HAL
open science

Quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi du suicidant n'ayant pas été hospitalisé en psychiatrie ? Étude qualitative auprès des médecins généralistes des secteurs 76G11 et 76G12

Nicolas Loisel

To cite this version:

Nicolas Loisel. Quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi du suicidant n'ayant pas été hospitalisé en psychiatrie ? Étude qualitative auprès des médecins généralistes des secteurs 76G11 et 76G12. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01355117

HAL Id: dumas-01355117

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01355117v1

Submitted on 22 Aug 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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE DE ROUEN

Année 2016 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Nicolas LOISEL

Né le 9 Avril 1989 à Mont Saint Aignan

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 2016

Quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi du suicidant n'ayant pas été hospitalisé en psychiatrie ?

Etude qualitative auprès des médecins généralistes des secteurs 76G11 et 76G12.

Président du jury : *Mr le Professeur Jean Loup HERMIL*

Membres du jury : *Mr le Professeur Olivier GUILLIN*

Mr le Professeur Vincent LAUDENBACH

Directeur de thèse : *Mr le Docteur Sébastien BALEIZAO*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	**Professeur Pierre FREGER**
ASSESSEURS :	**Professeur Michel GUERBET**
	Professeur Benoit VEBER
	Professeur Pascal JOLY
	Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre)*	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mme Rachel **MARION-LETELLIER**	UFR	Physiologie
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine **RONDANINO**	UFR	Physiologie de la Reproduction
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER**	Statistiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie

Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine **DAHYOT**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE**	Biochimie
Mme Hanane **GASMI**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels 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 leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des 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 les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront 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. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui 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.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean Loup HERMIL, qui me fait l'honneur de présider cette thèse, qu'il soit assuré ici de mon profond respect et de ma gratitude. Merci d'avoir su rester à l'écoute de vos étudiants.

A Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN, qui me fait l'honneur de juger mon travail, qu'il trouve ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Vincent LAUDENBACH, qui me fait l'honneur d'être membre de mon jury, qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Sébastien BALEIZAO, qui m'a fait l'honneur et la joie de diriger cette thèse. Merci pour tes conseils avisés et ton ouverture d'esprit. Merci pour m'avoir permis de confirmer mon choix de la médecine générale.

Merci à Madame le Docteur Annie NAVARRE-COULAUD pour m'avoir accompagné dans ce projet et pour m'avoir accueilli dans son service.

Merci aux Docteurs WIELA et ELATI, ainsi qu'à toute l'équipe de psychiatrie de l'hôpital de Dieppe qui ont failli me faire croire que j'étais psychiatre.

Merci à Raphaëlle toujours présente et prévenante, merci pour être celle qu'elle est.

Merci à mes parents, car sans eux je ne serais pas là (littéralement). Et merci pour leur relecture pleine de bon sens.

Merci à Emeline et Romain pour leur aide précieuse et leurs connaissances littéraires.

Merci aux Docteurs BROCHEC et PERROTTE qui m'ont conseillé dans la réalisation de mon travail.

Merci aux Médecins Généralistes qui ont accepté de répondre à mes questions.

Merci à mes Maîtres de Stage qui m'ont appris la Médecine Générale.

Merci aux Médecins Hospitaliers qui m'ont accueilli dans leurs services et qui m'ont toujours beaucoup appris.

Merci à toute ma famille pour leur soutien moral et notamment à mes frères et sœurs que je ne vois pas toujours autant que je le souhaiterai.

Merci à Nicole ma grand-mère, toujours de bonne humeur.

Merci à mes amis, sans qui les études auraient été bien différentes. Merci à Quentin, Corrine, Carlotte, Clémentine, Marion, Mathilde, Salomé, Simon et à tous ceux qui ne sont pas cités, mais avec qui j'ai passé de bons moments.

Merci à Fanny que je me devais de citer, qui se fait mal au dos pour que je puisse m'exercer à la traiter.

Liste des abréviations :

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APA : American Psychiatry Association
ARS : Agence régionale de Santé
CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CASP : Centre d'Accueil en Soins Psychiatrique
CH : Centre Hospitalier
CMP : Centre Médico-Psychologique
FMC : Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de Santé
HSDT : Hospitalisation Sur la Demande d'un Tiers
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RUD : Risque-Urgence-Dangerosité
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
UFI : Unité Fermée Intersectorielle
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Table des matières

I. INTRODUCTION 18

1. CONTEXTE 18
   a. *Description du territoire 18*
   b. *Épidémiologie 20*
2. DEFINITIONS 21
   a. *Suicide et tentative de suicide 21*
   b. *Comportement suicidaire 22*
   c. *Crise suicidaire 22*
   d. *Facteurs de risque 22*
   e. *Facteurs protecteurs 23*
   f. *Potentiel suicidaire 23*
   g. *Prévention 24*
3. MODES DE PRISE EN CHARGE 25
   a. *Prise en charge de la crise suicidaire 25*
   b. *Prévention de la récidive 26*
4. PRISE EN CHARGE LOCALE 29

II. MATERIELS ET METHODES 30

1. CHOIX DE LA QUESTION 30
2. CHOIX DE LA METHODE 30
   a. *Etude qualitative 30*
   b. *Entretien semi-structuré 30*
3. CHOIX DU LIEU 31
4. CRITERES D'INCLUSION 31
5. CRITERES D'EXCLUSION 31
6. REALISATION DES ENTRETIENS 31
7. RETRANSCRIPTION 31
8. ANALYSE DES ENTRETIENS 32

III. RESULTATS 33

1. EPIDEMIOLOGIE 33
2. EXPERIENCE 34
   a. *Formation initiale 34*
   b. *Formation continue 34*
   c. *Expérience professionnelle 34*
3. ROLES DU MEDECIN GENERALISTE 35
   a. *Le médecin généraliste comme premier recours 35*
   b. *Orientation du patient 38*
   c. *Surveillance de la récidive 40*
   d. *Prise en charge thérapeutique 40*
   e. *Suivi au long cours 41*
4. LES FREINS A LA PRISE EN CHARGE 42
   a. *Difficultés liées à l'erreur d'appréciation 42*
   b. *Difficultés liées à la pathologie psychiatrique 42*
   c. *Difficultés liées au manque de connaissances 44*
   d. *Difficultés liées à la prise en charge ambulatoire 45*
   e. *Difficultés liées à la proximité 45*
5. INTEGRATION DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE 46
   a. *La nécessité de la communication avec l'hôpital 46*
   b. *Connaissance du circuit de soin hospitalier 46*
   c. *Modalités d'information du généraliste sur la tentative de suicide 47*
   d. *Relations avec les urgences 47*
   e. *Relations avec les psychiatres 48*
   f. *Accessibilité des soins psychiatriques 51*
6. AMELIORATIONS 52
   a. *Communication 52*
   b. *Accessibilité 55*

c. Formation *56*

IV. DISCUSSION **58**

1. POINTS-CLES 58
   a. Le médecin généraliste a une place dans le suivi du suicidant *58*
   b. Défauts de communication dans la prise en charge du suicidant *58*
   c. Un accès aux soins parfois difficile *58*
   d. Un manque de formation *58*
2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE 59
   a. Forces *59*
   b. Faiblesses *59*
3. COMPARAISON A LA LITTERATURE 60
   a. Le rôle du médecin traitant *60*
   b. La communication *62*
   c. La formation *63*
4. MODIFICATIONS ENVISAGEABLES 64
   a. Réseau de soins *64*
   b. Communication *64*
   c. Accès aux soins psychiatriques *65*
5. PISTES DE RECHERCHE 66
   a. Etude de la vision des psychiatres *66*
   b. Etude de la vision du patient *66*
   c. Etude quantitative sur la communication *66*
   d. Etude de l'efficacité des mesures mises en place *66*

V. CONCLUSION **67**

VI. ANNEXES **68**

1. QUESTIONNAIRE QUALITATIF 68
2. PLAQUETTE D'INFORMATION A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES 70

VII. BIBLIOGRAPHIE **72**

I. Introduction

Le suicide représente aujourd'hui entre 10 000 à 12 000 décès par an en France. C'est une cause de mortalité évitable. C'est dans ce cadre que la pathologie suicidaire fait partie des objectifs nationaux de santé publique, et désormais, internationaux.

Le suicide est le symptôme d'une maladie, avec ses facteurs de risques, son suivi et sa thérapeutique. Cette étude porte donc sur sa prise en charge par le professionnel qui est au cœur du système de soins français : le médecin généraliste.

Le but de cette étude a été de comprendre quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi des suicidants n'ayant pas été hospitalisés en psychiatrie, dans les secteurs 76G11 et 76G12.

1. Contexte

a. Description du territoire

i. Géographie et population

Il faut distinguer deux entités administratives :

Le <u>territoire de santé</u> est défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Celui-ci organise l'offre de santé à l'échelon local, que ce soit les activités de prévention, l'accès aux soins de premiers recours ou la répartition des établissements de soins et des structures médico-sociales.

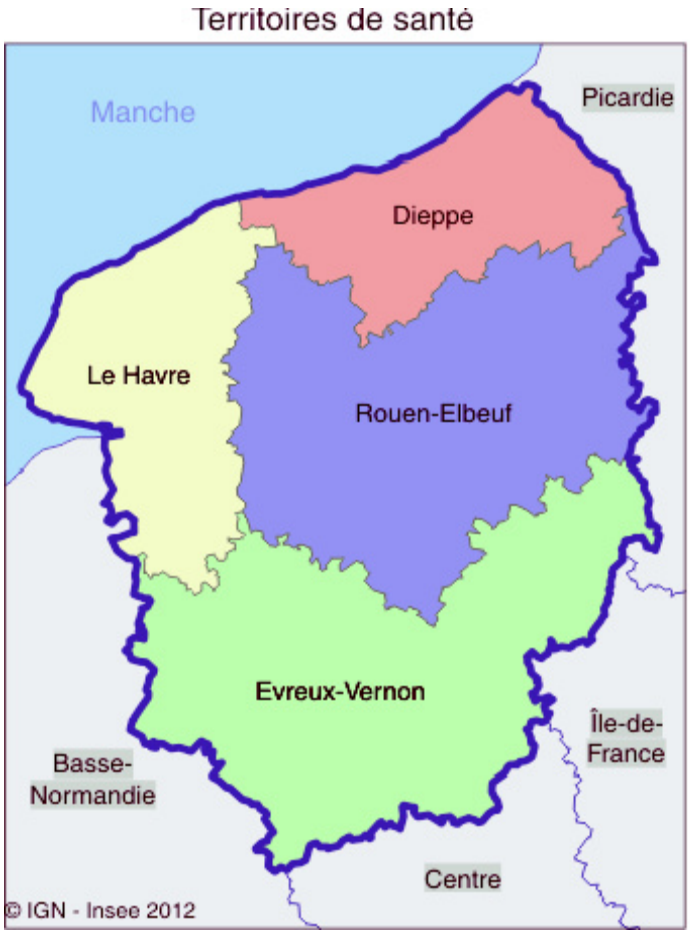
Le <u>secteur psychiatrique</u> défini par le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) qui organise la prise en charge des patients en psychiatrie.

Les secteurs psychiatriques 76G11 et 76G12 et le Territoire de Santé de Dieppe couvrent de manière commune 91% de la population de leurs territoires.

Le territoire de santé de Dieppe comprend 168 252 habitants (soit 9% des habitants de Haute-Normandie). Il s'agit d'une population plutôt rurale avec un nombre d'agriculteurs et d'ouvriers supérieurs à la moyenne régionale et nationale. Le taux de cadres et de professions intellectuelles est inférieur à la moyenne régionale(1).

Le territoire de santé de Dieppe(2) se situe dans la partie Nord du département. Il s'étend de Saint-Valéry-en-Caux à Eu en suivant le littoral, et descend presque jusqu'à Neufchâtel-en-Bray.

Ce Territoire de santé comprend une large bande côtière et jouxte la Picardie. Cette proximité, du fait de la désertification médicale, n'est pas anodine puisque de nombreux patients qui habitent la Somme viennent se faire soigner en Seine-Maritime (principalement dans la ville d'Eu, mais aussi à Dieppe).



Territoires de santé en Haute-Normandie, le territoire de Dieppe correspond à la partie nord de la région. Source : INSEE(3)

En ce qui concerne la sectorisation de la psychiatrie adulte, le territoire de Dieppe correspond à 2 secteurs :

- le secteur 11 : il comprend la partie ouest du territoire, entre Dieppe et Saint-Valéry-en-Caux.

- le secteur 12 : il comprend la partie est, entre Dieppe (exclue) et Eu.

ii. Structures de soins

L'offre hospitalière du territoire dieppois compte le Centre Hospitalier (CH) de Dieppe avec 969 lits Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). Il existe en plus, un hôpital général à Eu et un hôpital local à Saint-Valéry-en-Caux.

L'offre de soins ambulatoires est inférieure à l'offre nationale avec 8,4 omnipraticiens pour 10 000 personnes(1).

La psychiatrie adulte comprend trois unités d'hospitalisation, toutes situées au CH de Dieppe : une unité pour le secteur 11, une pour le secteur 12 et une unité fermée intersectorielle (UFI), qui permet la prise en charge des hospitalisations sous contrainte.

Il existe également une activité d'hospitalisation de jour à Dieppe et un centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) à Eu.

Les consultations de psychiatrie sont organisées dans les différents Centres Médico-Psychologique (CMP) sur les communes de Eu, de Blangy-sur-Bresle, de Tôtes, de Saint-Valéry-en-Caux, et sur l'hôpital de Dieppe.

b. Épidémiologie

i. Internationale et nationale

Le nombre de suicides dans le monde a été estimé à 804 000 en 2012 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(4), soit un taux de 11,4/100 000 habitants (15 pour les hommes et 8 pour les femmes). Ces chiffres sont sûrement sous-estimés, car le suicide est encore illégal dans de nombreux pays. La cause de la mort étant alors cachée par la famille afin d'éviter toutes difficultés judiciaires.

Vingt-huit pays dans le monde se sont dotés d'un plan national de prévention du suicide. L'OMS a adopté en 2013 un plan d'action pour la santé mentale avec un objectif prioritaire : la réduction de 10% du nombre de suicides d'ici 2020.

En ce qui concerne la France, le nombre de décès par suicide était estimé à 10 500 en 2011 (soit un taux de 16,2/100 000, supérieur à la moyenne internationale) et le nombre de tentatives de suicides s'élevait entre 176 000 et 200 000(5).

D'après EUROSTAT, la France se classe au neuvième rang des vingt-huit pays Européens ayant la plus forte mortalité par suicide(6).

Depuis 20 ans, on note une diminution de la mortalité liée au suicide, passant de 20,3/100 000 habitants en 1990 à 16,2 en 2011(6).

On peut en partie expliquer cette baisse par le fait que la France fasse partie des pays ayant adopté une politique nationale de prévention du suicide :

- La Stratégie Nationale d'Action face au Suicide (en 2000)
- Le Programme National d'Action contre le Suicide (en 2011)

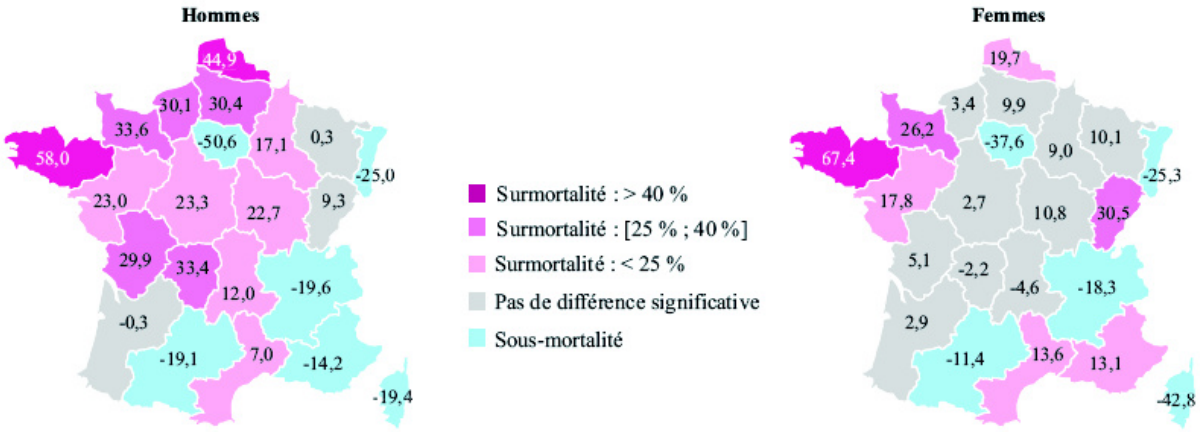
Ces plans ont appuyé des programmes de prévention et de postvention(7) (c'est-à-dire agissant sur le risque de récidive).

ii. Locale

En 2011, le nombre de tentatives de suicide était de 5 110 par an en Haute-Normandie(8).

La mortalité par suicide a atteint 366 personnes par an entre 2008 et 2010 (284 hommes et 82 femmes) en Haute-Normandie. Notre région se place ainsi au huitième rang des régions françaises ayant le plus fort taux de mortalité par suicide(8).

Ce taux est particulièrement important pour le sexe masculin alors que la mortalité des femmes reste dans la moyenne nationale.



Différentiel de mortalité par suicide en regard du taux de la France hexagonale en 2008-2010, selon le genre (en %). Source : OR2S(8)

Le suicide touche particulièrement deux tranches d'âge : il existe un premier pic d'incidence entre 45 et 55 ans et un second pic, bien plus important, après 75 ans.

Par ailleurs, 50 jeunes de 15 à 34 ans par an décèdent par suicide en Haute-Normandie. Il s'agit de la première cause de mortalité pour cette tranche d'âge à égalité avec les accidents de la route.

Il faut tout de même relever que depuis 1990, la proportion de décès par suicide a davantage baissé en Haute-Normandie qu'au niveau national.

Concernant le territoire de santé de Dieppe, la surmortalité par rapport à la moyenne nationale est de 72%. Ce taux est le plus important de la région, et ce, quel que soit le sexe et l'âge. Par ailleurs, le territoire dieppois est le seul à ne pas avoir enregistré de baisse de son taux de mortalité par suicide entre 1991 et 2010. Il a existé une réduction entre 1990 et 2000, puis une augmentation depuis 2000. L'hôpital de Dieppe a accueilli 250 tentatives de suicides en 2014. Celles-ci ont débouché sur 89 hospitalisations en psychiatrie et 161 retours à domicile après une surveillance en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

Le mode de suicide le plus usité est la pendaison (comme pour l'ensemble de l'Hexagone). Au niveau national, les modes de suicides les plus utilisés par les femmes sont à parts égales : la pendaison et l'ingestion de substances toxiques. En Haute-Normandie, on constate que l'utilisation de la pendaison est de dix points supérieure à l'ingestion de substances. Chez l'homme, l'utilisation d'une arme à feu est le deuxième moyen létal le plus utilisé.

2. Définitions

a. Suicide et tentative de suicide

En 1897, Emile Durkheim définissait le suicide par « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat »(9).

Selon l'OMS, le suicide est *« l'acte de se donner délibérément la mort »*(4) et la tentative de suicide *« se réfère à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec volonté de mourir ou pas »* (4).

La définition de l'OMS fait apparaître la difficulté qu'il existe à définir simplement le suicide. D'une part, parce que la volonté de se suicider n'est pas toujours clairement avouée ou même pas complètement consciente. D'autre part, parce que certains actes d'automutilation notamment ne sont pas associés à une volonté de mort (les scarifications par exemple).

b. Comportement suicidaire

Le comportement suicidaire est *« l'ensemble des comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide »* (4).

c. Crise suicidaire

La crise suicidaire est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) par une *« crise psychique dont le risque majeur est le suicide »*(10).

Il s'agit d'un état temporaire et réversible qui aboutira ou non à une tentative de suicide. Tout l'enjeu de cet état est de le dépister précocement afin de le prendre en charge de la meilleure façon possible.

d. Facteurs de risque

Selon la conférence de consensus de la prise en charge de la crise suicidaire(10), les facteurs de risques sont les suivants :

- Facteurs primaires : troubles psychiatriques, facteurs personnels ou familiaux de tentative de suicide, communication d'idées suicidaires et impulsivité.
- Facteurs secondaires : perte parentale précoce, isolement social, chômage, difficultés financières et professionnelles, évènements de vie négatifs.
- Facteurs tertiaires : sexe masculin, âge (jeune âge ou grand âge), période de vulnérabilité.

En 2014, l'OMS définit 5 classes de facteurs de risques de suicide(4) :

- Le système de santé : obstacle aux soins.
- La société : accès aux moyens létaux, couverture médiatique inappropriée, stigmatisation associée à la demande d'aide…
- La communauté : catastrophes, guerres, conflits, stress lié à l'acculturation et au déplacement, discrimination, traumatisme ou abus…
- Les relations : isolement, manque de soutien, relations conflictuelles, mésentente ou perte…
- Individus : antécédent personnel ou familial de tentative de suicide, troubles mentaux, usage nocif de l'alcool, perte d'emploi ou financière, désespoir, douleur chronique, facteurs biologiques ou génétiques...

Les deux classifications comprennent globalement les mêmes items. Il existe quelques différences : notamment l'usage d'alcool, la douleur chronique et les facteurs biologiques et génétiques qui ne sont pas présents dans la conférence de consensus.

Le poids du facteur génétique dans le déterminisme des conduites suicidaires semble faible(11), tant les facteurs environnementaux sont nombreux. Il apparaît cependant variable en fonction des études et des sous-groupes étudiés. Il reste donc probablement à développer les recherches dans ce sens, car il est trop tôt pour affirmer son impact exact.

L'usage nocif d'alcool est non seulement un facteur de risque car il augmente l'impulsivité et a un effet désinhibant, mais cet usage nocif d'alcool est aussi une conséquence importante des maladies psychiatriques, de l'isolement ou des difficultés sociales ou professionnelles. De plus, un abus de toxiques associé à un trouble psychiatrique multiplie les risques de tentatives de suicide(12).

Les pathologies psychiatriques sont fréquemment présentes dans les tentatives de suicide et les suicides. On retrouve principalement les syndromes dépressifs présents dans 29 à 88% des cas selon les études(12).

Par ailleurs, notons que le risque de décès par suicide est largement corrélé au nombre de tentatives antérieures(12),(13). Il faut donc rester vigilant dans les cas de patients consultant fréquemment pour des tentatives de suicide et il ne faut pas banaliser l'acte.

e. Facteurs protecteurs

Ils sont définis par l'OMS comme des facteurs qui prémunissent contre le suicide :

- Relations personnelles solides.
- Croyances religieuses ou spirituelles.
- Bien-être (image de soi positive, optimisme, …) et stratégies d'adaptation positive (capacité à résoudre les problèmes, capacité à demander de l'aide,…).

La conférence de consensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)(10) retient principalement le support social et la prise en charge thérapeutique comme facteurs de protection.

f. Potentiel suicidaire

L'évaluation du potentiel suicidaire passe généralement par une échelle appelée Risque-Urgence-Dangerosité (RUD)(14) qui comprend trois étapes :

- **Risque**, calculé à l'aide d'échelles spécifiques

Exemple : Échelle d'évaluation du risque suicidaire (Sad Personas Scale)(15)

1/ *Homme = 1 point*

2/ *Âge < 19 ans ou > 45 ans = 1 point*

3/ *Déprimé ou désespéré = 2 points*

4/ *Antécédents de tentative de suicide = 1 point*

5/ *Éthylisme, abus de substances actuel = 1 point*

6/ *Jugement détérioré par psychose ou confusion = 2 points*

7/ *Séparé, divorcé ou vie isolée = 1 point*

8/ *Intention exprimée ou geste organisé = 2 points*

9/ *Absence de lien social significatif = 1 point*

10/ *Incapacité de garantir ses gestes ultérieurs = 2 points*

Le total permet d'évaluer le risque suicidaire, réparti en trois catégories, pour être intégré dans l'évaluation opérationnelle : faible = 0-4 ; moyen = 5-9 ; élevé = 10-14

On pourra aussi citer l'échelle de désespoir de BECK(16), recommandée par l'ANAES dans sa conférence de consensus et qui est présentée sous forme d'un questionnaire pour le patient.

- **Urgence** :
  - Faible : pas de scénario suicidaire précis, persistance de stratégies pour faire face à ses problèmes.
  - Moyenne : suicide clairement exprimé, scénarisation, pas d'autre solution que le suicide pour sortir de la crise.
  - Elevée : suicide prévu dans les 48h, rationalisation de la décision, agitation importante ou au contraire fausse impression de calme, souffrance omniprésente.

- **Dangerosité**, appréciée via deux critères principaux :
  - Létalité des moyens envisagés
  - Accessibilité des moyens létaux

Certains auteurs prennent aussi en compte l'existence d'une ou de plusieurs tentatives d'autolyse récentes, l'usage de substances, la capacité à se contrôler, la présence de proches et la capacité à prendre soin de soi.

Il existe aussi des échelles standardisées évaluant la dangerosité.

g. Prévention

La prévention vise à réduire le nombre de suicides.

Elle repose avant tout (selon les recommandations de l'OMS) sur la mise en place d'une stratégie nationale de prévention. Les principaux axes à développer sont(4) :

- Augmenter la qualité et l'à-propos des données nationales sur le suicide et les tentatives de suicide.
- Soutenir la création d'un système intégré de collecte des données servant à identifier les groupes et les personnes vulnérables ainsi que les situations à risque.
- Limiter la disponibilité, l'accès et l'attrait des moyens de suicide (les pesticides, les armes à feu et les lieux en hauteur par exemples). Réduire la toxicité/létalité des moyens existants.
- Promouvoir la mise en œuvre de directives relatives aux médias (télévision, presse écrite et réseaux sociaux) visant à encourager la couverture responsable du suicide.
- Faciliter l'accès à l'ensemble des services destinés aux personnes vulnérables aux comportements suicidaires. Éliminer les obstacles aux soins.
- Mener à bien des programmes complets de formation des sentinelles identifiées (les agents de santé, les éducateurs, les officiers de police par exemple).
- Aider les prestataires de soins de santé primaires et les professionnels de la santé mentale à mieux reconnaître et traiter les personnes vulnérables.
- Améliorer la qualité des soins cliniques et les interventions cliniques fondées sur les données factuelles, en particulier chez les personnes hospitalisées suite à une tentative de suicide. Améliorer la recherche en matière d'interventions efficaces et organiser leur évaluation.

- Garantir aux communautés les capacités nécessaires pour mettre en œuvre les interventions appropriées en cas de crise et aux personnes en crise l'accès à des soins de santé mentale d'urgence, y compris par le biais de lignes téléphoniques d'assistance et d'Internet.
- Améliorer l'aide aux personnes touchées par le suicide et les tentatives de suicide ainsi que leur prise en charge. Fournir des services de soutien et de réadaptation aux personnes ayant des antécédents de tentative de suicide.
- Promouvoir le recours aux services de santé mentale et aux services de prévention du suicide et de l'abus de substances psychoactives. Faire reculer la discrimination à l'égard des personnes qui utilisent ces services.
- Mettre en place des institutions ou des agences dont l'objectif est de promouvoir et coordonner la recherche, la formation et la fourniture de services en rapport avec les comportements suicidaires.
- Renforcer la réponse du système sanitaire et social aux conduites suicidaires.
- Lancer des campagnes d'information du public visant à expliquer que le suicide est évitable. Élargir l'accès aux informations relatives à tous les aspects de la prévention des comportements suicidaires pour le public et les professionnels.

En France, et plus particulièrement en Seine-Maritime, la majeure partie des actions publiques (notamment via l'ARS) a consisté jusqu'à présent à organiser des formations permettant aux personnes en contact avec des populations à risque suicidaire de dépister la crise suicidaire.

3. Modes de prise en charge

a. Prise en charge de la crise suicidaire

Quel que soit le degré d'urgence, la prise en charge consiste avant tout à inclure l'entourage du patient. L'entourage permet non seulement d'améliorer l'adhésion aux soins du patient, mais aussi d'améliorer le dépistage des risques de rechute en les informant sur les signes évocateurs de la crise suicidaire. La famille est capable par ailleurs de retirer tout objet susceptible d'être utilisé dans un but d'auto-agressivité.

La prise en charge médicale a d'abord pour but un traitement symptomatique adapté : écoute empathique, psychothérapie, anxiolyse médicamenteuse ou non.

Un traitement étiologique adapté doit être mis en place pour éviter la récidive, en fonction de l'éventuelle pathologie sous-jacente :

- Antidépresseur en cas de syndrome dépressif,

- Thymorégulateur en cas de trouble bipolaire,

- Neuroleptique en cas de trouble psychotique.

Il est recommandé de recourir à une hospitalisation en cas d'urgence suicidaire de niveau élevé(10). Les autres situations doivent être évaluées au cas par cas.

En cas de refus d'hospitalisation, il est possible d'avoir recours à une hospitalisation sous contrainte.

En ce qui concerne le suicidant, c'est-à-dire la personne ayant déjà commis une tentative de suicide, la priorité est d'abord à l'évaluation de l'urgence somatique. La

connaissance des éventuels produits utilisés (drogues, alcool, médicaments, substances ménagères,…) via les bases de données (VIDAL, centres antipoison,…) permet l'adaptation du traitement et la prise en charge de l'intoxication. Les lésions physiques sont prises en charge spécifiquement : sutures, explorations digestives,…

La prise en charge par un psychiatre doit avoir lieu dans les 24 heures, de préférence après la disparition de l'effet des toxiques utilisés lorsque c'est le cas (notamment les anxiolytiques, les sédatifs ou l'alcool). L'entretien comprend trois temps : établissement d'un lien de confiance, évaluation du risque de récidive et décision d'orientation.

Il existe deux grandes orientations du patient : prise en charge hospitalière ou prise en charge ambulatoire.

Les différents secteurs d'hospitalisation sont la psychiatrie conventionnelle, les centres d'accueil et de crise et les unités dédiées au suicide.

Une étude de cohorte britannique(17) sur la récidive des tentatives de suicide après une hospitalisation ne montre pas d'amélioration significative de la récidive après une hospitalisation par rapport à une prise en charge ambulatoire. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence, puisque malgré l'ajustement des facteurs de risque de répétition, on peut penser que les patients hospitalisés n'avaient pas les mêmes caractéristiques que les patients suivis en ambulatoire.

Malgré tout, aucune preuve de l'efficacité de l'hospitalisation n'a pu être retrouvée. Cependant la prise en charge hospitalière est tout de même recommandée par de nombreux experts(18), mais elle doit être réservée à des cas précis.

Selon l'Association Américaine de psychiatrie (APA), les principaux critères d'hospitalisation sont(19) :

- Trouble psychotique.
- Geste violent, avec une forte létalité et prémédité.
- Prise de précautions pour ne pas être découvert.
- Persistance d'un plan suicidaire ou d'idéations suicidaires.
- Homme de plus de 45 ans sans soutien social.
- Impulsivité marquée, refus des soins, trouble du jugement.
- Présence d'une pathologie somatique nécessitant des soins.

Associés à ces critères liés à la tentative de suicide, il est important de prendre en compte les facteurs de risque de suicide ainsi que l'évaluation de l'urgence et la dangerosité suicidaire, communs à la crise aigüe suicidaire.

b. Prévention de la récidive

i. Recommandations générales

La tentative de suicide est le principal facteur de risque de décès par suicide. En effet, près de 30 à 47% des personnes qui décèdent par suicide ont présenté une tentative de suicide dans l'année précédente(20). Une revue de la littérature a montré que 15% des personnes ayant réalisé une tentative de suicide en commettront une autre dans l'année et que 0,5 à 2% en décèderont dans l'année et jusqu'à 7% à 9 ans(21).

Les différentes recommandations et les consensus d'experts recommandent tous un suivi dans les suites d'une tentative de suicide.

La HAS recommande un suivi spécialisé, notamment en cas de tentative de suicide associée à des facteurs de risque primaires ou en cas de cumul de nombreux facteurs de risque. En cas d'absence de facteur de risque primaire, le suivi ne sera pas forcément médicalisé. Il est toutefois recommandé de maintenir un suivi dans le réseau déjà sollicité. En cas d'aggravation, l'accent est mis sur l'accès facilité à une prise en charge spécialisée.

Le suivi devra être plus important au début de la prise en charge du patient et, selon l'OMS, devra persister tant que le risque suicidaire est présent(22).

Les items généraux déjà cités et qui concernent la prévention du suicide à n'importe quel niveau sont bien sûr d'actualité après une tentative de suicide.

Ces recommandations reposent principalement sur des avis d'experts. En effet, les études sur l'efficacité des interventions dans la prise en charge du suicide sont restreintes. Une analyse de la littérature datée de 2013(23) montre que les principales interventions efficaces dans la prévention du suicide sont la restriction de l'accès aux moyens létaux, le maintien du contact après la sortie de l'hôpital, la création de lignes téléphoniques d'appel.

ii. Systèmes de rappel téléphonique

L'une des problématiques liée à la psychiatrie est la difficulté à obtenir du patient une adhésion aux soins. La pathologie suicidaire en est le parfait exemple, le patient ne se sent souvent pas malade. Le suivi est souvent difficile à maintenir et le nombre de perdus de vue est particulièrement important.

Plusieurs études ont porté sur la mise en place de protocoles de rappels téléphoniques des patients.

Une étude, réalisée en 2006 sur 605 patients de 13 services d'urgences du nord de la France, a montré une baisse significative du taux de récidive suicidaire à 1 an du fait de rappels téléphoniques réalisés à 1 mois(24).

L'analyse de la littérature de E. de Roscoät(23) a montré une efficacité des recontacts des patients en général mais les études analysées sont hétérogènes (certaines considèrent le rappel téléphonique tandis que d'autres prennent en compte des visites à domicile).

La plupart des études réalisées ne montraient pas d'amélioration significative du taux de récidive avec un contact téléphonique régulier.

Des protocoles de rappels téléphoniques mis en place dans des services d'urgence ont été évalués par des études locales :

Une étude réalisée à Saint Etienne en 2009(25) ne montre pas de différence significative du taux de récidive après trois contacts téléphoniques.

Une étude réalisée au Kremlin Bicêtre(26) à propos du protocole OSTA, qui vise à une prise en charge adaptée avec 3 rappels téléphoniques, n'a pas non plus montré d'amélioration du taux de récidive.

Une thèse réalisée à Lille en 2013(27) n'a pas pu montrer de différence significative avec le groupe témoin concernant le taux de récidive à 6 mois.

Ces études ont en commun de n'avoir qu'un nombre limité de patients inclus et d'avoir un nombre de perdus de vue important, ne permettant pas de conclure sur le sujet.

iii. Cartes postales

Une étude réalisée en 2001(28) a testé l'envoi de lettres à des suicidants n'ayant pas adhéré au programme de soins. Les lettres étaient envoyées pendant 5 ans et le suivi total était de 15 ans. Une amélioration significative de la mortalité a été enregistrée au cours des deux premières années. L'effet ne persiste pas sur le long terme. Après 15 ans, le taux de mortalité est le même dans les deux groupes.

En 2005, une étude consistant à envoyer des cartes postales pendant 1 an a montré une baisse significative du nombre de tentatives de suicide, mais avec une proportion de personnes récidivantes non différente(29).

iv. Numéros d'urgence

Une étude de 2005(30) consistant à donner aux patients un numéro de crise disponible 24h/24 n'a pas montré de différence significative sur l'amélioration de la récidive.

Cependant l'étude longitudinale de la littérature de E. de ROSCOÄT a montré que la mise à disposition de lignes téléphoniques d'urgences améliore de façon significative le risque de récidive. Néanmoins, les études citées sont toutes anciennes.

v. « Interventions et contacts brefs »

Une étude randomisée multicentrique(31) dans 5 pays différents de faible à moyen niveau de développement a montré qu'une intervention brève (correspondant à une éducation et à un suivi du patient) a permis de diminuer significativement le nombre de récidives. L'intervention comprenait un entretien initial d'une heure, puis 9 rendez-vous téléphoniques ou physiques pendant 18 mois.

Il s'agit donc là d'une piste intéressante pour la prise en charge des suicidants.

vi. Place du médecin généraliste

Peu d'études ont analysé la place que pouvait avoir le médecin généraliste dans la prise en charge d'un patient après une tentative de suicide. Pourtant, il est le professionnel de santé le plus à même de connaître la structure familiale et sociale du patient. Devant l'allongement des délais de rendez-vous avec les psychiatres (secondaire à l'évolution de la démographie médicale), il reste le spécialiste le plus rapidement et le plus facilement accessible pour le patient.

Une étude anglaise réalisée entre 1997 et 1999 a montré que 30% des patients suicidants ont consulté leur généraliste dans la semaine ayant suivi la tentative de suicide et la moitié l'ont fait dans le mois(32).

Une autre étude a pu montrer que deux tiers des patients suicidants avaient eu une consultation chez leur généraliste dans le mois précédant le passage à l'acte mais seulement 13% avaient discuté de leurs pensées suicidaires. De plus, pour un tiers des patients aucune plainte psychiatrique n'a été abordée au cours de la consultation. Ce travail a retrouvé que 40% des suicidants ont consulté leur généraliste dans la semaine suivant le passage à l'acte et 25% dans le mois qui a suivi(33).

Ces études mettent en évidence qu'il existe une place pour le médecin généraliste dans la prévention du suicide mais posent, entre autres, la question de l'efficacité des méthodes pour dépister et prévenir le passage à l'acte. Une étude a recherché l'efficacité d'une prise en charge par le médecin généraliste sur la récidive suicidaire en éditant des recommandations de prise en charge par la méthode

DELPHI, permettant aux généralistes impliqués de suivre un protocole de prise en charge en consultation. Cette enquête n'a pas démontré de différence significative concernant la récidive suicidaire chez les patients bénéficiant de cette méthode et ceux n'en bénéficiant pas(34).

Une étude qualitative anglaise concernant les difficultés rencontrées par les généralistes dans la prévention du suicide a montré que l'accès aux soins psychiatriques spécialisés était compliqué(35). On relèvera bien sûr que l'organisation des soins anglais et français est différente et que les résultats de cette étude ne sont donc pas applicables en France. Cependant, les délais de consultations, le manque de relation entre psychiatres et généralistes, et le manque de structures de semi-urgence sont également de réels problèmes dans la prise en charge du risque suicidaire en dehors de l'urgence vitale.

4. Prise en charge locale

Le Centre Hospitalier de Dieppe regroupe les services hospitaliers pour les secteurs 11 et 12. Les urgences psychiatriques sont reçues aux urgences générales de Dieppe selon l'organisation suivante :

Après l'accueil réalisé par l'urgentiste, un interne de psychiatrie de garde sur place 24h/24 peut juger de la prise en charge en collaboration avec un sénior de psychiatrie présent sur place dans la journée et joignable par téléphone la nuit.

De 9h à 18h, une équipe de liaison de psychiatrie, constituée d'un interne en psychiatrie et d'un infirmier en psychiatrie, se charge d'intervenir auprès des patients hospitalisés dans les autres services de l'hôpital ou présents aux urgences.

Les suicidants sont systématiquement hospitalisés en secteur médical. Selon leur état de santé somatique, l'hospitalisation s'effectue à l'UHCD ou en réanimation. Les suicidants sont ensuite évalués par l'équipe de liaison de psychiatrie dès que leur état de santé le permet et quelques heures à distance du geste. C'est cette équipe qui juge de la nécessité ou non d'une hospitalisation en milieu psychiatrique et de la possibilité d'un retour à domicile ou non.

Concernant les patients qui ne sont pas hospitalisés en psychiatrie, un protocole de suivi peut être mis en place avec des rappels téléphoniques systématiques à J3, J10, J30 et M2. D'autres rappels ou des rendez-vous avec un psychiatre, un psychologue ou un infirmier en psychiatrie peuvent être mis en place au cas par cas.

La communication avec le médecin généraliste passe par un compte-rendu d'hospitalisation réalisé par le médecin de l'UHCD qui mentionne l'éventuel traitement et le suivi débuté, mais pas le diagnostic posé. Il en est de même pour les patients hospitalisés dans un autre secteur somatique.

Lors d'une hospitalisation en psychiatrie, un compte-rendu d'hospitalisation est réalisé par un psychiatre.

Il existe un centre d'accueil de soins psychiatriques (CASP) à Rouen (structure de semi-urgence) qui prend en charge les patients de l'agglomération Rouennaise. Il n'existe pas à ce jour de consultation de semi-urgence à Dieppe. Cependant, l'équipe de liaison est joignable par téléphone en cas de besoin, permettant d'accéder à des délais de consultation plus rapide et une infirmière d'orientation réalise des consultations dans les 48h ou au maximum dans la semaine après la prise de rendez-vous.

II. Matériels et méthodes

1. Choix de la question

En tant qu'interne en médecine générale, j'ai souhaité travailler plus précisément sur le rôle du médecin généraliste plutôt que sur celui du psychiatre ou de l'urgentiste.

La prise en charge du suicidant n'ayant pas été hospitalisé en secteur psychiatrique m'a semblé plus adaptée puisqu'il s'agit souvent de patients moins sévères, pour lesquels le suivi psychiatrique spécialisé au long cours n'est pas toujours nécessaire.

2. Choix de la méthode

a. Etude qualitative

La ou plutôt « les » pratiques de la médecine générale sont complexes : différences géographiques, différences d'expériences, différences d'affinités pour certains soins, différences de patientèles,… Comme dans toute discipline le facteur humain est un élément incontournable dans la prise de décision. L'adaptation à chaque situation clinique, sociale et/ou humaine est en effet primordiale pour améliorer l'efficacité des soins. Il n'est pas possible d'étudier convenablement une prise en charge sans prendre en compte toutes ces variables. Celles-ci ne sont pas toutes mesurables par des chiffres et sont bien souvent absentes des recommandations officielles.

C'est d'après ces observations que la méthode qualitative m'a paru être le meilleur outil pour connaître la place du médecin généraliste dans la prise en charge des suicidants accueillis à l'hôpital de Dieppe et qui n'ont pas été hospitalisés en psychiatrie. La recherche qualitative permet de recueillir l'avis et le ressenti de la personne interrogée. Le but n'est pas d'obtenir un résultat chiffré mais de prendre en compte la diversité des avis, ainsi que leurs justifications. Il ne s'agit donc pas du « combien ?», mais du « pourquoi ?» et du « comment ? ». De plus l'outil qualitatif rend possible la mise en relief des 5% de situations oubliées par la courbe de Gauss.

Dans le cadre de cette thèse, la méthode qualitative permet d'aborder la place des médecins généralistes en intégrant leurs expériences, leurs environnements et leurs connaissances. Les médecins interrogés peuvent aborder les difficultés liées à la prise en charge des suicidants sans être limités par la rigidité d'un questionnaire écrit. Il aurait été difficile de prendre en compte ces variables avec une méthode quantitative.

b. Entretien semi-structuré

Il existe plusieurs types d'études qualitatives. Dans le cas présent, les entretiens semi-dirigés ont paru être le mode le plus adapté à la problématique. Ils sont l'assurance de laisser l'interrogé s'exprimer comme il le souhaite, tout en gardant la garantie d'aborder tous les thèmes préparés à l'avance.

3. Choix du lieu

La psychiatrie étant une discipline sectorisée, la quasi-totalité des patients habitant les deux secteurs psychiatriques de Dieppe sont soignés au CH de Dieppe.

Au cours de ma pratique personnelle, j'ai eu l'occasion de réaliser deux stages d'internat à l'hôpital de Dieppe (soit un an au total), dont l'un dans le service de psychiatrie, et un stage d'externat chez un médecin généraliste proche de Dieppe. Suite à ces expériences, il m'a semblé net que la prise en charge des suicidants nécessitait un travail commun entre psychiatres et généralistes. Réfléchir sur ce thème à un échelon local m'a alors paru évident.

4. Critères d'inclusion

- Etre médecin généraliste
- Etre installé
- Exercer dans les secteurs 11 ou 12

5. Critères d'exclusion

- Etre le directeur de cette thèse

6. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés en face-à-face, dans un lieu calme. Le rendez-vous a été pris à l'avance par téléphone, en précisant seulement que l'étude concernait la psychiatrie.

L'anonymat a été garanti au début de chaque entretien.

L'objet de l'entretien et son déroulement ont été explicités par une courte introduction. L'accent a été mis sur l'absence de bonne ou de mauvaise réponse et sur l'apport que peut apporter chaque médecin sur le sujet, quel que soit son expérience. Il a été rappelé qu'il ne s'agissait pas d'un test.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de l'interrogé.

Chaque entretien a duré entre 11 et 25 minutes.

Il s'agissait de 5 questions ouvertes associées à une grille de relance utilisée en cas de besoin pour compléter un thème. Les questions et la grille ont été validées par deux médecins généralistes auparavant.

Pour ne pas nuire à la qualité de l'entretien, l'enquêteur s'est astreint à ne pas couper la parole, à respecter les silences et les hésitations, ne pas laisser transparaître ses opinions personnelles et à garder un ton chaleureux.

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

7. Retranscription

Pour conserver la véracité des réponses, la retranscription a été faite mot à mot, en gardant les pauses et les rires, et en tentant de retranscrire la communication non verbale.

Elle a été réalisée le plus tôt possible après les entretiens pour ne pas perdre d'informations.

8. Analyse des entretiens

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel *QDA miner*® prévu pour ce type d'étude. Elle a été de type thématique, c'est-à-dire que les réponses ont été analysées par grands thèmes qui ont pu être comparés les uns aux autres par la suite.

III.Résultats

1. Epidémiologie

Au total 30 cabinets médicaux ont été contactés (13 dans le secteur 11 et 17 dans le secteur 12), représentant 73 médecins généralistes.

Les structures ayant refusé de participer étaient au nombre de 18 (6 dans le secteur 11 et 12 dans le secteur 12). Ces cabinets représentaient 45 médecins (16 médecins dans le secteur 11, 29 dans le secteur 12).

Le taux de médecins ayant répondu positivement a été de 17,8% (26,7% dans le secteur 11 et 12,2% dans le secteur 12).

Finalement 13 médecins généralistes, dans 12 cabinets médicaux différents, ont été interrogés au cours des mois de décembre 2015, janvier et février 2016.

Ils étaient 8 médecins du secteur 11 et 5 médecins du secteur 12.

Leurs âges variaient de 36 à 67 ans avec une moyenne de 53,33 ans. 23% avaient moins de 40 ans et 30% avaient plus de 60 ans.

A titre de comparaison, la moyenne d'âge des médecins généralistes en Seine-Maritime est de 52 ans. Ils sont 13% à avoir moins de 40 ans et 23% à avoir plus de 60 ans(36).

Les entretiens ont duré entre 11 et 25 minutes avec une moyenne de 17 minutes.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Sexe :													
Homme	X	X			X	X	X	X	X		X	X	
Femme			X	X						X			X
Age :													
< 52 ans			51	39		39	36						
> 52 ans	67	54			57			62	62	55	62	56	53
Exercice :													
Rural			X	X		X		X	X				X
Urbain		X									X	X	
Semi-Rural	X				X		X			X			
Maître de Stage :													
Oui					X	X					X		X
Non	X	X	X	X			X	X	X	X		X	
Secteur :													
11		X	X	X		X	X		X	X	X		
12	X				X			X				X	X

Tableau d'échantillonnage.

2. Expérience

a. Formation initiale

En ce qui concerne la formation initiale, les médecins généralistes parlent assez peu des cours théoriques reçus plus jeunes.

Médecin 1 « Pas particulièrement, malheureusement les cours de psychiatrie qu'on a eu ont été très peu nombreux et très courts. Donc on s'est formé surtout sur le tas, c'est-à-dire avec euh… les revues, avec… les bouquins, avec euh… l'expérience aussi. »

Ils disent avoir surtout bénéficié d'une expérience pratique au cours de leur internat. Le stage aux urgences semble être celui qui a le plus bénéficié à la prise en charge des suicidants.

Médecin 6 « La formation a été plutôt sur le tas quand j'étais interne et aux urgences où là on en voit effectivement régulièrement. Mais c'est là où mon expérience est la plus grande finalement, c'est quand j'ai fait mon stage aux urgences. »

La plupart des médecins n'ont pas bénéficié de stage en psychiatrie au cours de leurs études.

Médecin 2 : « Non, j'ai pas fait de psychiatrie donc… J'ai fait de la neurologie, donc en neurologie on voit… en tant qu'interne… de temps en temps des gens qui ont fait des tentatives d'autolyse dans le service, mais j'ai pas fait de psychiatrie. »

Pour ceux qui ont réalisé un stage chez le praticien, ils relèvent qu'il leur a permis d'appréhender un savoir-être.

Médecin 4 : « Mais essentiellement c'est mes maîtres de stage qui m'ont enseigné ça et en fait sur la façon de poser les questions euh… et puis sur ce qu'on fait de la réponse quoi. »

b. Formation continue

La plupart des médecins font partie d'un groupe de formation continue. Les formations sur le suicide sont rares, seul deux d'entre eux en ont reçu une.

Médecin 5 « J'ai eu des EPU sur le suicide avec Mme Navarre, qui avait fait des très… des topos très intéressants à plusieurs reprises. »

Les autres ont souvent eu des formations sur le thème de la psychiatrie, mais pas sur le suicide de manière précise.

Médecin 6 « Sur la psychiatrie non. En tout cas pas sur ce domaine de la tentative de suicide. On a un groupe de formation là ici, qui regroupe 10-15 médecins, où les psychiatres sont déjà venus, mais pas sur ce thème là en fait. »

Médecin 4 « Euh je fais des formations continues, mais j'en ai encore jamais faite sur ce thème-là. »

c. Expérience professionnelle

Tous les médecins interrogés ont pris en charge des patients ayant fait des tentatives de suicide.

Médecin 3 « J'en ai quelques-uns qui sont suivis en psychiatrie, donc en fait qui ont fait pas mal de tentatives de suicide,…, d'autres qui en ont fait une, deux à cause d'évènements… et des gens qui en sont morts d'ailleurs. »

Médecin 5 « Euh… Je suis confronté à ça… J'allais dire régulièrement…euh… Oui c'est arrivé, j'ai quand même 28 ans d'exercice donc j'ai été confronté à ça à de multiples reprises, que ce soit des tentatives ou des vrais suicides. Euh… Avec euh… différents modes d'opération…euh… opératoires euh… Donc une expérience assez vaste malheureusement. »

Les cas de décès par suicide sont plus rares, mais restent présents dans la patientèle de plusieurs médecins. Les médecins installés en milieu rural disent y être plus confrontés que leurs confrères urbains.

Médecin 7 « C'est une bonne question, j'ai quelques patients qui ont fait une tentative de suicide, j'en ai un qui s'est suicidé récemment. C'est toujours compliqué à gérer. »

Médecin 13 « Après ici on a… vous savez qu'on a beaucoup de suicides réussis, ici en campagne, donc c'est pas les 3 comprimés avalés ici. On a quand même beaucoup d'armes à feu, on a beaucoup de pendaison, on a… Donc… ces questions-là de ce fait… Mais je pense que ça se voit dans les statistiques sûrement aussi, mais c'est… c'est vraiment une réalité ici »

3. Rôles du médecin généraliste

a. Le médecin généraliste comme premier recours

i. Rôle de la proximité

Les médecins généralistes ont une proximité physique et une relation de confiance plus importante que les autres spécialistes. Ils ont aussi souvent des délais de rendez-vous plus courts.

Médecin 3 « Et puis ça permet en général aussi ils ont confiance en nous et euh… notre parole a quand même un peu de poids. »

Médecin 6 « Et par notre seule proximité du patient. Je pense que si… un patient va pas bien, en tout cas ça dépend du patient, mais souvent on nous appelle, s'il est pas bien il nous appelle et il vient nous voir. »

Le suivi au long cours permet par ailleurs au patient de se sentir en confiance et de se livrer peu à peu à son médecin généraliste, y compris au cours de consultations sur une autre thématique.

Médecin 12 « Ouais. De toute façon pour se confier il faut qu'ils se sentent en confiance et pas jugés. Bon. Donc si… Bon moi je… je force pas, c'est… c'est un peu de la maïeutique hein, c'est un peu de l'accouchement, alors pas des idées, mais euh… bon. Des fois j'ouvre une porte, je vois s'ils veulent bien euh… me parler de certaines choses. S'ils ne veulent pas je leur dit la porte reste ouverte si vous voulez, voilà… Ou bon… Moi souvent euh… bon j'arrive quand même à apprendre des trucs. »

Le fait d'être considéré comme un médecin non-spécialiste par les patients semble parfois être un avantage.

> *Médecin 2 « Donc nous on est vraiment pas considéré comme spécialiste donc c'est parfois plus facile. Oui par le patient. J'ai l'impression qu'ils se sentent moins agressé. J'ai encore eu un jeune ce matin, un jeune de 17 ans, bon je ne pense pas qu'il ait des idées suicidaires mais il était pas bien et euh… il a plus parlé avec moi qu'avec le psychiatre. »*

Les médecins généralistes sont conscients d'être parfois le premier recours pour les patients avec des idées suicidaires.

> *Médecin 1 « Donc à partir de ce moment-là bon, euh… c'est souvent l'hospitalisation quand il y a eu des antécédents, s'il y a pas d'antécédents on essaye à ce moment-là de cerner un peu le problème, de voir un peu ce qui se passe »*

> *Médecin 1 « puisque les gens viennent nous en parler un petit peu avant. »*

ii. Rôle d'écoute

Les médecins généralistes sont présents pour écouter leurs patients suicidants. Ils considèrent qu'il s'agit d'un rôle diagnostique et thérapeutique qui leur revient en partie.

> *Médecin 3 « En fait on est là pour les écouter, pour essayer de voir en fait, euh, s'ils ont une tendance suicidaire ou si vraiment en fait ils sont que dépressifs, mais bon ça peut être euh… c'est toujours long. »*

> *Médecin 2 « Nous on fait de la psychothérapie de grande surface mais, rires, si j'ose dire, mais parfois ça marche, ça marche. Bah ce matin, le gamin, 17 ans il est repartit avec le sourire alors qu'il est arrivé je le sentais pas bien. Rires. »*

iii. Prise en charge globale du patient

Les médecins généralistes considèrent que leur connaissance globale de l'état de santé du patient, que ce soit psychiatrique ou non, est un avantage pour le prendre en charge.

> *Médecin 5 « Bah l'avantage c'est la connaissance qu'on a du terrain, de la famille, du patient, euh… en général on est… on est en phase avec ces gens-là et on… dans la grande majorité des cas je connais mes patients et j'ai leurs antécédents personnels et familiaux. Ça aide oui. »*

Le statut du médecin généraliste permet de prendre en charge une plainte psychiatrique y compris quand un patient ne consulte pas à ce sujet.

> *Médecin 10 « Alors bah euh… Moi je pense… D'essayer de voir quand le traitement qui a été… si on part qu'ils ont un traitement qui a été mis en place, essayer de voir à l'occasion des autres consultations parce qu'on les verra pour d'autres trucs, essayer de creuser un petit peu si, si ça va et… »*

Médecin 12 « Je ne sais pas parce que de toutes façons je suis toujours très orienté moi sur les… l'aspect psychologique de mes patients, même s'ils viennent pour un rhume j'aime bien gratter, savoir… pas à chaque fois, mais enfin si je sens qu'il y a un truc qui ne va pas dans leur vie euh… c'est des trucs que j'aime bien gratter.»

La connaissance de l'entourage familial et social est un autre avantage des médecins généralistes. Cela leur permet d'adapter le suivi en fonction de l'étayage familial.

Médecin 3 « Généralement quand on connait la famille et bien elle a d'autres, d'autres informations que les gens ne nous donnent pas forcément. Ouais c'est ça. L'important c'est la famille. L'entourage, les voisins, tout ça c'est important. »

Médecin 4 « Bah on connaît, on connaît la famille et là en l'occurrence la patiente dont je me souviens je suivais sa sœur, je connaissais… sa mère était suivie par mon confrère du cabinet, donc on connaît quand même la situation familiale »

Pour certains, la famille apparaît comme une aide à la surveillance du risque suicidaire.

Médecin 1 « Oui ça nous aide, parce que à ce moment-là on peut demander à la famille de participer. »

D'autres se méfient de la famille des suicidants, soit pour ne pas les mettre en difficulté, soit parce qu'ils accentuent la souffrance des patients.

Médecin 5 « Mais ce n'est pas toujours le cas et ça c'est très variable d'un cas à l'autre… euh… et puis souvent il y a une détresse de la famille et euh ils savent pas quoi faire… c'est difficile. Et puis il faut pas leur donner des responsabilités qu'ils ne peuvent pas prendre. »

Médecin 6 « Alors l'entourage des patients… euh… ouais. Alors c'est… oui on peut s'en servir, mais ils sont pas toujours facilitants en fait. Parce que parfois, enfin… voilà l'imbrication de causes multiples et parfois c'est justement l'entourage familial qui pose problème et euh… ouais. »

Le médecin généraliste peut être amené à connaître le lieu de vie des patients, ce qui peut l'aider dans la prise en charge.

Médecin 4 « J'ai fait plusieurs visites à domicile pour des HSDT chez cette dame-là. Donc on connaît aussi le lieu d'habitation »

iv. La prévention

La prévention est un des rôles important en médecine générale, y compris dans la prévention du suicide.

Médecin 5 « Euh et puis après euh… la prévention du suicide ça reste un vaste sujet, mais là on est peut-être en dehors de la psychiatrie de… de l'hôpital. C'est plus en amont euh… Mais oui je pense qu'on peut améliorer les choses. »

b. Orientation du patient

i. Orientation vers le psychiatre

La plupart des médecins pensent qu'ils peuvent suivre les suicidants seuls, sous certaines conditions. Le suivi spécialisé n'étant nécessaire que pour des cas difficiles, que ce soit sur le plan diagnostic ou thérapeutique.

Médecin 8 « Non, dépression légère, anxiété, c'est pas le psychiatre... »

Médecin 3 « Et puis les deuxièmes c'est sur des traitements beaucoup plus lourds, alors ça c'est plus pour des bipolaires ou des choses comme ça, qui sont suivis par les psychiatres. Ou les schizo qui sont suivis par les psychiatres, là je laisse le psychiatre faire son traitement. »

Médecin 10 « Bah on est pas… Rires, on n'est pas spécialiste donc, moi je pense que de toute façon euh… si… Par exemple moi je mets en route un traitement, enfin si… si je vois que ça le fait pas comme on dit,… passer la main quoi. C'est sûr que… on est… on est que généraliste hein. C'est sûr que…»

Les situations de doute diagnostic sont une autre cause de demande d'avis spécialisé.

Médecin 6 « ou bien que je sens le patient un peu limite et que je me pose des questions sur le simple diagnostic de dépression aussi. »

Lors d'une crise suicidaire, la prise en charge spécialisée semble s'imposer.

Médecin 6 « Bon évidemment quand il y a une grande crise ce n'est plus forcément de notre ressort, mais oui, oui je pense qu'on est un maillon important de la chaîne. »

Médecin 13 « Bah je pense que si par exemple des idées suicidaires persistent ouais je trouve que c'est le rôle du psychiatre aussi. C'est un peu une raison pour l'adresser peut être. Si on n'arrive pas à diminuer ça ici, au cabinet. »

Certains médecins pensent qu'il serait plus intéressant de réaliser un suivi conjoint entre psychiatre et généraliste.

Médecin 2 « Je pense que oui, oui je pense qu'il faut qu'on se partage les choses, le suivi psychiatrique, parce qu'il faut un suivi psychiatrique pour ces gens, doit être fait par le psychiatre, nous on doit pas faire ça, nous on doit faire la psychiatrie de grande surface comme je disais tout à l'heure. C'est-à-dire parler avec les gens, de manière raisonnée. Mais pas spécialement leur tirer les vers du nez »

Cependant un médecin considère que le généraliste ne doit pas prendre en charge ces patients sur le plan psychiatrique, du fait de sa proximité importante avec eux.

Médecin 9 « Alors euh… Moi je dirige facilement sur le spécialiste hein, parce que je dis que le médecin de famille ne peut pas tout savoir, n'a pas à tout savoir…»

ii. Orientation vers les paramédicaux

La plupart des médecins orientent facilement vers les psychologues.

Médecin 10 « Les gens euh… en parlent plus d'aller parler à un psychologue. Alors moi je le conseille aux gens, mais je trouve aussi que les gens ils abordent ça plus… Je pense que maintenant ils… « Ah ça me ferait du bien de parler, ça me ferait de… » Donc euh… Moi je donne des noms de psychologues (…) Moi j'ai tendance à le conseiller oui. »

En revanche il existe plusieurs freins à l'orientation vers un psychologue, que ce soit financier, du fait du non remboursement par l'assurance maladie des psychologues libéraux, ou du fait des difficultés d'accès des psychologues hospitaliers, les patients devant d'abord rencontrer le psychiatre.

Médecin 11 « Et les psychologues en ville, bah… les gens n'ont pas tous les moyens… de payer… de se payer une psychothérapie en ville. »

Médecin 6 « Euh… les psychologues oui, euh sous deux formes, soit les psychologues libéraux, soit après en CMP. C'est pareil à l'hôpital, parce que c'est la question, euh à l'hôpital je ne sais pas comment on fait, je ne sais pas si… j'ai l'impression qu'il n'est pas possible que moi j'adresse à un psychologue de l'hôpital, voilà. »

Par ailleurs le délai d'attente avant une consultation avec un psychologue en CMP est un autre frein majeur.

Médecin 7 « Ouais ouais ouais je les sollicite, je les sollicite. Et je travaille de plus en plus avec les psychologues libéraux, parce que les… les psychologues on va dire hospitaliers – CMP, c'est trop long, les délais c'est 3-4 mois, ça ne correspond pas aux besoins. Ca ne correspond pas aux besoins, donc je travaille de plus en plus avec les libéraux, avec le gros désavantage du non remboursement, qui est un frein à l'accès. »

Il s'agit parfois du patient lui-même qui ne veut pas consulter.

Médecin 13 « Après comme je vous dis, tout l'accès à la psychothérapie qui me semble un point… un point-clé, qui ici est quasi-inexistant pour… pour ces raisons financières dont je vous ai parlé, mais aussi encore pour une non acceptation dans la population, ici on est encore très très en arrière en ce qui concerne toute prise en charge, qu'elle soit, ce que les gens appellent psy, confondant psychiatrie, psychothérapie, enfin pour eux tout ça c'est très psy et donc pour les fous et surtout pas pour eux. »

Les médecins ne connaissent que très peu l'existence d'associations de patients. Ils considèrent généralement qu'il doit s'agir d'une démarche des patients ou des familles.

Médecin 4 « Euh… associations euh… de patients euh… bah souvent les patients… par exemple j'ai un patient schizophrène, donc… mais c'est les familles, elles sont déjà au courant en fait, et puis moi j'arrive après. »

La connaissance des infirmiers psychiatriques en CMP et de leur rôle est faible.

Médecin 4 « Alors… infirmiers psychiatriques non, parce que je ne sais pas comment on les, comment ça fonctionne, comment on peut les joindre. »

Certains médecins utilisent d'autres personnels paramédicaux, non remboursés.

Médecin 3 « Par contre toutes les autres techniques. Réflexothérapie, euh… relaxation, tout ce que vous voulez s'ils veulent bien ils le font. Ostéopathie euh… tout ce que vous voulez. [Rires]. Hypnose, j'ai même essayé l'hypnose [Rires]. »

c. Surveillance de la récidive

Le suivi du patient suicidaire peut être soit l'apanage du médecin généraliste, soit celui du psychiatre et plus souvent encore, des deux médecins. Les médecins généralistes insistent sur le fait qu'il faut avant tout connaître l'avis du patient sur ce suivi. Car certains patients sont gênés de se livrer au médecin généraliste.

Médecin 1 « Alors le rôle dans… alors déjà, où il y a eu tentative de suicide, bon euh… le psychiatre est refusé par le client et à ce moment-là, bon on assume et on s'en occupe »

Médecin 11 « C'est un peu… ça dépend. Ca dépend des patients. Alors en psychiatrie c'est difficile parce qu'il y a un suivi avec des internes, ça change tous les 6 mois en général et donc les patients, il y en a qui veulent être suivi en psychiatrie et puis il y en a qui disent, bah moi je préfère être suivi par vous. C'est selon hein, c'est pas carré. »

Cependant les médecins généralistes sont tous amenés à revoir leurs patients après une tentative de suicide, pour une raison ou une autre. La plupart considèrent qu'ils ont une place importante dans la réévaluation du risque suicidaire.

Médecin 1 « Donc oui, je les revois après des tentatives de suicide, je les revois après des hospitalisations et des choses comme ça, mais c'est eux qui viennent, pas moi. »

Médecin 10 « Alors bah euh… Moi je pense… D'essayer de voir quand le traitement qui a été… si on part qu'ils ont un traitement qui a été mis en place, essayer de voir à l'occasion des autres consultations parce qu'on les verra pour d'autres trucs, essayer de creuser un petit peu si, si ça va et… »

d. Prise en charge thérapeutique

En ce qui concerne la thérapeutique, les médecins généralistes pensent pouvoir gérer les traitements de première ligne, qu'ils ont l'habitude de gérer dans d'autres situations.

Médecin 6 « Sur le plan médicamenteux si on reste sur des molécules classiques euh… je ne crois pas, parce que voilà c'est des produits qu'on manipule régulièrement, après voilà je ne me sers que des traitements on va dire classiques, je ne vais pas taper dans les choses un peu… plus ésotériques si on peut dire. »

Médecin 9 « Euh… si si je prescris, mais en mettant des limites, c'est-à-dire il faut que ça fonctionne, il faut que ça soit efficace. Et quand ça ne l'est pas je fais appel au spécialiste. »

Certains pensent qu'ils ont surtout un rôle de réévaluation du traitement, que ce soit de l'efficacité ou de la tolérance.

Médecin 7 « Et puis surveillance des traitements ça me paraît être une bonne idée. »

Toutefois ils n'hésitent pas à modifier le traitement si besoin. Ce qui leur permet de ne pas rester passifs.

Médecin 7 « Ah bien sûr, non non, bah ce qui… non je n'ai pas peur de prescrire, ce qui est à surveiller c'est plutôt le risque de récidive quoi. Mais prescrire au contraire, c'est une façon d'être acteur, après… ça montre qu'il y a une démarche de leur part qu'ils viennent me voir. »

Les traitements médicamenteux ne sont pas le seul atout des médecins généralistes, ils n'hésitent pas à utiliser la parole.

Médecin 6 « Alors le rôle dans le suivi, je pense qu'on a un rôle important parce que dans la plupart des cas on assure un suivi derrière et on assure tant le suivi sur le plan médicamenteux de l'adaptation du traitement et puis certaines, on va dire, psychothérapies de soutien, en fait plutôt dans ce sens-là »

Médecin 13 « C'est comme plus ou moins une psychothérapie de soutien, c'est surtout ça notre rôle. Je pense, le soutien, voilà. »

e. Suivi au long cours

Les médecins généralistes considèrent qu'ils ont un rôle à jouer en collaboration avec le psychiatre dans la surveillance des suicidants : soit en ce qui concerne l'observance des traitements et du suivi spécialisé…

Médecin 4 « Bah un rôle, oui, un rôle euh… important euh… parce que euh… surtout juste après je pense, pour vérifier l'observance du traitement, pour vérifier l'observance du suivi psychiatrique, pour vérifier que l'entourage est présent… Oui ça me paraît primordial. »

… soit pour surveiller le risque de récidive.

Médecin 7 « Hmmm… Vous voulez dire quoi dans le risque… pour éviter la… la récidive ? Bah déjà voir l'état thymique à la sortie et réévaluer le risque de récidive. »

La connaissance du milieu social et familial des patients suicidants permet une surveillance accrue de la part du médecin généraliste, qui peut avoir des nouvelles d'un patient via son entourage.

Médecin 8 « Bah énormément oui bien sûr. Il y a toute une… Je sais pas c'est pas une enquête mais on connaît toute la famille donc on a tous les sons de cloche. On sait à peu près quel jugement à peu près. Alors quel jugement… sur la personne. »

Médecin 10 « Alors… Après euh… Nous on connaît peut être plus le contexte euh… un peu social et tout ça. Quoique j'imagine que c'est

des questions que le spécialiste va aussi… Mais nous on est… Contexte familial, social on connaît peut-être un petit peu plus. »

La place de médecin généraliste permet de revoir le patient tout au long de sa vie et de réévaluer son risque suicidaire régulièrement.

Médecin 7 « Sans doute oui, bah on a l'avantage du temps, c'est que si on… le plus souvent à l'hôpital c'est que… le plus souvent c'est une consultation, nous on les revoit. »

4. Les freins à la prise en charge

a. Difficultés liées à l'erreur d'appréciation

Le suicide d'un patient est toujours mal vécu par le médecin généraliste, notamment quand il s'agit d'un patient jeune. La crainte de l'erreur de jugement paraît omniprésente dans le suivi de ces patients.

Médecin 1 « De juger, de juger si les gens vont passer à l'acte ou pas. C'est pas facile hein. Les gens vous mentent. [Rires]. »

Médecin 3 « C'est pas toujours facile parce que vous les voyez à un moment T, euh… vous pensez que vous avez réussi à les remonter un petit peu et puis finalement après euh… ils passent à l'acte quand même. »

Médecin 10 « Enfin… oui, enfin évidemment que les autres problèmes… Oui parce que je pense qu'à tout médecin ça fait peur quand même le risque suicidaire. Oui je pense que ça fait plus peur qu'un infarctus, qu'une autre pathologie. Je pense qu'on… Hmm. »

Cependant d'autres médecins pensent que si le risque existe bel et bien, il n'est pas plus important que pour d'autres pathologies médicales.

Médecin 4 « Oui si on prend des risques indéniablement, mais c'est… enfin je devrais pas dire ça mais c'est le principe de la médecine générale. On prend des risques qu'on croit calculés, mais, mais, mais… Le sont-ils toujours vraiment ? Ca je ne sais pas, j'espère. »

Médecin 7 « Je ne sais pas s'il y a des difficultés. Heu… Après ça fait partie du suivi de pathologies diverses et variées. Pas plus que d'autres j'ai envie de dire »

b. Difficultés liées à la pathologie psychiatrique

Les médecins interrogés apprécient de prendre en charge des pathologies psychiatriques.

Médecin 5 « mais je les prends facilement en charge et de toute façon, euh… ça m'intéresse. »

Ils sont conscients que la pathologie psychiatrique est une pathologie comme une autre, sans traiter les patients comme des cas à part.

Médecin 7 « Non, non, enfin comment dire… euh… je n'aime pas catégoriser les gens, c'est pas des gens de psychiatrie »

Médecin 12 « Pff… J'ai pas l'impression d'avoir une relation particulière avec eux, non. Non. Voilà c'est une pathologie à prendre en compte

dans sa spécificité, mais… Moi ça ne change pas mon positionnement par rapport à eux. Si évidemment, à l'écoute de… leurs problèmes psychologiques, de tout ça… mais euh… bon, voilà. Je n'ai pas de… jugement de valeur, de… positionnement de valeur ou de quoi que ce soit hein. »

Cependant la plupart des médecins généralistes considèrent que les patients ayant des pathologies psychiatriques ont certaines particularités.

Médecin 5 « C'est plus difficile que d'autres patients, j'ai, ce n'est pas un sentiment particulier »

Médecin 6 « Oui, oui souvent… ils ont une… parfois un mode de vie particulier, parfois un comportement particulier, parfois… »

La principale particularité de la psychiatrie est la nécessité de prendre plus de temps que pour d'autres pathologies.

Médecin 6 « Et donc ce n'est même pas tant sur leurs caractéristiques personnelles et uniquement sur ce point-là, mais c'est une pathologie la psychiatrie qui nous prend beaucoup de temps. C'est pas une consultation souvent de 15 minutes. »

Médecin 13 « Hmm… Bon c'est souvent plus long quoi, c'est des patients qui prennent plus de temps. »

Par ailleurs l'examen psychiatrique ne comprend souvent aucun examen physique, contrairement à la plupart des autres pathologies.

Médecin 4 « Bah il y a moins de place pour l'examen clinique je pense. Euh… ça m'arrive de ne pas du tout… enfin je fais un examen clinique les premières fois mais au bout d'un moment c'est plus essentiellement euh… de l'interrogatoire. Euh…. A part ça euh… particulier je ne sais pas, je crois pas, enfin j'espère pas. »

Les pathologies psychiatriques peuvent être ressenties comme honteuses par les patients du fait de la représentation que peut en avoir la société. Cela encourage parfois les patients à cacher leurs antécédents ou leurs symptômes.

Médecin 2 « Encore une fois peut être que ça se passe et qu'on n'est pas au courant. Les gens qui veulent pas en parler c'est… c'est pas très très fréquent heureusement. »

Médecin 13 « ce que les gens appellent psy, confondant psychiatrie, psychothérapie, enfin pour eux tout ça c'est très psy et donc pour les fous et surtout pas pour eux. Et donc là on est quand même dans un concept quand même très ancien quoi. C'est… je me vois un peu à l'autre bout de l'échelle de… du New Yorkais qui a son thérapeute et qui… qui n'hésite pas à en parler, enfin cette banalisation… euh… c'est pas arrivé ici du tout. »

De ce fait, ou du fait d'une anosognosie, voire d'une impossibilité de juger quels sont les soins adaptés, secondaire à la pathologie suicidaire, les patients présentent souvent une mauvaise adhésion aux soins.

Médecin 4 « Bah il y a des personnes qui sont opposées au suivi par un psychiatre parce qu'ils ont l'impression d'être catégorisés dans un… euh voilà, dans quelque chose qu'ils ne veulent pas. »

Médecin 8 « Euh… Oui un petit peu, mais c'est surtout des gens qui ne veulent pas consulter. Là on ne peut rien faire »

Par ailleurs, l'absence de critère de jugement objectif ajoute de la difficulté à la prise en charge des suicidants. Les patients sont susceptibles de cacher des éléments au médecin.

Médecin 3 « Non non, c'est vrai que je pense qu'au niveau psychiatrique on a du mal, on a du mal en fait à … à suivre bien les patients. Parce qu'on a, généralement, on a que ce que le patient nous dit. Donc on… bon on a aussi ce que la famille nous dit, mais ça c'est encore autre chose. »

La modification des symptômes, parfois rapide, est un facteur difficile à surveiller en ambulatoire.

Médecin 3 « Même, en fait je pense même avec un suivi, sachant que si regarder et tout le bazar… ils cacheraient, ils cacheraient… C'est pas… c'est pas facile. Pas facile de te… c'est tellement l'instant en fait… t… en fait… où ils vont passer à l'acte. C'est-à-dire que vous pouvez les avoir vus en fait 2 heures avant, ça va parfaitement et puis 2 heures après hop, l'instant qui fait que… voilà. »

c. Difficultés liées au manque de connaissances

Certains médecins généralistes se sentent limités dans la prise en charge des patients suicidants du fait d'un manque de connaissances. Soit sur le plan diagnostique, soit sur le plan thérapeutique.

Médecin 4 « Oui ça…[Rires]. Certainement. Bah sur l'indication de l'hospitalisation ça c'est une difficulté qui me paraît la plus importante. »

Médecin 2 « Un petit peu au niveau thérapeutique et puis au niveau de la psychothérapie, on n'est pas formés à ça hein, donc plutôt que de faire des âneries je préfère passer la main au spécialiste »

Médecin 6 « Est-ce qu'on a plus de difficultés ? euh… Non euh, on parlait de psychothérapie de soutien, enfin je ne sais pas si c'est le bon terme. Euh… après oui je… je me sens un peu limité dans, éventuellement dans l'aide sur le plan psychologique que je peux apporter parfois auprès du patient. »

La sémiologie permettant de juger la gravité d'une crise suicidaire est parfois mal maîtrisée par les médecins généralistes.

Médecin 7 « Surtout moi ce qui me… ce que je trouve le plus… le plus difficile c'est évaluer la… la… le risque de passage à l'acte. C'est vraiment… vraiment une des parties les plus difficiles. A évaluer les gens. »

D'autres médecins pensent cependant avoir suffisamment de connaissances pour prendre en charge les suicidants.

Médecin 12 « Non parce que je suis parfait. [Rires] On efface hein ? [Rires]… Très honnêtement non, je n'en ressens pas le… non, je ne pense pas. C'est à peu près heu… Au point que… J'étais allé au… comment dire euh… à la réunion avec Mme Navarre sur le thème voilà, euh… suicide. Finalement c'est exactement ce que je pensais ou faisais ou… Je dirais à la limite c'est presque du bon sens. »

d. Difficultés liées à la prise en charge ambulatoire

La prise en charge des patients suicidants nécessite parfois de s'adapter à des situations compliquées, avec des patients qui refusent les soins.

Médecin 3 « En plus on n'a pas, je veux dire en tant que médecin traitant, soit on les hospitalise, on les envoie aux urgences, ce qu'ils veulent pas. Hein généralement quand ils sont pas bien ils veulent pas aller aux urgences. Mais sinon on n'a pas d'autre moyen. »

La réalisation d'une hospitalisation sous contrainte s'avère parfois difficile pour le médecin, que ce soit pour des raisons sémiologiques ou administratives.

Médecin 1 « Le placement d'office, …pause…, est très difficile à faire, parce qu'on peut pas prouver qu'il est dangereux pour lui-même, même s'il a déjà pensé de se suicider »

Médecin 6 « Je me suis retrouvé il y a 3 mois à faire une HSDT, c'était la première fois, donc là j'étais pas très à l'aise, euh… et on se sent un petit peu seul à ce moment-là. Mais euh… voilà ça c'était un cas exceptionnel, en six ans d'installation c'était la première fois. »

Médecin 11 « Peut être pour… Oui, il y a des fois pour hospitaliser quelqu'un par exemple, qu'on suit et de l'envoyer en psychiatrie. Je l'ai déjà fait, envoyer quelqu'un en psychiatrie pour une tentative de suicide. Oui c'est un peu… il y a une contrainte dans le fait d'envoyer quelqu'un en psychiatrie. Il y a pas toujours de tiers dont on a besoin. C'est pas toujours simple. »

L'agressivité parfois présente chez certains patients dans ces circonstances est une autre difficulté pour le médecin généraliste en cabinet.

Médecin 4 « C'est surtout… il y a ça et puis le… l'agressivité parfois du patient, ça ça peut être problématique. »

e. Difficultés liées à la proximité

Si elle est un avantage pour la plupart des médecins généralistes, ils sont conscients que la proximité avec le patient et son entourage peut aussi être un frein à sa prise en charge.

Cela peut être pour des raisons de secret médical.

Médecin 5 « Oui je disais, la peur qu'ont certains jeunes patients qu'on ne respecte pas leur secret médical quoi. Ca il faut les rassurer là-dessus et leur dire que ça ne sortira pas d'ici. »

Médecin 2 « Alors peut être que pour certaines personnes ça peut peut-être poser des problèmes de parler avec des gens qu'ils connaissent

mieux que d'autres hein. Ils ont peut-être pas envie, justement parce qu'on connaît trop les familles, ils ont peur qu'on discute avec le reste de la famille, mais j'ai pas l'impression ça. »

Ou bien parce que le patient se sent trop proche du médecin pour lui parler de son état psychologique.

Médecin 9 « Souvent je suis trop proche. Après trente ans d'exercice euh… »

La proximité et la confiance du patient envers son médecin peuvent parfois être difficiles à gérer lorsqu'une hospitalisation sous contrainte est nécessaire, le patient se sentant trahi.

Médecin 11 « Peut-être pour… Oui, il y a des fois pour hospitaliser quelqu'un par exemple, qu'on suit et de l'envoyer en psychiatrie. Je l'ai déjà fait, envoyer quelqu'un en psychiatrie pour une tentative de suicide. Oui c'est un peu… il y a une contrainte dans le fait d'envoyer quelqu'un en psychiatrie. »

5. Intégration du médecin généraliste dans la prise en charge

    a. La nécessité de la communication avec l'hôpital

Les médecins généralistes interrogés pensent tous qu'une communication performante est une nécessité pour une bonne prise en charge du patient suicidant.

Médecin 5 « Ah sûrement ! Sûrement. Euh… La communication, enfin pour les… la prise en charge, la communication entre nous, je pense que ça c'est toujours heu… le nerf de la …euh de la collaboration entre le médecin… de ville et hospitalier et de ville et de spécialiste en général. »

Cette communication permet non seulement une transmission d'informations mais aussi la création d'un lien entre personnes, pouvant faciliter la prise en charge ultérieure.

Médecin 2 « C'est plus facile de… là vous venez là on se connaît, c'est plus facile après de s'appeler si j'ai un truc à vous demander. »

    b. Connaissance du circuit de soin hospitalier

La connaissance par le médecin généraliste des modalités de prise en charge des suicidants à l'hôpital de Dieppe est une étape importante dans les relations entre l'hôpital et la ville.

La plupart des médecins généralistes connaissent les grandes lignes de celles-ci.

Médecin 6 « Euh ce que je pense… Euh, j'ai l'impression que un patient, qui présente une TA, alors soit, évidemment il est pris en charge médicalement s'il y a un souci évidemment, et sur le plan psychiatrique si il est vu, il est vu par l'interne ou par le chef de garde et puis il est plus ou moins hospitalisé ensuite dans le secteur… »

Médecin 5 « Je sais qu'on a un truc d'accueil 24h/24 aux urgences où il y a toujours un psy joignable qui va voir le patient, qui juge de la

dangerosité, du risque de récidive ou de passage à l'acte et qui le garde ou qui le garde pas. Qui le revoit ou qui le revoit pas. C'est voilà. »

Cependant cette connaissance est imparfaite et est acquise indirectement via les patients.

Médecin 9 « J'ai… Il y a le psychiatre de garde qui intervient et puis… donc il y a une visite, contre-visite le lendemain je crois, c'est ça ? Voilà. »

Médecin 12 « Pas bien. Bah pour ceux de mes patients qui sont passés en général on leur donne un rendez-vous, d'abord une consultation le jour J on va dire ou J+1 et puis vous les revoyez le plus souvent après hein. »

c. Modalités d'information du généraliste sur la tentative de suicide

Le médecin généraliste peut être mis au courant de la tentative de suicide d'un de ses patients par plusieurs moyens : par le patient lui-même, par son entourage ou par l'hôpital. La principale différence réside dans le délai avec lequel le médecin est mis au courant.

Médecin 6 « C'est variable euh… les urgences… euh… Non. La famille en premier lieu, souvent ils nous appellent. Parfois au moment de l'hospitalisation. Le patient est en train d'y aller et ils nous appellent pour nous dire que ma femme, mon fils… est en train d'être hospitalisé ou est pris en charge par les pompiers ou je ne sais quoi. Et puis euh… donc ça c'est en amont et puis quand même très souvent c'est par le compte-rendu d'hospitalisation. »

Médecin 7 « Oh, oh par l'hôpital, par l'hôpital. Ou… ou souvent je pense c'est même par les patients eux-mêmes. Qui reviennent pour avoir la prolongation de leur arrêt de travail. Je pense que c'est le motif de consultation numéro 1… après une tentative de suicide, la prolongation d'arrêt de travail. »

d. Relations avec les urgences

Les médecins jugent qu'ils ont de bonnes relations avec le service des urgences.

Médecin 11 « Bah les urgentistes euh… impeccables. Ça va. Les urgences ça se passe bien. Non… Non. On n'a rien de particulier. »

Médecin 12 « Euh moi j'ai de bonnes relations. »

La communication passe rarement par le téléphone, excepté lorsque l'urgentiste a besoin d'informations à propos du patient.

Médecin 5 « Alors quand l'hôpital m'appelle c'est les urgences pour avoir les antécédents et les traitements, mais ce n'est pas pour me dire votre patient à fait une tentative de suicide. C'est pour me dire : « Qu'est-ce qu'il prenait, quel était son traitement, qu'est-ce qu'il est susceptible d'avoir pris ? Parce qu'il y avait pas de médicaments chez lui, on ne sait pas lesquels ». »

La majorité des informations passent par le compte-rendu d'hospitalisation, dont le contenu paraît adapté aux médecins.

Médecin 6 « Oui oui, euh oui c'est un compte-rendu classique avec le motif, l'évolution dans le service et puis la sortie avec le traitement de sortie et puis le suivi éventuellement envisagé. Suivi dans le service avec un psychiatre du service ou en dehors du service ou par le médecin traitant. Les comptes-rendus sont assez informatifs. »

Médecin 8 « Souvent oui quand même. Laconique, suffisant. Oui. »

Certains médecins pensent tout de même que le compte-rendu de l'UHCD est trop résumé et manque de précisions.

Médecin 1 « Dans les conclusions qui sont, qui sont envoyées, euh bon, euh « vu par le psychiatre de garde, euh… pris en charge en psychiatrie, point ». On nous localise le patient, c'est tout. »

Médecin 3 « Ah oui. On peut me dire s'il est psychiatrique, euh c'est tout en fait, voilà. Ca va me dire suivi psychiatrique mais sans plus quoi. On sait pas s'il y a des rendez-vous, on sait pas… On sait rien en fait. »

Médecin 7 « Bah ça mentionne le… pour moi c'est un courrier médico-légal. Au sens où ça mentionne la consultation avec le psychiatre et l'autorisation de sortie voilà. Pour moi c'est un courrier médico-légal. »

Certains médecins reprochent aux urgences le délai avec lequel est envoyé le compte-rendu.

Médecin 2 « Ah bah oui, des fois la famille dit rien et on sait trois mois après par les urgences. [Rires] Ou alors si c'est des jeunes ils viennent avec leurs parents, les parents les prennent par la main et puis voilà, quand c'est des jeunes adultes, c'est parfois… ça reste comme ça… ils viennent pas forcément après… »

Médecin 13 « Bah au plus tard par le compte-rendu, mais il y a des retards qui font que ce n'est pas intéressant. »

Pour d'autres, le délai de réception des comptes-rendus ne pose pas de problème.

Médecin 4 « Euh je ne sais pas… C'est assez rapide je pense. Ca se compte en semaines, deux semaines peut-être. Un truc comme ça. Ouais c'est rapide. En même temps je suis passée aux urgences à Dieppe, je sais que c'est le bazar et qu'ils ont vraiment beaucoup de patients. Enfin je… enfin voilà, c'est toujours facile de critiquer. »

Médecin 7 « Oh je pense une dizaine… une dizaine… ça doit être quinze jours- trois semaines je pense. »

e. Relations avec les psychiatres

i. Hôpital

La plupart des médecins se plaignent de l'absence de communication avec le service de psychiatrie, principalement en ce qui concerne le suivi en consultation.

Médecin 10 « Euh… en consultation ? Euh… bah non, le problème c'est que justement ou on les gère pour un problème de la partie médecine et puis des fois limite… au cours de la conversation on peut découvrir

que bah ils sont suivis par un psychiatre et que c'est… on sait pas, ou on le découvre par hasard, ou quand on va dire est-ce que vous avez des traitements en cours là on va découvrir qu'ils sont sous antidépresseurs ou des trucs comme ça et c'est vrai que… Non mais euh…je sais bien, moi je vous dis ça mais quand on discute entre, entre confrères… euh… mon associé c'est pareil, c'est vrai que… »

Ce manque de communication peut parfois mettre le médecin généraliste en difficulté pour suivre son patient.

Médecin 1 « C'est d'ailleurs notre gros problème pour faire prendre en ALD ces patients-là, c'est que nous n'avons pratiquement jamais de compte-rendu psychiatrique »

Médecin 6 « En fait ce qui nous manque parfois c'est quand le patient est suivi après son hospitalisation et qu'après il y a un suivi instauré, là on n'a plus d'infos. Et ça c'est un… ouais c'est un problème parce qu'on voit parfois arriver des patients, euh… qui ne sont pas bien et dont le premier réflexe est de venir nous voir et pas de contacter le psychiatre qui le suit habituellement et parfois on a qu'une ordonnance de traitements et… là ouais, là on est un peu limité. »

Le médecin généraliste a l'impression d'être mis à l'écart de la prise en charge du suicidant.

Médecin 3 « On n'a pas l'avis du psychiatre en fait… On est un petit peu laissé de côté en fait dans le suivi. »

Médecin 4 « Donc euh… ça souvent c'est un argument et après euh… c'est pas toujours moi qui décide.. »

Par ailleurs, les médecins généralistes interrogés montrent du doigt le manque de réciprocité dans la communication.

Médecin 1 « Ou ils acceptent de voir le psychiatre et dans ce cas-là on les revoit pas. Donc on peut pas s'en occuper. Jamais nous n'avons reçu une réponse à une lettre envoyée avec le malade au psychiatre. »

Médecin 5 « Tout ça me paraît très améliorable. Je comprends bien que ces gens-là ont du travail mais… nous aussi et on fait l'effort de leurs écrire. Ils nous répondent pas. »

En conséquence, les médecins généralistes disent ne pas connaître les psychiatres exerçant à l'hôpital.

Médecin 2 « Mais pour nous c'est pas simple, parce que on sait pas à qui ils ont affaire, c'est pas sur la qualité des gens, »

Médecin 10 « Sinon les psychiatres on les… connaît… pas. On les connaît pas. »

Il semblerait que les psychiatres hospitaliers changent régulièrement, ce qui, pour les médecins généralistes, pose problème dans le suivi. La situation est même pire lorsque les patients voient un interne en consultation.

Médecin 1 « mais qui n'est pas toujours faite régulièrement, puisque par exemple on voit dans les hôpitaux, euh, les psychiatres qui sont hospitaliers changent énormément et ils restent en général quelques

années et puis ils s'en vont et c'est d'autres qui reprennent donc c'est très difficile de faire un suivi complet »

Médecin 10 « C'est… parce que des fois ils nous disent bah oui mais j'ai plus le même. »

Un médecin pense que les psychiatres hospitaliers préfèrent prendre en charge certains types de pathologie plus que d'autres.

Médecin 3 « Mais je pense que ça ne les intéresse pas trop la psychiatrie de ville en fait. Les gens qui ne sont pas bien dans leur peau, qui sont pas bien dans… dépressifs après n'importe quoi hein… un deuil, un… un deuil, une séparation ou n'importe quoi hein, ça c'est, ça ça ne les intéressent pas dans l'hôpital. »

Probablement du fait d'un manque de communication, certains médecins ont parfois du mal à comprendre les décisions prises par le psychiatre.

Médecin 1 « Et bien souvent les avis qui nous sont donnés, ne correspondent pas avec les avis que nous constatons. C'est embêtant. Dans la mesure où pour un psychiatre, la normalité n'est pas toujours la même que pour nous. »

Médecin 7 « Je trouve souvent que c'est… Le retour à domicile est assez rapide. »

A noter qu'un médecin se rend régulièrement dans le service pour discuter de ses patients avec les psychiatres, il juge la communication excellente.

Médecin 9 « Elles sont excellentes. Bien qu'on me trouve un peu dur parfois, dans le libellé de mon courrier. Voilà donc excellentes. Euh… bah je me rends souvent en psychiatrie aussi, dans le service. Et je rencontre les médecins, donc les psychiatres en l'occurrence. »

Ce même médecin pense que le généraliste ne doit pas avoir toutes les informations sur le suivi psychiatrique de ses patients.

Médecin 9 « Il y a un secret médical qui est… même si normalement ils devraient le partager, mais… on ne sait plus rien, mais on n'a pas à tout savoir. »

ii. Libéral

Les médecins généralistes ont des avis plus partagés à propos des psychiatres libéraux. Certains disent avoir une meilleure relation avec eux.

Médecin 2 « Ah oui oui, de toute façon bah à Dieppe oui, surtout. Bah oui parce que comme je vous dis à l'hôpital on sait jamais sur qui je vais tomber, alors que quand j'envoie un patient chez un psychiatre libéral, bah je sais à qui je l'adresse quoi. C'est un que je connais, euh, on peut parler avec les gens qu'on connaît c'est plus facile quand même. »

D'autres relèvent un manque de communication similaire entre les secteurs publics et libéraux.

Médecin 5 « Si c'est pas pire. Je… dois pouvoir compter sur les doigts d'une main les lettres de psychiatres que j'ai reçues ces dernières années. »

Médecin 8 « Bah on retrouve le même manque de communication qu'avec l'hôpital. Chasse gardée, on ne touche pas. »

Un médecin pense que l'avance des frais rend plus difficile l'accès au psychiatre libéral.

Médecin 4 « il y a l'avance de frais aussi dans les… pour les psychiatres qui ne sont pas hospitaliers »

Certains médecins généralistes ont noté que les psychiatres libéraux n'avaient pas la possibilité de prendre suffisamment de temps avec les patients.

Médecin 11 « Un peu. Un peu mais souvent ils sont un peu débordés. Ils sont… ils font peu de psychothérapie parce que pareil. Je pense que c'est plutôt… Il y a des fois où les gens disent « ah bah vous au moins vous me gardez plus longtemps que le psychiatre », alors… »

f. Accessibilité des soins psychiatriques

Plusieurs problèmes d'accessibilité aux psychiatres sont soulevés par les médecins généralistes. Le premier concerne les délais de rendez-vous.

Médecin 1 « Et, euh… ensuite bon… les délais de consultations sont relativement longs à obtenir. »

Médecin 3 « Mais c'est vrai que ce n'est pas évident. Mais c'est parce que on n'a pas un… c'est parce que sur Dieppe on n'a pas beaucoup de psychiatres. Ils sont tous surchargés. On a trois psychiatres en ville, ça fait pas beaucoup hein, c'est pas beaucoup, pour la population. »

Toutefois, il semble que ce problème ne concerne pas seulement la psychiatrie.

Médecin 6 « C'est souvent le délai de rendez-vous, souvent le délai de rendez-vous, bon après c'est comme tous les spécialistes on va dire, mais les délais de rendez-vous sont parfois un problème parce que souvent quand j'ai besoin d'un psychiatre en fait c'est que moi je suis un peu en échec avec le patient et donc effectivement avoir un rendez-vous dans 3 mois ça me paraît pas adapté. »

Médecin 13 « Euh non. On a des spécialités ou c'est plus compliqué, enfin on est un désert médical ici, un des deux en Seine-Maritime, donc euh… Non c'est pas. »

Le second problème concerne l'accès au spécialiste via le téléphone lorsque cela est nécessaire. Que ce soit pour les patients ou les médecins.

Médecin 3 « Le problème en fait de l'hôpital, en fait, le psychiatre de l'hôpital c'est qu'il faut que ce soit le patient qui appelle pour avoir un rendez-vous, qui leur est pas forcément donné. En fait ils parlent à je ne sais pas qui, à une infirmière ou à une secrétaire et elle dit qu'il faut les rappeler en fait. Et parfois ils les rappellent pas. Donc euh… c'est pas toujours facile. »

Médecin 5 « Bah euh… non. Il est pas évident du tout. Il est pas évident du tout. Je veux bien qu'on fasse l'expérience d'avoir un psychiatre au téléphone dans la minute qui vient euh… On va se faire suer hein… On va écouter de la musique hein. »

Toutefois la plupart des médecins ont pu contacter un psychiatre lorsqu'ils en ont eu besoin.

Médecin 4 « Après il m'est arrivé d'appeler pour avoir des conseils et là je suis toujours tombé sur des gens qui voulaient, enfin qui étaient très, très aimables… qui prenaient le temps de me donner un conseil mais ça c'était très bien »

Médecin 6 « Alors bon dans un certain nombre de cas on prend le téléphone, on appelle et puis les psychiatres nous prennent, peuvent nous prendre le patient, c'est vrai que du coup ça nous prend du temps d'organiser la prise en charge. »

Pour les médecins installés aux limites de la sectorisation, la distance avec Dieppe peut se révéler problématique, de même que le manque de choix dû à la sectorisation.

Médecin 4 « Il y a aussi la distance, euh ici les psychiatres les plus proches sont quand même pas tout près. »

Médecin 13 « Le problème en psychiatrie c'est plutôt l'organisation du système qui fait qu'il y a une certaine rigidité, il y a la sectorisation et puis…. Bon voilà il faut qu'on ait un coup de chance que ça passe, la relation se passe bien entre le patient et le médecin du secteur. »

La question du secteur psychiatrique dont le patient dépend est parfois source d'interrogation.

Médecin 6 « Euh… et d'ailleurs, la sectorisation elle a changé il y a quelques temps et moi la limite elle n'est pas claire, donc c'est en fait, ça revient à ce que je disais, qui appeler ? Parfois je ne sais pas qui appeler parce que je ne sais pas de quel secteur dépend mon patient. Donc euh, bon ça je peux sûrement trouver l'info si je la cherche hein, mais… Donc ça c'est un problème, savoir de quel secteur dépend mon patient. »

Il faut enfin relever que le problème de l'accessibilité peut venir du patient lui-même qui refuse de consulter.

Médecin 4 « Bah il y a des personnes qui sont opposées au suivi par un psychiatre parce qu'ils ont l'impression d'être catégorisés dans un… euh voilà, dans quelque chose qu'ils ne veulent pas. »

6. Améliorations

   a. Communication

Les médecins généralistes interrogés mettent en avant la nécessité d'améliorer la communication.

Médecin 1 « Bah que les psychiatres arrêtent de prendre les médecins généralistes pour des médecins n'y connaissant rien en psychiatrie et puis coopèrent un petit… enfin coopèrent… aient un peu plus de rapport avec les médecins traitants »

i. Compte-rendu d'hospitalisation

Comme cité plus-haut, une partie des médecins souhaiterait une amélioration du contenu du compte-rendu d'hospitalisation. Notamment dans les situations compliquées.

> *Médecin 3 « Parce qu'en fait parfois ils les jugent un peu tendancieux les patients mais ils les hospitalisent pas et nous on n'est pas au courant. Donc quand ils viennent nous revoir nous on se retrouve… on sait pas très bien où en est, ce qu'on fait. »*

Le délai avec lequel le compte-rendu arrive au cabinet est un autre point à améliorer selon certains médecins.

> *Médecin 2 « Un compte-rendu qui arrive toujours et pas trois mois après, mais ça c'est pas la faute des médecins, c'est le système de l'hôpital qui est comme ça. »*

ii. Courriers de consultation

L'autre point considéré comme essentiel concerne les courriers de consultation, lors du suivi des suicidants par le psychiatre.

> *Médecin 6 « Après ce qu'on peut améliorer ensuite… Je pense que euh… l'échange avec le psychiatre… Alors souvent les échanges avec les confrères ils sont par courrier, c'est vrai qu'on en a très peu et du coup on ne sait pas… on ne sait pas toujours parfois où en est le patient »*

> *Médecin 10 « Bon des courriers, pour qu'on ait des courriers qui restent dans les dossiers ou des trucs comme ça quoi. Qu'on sache, qu'on ait… Bon ça… En plus je ne suis pas très moderne, je suis classique… Ou même… si c'est… des courriers par apicrypt, mais je ne sais pas si l'hôpital… Enfin des courriers, des courriers… Voilà. Hmm. »*

Un médecin relève que l'utilisation des courriers permettrait aussi une formation du médecin généraliste sur la prise en charge du suicidant.

> *Médecin 8 « Ben… Une correspondance du psychiatre. Juste ça. Améliorer la formation du généraliste aussi, il y a quand même… Enfin c'est fait pour ça normalement. Continue pas forcément, par exemple un cardiologue va nous envoyer plein de courriers bah va nous éduquer quelque part hein. Ca fait comme… On se rend compte que c'est pour nous tenir au courant du patient, de l'état du patient, mais aussi pour nous apprendre des trucs. C'est énorme hein.*

iii. Autres formes de communication

En plus des courriers d'hospitalisation ou de consultation classiques, certains médecins évoquent d'autres moyens de communiquer, qui selon eux pourraient ajouter une plus-value au suivi conjoint des suicidants.

Il peut s'agir de comptes-rendus provisoires

> *Médecin 5 « les services de cardio ou de médecine ont une lettre type dans laquelle ils remplissent les trous hein… à la sortie. A ma connaissance ça n'existe pas en psychiatrie. Du moins je n'en ai pas vu. »*

Ou de l'utilisation de l'outil informatique dont un des avantages est la rapidité.

Médecin 2 « On reçoit quasiment tout par mail maintenant. Avec le système en plus qui est sécurisé, on pourrait tout faire comme ça. »

Médecin 5 « Je pense que ça ne nuirait pas. Un mail, un fax, euh… Un coup de fil c'est un peu… ça peut être un peu… Je préfèrerais un mail à la limite. Parce qu'un coup de fil en pleine consult' ça ne va pas forcément me rendre service. »

Médecin 13 « Après j'ai des comptes-rendus par mail, on a une boîte mail sécurisée euh… qui euh… bah de l'hôpital je n'ai jamais vu une utilisation de ça. Ca ça marche avec des cliniques. J'ai ça par exemple pour la clinique des Cèdres, ils m'envoient… donc ça évidemment bah j'ai des comptes-rendus le jour même, c'est agréable. »

Certains médecins ne sont cependant pas intéressés par l'utilisation de mails, principalement pour des raisons d'équipement.

Médecin 8 « Non, j'ai pas d'informatique chez moi. Ca peut venir, mais ça ne viendra plus maintenant. »

L'utilisation du téléphone comporte plus d'inconvénients, mais selon les médecins interrogés, cela peut être utile dans certaines situations jugées compliquées.

Médecin 4 « Après peu importe hein… moi… C'est vrai que le courrier on en reçoit beaucoup et euh… téléphone ça peut être bien aussi, après peu importe, après ça dépend du degré d'urgence, je pense que le patient qui relève de soins rapides le téléphone est plus adapté que… que le courrier. »

Médecin 6 « Je pense que c'est surtout utile au moment où peut être le patient sort, et s'il y a besoin que je le revois assez vite, me transmettre l'info pour que je sois un peu attentif, si je vois pas le patient, que je dis « tiens la ça colle pas », plutôt à ce moment-là. Au moment de l'hospitalisation ça ne va pas forcément changer grand-chose pour le patient. Peut- être à la sortie à ce moment-là ça pourrait être éventuellement intéressant. »

Un médecin ne voit pas l'intérêt de communiquer aussi rapidement sur la tentative de suicide.

Médecin 12 « Non, non l'urgence elle était avant. De toute façon voilà, je vais finir par le savoir euh… bon même si c'est cinq jours après, huit jours après, ça va pas changer grand-chose. Bon après si les gens sont pris en charge c'est ça qui est le plus important. Bon c'est pas, c'est pas… Des coups de fils qu'on reçoit des urgences « vous savez votre patient il s'est suicidé » Non il faut aussi… comment dire, raison garder. Je ne vois pas l'intérêt… pfff… ouais, de l'immédiateté. C'est peut-être pas ce que disent mes confrères là-dessus, mais bon. »

b. Accessibilité

i. Avis spécialisé

Au-delà du délai des consultations qui est inhérent à la démographie médicale. Les médecins aimeraient qu'il existe une facilité à contacter un psychiatre en cas de besoin.

> *Médecin 6 « En fait ce qui pose problème en quelque sorte c'est de ne pas avoir un… soit un numéro… enfin un numéro référent où l'on peut appeler si on est en difficulté par rapport à cette pathologie-là. Je dirai avant même qu'il y ait… qu'il y ait une tentative de suicide. Un patient dépressif qui exprime éventuellement des idées suicidaires euh… Ou avec lequel on ne sait pas toujours quoi faire, est-ce que… est-ce qu'on est vraiment en situation de risque ou est-ce qu'on n'est pas encore dans l'urgence. Parfois ça pourrait être bien de pouvoir partager notre sentiment avec un collègue psychiatre et là du coup on ne sait pas qui appeler. Euh… et d'ailleurs, la sectorisation elle a changé il y a quelques temps et moi la limite elle n'est pas claire, donc c'est en fait, ça revient à ce que je disais, qui appeler ? »*

Par ailleurs, ils seraient en faveur d'une consultation ouverte dans des délais plus courts, accessible pour des patients dont l'état ne justifie pas une prise en charge urgente, mais où un avis psychiatrique est préférable sous quelques jours.

> *Médecin 5 « On aurait une consultation dédiée… Euh, faut pas… On adresserait pas tout et n'importe quoi, mais quand on est là c'est qu'il y a un problème. Et… ils de… Moi je verrais… Une consultation dédiée ou un accès plus facile avec notre demande et encore une fois il s'agit pas de se débarrasser de la psychiatrie sur des structures qui ne sont pas faites pour ça. Mais je pense que sur ça il y a un truc à améliorer. Mais on se sent seul quand même. »*

> *Médecin 12 « Oui c'est toujours intéressant, oui bien sûr. Bah bon voilà, il y a peut-être des gens que ça pourrait être intéressant qu'ils puissent être vus dans la semaine quoi. Bon même si ce n'est pas le jour même, de se dire bon bah voilà, dans trois, quatre jours tu peux être vu, parce qu'il y a des trucs finalement qui ne sont pas si urgents, mais il y a quand même des trucs où j'aimerais bien qu'il y ait un avis euh… voilà que ce ne soit pas… euh… dans deux mois ou dans trois mois quoi. »*

Cette consultation permettrait de limiter l'orientation vers les urgences et donc les perdus de vue liés au temps d'attente dans le service d'accueil des urgences.

> *Médecin 3 « Qu'il soit vu directement par un psychiatre ou une infirmière psychiatrique pour savoir si ça vaut le coup d'hospitaliser ou si ça vaut pas le coup de faire hospitaliser. C'est ça le problème en fait. Parce que les urgences, ça c'est toujours pareil, les gens vont aux urgences, ils vont attendre des heures et des heures et il y en a plein qui [signe de partir avec la main]. Surtout dans ce cas-là. [Rires] »*

> *Médecin 6 « C'est vrai que ça nous permettrait d'avoir un avis euh… parfois on a besoin d'avoir un avis peut-être même ponctuel, mais ça peut permettre de nous aider nous et on a parfois des patients qui sont*

tellement pas bien… qu'ils… qu'ils sentent le besoin justement d'aller voir un psychiatre et quand on leur dit « il va falloir aller aux urgences si vraiment vous n'êtes pas bien là aujourd'hui » et que ça ne va pas. Et ça parfois c'est un frein, le fait qu'effectivement il y ait une possibilité de consultation pas forcément à trois mois mais un peu rapide, même si c'est pour un avis ponctuel, ça peut permettre aussi de faire baisser un peu la tension chez le patient aussi. »

ii. Accès à la psychothérapie

L'accès aux soins psychologiques est une autre source de difficulté dans la prise en charge des suicidants. Un remboursement et un accès plus simple à la psychothérapie amélioreraient probablement la prise en charge.

Médecin 4 « Oui sûrement sur le… sur l'offre de soins, très clairement il y aurait un accès au psychologue qui serait plus facile… Là on… Là moi je travaille quand même dans un secteur où le côté financier est important, mais il y a beaucoup de personnes qui à mon avis pourraient, enfin pas forcément des suicidants, mais des personnes qui relèveraient d'un suivi psychologique et qui ne le font pas pour des raisons… financières. »

c. Formation

Certains médecins disent ne jamais avoir eu de formations sur le suicide. Ils pensent donc qu'il serait bénéfique de leurs en proposer.

Médecin 2 « Oui il y a toujours besoin de formation, après moi c'est pas mon domaine de prédilection, je fais plutôt traumato, médecine du sport, enfin ça je fais de la médecine générale en général. Mais oui, bah j'irais certainement à une intervention sur la prise en charge des gens avant ou après, oui c'est toujours intéressant. »

Médecin 7 « Limité sur la connaissance je ne sais pas, mais je pense que c'est… pour le coup une… un… le risque suicidaire, la tentative de suicide c'est quelque chose qui prend un peu au dépourvu je pense. Et évaluer le risque suicidaire c'est quelque chose de compliqué. Donc pourquoi pas faire une formation pour être plus performant sur l'évaluation, pourquoi pas. »

Médecin 13 « Oui peut-être quelque chose de… de… peut être savoir encore mieux détecter, enfin je pense. Enfin ce qui se passe c'est peut-être qu'on rate certains signes et qu'on… »

Certains médecins ont des demandes de formations plus spécifiques.

Médecin 4 « Euh moi je pense en termes de… enfin je parle de ce qui me manque moi, euh moi pour les adolescents je pense que je ne me sens pas… je ne me sens pas très à l'aise. »

A l'opposé, certains médecins considèrent qu'il n'y a pas besoin d'améliorer la formation continue dans ce domaine.

Médecin 3 « C'est ça en fait, même si on nous apprend en fait ça nous donnera rien, parce que je pense que en fait bah il faut avoir l'habitude aussi des gens en fait et connaître vraiment bien en fait. »

Médecin 12 « Non parce que je suis parfait. [Rires] On efface hein ? [Rires]… Très honnêtement non, je n'en ressens pas le… non, je ne pense pas. C'est à peu près heu… Au point que… J'étais allé au… comment dire euh… à la réunion avec Mme Navarre sur le thème voilà, euh… suicide. Finalement c'est exactement ce que je pensais ou faisait ou… Je dirais à la limite c'est presque du bon sens. »

IV. Discussion

1. Points-clés

a. Le médecin généraliste a une place dans le suivi du suicidant

Cette étude montre que les médecins généralistes souhaitent avoir un rôle dans le suivi des suicidants.

Il existe des différences importantes selon les médecins sur les modalités de cette prise en charge. Certains ne voient pas d'inconvénients à suivre seuls les suicidants lorsqu'il s'agit d'un terrain réputé simple (trouble de la personnalité non grave, syndrome dépressif majeur d'intensité mineure à modérée,…) et à condition d'avoir, en cas de difficulté, rapidement accès à un psychiatre.

D'autres considèrent qu'il est nécessaire d'avoir un suivi conjoint avec le psychiatre, mais qu'ils doivent garder un rôle actif dans la prise en charge.

Rares sont les médecins qui pensent devoir se limiter à la prise en charge somatique de leurs patients.

b. Défauts de communication dans la prise en charge du suicidant

Le principal obstacle que rencontrent les médecins généralistes pour suivre leurs patients suicidants est le manque de communication avec les autres acteurs de la prise en charge.

Celui-ci est multiple :

- Manque de connaissances de l'organisation institutionnelle
- Retard dans l'information de la tentative de suicide
- Absence de courriers de consultation lors du suivi psychiatrique

c. Un accès aux soins parfois difficile

L'accès à l'avis spécialisé est parfois ressenti comme compliqué par le médecin traitant. Les délais de consultation sont un problème qui n'est pas spécifique de la psychiatrie.

En revanche, les médecins relèvent qu'il est compliqué d'avoir rapidement accès à un avis psychiatrique en dehors des situations justifiant une orientation aux urgences. Il en est de même pour contacter un psychiatre par téléphone en cas de besoin.

Ce qu'il faut noter, c'est qu'il s'agit plus d'un défaut de connaissance de l'organisation du service de psychiatrie que d'un manque réel de possibilité. En effet, il existe la possibilité de prise en charge en consultation par une infirmière d'orientation dans les 48 heures et il existe un interne de psychiatrie de garde, joignable par téléphone via une ligne directe.

d. Un manque de formation

La plupart des médecins généralistes ont l'impression de ne pas avoir été formés à la prise en charge des suicidants au cours de leur cursus universitaire.

Ceci est à remettre dans le contexte, car depuis quelques années seulement l'université de Rouen a rendu obligatoire le stage d'externe en psychiatrie. De plus, la formation initiale en psychiatrie a beaucoup été modifiée depuis que les médecins interrogés ont réalisé leurs études.

En ce qui concerne la formation continue, les médecins sont souvent demandeurs de cours sur le suicide et sa prise en charge. Signe de l'intérêt qu'ils portent à cette pathologie.

2. Forces et faiblesses de l'étude

a. Forces

i. Territoire réduit

L'étude réalisée a eu lieu dans un territoire réduit, à savoir les secteurs psychiatriques 76G11 et 76G12. Tous les patients de ces secteurs sont pris en charge par les médecins du centre hospitalier de Dieppe. Il existe donc une homogénéité dans la prise en charge de la tentative de suicide. On peut donc aisément comparer les avis donnés par les médecins généralistes ayant participé.

Cependant, il est nécessaire de préciser qu'en conséquence il est difficile d'extrapoler les résultats de l'étude à un territoire plus grand.

ii. Méthodologie

La méthode qualitative et les entretiens semi-dirigés laissent une grande liberté de réponse aux participants. Cela permet donc d'avoir une richesse de réponses intéressante.

iii. Enquêteur unique

Le fait d'avoir un enquêteur unique permet de limiter la variabilité dans la réalisation des entretiens. De plus, la même personne a réalisé les entretiens, la retranscription et l'analyse des données, permettant de limiter la perte d'information et la mauvaise interprétation des réponses.

b. Faiblesses

i. Population étudiée

La problématique de l'étude portait sur les suicidants n'ayant pas été hospitalisés en psychiatrie. Toutefois les médecins interrogés ne semblaient pas faire de différences entre les patients hospitalisés en psychiatrie et ceux hospitalisés seulement à l'UHCD. Ce critère ne semble donc pas avoir été un élément déterminant dans les réponses ou dans la prise en charge.

ii. Biais de sélection

Les médecins interrogés ont été sélectionnés au hasard ; cependant quelques médecins n'ont pas souhaité répondre à l'étude (60 sur 73). Par conséquent, l'analyse

de l'opinion de ces médecins aurait pu apporter d'autres informations, puisqu'on peut penser qu'ils sont moins sensibles à la psychiatrie.

Il faut préciser qu'il existe une asymétrie entre secteur 11 et secteur 12. Il y a eu plus de refus de participer à l'étude dans le secteur 12 (29 contre 16 dans le secteur 11). Cela pourrait s'expliquer par la densité de médecins généralistes, légèrement moindre dans le secteur 12(37) et par conséquent ces médecins seraient moins disponibles.

iii. Biais de mémorisation

Les données chiffrées données par les médecins de l'étude doivent être soumises à la prudence. Ces données, que ce soit pour les délais de consultations ou pour les délais de réception des comptes rendus, sont subjectives puisque livrées sans vérification préalable. Le but de l'étude concernait principalement le ressenti des médecins à ce sujet.

Par ailleurs, il faut noter que certains médecins exerçant dans les zones limitrophes des deux secteurs psychiatriques prennent aussi en charge des patients suicidants suivis par d'autres centres psychiatriques. Il peut être difficile de faire une différence pour le médecin généraliste interrogé.

iv. Difficultés liées à la présence d'un tiers

Les médecins ont été assurés de l'anonymat et prévenus du statut d'interne en médecine générale de l'enquêteur au début de l'entretien. Cependant certains ont pu être gênés de donner un avis négatif sur l'organisation des soins devant une personne qu'ils ne connaissaient pas.

3. Comparaison à la littérature

a. Le rôle du médecin traitant

i. Rôle dans la prise en charge du suicidant

Les médecins interrogés ont presque tous considéré qu'ils avaient un rôle à jouer dans la prise en charge des suicidants. Certains pensent pouvoir gérer seuls les cas les plus simples et la plupart sont prêts à réaliser un suivi conjoint avec le psychiatre.

Ils ont tous jugé que lorsqu'ils revoyaient le patient suicidant, ils en profitaient pour réévaluer le risque suicidaire.

Les études sur le rôle du médecin traitant sont peu nombreuses dans ce contexte. Celles qui ont été réalisées montrent qu'environ la moitié des suicidants consultent leur médecin traitant un mois après leur tentative de suicide(33). Cette consultation est importante pour le suivi du suicidant et l'évaluation du risque de récidive. Ces études montrent que le médecin généraliste possède bien une place dans ce contexte.

Une étude qualitative réalisée en Irlande en 2015 montre des résultats similaires concernant le rôle du médecin généraliste et le manque de connaissance(38).

Une étude suédoise réalisée sur l'ile de Götland dans les années 1980 a montré une amélioration de la prise en charge des dépressions et une baisse des suicides,

suite à des programmes éducatifs destinés aux médecins généralistes et portant sur la prise en charge de la dépression(39).

Une étude plus récente réalisée en Allemagne(40) a montré que la coopération avec les médecins généralistes, associée à des campagnes d'information publiques, à la création de groupes d'entraide et à l'implication de plusieurs types de professionnels, permettait de réduire le taux de suicide de manière significative.

Une étude multicentrique réalisée en Suède et en Norvège a montré qu'un suivi par le médecin généraliste, associé à des recommandations générales pour le médecin généraliste améliorait l'adhésion aux soins des patients ayant réalisé une tentative de suicide médicamenteuse(41).

Les recommandations de l'ANAES sur la crise suicidaire insistent sur la place du médecin généraliste dans le suivi du suicidant(10). Les experts qui ont rédigé ces recommandations considèrent que le lien qui unit un médecin traitant et son patient est un socle sur lequel peut s'effectuer un suivi au long court.

ii. Dispositions légales

Les médecins de l'étude considèrent qu'ils sont présents en tant que premier recours pour leurs patients suicidants et qu'ils sont aussi là pour les orienter vers le spécialiste en cas de besoin. Ils assurent donc un rôle de dépistage, de suivi et d'orientation vers le spécialiste.

Ce rôle correspond à celui du médecin traitant tel qu'il a été défini par la loi de 2004(42). De même, la loi donne au médecin traitant la responsabilité de la tenue du dossier médical.

Cependant la psychiatrie est exclue de ce système, le patient peut consulter un psychiatre en accès direct, sans l'avis de son médecin généraliste et ce, sans aucune pénalité financière. Cela permet aux patients de prendre en charge leur pathologie psychiatrique, notamment pour ceux qui ne souhaitent pas en parler avec leur médecin traitant.

Les médecins généralistes interrogés ont considérés que ceci n'était pas un frein à la prise en charge des suicidants. Ils comprennent que certaines personnes ne souhaitent pas tout partager avec leur médecin.

Par ailleurs la loi HPST de 2010 a défini le rôle du médecin généraliste de manière générale, et certaines dispositions s'appliquent parfaitement au suivi du suicidant(43) :

> *« Art. L. 4130-1. - Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :*
>
> *1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;*
>
> *2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
>
> *3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;*
>
> *4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés*

et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ; »

iii. Compétences des médecins généralistes

Au-delà de la réglementation concernant le médecin traitant, la prise en charge globale des patients suicidants, comme de tout patient, tient à cœur aux médecins de l'étude (certains d'entre eux ne faisant d'ailleurs aucune différence entre pathologie psychiatrique et pathologie somatique).

La prise en charge du suicidant par le médecin généraliste s'intègre également dans les compétences du médecin généraliste définies par le collège national des généralistes enseignants(44) :

- Premier recours, urgence : permet la prise en charge du patient lors d'idées suicidaires ou lors d'une tentative de suicide.
- Approche centrée patient, relation, communication : permet une relation de confiance avec le patient, et de s'adapter à chaque patient.
- Continuité, suivi, coordination des soins : permet la tenue du dossier médical, de faire le lien avec les différents acteurs de la prise en charge (psychiatre, psychologue,…) et de suivre l'évolution de la pathologie psychiatrique au long court.
- Education en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire : permet d'intégrer le patient dans sa prise en charge et de s'autonomiser.
- Approche globale, complexité : permet d'adapter la prise en charge selon les particularités de chaque patient, qu'elles soient médicales, sociales, psychologiques,…
- Professionnalisme : permet de faire des choix dans l'intérêt du patient avant tout, en prenant en compte l'éthique et la déontologie, ainsi que de se former pour appliquer les meilleures décisions.

b. La communication

Dans l'optique d'une prise en charge conjointe des suicidants, la communication est un élément fondamental pour le bon déroulement de leur suivi.

i. Courriers de consultation

Les médecins généralistes de l'étude jugent nécessaire une collaboration entre généraliste et psychiatre, mais ils notent qu'ils ne reçoivent que très peu de courriers de consultation.

Une étude qualitative réalisée en Haute-Normandie en 2012 a étudié l'avis des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes(45). Ils considéraient alors qu'elle était nécessaire, mais ils avouaient qu'elle restait asymétrique avec parfois un courrier d'adressage réalisé par le généraliste et une absence de réponse par le psychiatre. Les raisons évoquées étaient principalement le manque de temps, mais aussi la peur de divulguer des informations au patient.

Pourtant le code de déontologie contient une obligation d'échange d'informations (article 64)(46) :

> *« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.*
>
> *Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères »*

Par ailleurs, une recommandation a été éditée concernant les courriers entre médecins généralistes et psychiatres(47). Elle stipule neuf points devant être présents dans le courrier que le psychiatre devrait envoyer au médecin généraliste lors d'une première consultation :

- Réponse aux questions du médecin généraliste
- Avis diagnostic
- Risques évolutifs
- Facteurs environnementaux
- Projet de soins
- Organisation de la prise en charge
- Prescription médicamenteuse
- Eléments de surveillance
- Modalités psychothérapeutiques de suivi

ii. Le travail en réseau

- Réseau de soins post-hospitalisation

La prise en charge des insuffisants cardiaques par un réseau de soins post-hospitalisation a prouvé son efficacité d'après une revue de littérature Cochrane(48). La CPAM a créé un réseau post-hospitalisation entre hôpital et médecin généraliste concernant les sorties d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque(49).

Il comprend une prise en charge commune du patient avec notamment une consultation du médecin généraliste dans les 7 jours suivant la sortie, une éducation thérapeutique du patient, une formation des infirmiers et des kinésithérapeutes et une facilité d'accès à l'hospitalisation.

- Réseau de soins psychiatriques

Il existe dans le département des Yvelines un dispositif de soins partagés en psychiatrie(50), créé en 1999. Le patient consulte cette structure ambulatoire regroupant des psychiatres et des psychologues travaillant de manière collégiale et intégrant le médecin généraliste au cœur de la prise en charge. D'après le rapport d'activité de ce réseau, les médecins généralistes sont satisfaits à 100% et sont plus de 80% à juger la qualité de la communication bonne voire excellente.

c. La formation

L'intérêt de la formation des médecins généralistes sur la prise en charge du suicidant a été prouvé lors de l'étude suédoise de l'île de Götland(39) déjà citée, puisqu'elle a permis de faire chuter drastiquement le taux de suicide sur l'île.

Concernant la psychothérapie, une étude réalisée en 1995 a comparé l'efficacité de la prise en charge psychothérapeutique sur plusieurs symptômes psychiatriques

dont les idées suicidaires. La comparaison a porté sur des psychothérapeutes vs. Etudiant en psychothérapie vs. Médecins traitants(51). Les psychothérapeutes ont eu de meilleurs résultats. Une formation accrue pourrait donc s'avérer intéressante pour la pratique des médecins généralistes.

4. Modifications envisageables

a. Réseau de soins

On pourrait imaginer la création d'un protocole de sortie du patient suicidant permettant une surveillance accrue du patient, associé à une communication plus étroite entre la médecine de ville et l'hôpital et à une facilité d'accès à l'hospitalisation en cas de dégradation de l'état clinique.

Plusieurs études déjà citées retrouvent l'importance de la collaboration entre psychiatre et généraliste dans le cadre de la pathologie suicidaire.

Dans cette optique, les protocoles mis en place pour l'insuffisance cardiaque et les dispositifs de soins partagés des Yvelines pourraient constituer une base de travail.

b. Communication

i. Téléphone

La communication par téléphone n'est pas le point le plus important soulevé par les médecins interrogés. Cependant la communication du numéro de l'interne de garde en psychiatrie pourrait être une solution pour les généralistes cherchant conseil auprès d'un psychiatre ou souhaitant mettre en place une prise en charge. Un numéro de téléphone du médecin d'astreinte est par exemple disponible dans le service de médecine interne de l'hôpital de Dieppe.

En ce qui concerne la communication téléphonique inverse, à savoir du psychiatre vers le généraliste, il ne semble pas nécessaire d'appeler le médecin traitant systématiquement à la sortie de ses patients. Il serait toutefois intéressant de renforcer les appels téléphoniques lors de la sortie d'un patient suicidant jugé à risque et chez qui le suivi devra être plus rapproché, afin que le médecin porte une attention spécifique à son patient.

ii. Courriels

Certains laboratoires d'analyses, certains cabinets de radiologie et certains établissements de santé privés (cliniques, Centre Henri Becquerel,…) communiquent leurs comptes-rendus par internet via la boîte mail fournie par l'ordre des médecins et/ou le logiciel sécurisé APICRYPT. Ce système permet d'améliorer les délais d'envoi des comptes-rendus d'un ou deux jours. Il pourrait être intéressant d'intégrer cela dans la prise en charge, soit en communiquant le compte-rendu d'hospitalisation par ce biais, soit en envoyant un compte-rendu type très rapide pour les tentatives de suicide dès la sortie du patient et reprenant seulement le motif d'hospitalisation, le traitement de sortie et le suivi organisé (ce qui pourrait s'intégrer à Dieppe dans une prise en charge standardisée du suicidant).

iii. Courriers de consultation

Les courriers de consultation sont un élément fondamental dans le bon fonctionnement d'un suivi conjoint, quelle que soit la discipline. Ils permettent non

seulement une information des deux parties, mais une meilleure compréhension de la prise en charge ayant pour effet de réduire les erreurs.

Dans le cadre du suicidant il paraît primordial qu'un courrier de consultation initial soit réalisé par le psychiatre, suivi d'un courrier résumant les grands événements de la prise en charge (modifications thérapeutiques, diagnostics,…). Il peut sembler intéressant d'adresser un courrier récapitulatif au bout d'un certain temps de prise en charge.

Par ailleurs, le médecin généraliste doit réaliser un courrier d'adressage récapitulant les problématiques et les questions qu'il se pose, qui sera à renouveler en cas de nouvelle demande.

c. Accès aux soins psychiatriques

i. Plaquette de présentation des possibilités de consultation

En l'état actuel de la démographie médicale, l'accès aux consultations d'un praticien hospitaliser peut s'avérer long. Cependant à Dieppe une consultation d'orientation est accessible dans un délai de 7 jours, voire 48h en cas de besoin. Par ailleurs, les consultations réalisées par les internes de psychiatrie sont accessibles dans un délai beaucoup plus court.

Malheureusement, les médecins généralistes interrogés ne sont pas au courant de ces possibilités. C'est pourquoi il a paru intéressant de réaliser une plaquette d'information destinée aux médecins généralistes des secteurs 11 et 12 reprenant les points suivants :

- Numéro de téléphone direct de l'interne de psychiatrie de garde
- Numéro de téléphone des secrétariats des deux secteurs
- Possibilité d'avoir une consultation dans la semaine avec l'infirmière d'orientation
- Echelle R.U.D. et propositions de prise en charge en fonction de la gravité (ambulatoire ou hospitaliser)(52)
- Eléments administratifs pour la réalisation de soins sous contrainte à la demande d'un tiers.

ii. Formations sur le suicide

Plusieurs médecins ont fait savoir leur désir d'être mieux formé sur le suicide et notamment sur le diagnostic de crise suicidaire. La plupart des formations continues des médecins est réalisée par les formations médicales continues (FMC) organisées le soir ou via les revues médicales. La principale difficulté concernant les FMC est qu'un petit nombre de médecins est touché en même temps, générant de nombreux déplacements pour les psychiatres. Mais l'organisation de réunions de formations de plus grande ampleur à Dieppe, expose à ce que seuls les médecins habitant Dieppe ou sa région se déplacent.

La solution pourrait donc être de réaliser des réunions de formation dans les grandes agglomérations du territoire de santé de Dieppe (Dieppe, Eu, Tôtes, Auffay), permettant de toucher plus de praticiens.

La formation initiale des médecins a beaucoup changé depuis plusieurs années. La psychiatrie y occupe désormais une place plus importante et le stage en milieu

psychiatrique est même devenu obligatoire durant l'externat à la faculté de Rouen, ce qui est une mesure nécessaire pour lever les à priori sur cette discipline.

5. Pistes de recherche

a. Etude de la vision des psychiatres

Cette étude a montré l'avis des médecins généralistes sur le suivi des suicidants. Il serait intéressant de prendre en compte celui des psychiatres.

b. Etude de la vision du patient

La vision du patient sur sa propre prise en charge est toujours un élément plein d'intérêt, bien que parfois difficile à recueillir. Une étude qualitative sur l'opinion des suicidants pourrait s'avérer judicieuse pour améliorer celle-ci.

c. Etude quantitative sur la communication

Une étude quantitative faisant suite à celle-ci, permettrait de juger de manière plus précise des délais de réception des comptes rendus et de la connaissance que le médecin généraliste a du suivi qui est mis en place. Un questionnaire envoyé au médecin généraliste à la suite d'une tentative de suicide serait une piste à étudier.

d. Etude de l'efficacité des mesures mises en place

La modification de la prise en charge et du suivi devraient être complétée par l'évaluation de ces mesures, afin de les adapter au mieux par la suite.

V. Conclusion

L'étude présentée montre que le médecin généraliste a un rôle non négligeable dans le suivi des patients suicidants qui n'ont pas été hospitalisés en psychiatrie.

Les résultats attestent que le médecin généraliste souhaite s'intégrer dans une prise en charge commune avec le psychiatre.

Le médecin généraliste apporte d'abord une possibilité de suivi au long cours, permettant une réévaluation clinique et thérapeutique, y compris chez les patients non observants du suivi spécialisé. La proximité géographique et relationnelle entre généraliste et patient permet par ailleurs une prise en charge facilitée. Enfin, la vision globale apportée par la médecine générale fait le lien entre la pathologie psychiatrique et la pathologie générale, mais aussi entre le patient et son environnement social et culturel, souvent bien connus du praticien.

Comme dans beaucoup de prises en charge, il existe des difficultés inhérentes au suivi conjoint d'un patient. La principale difficulté est le manque de communication entre professionnels, avec notamment, un manque de courriers lors des consultations de suivi.

Un autre point soulevé par les médecins interrogés porte sur l'accès au spécialiste en cas de nouvelle crise suicidaire. Au CH de Dieppe, il existe la possibilité, du reste mal connue, d'avoir recours à une consultation par une infirmière d'orientation dans un délai inférieur à une semaine.

Par ailleurs, les praticiens participant sont demandeurs d'une formation accrue sur le thème du dépistage de la crise.

Ce travail de thèse m'a incité à proposer un outil pour répondre à certaines problématiques identifiées. Ainsi, une plaquette d'information destinée aux médecins généralistes reprenant :

- les éléments de diagnostic de la crise suicidaire

- les principaux éléments nécessaires à une hospitalisation sous contrainte

- et les possibilités de prise en charge hospitalière (numéro de l'interne de psychiatrie, consultation par l'infirmière d'orientation)

Celle-ci a été rédigée en collaboration avec le service et sera diffusée par courrier aux médecins généralistes.

Cette étude est donc un premier pas pour une meilleure prise en charge du suicidant via l'intégration du médecin traitant dans son suivi. Il reste cependant à étudier la position des psychiatres concernés par la prise en charge du suicidant.

VI. Annexes

1. Questionnaire qualitatif

1. Données épidémiologiques médecin
   a. Âge
   b. Sexe
   c. Lieu d'exercice : rural, semi-rural, urbain
   d. Maître de stage

2. Quelle expérience avez-vous dans le domaine du suicide ?

3. Selon vous, quel rôle doit avoir le médecin traitant dans le suivi des suicidants qui n'ont pas été hospitalisés en psychiatrie ?

4. Comment jugez-vous votre relation avec le Centre Hospitalier de Dieppe concernant les suicidants ?

5. Quelles améliorations sont possibles dans la prise en charge de ces patients ?

6. Avez-vous d'autres points sur lesquels vous voudriez vous exprimer ?

Grille de relance :

- Formation sur le suicide
- Sentiment vis-à-vis des patients de psychiatrie
- Prise en charge du suicide (et notamment connaissance du fonctionnement à l'hôpital de Dieppe)
- Avantages du généraliste
- Difficultés du généraliste
- Rôle de la proximité avec le patient (premier recours et/ou connaissance du patient ?)
- Craintes
- Rôle de prescripteur
- Rôle des autres acteurs : psycho, IDE, libéral, associations

- Rôle du spécialiste
- Accès spécialiste
- Apport de l’entourage
- Mode de communication des informations
- Qualité de la communication
- Connaissance de la tentative de suicide
- CRH : contenu et délais
- Informations sur le suivi entrepris
- Libéral
- Communication, envoi de mails
- Nouvelles formations : médicales ou non
- Association de patients
- Amélioration des délais

Orientation du patient suicidaire selon l'urgence

- **Interne de psychiatrie**

(7 jours sur 7, 24h sur 24)

Via les urgences

Ou 02.32.14.71.25

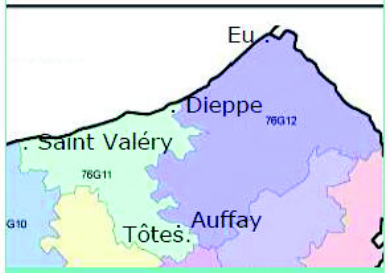
(ligne directe)

- **Infirmière d'orientation**

(consultation dans les 7 jours)

Secteur 11 02.32.14.75.58

Secteur 12 02.32.14.75.61



Hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers :

- *Procédure normale* (article L3212-1) : deux certificats (dont un par un médecin extérieur à l'hôpital)
- *Procédure urgente (urgence et risque grave à l'intégrité du patient),* article L3212-3 : un certificat (médecin hospitalier ou non)
- *Procédure « péril imminent »* (en l'absence de tiers et en cas de péril imminent), article L3212-1 : un certificat par un médecin extérieur à l'hôpital.
- Demande de tiers accompagnée d'une photocopie de la carte d'identité du tiers et du patient
- Certificats-types disponibles sur le site de l'Ordre des Médecins[3]

Références

1. Conférence de consensus : la crise suicidaire. *ANAES, Paris, 2000*
2. Quand référer aux urgences un patient présentant un risque suicidaire ? *Rev Med Suisse 2010 ; 1555-1557*
3. Conseil National de l'ordre des médecins *https://www.conseil-national.medecin.fr/*

Prise en charge de la crise suicidaire

C'est une crise psychique dont le risque majeur est le passage à l'acte suicidaire.
Les manifestations et les symptômes sont variables selon les personnes.
La personne est vulnérable, elle ne parvient pas à faire face à ses problèmes, ce qui lui occasionne de la souffrance.
Cet état est réversible et temporaire[1].

Risque suicidaire

Facteurs personnels :

- Evénements passés : violence, maltraitance, abus sexuels…
- Pathologies psychiatriques : dépression, addictions, trouble personnalité, antécédents suicidaires, schizophrénie…
- Sociaux : chômage, endettement, incarcération, hospitalisation…

Facteurs familiaux :

- Isolement
- Tensions au niveau émotionnel
- Antécédents psychiatriques : tentative de suicide
- Maltraitance…

Facteurs de stress :

- Rupture sentimentale, divorce, deuil
- Licenciement, difficultés financières, retraite
- Conflits familiaux, retrait des enfants …
- Survenue d'une maladie physique….

Plus le nombre de facteurs de risque augmente, plus le risque est élevé.

Urgence suicidaire

Urgence faible :

- Le sujet parle et recherche des solutions par rapport à la crise (moyens et stratégies)
- Il a des projets réels pour les prochains jours
- Pas de scénario suicidaire
- Sujet souffrant mais pas perturbé

Urgence moyenne :

- Equilibre émotionnel fragile
- Le sujet envisage clairement le suicide avec scénario mais exécution différée
- Pas d'autre solution que le suicide
- Le sujet exprime son désarroi

Urgence élevée :

- Planification claire (où, quand, comment)
- Sujet coupé de ses émotions, immobilisé par la dépression ou particulièrement agité, à l'impression d'avoir déjà tout essayé
- Douleurs et souffrances omniprésentes

Dangerosité suicidaire

- Accessibilité du moyen pour mettre fin à ses jours
- Létalité du moyen envisagé
- Utiliser des questions directes (quand, où, comment ?)

Si la personne a accès facilement à un moyen de mettre fin à ses jours, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir

- Protocole de prise en charge R.U.D[2] :

Symptômes	Evaluation RUD	Actions proposées
Triste sans idées noires/suicidaires	RUD faible	Suivi par généraliste
Idées noires mais non suicidaires	RUD faible	Suivi par généraliste ou psychiatre
Idées suicidaires fluctuantes sans projet ni antécédents psychiatriques	RUD faible ou moyen	Suivi psychiatrique ambulatoire
Idées suicidaires actives sans projet ni antécédent psychiatrique	RUD moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique ou hospitalisation selon adhésion du patient
Idées suicidaires actives sans projet avec antécédents psychiatriques	RUD moyen ou élevé	Hospitalisation ou soutien ambulatoire psychiatrique selon adhésion du patient
Idées suicidaires actives avec projet sans antécédent psychiatrique	RUD élevé	Hospitalisation
Idées suicidaires actives avec projet et antécédents psychiatriques – Passage à l'acte	RUD élevé	Hospitalisation

VII. Bibliographie

1. ORS. Territoire de santé de Dieppe : Eléments de diagnostic sanitaire et social, extraits d'une étude effectuée par l'ORS à la demande de l'agence régionale de santé et de la région Haute Normandie. 2011;

2. ARS. Mise en œuvre des territoires de santé en région Haute-Normandie : principes, méthodes de détermination, découpage territorial,. 2010;

3. Insee - Santé - Les territoires de santé en Haute-Normandie - Situation socio-sanitaire actuelle et perspectives démographiques [Internet]. [cité 3 juin 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=14&ref_id=18409#retour1

4. World Health Organization. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. World Health Organization; 2015.

5. État des lieux du suicide en France - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. 2014 [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html

6. État des lieux du suicide en France - Santé mentale et psychiatrie - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 17 mai 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france

7. La politique publique de prévention du suicide - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. 2014 [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/la-politique-publique-de-prevention-du-suicide.html

8. OR2S. Le suicide en Haute-Normandie. sept 2014;

9. Durkheim E. Le suicide: étude de sociologie. Paris: Éd. Payot & Rivages; 1897.

10. ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus. 2000.

11. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Paris: Inserm; 2005.

12. Batt A, Bellivier F, Delatte B, Spreux-Varoquaux O, Cremniter D, Dubreu V, et al. Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2008.

13. Batt A, Campeon A, Leguay D, Lecorps P. Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-500-A-20,; 2007.

14. Jehel L, Simon G. Critères d'évaluation et de surveillance pour la prise en charge de la crise suicidaire. Elsevier Masson SAS; 2010.

15. Patterson, William M. et al. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. Psychosomatics , Volume 24 , Issue 4 , 343 - 345; 1983.

16. Bouvard M., Charles S., Guérin J., Aimard G., Cottraux J. Etude de l'échelle de désespoir de Beck. L'Encéphale, 1992 : XVIII : 237-40; 1992.

17. Kapur N, House A, Dodgson K, May C, Creed F. Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study. BMJ. 19 oct 2002;325(7369):866-7.

18. Stephan F, Le Galudec M, Walter M. Quels sont les critères d'hospitalisation en psychiatrie des patients suicidants ? Conférenes Psychaitrue 2 : Troubles psychiatriques - critères d'hospitalisation, SFMU; 2011.

19. American Psychiatric Association. Practice Guideline For The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. 2010;

20. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. BMJ. 7 mai 1994;308(6938):1227-33.

21. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. Br J Psychiatry. 1 sept 2002;181(3):193-9.

22. Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale. Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. 2011.

23. de Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 2013;61(4):363-4.

24. Vaiva, G., Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. BMJ. 2006;332(7552):1241-5.

25. Coudrot C. Etude pilote : évaluation de l'effet du recontact des suicidants sur la récidive suicidaire. [Saint Etienne]: Université Jean Monnet, Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2010.

26. Castaigne E. Intérêt des rappels téléphoniques et d'un travail en réseau dans la prise en charge des suicidants. A propos d'une étude contrôlée : l'étude OSTA. [Paris]: Université Paris 6, Pierre et Marie Curie; 2013.

27. Défense L. Intérêt d'un recontact téléphonique spécifique des suicidants au sein du centre antipoison de Lille et vécu des patients. [Lille]: H. Warembourg; 2014.

28. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. Psychiatr Serv Wash DC. juin 2001;52(6):828-33.

29. Carter G, Clover K, Whyte I, Dawson A, 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. 8 oct 2005;331(7520):805.

30. Evans J, Evans M, Morgan H, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry J Ment Sci. août 2005;187:186-7.

31. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 1 sept 2008;86(9):703-9.

32. Gunnell D, Bennewith O, Peters TJ, Stocks N, Sharp DJ. Do patients who self-harm consult their general practitioner soon after hospital discharge? A cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. déc 2002;37(12):599-602.

33. Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. mai 2003;53(490):365-70.

34. Bennewith O, Stocks N, Gunnell D, Peters T, Evans M, Sharp D. General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomised controlled trial. BMJ. 25 mai 2002;324(7348):1254-7.

35. Saini P, Windfuhr K, Pearson A, Da Cruz D, Miles C, Cordingley L, et al. Suicide prevention in primary care: General practitioners' views on service availability. BMC Res Notes. 2010;3:246.

36. Rault J, Le Breton-Le Rouvillois G. La démographie médicale en région Haute-Normandie, situation en 2013. Ordre National des Médecins; 2013.

37. ARS. Territoire de santé de Dieppe : élements de diagnostic sanitaire et social. 2011;

38. Fhailí M, Flynn N, Dowling S. Experiences of suicide bereavement: a qualitative study exploring the role of the GP. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. févr 2016;66(643):e92-98.

39. Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. Acta Psychiatr Scand. janv 1989;79(1):19-26.

40. Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. Changes in the frequency of suicidal behaviour after a 2-year intervention campaign. Nervenarzt. mars 2007;78(3):272-6, 278-80, 282.

41. Grimholt TK, Jacobsen D, Haavet OR, Sandvik L, Jorgensen T, Norheim AB, et al. Structured follow-up by general practitioners after deliberate self-poisoning: a randomised controlled trial. BMC Psychiatry. 2015;15:245.

42. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - Article 7.

43. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36. 2009-879 juill 21, 2009.

44. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalniklewicz B. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;(108):148-55.

45. Catherine P. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative. Rouen; 2012.

46. Ordre national des médecins. Code de déontologie médicale. 2012.

47. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. Recommandations de bonnes pratiques : Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. 2011.

48. Takeda A, Taylor S, Taylor R, Khan F, Krum H, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure. The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 12 sept 2012 [cité 28 mars 2016]; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002752.pub3

49. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire : Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? 2015.

50. Hardy-Bayle M, Passerieux C, Beauchamps B. Les liens ville/hôpital : Dispositif de soins partagés (DSP). 2013.

51. Lastrico A, Andreoli A. Niveau de formation des psychothérapeutes et résultats de la psychothérapie analytique. Ann Méd-Psychol. 1995;(153):676-86.

52. Lampros P, Chauvet I, Rubovszky G. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? Rev Med Suisse. 2010;1555-7.

Résumé

Introduction : La pathologie suicidaire est un problème majeur de santé publique. Chaque année 10 000 personnes se suicident en France. Les recommandations actuelles préconisent le suivi des suicidants par une équipe avec qui le patient a noué une relation de confiance. Pourtant peu d'études ont évalués le rôle du médecin généraliste dans le suivi des suicidants.

Méthode : Une étude qualitative avec entretiens semi-structurés a été réalisée auprès des médecins généralistes des secteurs psychiatriques 76G11 et 76G12 afin de connaître leur vécu de la pathologie suicidaire et le rôle qu'ils jouent dans son suivi. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel *QDA miner*®.

Résultats : Treize médecins généralistes ont participé à l'enquête. Les résultats montrent que les médecins généralistes sont investis dans le suivi des suicidants et souhaitent participer au suivi. La plupart souhaite travailler de manière coordonnée avec le psychiatre. Les difficultés rencontrées sont surtout liées au manque de communication avec le psychiatre, aux difficultés d'accès aux soins psychiatriques et au manque de formation.

Discussion : Il existe donc une place pour le médecin généraliste dans le suivi des suicidants. Quelques améliorations de communication et de formation pourraient permettre une meilleure prise en charge. A cet effet, une plaquette d'information sur l'organisation du service de psychiatrie de l'hôpital de Dieppe a été réalisée à destination des médecins généralistes.

Mots-clés :

Suicide (Suicide) - Prévention secondaire (Secondary Prevention) - Médecine Générale (General Practice) - Soins de santé primaires (Primary Health Care) - Recherche Qualitative (Qualitative Research) - Continuité des soins (continuity of patient care) - Rôle du médecin (Physician's role) - Hôpital de Dieppe (Dieppe Hospital)