



HAL
open science

Réseau suicide en Martinique : la place des médecins généralistes

Jessy-Karell Ambroisine

► **To cite this version:**

Jessy-Karell Ambroisine. Réseau suicide en Martinique : la place des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01401104

HAL Id: dumas-01401104

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01401104v1>

Submitted on 22 Nov 2016

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2016

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
2016ANTI0065

Réseau suicide en Martinique : la place des médecins généralistes

Etude qualitative à propos des ressentis et attentes de
12 médecins généralistes libéraux

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
Des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

AMBROISINE Jessy-Karell

Examineurs de la thèse :
Professeur CHARLES-NICOLAS Aimé (Président de jury)
Professeur WARTER André (Juge)
Professeur CABRE Philippe (Juge)
Professeur JEHÉL Louis (Directeur de thèse)
Docteur CRIQUET-HAYOT Anne (Juge)

**UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI

Médecine interne
CHU de FORT- DE - FRANCE

Bruno HOEN

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Pierre COUPPIE

Dermatologie
CH de CAYENNE

Thierry DAVID

Ophtalmologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Georges JEAN-BAPTISTE

Rhumatologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
CHU de FORT- DE - FRANCE

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive
CHU de FORT- DE - FRANCE

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
CHU de FORT- DE - FRANCE

André WARTER

Anatomopathologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

André CABIE

Maladies Infectieuses
CHU de FORT- DE - FRANCE

Philippe CABRE

Neurologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

Philippe DABADIE

Anesthésiologie/Réanimation
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

Régis DUVAUFERRIER

Radiologie et imagerie Médicale
CHU de FORT- DE - FRANCE

Annie LANNUZEL

Neurologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
CHU de FORT- DE - FRANCE

Mathieu NACHER

Epidémiologie
CH de CAYENNE

Guillaume THIERY

Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Magalie DEMAR

Parasitologie et Infectiologie
CH de CAYENNE

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
CHU de FORT DE FRANCE

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier

Professeurs des Universités Associé

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de FORT- DE - FRANCE

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de FORT- DE - FRANCE

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD

Urologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

MARY Julia

Rhumatologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

MOINET Florence

Rhumatologie et Médecine Interne
CHU de FORT- DE - FRANCE

Philippe CARRERE

Médecin Générale
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

DE RIVOYRE Benoit

Ophthalmologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

SEVERYNS Mathieu

Orthopédie
CHU de FORT –DE- FRANCE

DELAIGUE Sophie

Dermatologie – Maladies Infectieuses
CH de CAYENNE

Katlyne POLOMAT

Médecine interne
CHU de FORT- DE - FRANCE

BORJA DE MOZOTA Daphné

Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES

ROSE-DITE MODESTINE Johan

Urologie
CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES

JACQUES-ROUSSEAU Natacha

Anesthésiologie/Réanimation
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

GUILLE Jérémy

ORL et Chirurgie Maxillo Faciale
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

BLETTERY Marie

Rhumatologie 5D
CHU de FORT- DE - FRANCE

SCHOELL Thibaut

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CHU de FORT- DE - FRANCE

SAJIN Ana Maria

Psychiatrie
CHU de FORT- DE - FRANCE

GHASSANI Ali

Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

BRUNIER-AGOT Lauren

Rhumatologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

GALLI-DARCHE Paola

Neurologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

CHARMILLON Alexandre

Maladies Infectieuses
CH de CAYENNE

Professeurs EMERITES

Bernard CARME

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte

Remerciements

A Monsieur le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Pour votre confiance et votre bienveillance lors de mon passage dans votre service, je vous prie d'accepter ici l'expression de ma très haute considération et toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur André WARTER

Je vous remercie de juger ce travail de thèse, c'est un grand honneur de bénéficier de votre appréciation en tant que membre du Jury. Je vous prie de croire en ma plus grande considération.

A Monsieur le Professeur Philippe CABRE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de siéger à ce jury de thèse. Je vous prie d'accepter, Monsieur le Professeur, l'expression de ma très grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Louis JEHEL

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance pour la confiance que vous m'avez fournie en acceptant de diriger mon travail. Je suis heureuse d'avoir eu l'honneur de travailler sous votre direction. Votre dévouement pour la psychiatrie en Martinique est source d'admiration. Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Anne CRIQUET-HAYOT

Je ne vous remercierais jamais assez votre engagement et votre disponibilité tout au long de mon parcours. Je rends hommage à votre implication dévouée en faveur des internes et des praticiens en Martinique. Votre engagement est source d'inspiration. C'est un honneur pour moi que vous siégiez à ce jury de thèse.

Aux personnes qui ont participé à ce travail,

Je remercie le Dr Antoine MESSIAH, pour ses conseils méthodologiques, et son éclairage pendant la phase de pré-étude.

Je remercie le Dr Jean-Michel SIGWARD pour ses encouragements.

Je remercie Julie PLUTON pour ses conseils méthodologiques et son soutien.

Je remercie l'équipe de SOS KRIZ pour leur disponibilité et leur implication dans le parcours de prévention.

Je remercie infiniment tous les médecins interrogés qui m'ont accordé un peu de leur temps et partagé leurs expériences avec sincérité.

A toutes les personnes qui m'ont aidé dans mon parcours,

A tous les médecins et enseignants croisés le long de mes études, merci de m'avoir transmis votre savoir.

En particulier merci au Dr Patrick NUMERIC, Dr Karine GUITTEAUD et Dr Ingrid LAUDARIN pour m'avoir transmis, au-delà du bagage théorique et pratique, leur passion du métier.

Merci au Dr Yolène BELLON-TULLE pour sa confiance. Ton dévouement pour tes patients est source d'inspiration.

Merci aux Dr Raymond RICHER, Dr Rémy BELLANCE, Dr Josèphe JOLY-FLORO, pour m'avoir toujours encouragée.

A mes proches,

A ma mère, pour ton courage exemplaire, tes valeurs et ton dévouement. Tu m'as transmis la passion de cette discipline, et la force d'aller au bout des choses.

A mon père pour ta confiance et ton amour. Merci d'être resté le papa gâteau de mon enfance.

A ma douce sœur Laure-Anne pour ton soutien, tes encouragements, notre complicité et tous ces moments partagés. Je t'aime.

A mon frère Eddy, merci de me faire rire, et de rester mon petit bébé d'amour. Tu es mon rayon de soleil.

A Papy Fèfene. J'aurai aimé que tu assiste à ce moment à nos côtés. Tu me manques.

A ma famille au grand cœur : A mes grands-parents, pour tout leur amour.

A ma deuxième maman, tat' Vivi, pour ton dévouement. A mon grand frère Gilou, merci pour ton amour passionnel, notre complicité et ton soutien pendant mes études. A Frédérique, ma grande sœur, pour notre complicité, et d'avoir fait de moi une marraine heureuse.

A mon Amour, pour ton soutien indéfectible, merci pour ce formidable #tourbyonlanmou qu'est la vie à tes côtés.

A ma famille adoptée : Emilie, Sarah, Amantine, Raphael, Michmouch, Laetitia pour tous ces beaux souvenirs.

A Maly pour ta bienveillance, tes conseils et ton dévouement. Tu es une tatie en Or.

A ma fine adorée, pour tout ton miel.

A mes amis de fac ou de fête, devenus des amis sincères : Jean-Yves, Malika, Sunshy, Odile, Lara, Karine, Vanessa, Gillians, Lionel, Tony, Serge, Steeve, Daria, Mylène, Gogo, Malika, Fabien, Caroline, Zion...

A Marianna et Basile, la période est charnière, tous mes vœux de bonheur.

A VaKBand, pour maintenir l'équilibre.

Résumé

Contexte : Le suicide représente en France une préoccupation de santé publique, comme le confirme la création en 2013 de l'observatoire national du suicide. La médecine générale, essentiel de l'offre ambulatoire de premier recours, a une place incontournable dans le parcours du patient.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de comprendre la place du médecin généraliste au sein du dispositif de soin en matière de crise suicidaire, à travers leurs ressentis et attentes.

Méthode : Étude qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs individuels auprès des médecins généralistes libéraux de Martinique. Un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale » a permis d'inclure douze médecins entre octobre et novembre 2015. Les entretiens ont été transcrits et analysés par thématique.

Résultats : L'analyse des entretiens met en évidence trois axes principaux de réflexion. L'implication des médecins et la qualité de la relation médecin-patient semblent être satisfaisantes, mais les médecins expriment leur besoin de formation, orientés notamment vers le repérage du risque suicidaire. La place centrale du médecin généraliste dans le parcours du patient suicidaire reste difficile à envisager au vu du réseau actuel souffrant de défauts organisationnels et de communication interprofessionnelle.

La satisfaction des acteurs en soin primaire, et leur équilibre psychique voire leur propre risque suicidaire, sont à prendre en compte.

Conclusion : L'amélioration de la formation des médecins généralistes et de leur collaboration avec les psychiatres est essentielle pour une optimisation de la prise en charge de la crise suicidaire en Martinique.

Mots clés : suicide, médecins généralistes, médecine générale, parcours de soin, étude qualitative

Abstract

Background: Suicide is in France a public health concern, as confirmed by the National Suicide Observatory creation in 2013. General practitioners, constituting most of the primary care offer, have an essential place in the patient pathway.

Objectives: The objective of this study is to understand the place of the general practitioner in the care setting for suicidal crisis through their feelings and expectations.

Method: Qualitative study based on individual semi-structured interviews with private general practitioners in Martinique. We included twelve physicians with a maximal variation sampling between October and November 2015. Interviews were transcribed verbatim and analysed using a thematic approach.

Results: The analysis of the interviews reveals three main lines. The involvement of general practitioners and the quality of the doctor-patient relationship seem to be satisfactory, but practitioners express their need for training, particularly in the identification of suicide risk. The centrality of the general practitioner in the suicidal patient pathway is difficult to envisage due to the current mental health care network suffering from organizational and interprofessional communication defects.

The satisfaction of actors in primary care, their mental balance and even their own suicidal risk should be taken into consideration.

Conclusion: For general practitioners, the training needs, and the improvement of interprofessional collaboration are keys for an optimal managing of suicidal risk in Martinique.

Keywords: suicide, general practitioner, general medicine, pathway care, qualitative study

Table des matières

Remerciements	7
Résumé	10
Abstract	12
Table des matières	13
Abréviations	16
Glossaire	17
1. Avant-propos.....	19
1.1. Naissance de la thèse.....	19
1.2. Cas clinique	20
2. Introduction.....	23
2.1. Généralités.....	23
2.1.1. Définitions	23
2.1.2. Epidémiologie de la crise suicidaire.....	24
2.1.3. Facteurs de risque	25
2.1.4. La crise suicidaire en France : notions d'histoire.....	26
2.1.5. Particularité culturelles à la Martinique	29
2.2. Offre de santé en Martinique	30
2.2.1. Démographie médicale.....	30
2.2.2. Hospitalisation en psychiatrie	30
2.2.3. CMP	31
2.2.4. Réseau	31
2.3. Problématique	32
2.4. Objectifs de la thèse	33
3. Enquête préalable	34
3.1. Contexte de l'étude	34
3.2. Matériel et méthode.....	35
3.3. Résultats enquête préalable	36
3.3.1. Enquête A= « intervenants »	36
3.3.2. Enquête B = « Tout public ».....	41
3.4. Perspectives de l'enquête préalable.....	42
4. Etude qualitative	43
4.1. Matériel et méthode.....	43
4.1.1. Choix de la méthode.....	43

4.1.2.	Objectif de l'étude	44
4.1.3.	Constitution de l'échantillon	45
4.1.4.	Canevas d'entretien.....	47
4.1.5.	Caractéristique de l'entretien.....	49
4.1.6.	Collecte de l'information	49
4.1.7.	Ethique.....	51
4.2.	Résultats	52
4.2.1.	Constitution des échantillons	52
4.2.2.	Analyse des entretiens	54
4.2.3.	Résultats qualitatifs	55
5.	Discussion	99
5.1.	Forces et faiblesses de ce travail.....	99
5.1.1.	Biais.....	99
5.1.1.	Forces	100
5.2.	Discussion des résultats	101
5.2.1.	Lien entre étude préalable et étude quantitative	101
5.2.2.	Les médecins généralistes en souffrance face à la prise en charge de la crise suicidaire ..	102
5.2.3.	La place centrale du MG au sein d'un réseau performant est essentielle	106
5.2.4.	Les médecins généralistes et leur propre risque suicidaire.....	112
5.3.	Perspectives	114
5.3.1.	Evaluation de la prévalence du suicide en Martinique.....	114
5.3.2.	Informers la population	115
5.3.3.	Décloisonnement.....	115
6.	Conclusion	117
7.	Annexes	118
7.1.	Annexe 1 : Questionnaire A= professionnels	119
7.2.	Annexe 2 : Questionnaire B = tout public	121
7.3.	Annexe 3 : Guide de recrutement téléphonique	123
7.4.	Annexe 4 : Guide d'entretien 1	124
7.5.	Annexe 5 : Guide d'entretien 2	128
7.6.	Annexe 6 : Le questionnaire PRIME-MD	132
7.7.	Annexe 7 : Un test complémentaire au PRIME-MD : questionnaire T 4.....	132
7.8.	Annexe 8 : RUD	133
7.9.	Annexe 9 : chartre de partenariat MG et psychiatrie de secteur	134

8. Bibliographie.....	135
9. Serment d'Hippocrate	143

Abréviations

- CépiCd: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CHUM : Centre hospitalier universitaire de la Martinique
- CMP : Centre médico psychologique
- DOM : Département d'Outremer
- DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- GEPS : groupement d'étude et de prévention du suicide
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MGEN : Mutuelle générale de l'éducation nationale
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- TS : Tentative de suicide
- UAD : Unité anxiété dépression

Glossaire

- **Biais d'acquiescement** : Propension du répondant à répondre systématiquement par l'affirmative aux différentes questions qui lui sont posées.
- **Biais de mémoire** : biais possible dès que l'information à recueillir concerne des évènements passés
- **Biais de sélection** : biais liés à la manière de constituer les échantillons
- **Biais vers le oui / biais d'acquiescement** : a tendance à l'acquiescement est une attraction du sujet pour les réponses positives (Oui, Vrai, D'accord, etc.), les gens disent plus volontiers « oui » que « non ».
- **Contre transfert** : Le contre-transfert, est un "a priori" du soignant envers tel ou tel malade, en dehors de toute visée soignante. Il désigne l'incapacité du professionnel à séparer la relation thérapeutique de ses sentiments personnels et des attentes du patient. le contre-transfert peut donc être interprété comme une implication émotionnelle de l'analyste qui interfère de manière inconsciente dans la relation à son patient.
- **Effet d'ancrage** : Les sondés ont tendance à privilégier les questions posées en premier : c'est l'effet d'ancrage. Dans une question fermée, les modalités proposées en premières positions à l'oral ou en haut à gauche à l'écrit, auront une probabilité plus forte d'être choisies.
- **Effet de halo** : lorsque, dans un questionnaire, plusieurs questions sont posées d'affilée sous la même forme (utilisation d'une même échelle pour plusieurs questions suivies, échelles orientées dans le même sens...). Lorsqu'une

personne a répondu d'une certaine manière à une première question, elle aura tendance à répondre de la même manière aux questions suivantes

- **Tri à plat** : une opération consistant à déterminer comment les observations se répartissent sur les différentes modalités que peut prendre une variable à modalités discrètes.
- **Tri croisé** : opération consistant à calculer les fréquences d'individus statistiques tombant dans chacune des cases du produit cartésien de plusieurs variables. Le tri croisé est une extension à plusieurs variables du tri à plat.
- **Verbatim** : Reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé ; compte rendu fidèle.

1. Avant-propos

1.1. Naissance de la thèse

J'ai choisi le métier de médecin simplement pour aider les gens en souffrance.

Puis, j'ai connu les stages en services de soins somatiques.

J'y ai vu des patients en souffrance, j'y ai aussi vu des patients différents.

Ceux dont l'esprit ne leur permet plus de comprendre, ceux dont l'esprit comprend différemment.

Je me suis donc orientée par deux fois pendant mon externat vers la psychiatrie. Pour comprendre ce qui m'interpellait, pour comprendre la finesse de cette spécialité.

La psychiatrie a d'ailleurs toujours une large place dans mes champs d'intérêt.

Les patients suicidaires ont été mon quotidien lors de mon stage d'interne à l'unité anxiété dépression (UAD) du CHU de Fort-de-France.

J'ai aussi retrouvé ce mal-être en ville, seule, pendant mes remplacements, et me suis rendu compte de la complexité de leur prise en charge, loin des murs sécurisants de l'hôpital. Et là a commencé ma réflexion sur ma future pratique.

Quelle frustration qu'est celle de vouloir soigner celui qui ne demande qu'à ne plus être là! Quelle incompréhension face à cette douleur qu'on ne sait quantifier, qui n'est pas visible!

Comment aider ceux qui ne veulent plus...

1.2. Cas clinique

J'ai alors approfondi mon questionnement à l'occasion de mon mémoire de D.E.S de médecine générale, dont le sujet était déjà la crise suicidaire en cabinet de ville, et dont je vous relate ici le cas :

« Lors d'une journée de remplacement, j'ai reçu l'appel d'une patiente connue du cabinet, à propos de son mari. Elle était inquiète à propos d'une situation installée depuis plusieurs semaines, elle craignait qu'il ne fasse une « bêtise.

Je l'ai reçu en urgence, entre 2 rendez-vous. Il est chef d'entreprise dans l'agriculture, marié depuis 28 ans, et a 2 enfants. Il n'a pas d'antécédent personnel ou familial et prend du zolpidem « depuis toujours ». Il ne consomme ni toxique, ni alcool. C'est la première fois qu'il vient au cabinet, et n'a pas de médecin traitant.

Sa présentation m'inquiète d'emblée : prostré, visage figé, en pleurs et dans un état d'incurie avancé, il évite le contact visuel.

Il est triste et irritable, s'isole et présente une hypersomnie (20h/jours). Sa femme pense qu'il a des idées suicidaires, selon elle il n'y a aucun facteur déclenchant.

Quand je le vois seul, il est toujours prostré, sa voix est monocorde, son débit verbal est ralenti. Il présente depuis plusieurs mois une douleur morale intense avec une tristesse de l'humeur, une baisse de l'estime de soi, une auto dévalorisation, un pessimisme, une anhédonie et un grand sentiment de culpabilité.

Il présente également un émoi affectif, Il est irritable, parfois agressif verbalement. Il a perdu 16 kilos en huit mois. Il présente des ruminations anxieuses envahissantes, et a le sentiment « d'avoir peur de tout ». Il n'a pas de symptômes psychotiques.

Il prend de l'alprazolam prescrit par un « copain médecin » depuis un mois et du zolpidem « depuis toujours », qu'il avoue « abuser » depuis plusieurs semaines, prenant un comprimé à chaque fois qu'il se réveille, « ça peut être 4 par jour ».

Il a des idées suicidaires qu'il verbalise très clairement. « Je veux mourir maintenant, tout de suite ». Il m'avoue deux tentatives de suicide. La première 6 mois avant, médicamenteuse. Il avait finalement recraché les comprimés. La seconde, la semaine précédente : 14 comprimés de zolpidem. Il s'est réveillé plus de 24 heures plus tard, regrettant cet échec, avec un sentiment de dévalorisation renforcé « je ne suis même pas capable de me suicider ».

Son entourage n'est au courant d'aucune de ces 2 tentatives de suicide.

L'hospitalisation me semble nécessaire, il n'est pas prêt et me demande de « le laisser mourir », et puis il n'est pas « fou ».

Je m'entretiens alors à l'écart avec le psychiatre d'astreinte au CHU joint sur le numéro d'urgence réservé aux échanges entre professionnels, l'indication de l'hospitalisation est confirmée, nous évoquons même la nécessité de prévoir une hospitalisation sous contrainte en cas de refus de soin du patient à son arrivée à l'hôpital.

En repassant par la salle d'attente pleine, les patients me lancent des regards interrogateurs, d'autres agacés regardent leurs montres.

Je formalise après les choses avec lui et son épouse, et préviens à leur demande leur « copain médecin ».

Deux jours plus tard, j'apprendrai par sa femme qu'il a finalement été admis à la clinique, il va quant à lui déjà mieux. En contactant la clinique: l'évolution des troubles anxieux et de l'asthénie a été rapidement favorable, et le retour à domicile est déjà envisagé. Je demande à ce que le compte rendu me soit envoyé le plus rapidement possible.

Je reçois par fax le lendemain, un compte rendu d'hospitalisation sommaire (le motif d'admission, le traitement de sortie, et un résumé en une phrase de son état clinique le jour de sa sortie 5 jours plus tard)

Sa sortie me paraît prématurée. Je n'arrive pas à joindre Mr F ou sa famille par téléphone, ni même le psychiatre de la clinique. J'apprendrai bien plus tard qu'il a été ré hospitalisé 4 jours après sa sortie prématurée, à sa demande, pour une recrudescence anxieuse et une difficulté à gérer la solitude au domicile. »

Actuellement (2 ans plus tard), il a arrêté tout suivi ambulatoire en psychiatrie, et abuse encore des médicaments...

2. Introduction

2.1. Généralités

2.1.1. Définitions

L'étude de la problématique suicidaire suppose une définition communément admise. Hors, il n'existe pas de réel consensus à ce sujet, selon que l'on considère le degré de conscience intentionnelle du sujet.

Dès 1988, l'OMS défini le suicide comme «un acte ayant une issue fatale, entrepris et exécuté délibérément par l'individu décédé, celui-ci connaissant ou recherchant cette issue fatale, et visant par cet acte à causer des changements désirés». [1] La notion d'intentionnalité y est clairement précisée : le sujet est conscient et mesure les conséquences de ses actes.

Puis en 2014, dans son rapport sur le suicide [2], l'OMS défini la tentative de suicide (TS) **comme tout comportement suicidaire non mortel** et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto agression avec intention de mourir ou pas.

L'HAS, lors de sa conférence de consensus en 2000 décrit la crise suicidaire comme une **crise majeure dont le risque est le suicide** [3].

Le suicidant est un « **Sujet à propos duquel il existe un haut risque de suicide ;** personne qui a fait une ou plusieurs tentative(s) de suicide ».

2.1.2. Epidémiologie de la crise suicidaire

Chaque année, 804 000 personnes se suicident dans le monde. Soit **une personne toutes les 40 secondes** Aucune région ni aucune tranche d'âge n'est épargnée. Il touche toutefois particulièrement les jeunes de 15 à 29 ans, chez qui il constitue la deuxième cause de mortalité à l'échelle mondiale. [1]. Selon les données de l'INSERM, **en 2012, 9859 décès par suicide** ont été enregistrés en France [4].

Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est. Les disparités régionales de mortalité par suicide sont marquées, avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. [5]

La prévalence des TS est difficile à estimer. En effet, il n'y a pas d'enquête systématique, notamment en population générale. En France on évaluait en 2002 à près de **195 000 le nombre de TS ayant donné lieu à un contact avec le système de soins**[6]. Si les victimes du suicide sont pour près des trois quarts des hommes, les tentatives de suicide sont majoritairement le fait des femmes[7].

3,9 % de la population a eu des pensées de suicide durant l'année écoulée. Le genre est une variable importante : les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide au cours de l'année. [7,8]

La population de la Martinique a été estimée à 386486 habitants en 2013 [9]. Le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) note **21 suicides en 2012** (16 hommes 5 femmes) soit 0.74% de l'ensemble des décès [4]. Le baromètre santé DOM de 2014[10] nous indique que **5 % des Martiniquais** (3

(6 % des hommes, 6 % des femmes) **ont déjà fait une TS au cours de leur vie**, moins souvent que les métropolitains (7 %).

Au cours des douze derniers mois, **4 % des personnes ont pensé à se suicider**, et 0,6 % ont fait une TS, ces proportions étant comparables à celles observées en métropole ou dans les autres DOM [7]

L'enquête ETADAM montre que parmi les jeunes scolarisés (14-19 ans) sur la période 2007-2008, 11% ont déjà fait une TS (14% des filles contre 7% des garçons), et 12.8% (7% des garçons et 17% des filles) ont déclaré avoir pensé au suicide (assez souvent ou très souvent) au cours des 12 derniers mois [11].

Une étude menée en Martinique en 2013 a estimé à **une TS tous les 3 jours prise en charge dans les services d'urgence** et de réanimation du CHUM (centre hospitalier universitaire de la Martinique) chez les jeunes âgés de 11 à 18 ans. [12]

2.1.3. Facteurs de risque

La **population masculine est la plus touchée par le suicide**(environ 75 %). Le taux de suicide augmente avec l'âge, plus fortement pour les hommes que pour les femmes [13]. Les modes de suicide varient selon le sexe [14]. Pour les hommes, les deux modes prépondérants sont la pendaison (41 % des décès) et les armes à feu (25 %). Pour les femmes, on observe une plus grande diversité des modes de suicide : empoisonnements médicamenteux (27 %), pendaison (27 %), noyade (17 %), saut d'un lieu élevé (10 %).

Les **tentatives de suicide sont majoritairement le fait des femmes** [8].Le moyen le plus fréquemment utilisé pour une TS est l'intoxication médicamenteuse [15].

Un **antécédent de TS** est l'un des plus importants facteurs de risque de suicide [3]. Après une TS, on note 40 % de récurrences, dont la moitié dans l'année suivante. Il y a 1 % de mortalité par suicide dans l'année qui suit la TS [16]. Les **troubles mentaux** représentent dans le monde un facteur majeur associé au suicide. Les troubles les plus fréquemment associés sont les troubles dysthymiques, l'alcoolisme, les troubles psychotiques (schizophrénie en particulier), les troubles anxieux, les troubles de la personnalité [3]

Les suicidants présentent 4 fois plus d'**événements de vie** (EV) dans les 6 derniers mois que la population générale et 1,5 fois plus que les déprimés ne faisant pas de TS. Un pic de fréquence est retrouvé dans le dernier mois précédant le geste qui concentre 1/3 des EV [3].

Il existe des facteurs de risque de suicide en dehors des maladies mentales : les **troubles somatiques**, les **violences** (sexuelles et non sexuelles), et les facteurs de risque **sociodémographiques** (le sexe féminin, les âges extrêmes, l'état matrimonial, certaines professions, le chômage, l'habitat urbain et la migration) [17]. Il est à noter qu'en Martinique, les indicateurs de précarité sont les suivants : 21.8% de la population en touche le RSA en 2013, 7094 personnes touchent l'allocation de solidarité spécifique en 2012, 95039 (24.3% de la population) bénéficie la CMU [9].

2.1.4. La crise suicidaire en France : notions d'histoire

La généalogie de la politisation du suicide a été décrite par Arnaud CAMPEON en 2003 [18]. L'idéologie chrétienne a pendant longtemps condamné le « meurtre à soi-même ». Il faut attendre 1810 pour qu'arrive la **dépénalisation de l'acte suicidaire**. Cette dépénalisation n'a pas empêché le renforcement de ce tabou qu'était le suicide et sa réprobation morale. Durkheim, en 1897 fournira un premier éclairage social à la problématique suicidaire, ce qui permettra petit à petit à accorder un peu plus de visibilité au sujet.

En France, vers la fin des années 50 apparaissent des **centres d'accueil et centre d'écoute**, dans un nouveau contexte de droit à la santé et de forte demande sociale après la seconde guerre mondiale.

En 1967 SOS amitié est reconnu d'utilité publique.

L'OMS en 1969 puis 1975, à travers un document consacré à la prévention du suicide dans le monde, demande aux pays de créer des instances nationales pour organiser les services existants. C'est ainsi que **se crée le GEPS** (groupement d'étude et de prévention du suicide) en 1969, premier organe représentatif de la problématique suicidaire.

L'étude de la section de la Rationalisation des choix budgétaires (RCB), montrant qu'une **politique de prévention** est économiquement rentable pour la collectivité (au-delà des avantages attendus sur le plan humain) a légitimé le rôle de l'état.

En 1982 l'ouvrage controversé *Suicide, mode d'emploi* qui donne des recettes « sans violence » pour mettre fin à ses jours fait l'effet d'une bombe, et la polémique se fait forte au sein de l'espace public. De ce débat public, et grâce à

l'action de l'association de défense contre l'incitation au suicide (ADIS), émerge une loi adoptée en 1987, permettant le retrait légal du livre.

Plus tard, et avec le rapport élaboré par le Conseil économique et social en 1992, **la problématique suicidaire est reconnue institutionnellement**, les programmes d'action se transforment et se territorialisent.

Le suicide apparaît comme l'une des dix priorités nationales de santé publique lors de la première Conférence nationale de santé en 1996. Les initiatives régionales à travers les programmes régionaux de santé, impulsent la réflexion et le **programme national de prévention** est créé (2000-2005) [3] et renouvelé en 2011 [19].

2.1.5. Particularité culturelles à la Martinique

Massé a proposé en 2001 une étude anthropologique de la détresse en Martinique [20]. **Les valeurs et pratiques sociales créoles, exacerberaient les impacts des évènements de vie**« soit en fragilisant l'individu et en le dépouillant des mécanismes de réactions adéquats pour gérer les évènements de vie difficiles, soit en accordant une importance disproportionnée à ces évènements ».Les **traumatismes identitaires post coloniaux**, conforteraient une image négative, « l'Antillais cultiverait une autodévalorisation qui alimente une détresse psychologique chronique [...]. Les identités personnelles et collectives antillaises portent des marques profondes du passé colonial qui deviennent autant de cicatrices qui fragilisent l'Antillais confronté à des expériences de vie difficile ».Les conditions d'existence (chômage, isolement social), les rapports sociaux anxiogènes (de classe, de genre, intrafamiliaux) et les fragilités identitaires doivent être prises en compte dans le même temps que les causes structurelles (économiques et politiques) qui les ont alimentés.

Les **croyances magicoreligieuses** quant à elles apparaissent comme des agents culturels potentiellement pathogènes. Le quimbois, en tant qu'élément d'explication et d'interprétation du sens de la détresse, est une cause de détresse en soi, à travers les explications qu'il suppose. Sa variante moderne semble être celle de l'opposition des démons et de Satan, omniprésentes dans le discours des Eglises fondamentalistes protestantes et des catholiques charismatiques.L'anthropologie de la détresse en Martinique est une approche intéressante dans l'analyse de l'influence et d'interpénétration des niveaux de réalité de la souffrance.

2.2. Offre de santé en Martinique

2.2.1. Démographie médicale

Il y avait **311 Médecins généralistes**[9] libéraux en Martinique en exercice au 1/1/2014, soit une densité de 80 pour 100 000 habitants. Contre 106/100000 en Métropole. La Martinique souffre d'une pénurie de MG[21].

Il y avait **10 Psychiatres libéraux** (ou mixtes) en 2014, et **54 psychiatres salariés** exclusifs [9]

Il y avait en 2014, **26 médecins du travail** qui sont salariés exclusifs [9]

185 psychologues sont enregistrés au répertoire ADELI en 2015, 18 libéraux uniquement (12 secteur centre, 4 secteur Nord-Atlantique, 2 secteur Sud), et 167 salariés ou avec une activité mixte (139 secteur centre, 11 Secteur Nord Atlantique, 6 secteur Nord Caraïbes, 11 secteur Sud)

2.2.2. Hospitalisation en psychiatrie

En Martinique, dans le cadre du plan régional de santé 2011-2016, une refonte du dispositif de prise en charge hospitalière met en réseau le CHU, l'hôpital psychiatrique (Colson/Mangot Vulcin), les cliniques et les centres médicopsychologiques (CMP). Au total 331 lits d'hospitalisation complète existent en Martinique [9] pour l'ensemble des patients atteints de pathologie psychiatrique.

- Les **urgences psychiatriques** sont basées au sein des urgences du CHU de Pierre Zobda-Quitmann. 24h/24, un infirmier psychiatrique et un psychiatre assurent la permanence des soins.

- La filière «urgence psychiatrique» s’articule autour de l’**U72** (hospitalisation de courte durée), pivot entre l’accueil des urgences et les structures d’hospitalisation de santé mentale de secteur, au CH Mangot Vulcin
- Le **service UAD**(unité anxiété dépression) est situé au CHU Pierre Zobda Quitman et dispose de 10 lits d’hospitalisation dédiés exclusivement aux troubles anxio dépressifs. Ce service est attenant au **centre de crise** (CDC) qui dispose de 7 lits d’hospitalisation de courte durée. Le CDC prend en charge les patients en crise (notamment suicidaire) ou atteints de psycho traumatisme. L’hospitalisation y est libre.
- L’hospitalisation peut se faire également en clinique privée (Anse Colas, clinique Sainte-Marie)

2.2.3. CMP

Les 11 CMP restent des acteurs clé dans la prise en charge de proximité. Ils regroupent psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues et éducateurs spécialisés. Ils peuvent également accueillir les urgences psychiatriques, sur appel du MG.

2.2.4. Réseau

13 réseaux existent en Martinique, dont 1 seule pour la santé mentale (Réseau ADDICTIONS de Martinique).

Aucun réseau n’existe actuellement pour la prévention du suicide.

2.3. Problématique

Le programme de lutte contre le suicide [19] préconise dans son premier axe de développer la prévention et la postvention. En France, le coût sociétal (direct et indirect) des conduites suicidaires est estimé à plus de **10 milliards d'euros par an** [22].

L'existence d'un réseau permettrait de concevoir, d'organiser, de penser les complémentarités des acteurs médicosociaux et associatifs et de développer et d'entretenir une dynamique de territoire concernant la prévention du suicide, avec des actions de prévention ciblée et adaptées aux spécificités de notre région.

En France, la médecine générale représente l'essentiel de l'offre ambulatoire [9]. Le MGest impliqué dans les questions de prévention et de soins qui sont interdépendantes, avec une forte intrication du sanitaire (psychique et somatique) et du social. Le MG a alors un rôle à jouer dans le dépistage et la prévention de la crise suicidaire. On sait d'ailleurs que dans le mois précédent une crise suicidaire, 47% des patients ont consulté leur MG, 80% dans les 3 mois, et 89% dans les 6 mois. [23].

Le MG, surtout quand il est le médecin traitant, assure le suivi médical des patients. Ainsi, l'étude de l'efficacité de l'intervention d'un professionnel de santé, en particulier le MG, sur le risque de réitération d'une TS est l'un des objectifs de l'étude APSOM (Algorithme de Prévention du Suicide en Outre-Mer) qui débutera en Martinique fin 2016, dans la suite des travaux de l'étude ALGOS [24]

Des recommandations à l'attention des MG existent en France [3,5] et dans le monde [3] au sujet de la crise suicidaire, mais elle est un évènement peu fréquent

dans l'exercice quotidien du MG [25] et la relation entre crise suicidaire acteurs de soins primaires que sont les MG est peu évaluée en France.

Des études françaises [26,27, 28] ont évalué les pratiques et attentes des MG au sujet de la problématique suicidaire. Elles ont montré des difficultés dans le repérage de la crise et l'évaluation du risque de passe à l'acte, expliquant le besoin de formation exprimé par les médecins eux même.

Dans ce contexte, il apparait important d'évaluer la prise en charge de la crise suicidaire d'un point de vue de la médecine générale en Martinique.

2.4. Objectifs de la thèse

L'objectif principal de la thèse est de comprendre la démarche de soin des MG face à une crise suicidaire à travers leur ressentis et leurs attentes, afin de compléter les connaissances en ce domaine

L'enjeu de ce travail est de comprendre comment s'articulent les difficultés et forces décrites par les MG eux-mêmes.

Les objectifs secondaires sont :

- de comprendre l'articulation actuelle de la prise en charge de la crise suicidaire par tous les acteurs médico sociaux et associatifs.
- de réfléchir, aux axes d'amélioration possibles d'une prise en charge de la crise suicidaire en réseau, en donnant une place centrale au MG.

3. Enquête préalable

3.1. Contexte de l'étude

La journée mondiale du suicide (le 10 septembre), à l'initiative de l'OMS et de l'association Internationale pour la prévention du suicide, a pour objectif de mobiliser les acteurs de prévention et prise en charge du suicide, et de sensibiliser l'opinion publique.

Dans le cadre du projet d'un futur réseau à propos du suicide, et de la mise en perspective de la place du MG au sein de ce réseau, il nous a paru opportun d'interroger les participants à cette journée à ce sujet.

- L'objectif était double :
- recueillir les pratiques et attentes de tous les acteurs de prévention et prise en charge de la crise suicidaire, évaluer le rapport entre ces acteurs et les médecins généralistes.
- Aider à la construction du guide d'entretien de l'étude principale

En 2015 en Martinique, la journée s'est articulée en 2 moments : la journée complète était destinée aux intervenants médicaux et non médicaux, et en soirée une conférence publique.

3.2. Matériel et méthode

- Il s'agit d'une enquête quantitative **ciblante** deux populations : les intervenants médicaux et non médicaux, qu'on désignera par « intervenants » et le grand public (auto désigné comme « non professionnel ou non intervenant»). L'**inclusion** s'est faite par un questionnaire a été remis à l'ensemble des participants à la journée, soit 160 questionnaires pour les intervenants et 23 pour le grand public. S'agissant d'une enquête d'évaluation, il n'a pas été fixé au préalable de **taille d'échantillon**.
- Les 2 questionnaires comportaient 4 parties : données démographiques, expérience à propos de la thématique suicidaire, questions relatives au réseau et au MG, demande d'information. Le questionnaire A était destiné aux « intervenants », le questionnaire B était destiné au « grand public ». Certaines questions jugées trop précises, techniques ou inadaptées ont été enlevées pour le grand public
- Les questionnaires autoadministrés ont été remplis et remis le jour même, le 10 septembre 2015. Le répondant complétait lui-même le questionnaire.
- La méthode d'analyse utilisée a été la méthode du tri à plat et du tri croisé.
- L'**anonymat** des réponses a été garanti et absolu.

3.3. Résultats enquête préalable

Compte tenu de la faiblesse de la taille de l'échantillon « tout public », la fiabilité des résultats suivants est limitée. Toutefois le taux de réponse étant fort (74% des participants tout public), ceci nous permet d'en faire une analyse statistique.

La faiblesse de l'échantillon « tout public » ainsi que la faible taille de chaque sous-groupe dans la catégorie « intervenant », ainsi que l'absence d'échantillon représentatif et randomisé, n'a pas permis une comparaison statistique avec une significativité suffisante de chaque sous- groupe.

3.3.1. Enquête A= « intervenants »

A. Données démographiques

116 questionnaires ont été récupérés. Les personnes interrogées avaient une moyenne d'âge de **49,14 ans**. Nous avons noté une forte **prédominance féminine** parmi les répondants (74,1% de femmes et 24,1% d'hommes). Les intervenants **exerçants au centre** sont les plus nombreux (n=79). Les structures d'exercice les plus représentées correspondent à l'**hôpital** (27,3%), **les associations** (24%), les collectivités territoriales (12,4%) et l'éducation nationale (12,4%). Il y avait une forte représentation des **assistantes sociales** (18,1%). Aucun médecin généraliste n'a répondu au questionnaire.

B. Faire face à la crise suicidaire

Les intervenants estiment à 62,1% avoir des connaissances préalables à propos de la thématique suicidaire. 33.6% des intervenants ont bénéficié d'une **formation préalable** au repérage de la crise suicidaire.

- La majorité des intervenants (70,7% ; n=82) ont **déjà été confrontés à une crise suicidaire**. Parmi eux,
- 56 ont précisé l'avoir été dans les 12 derniers mois, avec une moyenne de 5,88 fois.
- 64,6% se sont senti en difficulté, principalement en raison de la gravité de la situation (47,2%), manque de connaissance (41,5%), manque de connaissance des dispositifs (33,9%), manque d'outils (28,3%).
- 76,82% ont **redirigés le suicidant** vers un dispositif adapté. Parmi eux, la plupart (63%) vers un **service d'urgence**.
- La confrontation à la crise suicidaire a eu un **impact sur la pratique** de 62,19% d'entre eux, avec notamment des échanges accrus avec les collègues (68,6%) et recherche d'information et de formation sur le risque suicidaire (54,9%)

C. Un réseau en Martinique ?

- 44,8% des répondants **connaissent des dispositifs** d'aide et de prise en charge en Martinique
- La très grande majorité des répondants (98,3%) est **favorable à la création d'un réseau en Martinique**.

- La majorité (78,4% ; n=91) des personnes interrogées souhaitent que le réseau s'articule autour d'une **plateforme téléphonique dédiée** et 58,6% (n=68) d'entre eux souhaitent le retour d'une **équipe mobile**.
- Parmi les professionnels à impliquer, les psychiatres, psychologues, médecins généralistes et médecins du travail sont les plus cités.
- Les missions principales évoquées sont l'information à la population et la prise en charge de la crise suicidaire, suivies de la formation pratique et théorique des professionnels ainsi que la coordination des soins.
- La qualité des relations entre MG et autres acteurs a été évaluée :
 - Parmi les 8 psychologues, 5 estiment la relation insuffisante
 - Parmi les 38 intervenants du milieu social, 47,4% estiment cette relation insuffisante.
- La majorité des répondants placent le MG et le psychiatre en place centrale.

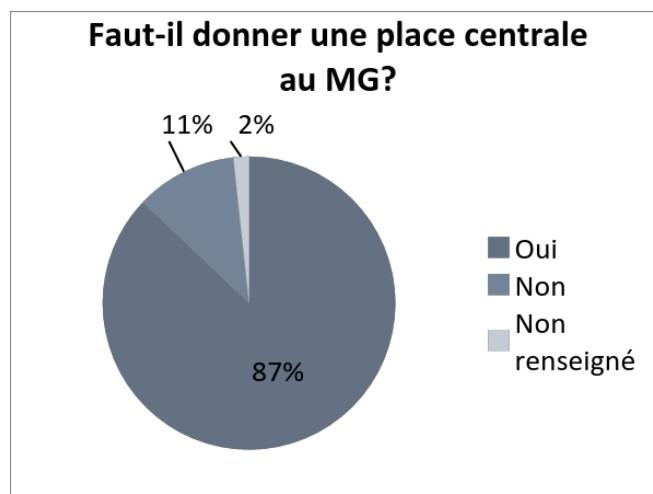


Figure I - Faut-il donner une place centrale au MG ?

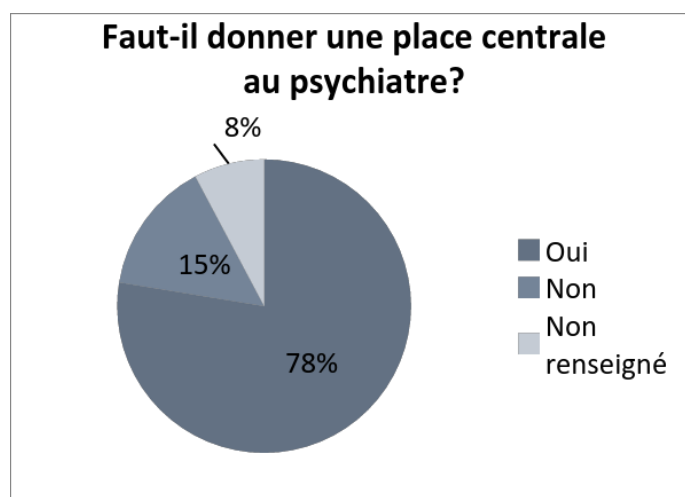


Figure II - Faut-il donner une place centrale au psychiatre ?

Dans l'hypothèse d'un réseau articulé autour du médecin généraliste, la **relation de confiance** avec ce dernier est l'avantage le plus cité (82,6%).

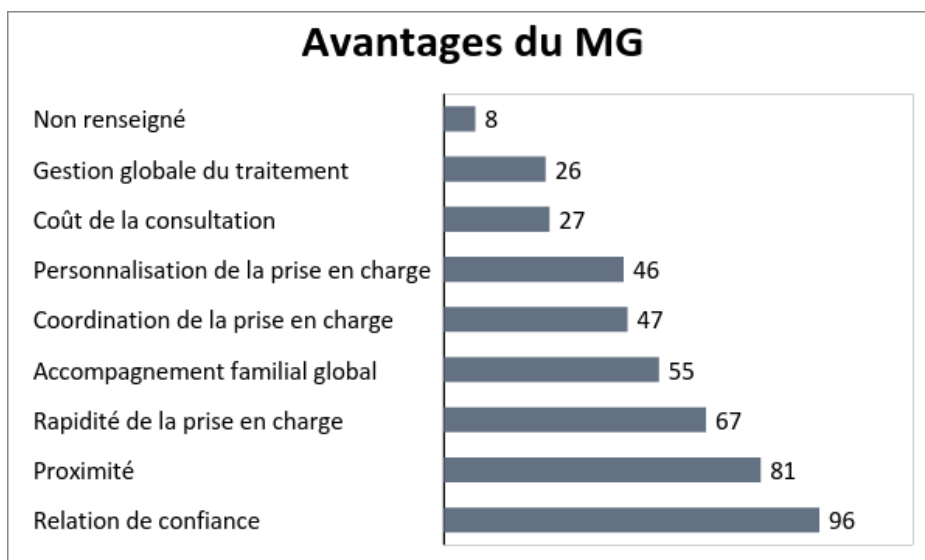


Figure III - Les avantages à donner au MG une place centrale

- Le **manque de temps**(63,8%) et la **méconnaissance de la pathologie** suicidaire par le MG (54,3%) sont les principaux freins cités à la position centrale du Médecin généraliste dans la prise en charge de la crise suicidaire.

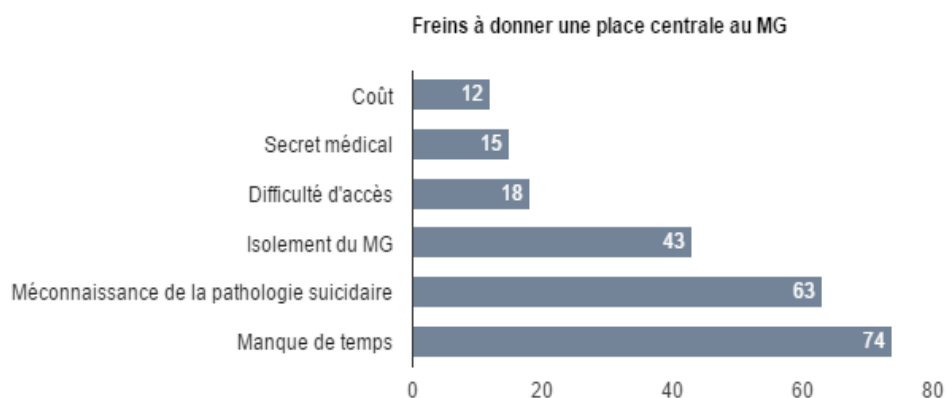


Figure IV - Freins à donner une place centrale au MG

3.3.2. Enquête B = « Tout public »

17 personnes ont répondu au questionnaire, autant de femme que d'homme (1 sexe non renseigné), avec une moyenne d'âge de 48 ans.

- La plupart des répondants **estiment avoir des connaissances** à propos de la thématique suicidaire (n=12), mais aucun n'avait déjà reçu d'information sur le repérage.
- **La moitié (n=9) des répondants ont déjà été confrontés** à une crise suicidaire, et se sont tous sentis en difficulté, en raison de leur manque de connaissance, de la gravité de la situation, et du manque d'outils. Parmi eux, 5 n'ont pas dirigé vers une structure de prise en charge.
- D'ailleurs, plupart des répondants au questionnaire **ne connaissent pas de dispositif** de prise en charge spécifique (n=15)
- La plupart des répondants estiment qu'un patient ayant des idées suicidaires ou ayant fait une TS doit être pris en charge en psychiatrie (n=12).
- La plupart (n=15) **ont un médecin traitant**, et **se confient** à lui (n=12), près de la moitié demande lui demande conseil à propos des problèmes de santé d'autres membres de la famille (n=7).
- Selon les répondants, le MG peut prendre en charge les idées suicidaires (n=10), mais pas les TS (n=7)
- Les **MG doit avoir une place centrale** dans la prise en charge des patients en crise (n=13) et ont un **accès facilité aux psychiatres** (n=10) selon les répondants.

- Pour la plupart des répondants (n=13), **l'accès au psychiatre est vécu comme difficile** (occurrences « difficile » et « très difficile ») L'accès au psychologue est « moyennement difficile » pour 6 répondants.
- Tous les répondants de l'échantillon sont **favorables à la création d'un réseau autour du suicide**, autour d'une plateforme téléphonique (n=11), les associations (n=9), les CMP (n=8) et l'équipe mobile (n=8)
- Ils souhaitent voir impliqués dans ce réseau les **psychiatres, psychologues et MG.**
- Les missions du réseaupourraient être selon eux une **information à la population** (n=12) et la **prise en charge de la crise suicidaire** (n=14)
- La plupart des répondants voient la **relation de confiance** comme avantage principal à donner une place centrale au MG, mais ils estiment que le médecin généraliste **méconnait la pathologie** suicidaire (n=11) et **manquent de temps** (n=8)

3.4. Perspectives de l'enquête préalable

Cette étude préalable n'a pas permis d'évaluer de réponse de médecins généralistes. Au travers des réponses données par le grand public et les autres acteurs médicosociaux, à propos de leurs relations et perceptions vis-à-vis du MG, il a semblé nécessaire de poursuivre l'exploration de la gestion de la crise par les MG eux-mêmes, en allant à leur rencontre.

4. Etude qualitative

4.1. Matériel et méthode

4.1.1. Choix de la méthode

La méthode quantitative, initialement envisagée, n'apparaissait pas comme le bon outil de mesure, tant par la faible participation habituelle des MG à des enquêtes d'opinion [29], que par l'objectif principal de l'étude lui-même. La **méthode qualitative** s'est imposée par la question de recherche elle-même. En effet, la technique de recherche qualitative permet de compléter l'approche quantitative, en **explorant des données plus subjectives**, permettant d'explorer les facteurs de l'ordre du vécu, difficile à mesurer de façon objective. Le sujet peut alors exprimer librement son ressenti et ses représentations [30].

« En sciences humaines, on dispose de quatre grands types de méthodes : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire, l'entretien. » [31] Seules les deux dernières sont des méthodes qui produisent des données verbales. Plus qu'une production verbale, **l'entretien provoque le discours dans un contexte défini** [32].

Si l'entretien « fait construire un discours », le questionnaire lui « provoque une réponse ». Le choix entre entretien et questionnaire « réside essentiellement dans le types de données recherchées ».

« L'entretien s'impose chaque fois que l'on ignore le monde de référence ou que l'on ne veut pas décider a priori du système de cohérence interne des informations recherchées ». « Alors que la construction d'un questionnaire exige un

choix préalable des facteurs discriminants, l'entretien n'exige pas de classement a priori des éléments déterminants. » [31].

Dans la recherche qualitative, plusieurs types d'entretiens étaient possibles : les entretiens libres, les entretiens semi dirigés, et les focus group.

L'entretien libre n'a pas été choisi en raison des difficultés de traitement, de catégorisation, et d'interprétation [33], ainsi que du risque important de hors sujets [34].

Le choix des focus group n'a pas été retenu en raison de la particularité de la thématique étudiée. Confrontés à leurs pairs, les médecins interrogés risqueraient de s'exprimer loin librement.

Les **entretiens individuels** ont été réalisés dans le but de favoriser l'expression des médecins.

L'**entretien semi dirigé** paraissait être la méthodologie la plus appropriée. La cible était les MGlibéraux installés de la Martinique.

4.1.2. Objectif de l'étude

Le raisonnement est inductif à l'opposé du raisonnement déductif où l'on vérifie statistiquement une hypothèse.

Contrairement à une étude quantitative, la formulation de l'hypothèse de travail ne se précisait qu'à mesure de la prise de donnée.

L'objectif était de mieux comprendre et approfondir les résultats quantitatifs retrouvé au cours de l'enquête préalable, notamment à propos de la prise en charge par le MG de la crise suicidaire, et les relations entre les intervenants et les MG.

4.1.3. Constitution de l'échantillon

- Prérequis

L'objectif est d'avoir un échantillonnage dit « en recherche de variation Maximale ». Dans la méthode qualitative, on cherche la diversité des perceptions, des opinions, et des comportements.

Les données de la littérature [31,32] ont permis d'identifier au préalable des variables susceptibles d'influencer les résultats. Ces variables ont été prises en compte dans l'inclusion des médecins.

Ainsi les deux **genres** devaient être représentés. **L'âge et l'année d'installation** pouvaient influencer les résultats, dans la mesure où la formation médicale et les recommandations diffèrent selon les périodes. **L'activité** des médecins généraliste, par le nombre de consultation réalisée par jour, pouvait influencer les résultats. En effet la charge de travail et le manque de temps ont déjà été décrits comme influençant la prise en charge. La **localisation géographique** du cabinet pouvait influencer le discours des médecins. En effet, certaines caractéristiques de la population, notamment socio-économiques, et la proximité de lieux de soins, peuvent influencer le type de prise en charge.

- Taille de l'échantillon

Dans la méthodologie qualitative, un échantillon représentatif quantitativement n'est pas recherché. Il est important qu'il le soit qualitativement. Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence [32].

La **taille de l'échantillon n'est pas déterminée à l'avance**. Le recueil de données est arrêté lorsque l'on arrive au phénomène de saturation, c'est-à-dire quand la lecture du matériel (transcription des entretiens) n'apporte plus de nouvelle information (thèmes, sous-thèmes).

- Inclusion/Exclusion

Ont été inclus des MG de Martinique exerçant en libéral.

Ils ont été recrutés par un entretien téléphonique, au cours duquel l'objet de l'étude a été présenté. Un RDV a été alors convenu selon les disponibilités du médecin. L'inclusion des médecins s'est fait au fur et à mesure du recueil de données afin de contrôler la répartition de chaque classe des variables prédéfinies, et de disposer de profils variés

- Ont été exclus :

- les médecins ayant une pratique exclusive autre que la médecine générale
 - les médecins installés depuis moins d'un an
 - les remplaçants ont été exclus du fait qu'ils n'étaient pas médecins traitant.
 - les médecins refusant d'être enregistrés
- Le **recrutement** des médecins a été un élément important de l'étude. La **présentation téléphonique** a été rigoureusement standardisée dans un souci de validité de l'étude (Annexe 3). Les médecins ont été recrutés en consultant les pages jaunes, et en suivant au fur et à mesure de l'inclusion les prérogatives de répartition de classes prédéfinies.

4.1.4. Canevas d'entretien

A. Grille de thèmes

L'analyse des données de la littérature [28, 35, 36, 37, 38, 39, 40] a permis d'étoffer une grille d'entretien déjà réalisée par l'Observatoire régional de Santé de Bretagne, sur le même sujet [41].

La trame du canevas d'entretien s'articule en plusieurs parties :

- Définition de la crise suicidaire
- Fréquence d'apparition dans la patientèle
- Mode de prise en charge habituelle des suicidant
- Difficultés et frein dans la prise en charge de la crise suicidaire
- Atouts des MG et points de satisfaction dans la prise en charge de la crise suicidaire
- Relation avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge de la crise suicidaire
- Suggestions d'amélioration
- Besoins de formation et d'information

La liste des thèmes retenus, articulées en questions ouvertes, permettait au médecin de s'exprimer sur un sujet donné. Les questions étaient accompagnées de relance, afin d'amener les points importants si le médecin ne les développait pas spontanément.

B. Entretien test

En premier lieu, le guide d'entretien a été testé sur moi-même, afin de connaître les opinions propres et réactions, et ce afin d'avoir conscience de mon style de conduite, et éviter après d'orienter les réponses de l'interviewé [33]

Un **entretien test a été réalisé auprès de 2 médecins** : un MG installé que je remplace et une interne de médecine générale qui effectue des remplacements en libéral depuis 2 ans.

Ces entretiens tests ont permis d'évaluer le temps d'entretien nécessaire et de réajuster le guide d'entretien (Annexe 4) :

- Ajout d'une question brise-glace en début d'entretien, afin de mettre le médecin en confiance
- Fusion de certaines questions concernant les attentes et difficultés des MG, jugées redondantes car amenant les mêmes réponses et initialement placées dans 2 parties distinctes du guide d'entretien.

Ces entretiens test ont permis à l'enquêteur, naïf pour ce type d'enquête, d'acquérir une première expérience.

Au bout du 5eme entretien, le guide d'entretien a encore été remanié (Annexe 5).

En effet, le guide d'entretien est modulable en fonction du déroulement de la rencontre [34]

- Reformulation de questions afin d'obtenir un entretien plus fluide
- Abandon de certaines questions de relance, pour certaines non utilisées.

- Abandon de questions influençant les réponses des médecins (biais d'acquiescement)

4.1.5. Caractéristique de l'entretien

Les entretiens devaient se dérouler dans un **lieu et un moment choisi par les médecins** eux même, idéalement en dehors du temps de leur consultation habituelle. La description du milieu naturel où se déroule la recherche devait être détaillée, permettant de juger du caractère approprié du cadre [32]. En cours d'entretien, suivant le guide, la prise de note était possible.

Des questions personnelles étaient posées en fin d'entretien afin d'établir le profil précis des échantillons.

4.1.6. Collecte de l'information

Les entretiens se sont déroulés entre le 18 octobre 2015 et le 18 novembre 2015. Ils ont été enregistrés par **dictaphone**, favorisant une écoute active, et la possibilité de **transcription de l'entretien au mot près** [32]. Le dictaphone était placé au centre du bureau. Les consignes de parler fort et distinctement étaient données.

Le **consentement** éclairé des médecins a été obtenu oralement [30]

A la fin du premier entretien inclus à l'étude, et après l'arrêt de l'enregistrement, le médecin a poursuivi spontanément son discours sur la thématique étudiée. Ces éléments ont été transcrits manuellement.

Il a donc été décidé de poursuivre l'enregistrement de la conversation pour les entretiens suivants, et ce jusqu'à ce que la rencontre s'achève.

Les entretiens ont été transcrits au mot près à l'aide du logiciel en ligne *oTranscribe*. Les expressions, silences, hésitations, exclamations, rires, tics de langage ont été également transcrits dans le verbatim. Un autre chercheur devrait pouvoir analyser les mêmes données de la même manière et arriver aux mêmes conclusions [32].

L'**anonymat** fut ajouté sur chaque transcription, comme convenu avec les interviewés.

Les informations issues des entretiens ne sont pas validées par leur probabilité d'occurrence, mais par le contexte. Ainsi, une seule information donnée par l'entretien peut avoir autant voir plus de poids qu'une information répétée plusieurs fois [31].

Exploitation des résultats : L'analyse des données a été faite en plusieurs étapes [42]:

- Familiarisation avec les données
- Identification des structures thématiques. Le contenu des transcriptions a été analysé par thématique, en reprenant comme catégories d'analyses les thèmes du guide d'entretien
- Indexation sous forme de tableau des passages de texte par rapport à la structure thématique
- Réarrangement des données en fonction de la structure thématique
- Interprétation en définissant des concepts, et créant des typologies et des associations.

Les 3 premières étapes de l'analyse ont été réalisées en parallèle, et de façon indépendante par un 2eme investigateur, MG de mes connaissances, afin d'obtenir une catégorisation la plus objective possible.

Les résultats sont liés à leur interprétation. Les parties « résultats » et « interprétation » sont confondues, contrairement aux études quantitatives.[30]

Pour un respect de l'anonymat, lorsque les propos sont cités, leur auteur a été identifié par un chiffre choisi de façon aléatoire de 1 à 12(M1 pour "médecin 1", M2 pour "médecin 2",...). Les personnes cités ou lieux cités par les médecins interrogés sont identifiés par la lettre X (« CMP de X », « adressé à Dr X »...).

Validité scientifique : La diversité des points de vue est recherchée. Le critère de qualité est celui de la cohérence et non de la représentativité [30,32].

Pour limiter les biais, les entretiens ont été réalisés dans un endroit calme et choisi par le médecin lui-même, afin qu'il se sente à l'aise. Il était demandé au médecin de couper la sonnerie de ses téléphones, afin que l'entretien ne soit pas interrompu.

Peu d'interventions, hormis relances, pour éviter d'influencer les réponses

4.1.7. Ethique

Le consentement des médecins a été recueilli oralement.L'anonymisation des médecins et des lieux et personnes cités a été faite lors de la retranscription de chaque entretien.

4.2. Résultats

4.2.1. Constitution des échantillons

Le recrutement était téléphonique. Il a fallu contacter 39 MG selon le recrutement téléphonique défini pour notre étude, pour obtenir l'accord de 16 médecins.

6 médecins ont refusé de participer à l'enquête :

- 1 médecin en raison d'un « vécu personnel trop difficile »
- 1 médecin en raison d'une surcharge de travail
- 2 médecins disant ne pas gérer ce « genre de problème »
- 1 médecin a évoqué ses « mauvaises relations avec les psychiatres qui ne pensent pas à la volonté de leur patients. N'insistez pas ».
- 1 médecin a refusé, pensant n'avoir pas grand-chose à apporter, mais a laissé la possibilité de la rappeler si le recrutement s'avérait difficile.

2 médecin ont été exclus, car installés en libéral depuis moins de 6 mois

15 médecins semblaient intéressés par l'enquête mais :

- Impossibilité de fixer un RDV pour 5 d'entre eux
- 10 ne m'ont jamais appelée malgré plusieurs relances.

Le concept de saturation des données correspond au signal de fin lorsqu'on collecte de moins en moins d'informations nouvelles malgré le souci de diversification des sources. En effet, la saturation des données a été atteinte au 10^{ème} entretien, aucune nouvelle idée n'ayant surgit. Les 11^{ème} et 12^{èmes} entretiens ont été réalisés pour s'en assurer.

4 médecins ayant accepté de participer à l'enquête n'ont pas été recontactés

12 médecins ont donc été interviewés.

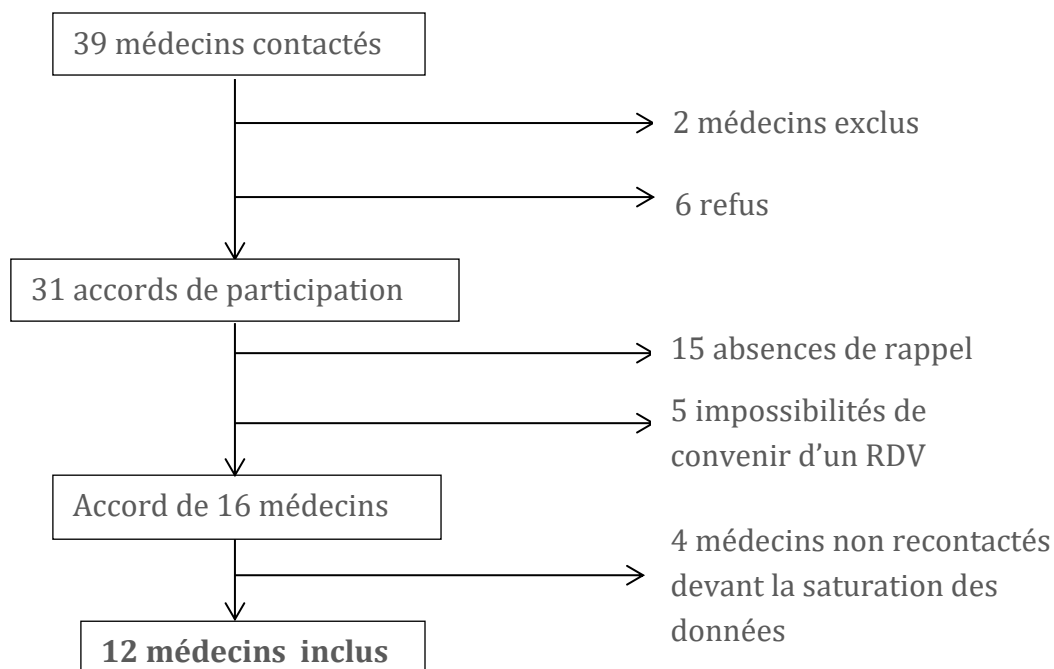


Figure V – Sélection des participants

Les 12 MG interrogés ont **un âge moyen de 48,5 ans**. 6 hommes et 6 femmes ont été interrogés. Parmi les médecins, 4 travaillent en zone urbaine, 3 en zone rurale, et 3 en zone semi rurale, avec la répartition géographique suivante : 5 au centre, 2 au Nord Atlantique, 1 au Nord Caraïbes, 4 au Sud. 4 médecins sont installés seuls, et 8 sont en association. Ils sont installés depuis 14,8 ans en moyenne (de 1 à 30 ans). Ils voient entre 20 et 35 patients par jour, avec une moyenne à 27 patients/jour

4.2.2. Analyse des entretiens

A. Ressenti général

Les **médecins étaient rapidement en confiance**, me tutoyant dès le début de l'entretien pour la plupart. Une attitude défensive a été remarquée chez certains médecins, avec pour eux une sensation d'être soumis à une évaluation de leur pratique. Certains étaient dubitatifs quant à leur contribution personnelle, avec l'impression d'avoir peu à dire sur le sujet. Tous les médecins ont fini l'entretien en se posant des questions sur leur prise en charge, et soulignant l'intérêt de cette thématique particulière.

Les entretiens ont eu lieu dans un lieu choisi par les sujets ou par téléphone.

7 entretiens se sont déroulés pendant une garde dans les maisons médicales de garde. Les gardes étant jugées « calmes » par les médecins, elles sont apparues pour eux comme un lieu propice pour l'entretien. 1 entretien s'est déroulé au cabinet d'un médecin, juste avant le début de ses RDV. 3 entretiens se sont déroulés par téléphone. Pour ces 3 médecins, les entretiens se sont déroulés alors qu'ils étaient à leur domicile. 1 entretien s'est déroulé dans une pâtisserie qui dispose d'un espace calme à l'étage où nous avons pu nous isoler.

B. Durée des entretiens

Au total, 6h1min40sec d'entretien ont été enregistrés, pour une moyenne de 30 minutes par entretien, allant de 19min21sec à 51min53sec.

Les entretiens téléphoniques ont été plus courts (moyenne 25 minutes) par rapport aux entretiens en face à face (moyenne de 34 minutes).

4.2.3. Résultats qualitatifs

A. Description des caractéristiques du phénomène suicidaire

1. Généralités

Certains médecins **arrivent à définir** une crise suicidaire comme « *un état dépressif majeur avec une envie de mort.* » (M9). Certains identifient le début de la crise **au moment où le patient en parle** : « *la vraie crise suicidaire, où en fait il y a la menace de la part du patient mais avec aussi les éléments qui peuvent permettre de passer à l'acte* » (M4). D'autres l'identifie au moment du **passage à l'acte** : « *Une crise suicidaire c'est un passage à l'acte chez un anxio-dépressif* » (M11) ; ou pour certains **toute situation de mal-être** défini une crise suicidaire : « *Ben en fait c'est un syndrome dépressif aggravé, on peut penser à la mélancolie, aux idées noires, c'est un passage à l'acte désespéré.* » (M3)

Les **conduites suicidaires, et les situations provoquées par le patient** sont identifiées comme des situations de crise : « *ce serai plus sur les jeunes ou je n'avais pas de vraies tentatives, mais des conduites suicidaires, C'est déjà prendre des trucs qui commencent à être costauds et les associer. Et une demi boite de ceci du crack de cela, de la "beu" qui ne fait plus 5% mais c'est des trucs trafiqués à 20 25% de THC, avec des mélanges d'alcool en tout genre, ça ça fait peur aussi d'ailleurs. Il y aurait à dire Mais pour moi ce sont des conduites suicidaires quand même un petit peu quand ils sont pour la défonce* » (M6).

La durée de la crise n'est pas une notion évoquée par les MG

Un médecin évoque une **notion de durée et d'évolutivité** : « *même quand c'est sévère, c'est vrai, bon je crois que ça a toujours un pic, mais après ce pic se calme* » (M4).

Les MG ont évoqué la **fréquence d'apparition de la crise** suicidaire dans leur patientèle. Certains médecins sont **souvent confrontés** à la problématique de la crise suicidaire : « *Ça c'est fréquent, c'est des choses que j'ai pu voir dans le courant de la semaine dernière* » (M4). Il existe une notion de **périodicité** : « *Bon périodiquement oui; Devant des gros... De grosses tentatives de suicides non, dieu merci! Par contre tout le monde on a quand même l'impression que ça bouge un peu plus, les pleines lunes, on va d'ailleurs voir ce soir ou peut-être demain* » (M6). Mais la crise suicidaire apparaît comme un **phénomène peu fréquent** en médecine générale libérale : « *En pratique en recrutement, on n'a pas beaucoup de chose... les trucs genre la crise suicidaire, combien j'en ai eu vraiment... ouh!! Apres combien j'en ai pas évalué comme une crise suicidaire? ... [...]Je ne sais pas si c'est fréquent, ça n'arrive pas tous les jours que quelqu'un débarque en disant: "il faut m'aider" C'est hyper rare ! Ça m'est arrivé une fois il y a quelques années* » (M10).

4 médecins ont pu **évoquer précisément une situation récente** : « le dernier qu'on a eu qui avait un vrai risque suicidaire, je me souviens encore c'était une première consultation du matin très tôt, un patient qui était là depuis 4 ou 5 heures, les consultations commencent vers 6h30 7h, il était là pour son renouvellement de traitement, il était sous neuroleptique et antidépresseur, et il avait vraiment beaucoup d'idées noires, et refusait toute prise en charge depuis plusieurs mois avec le psychiatre de secteur, parce qu'il ne voulait pas y aller il ne voulait pas être vu » (M7)

2. Description des éléments de diagnostic, identifiés comme facteur de risque de crise suicidaire

L'état dépressif a été le plus cité et le plus décrit comme élément de diagnostic, et en tant que facteur de risque pour les médecins : « *Ben quand je vois qu'il y a des signes dépressifs un peu patents Les gens sont tristes, ils ont envie de rien [...] Quand quelqu'un est déprimé je cherche toujours le risque suicidaire.* » (M8). Le **contenu de l'interrogatoire** est décrit : « *quand on discute avec, on va rechercher des choses particulières, une personne qui n'a rien envie de faire, qui ne s'aime plus, on sent vraiment la perte de l'estime de soi, on sent l'anhédonie, qui existe plus... Quand je sens vraiment tout ça, et que le discours est très négatif* » (M5), et le **présentation du patient** a son importance : « *on arrive même pas à avoir une expression du visage pas rien du tout [...] un amaigrissement, depuis un moment, c'est sûr.*

[...] la tête de la personne quoi, parfois si on la connaît ou non (rires), c'est vrai que déjà physiquement il y a quand même des choses » (M6). La **façon dont le patient s'exprime** a du sens : « *Mais c'est quand plutôt elles se taisent, alors tu vois, inversement ou elles ont été relativement volubiles, elles se sont exprimées souvent sur le sujet, et d'un coup tu les vois pas bien et elles parlent beaucoup moins. Là tu te dis, hum [...] plus le discours est sobre, plus il est en pointillé, plus ils ne veulent pas se révéler, et on sent quelque chose de très lourd* » (M2).

D'autres **facteurs de risque** ont été décrits comme :

- l'existence d'un **intellect élevé** : « *C'est juste un sentiment personnel, c'est de ce dire que ce sont des gens qui ont souvent un intellect, peut-être plus cortiqués*

que la moyenne, et qui ne voient pas d'échappatoire dans des solutions simples et accessibles et qui réfléchissent énormément, et qui ont déjà des crises existentielles, avant même, à mon avis, bien avant d'en venir là » (M2).

- Les **conduites addictives** : *« cas de figure: tout m'échappe, je commence à boire, tout dérape » (M2).*
- Les **antécédents personnels ou familiaux**, notamment de **suicide** ou de **dépression** : *« ...j'y pense plus quand il y a déjà eu des tentatives, ou quand c'est des dépressifs chroniques qui rechutent sans arrêt ! » (M11).* Les antécédents somatiques sont évoqués : *« Apres sinon, tout ce qui est post cancer, et du coup à chaque fois c'est des dépressions réactionnelles » (M9).*
- Les **événements de vie** : *« j'aurai dit plutôt sans comorbidité psychiatrique ce n'est pas forcément des bipolaires ou des dépressifs chroniques, c'est dans des parcours de vie difficile, souvent sur des histoires familiales dures, qui ont amené aux suicide. donc c'est plutôt ces histoires là que j'ai retenues, que sur des parcours psychiatriques avec des passages à l'acte. » (M7)*
- L'**impact de l'environnement et de la famille** ont été décrites comme des facteurs de risque, notamment lorsqu'il existe un **isolement** : *« Surtout si le patient est isolé, si il n'est pas en famille, si il n'a pas du monde autour de lui » (M4), des conflits* : *« Dans mon interrogatoire, j'essaye toujours de voir c'est quoi l'ambiance familiale Parce que je trouve que finalement les gens qui passent à l'acte, sont les gens qui sont dans des familles complètement désorganisées. Il y a beaucoup de rancœur familiale, les gens sont... ça c'est terrible » (M4), voire des violences* : *« on prend en charge des victimes de violence avec es problématiques de passage à l'acte et de suicide plus importantes. » (M7).* Un

médecin évoque la notion de **violence sexuelle** « *il y a beaucoup d'histoires de viols et c'est des choses qui remontent* » (M2).

- Des **conditions socioéconomiques défavorables** sont décrites comme facteur de risque : « *...pas de ressources. [...] A part à se trouver peut être dans des situations, je ne sais pas si on en a ici, tu vois, plus de boulot, les gens ont l'habitude de moyennement bosser, ou à peu près. C'est quand même l'état providence [...] Tu vois d'être submergé par des responsabilités, se retrouver à court de fric, de pas pouvoir gérer ses employés ou amener une entreprise à la faillite* » (M2).
- La notion de **conditions de travail et de burn out** est évoquée par un MG : « *Après je ne sais pas si c'est très varié, on peut aborder également le suicide des professions et des burns out des choses comme ça. [...] c'est les paysans, c'est les burns out, les choses comme ça c'est du réussi, quand on les découvre c'est déjà trop tard* » (M6).
- Un médecin évoque le manque de repère quant du **rôle de chacun de la société** comme facteur de risque suicidaire : « *je crois que beaucoup de gens dépriment parce qu'ils ne sont pas conscients de ce qu'ils ont comme rôle à jouer, ou essaye de faire des choses qui ne rentrent pas dans leur responsabilité. Il y en a qui prennent la charge de tout le monde, ils sont la exsangues (souple) ils veulent tout gérer. Je leur dit "attend mais ça ne te regarde pas, pourquoi tu veux te charger de telle ou telle chose ? ", les gens ne restent pas dans leurs postes j'ai envie de dire des fois c'est pour ça que je me dis que la question de reconnaître sa place au sein d'une famille, au sein de la société, dans le travail ou on est, dans le groupe dans lequel on travaille en fait les gens ont du mal à faire ça* » (M5).

3. Profils à risque

Certains médecins n'identifient **pas de profil à risque** : « *Non, chaque patient a une histoire, c'est une histoire de contexte...* » (M11).

D'autres font une **distinction de genre** : Le **dépistage des hommes est plus difficile et leurs tentatives de suicide aboutissent plus souvent** : « *L'impression que les hommes se réussissent et que les femmes non [...] Encore une fois, les vrais, c'est les hommes* » (M6). Tandis que **les femmes sont plus fréquemment touchées par les idées et les tentatives** : « *Chez les femmes on voit plus souvent. Le risque est plus important, en tout cas les menaces sont plus importantes, même si en fait elles réussissent moins souvent, elles font plus de tentatives que de vrai suicide* » (M4).

La notion d'âge semble être identifiée par certains médecins qui identifient des **tranches d'âges plus à risque** : « *C'est vrai que c'est des tranches d'âge qu'on peut situer, on les a maintenant de plus en plus jeune. On peut les situer entre 30 ans, avant 30 ans on les a pas beaucoup, jusqu'à 55 ans. C'est une grande fourchette, c'est un peu pour mettre tout le monde dedans. Peut-être qu'il y a un pic dans les 30 40 ans* » (M4). Les **personnes âgées** sont identifiées comme fragiles : « *C'est à dire chez les personnes âgées, ce sont souvent des personnes délaissées* » (M2), tout comme les **adolescents** : « *Les adolescents c'est déjà le plus dur à cerner, ça c'est clair que c'est ce qui pose le plus de problème. Parce qu'ils peuvent, ils sont capables de nous mentir vraiment beaucoup, et on les gonfle beaucoup donc...* » (M6).

Une notion de **fragilité globale** est décrite par les médecins interrogés : « *C'est sûr que si on a une fragilité psychologique, ça ira plus vite* » (M8).

4. Description de facteurs protecteurs de crise suicidaire

La **famille** est décrite comme un élément protecteur : « *A propos d'une patiente expliquant pourquoi elle ne se suiciderait pas "je le fais pas parce que j'ai des enfants" des choses comme ça, qui me paraissent come des éléments positifs, » (M10), au même titre que l'existence d'une **forme de spiritualité**« *Et puis spirituel, si on a la chance de... de croire en quelque chose, bien sûr, ça peut aider... » (M6).**

Nous aborderons maintenant la question des ressentis et attentes des MG. J'ai choisi de vous le présenter à travers le parcours de soin du patient, en explorant à la fois les habitudes de prises en charge par les MG, leurs points de satisfaction et leurs limites.

B. Exploration des idées suicidaire

C. Comment la question est posée

Certains médecins **préfèrent ne pas poser la question** des idées suicidaires :
 « Récemment j'ai eu une lettre d'un médecin à propos d'un petit garçon qui a fait une TS. Mais des mois après j'ai revu la mère et l'enfant pour une pathologie banale, un certificat médical. J'ai préféré ne pas aborder le sujet. Peut-être que j'aurai du. Enfin... Il ne m'en avait pas parlé, j'ai reçu une lettre d'un médecin hospitalier. Je n'ai pas cru devoir remuer les choses. » (M1)

Mais la plupart des médecins **posent la question directement** : «Moi je pose la question franchement Est ce que vous avez envie de vous suicider » (M8), tandis que d'autres **préfèrent différer la question** : « Alors ça dépend: soit d'emblée je trouve qu'ils ne sont pas bien, alors oui je vais l'aborder, mais pas... Je vais vraiment y aller doucement, je vais d'abord demander s'ils ont cherché des solutions à leur mal être, des choses comme ça, pour amener petit à petit. Soit sinon, je trouve qu'ils ne sont pas bien mais pas assez grave pour en arriver là, et là je l'aborde plutôt... en fait systématiquement ce que je fais avec ces patients-là, je les convoque toujours à 48h, et c'est souvent à 48h que si j'estime que [...] Et du coup je vais plus l'amener sur la consultation suivante, ou les gens dès qu'ils arrivent ils sont tout de suite plus détendus, et ils savent qu'ils viennent pour rediscuter de ça, et le dialogue est plus facile du coup. » (M9). Certains médecins **ne pensent pas qu'en parler précipite vers un risque suicidaire** : « Je ne crois pas. Je crois que quand on veut se suicider, c'est un calcul profond, ce n'est pas sur un coup de tête parce qu'on a entendu une phrase. » (M8). Au contraire, **en parler protégerait du risque suicidaire** : « ça ne

me dérange pas de la poser [...] de manière assez directe, j'ai l'impression que ça fait partie de ce que les gens ont envie d'entendre quelque part [...] J'ai plutôt l'impression qu'ils ont besoin de répondre à la question Je suppose que si ils sont en crise suicidaire, c'est qu'ils sont très mal, et que si on leur pose la question, c'est qu'on appréhende la triste réalité J'imagine que justement l'erreur est de ne pas la poserassez souvent...» (M10)

Alors que **certains pensent que parler du suicide pousse à le faire** : « *Je pense que je ne vais pas l'aborder en premier. Parce qu'on ne sait jamais. Ce serait contre-productif. C'est à dire qu'on peut lui mettre des idées dans la tête. Non, si la personne ne parle pas du suicide, je ne vais pas lui en parler. Je peux lui parler d'idées suicidaires chez quelqu'un d'autre mais pas chez elle. ah noooooon.... C'est courir un risque quand même. C'est à dire lui faire envisager l'hypothèse, ahh oui, c'est une solution.... (Rires)».* (Dr A), ou **se rassurent en ne demandant pas** « *peut être que pour nous aussi c'est une façon de nous protéger, de nous dire "tiens il n'y a pas ça " peut être aussi, c'est possible peut être que c'est une façon pour nous de nous rassurer." Parce que c'est vrai qu'à chaque fois qu'il y a ces... Même si ce n'est pas des menaces.*

[...] Et tant qu'il n'y a pas ça on est plus tranquille, c'est un patient classique» (M4).

Certains patients semblent d'ailleurs **choqués** par la question de leur médecin : « *ça a choqué d'ailleurs une fois une patiente qui est venue "mais pourquoi vous me demandez ça? Ça ne se fait pas?!" "Ben si-si c'est mon boulot de vous le demander !" ça peut choquer ici ! » (M11).*

D. Evaluation du degré d'urgence

Les patients qui inquiètent le moins les MG sont ceux qui **parlent le plus** : « *ceux qui font le plus de bruit sont à mon sens le moins à craindre* » (M2), tout comme ceux dont les idées suicidaires sont vécues comme simple **appel à l'aide** ou au **chantage** : « *Ces tentatives ont d'ailleurs une double incidence. La première est de nous faire penser que s'il fait ça c'est du chantage. Ce qui est vrai c'est qu'il y a du mal-être réel et peut être une forme de chantage mêlée. C'est vrai qu'on ne sait pas ce qui prend le dessus* » (M4).

Au contraire, **les patients qui inquiètent les MG** interrogés ont des profils assez variés, reprenant la notion de facteur de risque :

- Le caractère urgent apparaît dès les **idées suicidaires** pour certains : « *après moi j'estime que la crise suicidaire ou les idées noires qui sont formulées en cabinet pour moi c'est une urgence!* » (M3).
- **Ceux qui en parlent le moins** sont plus inquiétants : « *ceux qui disent ou il n'y a rien du tout, là je commence à m'inquiéter sérieusement ... [...] il ne faut pas rater le cas grave, qu'il peut être très masqué, parce que les gens qui sont déterminés sont pas forcément les plus agités, ou au contraire j'imagine très agité ou parfois très calme et détendu [...] des propos plus noirs que d'habitude, quelque chose de plutôt calme et construit,* » (M10), d'autant qu'il existe un **changement d'attitude récent** : « *après quelqu'un qu'on connaît assez bien, on va déjà avoir peut-être un*

changement de rapport, avec le médecin, déjà vous le trouvez très différent de d'habitude [...] Agitation Inhabituelle » (M10).

- Les **patients isolés** ont une attention particulière : « *surtout si le patient n'est pas bien accompagné.* » (M8).
- La notion **d'intensité de la crise** est un facteur inquiétant avec la notion d'« *intensité du désespoir.* » (M1), tout comme **l'absence de raison de vivre** : « *Mais pour moi un suicidé c'est quand il arrive au bout, il ne voit plus de solution, là il y a un risque important. Quand il ne voit pas de solution.* » (M8), ou un **contexte péjoratif global** : « *contexte social difficile parce que là on en trouve aussi mais des situations assez RUDES.* » (M10)
- Les patients qui ne présentent pas d'événements de vie péjoratifs particuliers ou qui semblent **ne pas avoir de motif particulier** à leur détresse alertent les MG : « *C'est des gens qui auront une dépression une lassitude de la vie, cet espèce de truc sans qu'il y a de raison. Ceux-là j'ai toujours un peu plus peur d'eux. Et je les confie plus facilement, et je m'en méfie très vite*» (M4).
- Le degré d'urgence est parfois évalué au travers des **symptômes anxieux** : « *Je commence déjà par évaluer le niveau d'angoisse, quand je sens des gens qui présentent ... une angoisse, soit un manque d'intérêt total pour les choses, une forte aboulie, ou une forte angoisse* » (M10)

L'exploration précise des idées suicidaires se fait au travers de la recherche de **scénario** élaboré par le patient : « *Donc il faut savoir à quel point ils ont ... je ne sais pas... vraiment le blues Echafauder des scénarios [...]Et puis les idées d'avoir déjà formulé, vu, imaginé un scénario* » (M6), **l'existence**

de moyens létaux à disposition : « Si il vous dit "ah ouais j'y vais souvent, je vais au-dessus là au 7eme étage, au-dessus de l'arbre. Je regarde mes 3000 boites, je les aligne... " Je me dis c'est pour bientôt, ouais on peut un petit avoir peur et se dire que ça commence à se préciser dans sa tête » (M6), et la **notion d'impulsivité** : « j'aborde les idées noires les idées de morts et les pulsions pour essayer d'estimer si un passage à l'acte peut arriver » (M7).

E. La prise en charge en cabinet de médecine générale : modalités

Le **dialogue, la réassurance, voire le cocooning** sont utilisés par le médecin : « Moi j'ai tendance à jouer sur cette fibre là, sentimentale Plus qu'un traitement, je vais axer sur une discussion, un dialogue, voilà» (M1).

Les médecins n'hésitent pas à **rappeler ou à demander à se faire rappeler** par les patients : « Si bien qu'on a un petit peu comme systématisation, recontacter le patient, l'obliger à nous recontacter lui demander de nous rappeler dans les jours qui viennent pour savoir si le médicament va. C'est un petit peu pour garder un contact quoi, et c'est vrai qu'à mon avis ça porte ses fruits. » (M4), et à **reprogrammer des rendez-vous** : « C'est pour ça que quand je les vois une première fois, souvent si d'emblée ils partent la dessus, je leur dis "écoutez on va commencer, on va en discuter, mais vous allez revenir dans 2 jours et on va prendre plus de temps". Je vais bloquer des rendez-vous (RDV) pour que je prévois au moins une 1/2 heure et encore, parfois je les fais venir 1H avant le début de mes consultations pour être sûre d'avoir une heure pour ne pas prendre de retard. [...] C'est aussi pour ça que je les reconvoque souvent les gens à 48h, c'est que je les reconvoque et je prévois 2 RDV, pour pouvoir plus parler avec eux. (M9).

Certains médecins **se font aider par la régulation du SAMU** : « *La j'ai appelé le 15 et j'ai demandé au régulateur hospitalier, c'était Dr X, de m'aider. Je lui ai exposé le cas, c'était enregistré, et là je lui ai passé la dame qui lui a dit que non non elle voulait qu'on la laisse tranquille qu'elle ne venait pas pour ça. Qu'elle en a parlé comme ça mais que si elle se suicidait c'était son problème, et elle ne voulait pas être hospitalisée. Dr X m'a dit qu'on allait faire un signalement et l'appeler pour savoir ce qu'il en était. Et on a bien noté que les proches ne sont pas au courant, et qu'on ne peut pas les mettre au courant* » (M3).

Le **renforcement positif** est une technique utilisée : « *j'essaye de leur faire voir le bon cote des choses, vraiment je discute avec, j'essaye de leur mettre le bon, le moins bon, dire "mais non tu vois ça dans ce sens-là, mais essaye de regarder dans une autre direction et tu verras que..." et j'essaye de faire ça en général.* » (M5).

Certains médecins disent **assurer le suivi** des patients en crise suicidaire : « *Oui je reviens toujours sur la consultation d'avant avec le patient. La dernière fois on a vu telle ou telle chose, ou en sommes-nous, qu'est-ce que ça a donné* » (M5).

F. Le patient acteur de sa prise en charge

Le patient peut lui même faciliter la prise en charge.

Sa **compliance** facilite la démarche du MG : « *Si c'est un patient qui a l'habitude de venir, très souvent ils reviennent et on reparle. Ils se laissent prendre en charge par le*

MG » (M8), d'autant que le patient est en **demande de soins** : « Elle est venue d'elle-même, de toute façon elle est totalement seule, à part ce mec-là. Elle était plutôt demandeuse d'aide et d'une hospitalisation quand même » (M6), et qu'il **parle facilement** : « Ca m'est arrivé souvent quand même d'avoir des gens qui me disent: «j'ai qu'une envie, c'est quand je sors d'ici la..."il y a une dame qui m'a sorti ça une fois, ça m'a affolée! Elle me dit "j'ai qu'une envie quand je sors d'ici, le premier arbre que je vois je fonce dedans avec la voiture..." (Soupirs)... » (M5).

Un patient qui **connait sa maladie** est un facteur décrit comme facilitant la prise en charge : « Elle va bien mais très souvent, on l'entend dire, ils le disent pas au début, et quand on commence à presser, c'est "ah oui oui je l'ai eu par le passé", alors là c'est ah bon, ben ça veut dire que vous avez déjà été comme ça. La déjà ça désamorce un petit peu le risque de... parce qu'en me disant « oui j'ai machin... Oulala c'était pire !! » Elle maîtrise elle-même sa propre dépression, et elle sait quels sont les stades où elle dépasse la cote d'alerte et où elle ne dépasse pas. » (M2)

Au contraire, parfois le patient est décrit lui-même comme frein à sa propre prise en charge.

Les patients ne sont **pas toujours compliants** aux soins dispensés par le MG et « *ne vont pas toujours venir nous voir le jour ou effectivement où ils sont vraiment mal parce que le médecin n'est pas toujours vécu comme une solution, j'imagine* » (M10). Certains semblent d'ailleurs **déterminés** : « *Elle avait tellement de souffrance en elle, qu'elle est passée à l'acte et heureusement on l'a arrêtée. Mais après elle a bien vu que c'était la solution pour elle. Elle était déterminée.* » (M8).

Certains patients sont décrits comme **fatalistes**, avec une notion d'**incurabilité** : « *Qu'elle en a parlé comme ça mais que si elle se suicidait c'était son problème, et elle ne voulait pas être hospitalisée.* » (M3). D'autres **banalisent** ou présentent un **déni** à propos de leur crise suicidaire : « *Des fois les gens ne sont même pas conscients que c'est vraiment ça.* » (M8).

Le **manque d'expression** à propos de leur mal-être met les MG en difficulté dans le repérage de la crise suicidaire : « *De temps en temps il n'y a que moi qui ai parlé, et j'ai l'impression d'avoir été franchement stérile [...] Il y en a certains on les laisse rentrer, on n'a pas décroché un mot! [...] Quand on est on fond on est au fond et on ne sait pas pourquoi, de toute façon, et on ne va pas le dire[...] C'est un grand classique que la véritable cause arrive dans les 15 dernières secondes et qu'on se dise "oh zut qu'est-ce qu'il me dit celui là"! On a déjà dit la même chose qu'on a déjà expliqué et qu'il n'a pas compris; Ca peut-être plus psy voire sexuel, si il y avait eu des tabou qu'il n'avait pas osé dire [...] Peut-être qu'ils n'osent pas à ce moment-là.[...] Bon et puis il y en a qui cachent bien leur jeu. Qui cachent ce qu'ils pensent ce qu'ils prennent, voilà* » (M6).

La notion de suicide est d'ailleurs un **sujet tabou** pour certains patients : *« Je crois que c'est tabou, c'est l'idée que si je vais voir un psychiatre, donc je ne suis pas fou donc je ne vais pas voir le psychiatre c'est un raccourci un peu simpliste[...] La culture antillaise, les troubles psychologiques... Non c'est pas bien perçu, c'est pas bien connu. Donc quand on sent que ça ne va pas on va chercher un mal quelconque. » (M8)*

Le phénomène de **somatisation** est décrit comme un des freins à la prise en charge : *« J'ai l'impression de tourner en rond parce qu'il y a... ce qui m'embête ici, c'est qu'on somatise, j'ai mal à la tête, j'ai mal ci j'ai mal ça, mais on ne veut pas affronter directement les difficultés! » (M11)*, et certains patients lancent de **fausses alertes** : *« Qu'on ne perde pas de temps avec ceux qui ne méritent pas parce qu'ils sont dans l'expression permanente de leur mal être mais ils sont là pour se soulager sur le praticien. C'est à dire que nous on leur sert de punchingball, on le sait si on leur fait du bien comme ça, tant mieux » (M2).*

G. Relation médecin-malade

Une **bonne relation médecin malade** aide à la prise en charge. La **qualité de la communication** entre le MG et le patient facilite sa prise en charge : *« Encore une fois, je crois qu'en ayant un discours très libre, pour libérer la parole, mais vraiment super libre Elle me parle de chose, rien ne m'étonne rien ne m'affole, ils peuvent tout me dire! » (M2)*, avec une **absence de jugement** : *« Mais ce qui fait partie du métier c'est l'aspect de non jugement et donc les gens selon la façon dont on se présente ou on communique, ils le perçoivent ou le perçoivent moins ou pas. Quand tu n'as pas de jugement à formuler sur quelqu'un d'autre, tu n'as vraiment pas ce soucis de*

*jugement de l'autre » (M2). Une démarche **empathique** et d'**écoute** : « Le bien être des gens m'importe. A contrario, les voir mal, mal physiquement, mais pas que, même si je n'ai pas du tout de formation psycho et autres, m'importe aussi. » (M2). Un médecin décrit même d'un phénomène de **contre-transfert positif** : « Je leur parle très franchement comme si c'était à ma petite sœur quand ils me sortent des machins comme ça. Mais j'arrive en général à les...à les dissuader» (M5).*

La **qualité de la relation** est décrite à travers les notions de **relation de confiance** : « et puis la confiance aussi, quand on les soigne depuis 15 ans pour autre chose, un diabète, une HTA le jour où ils ne sont pas bien ils ont plus confiance en nous » (M11), la **bonne connaissance du patient** : « parce que je les connais très bien, depuis 10 15 ou 20 ans, ce qui me permet de faire le tri relativement vite entre leurs petits appels au secours, leur ras le bol, leurs angoisses...[...]mais je pense que le fait de les connaître fait gagner pas mal de temps»(M2).

Les MG interrogés disent avoir des **relations simples et détendues** avec leurs patients : « enfin moi après je suis plutôt cool, je ne mets pas trop de barrière, j'ai tendance à tutoyer les gens assez vite et je pense qu'ils peuvent me parler rapidement» (M3).

La **confidentialité** de la consultation médicale participe au renforcement de la relation médecin malade : « puis c'est des maladies un peu tabou, donc ils vont chez le MG, c'est ni vu ni connu! » (M11).

Mais la **relation médecin malade est parfois compliquée**. Les médecins **ne reconnaissent pas** toujours le patient qui se présente en consultation : « c'est

*quand tu ne connais pas le patient c'est très difficile » (M7). Parfois avec certains patients, il n'y a **pas d'accroche** : « Je pense qu'il y a des gens avec qui ça passe d'autres moins bien. » (M2).*

H. Environnement et cadre familial

La **famille parfois gêne la prise en charge** du patient suicidaire selon les médecins, notamment lorsque ils se trouvent dans le cadre d'une **consultation à plusieurs** : *« Et je lui ai dit "je suis bien embêté parce qu'il faut absolument que vous voyez quelqu'un en urgence" elle m'a répondu "je ne veux pas, mon père m'accompagne je ne veux absolument pas qu'on lui en parle" » (M3). Il arrive parfois que la famille ne soit **pas compliant** aux soins : «elle était venue avec son compagnon, qui était déjà un petit peu agressif, pas très compliant, pas très content d'être là[...]Mais en fait le problème ça a été plus son compagnon que elle, parce que elle était d'accord de tout ça mais lui était fou, il était dans un état second donc après j'ai mis les points sur les "i" en lui disant que je ne voulais plus jamais le revoir dans le cabinet et voilà et depuis elle je ne l'ai jamais revue d'ailleurs » (M11).L'existence de **conflits familiaux** est décrite comme un frein : « mais le problème c'est que justement [...] qu'il y a des conflits familiaux » (M6), autant que l'**isolement familial** : « hum... si ils sont ... si ils en ressentent le besoin je vais facilement demander à la famille avec, mais si c'est des gens qui sont isolés ou quoi, ben on ... c'est difficile de faire intervenir des gens, souvent les gens qui sont déjà isolés ils n'ont pas envie d'embêter les gens autour. C'est difficile d'impliquer d'autres personnes » (M12).*

A contrario, dans certaines situations, l'**environnement familial** est décrit comme un **véritable point positif de la prise en charge**. La **connaissance du contexte de vie** par les MG est un avantage : *« C'est un des gros avantages c'est qu'on connaît les gens, on connaît leur famille, on connaît le contexte » (M10)*. La **famille devient alors un allié** : *« Disons que au X tout le monde se connaît, on connaît bien les familles, on sait où trouver l'information quand on veut les chercher. Donc quand on a un doute ou qu'on veut avoir des avis, trianguler un peu la relation avec le patient, on dit aux familles de nous prévenir si il y a quelque chose qui est suspect ou pas. Mais ça se fait souvent spontanément c'est des familles qui viennent à nous pour qu'on organise ce genre de choses. C'est souvent les appels à l'aide des familles qui nous demande d'être vigilants. c'est très souvent qu'on a des appels avant les consultations, disant "attention Dr, vous allez voir mon fils mon cousin, il y a ça et ça qui ne va pas, soyez vigilant", donc les gens prennent les devants par rapport à ça [...] on sait les personnes sur qui on peut compter dans l'entourage le patient n'est pas seul et nous on est pas seuls, parce qu'on connaît les structures familiales, c'est surtout ça le principal atout on est au cœur de la vie des gens, on sait sur qui compter et comment organiser les choses... » (M7)*.

Un médecin décrit un **cadre de vie idéal** en Martinique : *« Après on a quand même la chance d'être bien situés [...] regardez autour de vous, on est quand même dans un petit paradis » (M6)*

I. Perception de l'activité libérale des MG

1. Facteurs facilitateurs à la prise en charge

Les médecins décrivent certaines caractéristiques personnelles, professionnelles et organisationnelles comme des facteurs facilitateurs à la prise en charge.

Les médecins identifient des **ressources professionnelles** qui leurs sont propres :

Le **rôle du médecin** est « *de s'interposer entre lui et le suicide. [...] c'est un peu comme les accidentés de la route, c'est la prévention qui marche* » (M2). Ils **déstigmatisent la psychiatrie** : « *Et surtout je pense que je décomplexe le sujet et on le rend plus à l'américaine qu'à la française c'est-à-dire que quand ça ne va pas "bon ben consultez" je décomplexe très facilement ! [...] Je pense que les 3/4 des gens, les 9/10ème en ont besoin, donc pour moi le sujet, peut-être parce que j'ai été élevée à l'anglo-saxonne et que cette mentalité anglo-saxonne pour moi décomplexe complètement le sujet Il n'y a pas de fou pas de ci pas de cela ! [...] "Va voir la psychothérapeute au bout de la rue, elle est bien plus formée que moi, elle est très bien" ! Je flatte les gens souvent d'une part parce qu'ils le méritent mais parce que ça fait tomber cette appréhension, cette frilosité de départ.* » (M2), et **dédramatisent la situation de mal-être** : « *C'est même au-delà du fait qu'il n'y a pas de jugement, c'est que je les encourage à penser que c'est une chose très naturelle que de pas aller bien par moment* » (M2). Leur **conscience professionnelle** les guide : « *je me dis que si je ne suis pas assez attentive, je vais passer à côté, et je vais la laisser aller dans la mauvaise direction. Et c'est toujours mon soucis c'est de toujours me dire "il faut que tu sois suffisamment vigilante pour ne pas passer à côté de ces cas " »* (M4).

Certains médecins estiment **avoir une certaine maîtrise** au sujet de la crise suicidaire grâce à leurs **lectures personnelles** : « *J'ai d'ailleurs acheté un livre que j'ai commencé à lire: "le médecin, un psy qui s'ignore" »* (M1), et à une **bonne**

formation globale : « Moi j'avais fait 6 mois en psychiatrie, donc ça m'a quand même servi. [...] Ah oui, parce qu'on assistait aux consultations, donc on a une certaine expérience quand même quand on fait un stage en stage en psychiatrie [...] mais bon on assistait aux consultations et à la manière de s'entretenir avec les gens, ça m'a aidé, pour pouvoir parler avec les gens, » (M8). La **formation médicale continue** est appréciée : « Mais c'est vrai qu'on a quand mm beaucoup de petites formations, de petits trucs qui nous aident quand même qui font qu'on est un petit peu plus avertis. Je crois que le post universitaire, je crois qu'elle est pas mal. » (M4). Un médecin évoque sa participation jugée enrichissante à un **groupe de pairs** : « Les groupes Balint [...] c'est comme un courant de pensée, ou il y avait des médecins qui se regroupaient pour réfléchir sur leur façon de travailler, leur propre façon à eux de travailler, et se dire que quand tu vois la patiente et que tu lui dis ça ou ça est ce que vraiment tu as le droit d'aller jusque-là, est ce que tu ne t'investis pas trop, est ce que tu ne te met pas en danger. Finalement ça s'est arrêté mais je pense qu'il faudrait que ça reprenne. On avait fait ça avec Dr X, et il y avait des psychiatres, et c'est à partir de là que j'ai eu les références d'un certain nombre de psychiatre avec qui j'ai continué à travailler, même si il n'y a plus le groupe balint, et ça s'est intéressant. En fait il nous faudrait prendre un petit jour dans la semaine pour faire que ça, prendre le temps de réfléchir sur ce que nous sommes » (M5).

Leur **expérience** améliore leur performance : « Mais ça s'apprend, il y a des façons de faire qui est plus ou moins affinée au bout de 20 ans d'exercice, que la première année ou je m'en foutais royalement ! [...] Je pense encore une fois, mon écoute s'est affinée et ma perception et mon acuité sur la chose s'est affinée depuis quelques années. Mais tu m'aurais pris il y a 5 ou 10 ans je t'aurais dit je n'en sais strictement

rien! [...] Mais j'ai un discours assez libre, parce que ça fait maintenant plus de 20 ans que je les connais. » (M2), d'autant qu'il **existe de bons résultats** : « c'est toujours fonction des résultats qu'on a. Quand on a des résultats intéressants, on est toujours prêts à refaire » (M4).

Les médecins ont décrit leur **organisation globale au cabinet**, facteur pouvant faciliter la prise en charge des patients suicidaires notamment en termes de **disponibilité** : « dire que [...] j'étais très impliqué! [...] On est là, c'est par ordre d'arrivée. Ils savent que je travaille lentement, et que si il faut discuter... JE suis là. [...] d'insister sur " prenez le téléphone, quand vous voulez, tout ça...pas de bêtises!" » (M6). Certains MG estiment avoir une **bonne gestion de leur temps** : « mais ça on ne le sait, il y a des patients avec qui on ne passera pas 1/4 d'heure, on y passera une demi-heure! Oui! Mais bon, on gère, il faut passer cette demi-heure on la passe tant pis la salle d'attente trépigne, ce n'est pas grave! Si il faut passer du temps on le passera! » (M11).

Le **travail en cabinet de groupe** a été évoqué par un des médecins, et présentait selon lui le paramètre le plus important dans l'optimisation de la prise en charge : « nous on a la spécificité d'avoir un dossier commun avec 3 médecins, donc je vois sur certains dossiers, mes 2 collègues qui mettent des notes des fois, on se laisse des notes sur les dossiers des patients et donc on peut intervenir de façon un peu plus active quand il y a des notes qui ont été mises par nos confrères, souvent on fonctionne comme ça [...] on est souvent en binôme dans notre cabinet avec 2 consultations parallèles, quand on a besoin de prendre du temps avec un patient, on peut et on sait que l'autre

confrère est là et va s'occuper de la salle d'attente, donc si il faut une heure on prend une heure il n'y a pas de problème » (M7), d'autant que le **dossier médical est bien rempli** : « tous ceux qui ont fait des tentatives de suicides sont répertoriés en tant que tel au cabinet, on a une rubrique. alors c'est pas une rubrique dédiée, mais c'est rempli, on a beaucoup de patients qui ont des antécédents de TS, pour qu'on ait cette case d'alerte quand il y a des choses qui nous échappent [...] j'aborde les idées noires les idées de morts et les pulsions pour essayer d'estimer si un passage à l'acte peut arriver c'est quasiment systématique, sur des problématique de trouble de l'humeur ou de dépression, qu'on aborde ce sujet parce que comme on fonctionne à 3 si c'est un autre qui passe après il faut qu'on puisse dire qu'on a déjà posé la question, qu'on a déjà évalué, il a un peu plus de recul sur l'évaluation du patient. » (M7)

Au cours des entretiens, la notion de **subjectivité** des médecins s'est dégagée. La **prise en charge** des patients suicidaires est souvent **valorisante** pour eux : « si on peut prévenir une crise suicidaire, oui bien sûr. C'est un geste extraordinaire! [...] Mais sinon c'est très gratifiant. C'est même plus gratifiant que de traiter des angines, des rhinopharyngites. Là on a l'impression d'avoir compris quelqu'un et qu'on a fait quelque chose vraiment. [...] Comme quoi il faut prendre le temps-là on est content de ce qu'on a fait. Du coup ça m'encourage à continuer à prendre le temps de leur parler. » (M8).

L'**intérêt spécifique pour le sujet** est un facteur favorisant la prise en charge chez certains médecins : « Mais c'est vrai que dans ma patientèle, je suis un peu versé sur

ce versant psychologique là. [...]Donc j'ai été sensibilisé, mais la psychologie m'a intéressée aussi personnellement très tôt donc voilà» (M8).

2. Difficultés des MG

Au contraire, des difficultés concernant leurs **ressources professionnelles** ont été décrites quant à la prise en charge de la crise suicidaire. Certains sont face à un **sujet mal maîtrisé**. Certains évoquent des **difficultés au dépistage et à la prise en charge**: « *Alors j'ai eu une fois une autre patiente qui est arrivée l'air de rien, avec l'air de dire "je ne suis pas bien " mais c'était vraiment...ça faisait vraiment nonchalant ... et ça n'avait pas attiré mon attention, et elle était passée à l'acte* » (M5). Les MG ont des **difficultés** quant **au suivi**: « *et souvent je ne me sens pas suffisamment calée pour le suivre au long cours* » (M5). Les **recommandations sont difficiles à appliquer**: « *Franchement avant c'était plus simple, je vous jure, il y a 10 ans c'était plus simple. Avant on avait des arbres décisionnels, par voilà [...] donc leurs "reco'" ou les choses comme ça ne sont pas facile à suivre. [...] On fait plus du cas par cas, ça nous prend du temps* » (M6).

Les médecins **manquent d'outils** pour prendre en charge les patients suicidaires de façon optimale. Les jeunes médecins **manquent** parfois **d'expérience**: « *Encore une fois moi je débute, je n'ai pas une expérience terrible* » (M9). La plupart des médecins estiment **manquer de formation**: « *Ben elle est nulle, à partir du moment où moi je n'ai pas fait de psychiatrie pendant mon internat, elle est nulle, j'ai rien eu, ou en tout cas je n'en ai pas de souvenir. [...] Théorique ouais je me souviens bien, mais je me souviens en D4, c'était plutôt orienté sur les troubles du*

comportement les schizophrénies tout ça je n'ai pas l'impression que ça a été des cours importants, alors que je me rends bien compte qu'en cabinet, oui ça l'est. Mais je dirai les études de médecine en général sont pas orientées pour travailler en cabinet de médecine générale [...] Jamais on ne m'a appris à mener un interrogatoire pour un patient qui n'est pas bien psychologiquement, » (M9)

Un médecin décrit une **variabilité de prise en charge** selon les médecins : « *Avec des gens après qui n'ont fait que bosser dans des bouquins, et qui prennent des petites spécialités comme ça qui n'ont aucun rapport humain, et qui n'ont pas de Ceux-là qui voulaient surtout être spécialistes. Et les autres qui ont pris des mauvais stages, mais les plus formateurs* » (M6). Ils rappellent d'ailleurs qu'**ils ne sont pas psychiatres** : « *On ne va pas bien ? On va en discuter avec quelqu'un qui a les compétences que je n'ai pas !* » (M2).

Les médecins ont évoqués plusieurs **éléments subjectifs** freinant la prise en charge d'une problématique suicidaire.

Un médecin a évoqué l'existence de **préjugés à propos du mal-être** : « *quand j'ai commencé à travailler, je ne voulais pas prendre en charge les psychiatriques. Je me disais, ces gens-là n'ont pas envie de vivre, et c'est tant pis pour eux !! ... et j'avais pas du tout envie de m'occuper des patients psychiatriques [...] j'ai fini par comprendre qu'en fait quand même ce qui avait l'air d'être purement d'ordre de la volonté, que c'était que du psychologique dans la tête , a quand même un substratum physique réel avec les neurotransmetteurs, et si les gens ne sont pas équilibrés au niveau de leurs neurotransmetteurs et ben il vont aller encore plus facilement dans la dépression et dans les trucs comme ça... et là je me suis dit, mais en fait tu ne peux pas*

les abandonner , parce que quand même ils sont réellement malades au début tu te dis que les gens psychiatriques c'est des fous mais en réalité il y a en dessous quelque chose qui fait qu'ils vont se comporter comme ça comme ça» (M5). Ils décrivent une **prise en charge intuitive** : « honnêtement je me trouve nulle Je veux dire je fais du débrouillage, je fais au feeling. [...] je suis en train d'apprendre sur le tas. » (M9).

Certains médecins avouent un **manque d'intérêt pour le sujet** : « Je suis très peu branchée par[...] la première année où je m'en foutais royalement. » (M2). Un médecin va jusqu'à dire "**a sa place je l'aurai fait**" : « C'est des situations extrêmes parce très dépendante, tu vois, 72- 75 ans, donc pas de ressources, et la tu te dis, je serai à sa place... C'est peut-être en considérant ce que tu toi tu ferais à la place de l'autre. Je pense qu'il y a aussi cette espèce de renvoi à toi et ta perception du bonheur, et par opposition du malheur. Tu te dis, s'il m'arrivait ça, effectivement, je le ferai...» (M2)

La notion de **contre transfert négatif** est évoquée : « Je me disais, ces gens-là n'ont pas envie de vivre, et c'est tant pis pour eux... et j'avais pas du tout envie de m'occuper des patients psychiatriques». (M5), ainsi qu'une touche de **fatalisme** « tu vois, et la tu te dis elle si un jour elle passe à l'acte, pourquoi pas [...] mais il y a une espèce de fatalisme....celles-là si elles passaient a l'acte, je pourrai comprendre » (M2). Pour un médecin, **la question de la mort est normale** « Et d'ailleurs pourquoi avoir choisi ce sujet? Parce que tout le monde pense à la mort. C'est le principe de la vie... Donc ne pas y penser, ne pas la souhaiter pour quelqu'un qui nous emmerde, penser à sa propre mort, je pense que tout le monde l'a fait. ... » (M6).

Certains médecins ont une **mauvaise image globale de la psychiatrie** : « *Maintenant, Pour moi "il est fou" ça ne veut rien dire, mais à l'époque, aller voir un psy, il y avait une connotation négative. Quand j'étais gamine, il y avait les fous. Aller chez le psychiatre a une connotation négative par rapport à certaines régions industrialisées.* » (M1), jusqu'à éprouver une **gêne, un sentiment de malaise** « *même quand on les soupçonne, on a peur de les révéler, et peut être que pour nous aussi c'est une façon de nous protéger, de nous dire "tiens il n'y a pas ça " peut être aussi, c'est possible peut être que c'est une façon pour nous de nous rassurer* » (M4).

L'organisation de la pratique de la médecine libérale est un **frein à la prise en charge** de ces patients. En effet, les MG évoquent le **manque de temps**, inhérent à leur activité libérale : « *qu'on le veuille ou non, même si on râle souvent et qu'on se dit que ça nous fait beaucoup de travail, et que "yo ka kité tout' bagay la anle do nou" (rires) [...], mais c'est vrai que c'est nous qui sommes le plus en contact avec des patient.[...] tout le monde est la tête dans le guidon, et le patient dans la salle d'attente, on a pas vraiment le temps de se poser pour réfléchir sur ça* » (M5). **L'organisation du cabinet** n'est d'ailleurs pas propice à accueillir les patients suicidaires : « *en cabinet on n'a pas d'endroit spécifique pour mettre les personnes en observation, et pouvoir prendre le tps de voir si on arrive à les mettre en sécurité le temps de les faire hospitaliser La gestion de l'urgence chez un patient qui est agité ou qui se met en danger est difficile* » (M7)

Le **coût** d'une consultation en médecine général est **insuffisant** pour ce type de prise en charge : « *C'est le temps du médecin mais le temps rémunéré du médecin.*

C'est vrai qu'une consultation qu'elle soit longue ou courte, elle coute le mm prix, il n'y a pas de différence. Par conséquence il serait fou pour un médecin de vouloir prendre en charge des situations de consultation très longue et ce quel que soit le motif. » (M4).

J. Habitudes de prescription

Les **anxiolytiques et les antidépresseurs** sont des classes thérapeutiques initiés par les MG : « *quand je les vois vraiment pas bien et que se pose la question de l'antidépresseur, sans attendre le CMP [...] Quand ils sont en phase aigüe mais qu'ils ont un bon moral habituellement et qui traverse une zone de turbulence, je prescris des anxiolytiques du plus simple, genre je commence vraiment par le plus simple* » (M2). Les MG **réévaluent également le traitement** prescrit par le psychiatre : « *Par contre nous réévaluons. S'il vient pour autre chose on réévalue, même si ce n'est pas notre objectif premier. Mais ça nous permet si il est stable, si il est très endormi, si est pas bien, si les médicaments le fatiguent, si il en assez. Et c'est vrai qu'on fait cette analyse là qu'on note dans nos dossiers, plus ou moins d'ailleurs. [...] Le moment où on est amené à renouveler le traitement, c'est quand on a pris de la distance par rapport au problème. [...] C'est plus un dépannage qu'on fait qu'un renouvellement de truc* » (M4).

Certains expriment d'ailleurs une **bonne image des traitements** médicamenteux : « *Sinon avec les nouveaux antidépresseurs qu'on a, on est plus tranquilles. Les trucs un petit peu plus doux [...] mais ont moins d'effet secondaires, et sont mieux tolérés, et en fait on est un peu plus prescripteurs aujourd'hui* » (M4).

D'autres en ressentent les **limites**.

Ils **semblent prudents** sur leur usage des médicaments qu'ils donnent: « *le moins possible quand même.* » (M6)

Un médecin a évoqué la **mauvaise image** qu'il avait de l'**industrie pharmaceutique** : « *Je pense qu'avec le recul, je ne sais pas si c'est l'effet médiateur aussi, mais de toute façon je mets de moins en moins de médicaments! J'aime de moins en moins les laboratoires pharmaceutiques[...]. C'est que de la délocalisation du pognon, du pognon, et du pognon...* » (M6).

Ils ont des **craintes sur les effets et l'usage** des médicaments qu'ils prescrivent. Les médicaments semblent **sans effet**, ou dont l'**effet est retardé** : « *D'autant que quand on donne un antidépresseur, on n'a pas d'effet immédiat.* » (M4). Certains médicaments leur paraissent **trop puissants** : « *J'ai l'impression qu'ils cognent parfois assez fort! [...] Les antidépresseurs aussi ils les associent des fois... Ils ont peur de rien j'ai l'impression des fois... Avec des doses! [...] Primum non nocere, on a une belle machine, il faut la respecter.* » (M6), ou provoquent un risque de **levée d'inhibition** : « *L'antidépresseur peut aussi provoquer un passage à l'acte* » (M3). Ils évoquent le **risque d'abus médicamenteux, voire de passage à l'acte** avec un traitement qu'ils auraient prescrit : « *j'avoue que j'hésite, je n'ai pas envie qu'il m'avale la boîte!* » (M11).

Les médecins se sont sentis également en difficulté face à des **patients non compliants** à leur prescription médicamenteuse. Certains **refusant le traitement** : « *je me suis cassé les dents plus d'une fois sur des situations où il m'a semblé que c'était nécessaire* » (M10), D'autres **arrêtant leur traitement** après une période de bonne compliance : « *les antidépresseurs sont souvent mal supportés, ils arrêtent tout sans nous le dire, on le sait après, non le suivi est très difficile* » (M11)

K. Adressage au psychiatre

Les mg adressent leurs patients aux **psychiatres libéraux et de CMP** : « *Moi je les appelle au CMP, enfin moi je suis sur X, j'appelle à X ou X, pour en parler directement avec le médecin, et dire voilà, moi je préfère que ce soit vous [...]* Mais en fonction des conditions économiques des patients. Les patients qui ont les moyens, je propose sinon des psychiatres du privé mais la plupart du temps c'est le CMP» (M9)/

Cette prise en charge spécialisée comporte des **avantages**. L'**accès semble facile** pour certains MG : « *Moi j'ai un grand avantage, je travaille à côté du CMP de X, donc encore une fois ce sont souvent des patients communs. Donc quand il y en a un dont la porte est fermée, il va voir l'autre. Et ça c'est important, je pense que c'est un grand plus*»(M2). Certains patients sont d'ailleurs **pris en charge directement** par la psychiatrie, sans le recours au MG : « *il y a une spécificité c'est qu'au X on a un CMP, avec un psychiatre qui est présent, donc les familles sur ces problématiques la vont plus au CMP voir le psychiatre que notre cabinet* » (M7).

Les MG estiment que les psychiatres sont les **professionnels compétents** pour la prise en charge de la crise suicidaire : « *Il connaît sa partie beaucoup mieux que nous, c'est la moindre des choses.* » (M1). La **prise en charge** par les psychiatres leur paraît **adaptée** : « *Vous savez que maintenant ce sont les MG qui doivent faire les protocoles de soins [...] Mais en psychiatrie, il y a une zone diagnostic. On peut marquer symptôme dépressif Mais entrer dans le détail de délire, trouble bipolaire etc... Je reconnais à mon niveau à moi que je ne peux pas faire la différence. J'ai apprécié le fait [...], le psychiatre l'a fait (rires) l'a donné au patient et j'ai plus eu*

qu'à signer. Et effectivement, j'ai réalisé que je n'aurai jamais pu écrire le diagnostic qu'il a fait. Voilà. C'est plutôt un bon point. » (M1). Un **travail collaboratif** existe pour certains MG : « le fait d'avoir un réseau de proximité, ça nous permet en étant en première ligne de pouvoir compter sur les confrères psychiatres et de proposer une alternative aux patient a l'hospitalisation ça nous permet de gérer beaucoup de cas » (M7), **favorisé par une bonne communication** avec les psychiatres : « Mais sinon si je devais parler de cette relation, elle est intéressante. C'est des gens qui sont très à l'écoute, qui sont très ouverts, on les appelle ils écoutent, ils revoient nos patients» (M4), notamment avec l'**existence d'une ligne directe** dédiée : « Je sais qu'on peut l'activer en cas de problème» (M8).

Mais la prise en charge par les psychiatres comporte des **limites**.

Les MG estiment que la **relation entre leurs patients et les psychiatres** est compliquée. L'**accessibilité** à un psychiatre n'est pas aisée pour le patient selon les MG interrogés : « C'est vrai que eux aussi sont aussi surbookés, ils sont peut-être peu de temps à leur consacrer » (M4). Selon les MG, le fait que **les psychiatres ne connaissent pas bien les patients**, peut freiner la prise en charge : « Plus on connaît les gens, et plus on voit sur leur tête quand ça ne va pas. Et ce que ne peut pas forcément faire un médecin psychiatre, s'il suit quelqu'un depuis un an certainement, mais comme ça au pied levé, non... » (M10). **Les patients ne sont pas compliants** aux soins psychiatriques : « la personne était absolument pas dans une optique de faire une thérapie, parce que c'était totalement hors de son champ de pensée, ils ne voyaient pas ce qu'ils allaient faire à discuter avec quelqu'un, » (M10), en raison de

leur **peur** de la psychiatrie : « *pour beaucoup de gens, il y a un a priori de la psychiatrie. Ils préfèrent aller voir le médecin plutôt que le psychiatre parce que peut être qu'en France c'est pareil qu'en Martinique, on dit qu'il "est fou"» (M1), et la crainte d'être découverts : « on n'a pas trop envie d'y aller, on n'a pas trop envie d'être vus la, surtout qu'ici il n'y a pas beaucoup de confidentialité» (M11).*

Le **coût en libéral** semble être un frein à l'accessibilité des psychiatres libéraux : « *Moi j'ai quand mm une patientèle qui n'est pas très aisée a X, et je sais très bien que tous les gens que j'ai à l'esprit je sais très bien qu'ils ne peuvent pas se permettre de payer le psychiatre en privé régulièrement » (M9).*

Les MG estiment que **le travail du psychiatre est difficile** : « *Et la psychiatrie c'est beaucoup plus lourd, il y a quand même la nécessité d'un entretien, d'un échange verbal» (M4).*

Certains évoquent de **mauvaises relations** avec les psychiatres : « *Alors, vous savez, c'est comme les copains les copines. Si ça marche, si ça marche pas ça marche pas [...] Disons qu'on n'a pas tellement de relation;» (M1).* D'autres ont une **mauvaise image du psychiatre** : « *C'est particulier quand même.... je pense qu'il faut être psy pour être psy... [Les relations] du coup pas terrible! (rire) [...] Ils ne sont pas forcément les pieds sur terre[...] Je pense qu'ils ne doivent pas trop percuter ce que racontent les personnes... Donc voilà ce n'est pas facile, c'est réellement des foutaises!» (M6).*

Ils déplorent un **manque de communication** avec les psychiatres : « *bon voilà, qu'il y ai un renvoi d'ascenseur, mais en fait jamais! On a l'impression que nous on les soigne pour le somatique, et qu'une fois qu'on a passé la main au psychiatre, on chemine de façon parallèle, mais vraiment PA-RA-LELLE » (M11), qu'ils n'arrivent*

pas à joindre : « déjà pour joindre le psychiatre de garde à X, bon courage! Ils sont injoignables! » (M3) et dont ils estiment n'avoir **aucun retour** : « Parce qu'après par les faits ce n'est pas le cas, parce que les courriers... [...] On ne reçoit jamais ou au bout de 3- 4 mois, on a déjà vu le patient 2 ou 3 fois, donc ça de toute façon n'aide pas... » (M6).

L. Urgences et hospitalisations

Les MG utilisent les **services d'urgence** pour la prise en charge de leurs patients. Ils les **adressent directement** : « j'ai été interne à X, je sais qu'il y a un accueil psychiatrique. J'hésiterai pas, moi si j'ai le moindre doute je ne prendrai pas le risque, et je n'hésiterai pas à l'envoyer directement. » (M9) ou à l'**aide du centre 15** « La j'ai appelé le 15 et j'ai demandé au régulateur hospitalier, c'était Dr X, de m'aider. Je lui ai exposé le cas, c'était enregistré » (M3). Mais certains MG **déplorent l'absence d'hospitalisation** suite à cet adressage : « Mais souvent ils ressortent le soir même [...] Le peu de fois où j'ai envoyé, ils sont ressortis tout de suite sans être hospitalisé»(M3).

Les patients à risque de passage à l'acte sont **hospitalisés** par leur MG : « Quand je sens que ça me dépasse. [...]Je sais qu'ils seront dans le service, qu'il y a du monde à côté... » (M5). L'hospitalisation est perçue comme un **levier positif de prise en charge de la crise suicidaire**. Elle permet de se recentrer sur une situation, de prévoir une **prise en charge globale** : « permet aussi de regrouper la famille. [...] à l'hôpital il y a quand même le contact avec les proches, ça permet d'englober un peu,

je pense, de façon plus large la situation » (M10), ce d'autant que l'hospitalisation est accessible pour les MG : « je n'ai pas eu beaucoup l'occasion, mais quand j'en ai eu la nécessité, j'ai pu quand même hospitaliser en psychiatrie de patients » (M12).

Mais l'hospitalisation comporte des **limites**. Les patients ne sont **pas** toujours **compliants à une hospitalisation** : *« elle ne voulait pas être hospitalisée. [...] et à chaque fois je lui demande si tu ne veux pas aller à l'hôpital, elle me disait non non mon mari va s'occuper de moi » (M8).* Les MG jugent les **hôpitaux inaccessibles** : *« L'hospitalisation est difficile et les patients nous échappent, [...] mais la psychiatrie hospitalière, on a de relation avec elle que pour les HO, pas pour les prises en charges planifiées » (M7).* Ils évoquent là encore des **sorties trop rapides** : *« Elle était plutôt demandeuse d'aide et d'une hospitalisation quand même. Donc elle-même était un petit peu surprise de se retrouver d'un seul coup de nouveau seule » (M6).*

Un MG estime que le **risque n'est pas exclu**, et craint le passe à l'acte pendant l'hospitalisation : *« mais on est un peu démunis [...] on ne peut pas les mettre dans des hôpitaux ou ils risquent de passer par la fenêtre » (M11).*

Un médecin évoque les **difficultés de l'hospitalisation sous contrainte** : *« Si je vois que vraiment il y a un risque de passage à l'acte qu'elle ne veut vraiment pas y aller j'appelle le 15 et je demande comment on peut faire un certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Mais ça il faut faire attention, parce que si tu le fais et que la personne dit que tu l'as forcé, tu peux avoir des risques de plaintes » (M3), dont certains n'en **connaissent pas les modalités** : « Déjà, des soins contre son gré c'est très difficile. [...] je ne sais plus maintenant, qu'il y ait à la fois un représentant du maire, les gendarmes, une ambulance... » (M6)*

M. Adressage au psychologue

Les patients sont **adressés directement** par les MG aux psychologues : « *Non, je n'ai pas de psychologue attitré. Je dis "voyez un psychologue"» (M3), pour les cas les moins graves : « Quand je vois qu'il n'y a pas d'idées noires et que ça peut aider, ouais. Pas forcément des dépressions. Mais des dépressions réactionnelles» (M3).*

Les psychologues sont **bien perçus** par les MG. Ils sont décrits comme les **professionnels de l'écoute** : « *On va très vite confier au psychologue qui a beaucoup plus de temps qui va pouvoir causer plus longtemps ou confier au psychiatre » (M4), accessibles : « Enfin le psychologue on l'a plus facilement, on peut confier le patient plus rapidement. [...]C'est vrai que pour le moment on les a assez facilement. » (M4) et ont de bons résultats : « Les thérapies brèves, souvent j'ai des résultats rapides» (M1).*

Mais certains **freins** existent à la prise en charge de la crise suicidaire par les psychologues. Le **coût de la consultation des psychologues**, et l'absence de remboursement semble être un frein : « *mais il y a un frein financier! Ils n'ont pas 50 euros à donner au psychologue, ils aiment bien quand c'est gratuit!» (M11).* Dans certaines zones, il persiste un **défaut d'accessibilité**, notamment concernant les psychologues libéraux : « *alors il n'y a pas de psychologue dans le nord à part ceux du CMP » (M7).*

N. Prise en charge alternative

Les **autres modes de prise en charge** évoqués sont les **thérapeutes et guérisseurs** : « après si les gens ils veulent aller voir des chamans des trucs, moi je suis ouvert à pas mal de choses » (M10), les **médecines dites "douces"** « il faut s'ouvrir pour la sophrologie, la relaxation ou ce genre de choses » (M2), « à l'acupuncture si ça leur fait bien » (M10), les **médecines manuelles** « faire de la kiné ostéopathique... » (M6). Et enfin, le **sport** a été évoqué « L'oxygénation par exemple ça reste le meilleur booster autant efficace que les prozac et compagnie d'après quelques étude... pour l'énergie, pour la confiance en soi, pour plein de choses » (M6).

O. Le patient au sein du réseau

Le **parcours du patient** avec le MG en place centre n'est pas toujours adapté : « ce qui est difficile c'est qu'on nous appelle en première intention pour toutes ces thématique alors que des fois le patient perd du temps à notre passage [...] souvent ça déstabilise encore plus le patient qu'autre chose. Etre en première ligne tout le temps n'est pas facile » (M7)

Aucun réseau n'est identifié : « C'est vrai qu'on a un peu des outils, [...] on a du mal à retrouver les contacts, les circuits adaptés, il faut agir vite, il faut régler les situations de façon urgente, rapide. » (M4)

P. Vécu et ressenti

Les médecins évoquent un **vécu difficile**, aussi bien de la prise en charge du suicide, que de leur travail de manière globale.

Ils évoquent leur **fatigabilité** : « Ben c'est prise de tête puisque ma fois, je dis que le psychiatre chapeau! Parce que faire que ça ce n'est pas possible! La pathologie est très lourde à porter. On sort de là on est vidés, on peut voir une angine en 10 minutes, un lumbago en 20 minutes, mais là c'est 40 min à essayer de parler de trouver vraiment, essayer de plus réfléchir, à midi je suis franchement en hypoglycémie j'ai besoin de sucre si j'ai vu 2 ou 3 psys dans la matinée. Ça me demande beaucoup d'investissement, donc chapeau les psys!! Faut encaisser... » (M2).

La mise en jeu de leur **responsabilité médicale** est mal perçue : « Mais en fait c'était l'horreur, tu vois tu as une salle d'attente pleine à craquer et tu as quelqu'un qui joue avec ta responsabilité médicale » (M3).

La prise en charge de la crise suicidaire, est pour eux **peu valorisante**, voire **angoissante** : « ça m'a affolée! [...] Quand un patient te dis ça, tu te dis, merde qu'est-ce que je fais, il ne faut vraiment pas que je la laisse partir avec cet état d'esprit là. [...] si elle me répond des choses qui me plaisent pas ou qui créent de l'angoisse chez moi [...] Ben oui je ressens de l'angoisse, je me dis que si je ne suis pas assez attentive, je vais passer à côté, et je vais la laisser aller dans la mauvaise direction. [...] Je trouve que dans ce métier qu'on fait dans lequel il n'y a pas de filet il n'y a rien du tout [...] C'est ce qui me parait le plus pénible, dans ce métier. » (M5)

Certains MG ont **modifié leur comportement**: L'ajustement de leur mode de prise en charge, sont venues de certaines **expériences professionnelles mal vécues** par les MG : « à partir de ce moment-là j'ai commencé à être incisive, et puis chercher vraiment. » (M5), « Je me suis un peu remis en cause » (M8), voire de l'**expérience d'autres confrères** : « le MG était le médecin sapeur-pompier était venu, était arrivé

avant le SAMU, donc personne sauvée hein... mais qui était heureusement décrochée à temps et le généraliste l'avait vu la veille quoi! Et il était en train de répéter, "mais je l'ai vu hier, mais je l'ai vu hier..." (Soupirs) Et il était mal parce qu'il l'avait vu la veille, pour son mal être mais il s'était pas dit que le lendemain il irait se pendre dans une grange. Mais il a été sauvé le gars, mais je m'en rappelle de cette scène ! [...] on se dit qu'on n'a pas envie d'être dans le même cas, enfin ça peut arriver à tout le monde...» (M10)

Au-delà de la crise suicidaire elle-même, certains se posent des questions à propos **la société jugée "malade"** : *« Comme quoi ce n'est pas comme avant! Ca effraye les cocotiers! [...] Toujours avec l'évolution de la société, on est devenus fragiles. Les gens sont devenus fragiles. On est dans une société... fragile. » (M1), « Je trouve aujourd'hui que la société Martiniquaise est malade de ça, il n'y a plus de structure familiale » (M5).*

Un médecin **s'interroge sur les intentions** des soignants : *« Je pense que c'est une discipline qui est quand même, à mon sens égoïste. Je ne sais pas si on ne cherche pas notre propre contentement et satisfaction à travers la satisfaction de l'autre. C'est à dire que l'autre est bien. » (M2)*

Les MG sont aussi vulnérables face au risque suicidaire : *« Même à la sélection dans notre cursus on aurait dû s'intéresser à ce qu'on avait dans notre tronche, niveau psychologique aussi je pense. [...] J'ai moi-même déjà eu des petites périodes, enfin une seule petite période, sur quelques jours quand même, en pleine auscultation, je suis là comme ça, j'ai quand même des flashes ou je suis pendu sous*

un cocotier... Ah ça fait bizarre quand même!! Il n'y a pas que des choses drôles dans ma vie en ce moment, mais quand même... Des trucs comme ça, de vrais flashes, c'est dur de reprendre la consultation... C'est dur ouais...de temps en temps...» (M6)

Q. Propositions

Les MG interrogés ont émis des propositions d'amélioration de la prise en charge suicidaire en Martinique.

Ils ont proposé des axes d'amélioration **liés au patient**. La prévention du suicide, doit selon certains médecins passer par une **prise en charge de la société**: *« il faudrait encadrer toute la population (rires) Et les amener à réfléchir un petit peu sur eux même Mais bon ça c'est dans la croissance même de tout individu, ce n'est pas tellement pour les suicidaire, mais il faudrait amener les gens à réfléchir un petit peu mieux sur ce qu'ils font ou ils veulent aller, sur... » (M5)*, avec une notion de **prévention dès l'enfance** : *« C'est quand ils sont petits qu'il faut commencer à faire quelque chose. » (M8)*.

La **prise en charge des familles après un acte suicidaire** abouti est identifiée comme un axe de prise en charge de prévention tertiaire : *« par contre je vois les sœurs et mères qui m'en parlent. Il y avait un monsieur qui avait un cancer gastrique au stade terminal, que je ne suivais pas, il s'est pendu, il ne s'est pas raté. Toutes les sœurs sont venues s'épancher ici » (M11)*.

Les MG ont également proposé des axes d'amélioration **liés aux MGeux-mêmes**.

La **souffrance et les déterminants psychologiques des MG** devraient être évalués : *«à la sélection dans notre cursus on aurait dû s'intéresser à ce qu'on avait dans notre tronche, niveau psychologique aussi je pense» (M6).*

Un MG a estimé **ne pas avoir besoin de formation** : *« Moi je ne suis pas sûr d'avoir besoin d'une formation. Je ne suis déjà pas passionné par la psychiatrie. » (M3),* quand d'autres expriment un **besoin fort de formation** : *« on est obligé de se former. On a l'obligation avec le DPC [Développement professionnel continu]. Il y a différentes formes. Il ne serait pas inintéressant qu'un médecin se dise je vais passer une semaine dans tel service. Et que le service lui prépare une forme d'accueil [...]. Ça nous permet de connaître les gens et puis de sentir comment les gens perçoivent les choses. Parce que c'est ça la médecine. [...] Le contexte est très important. C'est particulièrement vrai pour les généralistes. On a une formation vraiment différente, parce qu'on n'apas fait les mêmes stages. » (M8).* L'apport de nouveaux outils, comme les **échelles objectives d'évaluation** comme aide au repérage notamment : *« peut-être dans l'évaluation du risque, d'être plus rigoureux, d'avoir peut être un protocole, d'avoir des questions un peu plus précises à poser ou quoi d'être plus systématique on va dire» (M12).* Les MG souhaitent **apprendre à mener un entretien** : *« ce serait intéressant qu'on ait une formation sur comment mener un interrogatoire par exemple » (M11).* Une formation précisant le **cadre réglementaire** de la prise en charge est évoquée : *« il serait intéressant de savoir est ce qu'il y a une dérogation au secret médical» (M4).*

Il semble également intéressant d'aborder la question de la **formation à travers le contact d'autres professionnels** : *« C'est toujours bien de se confronter à la pratique des autres, c'est pas des expériences faciles la prise en charge du suicide, et*

du risque suicidaire, et d'entendre des gens confrontés à cette problématique et savoir comment ils mobilisent leurs ressources, ben je crois que c'est comme ça qu'on se fait notre expérience la confrontation est toujours nécessaire comme la réponse est multifactorielle, sur la prévention de la crise suicidaire, [...] je pense que c'est l'expérience des autres qui doit nous enrichir... des personnes qui sont confrontées à ça... » (M7).

Les MG interrogés ont pu proposer une **amélioration de l'organisation de leur activité libérale** à travers une meilleure **gestion du temps** : *« C'est peut-être même mieux d'avoir des situations de rendez-vous pour voir les patients de façon plus prolongée. » (M7)*, et de leurs **dossiers médicaux** *« mais quand tu le connais que tu as mis dans le dossier des alertes qu'il est fragile, que il peut... que le risque existe, moi je m'en rends compte que plus tu es installé et surtout en groupe, le dossier est partagé, c'est des choses qui ne nous échappent pas ça rend un dossier qualitatif » (M7)* et une revalorisation du **coût de la consultation** : *« c'est vrai qu'une consultation qu'elle soit longue ou courte, elle coute le mm prix, il n'y a pas de différence. Par conséquence il serait fou pour un médecin de vouloir prendre en charge des situations de consultation très longue et ce quel que soit le motif » (M4).*

La **création d'un réseau** autour de la problématique est une des attentes des MG. : *« Il faut développer des réseaux qui fonctionnent, c'est à dire que quand on a besoin d'un interlocuteur, si on peut venir en aide au patient si nous même on sait comment réagir on a besoin de personnes ressources » (M7)*. La qualité de ce réseau passerait par l'**identification des acteurs** : *« Ce qui serait bien serait qu'on ait un schéma plus*

codifié.

[...] C'est surtout les circuits Ce serait bien qu'on ait quelque chose de bien codifié, de bien établi, dans des situations qu'on vient de citer, c'est-à-dire l'urgence de la crise suicidaire » (M4), et une **amélioration de la communication** entre les acteurs. Cette communication passerait pas une **coordination via L'URPS** : « Mais ce serait bien via l'URPS de présenter un peu le projet, parce qu'ils ont le mailing de tous les médecins de Martinique » (M3), l'utilisation de la **ligne dédiée à l'écoute interprofessionnelle** : « Donc accès facilité, un numéro de portable d'urgence, voilà... un truc qui permet d'avoir rapidement quelqu'un au bout du fil, et pour une prise en charge des questions... » (M10), des **échanges de courriers** « quand moi j'adresse quelqu'un que je ne la trouve pas bien et tout, moi j'aimerais bien savoir est ce que réellement le psychiatre estime qu'elle n'est pas bien ou pas quoi! Donc c'est surtout ça moi, l'échange Et puis l'échange, dans le but que le patient soit mieux suivi, tout simplement. Et puis moi il faut aussi que, pour mon patient, j'ai besoin d'être plus performante aussi, et comme ça moi j'ai l'impression de pas forcément progresser non plus» (M9).

L'optimisation de la prise en charge devra passer par **l'amélioration des accès au psychiatre** : « si un réseau se met en place avec des cellules d'écoute, des psy faciles d'accès. Tout ce qui est facile d'accès, facilite grandement la prise en charge » (M2), au **psychologue** : « ce qui me semble intéressant ce serait d'avoir une structure qui serait un accès plus facile chez le psychologue. Je pense qu'on a besoin du psychologue plus souvent que du psychiatre [...]. Je pense qu'il faut éduquer les gens à pouvoir payer leur consultation de psychologue» (M4), « mais il faudrait plus de consultation gratuite, » (M11) et aux **services d'hospitalisation** : «avoir une possibilité d'accès pour des situations compliquées, quand on est en situation de crise

suicidaire, c'est vrai que ce serait bien de pouvoir hospitaliser rapidement, avoir un contact facile... » (M4).

5. Discussion

5.1. Forces et faiblesses de ce travail

5.1.1. Biais

A. Biais de l'étude préalable

Concernant les 2 questionnaires les biais possibles sont les biais de mémoire, biais d'acquiescement, les effets d'ancrage, de halo, le biais vers le oui, le biais de sélection (les répondants, participants volontaires à la journée de prévention du suicide, étant des sujets possiblement de fait intéressés ou déjà sensibilisés à la problématique).

Il conviendrait de poursuivre l'exploration des points de vue des autres intervenants ainsi que ceux du grand public, à travers des études avec une taille d'échantillon suffisants, qui compléteraient la connaissance des participants au réseau.

Concernant le questionnaire A uniquement : Mauvaise formulation de question : la question à propos de l'évaluation de la qualité de la relation entre MG et autres professionnels ne semble pas pertinente. Il est en effet difficile pour un professionnel d'évaluer une relation qu'il n'expérimente pas. Une analyse en tri croisé a permis d'étudier les résultats correspondants uniquement à la catégorie professionnelle concernée.

Concernant le questionnaire B : La faiblesse de l'échantillon ne permettant pas une analyse significative des données quantitatives

B. Biais enquête qualitative

- **Manque d'information visuelle** lors des 3 entretiens téléphoniques
- La **durée plus courte des entretiens téléphonique** peut impliquer un biais d'information. En effet, ce temps d'entretien est raccourci par le fait que dès la fin de l'entretien semi dirigé, la conversation ne s'est pas poursuivie. Le discours libre et spontané n'a pas été retrouvé dans ces entretiens. Mais si on les compare, les durées de l'entretien semi-dirigé selon le guide d'entretien est similaire quel que soit la méthode d'entretien.
- Biais d'interprétation

5.1.1. Forces

L'échantillon de MG interrogés correspond bien à un échantillon stratifié.

On ne peut pas affirmer qu'il existe des biais de sélection : les médecins qui ont accepté d'être interrogés sont peut-être plus sensibilisés à la gestion du risque suicidaire.

Le choix des entretiens semi dirigés paraît adapté à l'objectif principal de l'étude. Les MG ont pu exprimer leurs pratiques difficultés attentes et points de satisfaction, en abordant tous les aspects de cette prise en charge grâce à l'appui du guide d'entretien

Cette étude donne pour la première fois en Martinique, l'occasion d'aborder la question de la crise suicidaire, à travers le regard d'une catégorie professionnelle concernée par la prise en charge.

5.2. Discussion des résultats

5.2.1. Lien entre étude préalable et étude quantitative

L'enquête préalable de notre travail a mis en avant les difficultés de dépistage et d'orientation qu'éprouvent les intervenants et le grand public dans le cadre de la crise suicidaire. Les structures de prises en charge ne sont pas connues et les rapports entre les intervenants et les MG semblaient insuffisants, ce qu'ont plus tard confirmé les MG.

L'enquête auprès du grand public, bien que non statistiquement significative, a retrouvé des tendances proches de celles de la littérature [43], notamment en ce qui concerne le manque de repères quant à l'organisation de l'offre de soin et le manque d'information sur la thématique suicidaire. Elle a, dans ce cadre permis d'aborder les objectifs secondaires de ce travail, à savoir la compréhension des interactions entre les acteurs médico sociaux et associatifs et les axes d'amélioration du réseau attendus par les acteurs eux même.

La nécessaire place centrale du MG a été reconnue de tous. Les principaux freins et facteurs facilitants cette place centrale, identifiés au préalable par la première étude, ont été confirmés par l'enquête qualitative, auprès des MG eux-mêmes. Le manque de temps, la méconnaissance de la pathologie suicidaire et l'accessibilité à la psychiatrie ont été des freins révélés par les 2 enquêtes.

La relation de confiance et la proximité du MG, leviers facilitateurs de prise en charge, ont été communément retrouvées.

Cette étude préalable a ainsi initié les premières hypothèses de réponse concernant les difficultés et forces de la prise en charge de la crise suicidaire par les MG, et guidé l'élaboration du guide d'entretien. L'enquête qualitative, par l'exploration des représentations des MG, a pu préciser ces hypothèses.

5.2.2. Les médecins généralistes en souffrance face à la prise en charge de la crise suicidaire

La prise en charge de la crise suicidaire est une tâche difficile aux yeux des médecins généralistes. La principale contrainte évoquée est la gestion du temps. En France, la majeure partie de de recours urgents ou non programmés concernaient la médecine de ville [44]. En 2004, on estimait à 12% la proportion de recours urgents ou non programmés parmi l'ensemble des consultations de médecine générale de ville. [45]. Les généralistes doivent interrompre ou modifier leur activité pour répondre aux urgences médicalement avérées ou ressenties comme telles par le patient dans 3 % de l'ensemble de leurs consultations et visites. [46]. Les consultations urgentes durent plus longtemps que les autres. Cette durée de consultation augmente avec le degré de gravité du recours [52,46]. En particulier, les consultations pour motif psychiatrique sont plus longues que les autres consultations [38,47]. Les médecins de notre étude déplorent une absence de valorisation de ces consultations spécifiques.

La démographie médicale de généralistes en Martinique inférieure à la moyenne nationale, avec une augmentation de la charge de travail, vécue difficilement. Et bien qu'ils semblent encadrer leurs patients lorsque cela est jugé nécessaire, la pression d'une salle d'attente pleine, et la lourdeur de leur tâche

restent un frein à la démarche de soin. La mesure subjective de l'effort est malgré tout, comme cela a été bien décrit [40] en France, corrélée à la réussite des objectifs que le MG a fixés individuellement dans sa pratique. D'ailleurs, lorsque ces objectifs sont atteints, les MG interrogés tirent une satisfaction de leur prise en charge.

La crise suicidaire n'est pas un évènement fréquent dans la pratique du MG libéral. Pourtant une revue de la littérature [48] portant sur le recours aux soins primaires, dans la période précédant un acte suicidaire montre qu'en moyenne 45% des suicidés avaient consulté leur MG le mois précédant le geste. Une étude française [23] a confirmé ces résultats, montrant également une augmentation significative de la fréquence des consultations dans les quatre mois précédant l'acte, avec une période sensible évaluée à 4 mois.

Les MG abordent la plus part du temps la question des idées suicidaires, avec des difficultés dès lors qu'il leur appartient les explorer, voire une réticence à le faire. Ceci peut-être expliqué par le manque d'outils dont ils disposent. Pourtant ces **outils existent pour faciliter le dépistage** et le diagnostic des pathologies psychiatriques, notamment la **CIM-10** de l'OMS [49] ou son équivalent, le **DSM-IV**[50]. Il faut néanmoins, pour le MG, repérer également le patient à risque **suicidaire non dépressif**. Les recommandations [3] préconisent de diagnostiquer la crise suicidaire en se basant sur le contexte suicidaire, les signes de vulnérabilité psychique, les signes d'impulsivité, un éventuel syndrome pré suicidaire, et les équivalents suicidaires.

L'appréciation de la **gravité** de la crise suicidaire peut-être réalisée à l'aide des questionnaires Prime-MD et T4 (Annexes 6 et 7), mais c'est l'utilisation du RUD (Annexe 8) qui semble être la plus simple en usage courant. Cette méthode évalue trois composantes essentielles : le risque suicidaire (R), l'urgence de la menace (U) et la dangerosité du scénario suicidaire (D).

L'évaluation du **risque** passe par celle des **facteurs de protection** et des **facteurs de risque**. Sans toujours les identifier comme tels, les facteurs de risques de risque suicidaire, sont globalement bien perçus par les MG de notre étude, mais les antécédents suicidaires, les conduites addictives et les violences mériteraient une attention particulière. Les **facteurs de protection** ne sont pas systématiquement évoqués par les MG en tant que tel, alors qu'ils sont pourraient être utilisés comme appui à la prise en charge.

En pratique, le droit sanctionne l'indifférence face au suicide. En situation professionnelle, la responsabilité des acteurs de santé peut être engagée [51, 52,53]. Selon son évaluation, le médecin doit alors choisir une prise en charge ambulatoire ou hospitalière.

L'**urgence suicidaire** est considérée comme faible lorsque la personne pense au suicide, mais qu'elle n'a pas de scénario précis, et peut trouver une alternative pour faire face à sa souffrance. L'urgence est moyenne quand un scénario est envisagé, mais qu'il est décalé dans l'avenir ou imprécis, tandis que l'urgence est élevée lorsque la planification suicidaire est claire, avec un passage à l'acte programmé pour les jours ou même les heures à venir.

L'estimation du **danger suicidaire** se réfère au potentiel de létalité des moyens à disposition ainsi qu'aux possibilités d'accès à ces moyens. Dans notre étude, la notion d'urgence suicidaire et de danger suicidaire est insuffisamment évoquée par les médecins interrogés.

Concernant la prescription médicamenteuse, une étude de 2005 [54] a montré que lorsque la dépression était le seul diagnostic d'ordre psychologique ou psychiatrique établi par le médecin, celui-ci prescrivait un antidépresseur dans 58% des cas. Cette prescription s'accompagne de celle d'un anxiolytique dans 35 % des cas et d'un hypnotique dans 25 % des cas. Dans 1 cas sur 4 le médecin ne prescrit aucun psychotrope.

Pour les médecins interrogés, les prescriptions médicamenteuses restent prudentes et ne semblent pas guidées elles non plus par une démarche objective. En effet les psychotropes souffrent d'une mauvaise image de la part des MG, et leur utilisation est souvent source d'inquiétude.

La formation des MG, tant pour le dépistage que pour la prise en charge paraît alors nécessaire. Le programme national de lutte contre le suicide [5] prévoit que la formation et la prise en charge de la crise suicidaire soit largement déployée dans le cadre de la formation initiale ou continue.

Des études [55] ont montré que des programmes pour la dépression et l'évaluation du potentiel suicidaire étaient efficaces (Suède, Hongrie, Japon, Slovénie, UK, USA, Australie, Irlande du Nord) et d'autres n'ont pas identifié de changement (UK, USA, Brésil).

L'étude de Gotland [56] est d'ailleurs souvent citée en exemple de ce que l'on pourrait faire pour prévenir le suicide, rien qu'en agissant sur la formation médicale. Ce programme éducatif a permis notamment de diminuer le taux de suicide (60%), augmenter la prescription d'anti dépresseur (52%), diminuer la prescription de benzodiazépine et autres neuroleptiques (25%), diminuer le nombre de consultation en psychiatrie (50%), Diminuer les consultations pour état mélancolique (85%), diminution des congés maladie dus à la dépression (50%). Son application aux médecins généralistes de Martinique pourrait-être une piste à explorer.

Au total, c'est l'ensemble du tableau clinique qu'il convient d'apprécier. Les recommandations mettent l'accent sur la nécessité pour le patient d'être reconnu dans sa souffrance, à travers un entretien sans jugement de valeur, et favorisant l'expression des troubles, dans un climat de confiance, ce que font les MG de notre enquête. Par contre, l'évaluation du risque de passage à l'acte est une notion éloignée des pratiques actuelles des MG interrogés. Les médecins semblent plus guidés par leurs propres expériences et intuitions que par une démarche objective.

Tout en gardant à l'esprit que l'évaluation du risque suicidaire n'est pas une science exacte, une politique de formation permettrait de faciliter et systématiser leur tâche et limiter le retard de dépistage.

5.2.3. La place centrale du MG au sein d'un réseau performant est essentielle

Dans le cadre complexe de prise en charge de la crise suicidaire, les MG bénéficient de leviers facilitateurs, et ont pu dans cette étude, exprimer leurs attentes. La prise en charge par les MG est ajustée au fur et à mesure de leurs expériences, souvent mauvaises, de précédentes crises suicidaires. C'est à ce titre que la prise en charge de la crise suicidaire est valorisante pour les MG, le désir de soigner et d'aider étant en première ligne. L'intérêt pour le sujet a d'ailleurs été franc pendant les entretiens.

Les facteurs de satisfaction concernent essentiellement la qualité de la relation médecin-malade. Ce lien fort entre soignant et soigné est particulier en médecine générale. Les médecins interrogés ont pu mettre l'accent sur cette particularité de leur discipline, aidant au repérage et à la prise en charge des patients en souffrance. Ce levier facilitateur paraît primordial et confirme qu'il faut consolider la place centrale du MG.

Dans tous les cas, les recommandations préconisent une consultation psychiatrique pour diagnostic et analyse psychopathologique pour déterminer les stratégies thérapeutiques, et ce d'autant qu'il existe une pathologie psychiatrique associée à la crise (grade A) [3, 57,58].

Pour les médecins interrogés, l'orientation vers les structures psychiatriques est systématique, mais leur identification et accès ne sont pas aisés. Les patients eux-mêmes, de par leurs représentations personnelles de la psychiatrie et de leur propre mal être, sont identifiés comme sources de difficulté.

Les données sentinelles [25] montrent que les MG hospitalisent souvent. Les médecins interrogés éprouvent des difficultés à l'hospitalisation, notamment en raison des difficultés d'accès et de communication. Le refus du patient d'être hospitalisé pose le MG face à la question de l'hospitalisation sous contrainte, dont le cadre réglementaire n'est pas maîtrisé.

L'hospitalisation a pour but de protéger le patient de ses pulsions suicidaire, de l'extraire de situations conflictuelles, d'établir une relation de confiance avec les soignants et de permettre une évaluation psychiatrique fine ultérieure.

C'est pourquoi, en l'absence de coopération du sujet, des procédures d'hospitalisation sous contrainte existent et constituent des dérogations légales au secret médical [59, 60,61].

Le recours au psychologue dans les situations les moins critiques, bien que mieux perçu que le recours au psychiatre, souffre de l'absence de remboursement institutionnel. Et le recours au psychiatre, bien qu'identifié comme essentiel en matière de suicide par les MG, souffre de certaines contraintes. Les MG souffrent du manque de communication avec leurs confrères psychiatres [25] lors de la survenue de la crise suicidaire. Dans notre étude, ils mettent l'accent sur la nécessité d'améliorer leurs relations notamment à travers une meilleure communication.

Les généralistes conçoivent le recours au CMP comme une façon d'accéder à un avis spécialisé qui correspond nécessairement, selon eux, à un avis de médecin psychiatre. Or, les CMP ne répondent pas toujours à cette attente, les patients étant d'abord pris en charge par une infirmière spécialisée. La méconnaissance des rôles

et du fonctionnement de ce type de structure par les MG semble majorer leur insatisfaction.

Pour les patients en crise suicidaire et ayant un antécédent de TS, le risque de récurrence dans l'année est accru. Une vigilance est recommandée pendant l'année qui suit une crise suicidaire, afin d'assurer le repérage d'une rechute. C'est pourquoi le suivi apparaît comme essentiel. Cette tâche incombe au MG, dans son rôle de médecin de famille, de médecin traitant. Les modalités d'aide et de soutien de l'entourage (famille et institution) des suicidants apparaît primordiales. Elles ont d'ailleurs été bien décrites dans les recommandations de la fédération française de psychiatrie en 2009 [29]. Ce suivi post crise suicidaire n'a été que peu évoqué au cours des entretiens, les MG se substituant alors souvent au psychiatre, en particulier dans le cadre de renouvellement d'ordonnance.

Une étude mettant en perspective l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale, a analysé les liens entre les disparités et l'intensité des recours au soin. Elle met en évidence un phénomène de substitution, dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme sous ou moins bien dotés que les autres, entre la psychiatrie publique et la prise en charge en libéral par des MG auprès desquels le recours est significativement plus important. Cette substitution s'accompagnait d'un recours plus fréquent aux antipsychotiques dans la zone géographique correspondant à ces secteurs, ce qui marque bien le fait que les généralistes prennent en charge ces populations lourdes, habituellement suivies dans les secteurs de psychiatrie [62].

La création d'un réseau suicide ne saurait exister sans une collaboration entre les MG et les autres acteurs. La coopération entre médecins généralistes et psychiatres est citée parmi les principaux enjeux d'amélioration des pratiques par l'HAS [63]. Le manque de communication entre les psychiatres et les MG est bilatéral, et clairement exprimés et repéré par les MG eux même ainsi que par les autres acteurs du réseau. Une étude prospective sous forme de questionnaire questionnaires menée à Paris [64] retrouve les mêmes freins .Ce manque de communication est préoccupant pour la santé du patient.

Une récente étude française a par ailleurs montré que les événements indésirables en soins primaires étaient en majorité liés à des causes organisationnelles, notamment de communication avec les autres professionnels [65].

La **charte de partenariat médecine générale-psychiatrie** de secteur (Annexe 9), signée entre le Collège de la médecine générale et la Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés en mars 2014 constitue une étape importante. Elle marque la volonté de généraliser les résultats des expériences menées depuis plusieurs années par des équipes de secteur psychiatrique et leurs partenaires MG, et de promouvoir les conditions d'une collaboration efficiente.

Le médecin traitant est au centre de la prise en charge. Il est primordial d'envisager et organiser la continuité des soins dès le premier contact. Il sera donc nécessaire d'évaluer les recours à disposition et les différents intervenants qui seront impliqués. Le médecin traitant devra favoriser l'établissement d'un lien

avec les intervenants, le patient et son entourage afin de favoriser la compliance au soin. Il paraît important que soient proposés et diffusés des leviers positifs d'amélioration de la prise en charge en réseau, jusqu'alors informelle en Martinique.

5.2.4. Les médecins généralistes et leur propre risque suicidaire

La question du suicide et des tentatives de suicide est un sujet tabou. Il l'est encore plus chez les médecins, garant habituels de la santé de la population. Le médecin face à ses propres difficultés devient à son tour malade, et encore plus que pour des pathologies somatiques, aura du mal à aborder ses propres pensées de morts avec un confrère.

L'évocation, à l'occasion de ce travail de recueil de ressenti, des idées suicidaire d'un médecin généraliste est frappante. Cette révélation était inattendue, et a, à elle seule forcé l'interrogation, et une l'intégration d'une nouvelle hypothèse : **qu'en est-il de la santé mentale des médecins généralistes ?** Comment soigner le mal-être quand notre propre mal-être nous envahi ?

Des revues de la littérature à ce sujet [66,67] retrouvent que la prévalence des idées suicidaires et des suicides est plus élevée par rapport à la population générale et par rapport à d'autres professionnels non médecins. Le risque relatif de suicide des médecins est de 2.37. L'étude CARMF / CNOM retrouve environ 12 % de suicides dans les causes de décès des médecins en activité. [68]. Parmi les médecins, les généralistes sont plus à risque, après les anesthésistes et les psychiatres [69].

En France, plus d'un généraliste sur dix est en détresse psychologique. La consommation de psychotrope est plus marquée chez les hommes médecins que chez les femmes médecins. Elle est plus marquée chez les hommes médecins que dans la population générale. Le phénomène d'automédication, notamment

d'antidépresseur n'est pas un phénomène anodin Les idées et projets de suicides sont plus fréquents parmi les médecins qui exercent seuls [70,71].

En Martinique, le conseil de l'Ordre des médecins a recensé 5 décès de médecins en exercice entre 2010 et 2014, dont 2 suicides (dont 1 suicide de MG)

En France, il existe une association d'aide professionnelle aux médecins libéraux qui propose un dispositif d'écoute téléphonique (08 26 004 580), d'accompagnement et de soutien psychologique afin de prévenir et de lutter contre l'épuisement professionnel.L'association de prévention des soins aux soignants quant à elle vise à promouvoir les actions de préventions en matière de pathologie psychique et addictive et à organiser la prise en charge médicale et sociale des médecins en souffrance avec des solutions concrètes.

En Martinique, le conseil départemental de l'ordre travaille actuellement à créer une commission à propos de la santé des soignants.

Nous pouvons nous poser la question de l'interférence et la résonance entre les idées suicidaires des MG et le repérage de celles de leurs patients. Le mal-être et le risque suicidaire des médecins, autant pour le risque individuel qu'il comporte, que pour son retentissement sur la qualité des soins donnés au patient, doit être pris en compte.

5.3. Perspectives

5.3.1. Evaluation de la prévalence du suicide en Martinique

La prévalence des TS est difficile à estimer. En effet, existe peu d'enquête systématique, notamment en population générale [72].

Le CépiDc évalue cette sous-estimation à environ 20%, en particulier lors de la rédaction du certificat de décès par le médecin et lors de la codification des bulletins de décès. Un certain nombre de suicides, peuvent n'avoir pas été reconnus comme tels, en raison de l'incertitude de l'intentionnalité de l'acte, et sont classés dans la rubrique « causes inconnues ou non déclarées » ou « traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention » [43]

(se pose la question des 9 chutes accidentelles des 8 intoxications accidentelles des 55 « autres accidents, des 8 « évènements dont l'intention n'est pas déterminée », et des 6 autres causes externes de blessure d'empoisonnement, des 23 accidents de transport, les 1070 causes inconnues ou non précisées (83 en 2010) et 84 « autres symptômes et états morbides mal définis ») CépiDC. Au-delà de la prise en charge de la crise suicidaire en soins primaires, l'évaluation de la prévalence des TS reste à affiner en Martinique, dans la continuité des prérogatives de l'observatoire national du suicide, créé en 2013 [5].

5.3.2. Informer la population

L'information sur la thématique suicidaire, et la communication sur les éléments d'alerte sont essentiels pour le grand public. La vulgarisation et la généralisation des supports d'information contribuerait à une amélioration de la prise en compte de la souffrance psychique, par la population elle-même, et permettre un accès plus précoce au système de soin.

En Martinique, une campagne de sensibilisation à travers les supports média (TV et Radio notamment) est en cours, et répond à cette attente.

Aussi, un comité de pilotage travaille actuellement à une plateforme téléphonique d'écoute 24h/24 et 7j/7, à l'usage des Martiniquais. L'association SOS Kriz en est à l'initiative.

5.3.3. Décloisonnement

Il apparait essentiel au vu des résultats de nos 2 enquêtes, de lutter contre le cloisonnement entre les différents intervenants de la prise en charge.

L'absence d'une formation discursive interprofessionnelle ainsi que l'existence des réseaux informels et la stigmatisation des malades mentaux contribuent à l'inertie de l'ensemble [73].

Des rencontres interprofessionnelles, comme celles organisées à l'occasion de la Journée du suicide devront être répétées. L'approche des groupes type Balint semble être le format le plus adaptée à favoriser les échanges et l'interconnaissance et de fait, l'amélioration des pratiques.

Il existe d'ailleurs en Martinique une ligne unique interprofessionnelle (0696 437 307) dédiée aux médecins libéraux. Elle a pour but de fournir aux médecins généralistes, un conseil d'un confrère psychiatre hospitalier sur un cas difficile. Elle est la réponse au faible nombre de psychiatre installés en ville, et à la surcharge des CMP. La généralisation de sa diffusion via l'ARS, le conseil de l'Ordre, et les syndicats professionnels pourrait limiter le sentiment de solitude qu'ont décrit les MG interrogés.

Aussi en France, l'algorithme ALGOS a fait preuve de son efficacité en conditions expérimentales pour la prévention des tentatives de suicide. Cet algorithme est basé sur une intervention maintenant le contact téléphonique et postal avec le patient suicidant de retour au domicile. L'étude APSOM [24] qui débutera en septembre 2016, est menée conjointement dans les DOM et la Réunion, dans le cadre d'un PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique). Elle a pour objectif d'évaluer l'impact de l'intervention poste crise du médecin traitant/généraliste associée à l'algorithme ALGOS. Le bras actif bénéficiera d'une coordination étroite entre MG et équipe psychiatrique hospitalière. L'intervention auprès du médecin généraliste par l'équipe de recherche consistera en l'apport d'éléments utiles à la prise en soins de la personne ayant été admise à l'hôpital après avoir réalisé une TS et il sera demandé au MG de proposer un RDV entre le 22ème et le 45ème jour à son patient.

L'hypothèse de réduction d'un facteur 3 du risque de réitération de TS est avancée. Si elle se vérifie, elle appuiera la nécessité de poursuivre la collaboration du binôme psychiatre - médecin généraliste, jusqu'alors inédite en Martinique.

6. Conclusion

Notre enquête, au travers de l'analyse quantitative et qualitative du dispositif de soin en matière de crise suicidaire, éclaire les déterminants de l'interface médicosociale, et ceux des médecins généralistes.

Si les préconisations actuelles se focalisent essentiellement sur les conséquences pour les patients, la satisfaction des acteurs en soin primaire, et leur équilibre psychique voire leur propre risque suicidaire sont à prendre en compte. L'amélioration de la formation est essentielle pour une optimisation de la prise en charge de la crise suicidaire par les médecins généralistes.

La question de la nature de la relation de soins entre le médecin généraliste, son patient, et les autres intervenants, notamment psychiatres, en matière de suicide n'est pas univoque. Elle répond à la diversité des protagonistes de cette relation. La collaboration médecin généraliste-psychiatre proposée par le protocole APSOM semble être une réponse aux défauts organisationnels et de communication interprofessionnelle dont souffre le réseau actuel.

7. Annexes

7.1. Annexe 1 : Questionnaire A= professionnels

Questionnaire d'évaluation des Ateliers de la Journée mondiale de prévention du suicide du 10 septembre 2015

En Martinique comme en France hexagonale, nombreux sont les professionnels et bénévoles associatifs qui sont à l'initiative d'actions de soutien et/ou de prise en charge des personnes en souffrance. Ces dynamiques partenariales, tout comme les dispositifs institutionnels sont peu ou mal identifiés.

Il est opportun d'harmoniser les dynamiques existantes, mais aussi d'en créer de nouvelles.

Si celle-ci voit le jour, elle permettrait :

- d'améliorer l'information, la communication et la coordination entre les professionnels et les bénévoles des associations qui concourent à la prise en charge des publics en souffrance

- concevoir, d'organiser, de penser les complémentarités de ce tissu d'acteurs

- Raccourcir les délais d'intervention et de proposer une réponse adaptée aux situations qui se présentent

- de développer et d'entretenir une dynamique de territoire concernant la

prévention du suicide, en développant des actions de prévention ciblées et

adaptées aux spécificités de notre région.

La journée mondiale de prévention du suicide est l'occasion de vous interroger à travers ce questionnaire sur la place du médecin généraliste dans le

dispositif de prévention et de prise en soins de la crise suicidaire ainsi que la

faisabilité de la mise en place d'une instance de coordination sur la thématique

du suicide.

Veuillez cocher les cases, ou écrire en texte clair sur les pointillés chaque fois que

cela vous est demandé.

Nous vous remercions de votre participation.

I. Données démographiques

- A. Date de naissance
- B. Sexe Femme Homme
- C. Zone d'exercice
 Centre Sud Nord Caraïbes Nord Atlantique
- D. Structure d'exercice
 Hôpital..... Collectivité territoriale.....
 Association..... Education nationale.....
 Sécurité Sociale..... Structure privée/Exercice libéral
 Autre(s) (Veuillez préciser) :
- E. Précisez votre profession/Fonction
 Psychiatre Médecin généraliste Psychologue
 Enseignant Assistante sociale Bénévole associatif
 Infirmier Agent administratif Autre (veuillez préciser)

II. Faire face à une situation de crise suicidaire

F. Avez-vous déjà des connaissances sur la thématique du suicide avant cette journée ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

Si oui, lesquelles ?

G. Avez-vous déjà reçu une formation concernant le repérage de la crise suicidaire ? *(une seule réponse possible)* Oui Non

Si oui, par quel biais ?

H. Dans votre pratique professionnelle ou associative, êtes-vous ou avez-vous déjà été confronté à une situation de crise suicidaire ?

- (une seule réponse possible)* Oui Non

Si oui, combien de fois les 12 derniers mois ?

I. Vous sentez-vous ou vous êtes-vous senti en difficulté face à l'elles situation(s) ? *(une seule réponse possible)* Oui Non

Si oui, pourquoi ?

Manque d'outils Gravité de la situation

Manque de connaissance et/ou de formation

Manque de connaissances du les relais et dispositifs existants

Autre (veuillez préciser)

J. Face à cette(s) situation(s), avez-vous redirigé les personnes vers les services de prise en charge adaptées ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

Si oui, vers quelles services les avez-vous réorientées ?

K. Cette(s) situation(s) a(ont)-elle(s) eu un impact sur votre pratique professionnelle ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

Si oui, lequel ? *(plusieurs réponses possibles)*

Information sur le risque suicidaire/Recherche de formation

Augmentation des hospitalisations préventives ou avis spécialisé

Echanges accrus avec les collègues

Modifications organisationnelles au sein de la structure

Autres (veuillez préciser).....

- III. Un réseau en Martinique ?
- L. Connaissez-vous les dispositifs d'aide et de prise en charge existants sur le territoire Martiniquais ? *(une seule réponse possible)*
- Oui Non
- Si oui, quels sont-ils ?
- M. Vous semble-t-il nécessaire qu'un réseau de prévention et de prise en charge du suicide soit mis en place en Martinique ? *(une seule réponse possible)*
- Oui Non
1. Si oui, sous quelle forme ? *(plusieurs réponses possibles)*
- Association Plate-forme téléphonique
- Centre médico psychologique Rencontres interprofessionnelles régulières
- Equipe mobile Autres (veuillez préciser)
2. Si non, pourquoi ?
- N. Selon vous, quels professionnels devraient-être impliqués *(plusieurs réponses possibles)*
- Psychiatres Médecins généralistes Psychologues
- Sociologues Travailleurs sociaux Infirmiers psychiatriques
- Associations Médecine du travail Services d'urgence
- Services hospitaliers Autres (veuillez préciser)
- O. Selon vous, quelles pourraient être les missions de ce réseau ? *(Plusieurs réponses possibles)*
- Information à la population Prise en charge de la crise suicidaire
- Coordination des soins Analyse de pratiques professionnelles
- Formation pratique des professionnels sanitaires
- Formation théorique des professionnels sanitaires (actualisation, adaptation des connaissances)
- Contacts interprofessionnels personnalisés
- Autre (préciser)
- P. Selon vous, le médecin généraliste doit-il avoir une place centrale dans la prise en charge de la crise suicidaire pour la coordonner ? *(une seule réponse possible)*
- Oui Non
- Q. Selon vous, le psychiatre doit-il avoir une place centrale dans la prise en charge de la crise suicidaire pour la coordonner ? *(une seule réponse possible)*
- Oui Non
- R. Dans l'hypothèse d'un réseau de prise en charge de la crise suicidaire articulé autour du médecin généraliste, quels seraient les avantages de donner une place centrale au médecin généraliste ? *(plusieurs réponses possibles)*
- Relation de confiance Personnalisation de la prise en charge
- Proximité Rapidité de prise en charge
- Coût de la consultation Coordination de la prise en charge
- Gestion globale du traitement Accompagnement familial global
- Autre (Veuillez préciser)
- S. Selon vous, quels seraient les freins à articuler un réseau de prévention du suicide autour du médecin généraliste ? *(plusieurs réponses possibles)*
- Méconnaissance de la pathologie suicidaire de la part du médecin généraliste
- Difficulté d'accès Coût de la consultation Secret médical
- Isolement du médecin généraliste Manque de temps
- Autre (Veuillez préciser)
- T. Evaluez la qualité de la relation entre médecins généralistes et [....]
- Psychiatres Satisfaisant Moyen Insuffisant
- Psychologues Satisfaisant Moyen Insuffisant
- Associations Satisfaisant Moyen Insuffisant
- Travailleurs sociaux Satisfaisant Moyen Insuffisant
- Médecine du travail Satisfaisant Moyen Insuffisant
- Services d'urgence Satisfaisant Moyen Insuffisant
- Services hospitaliers Satisfaisant Moyen Insuffisant
- U. Selon vous, quell(s) moyen(s) faciliterai(en)t la communication entre médecin généraliste et psychiatre ? *(plusieurs réponses possibles)*
- Courrier Appel téléphonique Réunions régulières
- Autre (Préciser)
- V. Seriez-vous intéressé(e) par une réunion d'information de ce futur réseau de santé ? *(une seule réponse possible)*
- Oui Non
- W. Avez-vous des aspects précis que vous aimeriez voir aborder lors de cette réunion ?
- X. Seriez-vous prêt à participer à ce futur réseau de santé ?
- Oui Non
- Si oui, à titre Professionnel Bénévole ?
- Commentaires :
- Si vous souhaitez être recontacté(e), merci de nous laisser vos coordonnées :

7.2. Annexe 2 : Questionnaire B = tout public

Questionnaire d'évaluation des Ateliers de la Journée mondiale de prévention du suicide du 10 septembre 2015

En Martinique comme en France hexagonale, nombreux sont les professionnels et bénévoles associatifs qui sont à l'initiative d'actions de soutien et/ou de prise en charge des personnes en souffrance. Il est important d'identifier et d'harmoniser ces dynamiques existantes et d'en créer de nouvelles.

Un réseau coordonnant prévention et prise en soins des personnes présentant une crise suicidaire permettrait de raccourcir les délais d'intervention et de proposer une réponse adaptée aux situations qui se présentent.

Si celle-ci voit le jour, elle permettrait :

- d'améliorer l'information et la communication entre les professionnels et les bénévoles des associations qui concourent à la prise en charge des publics en souffrance et
- de développer et d'entretenir une dynamique de territoire concernant la prévention du suicide, en développant des actions de prévention ciblées et adaptées aux spécificités de notre région.

La journée mondiale de prévention du suicide est l'occasion de vous interroger à travers ce questionnaire, sur la place du médecin généraliste dans le dispositif de prévention et de prise en soins de la crise suicidaire ainsi que la faisabilité de la mise en place d'une instance de coordination sur la thématique du suicide.

Veillez cocher les cases, ou écrire en texte clair sur les pointillés chaque fois que cela vous est demandé.

Nous vous remercions de votre participation

I. Données démographiques

- A. Année de naissance
- B. Sexe Femme Homme

II. Faire face à une situation de crise suicidaire

Avez-vous déjà des connaissances sur la thématique du suicide avant cette journée ? *(une seule réponse possible)* Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....

C. Avez-vous déjà reçu une information concernant le repérage de la crise suicidaire ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

Si oui, par quel biais ?

D. Etes-vous ou avez-vous déjà été confronté à une situation de crise suicidaire ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

E. Vous sentez-vous ou vous êtes-vous senti en difficulté face à la/les situation(s) ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

Si oui, pourquoi ? *(plusieurs réponses possibles)*

- Isolement Manque d'outils
- Manque de connaissances à propos du suicide
- Manque de connaissance du les relais et dispositifs existants
- Gravité de la situation
- Autres (veuillez préciser)

F. Face à cette (ces) situation(s), avez-vous redirigé les personnes vers les services de prises en charge adaptées ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

Si oui, vers quelles services les avez-vous réorientées ? *(plusieurs réponses possibles)*

- Psychiatres Médecins généralistes Psychologues
- Associations Travailleurs sociaux Médecine du travail
- Services d'urgences Services hospitaliers Infirmier psychiatrique
- Autres (veuillez préciser)

III. Un réseau en Martinique ?

G. Connaissez-vous les dispositifs d'aide et de prise en charge de la crise suicidaire existants sur le territoire Martiniquais ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

Si oui, quels sont-ils ?

.....

H. Selon vous, un patient ayant des idées suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide doit-il toujours être pris en charge en psychiatrie ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

I. Avez-vous un médecin traitant ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

J. Vous confiez-vous à votre médecin traitant ? *(une seule réponse possible)*

- Oui Non

- K. Demandez-vous conseil à votre médecin traitant à propos des problèmes de santé d'autres membres de votre famille ? (une seule réponse possible)
- Oui Non
- L. Selon vous, le médecin traitant peut-il prendre en charge un patient ayant des idées suicidaires ? (une seule réponse possible)
- Oui Non
- M. Selon vous, le médecin traitant peut-il suivre un patient ayant fait une tentative de suicide ? (une seule réponse possible)
- Oui Non
- N. Selon vous les médecins généralistes ont-ils un accès facilité avec les psychiatres ? (une seule réponse possible)
- Oui Non
- O. Selon vous, le médecin traitant doit-il avoir une place centrale dans la prise en charge globale de la crise suicidaire ? (une seule réponse possible)
- Oui Non
- P. Selon vous, l'accès à un psychiatre est : (une seule réponse possible)
- Très difficile Difficile Moyennement difficile Facile Très facile
- Q. Selon vous, l'accès à un psychologue est : (une seule réponse possible)
- Très difficile Difficile Moyennement difficile Facile Très facile
- R. Vous semble-t-il nécessaire qu'un réseau de prévention et de prise en charge du suicide soit mis en place en Martinique ? (une seule réponse possible)
- Oui Non
- Si oui, sous quelle forme ? (plusieurs réponses possibles)
- Association Plate-forme téléphonique
- Centre médico psychologique Rencontres interprofessionnelles régulières
- Equipe mobile Autres (veuillez préciser)
- Si non, pourquoi ?
- S. Selon vous, quels professionnels devraient-être impliqués (plusieurs réponses possibles)
- Psychiatres Médecins généralistes
- Psychologues Infirmiers psychiatriques
- Sociologues Associations
- Travailleurs sociaux Médecine du travail
- Services d'urgence Services hospitaliers
- Autres (veuillez préciser)
- T. Selon vous, quelles pourraient être les missions de ce réseau ? (plusieurs réponses possibles)
- Prise en charge de la crise suicidaire
- Information à la population
- Coordination des soins
- Formation pratique des professionnels sanitaires
- Formation théorique des professionnels sanitaires (actualisation, adaptation des connaissances)
- Contacts interprofessionnels personnalisés
- Analyse de pratiques professionnelles
- Autre (préciser)
- U. Selon vous, quels seraient les avantages de donner une place centrale au médecin généraliste ? (plusieurs réponses possibles)
- Relation de confiance Personnalisation de la prise en charge
- Proximité Coordination de la prise en charge
- Coût de la consultation Rapidité de prise en charge
- Gestion globale du traitement Accompagnement familial global
- Autre (préciser) :
- V. Selon vous, quels seraient les freins à articuler un réseau de prévention du suicide autour du médecin généraliste ? (plusieurs réponses possibles)
- Méconnaissance de la pathologie suicidaire de la part du médecin généraliste
- Difficulté d'accès Coût de la consultation
- Secret médical Manque de temps
- Isolement du médecin généraliste
- Autre (veuillez préciser)
- W. Seriez-vous prêt à participer à une réunion d'information sur ce futur réseau de santé ? (une seule réponse possible)
- Oui Non
- Avez-vous des aspects précis que vous aimeriez voir aborder lors de cette réunion ?
- Commentaires :
- Si vous souhaitez être recontacté, merci de nous laisser vos coordonnées

7.3. Annexe 3 : Guide de recrutement téléphonique

Guide recrutement téléphonique

« Allô, bonjour, je m'appelle Jessy AMBROISINE, actuellement j'effectue des remplacements en médecine générale. Je prépare une thèse à propos de la crise suicidaire. Ma thèse a pour objectif principal de comprendre le point de vue et l'expérience des médecins généralistes en matière de prise en charge et de suivi des patients suicidants. Je souhaiterais vous rencontrer pour réaliser un entretien d'une trentaine de minute enregistré puis anonymé.

Seriez-vous d'accord pour programmer un RDV? »

7.4. Annexe 4 : Guide d'entretien 1

Guide d'entretien: enquête qualitative auprès des médecins généralistes

Présentation du travail de thèse

Le thème du travail de recherche est la crise suicidaire et la collaboration en réseau en Martinique.

Nous savons que beaucoup de suicidants ont vu leur médecin généraliste dans le mois précédent une tentative de suicide. Le médecin généraliste a donc un rôle à jouer dans la prévention du suicide.

Dans mon travail préalable de mémoire (RSCA) sur la problématique suicidaire, s'est dégagée la nécessaire place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge du suicide, contrastant avec l'isolement du médecin généraliste.

Le protocole APSOS: présentation

En France, l'algorithme ALGOS a fait preuve de son efficacité en conditions expérimentales pour la prévention des tentatives de suicide. Cet algorithme est basé sur une intervention maintenant le contact téléphonique et postal avec le patient suicidant. L'étude APSOM, menée conjointement dans les DOM et la Réunion a pour objectif d'évaluer l'impact de l'intervention du médecin traitant/généraliste associée à l'algorithme ALGOS.

Objectif de la thèse

Ma thèse a pour objectif principal de comprendre la démarche de soin des médecins généralistes face à une crise suicidaire à travers leurs ressentis et leurs attentes.

Aussi, l'objectif secondaire est de proposer des stratégies afin d'améliorer la prise en charge globale des suicidants par les médecins généralistes et leurs interlocuteurs habituels.

La méthodologie de la thèse est qualitative. Je vous poserai une série de questions en rapport avec le thème, vous êtes invité à vous exprimer librement.

Cet entretien sera enregistré afin de faciliter nos échanges et leur retranscription. Il s'agit d'un entretien anonyme et confidentiel.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thèmes à aborder et leurs questions (*relances en italique*)

- **Question générales à propos de la représentation du métier de médecin généraliste**
 - Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a poussé à devenir médecin? *En particulier médecin généraliste?*
 - Que recherchez-vous dans ce métier? *Qu'est-ce qui vous plaît?*
- **Expérience**
 - Vos patients vous parlent ils facilement de leur mal-être?
 - Comment définiriez-vous une crise suicidaire?
 - Racontez-moi une situation de crise suicidaire à laquelle vous avez été confrontée?
 - Avez-vous déjà été confronté à un suicide abouti d'un de vos patients ?
 - Quel est le profil de vos patients qui ont fait une TS ou qui se suicident?
 - Que ressentez-vous face à vos patients suicidaires?
 - Dans quelles circonstances et comment abordez-vous le sujet de la crise suicidaire avec vos patients? *En quels termes? Pensez-vous que poser la question peut pousser à le faire?*
 - Dans les derniers cas de patients suicidants que vous avez pris en charge, en quoi a consisté votre intervention ? *prévention du passage à l'acte / prévention de la récurrence; prise en charge immédiate : seul, orientation vers urgences, centre anti-poison, hôpital psychiatrique ou vers un psychiatre libéral; accueil post urgences*
 - Comment évaluez-vous le risque suicidaire? Et le degré d'urgence ? *Connaissez-vous les échelles d'évaluation ?*
 - Quelle place donnez-vous à la famille dans la prise en charge suicidaire? *conseils / difficultés sociales ou familiales*
 - Avez vous prescrit un traitement? *anti-dépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques*
 - Profil de vos patients qui ont fait une TS ou se sont suicidés (*adolescents, adultes en difficulté, personnes âgées, antécédents psychiatriques, sous traitement psychotrope*)
 - Fréquence des TS ou suicides dans la clientèle

- **Freins à la prise en charge de la crise suicidaire et prévention de la récurrence**
 - Que pensez-vous de votre formation à propos du suicide?
 - Quels pourraient être les difficultés ou obstacles à la prise en charge de la crise suicidaire et à la prévention de la récurrence? *Les ressentez-vous ? formation, difficulté de réponse à la demande d'aide psychologique, connaissance des autres acteurs, leur disponibilité, offre de soins locale, communication avec spécialistes .*
 - Quelles difficultés rencontrez-vous face à vos patients suicidaires?
 - Quels sont les freins à la place centrale du MG?
 - Est-ce que la prise en charge de la crise suicidaire est valorisante pour vous ?
- **La place centrale au médecin généraliste**
 - Quel est le rôle du MG dans la prise en charge la crise suicidaire ?
Quelle est la place du médecin généraliste ? En termes de dépistage ? De prise en charge ? De suivi ?
 - Quels sont les atouts et les spécificités du MG par rapport aux autres acteurs?
- **Relation avec les psychiatres et intérêt d'un réseau**
- Vers qui dirigez-vous les patients suicidaires préférentiellement? Pourquoi ?
- Décrivez-moi vos relations avec les psychiatres? La relation avec les psychiatres est-elle différente des autres spécialités? *Comment communiquez-vous avec les psychiatres?*
- collaborez-vous parfois avec d'autres professionnels dans le cadre de la crise suicidaire? *Lesquels (psychologues, services sociaux, associations)? Pourquoi ?*
- *Quelles sont vos attentes par rapport aux autres acteurs*
- *Quels sont les points forts (ou satisfaction) et points faibles de la coordination en réseau*
- Qu'attendriez-vous d'un réseau suicide? Participeriez-vous à ce réseau?
- **Propositions et perspective de prise en charge**
- Comment à votre avis pourrait-on améliorer au niveau local ? *La PEC? La prévention des récurrences?*

- Qu'est ce qui selon vous, aiderai à la collaboration avec les psychiatres et autres professionnels?
- Avec vous un besoin de formation?
- Avez vous un besoin d'information? *sources d'information sur l'épidémiologie locale du phénomène suicidaire/besoin de mieux connaître les données existantes*
- Avez-vous été informé de la journée de prévention du suicide le 10 septembre?
 - **Fin d'entretien**
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?
- Demander au sujet comment il a vécu l'expérience. Ce qu'il pense du questionnement, s'il aurait ajouté ou supprimé des questions.

Données démographiques

- Âge
- Sexe
- Date d'installation en cabinet
- Modalité d'exercice libéral
 - Seul/groupe
 - Urbain/rural
- Nombre de consultations par jour: <15; 15-25; 25-30: > 30
- Dans quelle ville avez-vous poursuivi vos études?

Phrase de remerciement

L'entretien est maintenant terminé. Merci de m'avoir accordé votre temps. Je ne manquerai pas de vous transmettre les résultats de ma thèse.

7.5. Annexe 5 : Guide d'entretien 2

Guide d'entretien modifié: enquête qualitative auprès des médecins généralistes

Présentation du travail de thèse

Le thème du travail de recherche est la crise suicidaire et la collaboration en réseau en Martinique.

Nous savons que beaucoup de suicidants ont vu leur médecin généraliste dans le mois précédent une tentative de suicide. Le médecin généraliste a donc un rôle à jouer dans la prévention du suicide.

Dans mon travail préalable de mémoire (RSCA) sur la problématique suicidaire, s'est dégagée la nécessaire place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge du suicide, contrastant avec l'isolement du médecin généraliste.

Le protocole APSOS: présentation

En France, l'algorithme ALGOS a fait preuve de son efficacité en conditions expérimentales pour la prévention des tentatives de suicide. Cet algorithme est basé sur une intervention maintenant le contact téléphonique et postal avec le patient suicidant. L'étude APSOM, menée conjointement dans les DOM et la Réunion a pour objectif d'évaluer l'impact de l'intervention du médecin traitant/généraliste associée à l'algorithme ALGOS.

Objectif de la thèse

Ma thèse a pour objectif principal de comprendre la démarche de soin des médecins généralistes face à une crise suicidaire à travers leurs ressentis et leurs attentes.

Aussi, l'objectif secondaire est de proposer des stratégies afin d'améliorer la prise en charge globale des suicidants par les médecins généralistes et leurs interlocuteurs habituels.

La méthodologie de la thèse est qualitative. Je vous poserai une série de questions en rapport avec le thème, vous êtes invité à vous exprimer librement.

Cet entretien sera enregistré afin de faciliter nos échanges et leur retranscription. Il s'agit d'un entretien anonyme et confidentiel.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thèmes à aborder et leurs questions (*relances en italique*)

- **Question générales à propos de la représentation du métier de médecin généraliste**
 - Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a poussé à devenir médecin? Que recherchez-vous dans ce métier?
- **Expérience**
 - Vos patients vous parlent ils facilement de leur mal-être?
 - Comment définiriez-vous une crise suicidaire?
 - Fréquence des TS ou suicides dans la clientèle
 - Racontez-moi une situation de crise suicidaire à laquelle vous avez été confrontée? *Avez-vous déjà été confronté à un suicide abouti d'un de vos patients ?*
 - Dans quelles circonstances et comment abordez-vous le sujet de la crise suicidaire avec vos patients? *En quels termes?*
 - Comment évaluez-vous le risque suicidaire? *Et le degré d'urgence ?*
 - Dans les derniers cas de patients suicidants que vous avez pris en charge, en quoi a consisté votre intervention ? *Vers qui dirigez-vous les patients suicidaires préférentiellement? Pourquoi ?*
 - Prescrivez-vous facilement des traitements?
 - Quel est le profil de vos patients qui ont fait une TS ou qui se suicident?
 - Quelle place donnez-vous à la famille dans la prise en charge suicidaire?
 - Profil de vos patients qui ont fait une TS ou se sont suicidés (*adolescents, adultes en difficulté, personnes âgées, antécédents psychiatriques*)
 - Que ressentez-vous face à vos patients suicidaires?

- **Freins à la prise en charge de la crise suicidaire et prévention de la récurrence**
 - Que pensez-vous de votre formation à propos du suicide?
 - Quels pourraient être les difficultés ou obstacles à la prise en charge de la crise suicidaire et à la prévention de la récurrence? *Les ressentez-vous ?*
- **La place centrale au médecin généraliste**
 - Quel est le rôle du MG dans la prise en charge la crise suicidaire ? *Quelle est la place du médecin généraliste ?*
 - Quels sont les freins à la place centrale du MG?
 - Quels sont les atouts et les spécificités du MG par rapport aux autres acteurs?
- **Relation avec les psychiatres et intérêt d'un réseau**
 - Décrivez-moi vos relations avec les psychiatres? *Comment communiquez-vous avec les psychiatres?*
 - collaborez-vous parfois avec d'autres professionnels dans le cadre de la crise suicidaire? *Lesquels (psychologues, services sociaux, associations)? Pourquoi ?*
 - *Quelles sont vos attentes par rapport aux autres acteurs*
 - *Quels sont les points fort (ou satisfaction) et points faibles de la coordination en réseau*
 - Qu'attenderiez-vous d'un réseau suicide? Participeriez-vous à ce réseau?
- **Propositions et perspective de prise en charge**
 - Comment à votre avis pourrait-on améliorer au niveau local ? *La PEC? La prévention des récurrences?*
 - Qu'est ce qui selon vous, aiderait à la collaboration avec les psychiatres et autres professionnels?
 - Avec vous un besoin de formation ou d'information? *sources d'information sur l'épidémiologie locale du phénomène suicidaire/besoin de mieux connaître les données existantes*
- **Fin d'entretien**
 - Est-ce que la prise en charge de la crise suicidaire est valorisante pour vous ?
 - Avez-vous quelque chose à ajouter ?
 - Demander au sujet comment il a vécu l'expérience. Ce qu'il pense du questionnaire, s'il aurait ajouté ou supprimé des questions.

Données démographiques

- Âge
- Sexe
- Date d'installation en cabinet
- Modalité d'exercice libéral
 - Seul/groupe
 - Urbain/rural
- Nombre de consultations par jour: <15; 15-25; 25-30: > 30
- Dans quelle ville avez-vous poursuivi vos études?

Phrase de remerciement

L'entretien est maintenant terminé. Merci de m'avoir accordé votre temps. Je ne manquerai pas de vous transmettre les résultats de ma thèse.

7.6. Annexe 6 : Le questionnaire PRIME-MD

Deux questions sont posées :

« Au cours du dernier mois,

- avez-vous ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les choses de la vie (anhédonie) ?

- vous êtes-vous senti abattu, déprimé, ou désespéré ? »

7.7. Annexe 7 : Un test complémentaire au PRIME-MD : questionnaire T **4**

Le patient est interrogé sur les 4 symptômes suivants :

Trouble du sommeil, anhédonie, baisse de l'estime de soi, modifications de l'appétit.

Le test est positif avec au moins deux réponses positives.

7.8. Annexe 8 : RUD

Tableau extrait de « Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? », Stéphane Richard-Devantoy et Fabrice Jollant. Santé mentale au Québec. Le suicide. Volume 37, numéro 2, automne 2012, p. 151-173

1) Risque		
Facteurs de risque primaires (I)	Facteurs de risque secondaires (II)	Facteurs de risque tertiaires (III)
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs les plus importants • Ont valeur d'alarme • Non présents en temps normal • Valides individuellement • Influencés par la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de la « vie courante » pour certains • N'ont pas valeur d'alarme • Valides statistiquement seulement • Peu influencés par la prise en charge • Intérêt associés aux facteurs I 	<ul style="list-style-type: none"> • Événements naturels (on n'y échappe pas !) • N'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs I et II
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trouble psychiatrique aigu : dépression, intoxication alcoolique... ✓ Communication d'une intention suicidaire ✓ Antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires ✓ Propension à l'impulsivité, l'agressivité, ou la violence 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pertes parentales précoces ✓ Traumatismes et abus durant l'enfance ✓ Isolement social, affectif ✓ Problèmes financiers, chômage ✓ Événements de vie négatifs significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sexe masculin ✓ Adolescence ✓ Sénescence ✓ Période prémenstruelle ✓ Saison de l'été
2) Urgence		
<i>Avez-vous des idéations suicidaires ?</i>		
Fréquence : Combien de fois y avez-vous pensé ?		
Durée : Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?		
Éléments dissuasifs : Y a-t-il des choses qui vous ont empêché de penser/de mettre à exécution vos pensées ?		
Où, Quand, Comment envisagez-vous de vous suicider ?		
3) Dangerosité		
Avez-vous accès à un moyen léthal ?		
Accessibilité du moyen		
Létalité du moyen envisagé		

7.9. Annexe 9 : chartre de partenariat MG et psychiatrie de secteur

Charte de partenariat

Médecine générale & Psychiatrie de secteur

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

- 1 Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.
- 2 Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques**. Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient.
- 3 Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant **un accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.
- 4 La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.
- 5 Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, **des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie**. Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.
- 6 Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique**. Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.
- 7 Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur référent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.
- 8 **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles**. Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en oeuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

le 20 mars 2014

Dr Christian Müller
Président
Conférence Nationale des Présidents de CME
de Centres Hospitaliers Spécialisés



Pr Pierre Louis Druais
Président
Collège de la Médecine Générale



8. Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide. Etat d'urgence mondiale. 2014. 89p.
Consultable à l'URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1
- [2] Organisation mondiale de la santé. Groupe de travail sur la prévention du suicide et des tentatives de suicides. York, 22-26 septembre 1986
- [3] HAS. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 2000
Consultable à l'URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
- [4] CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).
Consultable à l'URL : <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>
- [5] Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche : 1er rapport, Observatoire national du suicide, Paris, DICOM, novembre 2014, 221 p.
Consultable à l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf>
- [6] Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicides en France. DRESS. Mai 2006, n°488
Consultable à l'URL : <http://www.infosuicide.eu/pointdevue/statistique/doc/suicidesdreesmai2006.pdf>
- [7] Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. Institut de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, décembre 2011, n° 47-48
Consultable à l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>
- [8] DE RICCARDIS N. Profil et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires. Etudes et Résultats, DRESS. Juillet 2014. N°886.
Consultable à l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er886.pdf>
- [9] Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. ARS. 2014.
Consultable à l'URL : http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_ARS/etudes_publications/Statistiques/Statiss/ars-statiss-ag_2014_2.pdf
- [10] Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014. Martinique
Consultable à l'URL :

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1674.pdf>

- [11] La santé mentale et le suicide. Santé observée. Observatoire de la santé de la Martinique. Janvier 2012.
Consultable à l'URL : [http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/sante mentale 2012.pdf](http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/sante_mentale_2012.pdf)
- [12] Carmelo D., Les tentatives de suicide chez les jeunes âgés de 11 à 18 ans, dans les services d'urgence et de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique. Thèse. 2013
- [13] AOUBA A, PEQUINGNOT F, CAMELIN L, et al. La mortalité par suicide en France en 2006. Études et Résultats, DRESS, 2009, n° 702
Consultable à l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er702.pdf>
- [14] JOUGLA E. Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide. Inserm, Actualité et dossier en santé publique, décembre 2003, n°45
Consultable à l'URL : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad453134.pdf>
- [15] SAVIUC P, BEDRY R., FLESCH F. Epidémiologie des intoxications médicamenteuses volontaires, Médecine thérapeutique, Janvier 1999, Volume 5, Numéro 1, 45-8
- [16] HAWTON K, VAN HEERINGEN K. Suicide. Lancet, 2009;373(9672):1372-81.
- [17] Organisation mondiale de la santé. La prévention du suicide : Indications pour les médecins généralistes. Prise en charge des troubles mentaux et neurologiques. Département de Santé Mentale et Toxicomanies. Genève 2001
- [18] CAMPEON A. De l'histoire de la prévention du suicide en France. Inserm, Actualité et dossier en santé publique, décembre 2003, n°45
Consultable à l'URL : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad453538.pdf>
- [19] Programme national de lutte contre le suicide, septembre 2011
Consultable à l'URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme national d actions contre le suicide 2011-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf)
- [20] Massé Raymond. Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique. In: Sciences sociales et santé. Volume 19, n°1, 2001. pp. 45-74.
Consultable à l'URL : [http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2001 num 19 1 1512](http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2001_num_19_1_1512)
- [21] Couillaud Annick ; Camus Martine. Soins de ville en Martinique : Des praticiens proches mais peu nombreux . Insee Dossier Martinique, Octobre

2014. - 16 p. Consultable à l'URL:

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/martinique/themes/insee-dossier/ma_ind_01.pdf

- [22] K. Chevreul, M-A. Vinet, A. Le Jeannic, T. Lefèvre, C. Quelen. Estimation du fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France en 2009. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Volume 62, Supplément 2, February 2014, p S62–S63
Consultable à l'URL : http://www.researchgate.net/publication/269035529_Le_fardeau_economique_du_suicide_et_des_tentatives_de_suicide_en_France
- [23] Turbelin. Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire: étude épidémiologique rétrospective en cas-croisé. Thèse. 2007
Consultable à l'URL : <https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/document.php?doc=844>
- [24] Vaiva G, Walter M, Arab A, et al. Algos: the development of a randomized controlled trial testing a cases management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry* 2011;11:1. Consultable à l'URL : <http://doi.org/10.1186/1471-244X-11-1>
- [25] Réseau sentinelles. Une collaboration entre médecins généralistes et chercheurs en France métropolitaine. Bilan annuel 2014.
Consultable à l'URL : <http://www.sentiweb.fr/document/3227>
- [26] Fanello Serge, Paul P., Delbos V., Gohier B., Jousset N., Duverger Philippe, Garre J.B., « Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. », *SANTE PUBLIQUE* 3/2002 (Vol. 14), p. 263-273
Consultable à l'URL : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-3-page-263.htm>
- [27] Barré. Passage à l'acte suicidaire : la dernière consultation : à propos de 23 cas. Thèse. 2011.
Consultable à l'URL : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=f4ac8ab9-20ee-4f56-871b-7e8fce8ca2e9>
- [28] Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann-Coblentz L., Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. *Médecine*. Volume 4, n°6, Juin 2008, p279-283
Consultable à l'adresse : http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/la_consultation_du_patient_a_risque_suicidaire_en_medicine_generale_generalistes_et_psychiatres_une_relation_compliquee_278574/article.phtml?tab=texte

- [29] Morice E, Leroyer E., Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ?, Exercer n° 100, 2012 p 31-32.
Consultable à l'URL : http://dpc.cnge.fr/limesurvey/upload/surveys/448723/files/31-2_exercer100_morice.pdf
- [30] Da Silva G., La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, Volume 32 n°, Avril-Juil 2001. Consultable à l'URL : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/La_recherche_qualitative.pdf
- [31] Blanchet A, Gotman A. l'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris : Nathan Université, Collection 128 sociologie. 1992 (2001) 127 pages
- [32] E. Pasquier. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé pour les travaux de recherche en médecine générale, Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes, 2 exemples. Mémoire médecine. Lyon Nord. 2004.
Consultable à l'URL : http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf
- [33] S. Juan. Méthodes de recherche en sciences socio humaines. Exploration critique des techniques. Paris : PUF : 304. 1999.
- [34] J-C Combessie. La méthode en sociologie. Paris : Découverte: 123. 2001.
- [35] WALTER M., « La crise suicidaire: évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention », Revue Actualité et dossier en santé publique, décembre 2003, n°45, p. 25-30.
Consultable à l'URL : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad452530.pdf>
- [36] FOVET T. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. L'information psychiatrique. Volume 90, n°5 2014. Consultable à l'URL : <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/06/Etat-actuel-de-la-formation-des-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-%C3%A0-la-psychiatrie-et-%C3%A0-la-sant%C3%A9-mentale-en-France.pdf>

- [37] Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. ENCYCL MED CHIR PSYCHIATRIE 2002 ; 37-956-A-20, 6 p.
Consultable à l'URL : http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/735/fichier_psychiatrie_souffrance_psychique_et_medicine_generale2c092.pdf
- [38] Breuil-Genier P., Gofette C., « La durée des séances des médecins généralistes », DREES, Études et Résultats, n°481 avril 2006.
Consultable à l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
- [39] Bourgueil Y., Cases Ch., Le Fur Ph., « Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels ? », HAS, document de travail. 2007.
Consultable à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf
- [40] Micheau J., Molière E., « L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES, Dossiers solidarité et santé, N° 15, 2010
Consultable à l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
- [41] Quelier C., Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo - Étude qualitative. ORS Bretagne. Janvier 2011
Consultable à l'URL : http://orsbretagne.typepad.fr/PUBLI_2011/Suicide_medicine%20liberale legger.pdf
- [42] Wanlin P., L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. In. Bilan et perspectives de la recherche qualitative: Recherches Qualitatives Hors-Série. 2007.
Consultable à l'URL : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Wanlin2.pdf
- [43] CHAPPERT J.-L. et al., 2003, « Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention », CépiDc Inserm, Document de travail, Série Études, n° 30, avril, Drees
Consultable à l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud30.pdf>
- [44] COLLET M., GOUYON M., Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Etudes et Résultats, DREES, 2007 n° 607

- [45] GOUYON M., LABARTHE G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats. Études et Résultats, DREES, 2006, n° 471
- [46] GOUYON M. Les urgences en médecine générale. Série statistique, 2006, n°94
- [47] LABARTHE G., « Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie », Études et Résultats, n° 315, juin 2004, Drees. Consultable à l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>
- [48] Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry 2002; 159 (6):909-16
- [49] Classification Internationale des maladies, CIM-10. OMS
- [50] American psychiatric association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition. Washington DC : American Psychiatric Press, 1994
- [51] Code pénal- Article 221-6
- [52] Code pénal – Article 123-3
- [53] Code de la santé publique – L1142-1
- [54] Amar E, Pereira C. « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », DREES, Études et Résultats, n°440 novembre 2005. Consultable à l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
- [55] Mann J. J. et al, Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review JAMA, October 26, 2005- Vol 294, n°16, 2064-74 Consultable à l'URL : <http://www.daveneefoundation.org/wp-content/uploads/Suicide-Prevention-Strategies.pdf>
- [56] RUTZ W., WALLINDER J., EBERHARD G. et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Götland: background and evaluation. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1989: 79: 19-26
- [57] WALTER M., KERMARREC I., Idées ou conduites suicidaires : orientation diagnostique et conduite à tenir en situation d'urgence, Revue du Praticien, 1999, 49 : 1685-1690
- [58] De CLERCQ M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles : De Boeck Université, 1997 : p. 171-180

- [59] Code de santé publique. Article L. 3212-3
- [60] Code de santé publique. (Article L. 3212-1, II-2°
- [61] Code de santé publique article L.3212-1 à L. 3213-10
- [62] Coldefy M, Le Fur Ph, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J, « Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. », PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS 3/2009 (Vol. 40) , p. 197-206 . Consultable à l'URL : http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=POS_403_0197
- [63] HAS. Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. Note de cadrage. 23 avril 2015. Consultable à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_de_cadrage_coordination_mg_psy.pdf
- [64] Bohn I, et al. Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins. Rev Prat MG 2007 ; 21 : 511-4. Consultable à l'URL : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3400_070509-RPMG-BOHN.pdf
- [65] Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Dupie I, Haeringer-Cholet A, et al. Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013). BEH 2015;(24-25):410-6. Consultable à : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/24-25/pdf/2014_24-25_1.pdf
- [66] Lamarche. Suicide et tentatives de suicides chez les médecins. Mémoire. 2009
Consultable à l'URL : <http://www.urml-ca.org/SITES/urml-ca.org/IMG/pdf/suicide-medecin-LAMARHE-2009.pdf>
- [67] Chocard AS, Juan F. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. La lettre du psychiatre. 3 (2007): 10-14 Consultable à l'URL : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/12900.pdf>
- [68] Léopold Yves. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins ; Octobre 2003.
- [69] Hawton K, Clements A, Sakarovitch C et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. J Epidemiol Community Health 2001;55:296-300. Consultable à l'URL : <http://jech.bmj.com/content/55/5/296.full.pdf+html>

- [70] Pascale DESPRÈS et Isabelle GRIMBERT , Bernadette LEMERY et Caroline BONNET , Catherine AUBRY et Carole COLIN. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DRESS. Juin 2010, n°731. Consultable à l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
- [71] Éric Galam .Burn out des médecins libéraux 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients . Médecine. 2008;4(1):43-46 Consultable à l'URL :http://www.jle.com/download/--med-276732-burn_out_des_medecins_liberaux_3e_partie_des_consequences_pour_le_medecin_mais_aussi_pour_ses_patients_-VkjQ3H8AAQEAAFM9CqUAAAAF.pdf
- [72] AOUBA A, PEQUINGNOT F, CAMELIN L, et al. La mortalité par suicide en France en 2006. Études et Résultats, DRESS, 2009, n° 702
- [73] Lise Demailly. Cloisonnements et coopérations dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques. L'Information Psychiatrique. 2005;81(4):337-343. Consultable à l'URL : http://www.jle.com/download/--ipe-265311-cloisonnements_et_cooperations_dans_le_champ_de_la_prise_en_charge_des_troubles_psychiques-VkqdrX8AAQEAAEkE@iQAAAAJ.pdf

9. Serment d'Hippocrate

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

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

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

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

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