 1 individu sur 2 (45%) de cet échantillon bénéficie de la CMU-C, 1 personne sur 3 bénéficie du RSA (33%).

Nous avons aussi évoqué une population cliniquement en souffrance. L'analyse descriptive des résultats à l'inclusion et à 6 mois nous a fait soulever les hypothèses d'une augmentation de la circulation et de la consommation de traitements psychotropes, d'une augmentation des diagnostics psychiatriques catégoriels et d'une augmentation de la sévérité et/ou de la chronicité de ces mêmes diagnostics ; à mettre en lien avec les données concernant l'Allocation Adulte Handicapée puisque pour rappel nous avons déjà noté une surreprésentation de personnes percevant cette aide avec 9,8% de cet échantillon, par rapport à la répartition en population générale. De plus, un tiers de l'échantillon a déclaré être en Affection Longue Durée pour motif psychiatrique.

Nous avons pu constater une très nette augmentation des difficultés financières rapportées à 6 mois, avec près d'un patient sur deux concernés (47%, N=24) dans notre échantillon de rappel. Concernant l'évolution des revenus disponibles, 39% (N=20) estiment avoir subi une baisse dans les 6 mois suivant la crise suicidaire, parmi lesquels : 50% des inactifs (hors étudiants et retraités), 43% des actifs au chômage et 43% des actifs ayant un emploi. En termes de catégories socioprofessionnelles, les professions intermédiaires (66%, N=4) et les employés (50%, N=7) apparaissent les plus en difficultés sur le plan économique. De même, 18% (N=12) des patients ont vécu une perte d'emploi en amont ou au décours de la crise suicidaire. En moyenne, dans les 6 mois suivants le passage aux urgences pour crise suicidaire, une période de quasiment 1 mois d'hospitalisation est utilisée dans cet échantillon. En moyenne, dans les 6 mois suivant le passage aux urgences pour crise suicidaire, plus de 2 mois prendront la forme d'un arrêt de travail, c'est-à-dire d'une inactivité économique professionnelle.

Au total, ces résultats nous décrivent une population déjà précaire sur le plan socioéconomique, pour qui la crise suicidaire va avoir un effet de renforcement, en partie par l'inactivité économique et professionnelle au décours, voire la perte d'emploi. Mais aussi une population déjà cliniquement sévère, dont la crise suicidaire est un pallier, un signe supplémentaire d'objectivation de la souffrance psychique et sociale, et va avoir de même un effet de renforcement, ce qui peut impliquer économiquement une augmentation de la circulation et de la consommation de psychotropes, une majoration des moyens employés avec des hospitalisations plus longues, un allongement des durées de suivi et de traitement

à long terme avec possibles mises en ALD, voire passage dans la sphère du handicap psychique avec l'AAH.

Pour de nombreux patients, la crise suicidaire s'inscrit dans une trajectoire déjà précarisée, et semble renforcer cette précarisation tel un processus, alors même que nos résultats ne ciblent et n'évaluent que trop vaguement l'effet sur les plus fragilisés : les perdus de vue, les chômeurs, les individus sans activité professionnelle. Il semble donc y avoir un lien systémique écologique, entre l'amplification de la problématique psychiatrique et économique, à travers la crise suicidaire. Dit autrement, dans un contexte martiniquais déjà marqué par la précarité socioéconomique (voir les taux de chômage et de pauvreté évoqués dans l'introduction), la souffrance psychique et la précarité économique individuelles semblent s'amplifier, causes et conséquences l'une de l'autre, ce que la crise suicidaire vient révéler. Ainsi parmi les données récoltées au rappel téléphonique, seule la diminution des revenus disponibles dans les 6 mois (5 vs 15 ; $p=0,0205$) permet de distinguer de façon statistiquement significative les patients en situation de réitération du geste suicidaire par rapport aux patients primo-suicidants. A noter que notre travail manque de puissance statistique pour établir des relations causales et reste à un niveau écologique et systémique. La notion de « trajectoire » apparaît ici opportune ; dans un récent rapport d'études de la DREES, comparant les personnes âgées de 40 à 59 ans déclarant avoir eu des idées suicidaires dans les 2 semaines, avec les personnes du même âge ne déclarant pas de telles idéations, les auteurs rapportent que ce mal-être s'inscrit « dans des carrières spécifiques ». Les personnes déclarant des idées suicidaires passent plus de temps hors de l'emploi, sont moins satisfaites de leur parcours professionnel et ont des sentiments exacerbés sur la place du travail dans leur vie [57]. Discutons ainsi de cette circularité entre l'économique et le psychiatrique, pour étayer notre commentaire.

Concernant le coût économique du suicide. Les premiers résultats des études médico-économiques en France nous informent sur le coût du suicide et des tentatives de suicide [39]. Cette évaluation comprend deux catégories de coûts : les coûts formels sont liés à la prise en charge des suicides et des tentatives de suicide par le système de santé ainsi que les autres dépenses publiques liées aux coûts médicaux légaux, aux interventions de la police et des pompiers, mais aussi aux indemnités journalières des suicidants ; les coûts informels sont liés à la perte de productivité engendrée par les suicides et les tentatives de suicide pour la victime et ses proches. Le coût des suicides et des tentatives de suicide est ainsi estimé à 5 milliards d'euros par an en France.

Une étude sur « l'impact médico-économique et psychotraumatique de la tentative de suicide sur les proches du suicidant » [168], a mesuré auprès de 171 ménages l'impact médico-économique du suicide au cours des 12 mois suivants l'acte en comparaison des consommations de soins d'un échantillon apparié issu des enquêtes IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) en population générale. Les auteurs mettent en évidence une augmentation de la consommation de médicaments d'un facteur 2,37 à 12 mois, soit un coût de 323 millions d'euros par an lié aux effets du suicide sur l'entourage.

Concernant le coût sanitaire (sur la santé mentale et le suicide) de la crise économique. Le risque de l'inactivité professionnelle et du chômage quant au suicide est documenté, nous l'avons évoqué plus haut [48], ce qui apparait majoré en période de crise. Comme indiqué dans le baromètre santé 2010 [15], une diminution constante du taux de suicide a été enregistrée entre 1987 et 2008 ; de 24,1 décès / 100 000 habitants entre 1985 et 1987, le taux de suicide est descendu à 16,4 / 100 000 habitants entre 2006 et 2008. Dès la fin des années 2000, il a au contraire été constaté une tendance à la hausse des tentatives de suicide entre 2005 et 2010 : de 0,3% au cours des 12 derniers mois à 0,5% au cours des 12 derniers mois, parmi les 15-75ans. ($p=0,09$). L'InVS, dans son bulletin épidémiologique de janvier 2015, publie que pour une augmentation de 10% du taux de chômage, le taux de suicide tous sexes confondus a augmenté significativement de 1,5% (IC95% : 0,7-2,3). Cette association reste significative uniquement chez les hommes avec une augmentation de 1,8% (IC95% : 0,9-2,7), en particulier les hommes de 25-49 ans avec une augmentation de 2,6% (IC95% : 1,3-3,9) [75]. Leur modèle statistique a permis d'estimer à 584 (IC95% : 234-886) le nombre de suicides en excès attribuable aux variations du taux de chômage pendant la période 2008-2010, par rapport au nombre de suicides attendu si le taux de chômage était resté stable à partir du dernier trimestre 2007. Au niveau international, une étude a estimé à 4983 l'excès de suicides entre 2008 et 2011 en lien avec le chômage [129]. Il a de même été constaté une augmentation des taux de mortalité par suicide dans certains pays européens, en lien avec la crise de 2008 [164] et la montée du chômage [165]. Les hommes et les personnes en âge de travailler sont là encore davantage touchés par une hausse du nombre de suicides lorsque le taux de chômage augmente [9, 41, 103]. L'ONS a consacré une revue de littérature aux effets de la crise de 2008 sur le suicide et sur la santé mentale, qui élargie et confirme ces tendances, établissant que les pays ou les régions où l'augmentation du chômage a été la plus importante connaissent l'augmentation la plus forte de suicides, mais regrettant néanmoins « le manque de travaux sur les canaux par lesquels la crise impacte le suicide » [131]. Des hypothèses sont proposées : la dégradation des relations maritales par les difficultés financières, l'anxiété liée aux prêts immobiliers notamment pour les hommes, ... Ainsi, les études s'intéressant plus globalement aux effets sur la santé mentale montrent également une détérioration suite à la crise de 2008.

Toujours selon le rapport de l'ONS, il n'existe pas de données fiables sur les suicides liés au travail en France. En particulier, il n'est pas possible à l'heure actuelle de quantifier les suicides en liens avec le travail, ni même ceux survenus sur un lieu de travail. Par ailleurs, les connaissances épidémiologiques sur les liens entre les conditions de travail et les conduites suicidaires sont encore insuffisantes. Il s'agira d'être attentif à ces évolutions. Une voie de recherche a ainsi été particulièrement mise en avant par l'ONS : l'impact des évolutions actuelles du travail et des politiques managériales sur le risque de suicide. La causalité entre suicide et travail est une thématique qui doit par ailleurs être développée d'un point de vue juridique. A noter qu'en 2014, le tribunal administratif de Poitiers a reconnu le lien entre le suicide d'un policier survenu en 2004, et son travail ; il s'agit là d'une des premières

décisions d'imputabilité du suicide au service. D'autre part, les troubles psychiques pourraient à l'avenir être considérées comme des maladies professionnelles.

Pour conclure, l'effet du suivi des suicidants serait à analyser plus précisément, et devrait être en pratique transdisciplinaire entre acteurs du sanitaire et du social, pour permettre une meilleure analyse et une réorientation de ces circularités médico-économiques. Comme le fait remarquer le sociologue Nicolas HEINCKES, « *les personnes concernées cumulent aujourd'hui des formes de vulnérabilités sociales et psychologiques qui rendent difficiles la compréhension des dynamiques en jeu : qu'est ce qui, du processus pathologique lui-même, des conditions qui ont pu favoriser son émergence, ou de ses conséquences sur le plan social, est déterminant pour le statut de ces personnes ?* » [86].

CONCLUSION ET OUVERTURES

Depuis les années 2000, la prévention du suicide fait l'objet de nombreux plans et est officiellement et régulièrement déclarée priorité nationale et mondiale. Nous ne pouvons que nous en réjouir, compte tenu de ce que le suicide engendre de drames humains, de ce qu'il signifie sur le plan sociétal, et des répercussions économiques qu'il engendre notamment pour les pays déjà les plus en difficulté.

Dans nos sociétés globalisées, les nouvelles menaces culturelles et sociétales entraînent des pertes de sens et de repères. Les glissements sémantiques, apparemment nécessaires à la modernité et imposés par les experts, nous empêchent de penser la souffrance psychique, qu'elle soit au travail, dans la sphère publique ou privée. Au point d'empêcher la population de penser la souffrance ressentie. Des épisodes individuels de crise n'ont plus forcément leur place, leur justification cognitive, entraînant des impasses psychologiques. Mobilité et flexibilité professionnelle ou personnelle ont remplacé les divorces et les ruptures. Elles sont censées être devenues tranquilles ou assorties de sécurité apparente, alors qu'elles restent des blessures narcissiques majeures, propices à la souffrance psychique.

Dans une société en plein mouvement, en plein changement, la place des professionnels de santé mentale et du médecin généraliste reste importante. Il faudra — comme nous l'avons vu à travers les nombreuses références et les témoignages des interviewés — Forcément composer avec le secteur ambulatoire pour progresser dans la prévention du suicide. Il faudra aussi se rapprocher de la société civile, afin de mieux comprendre les zones de souffrances.

D'un point de vue plus restrictif et concernant la pratique quotidienne d'un généraliste, le suicide est rare, la dépression fréquente, la souffrance quotidienne. Limiter notre travail à la dépression risquerait d'exclure cette souffrance de notre champ diagnostique et thérapeutique. Il y a pourtant un continuum de causalité et donc de prise en charge, de la souffrance qui ne nécessite pas d'antidépresseur jusqu'à la dépression. La recherche en médecine générale révèle l'alternance et l'intrication entre symptômes dépressifs et somatisations. "La dépression est souvent précédée d'une longue histoire somatique" [98]. Le Dr Catu-Pinault, médecin généraliste parisien, explique qu' « hormis les situations évidentes où le patient arrive avec une formulation directe, c'est au médecin de repérer qu'il y a souffrance, même à minima. Les médecins négligent ce repérage qu'ils n'ont pas appris à prendre en compte en tant que tel. Pourtant, de même que la prévention somatique intervient avant que la maladie ne soit constituée et que le patient consulte pour des troubles évidents, des signes de souffrance peuvent être recherchés, sans attendre que les signes du DSM IV soient présents. Comme pour les maladies somatiques, c'est dans les stades précoces que le patient a le plus de chance de guérir » [37].

Par ailleurs, Il faudra mieux analyser l'impact de l'augmentation des questions de santé mentale sur la prise en charge de l'ensemble des problématiques de santé en médecine générale. En effet, dans un contexte de baisse de la démographie médicale, ces éléments aboutissent à la surcharge des patientèles, touchant plus particulièrement les patients précaires [63]. Cette réflexion doit être menée en tenant compte de son impact sur les objectifs d'accès aux soins des patients en situation de précarité et de réduction des inégalités de santé.

EPILOGUE

Dans sa préface à l'ouvrage de Frantz FANON « les damnés de la terre », Jean Paul SARTRE écrit :

« Européens, ouvrez ce livre, entrez-y. Après quelques pas dans la nuit vous verrez des étrangers réunis autour d'un feu, approchez, écoutez : ils discutent du sort qu'ils réservent à vos comptoirs, aux mercenaires qui les défendent. Ils vous verront peut-être, mais ils continueront de parler entre eux, sans même baisser la voix. Cette indifférence frappe au cœur : les pères, créatures de l'ombre, vos créatures, c'étaient des âmes mortes, vous leur dispensiez la lumière, ils ne s'adressaient qu'à vous, et vous ne preniez pas la peine de répondre à ces zombies. Les fils vous ignorent : un feu les éclaire et les réchauffe, qui n'est pas le vôtre. Vous, à distance respectueuse, vous vous sentirez furtifs, nocturnes, transis : chacun son tour ; dans ces ténèbres d'où va surgir une autre aurore, les zombies, c'est vous ».

Ce feu qui éclaire et qui réchauffe nous semble constituer une belle métaphore pour le contexte antillais de « l'intégration protectrice », chère à Emile DURKHEIM, là ou d'autres ont décrit la famille antillaise comme un lieu d'identité et de résistance « en pays dominé », pour reprendre les termes de Patrick CHAMOISEAU. Nous pensons de manière analogique à « la théorie du feu de camp » de Maurice HALBWACHS, selon laquelle les groupes sont répartis plus ou moins près du foyer central de la vie sociale. Les valeurs qui alimentent le feu de camp déterminent la position de chaque groupe et de chacun par rapport au foyer central, où la vie sociale est la plus intense, c'est-à-dire la plus intégrée. Robert CASTEL parlera de « désaffiliation », Serge PAUGAM parlera de « pauvreté intégrée, marginale ou disqualifiante », complexifiant le regard trop binaire et économique sur l'exclusion.

Dès lors, comment être réchauffés par ce feu ? N'est-ce pas le plus bel apprentissage de nos internats en psychiatrie et en médecine générale aux Antilles françaises : cette tentative toujours fragile, jamais définitive, d'être à la fois suffisamment proche du foyer central du feu de camp pour s'y réchauffer et pouvoir l'alimenter, et à la fois à distance suffisamment respectueuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris : Conférence de consensus. 2000, 31 p.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Paris : Recommandations pour la pratique clinique. 2002, 13p.
3. Amadeo S., Rereao M., Malogne A., Favro P., NGuyen L.G. Suicides et tentatives de suicide en Polynésie française : résultats de l'enquête START de l'OMS, 2008 – 2010. Bises N°15, mai 2015.
4. Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jouglu E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide. Bull Epidemiol Hebdo. 2011 ; 47-48 : 497- 500.
5. Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jouglu E. La mortalité par suicide en France en 2006. Études et Résultats. 2009 ; (702) : 1-8.
6. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann-Coblentz L., Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. Médecine. 2008 ; 4(6) : p. 279-283.
7. Badeyan G, Parayre C, Mouquet MC, Tellier S, Dragos S, Ellenberg E. Suicides et tentatives de suicides en France : une tentative de cadrage statistique. Direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES), Etudes et résultats 2001 ; 109 : 8 p.
8. Ballon N., Ursulet G., Merle S., Eynaud M., Charles-Nicolas A., Michalon M., Excess of psychoses among the French West Indian population. Can J Psychiatry. 2004 May ; 49 (5): 335-8.
9. Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A., McKee M., Stuckler D. Suicides Associated with the 2008-10 Economic Recession in England : Time Trend Analysis. *BMJ*, 2012 Aug 13.
10. Batt A. dans l'île de Götland : de l'expérimentation au réalisme de l'expérience. ADSP. 2003 ; N°45 : 26.
11. Batt A., Bohec C., Frattini M. Les tentatives de suicide dans la clientèle des médecins généralistes : enquête dans les cantons de nord de l'Ille-et-Vilaine. Observatoire régional de la santé de Bretagne. 1997.

12. Baudelot C., Establet E. Durkheim et le suicide. 1984, PUF, « Philosophies », 2011.
13. Baudelot C., Establet E. Suicide : l'envers de notre monde, Seuil, « Essais », 2006.
14. Beautrais AL., Gibb SJ., Faulkner A., Mulder RT. A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce repeat presentations to the emergency department for suicide attempt. *Annals of Emergency Medicine*. 2008 ; 51 : 474.
15. Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Epidémiol Hebd*. 2011 ; (47-48): 488-92.
16. Bellamy V., Roelandt JL., Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Études et résultats. DREES 2004 ; 347 : 1-12.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>
17. Ben Abdallah F. Les tentatives de suicide à la Martinique. Étude épidémiologique des observations recueillies en 1993. Thèse de doctorat en médecine ; Université de Nancy 1. 1994.
18. Bernal M., Haro JM., Bernert S., Brugha T., de Graaf R., Bruffaerts R., *et al*. Risk factors for suicidality in Europe : Results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007 ; 101 (1-3): 27-34.
19. Berrouiguet S., Alavi Z., Vaiva G., Courtet P., Baca-García E., Vidailhet P., Gravey M., Guillodo E., Brandt S., Walter M. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry*. 2014 Nov 18 ; 14 : 294.
20. Berrouiguet S., Gravey M., Le Galudec M., Alavi Z., Walter M. Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention : a pilot study. *Psychiatry Res*. 2014 Jul 30 ; 217 (3): 154-7.
21. Besnard P. Mariage et suicide : la théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle. *Revue française de sociologie*. Le suicide un siècle après Durkheim. 1997 ; 38-4 : 735-758.
22. Bibliomed. Prévalence et reconnaissance de la dépression en médecine générale. *Bibliomed*. 2000 ; 170.
23. Blanchet A. L'entretien dans les sciences sociales : l'écoute, la parole et le sens. Dunod (coll « psycho sup »), 1993.

24. Borges G., Nock MK., Haro Abad JM., Hwang I., Sampson NA., Alonso J., et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010 ; 71 (12) : 1617-28.
25. Bosquart O. Prévention du suicide et évaluation du potentiel suicidaire de la personne âgée en médecin générale. Université de Nantes, 2007 ; N°43.
26. Bourgeois ML. Enquêtes rétrospectives dans l'étude du suicide. *Neuro-psy* 1998, N° spécial, avril: 20-24.
27. Brown E., Lefaucheur N. « L'enquête Enveff-Martinique », *Pouvoirs dans la Caraïbe*, 17 - 2012 : <http://plc.revues.org/862> ; in Brown E., Lefaucheur N., *Pouvoirs dans la caraïbe, genre et violences interpersonnelles à la Martinique*. L'Harmattan 2011.
28. Bruffaerts R., Demyttenaere K., Borges G., Haro JM., Chiu WT., Hwang I., et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2010 ; 197 (1): 20-7.
29. Canetto SS., Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1998 ; 28 (1): 1-23.
30. Cape J., McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *BMJ* 1999 ; 49:875-9.
31. Cario C., Levesque JL., Bouche G. Tests et échelles : freins des généralistes à leur utilisation. Étude transversale descriptive menée dans une population de médecins généralistes. *Rev Prat* 2010 ; 60 : 24–8.
32. Carmelo D. Les tentatives de suicide chez les jeunes âgés de 11 à 18 ans, dans les services d'urgence et de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique, Etude pilote sur 4 mois. Thèse de doctorat en médecine ; Université des Antilles et de la Guyane, 2013.
33. Carney PA. et al. How physician communication influences recognition of depression in primary care. *J Fam Pract*. 1999 ; 48 (12): 858-64.
34. Carroll R., Metcalfe C., Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non- fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2014 ; 9 (2): e89944.
35. Carter GL., Clover K., Whyte IM., Dawson AH., D'Este C. Postcards from the Edge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ* 2005 ; 331 : 805.

36. Catherine A., Paraire X. Martiniquaises d’hier et d’aujourd’hui : une place grandissante dans la société. Insee, 2007. http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=23&ref_id=17464
37. Catu-Pinault A., Velluet L. À propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale Mise au point théorique et clinique. La Revue Exercer. 2004 ; 70 : 69-74.
38. Cayla F., Gayrard P., Spinosi L., Garros B., Tréhony A. Suicide un bilan pour l’action. ADSP 1999 ; n°26, p. 67-69.
39. Chabaud F., Debarre J., Serazin C., Bouet R., Vaïva G., Roelandt JL. Etude des profils de population selon le niveau de risque suicidaire en France : Enquête « santé mentale en population générale. Encéphale 2010 ; 36, 33-8.
40. Chan-Chee C., Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI MCO 2004-2011 et d’Oscour 2007-2011, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France.
41. Chang S.-S., Stuckler D., Yip P., Gunnell D. Impact of 2008 Global Economic Crisis on Suicide : Time Trend Study in 54 Countries. British Medical Journal, 2013 Sept 17.
42. Chapman CL., Mullin K., Ryan CJ., Kuffel A., Nielssen O. Large MM. Meta-analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder. Acta Psychiatr Scand. 2015 Mar ; 131 (3): 162-73.
43. Charles-Nicolas A. (Sous la direction de). Crack et cannabis dans la Caraïbe. L’Harmattan, 1997.
44. Charles-Nicolas A., Valleur M. Les conduites ordaliques. La vie du toxicomane. Paris : PUF 1982 ; p. 82-99.
45. Chen LP., Murad MH., Paras ML., Colbenson KM., Sattler AL., Goranson EN., Zirakzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders : systematic review and meta-analysis. Mayo Clinic Proceedings. 2010 ; 85, 618–629.
46. Chevreul K., Vinet MA., Le Jeannic A., Lefèvre T., Quelen C. Unité de recherche en économie de la santé (URC ECO). Estimation du fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France en 2009. <http://www.urc-eco.fr/Estimation-du-cout-du-suicide-et>
47. Cochrane-Brink KA., Lofchy JS., Sakinofsky I. Clinical Rating Scales in Suicide Risk Assessment. Gen Hosp Psychiatry 2000 ; 22, 445-451.

48. Cohidon C., Santin G., Geoffroy-Perez B., Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. Rev Epi- démiol Santé Publique. 2010 ; 58 (2) : 139-50.
49. Collectif. Pourquoi la dépression est souvent méconnue en médecine générale ? Bibliomed. 2000 : 172.
50. Collignon A., Lefebvre M., Burnouf L. Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie. Le médecin généraliste face aux tentatives de suicide en Basse-Normandie. Caen, 1998 ; 31p.
51. Comité Médical pour les Exilés (COMEDE), Migrants et étrangers en situation précaire, soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels, 2013. http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf
52. Commission Européenne. Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. 2008 ; 5p.
53. Conseil économique, social et environnemental, Bernus D. Suicide : plaidoyer pour une prévention active : mandature 2010-2015 – séance du 12 février 2013, Journal Officiel, Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental n°2013-06, 30 janvier 2013 ; 50p.
54. Cornely V., Merle S. Le tabagisme et ses caractéristiques en Martinique en 2003, enquête ESCAL. Observatoire de la Santé de la Martinique. Janvier 2005 ; 17p.
55. Danel T., Vilain J., Roelandt JL., Salleron J., Vaiva G., Amariei A., Plancke L., Duhamel A. Suicide risk and suicide attempt in North Pas de Calais Region. Lessons from the survey Mental Health in General Population. Encephale. 2010 ; 36 : 39-57.
56. De Clercq M. 1997, Urgences psychiatriques et intervention de crise, De Boeck, « Oxalis », 2005.
57. De Riccardis N., Moisy M., Mouquet MC. Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires. Etudes et résultats, DREES 2014 ; 886 : 1-6. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er886.pdf>
58. Debout M. Le suicide Ed. Ellipses, collection « vivre et comprendre », 1996.
59. Debout M. Le suicide. Rapport du Conseil économique et social, 1993.
60. Délégation aux victimes, Ministère de l'intérieur, Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, 2014. <http://www.interieur.gouv.fr/content/download/84148/616887/file/etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2014.pdf>

61. Département de Santé Mentale et Toxicomanies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention du suicide indications pour les médecins généralistes. Genève, 2001.
http://www.who.int/publications/list/prevention_sucide_medecins/fr/
62. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and Suicide attempts in General Medical Illnesses. Arch Intern Med 2000, 160 : 1522-1526.
63. Dubois-Fabing D., Pichon P., Arnevielhe A., Sussillon M.A., Caron B., Saillard F., and al. Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble. Santé Publique 2011/HS (Vol. 23).
64. Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ?. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/dumel.html>
65. Durkheim E. 1897, Le suicide. Paris, PUF, « Quadrige », 1930.
66. Erlangsen A., Lind BD., Stuart EA., Qin P., Stenager E., Larsen KJ., Wang AG., Hvid M., Nielsen AC., Pedersen CM., Winslov JH., Langhoff C., Mühlmann C., Nordentoft M. Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. Lancet Psychiatry. 2015 Jan ; 2 (1) : 49-58.
67. Evans J., Evans M., Morgan HG., Hayward A., Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2005, 187 : 186-187.
68. Evans M., et Jehel L. Des violences de l'enfance aux symptômes traumatiques de la femme adulte. la lettre du psychiatre 2013, vol. 9, p. 92-97.
69. Evans M., Vacher E., Lamy S., Seridi H., Jan M., Debien C., Sigward J.-M, Jehel L. First stage in indentifying traumatic profil inpatients hospitalised in psychiatry in Martinique. Sante Ment Que 2014 ; 39 (2): 253-69.
70. Fanello S., Paul P., Delbos V., Gohier B., Jousset N., Duverger P. et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. Santé Publique 2002/3 ; (Vol. 14), p. 263-273. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-3-page-263.htm>
71. Fédération Française de Psychiatrie. Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien. Paris : Recommandations 2009 ; 32p.
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/textesexperts/cd.pdf>

72. Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) Nord-Pas-de-Calais, Plancke L., Amariei A., Clement G. Les conduites suicidaires dans le Nord - Pas-de-Calais, une synthèse des données disponibles. 2014 ; 40p. http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/monographie_conduites_suicidaires_b_d.pdf
73. Feldman MD., Duberstein PR., Vannoy S., Epstein R., Kravitz RL. Let's not talk about it : suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med* 2007 ; 5 : 412–8.
74. Fonds CMU, Rapport d'activité 2013. http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2013.pdf
75. Gautier A. Baromètre santé médecins-pharmaciens 2003. Saint-Denis : INPES ; 2005.
76. Guillard P. La tentative de suicide en Martinique. Thèse de doctorat en médecine ; Université de Bordeaux II 1985.
77. Halbwachs M. 1930, Les causes du suicide. Paris, PUF, « Le lien social », 2002.
78. Hanany E., Pluton J., Merle S. Diagnostic territorial de santé, arrondissement Nord Atlantique. Observatoire de la Santé de la Martinique. Mai 2010 ; 4p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/diagnostic_territorial_nord_atlantique_mai_2_010.pdf
79. Hanany E., Pluton J., Merle S. Diagnostic territorial de santé, arrondissement Nord Caraïbe. Observatoire de la Santé de la Martinique. Mai 2010 ; 4p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/diagnostic_territorial_nord_caraibe_mai_2010.pdf
80. Hardt J., Bernert S., Matschinger H., Angermeier MC., Vilagut G., Bruffaerts R., de Girolamo G., de Graaf R., Haro JM., Kovess V., Alonso J. Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: results from the ESEMeD study. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1 ; 175 : 168-74.
81. Harris EC., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta analysis. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 205–28.
82. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours (Actualisations). Paris : Recommandations de bonnes pratiques 2014 ; 36p.

83. Hawton K., Arensman E., Wasserman D., Hulten A., Bille-Brahe U., Bjerke T., et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 1998 ; 52 (3) : 191-4.
84. Hawton K., Van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009 ; 373 : 1372-81.
85. Heckman V., Horiuchi C. Photographie de la prise en charge médicale précédant une intoxication médicamenteuse volontaire. A propos d'une enquête portant sur 215 intoxications admises au CHU de Grenoble. *Psychol Med* 1994 ; 26 : 1192-1197.
86. Heinckes N. Les nouvelles frontières de la santé mentale. revue *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 2013, Vol.84 : 16-19.
87. Hoehne A., Richard-Devantoy S., Ding Y., Turecki G., Jollant F. First-degree relatives of suicide completers may have impaired decision-making but functional cognitive control. *J Psychiatr Res*. 2015 Sep ; 68 : 192-7.
88. Horiuchi M., Mallaret M., Heckman V., Debru JL., Guignier M. Une meilleure prévention du suicide par le médecin est-elle possible ? *Conc Med* 1996 ; 118 : 67-70.
89. Howland R.H. General health, health care utilization, and medical comorbidity in dysthymia. *Int. J Psychiatr. Med.*, 1993, 23/3, 211-238.
90. INSEE, Enquête emploi 2013 en Martinique ; http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=23&ref_id=21043http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=23&ref_id=21043
91. Jambou P. Les intoxications aiguës volontaires par antirouille en Martinique. Thèse de doctorat de médecine ; Université de Nice, 1980.
92. Kahn A., Warner H., and al. Symptom reduction and Suicide Risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57 : 311-317.
93. Kessler RC., Borges G., Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 ; 56 (7): 617-26.
94. La rédaction de Médecine. Crise suicidaire et médecine générale Rappel des 5 points-clés de la conférence de consensus de 2000. *Médecine*. 2008 ; 4(6) : p. 265-268.
95. laanani M., ghosn W., Jouglà E., Rey G. Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010. *bull épidémiol Hebd*. 2015 ; (1-2): 2-6. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/1-2/2015_1-2_1.html

96. Lane J., Archambault J., Collins-Poulette M., Camirand R. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Québec : Direction des communications ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2010.
97. Le Pont F., Letrilliart L., Massari V., Dorléans Y., Thomas G., Flahaut A. Suicide and attempted suicide in France : results of a general practice sentinel network, 1999-2001. *Br J Gen Pract.* 2004 Apr ; 54 (501): 282-4.
98. Lebovici S. La dépression suivie par le médecin généraliste. *Atelier de médecine générale* 1982 ; 3 : 39-52.
99. Lepine JP., Godchau M., Brun P. Anxiety and depression in inpatients. *Lancet.* 1985 ; 2 (8469-70) : 1425-26.
100. Lepine JP., Godchau M., Brun P., Lemperiere T. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol.* 1985 ; 143(2) : 175-89.
101. Links P. and al. Preventing recurrent suicidal behaviour. *Can Fam Physician* 1999, 45 : 2656-2660.
102. Lizardi D., Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 2010 ; vol. 61, n° 12 : p. 1183-1191.
103. Lopez Bernal J.A., Gasparrini A., Artundo C.M., McKee M. The Effect of the Late 2000s Financial Crisis on Suicides in Spain : an Interrupted Time-series Analysis. *European Journal of Public Health*, 2013 ; 23 (5), p. 732-6.
104. 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;159:909–16.
105. Magne-Ingvar U., Ojehagen A. One-year follow-up of significant others of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999 Sep ; 34 (9): 470-6.
106. Mann JJ., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005 ; 294 : 2064–74.
107. Marquet S. Evolution de la dépression en médecine générale. *Exercer*, 1999, N° spécial, recherche 11-15.
108. Massé R. Détresse créole: ethnoépidémiologie de la détresse psychique à la Martinique. Quebec (QC): Presses de l'Université Laval, 2008.

109. Massé R. Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique. *Sci Soc Sante* 2001 ; 19 (1): 45-78.
110. Maurin L., Bernier M. Des départements d'Outre-mer marqués par les difficultés sociales et les inégalités, *Compas Etudes* n°9, octobre 2013 ; 8p. http://www.lecompas.fr/doc/compasetudes9_octobre2013.pdf
111. Maurin L., Mazery V. Les taux de pauvreté des 100 plus grandes communes de France, *Compas Etudes* n°11, janvier 2014 ; 4p. http://www.lecompas.fr/doc/compasetudes11_janvier2014.pdf
112. Mendez-Bustos P., De Leon-Martinez V., Miret M., Baca-Garcia E., Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. 2013 Nov-Dec ; 21 (6): 281-95.
113. Merle S. et al. Enquête CAME : Crack A la Martinique : Etat des lieux. Observatoire de la santé de la Martinique, septembre 2008 ; 66p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/rapport_came.pdf
114. Merle S. Le cannabis en Martinique, Observatoire de la santé de la Martinique, 2005 ; 4p. http://www.ors-martinique.org/cirdd/telechargements/Addictions_Martinique/cannabis_martinique_2005.pdf
115. Merle S., Boudan V., Rosine J. Principaux résultats de l'enquête Alcool en médecine générale. *OSM Flash* n°28. Observatoire de la santé de la Martinique. Décembre 2001 ; 4p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/osm_flash_28.pdf
116. Merle S., Chatenay S., Cornely V., Dufeal A., Prada I., Pierre-Louis K. Tendances récentes et Nouvelles Drogues, Rapport 2004 du site Martinique. Observatoire de la Santé de la Martinique, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Novembre 2005 ; 42p. <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/mart04.pdf>
117. Merle S., Rhinan S., Vaissade L. Estimation locale de la prévalence de l'usage problématique de drogues : l'enquête NEMO. *OSM Flash* n°40. Observatoire de la santé de la Martinique. Juin 2007 ; 4p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/osm_flash_40.pdf
118. Merle S., Rosine J., Ursulet G. La santé mentale en population générale : images et réalités, *OSM Flash* n°27. Observatoire de la Santé de la Martinique. Octobre 2001 ; 6p. http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/osm_flash_27.pdf

119. Millot I., Foglia T., Bokobza Y., Lemery B., Fiet B., Navillon B. Etude en médecine ambulatoire sur les suicides et tentatives de suicide en Bourgogne. Enquête épidémiologique en 3 volets : santé scolaire, médecine du travail, médecine générale. Dijon : ORS Bourgogne, 2001 ; 108p. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/242533/>
120. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 ; 96p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_de_2011-2014-2.pdf
121. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 ; 42p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf
122. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Service Etudes et Statistiques Antilles Guyane, Approche statistique du suicide. 2008. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/suicides971-2007-2.pdf>
123. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. 2014 ; 55p. http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/03/Egalite_Femmes_Hommes_2014.pdf
124. Monnin J., Thiemard E., Vandiel P., Nicolier M., Tio G., Courtet P., Bellivier F., Sechter D., Haffen E. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts : gender differences in a prospective study. *J Affect Disord.* 2012 Jan ; 136 (1-2): 35-43.
125. Motto JA., Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv*, 2001 ; 52:828-833.
126. Mouquet MC., Bellamy V., Carasco V. Suicides et tentatives de suicide en France. *Études et résultats*, 2006 ; 488: 1–8.
127. Nicoli M., Bouchez S., Nieto I., Gasquet I., Kovess V., Lepine JP. Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the French general population. Results from the ESEMeD study. *Encephale* 2012 ; 38, 296—303.
128. Nicot P., Bouet R. Risque suicidaire : peut-on mieux faire ? Le système de soins français entre paradoxes et tabous. *Médecine*. 2008 ; 4(6) : 244-246.

129. Nordt C., Warnke I., Seifritz E., Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *Lancet Psychiatry*. 2015 Mar ; 2 (3): 239-245.
130. O'Reilly D., Rosato M. Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people. *Br J Psychiatry*. 2015 Jun ; 206 (6): 466-70.
131. Observatoire National du Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche, premier rapport. Paris, DICOM, novembre 2014 ; 221 p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf
132. Observatoire Régional de la Santé en Martinique. La santé mentale et le suicide. 2012;3p.
http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/sante_mentale_2012.pdf
133. Observatoire régional de la santé, Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux. Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire.2013.
http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2013_6_risquesuicidaire_panel2mgpdl.pdf
134. Observatoire Régional de Santé Bretagne. Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo – Étude qualitative. Janvier, 2011.
http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2011/02/inline-gestion-du-risque-suicidaire-par-les-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-lib%C3%A9raux-dans-les-pays-de-guingamp.html
135. Observatoire S.O.S. Amitié des souffrances psychiques. <https://www.sos-amitie.com/observatoire>
136. Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. Rapport d'activité, 2012.
<https://www.ofpra.gouv.fr/documents/OfpraRA2012.pdf>
137. Organisation Mondiale de la Santé. Guide d'intervention mhGAP. 2011 ; 121p.
138. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020. 2013 ; 52p.
139. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale. 2014 ; 93p.

140. Organisation Mondiale de la Santé. Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. 2008 ; 48p.
141. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994 ; 23 : 147-181. <http://erudit.org/revue/crs/1994/v/n23/1002253ar.pdf>
142. Paykel E. Prevention of depression : The royal college of Psychiatric Prevention Committee and defeat depression Campaign. Hippus H, Stafnis C Eds. Research in mood disorders. Seattle : Hogrefe and Huber publishers, 1993 : 131-48.
143. Peyron PA., David M. Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale. Presse Med. 2015; 44: 590–600.
144. Philippe A. Les tentatives de suicide en médecine générale. Enquête PRISME (prise en charge d'un suicidant en médecin générale). Non publié.
145. Plancke L., Ducrocq F., Clement G., Chaud P., Haeghebaert S., Amariei A., Chan-Chee C., Goldstein P., Vaiva G. Source of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations. Rev Epidemiol Sante Publique. 2014 Dec ; 62 (6): 351-60.
146. Ploin M. Tentatives de suicide et suicides à Paris. In " Gros plan sur le suicide, en pratique quotidienne de ville ", La gazette médicale (n° spécial) 1993 ; 3-10.
147. Préfecture de la Martinique ; <http://www.martinique.pref.gouv.fr/Prefecture/Nos-missions/Securite-publique/Actualites/Presentation-des-chiffres-de-la-delinquance-en-2012-en-Martinique>
148. PREMUTAM, fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Bilans régionaux – prévention des suicides et tentatives de suicide – état des lieux 1995-1997. 1998.
149. Priou C., Lacoste J., Merle S., Ursulet G., Thomas L., Courter P., Charles-Nicolas A. La « sous-suicidalité » des Martiniquais serait-elle un mythe ? Étude prospective épidémiologique et clinique des suicidants aux Urgences du CHU de Fort de France, Martinique. 2008. Non-publiée.
150. Reshetukha T., Alavi N., Prost E. Several Suicide Risk Factors Commonly Missed in ER Assessments. American Psychiatric Association (APA) 2015 Annual Meeting. SCI 2. Présenté le 18 mai 2015.

151. Rihmer Z., Rutz W., Philgren P. Depression and suicide in Gotland. An intensive study of all suicides between and after the educational training program for general practitioners. *J Affect Disord.* 1998 ; 35 : 147-52.
152. Roelandt JL., Caria A., Mondière G. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. *L'Information Psychiatrique*, 2000 ; 76 : 279-92.
153. Rogers CR. The non directive Method as a technic for social research. *American Journal of sociology*, 1945, 50-4, pp.279-283.
154. Rolle W. De la mutation de la famille martiniquaise, in Charles-Nicolas A., Crack et cannabis dans la Caraïbe. *L'Harmattan*, 1997. p67-86.
155. Roscoat (du) E., Beck F. Efficient interventions on suicide prevention : a literature review. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2013 Aug ; 61 (4) : 363-74.
156. Rutz W., Von Knorring L., Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr scand.* 1992 Jan ; 85 (1): 83-8.
157. Rutz W., Wallinder J., Eberhard G. *et al.* An educational program on depressive disorders for general practitioners on Götland : background and evaluation. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989 : 79 : 19-26.
158. Simon GE et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl Med J.* 1999 ; 341 (18): 1329-35.
159. Slama F., Dehurtevent B., Even J.D., Charles-Nicolas A., Ballon N., Slama R. Characteristics of a French African Caribbean epidemiological psychiatric sample with a history of suicide attempt. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2008 ; 38, 720–727.
160. Slama F., Merle S., Ursulet G., Charles-Nicolas A., Ballon N. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among Caribbean people in the French West Indies. *Psychiatry Res.* 2011 Dec 30 ; 190 (2-3) : 271-4.
161. Spicer RS., Miller TR. Suicide acts in 8 states : incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health*, 2000 ; 90 (12): 1885-91.
162. Staikowsky F., Descrimes N. Groupe d'Etude sur les Tentatives de Suicide dans les Services d'Urgences (GETSSU). Les tentatives de suicide examinées dans les services d'urgence en France. Résultats d'une étude multicentrique. *BEH*, 1999 déc 21 ; n°51 : 7-10. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=2439

163. Stein DJ., Chiu WT., Hwang I., Kessler RC., Sampson N., Alonso J., et al. Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior : findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS One*, 2010 ; 13-5 (5): e10574.
164. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 2011 ; 378 (9786): 124-5.
165. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009 ; 374 (9686): 315-23.
166. Vaiva G., Ducrocq F., Meyer P., Mathieu D., Philippe A., Libersa C., et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*, 2006 ; 332 (7552): 1241-5.
167. Vaiva G., Jehel L., Cottencin O., Ducrocq C., Duchet C., Omnes C., Genest P., Rouillon F., Roelandt JL. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*, 2008 ; 34, 577-583.
168. Vaiva G., Jehel L., Ducrocq F., Poulet E., Demarty AL., Duhem S., Seguin M. Impact médico-économique et psychotraumatique de la tentative de suicide sur les proches du suicidant. Cours du Pr VAIVA, DIU Santé Mentale dans la Communauté. Lille, mars 2015.
169. Vaiva G., Walter M., Al Arab A., Courtet P., Bellivier F., Demarty AL., et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry* 2011 ; 11 (1): 1-7.
170. Vegas R., Crampe J. Enquête auprès des médecins traitants sur les déterminants psychopathologiques du suicide en Mayenne. *BEH*, 2000 mai 30 ; n°22 : p.3-6. <http://www.invs.sante.fr/beh/2000/0022/index.html>
171. Verger P., Brabis PA., Kovess V., Lovell A., Sebbah R., Villani P., and 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 ; 99 : 253–7.
172. Vilaplana M., Richard-Devantoy S., Turecki G., Jaafari N., Jollant F. Insight into mental disorders and suicidal behavior: a qualitative and quantitative multimodal investigation. *J Clin Psychiatry*, 2015 Mar ; 76 (3): 303-18.

173. Vysoki B., Kapusta ND., Praschak-Rieder N., Dorffner G., Willeit M. Direct Effect of Sunshine on Suicide. *JAMA Psychiatry*, 2014 ; 71 (11) : 1231-1237.
174. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., Zalsman G., Zemishlany Z., Carli V. European Psychiatric Association. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012 Feb ; 27 (2): 129-41.
175. Yen kai Sun L. Caractéristiques épidémiologiques e la mortalité par suicide en Polynésie française, 2005 – 2010. *Bises N°15*, mai 2015.
176. Zigmond AS., Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983 ; 67 (6) : 361-70.

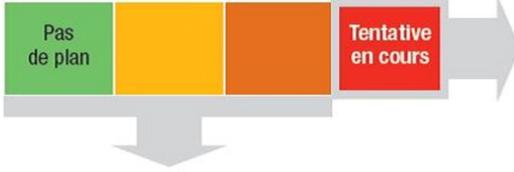
ANNEXES

I. Fiche d'aide à l'orientation des patients en crise suicidaire à destination des médecins généralistes de Martinique.




Fiche d'aide à l'orientation D'un patient en crise suicidaire à destination des médecins généralistes de Martinique

- Évaluer la planification du suicide.
 - Aborder directement la question du suicide.
 - S'informer de la planification (à l'aide du COQ). (Comment, Où, Quand)
 - S'informer de l'accès au moyen et des préparatifs.
 - Déterminer le niveau de la planification sur le continuum.



- Assurer la sécurité : éloigner le moyen, Orientation hospitalière, Appeler le SAMU

- Poursuivre l'estimation, dans la mesure où la tentative de suicide n'est pas en cours et que la personne accepte de collaborer.

- Vérifier la présence ainsi que le niveau des facteurs associés et des facteurs de protection pour savoir où se situe la personne suicidaire et faciliter l'intervention.

■ Aucune tentative de suicide						Tentative récente
■ Capacité à espérer un changement						Grand désespoir
■ Aucune ou légère consommation de substances						Abus grave de substances
■ Capacité à se contrôler						Forte impulsivité
■ Présence d'un proche						Solitude et isolement
■ Capacité à prendre soin d'elle						Se laisser aller
- Utiliser, comme leviers d'intervention, les premières réponses de la personne suicidaire afin de travailler sur l'ambivalence et d'en arriver à faire diminuer le niveau de dangerosité.
- Effectuer l'estimation finale de la dangerosité.



- Poursuivre l'intervention en fonction de votre estimation finale et conclure en sécurité.

Avis psychiatrique 24H/24 : psychiatre de garde au CHUM

0696 43 73 07

Numéro de téléphone portable dédié aux professionnels uniquement

II. Guide d'entretien des médecins généralistes



POSTA

GUIDE D'ENTRETIEN DES MEDECINS TRAITANTS

A 6 MOIS

Version du 16/04/2014

**Etude épidémiologique descriptive de soins courants, de la prise en charge d'aval des patients admis aux urgences du CHUM pour tentative de suicide.
Etude POSTA**

N° IDENTIFICATION du dossier anonymisé

/ / / /

N° d'Inclusion du patient de ce médecin traitant

Investigateur Coordonnateur

Professeur Louis JEHEL
Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale
CHU de Martinique
Hôpital Pierre Zobda Quitman
BP 632 97261 Fort de France
Tél. : 05.96.55.22.11- Fax : 05.96.75.84.49
Courriel : louis.jehel@chu-fortdefrance.fr

Promoteur

Centre Hospitalier Universitaire de Martinique
BP 632 - 97261 Fort de France Cedex

Date de l'appel : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Message sur répondeur (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

RV téléphonique pris le :à

Date du rappel : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Message sur répondeur (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

RV téléphonique pris le :à

Echec du rappel téléphonique (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Refus de participation (1 – Oui / 0 – Non) /_/_/

Durée de l'appel : /_/_/ min

Prise de contact avec les médecins traitants

Je suis Interne en médecine à l'université Antilles-Guyane.

Avec le service universitaire de psychiatrie du Pr Jehel, nous réalisons actuellement une recherche-action sur le suicide en Martinique.

Il s'agit de mieux connaître le point de vue et l'expérience des médecins généralistes en matière de prise en charge et de suivi des patients suicidants.

Nous souhaiterions connaître le point de vue des médecins généralistes sur ce sujet. Nous avons choisi de vous contacter car un de vos patients s'est présenté aux urgences de La Meynard lors de notre période d'inclusion, en septembre-octobre 2013.

Seriez-vous d'accord pour que l'on programme un rendez-vous téléphonique ?

→ il faut compter 15 à 20 minutes

→ le jour et à l'heure qui vous convient le mieux, parmi les demi-journées suivantes :

- Mercredi après-midi
- Jeudi après-midi
- Vendredi toute la journée
- Les WE
- Tous les soirs à partir de 18H00.

Précisions éventuelles

- L'analyse est bien sûr anonyme.
- Cette étude s'inscrit dans un programme d'une recherche plus vaste sur le phénomène suicidaire en Martinique.
- Il s'agit donc de prendre en compte le rôle de la médecine générale pour définir des axes d'amélioration de la prévention du suicide et notamment des récidives.

entretien semi-dirigé

1) Dans les derniers cas de patients suicidants que vous avez pris en charge, en quoi a consisté votre intervention ?

- prévention du passage à l'acte / prévention de la récurrence
- prise en charge immédiate : seul, orientation vers urgences, centre anti-poison, hôpital psychiatrique ou vers un psychiatre libéral
- accueil post urgences
- mode d'évaluation de la gravité
- orientation vers autres formes de PEC (psychologues, services sociaux, associations,...)
- identification des autres acteurs
- écoute
- conseils / difficultés sociales ou familiales
- lien avec famille, entourage
- prescription d'antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques

2) Mode de prise en charge habituel

- « au cas par cas » ou référentiel de pratique
- Filière de PEC même informelle

3) Profil de vos patients qui ont fait une TS ou se sont suicidés (adolescents, adultes en difficulté, personnes âgées, antécédents psychiatriques, sous traitement psychotrope)

4) Fréquence des TS ou suicides dans la patientelle

5) Les principales difficultés de la PEC et de la prévention de la récurrence en médecine générale dans le contexte local

formation, difficulté de réponse à la demande d'aide psychologique, connaissance des autres acteurs, leur disponibilité, offre de soins locale, communication avec spécialistes ...

Si vous pensez par exemple à un patient que vous avez pris en charge récemment pour une tentative de suicide

- qu'est-ce qui a bien fonctionné dans la prise en charge de votre point de vue ?
- qu'est-ce qui a moins bien fonctionné / est moins satisfaisant pour vous ?

6) Contacts / coordination avec autres acteurs pouvant intervenir dans la PEC ou la prévention

- professionnels de santé hospitaliers (« correspondants » médecins ou infirmiers) exemple du courrier de sortie des patients hospitalisés, de l'appel téléphonique infirmier
- professionnels de santé libéraux
- psychologues
- associations
- attentes du MG / autres acteurs
- rôle du MG dans la coordination
- points forts (ou satisfaction) et points faibles de la coordination

7) Les atouts, la spécificité du MG / autres acteurs

8) Comment à votre avis pourrait-on améliorer en Martinique :

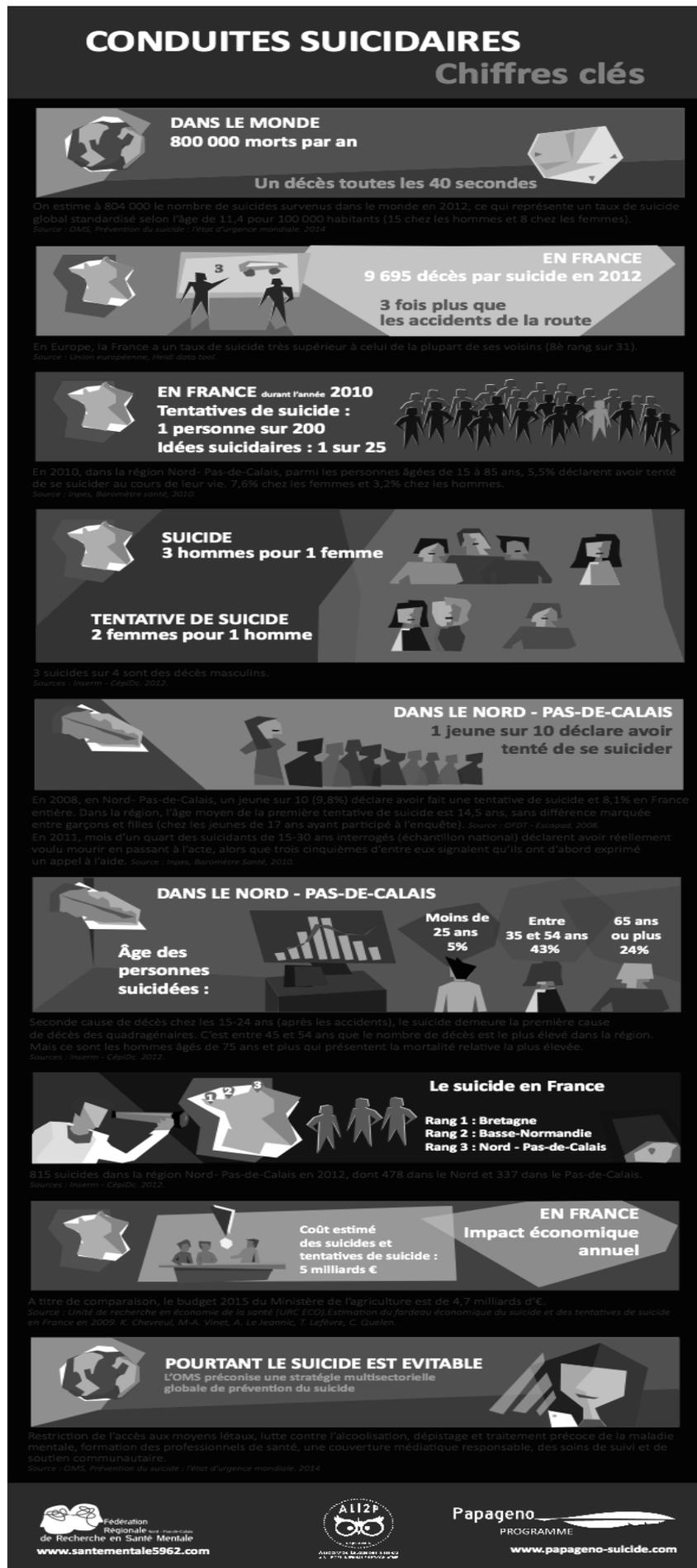
- la PEC
- la prévention des récurrences

9) Besoins de formation

10) Besoins d'information

- sources d'information sur l'épidémiologie locale du phénomène suicidaire
- besoin de mieux connaître les données existantes.

III. Chiffres clés concernant les conduites suicidaires



IV. Liste des figures

Figure I - Taux de suicide tout âge confondu (pour 100 000 personnes), en 2012 – OMS	17
Figure II – Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire	64

V. Liste des enseignants à l'université des Antilles et de la Guyane 2015 - 2016**UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE**



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER**Doyen de la Faculté de Médecine** : Raymond CESAIRE**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine**: Suzy DUFLO**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers****Serge ARFI****Médecine interne**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45

Bruno HOEN**Maladies Infectieuses**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET**Chirurgie Urologique**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Georges JEAN-BAPTISTE

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 28

André WARTER

Anatomopathologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 50

André CABIE

Maladies Infectieuses

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 11

Philippe DABADIE

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER

Radiologie et imagerie Médicale

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL

Neurologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

Guillaume THIERY

Réanimation

CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR

Parasitologie et Infectiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique

CHU de FORT DE FRANCE

Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Professeurs des Universités Associés

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Karim FARID

Médecine Nucléaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 - Fax : 05 96

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de FORT- DE – France

Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA

Pédiatrie

CH de CAYENNE

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD

Urologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

Lauren BRUNIER-AGOT

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52

Xavier BOUILLOUX

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55, Tel : 05 90 89 14 66

Philippe CARRERE

Médecine Générale

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 06 90 99 99 11

Cédric Sandy PIERRE

ORL

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

Pierre CARRET

Orthopédie

CHU de FORT –DE- FRANCE

Tel : 05 90 55 22 28

Julie SAMBOURG

Dermatologie – Maladies Infectieuses

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 59

Katlyne POLOMAT

Médecine interne

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55

Teddy TOTO

Gynécologie Obstétrique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Laurent BRUREAU

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

JACQUES-ROUSSEAU Natacha

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

GUILLE Jérémy

ORL

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

BLETTERY Marie

Rhumatologie 5D

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

SCHOELL Thibaut

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

ROUX Guillaume

Parasitologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 54 05 - Fax : 05 94 39 53 09

Professeurs EMERITES

Bernard CARME

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte