



HAL
open science

Étude ReSCU-M/ML : représentation sociale du suicide chez les médecins libéraux en Martinique

Jean-Olivier Castex

► **To cite this version:**

Jean-Olivier Castex. Étude ReSCU-M/ML : représentation sociale du suicide chez les médecins libéraux en Martinique. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01896017

HAL Id: dumas-01896017

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01896017>

Submitted on 15 Oct 2018

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
2018

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

Etude ReSCU-M/ML : Représentation sociale du suicide chez les médecins libéraux en
Martinique

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 5 Mars 2018

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

CASTEX Jean-Olivier

Examineurs de la thèse :

Professeur JEHEL Louis	(Président du jury)
Professeur ARFI Serge	(Juge)
Professeur FARID Karim	(Juge)
Docteur AUDEL Marie-Laure	(Juge)
Docteur CRIQUET-HAYOT Anne	(Directrice de Thèse)
Docteur KOPP-BIGAULT Céline	(Co-Directrice de Thèse)

Le Président de l'Université des Antilles : Eustase JANKY

A Monsieur le Professeur Louis JEHEL,

Vous nous faites l'honneur et le plaisir d'accepter de présider notre Jury de Thèse, soyez-en remercié.

Soyez assuré de notre reconnaissance pour la qualité de vos enseignements, et recevez le témoignage de notre gratitude pour les corrections attentives que vous avez apportées à notre travail.

A Monsieur le Professeur Serge ARFI

Vous fûtes le premier à accepter de siéger à ce Jury, soyez-en sincèrement remercié et veuillez accepter l'expression de ma plus profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Karim FARID

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre Jury de Thèse, soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Marie-Laure AUDEL

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail et de nous faire bénéficier de votre expertise. Recevez ici le témoignage de notre respect et de notre gratitude.

A Madame le Docteur Anne CRIQUET-HAYOT

Vous êtes à l'origine de ce travail dans lequel vous nous avez guidé et soutenu. Votre esprit de synthèse et votre disponibilité, malgré un emploi du temps surchargé, nous ont permis de mener à bien cette étude. Merci d'avoir été présente.

A Madame le Docteur Céline KOPP-BIGAULT

Votre travail, de grande qualité, nous a servi de modèle pour notre étude. Nous vous remercions de la qualité et de la pertinence de vos remarques, de votre implication dans ce travail malgré la distance et nos réponses parfois tardives.

A ma mère,

Après de si longues années, nous touchons enfin au but.

Merci d'avoir été présente, patiente, compatissante (mais avec mesure), ... bref d'avoir été mère, métier ô combien difficile, avec tant d'abnégation.

A Bernie,

Voilà, nous finissons enfin ! Je ne te remercierai jamais assez pour tes fermes conseils et tous ces bons moments passés ensemble.

A François,

Merci de ton soutien et de ta bienveillance. Je t'envie ce calme et cette sérénité.

A Pierre-Abel, Marie, Nayélie, Anaïs, Annabelle, Naïma, Mélanie,

Pour tous ces bons moments partagés en stage

A François, Guillaume, Emmanuelle,

Même un océan ne peut vous faire oublier (je sais que je ne suis pas le roi du téléphone)

A Sibylle,

... et plus encore

A Juju,

J'ai hâte de faire ta connaissance

Je remercie l'URML, et sa secrétaire, Mme Sandrine GABET sans qui cette thèse n'aurait pas été possible.

Je tiens aussi à remercier tous les médecins libéraux qui ont pris de leur temps pour répondre à ce questionnaire et dont la contribution permettra d'améliorer la prise en charge des patients suicidaires en Martinique.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours » Louis PASTEUR.

Résumé

Contexte : En France, le suicide est responsable de presque trois fois plus de décès que les accidents de la route. En tant que mortalité évitable, cette préoccupation de santé publique nationale et mondiale fait l'objet de nombreuses études de par le monde. Des facteurs de vulnérabilité ont été identifiés, le rôle du médecin traitant dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire a été identifié comme indispensable.

Objectifs : L'objectif de cette étude est d'analyser les représentations sociales liées au suicide et au comportement suicidaire chez les médecins libéraux de la Martinique et d'identifier les freins et les leviers afin d'améliorer la prévention du suicide.

Méthode : Etude qualitative, analytique transversale, auprès des médecin libéraux de Martinique. Un questionnaire a été envoyé par mail via les listings de l'URML Martinique et le recueil des données a été réalisé de manière anonyme via monkeysurvey.

Résultats : L'analyse des réponses retrouve une bonne connaissance de l'épidémiologie du suicide parmi les médecins libéraux martiniquais. 52,8% des médecins a refusé de répondre à nos questions portant spécifiquement sur le suicide, ceci nous interroge sur l'existence d'un malaise face au suicide. A travers l'analyse des représentations sociales du suicide chez les médecins libéraux, des spécificités ont put être mis en évidence : l'isolement et la dépression sont peu associés au suicide en Martinique, ainsi qu'une stigmatisation des suicidés. Il ressort aussi de notre étude que, selon les médecins libéraux, le regard des autres est un facteur important pour le passage à l'acte dans notre île.

Conclusion : L'amélioration de la formation des professionnels de santé grâce à des formations prenant en compte ces spécificités locales pourrait être proposé afin de permettre aux soignants d'identifier les signes que le patient suicidaire peut manifester et d'écouter le malaise exprimé par le suicidant.

Mots clés : suicide, médecins libéraux, représentation sociale, étude qualitative

Abstract

Background : In France, suicide is responsible for almost three times more deaths than road accidents. As preventable mortality, this national and global public health concern is the subject of many studies around the world. Vulnerability factors have been identified, the role of the attending physician in primary, secondary and tertiary prevention has been identified as indispensable.

Objectives : The objective of this study is to analyze the social representations related to suicide and suicidal behavior among Martinique's liberal doctors and to identify the brakes and levers to improve suicide prevention.

Method : Qualitative study, cross-sectional analysis, with the liberal doctors of Martinique. A questionnaire was sent by mail via the listings of the URML Martinique and the collection of data was done anonymously via monkeysurvey.

Results : The analysis of the answers finds a good knowledge of the epidemiology of the suicide among Martinique 's liberal doctors. 52.8% of liberal medicine refused to answer our questions specifically about suicide, this questioned us about the existence of a malaise in the face of suicide. Through the analysis of social representations of suicide among liberal medicine, specificities have been highlighted: isolation and depression are not associated with suicide in Martinique, as well as a stigmatization of suicides. It also emerges from our study that, according to the liberal doctors, the gaze of others is an important factor for the acting on our island.

Conclusion : Improving the training of health professionals through training that takes into account these local specificities could be proposed to allow caregivers to identify the signs that the suicidal patient can manifest and to listen to the discomfort expressed by the suicidal person.

Keywords : suicide, liberal medicine, social representations, qualitative study

1. Introduction	9
2. Définition des concepts	11
2.1. Le suicide	11
2.1.1. Définition du suicide	11
2.1.2. Les autres manifestations des conduites suicidaires	15
2.1.3. Epidémiologie du suicide	19
2.1.4. Théories sur le suicide.....	22
2.2. Impact du suicide : postvention et réaction de deuil.....	25
2.2.1. La postvention	26
2.2.2. Les réactions de deuil	26
2.3. La représentation sociale du suicide.....	28
2.3.1. Définition de la représentation sociale.....	28
2.3.2. Concepts afférents aux représentations sociales.....	30
2.3.3. Les représentations sociales du suicide dans la population générale.....	31
2.3.4. Les représentations sociales du suicide chez les professionnels de santé ...	32
2.3.5. Les représentations sociales du suicide en France métropolitaine et en Martinique	34
3. Etude.....	38
3.1. Méthodologie.....	40
3.1.1. Description de la population étudiée	40
3.1.2. Organisation de l'étude	41
3.1.3. Méthodes d'analyse	42
3.2. Résultats.....	43
3.2.1. Description de la population d'étude	43
3.2.2. Les connaissances sur le suicide	53
3.2.2.1. Echelle SOSS version courte (Stigma of Suicide Scale)	53
3.2.2.2. Connaissances générales liées au suicide.....	59
3.2.2.3. Attitude vis à vis du suicide	61
3.2.3. Questionnaires d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide - Epidémiologie (QECS-E).....	63
3.2.4. Questionnaires d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide - Mythe (QECS-M).....	67

3.2.4.1.	Premier mythe : le suicide est un acte anodin.....	68
3.2.4.2.	Deuxième mythe : on ne peut pas prévoir le suicide	69
3.2.4.3.	Troisième mythe : il existe une cause unique de suicide	70
3.2.4.4.	Quatrième mythe : on ne peut rien faire contre le suicide	71
3.3.	Expérience face au suicide	72
3.3.1.	Les tentatives de suicide.....	72
3.3.2.	Les suicides.....	74
3.4.	Les représentations sociales du suicide.....	77
3.4.1.	Analyse de la représentation sociale du suicide	78
3.4.2.	Analyse de la représentation sociale de la personne suicidée.....	79
3.4.3.	Analyse de la représentation sociale des causes de suicide	80
3.4.4.	Analyse de la représentation sociale des causes de suicide en Martinique .	81
3.4.5.	Analyse des émotions face aux tentatives de suicide dans le cadre professionnel.....	82
3.4.6.	Analyse des émotions face aux tentatives de suicide dans le cadre personnel 83	
3.4.7.	Analyse des émotions face au suicide dans le cadre professionnel.....	84
3.4.8.	Analyse des émotions face au suicide dans le cadre personnel	85
4.	Discussion.....	86
5.	Conclusion	99
6.	Annexes.....	100
7.	Tableaux et figures	114
8.	Bibliographie :.....	117
9.	Serment d’Hippocrate.....	123

Liste des abréviations

APA : American Psychological Association

AMHCA : American Mental Health Counselors Association

ARS : Agence Régionale de Santé

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} Edition

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

COB : Centre Ouest Bretagne

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

ECN : Examen Classant National

HAS : Haute Autorité de Santé

IDS : Idées suicidaires

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPSOM : Impact du Psychotraumatisme et du Suicide en Outre-Mer

MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

OSCOUR : Organisation de la surveillance coordonnée des Urgences

PACS : Pacte Civil de Solidarité

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

POSTA : Post tentative d'autolyse

QECS : Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide

QECS-E : Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide – Epidémiologie

QECS-M : Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide – Mythe

ReSCU-M/ML : Représentations du suicide dans les communautés ultramarines –
Martinique / Médecins libéraux

RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie

RS : Représentation sociale

SOSS : Stigmata Of Suicide Scale

TS : Tentative de Suicide

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

1. Introduction

Cette étude fait suite à l'étude POSTA (Post tentative d'autolyse) menée en 2015 en Martinique qui a analysé la prise en charge initiale et à 6 mois par les systèmes de soins psychiatriques et de médecine générale de patients suicidants et suicidaires avec des antécédents de tentative de suicide.

Cette étude a révélé que la prise en charge en médecine générale s'avère difficile et que l'évaluation du risque suicidaire est souvent approximative. Elle retrouve aussi une forte demande de formation de la part des professionnels de santé.

Nous nous proposons d'étudier la représentation sociale du suicide chez les médecins libéraux en Martinique, par la recherche d'éventuels :

- freins des médecins devant la prise en charge du suicide
- leviers qui pourraient faciliter la détection des patients suicidaires.

Les médecins sont confrontés quotidiennement à la maladie et à la mort. Le cursus universitaire des études médicales dure de longues années (de 9 à 11 ans selon les spécialités), et comporte des enseignements théoriques mais aussi des enseignements pratiques à travers des stages hospitaliers au chevet du patient, durant l'externat puis l'internat. Ce long cursus va permettre au médecin d'acquérir un savoir médical mais aussi un savoir être face à son patient.

Mais si la mort fait partie du quotidien du médecin, le suicide n'est pas une mort comme une autre : c'est une mort auto-infligé. C'est une mort évitable.

Longtemps elle fut taboue, et le suicide considéré comme un péché dans la religion catholique. Avant le médecin, il y a une femme ou un homme qui a été élevé au sein d'un cadre familial qui lui a inculqué une éducation, des valeurs, et des représentations sociales.

Dans ce travail, la première partie servira à définir les concepts de suicide, à décrire les différentes manifestations des conduites suicidaires, ainsi qu'à définir le concept de représentation sociale du suicide. Les grandes théories originelles de Durkheim et de Freud sur le suicide seront développées car elles constituent le socle de base des connaissances ayant permis de développer les RS du suicide.

Dans une deuxième partie, nous nous proposons d'étudier à travers un questionnaire les représentations sociales du suicide auprès des médecins libéraux de Martinique et leurs émotions face au suicide ou aux tentatives de suicide dans le cadre professionnel ou personnel. Dans cette partie, nous avons préalablement tenté d'évaluer les connaissances, la formation et les pratiques des médecins interrogés sur le suicide.

Nous comparerons nos résultats à ceux disponibles dans la littérature notamment le travail de Kopp-Bigault réalisé sur les populations d'Alsace, de Bretagne et du Pays COB.

2. Définition des concepts

2.1. Le suicide

2.1.1. Définition du suicide

Selon la définition du Petit Larousse, le suicide est l'acte de se donner volontairement la mort. Son étymologie vient du latin *suicidium*, qui est composé de *sui*, soi, et de *caedere*, tuer.

C'est un geste, impulsif, au moment d'une crise psychique, aussi appelée crise suicidaire, qui va conduire à la mort du suicidant.

Il peut être schématisé selon Mann et al. en 2005 ainsi :

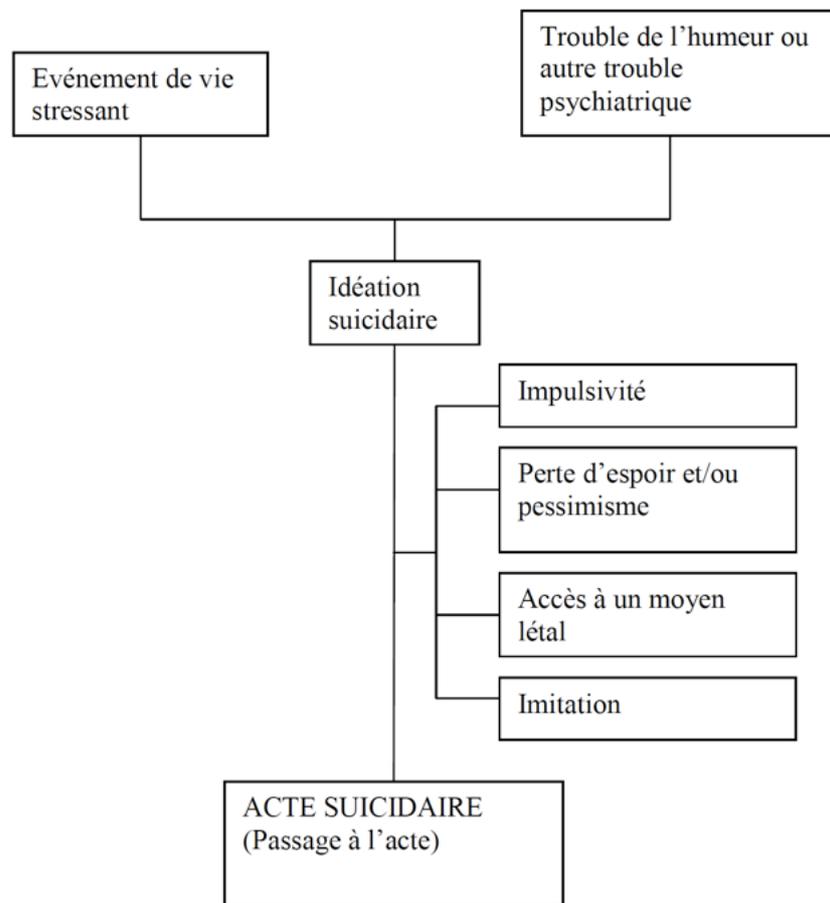


Figure 1 : Schématisation de la crise suicidaire, Mann et al. 2005

Une autre modélisation plus récente et plus complète a été proposée en 2016 par Turecki et Brent ¹ :

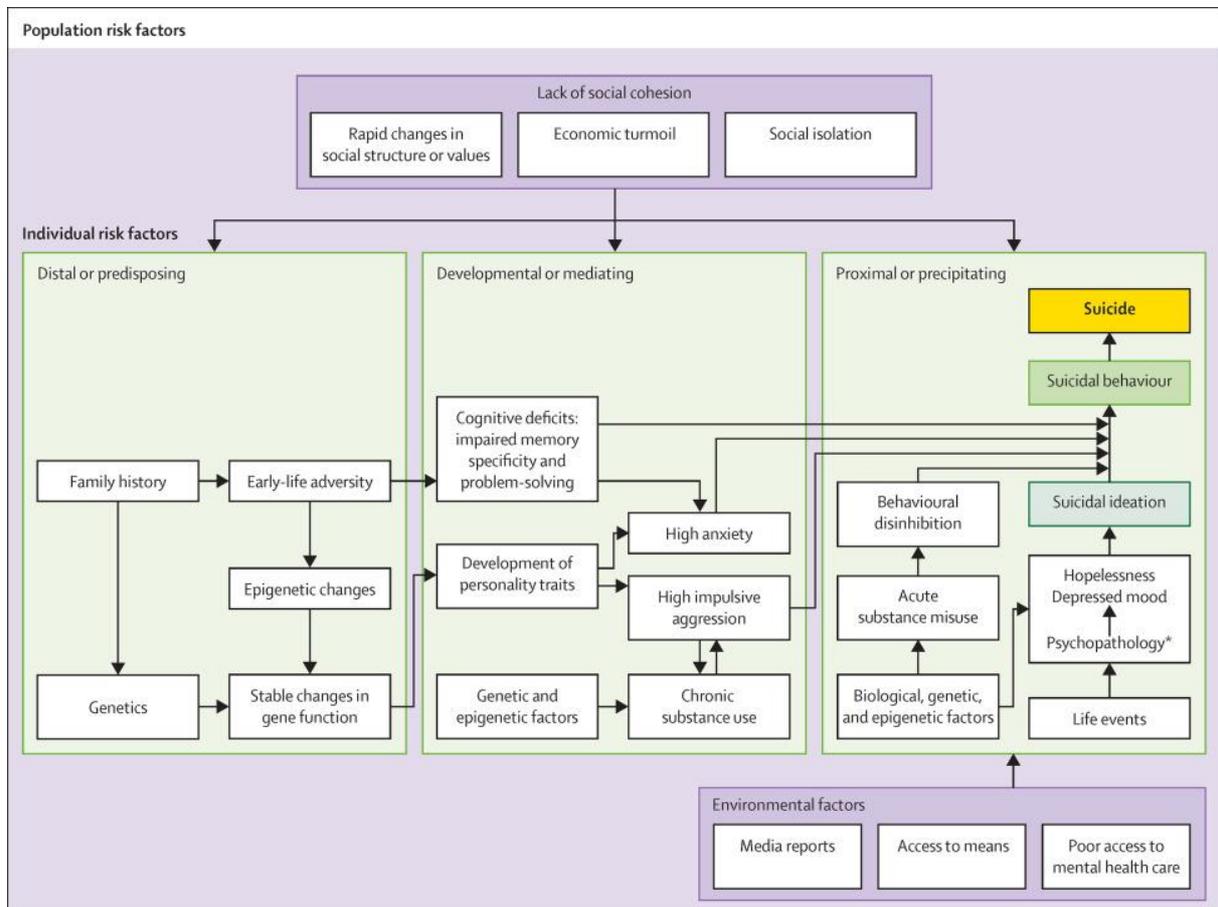


Figure 2 : Schématisation de la crise suicidaire, Turecki et Brent, 2016

Autour de ce terme de suicide, qui est un terme bien défini, on retrouve tout un ensemble d'expressions pouvant présenter des définitions moins précises : comportements suicidaires, conduites suicidaires, risques suicidaires, troubles suicidaires, vulnérabilité suicidaire, tentative de suicide, idées suicidaires, pensées suicidaires.

Pour tenter d'harmoniser toutes ses expressions, un médecin psychiatre en Nouvelle-Calédonie, Goodfellow, tente de mettre en place une nomenclature internationale du suicide sous la direction de l'ONS² et en collaboration avec l'OMS³.

En France, l'HAS en 2000, dans ses recommandations⁴, définit la crise suicidaire comme : « une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Comme toute crise,

elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture ». C'est donc un état temporaire, réversible, sans cadre nosographique simple mais présentant une sémiologie protéiforme.

On voit apparaître à la fin des années 60 le terme de suicidologie. C'est une discipline développée en Californie par le psychologue américain Shneidmann^{5 6} qui désigne la recherche scientifique appliquée au suicide⁷. Elle se fonde sur une approche psychologique et sociologique. Cette étude présente un objectif double : la compréhension du suicide à partir d'une approche scientifique d'une part et la mise en place de politiques de prévention d'autre part.

Il faut différencier trois profils :

1. le suicidaire : c'est un individu qui est tenté par le suicide ou qui, par son passé, sa psychologie, son environnement, est, ou semble, prédisposé au suicide⁸
2. le suicidant : c'est un individu qui exprime des intentions de suicide ou qui a déjà tenté de se suicider⁸
3. le suicidé : c'est un individu qui s'est volontairement donné la mort.

Plusieurs déterminants peuvent déclencher des conduites suicidaires. L'Observatoire National du Suicide en distingue 4 grands groupes^{9 10} de facteurs liés:

1. à l'individu : des antécédents de tentative de suicide, des pathologies psychiatriques, une surconsommation d'alcool, l'usage de stupéfiants, les situations de chômage, les pathologies chroniques douloureuses et invalidantes
2. aux communautés : les catastrophes naturelles, les conflits, les discriminations sociales, les religions
3. aux sociétés : le libre accès aux armes à feu, le tabou sur le suicide, l'absence de communication interpersonnelle liée à l'éducation ou à la culture
4. aux systèmes de santé : la désorganisation des structures de soins ou les difficultés d'accès à ces structures, l'absence de structures de prévention

Les facteurs psychologiques constituent le premier facteur de risque du suicide et de tentative de suicide². Parmi ces facteurs, on distingue les troubles de l'humeur, au rang desquels on retrouve les syndromes dépressifs et les troubles bipolaires, qui constituent

à eux deux le premier facteur de risque de suicide et ce, quelque soit le sexe. On retrouve en suite par ordre décroissant les troubles anxieux, les troubles schizophréniques et enfin les troubles liés à l'abus de substance².

Par ailleurs, la nécessité d'une hospitalisation constitue un facteur de risque accru, non pas en tant que telle mais en tant que marqueur de l'importance du trouble psychologique ou psychiatrique qui a conduit à cette hospitalisation, et ce quelque soit la durée. On retrouve une majoration du passage à l'acte dans la semaine suivant la sortie². Le risque relatif de mort par suicide va aussi être influencé par le niveau socio-professionnel de l'individu. Ce risque diminue avec l'accroissement du niveau d'éducation, de revenus, et l'exercice d'une profession. Le taux de suicide des hommes est corrélé à la catégorie socio-professionnelle (CSP)¹¹, celui des femmes est plus sensible au chômage.

Si on s'intéresse uniquement aux tentatives de suicide, ce sont surtout les femmes jeunes, inactives ou au chômage, et présentant de faibles revenus qui sont le plus touchées^{12 13}. Ces chiffres ne peuvent donner qu'une tendance et ils doivent être relativisés du fait de la difficulté à recueillir des données chiffrées exhaustives, les taux de suicide et de tentatives de suicide étant largement sous-estimés².

Le médecin traitant, acteur de soins de premier recours, va se retrouver en première ligne face au patient suicidaire : il est forcément confronté dans sa pratique quotidienne à des patients en situation de détresse qui vont exprimer ou non leur malaise. Il va devoir veiller à identifier les facteurs de risques de son patient, à lui permettre de verbaliser ses affects et d'exprimer sa souffrance.

Selon Turbelin et al. en 2008¹⁴, 82% des suicidants avaient consulté un médecin généraliste dans le trimestre, 51% dans le mois et 17% dans la semaine qui précédait l'acte suicidaire. Sur une période de 2000 à 2010, selon les travaux d'Ahmedani¹⁵, plus de la moitié des suicidants avait consulté une structure de soins.

2.1.2. Les autres manifestations des conduites suicidaires

• Idéation suicidaire

C'est le désir de se suicider qui pourra rester sous forme d'idée. Elle survient avant le passage à l'acte, mais n'en est pas nécessairement suivie.

Ce sont des idées de mort de plus en plus envahissantes, le suicide apparaissant alors comme la seule solution échappatoire possible. Ces idéations ne sont pas forcément verbalisées, et sont même parfois cachées à l'entourage. Elles constituent la première étape de la crise suicidaire.

Dans la 10^{ème} version de la CIM (CIM-10), les idéations suicidaires rentrent dans la catégorie R45.8 « Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur ».

En 2010, selon une étude¹⁶ par Beck et al. portant sur la population générale française publiée dans le BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) du 13 décembre 2011, 3,9% des personnes interrogées entre 15-85 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (4,4% des femmes et 3,4% des hommes). On ne retrouve pas de différence entre les sexes sauf aux périodes d'âge extrême (15-19 ans et plus de 65 ans) où l'on retrouve une prévalence féminine¹⁶.

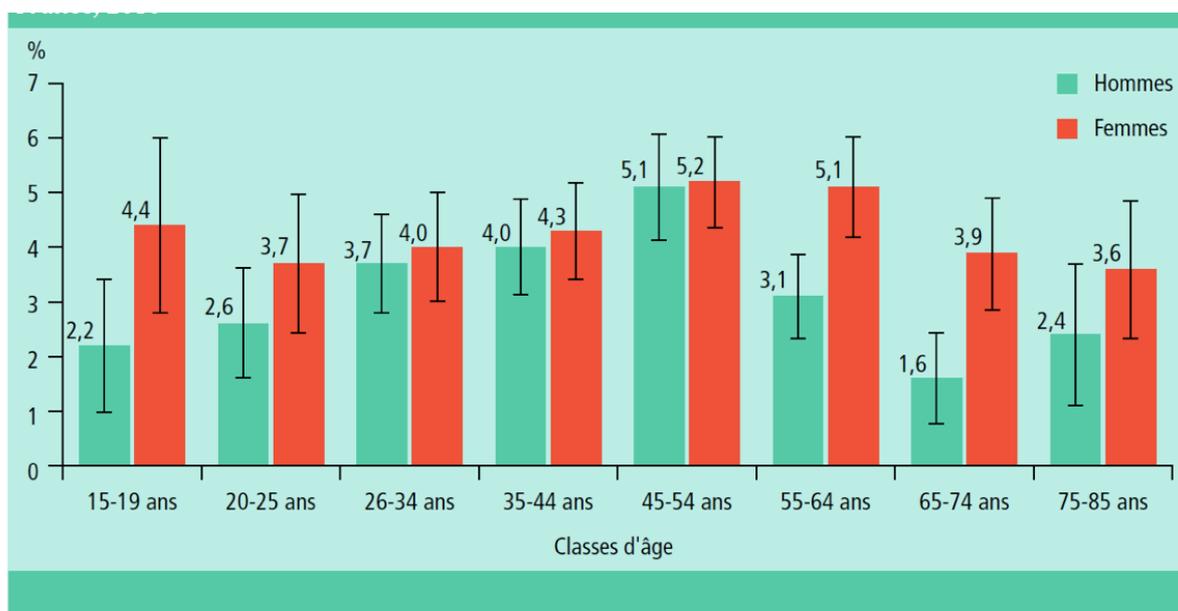


Figure 3 : Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (15-85 ans) (en %), en France et 2010 selon Beck et Al. 2011¹⁶

D'après l'HAS, 80% des sujets ayant fait une tentative de suicide ou s'étant suicidé auraient exprimé des idées suicidaires dans les mois qui ont précédé le geste⁴.

Selon Shulberg et al.¹⁷, 19 à 54% des suicidants auraient évoqué des idées suicidaires avant le passage à l'acte.

On peut retrouver ces idées à tous les âges de la vie mais elles restent rares chez l'enfant. Elles s'expriment plus volontiers à l'adolescence, période de vulnérabilité et de construction de la personnalité, jusqu'à être banalisées, mais malgré cette banalisation elles justifient une prise en charge pluridisciplinaire.

Chez l'adolescent, le risque de passage à l'acte est évalué à 1% en l'absence d'idées suicidaires, à 14% en cas d'idées suicidaires occasionnelles et à 41% en cas d'idées suicidaires fréquentes¹⁸.

Chez les personnes âgées, les idées suicidaires sont rarement exprimées mais quand elles le sont, elles ne doivent pas être mésestimées par l'entourage.

La consommation excessive et chronique d'alcool chez les femmes apparaît comme un facteur de survenue d'idées suicidaire, ce qui ne semble pas être le cas pour les hommes¹⁶.

- **Intention suicidaire**

L'intention suicidaire est le désir de se donner la mort. Elle va précéder le passage à l'acte. L'individu va alors élaborer un plan d'action. La dimension exclusivement imaginaire de l'idée de suicide va être abandonnée pour se confronter à la réalité. Elle peut parfois se manifester par des mutilations volontaires.

Cette phase peut être perçue par l'entourage. On peut tenter de définir un « syndrome pré-suicidaire »¹⁹ caractérisé par :

- une constriction croissante de la personnalité (repli sur soi, limitation des relations interpersonnelles, restriction des émotions, réduction du sens des valeurs)
- une inhibition de l'agressivité soit par refoulement, soit par retournement de celle-ci
- un envahissement fantasmatique par les idées de suicide occupant toute la vie imaginaire.

• Tentative de suicide

La tentative de suicide est le passage à l'acte mais qui n'aboutira pas à la mort du suicidant. C'est un geste d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec ou sans intention de mourir.

En 2010, 5,5% des 15-85 ans ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7,6% des femmes et 3,2% des hommes), et 0,5% au cours des 12 derniers mois (0,7% des femmes et 0,3% des hommes)¹⁶.

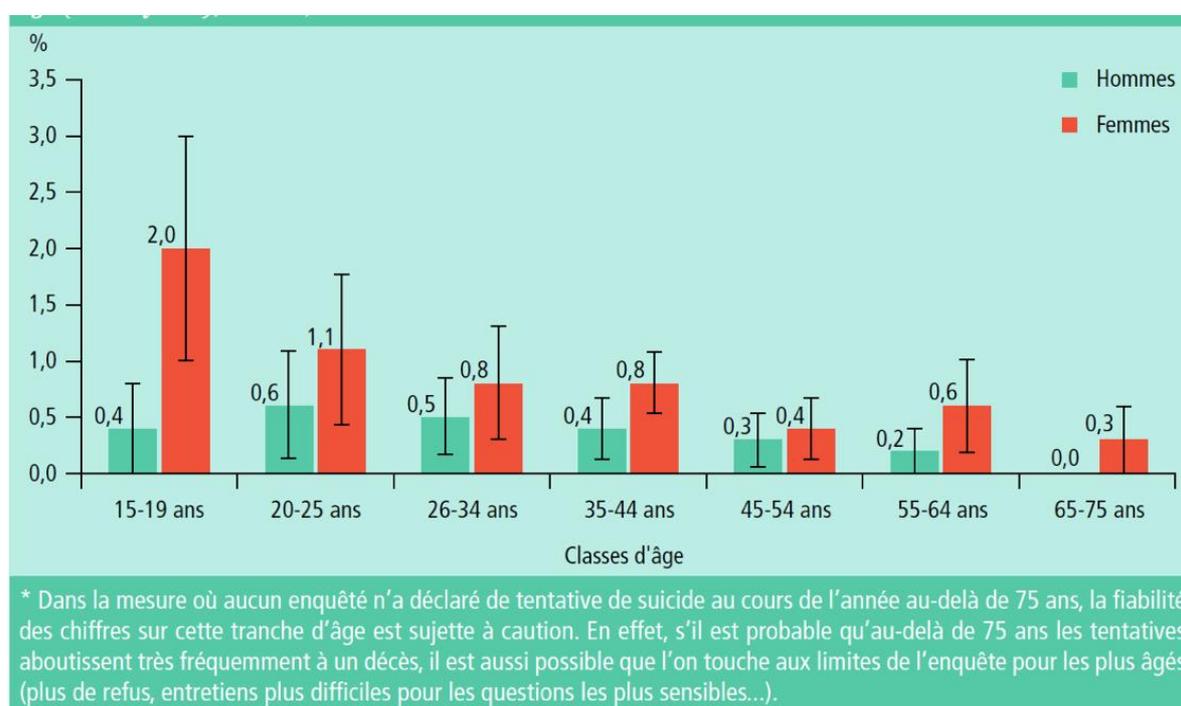


Figure 4 : Prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (15-75 ans) en France en 2010 selon Beck et Al. 2011¹⁶

Cette prévalence semble stable sur la période 2000-2010.

Les facteurs ayant déterminé un passage à l'acte dans les 12 mois précédents étaient différents selon le sexe :

- pour les hommes : le fait d'avoir subi des violences (hors violences sexuelles) dans les 12 derniers mois, suivi du fait de vivre seul. A contrario un haut revenu (supérieur à 1800€) était identifié comme un facteur de protection.

- pour les femmes : le fait d'avoir subi des violences (sexuelles ou non) dans les 12 derniers mois, et l'usage du tabac. Un niveau d'étude supérieur au bac était identifié comme un facteur de protection.

Une étude marocaine réalisée en 2014²⁰ portant sur un suivi prospectif de 5 ans, retrouve un taux de récurrence de tentative de suicide de 14%, avec un même mode opératoire. Dans cette étude, 5% des patients s'étaient suicidés.

D'autres études retrouvent des chiffres de récurrence encore supérieurs : 18% de récurrence dans une population d'adolescents suisse hospitalisés en psychiatrie de 16 à 21 ans²¹ et même 30% dans une étude multicentrique prospective incluant les intoxications médicamenteuses²² à Oslo.

Outre l'impact du passage à l'acte sur l'intégrité même du suicidant (risque de séquelle physique, traumatisme psychologique), ce geste va aussi des conséquences sur son entourage d'où l'importance de mettre en place une aide psychologique pour les proches et de repérer les personnes les plus fragiles pouvant à leur tour passer à l'acte.

En Martinique²³, sur une étude menée entre 2000 et 2001 sur un échantillon de 887 sujets issus de la population générale martiniquaise, on retrouvait un taux d'antécédents de tentative de suicide de 4,4% (3,3% chez les hommes et 5,35% chez les femmes), sur la même période, le taux était de 8% en France métropolitaine (6% chez les hommes et 9% chez les femmes). Il a été identifié dans cette étude, une plus grande susceptibilité de tentative d'autolyse chez les personnes ayant présenté un antécédent d'épisode dépressif majeur, de trouble bipolaire, de trouble panique ou de dépendance à l'alcool.

- **Equivalent suicidaire**

Ce sont des conduites ou des comportements induisant une prise de risque importante même sans intention suicidaire exprimée.

Ces conduites autodestructives indirectes sont plus élevées chez les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide²⁴. Au sein de la population générale, c'est à dire n'ayant pas fait d'épisode de tentative de suicide, les équivalents suicidaires sont plus fréquents chez les hommes²⁴.

On peut ranger dans cette classe les « tirages » sur les voies rapides martiniquaises ainsi que les slaloms des scooters et autres motocyclettes de Martinique.

2.1.3. Epidémiologie du suicide

Selon l'OMS²⁵, 804.000 personnes dans le monde se sont suicidées en 2012, soit une incidence de 11,4 personnes pour 100.000 habitants (15 hommes pour 100.000 et 8 femmes pour 100.000), avec un passage à l'acte toutes les 40 secondes.

Au niveau mondial, le suicide représente 50% des morts violentes chez les hommes, 72% chez les femmes et constitue la 13^{ème} cause de décès dans le monde avec un taux de suicide présentant une grande disparité selon les pays (des taux plus bas dans les pays à revenu faible et intermédiaire en Méditerranée Orientale -6,1 / 100.000- et plus élevés dans les pays à revenu faible et intermédiaires en Asie du Sud-Est -17,7 / 100.000-).

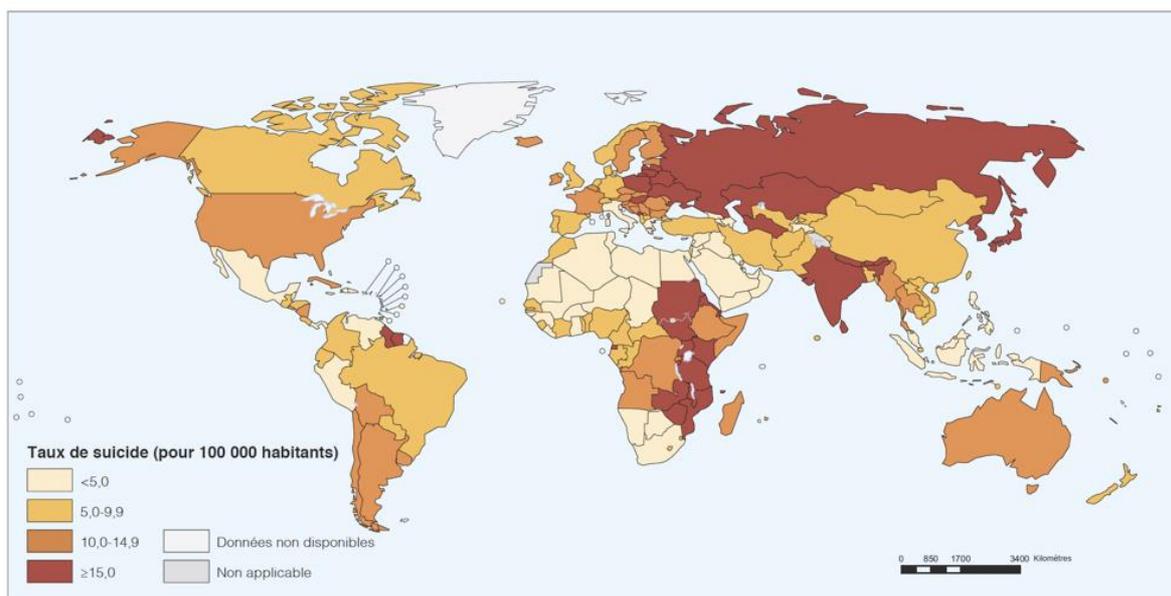


Figure 5 : Taux de suicide standardisée selon l'âge (pour 100.000 habitants), hommes et femmes, OMS, 2012

- **En Hexagone**

Selon les données de l'ONS (rapport de 2016)², on a recensé 9715 décès par suicide durant l'année 2012 en France métropolitaine, soit 27 décès par jour. Ce sont essentiellement des hommes (75%) et ceci est retrouvé pour chaque tranche d'âge mais avec une surmortalité masculine encore plus marquée pour les 25-44 ans.

Comparativement, sur la même période, 3426 personnes ont trouvé la mort sur les routes françaises soit à peine plus du tiers des personnes suicidées.

En taux standardisé, cela représente une mortalité par suicide de 16,7 pour 100.000 habitants en France métropolitaine et 15,1 pour 100.000 habitants en incluant les départements ultra-marins.

Ces chiffres classent la France parmi le groupe des pays à fréquence élevée de suicide^{26,2}.

On retrouve deux pics de suicide dans la population :

- un premier à l'âge de 45-54 ans avec un taux de 25,1 pour 100.000 habitants,
- un deuxième concernant les plus de 75 ans avec un taux de 30 pour 100.000 habitants.

Ces recueils de données sont établis par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) qui s'appuie sur les remontés des certificats de décès.

Il existe un biais de sous-estimation évalué à 9,4% en France métropolitaine qui serait dû à des certificats mal remplis, ou des non imputations de décès au suicide.

Toujours selon l'ONS, 5% de la population âgée de 15 à 75 ans, tout sexe confondu, a présenté des pensées suicidaires dans les 12 derniers mois au cours de l'année 2014. Ce taux était de 4,4% pour la Martinique.

Si l'on s'intéresse aux tentatives de suicide, l'incidence est de 200.000 par an en France métropolitaine, soit un taux 20 fois supérieur à celui du suicide. On retrouve deux pics : le premier chez les jeunes filles âgées de 15 à 20 ans et le second chez les hommes âgés de 40 à 50 ans.

Ces chiffres (tentatives de suicide) se basent sur des données issues de multiples sources : les bases médico-administratives pour les hospitalisations en unités de médecine et de chirurgie (PMSI – MCO) ou en psychiatrie (RIM-P), la base Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), les réseaux de médecins sentinelles.

En 2013, 78.980 patients ont été identifiés par le PMSI-MCO comme ayant fait une tentative de suicide, ce chiffre est en baisse depuis 2010.

Mais ces taux ne reflètent pas toutes les tentatives de suicide en France, un certain nombre ne passant pas par ces filières, ou n'étant tout simplement pas identifié en tant que tel.

On dénombre différents modes de suicide parmi lesquels :

- 54% de morts par pendaison, avec une forte disparité entre les sexes (59% pour les hommes et 39% pour les femmes),
- 15% par armes à feu (19% pour les hommes),
- 11% par abus médicamenteux ou autres substances (avec une prévalence féminine à 25%).

• En Martinique

En Martinique, les chiffres de 2012 (source CépiDc) sont de 21 suicides sur l'année, avec un ratio de 3,2 hommes pour une femme (16 hommes et 5 femmes) soit un taux brut de mortalité par suicide de 5,4 pour 100.000 habitants (9 pour 100.000 hommes et 2,4 pour 100.000 femmes). Ces chiffres représentent un taux inférieur de 64% par rapport à l'ensemble du territoire national.

Le mode de suicide le plus utilisé était la mort par pendaison, avec respectivement 11 hommes et 4 femmes.

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pendaison	11	68,8	3	60	14	66,7
Auto-intoxication par médicaments	1	6,3	1	20	2	9,5
Saut dans le vide	2	12,5	0	0	2	9,5
Phlébotomie	0	0	1	20	1	4,8
Auto-intoxication par autres produits	2	12,5	0	0	2	9,5

Figure 6 : Modes de suicide en Martinique CépiDc 2012

2.1.4. Théories sur le suicide

On retrouve deux grandes théories sur le suicide, trouvant toutes les deux leur origine à la fin du XIXème et début du XXème siècle à travers les travaux de Durkheim pour une approche sociologique et les travaux de Freud pour une approche psychologique.

Ces deux approches vont servir de fondements aux représentations sociales du suicide.

Les travaux de Durkheim constituent la base de la théorie sociologique du suicide, ont été poursuivis par Halbwachs en 1930²⁷ et continuent à être commentés^{28 29}.

Les travaux de Freud vont constituer le point de départ de la théorie psychologique du suicide.

- **Sociologiques (Durkheim)**

Les théories sociologiques sur le suicide l'imputent à des facteurs sociaux et non à des facteurs individuels.

Durkheim, en 1897, dans son ouvrage *Le Suicide*³⁰, définit le suicide comme « toute mort qui résulte médiatement ou immédiatement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » et la tentative de suicide comme « l'acte de suicide mais arrêté avant que la mort en soit résultée ».

Le suicide est un acte solitaire n'affectant que la personne qui souhaite se donner la mort et doit donc ne dépendre que de facteurs personnels que Durkheim considère comme extra-sociaux et qu'il commente dans son ouvrage.

Mais il va préférer attribuer une nature sociale au suicide en s'attachant à considérer les suicides en un ensemble, certes inhomogène quand on s'intéresse au cas individuel, sur une unité de temps défini.

Selon lui, « chaque société a donc, à chaque moment de son histoire, une aptitude définie pour le suicide ». Il va mesurer l'intensité relative de cette aptitude en prenant le rapport entre le chiffre global des morts volontaires, ou suicidés, et le chiffre total de la population tout âge et sexe confondu, et va le nommer taux de mortalité-suicide propre à la société considérée et le calculer pour un million ou pour 100.000 habitants. Ceci constitue pour nous l'incidence.

Il démontre que ce taux est constant sur des grandes périodes de temps donné et ce, contrairement à la mortalité générale.

Il va apporter dans sa démarche une approche sociologique, et rechercher les causes par l'entremise desquelles il pourra agir sur le groupe et non sur l'individu. Il va chercher à déterminer « la nature des causes sociales, la manière dont elles produisent des effets et leurs relations avec les états individuels qui accompagnent les différentes sortes de suicides ». Il recherche l'élément social du suicide, en faisant du taux social son objet d'analyse, et cherche à agir dessus.

Durkheim va identifier 4 grands types de suicide :

1. Le suicide égoïste : « le suicide varie en fonction inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu ». Quand l'individu est insuffisamment intégré dans son appartenance au groupe, il va pouvoir déterminer librement le cours de sa vie et donc se suicider par excès d'individualisme. Durkheim va attribuer à la société un rôle de maintien de l'unité contre les différences individuelles. Ainsi l'intégration dans un groupe va permettre de donner la prépondérance à un moi social par rapport à un moi individuel et ainsi diminuer le risque de suicide égoïste.
2. Le suicide altruiste : l'opposé exact du suicide égoïste, il peut survenir quand l'individu est trop intégré à son groupe. On retrouve ici l'idée d'un suicide accompli par devoir. L'individu va s'effacer au nom de valeurs collectives. Le suicide peut être accompli comme un devoir.
3. Le suicide anémique : il est lié à la régulation de fonction de la société. « Quand la société est troublée, que ce soit par une crise douloureuse ou par d'heureuses mais trop soudaines transformations, et voilà d'où viennent ces brusques ascensions de la courbe des suicides ». Il dépend non pas de la manière dont les individus sont attachés à la société (contrairement aux 2 types précédents) mais de la manière dont la dite société les régit. C'est la dérégulation qui engendre la souffrance et donc le suicide.
4. Le suicide fataliste : c'est celui qui résulte d'un excès de réglementation, il est commis par les individus qui ne peuvent accepter des règles injustes ou imposées. Il est lui aussi lié à la régulation de la société. Pour Durkheim, il est anecdotique (une simple note en bas de page à la fin du chapitre sur le suicide anémique) et n'est pas mentionné dans son tableau de la classification étiologique et morphologique des types sociaux du suicide.

Pour Pelège³¹, se basant sur les théories de Durkheim, l'évolution sociétale doit s'accompagner d'une position éthique qui va permettre de maintenir le sentiment d'estime et de considération propre à maintenir une existence humaine.

- **Psychologiques³² (Freud)**

Les théories psychologiques sur le suicide se basent sur les facteurs individuels. Elles sont influencées par les travaux de Freud qui, bien que n'ayant jamais écrit d'ouvrage spécifiquement consacré au suicide, a fait de nombreuses références aux tentatives de suicide, au suicide et à la mort dans ses écrits.

Dans les Minutes de la Société psychanalytique de Vienne en 1910, sur le suicide et l'école, Freud parle encore du suicide : « le suicide manifeste la victoire de la pulsion sexuelle sur la pulsion de vie ». Pour lui, cela nécessite une régression et une lutte contre la résistance au suicide : la pulsion de vie est vaincue par la libido.

Plus tard, il développe la notion de deux types de pulsions opposées : une pulsion de mort ou de destruction, « thanatos », contrebalancée par une pulsion de vie, d'instinct de conservation de soi et de l'espèce, « eros ».

Il définit le suicide comme une automutilation volontaire entraînant la mort²². Ces mutilations volontaires représentent un compromis entre une tendance à s'autodétruire qui peut être plus ou moins prégnante et les forces qui s'y opposent, le suicide n'étant que l'aboutissement d'un penchant ayant dû exister depuis longtemps mais atténué ou à l'état de tendance inconsciente et réprimée.

Il distingue deux formes de suicide ³³ :

- un suicide conscient et intentionnel
- un suicide mi- intentionnel provoqué par une intention inconsciente, intention qui demeurera caché et dont le suicide passera pour un « soi-disant accident malheureux ».

Pour Freud, « ceux qui ont l'intention consciente de se suicider choisissent leur moment, leurs moyens et de leur occasion : de son côté, l'intention inconsciente attend un prétexte qui se substituera à une partie des causes réelles et véritables et qui,

détournant les forces de conservation de la personne, la débarrassera de la pression qu'exercent sur elle ces causes ».

Il classe les actes suicidaires dans les actes manqués³⁴.

Le suicide est la réponse à un conflit du moi ou à un conflit entre le moi et une pulsion envahissante. L'individu se retrouve alors face à une situation qu'il ne peut contrôler.

Pour Freud, dans tout geste suicidaire, on retrouve un retournement de l'agressivité contre le moi : le meurtre de soi devient le meurtre de l'autre qui est en soi.

Il a ainsi posé les concepts du caractère homicide dans le suicide, de l'agressivité (retournement sur soi d'une impulsion meurtrière contre autrui), et de l'identification du sujet à un objet³⁵.

Le suicide est donc l'accomplissement d'une punition et d'un désir : « les impulsions suicidaires de nos névrosés se révèlent régulièrement être des autopunitions pour des désirs de mort dirigés contre autrui »³⁶.

Selon Blanchard³⁷, « le suicide naît du sentiment d'être dans une impasse. Dans cette situation, présumée sans sortie et sans solution, la seule ouverture qui apparaisse au sujet comme possible est celle de sortir de la vie, ce qui est toujours matériellement possible. »

Le suicide va devenir la solution ultime pour solutionner la souffrance, le désespoir, l'angoisse, son but n'est pas la mort mais de calmer l'angoisse et de mettre fin à la souffrance. Le passage à l'acte n'est qu'un moyen de retrouver une forme d'apaisement intérieur.

Dans l'approche psychanalytique, les tendances suicidaires sont le produit d'un désir inconscient de mourir qui provient d'une colère dirigée contre soi-même.

2.2. Impact du suicide : postvention et réaction de deuil

Le suicide n'est pas seulement un acte solitaire qui ne va toucher que la personne qui va se donner la mort (ou tenter de se la donner), il implique aussi l'entourage du suicidé qui va se retrouver affecté par ce geste. Cet impact va affecter l'attitude de l'individu vis à vis du suicide et donc en modifier sa représentation.

2.2.1. La postvention

La notion de postvention est apparue aux USA au début des années 60. Ce concept est défini par l'ensemble des actions et attitudes après la survenue d'un décès. Au début conçu pour l'entourage proche, il a vu depuis son champ d'action s'étendre et s'adresse actuellement aux personnes endeuillées après un suicide (on parle alors d'intervention de deuil) et à celles qui ont été affecté par un suicide dans leur entourage sans pour autant être en situation de deuil (on parle alors d'intervention de stress). Son rôle va être de prévenir de nouveau suicide dans l'entourage.

2.2.2. Les réactions de deuil

On peut rencontrer trois types de réactions à la suite de l'annonce d'un suicide³⁸ :

1. les réactions de stress :

- l'état de stress temporaire : c'est une réaction de stress lié à une situation traumatique ou à l'exposition indirecte à un évènement dramatique. C'est un état transitoire, normal, qui peut recouvrir de multiples manifestations.
- l'état de stress aigu : il survient rapidement (dans les 4 semaines) après une exposition directe à un événement traumatisant ou dans une situation où l'individu a vu son intégrité ou celle d'autrui menacée. Les symptômes régressent rapidement (dans le mois).
- les troubles de stress post-traumatique : ils surviennent si l'état de stress aigu n'a pas été diagnostiqué dans les 4 premières semaines ou si il dure plus d'un mois.

2. les réactions de crise : le risque majeur est la crise suicidaire. C'est une période de déséquilibre suffisamment intense au niveau psychologique pour amener des idéations suicidaires avec un risque d'autolyse. Elles s'observent chez des personnes déjà vulnérables.

3. les réactions de deuil.

Le processus de deuil suite à la perte d'un proche suit traditionnellement quatre étapes³⁹ :

1. choc et de sidération : elle se caractérise par un état de stupeur et d'incrédulité face à l'annonce. Il peut exister une phase déni momentané. Cette étape est transitoire et ne dure que quelques heures, au maximum quelques jours.

2. fuite et de recherche : le proche va tenter de fuir sa souffrance en trouvant des dérivatifs ou, au contraire, il va chercher à maintenir les liens d'attache avec la personne décédée
3. déstructuration : c'est une phase pouvant mimer une dépression, avec une conscience pleine et entière du décès et de son caractère irréversible
4. restructuration : durant cette phase, on va retrouver une redéfinition du comportement au monde et à autrui, une redéfinition du rapport à la personne disparue, ainsi qu'une redéfinition du rapport à soi-même.

Mais dans le cadre d'un suicide, le deuil est avant tout un deuil traumatique. Les proches endeuillés vont devoir faire face à un sentiment de culpabilité qui va les renvoyer à la question de leur éventuelle responsabilité et une stigmatisation sociale héritage d'une représentation sociale historique du suicide⁴⁰. Cette culpabilité et cette stigmatisation va renforcer l'isolement de la personne en deuil et va l'empêcher de trouver, et même d'accepter de l'aide et du soutien.

De part ses spécificités, le deuil après suicide va devoir être pris en charge de manière spécifique avec un accompagnement adapté par des professionnels formés. Les personnes touchées n'allant pas nécessairement chercher de l'aide, l'initiative doit être prise.

2.3. La représentation sociale du suicide

Les mesures de prévention du suicide vont être impactées par la représentation inconsciente qu'en a le public ciblé. De même la perception du soignant face à son patient va se faire à travers le prisme de la représentation sociale. Chez lui cette représentation sera modifiée par les connaissances acquises lors de sa formation. Bien connaître ses schémas de pensée permettront de proposer des mesures de prévention plus adaptées.

2.3.1. Définition de la représentation sociale

Le concept de représentation sociale est introduit par Moscovici en 1961⁴¹, mais déjà les études de Durkheim en 1898⁴² en fixaient son périmètre au travers de ses représentations collectives.

Les représentations sociales sont des constructions mentales à l'interface de la psychologie et de la sociologie. On les retrouve dans toutes les pensées sociales : les fables, les mythologies, les contes, la pensée scientifique, les superstitions, les croyances populaires.

Selon Mannoni⁴³, les représentations sociales sont des « schémas cognitifs élaborés et partagés par un groupe qui permettent à ses membres de penser, de se représenter le monde environnant, d'orienter et d'organiser les comportements, souvent en prescrivant ou interdisant des objets ou des pratiques ». Elles peuvent s'avérer aussi bien justes que fausses, ce sont les connaissances « vulgaires ». Elles vont considérer les cognitions de l'individu et les interactions sociales.

Pour étudier les représentations sociales, il faut définir :

- leurs limites
- leurs champs d'action
- l'étendue du champ social concerné
- les référents culturels (explicites et implicites)
- les mécanismes intrapsychiques conscients et inconscients
- les pratiques sociales
- le cadre social

Les représentations sociales tendent à privilégier la congruence psychologique au détriment de la cohérence logique et donc ne seront pas toujours rationnelles.

La représentation sociale renvoie à la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, l'histoire des mentalités, l'histoire des religions, de la science, la philosophie, les sciences du langage et de la communication. Tout ce qui nous entoure nous renvoie à la représentation sociale : c'est une pensée collective partagée.

Pour Mannoni, en se basant sur les études de Freud : « à l'occasion des rapports entre la pensée et la réalité nous avons une tendance spontanée à surestimer notre pensée (et à la préférer aux données du réel), ce qui découle d'une attitude générale à l'égard du monde, basée précisément sur la surestimation de tous les processus psychiques ».

Les représentations sociales sont en aval des représentations mentales ou psychiques et les fantasmes et en amont des clichés, stéréotypes, superstitions, et croyances.

Selon Jodelet⁴⁴, « le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement il définit une forme de pensée sociale.»

Pour Abric⁴⁵, la représentation sociale est « l'ensemble organisé des informations, attitudes, croyances qu'un individu ou un groupe élabore à propos d'un objet, d'une situation, d'un concept : c'est la vision subjective et sociale de la réalité. »

Enfin, pour Doise⁴⁶, les « représentations sociales sont des principes générateurs de prises de position qui sont liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux ».

Elles vont permettre aux individus lors de leurs interactions de disposer d'un socle de croyances communes nécessaire à leur compréhension mutuelle⁴¹.

Abric⁴⁷ a proposé une structuration des représentations sociales avec un système central, aussi appelé noyau central, et un système périphérique. Il qualifie de central

« tout élément qui joue un rôle privilégié dans la représentation en ce sens que les autres éléments en dépendent directement car c'est par rapport à lui que se définissent leur poids et leur valeur pour le sujet »⁴⁸. Ce système central joue le rôle d'un filtre à travers lequel sera perçue la réalité⁴⁹. Abric⁴⁸ attribue aux éléments centraux un statut d'évidence et contribue à fournir un cadre d'interprétation et de catégorisation pour les nouvelles informations.

Les éléments périphériques ne prennent un sens qu'au travers des noyaux centraux et ne prendront de sens que dans un contexte précis. De part sa position entre d'un côté la réalité et de l'autre le noyau central, le système périphérique va être le prescripteur des comportements et des prises de position⁴⁵. L'appréhension de la représentation sociale ne peut se faire qu'à travers la complémentarité de ces deux systèmes :

- central : il est stable d'un individu à l'autre, il génère et structure la représentation à travers une dimension fonctionnelle et normative. Il est marqué par la mémoire collective du groupe et le système normatif auquel il se réfère. Il se doit de résister au changement afin d'assurer son rôle dans la permanence de la représentation.
- périphérique : il est variable selon l'individu et présente une fonction de concrétisation, d'adaptation à l'expérience de l'individu et va donner à l'individu le comportement à avoir. C'est un système fonctionnel qui permet à la représentation de s'inscrire dans la réalité du moment.

2.3.2. Concepts afférents aux représentations sociales

La représentation sociale recouvre plusieurs concepts qui vont devoir être définis et qui présentent entre eux des interactions :

- L'attitude : c'est un état mental prédisposant à agir d'une certaine manière, lorsque la situation implique la présence réelle ou symbolique de l'objet d'attitude⁵⁰.
- La croyance : c'est l'attitude intellectuelle d'une personne qui tient pour vrai un énoncé ou un fait sans qu'il y ait nécessairement une démonstration objective et acceptable de cette attitude (Bloch, 1999).
- La perception : c'est l'ensemble des mécanismes et des processus guidés par nos représentations, par lesquelles la personne prend conscience du monde et de son

environnement sur la base des informations élaborées par des sens (Bloch, 1999).

- La valeur : c'est une idée qui va modeler la personnalité tout entière et modeler la conception de la vie. Cette idée oriente les comportements, les sentiments et les opinions (Mouraux, 1998).

Ces concepts peuvent se développer de manière individuelle malgré des influences sociales (à travers les interactions sociales). La représentation sociale est générée et transmise lors des échanges sociaux et fait partie intégrante de la vie collective⁵¹.

2.3.3. Les représentations sociales du suicide dans la population générale

On ne retrouve qu'une étude dans la bibliographie⁵² portant spécifiquement sur la représentation sociale du suicide. On va par contre retrouver une littérature beaucoup plus riche s'attachant à établir des modèles d'attitudes vis à vis du suicide. On remarque qu'il existe une corrélation entre des attitudes pro-suicides et le suicide^{53 54}.

Le fait d'avoir été sensibilisé au suicide à travers une expérience personnelle (membre de sa famille ou de son entourage) va modifier l'attitude de l'individu⁵⁵ face au suicide qui sera plus tolérante, contrairement aux personnes n'ayant jamais été confronté à cette situation qui sont dans l'ensemble plus désapprobateurs^{56 57}.

L'âge va être un autre facteur d'acceptation avec des attitudes plus tolérantes et un taux de non-condamnation du suicide plus faible parmi les jeunes⁵⁵.

Dans une étude slovène⁵⁷, en 1996, portant sur 1035 individus, le suicide est perçu comme un acte impulsif pour 33,4 % (37,2 % pour les individus ayant déjà eu des idéations suicidaire, et 32,7% pour ceux n'en ayant pas eu), et pour 34% c'est au contraire un geste délibéré et réfléchi (mais on retrouve une différence de perception entre les personnes ayant présenté des idéations suicidaires – 49,5% - versus celles n'en ayant jamais présenté). Concernant les pathologies mentales, pour 39,5% des personnes sans idéation suicidaire, elles étaient une attitude, ce taux chutant à 8,6% pour celles avec idéations suicidaires. Le suicide était vécu comme un acte courageux pour 26% et lâche pour 32,9%. Cette étude ne retrouvait pas de différence entre hommes et femmes.

D'autres études montrent que la religion diminue l'approbation du suicide et suggèrent en cela une piste à suivre dans le cadre de la prévention du suicide en incitant les

pouvoirs laïcs à condamner eux aussi le suicide⁵⁸, afin peut-être d'en diminuer le nombre.

Les individus ayant des antécédents suicidaires ont moins tendance à solliciter une aide qu'elle soit auprès de professionnels ou non, et ressentent une plus grande stigmatisation (pour les hommes) ou un sentiment de honte (pour les femmes) qui peuvent expliquer ces réticences⁵⁹. Ils seront donc à cibler durant les campagnes de prévention et les professionnels de santé devront porter une attention particulière à leur prise en charge du fait de leur attitude face au suicide.

2.3.4. Les représentations sociales du suicide chez les professionnels de santé

Une étude australienne portant sur l'attitude de psychologues sur le suicide et les automutilations montre que les années de travail modifiaient leurs attitudes et les rendaient plus négatives à l'égard des patients⁶⁰.

En 1994, Werth et Liddle⁶¹, dans une étude portant sur 400 psychanalystes membres de l'APA (American Psychological Association), retrouvent une plus grande acceptation des idéations suicidaires et une inclination moindre à intervenir dans les cas d'idées suicidaires auprès de personnes atteintes de maladies chroniques à un stade terminal, et à l'inverse plus enclins à intervenir dans le cadre de patients présentant des douleurs physiques ou psychologiques.

Werth et Cobia, en 1995, vont définir le concept de suicide rationnel⁶² en se basant sur des critères définis dans leur étude :

- le patient est dans une situation considérée comme désespérée et sans espoir ;
- la décision de se suicider est faite en tant que choix libre ;
- l'existence d'un processus de prise de décision – de se suicider - éclairée.

C'est en se basant sur ce concept de suicide rationnel que Rogers et al.⁶³ va étudier le comportement de 1000 professionnels membres de l'AMHCA (American Mental Health Counselors Association). Cette étude va confirmer les tendances des études précédentes en montrant une relative permissivité des professionnels de santé vis à vis des idéations suicidaires mais aussi une réaction différente selon l'implication personnelle du

professionnel de santé (une plus grande acceptation si les idées suicidaires concernent un ami). De plus, 20% de l'échantillon de l'étude a considéré le suicide comme une alternative à un moment de leur vie.

On retrouve aussi la religion comme un frein à l'acceptation du suicide, les catholiques présentaient une moindre acceptation du suicide rationnel.

Des études montrent que pour les médecins, le suicide et les pathologies mentales sont liés. Selon une étude portant sur des médecins italiens et américains, 52% des praticiens italiens pensent que les personnes se suicidant sont atteints de troubles psychiatriques versus 18% des praticiens américains⁶⁴. Cette différence serait expliquée par les auteurs par des raisons culturelles, l'Italie était un pays fortement catholique, les pathologies mentales seraient un motif plus excusable, la religion catholique condamnant le suicide. Dans une étude de 2007, portant sur une population d'infirmiers et de médecins américains travaillant avec des jeunes, on retrouve une différence entre les infirmiers pour lesquels seulement 10% attribuent les comportements suicidaires à des pathologies mentales et les médecins pour lesquels ce chiffre grimpe à 31%⁶⁵.

Les mêmes études^{64 65} se sont intéressées à l'impact de la religion dans la perception du suicide : les médecins italiens à 61% perçoivent les suicidants comme des personnes n'ayant pas de fortes convictions religieuses, à contrario 74% des infirmiers et 71% des médecins américains sont en désaccord avec cette croyance. De plus, 46% des médecins italiens contre 33% des médecins américains considèrent le suicide comme étant immoral.

Ces études montrent une grande variation dans l'acceptation et les attitudes vis à vis du suicide selon les pays concernés. Ceci prouve que l'éducation, la culture, et donc les représentations sociales propres à chaque culture, jouent un rôle important dans les attitudes vis à vis du suicide.

Les mesures de prévention du suicide vont donc devoir s'adapter aux représentations sociales du suicide avec un message adapté au niveau régional. Des préjugés, de fausses idées sur le suicide vont constituer un biais dans la détection et l'interprétation des signes précurseurs de suicide⁵⁰.

2.3.5. Les représentations sociales du suicide en France métropolitaine et en Martinique

Cette partie va s'appuyer en grande partie sur le travail universitaire de Kopp-Bigault qui a étudié les déterminants psychosociaux et psychopathologiques à l'œuvre dans les phénomènes suicidaires en Pays Centre Ouest Bretagne⁶⁶. Ce travail a fait l'objet d'une thèse universitaire soutenue le 25 septembre 2017.

Dans ce travail, partant du principe qu'il existe des différences inter-régionales des représentations sociales du suicide, elle a comparé les résultats obtenus avec une étude similaire conduite en Alsace. Il est à noter que ces deux régions ont connu des facteurs socio-historiques importants, tout comme la Martinique, mais qu'elles présentent des taux de suicide forts disparates (10,7 pour 100.000 habitants en Alsace et 24,8 pour 100.000 habitants en Bretagne).

On retrouve dans les deux noyaux centraux un ensemble commun de 4 mots (souffrance, désespoir, mort et mal-être) visant à donner une explication à l'acte, mais les participants alsaciens voient dans le suicide la dépression et la tristesse, alors que les participants bretons l'associent à un traumatisme collectif.

Pour ses deux populations, le suicide « est considéré comme une mort consécutive à un état de mal-être et de souffrances associées au désespoir ».

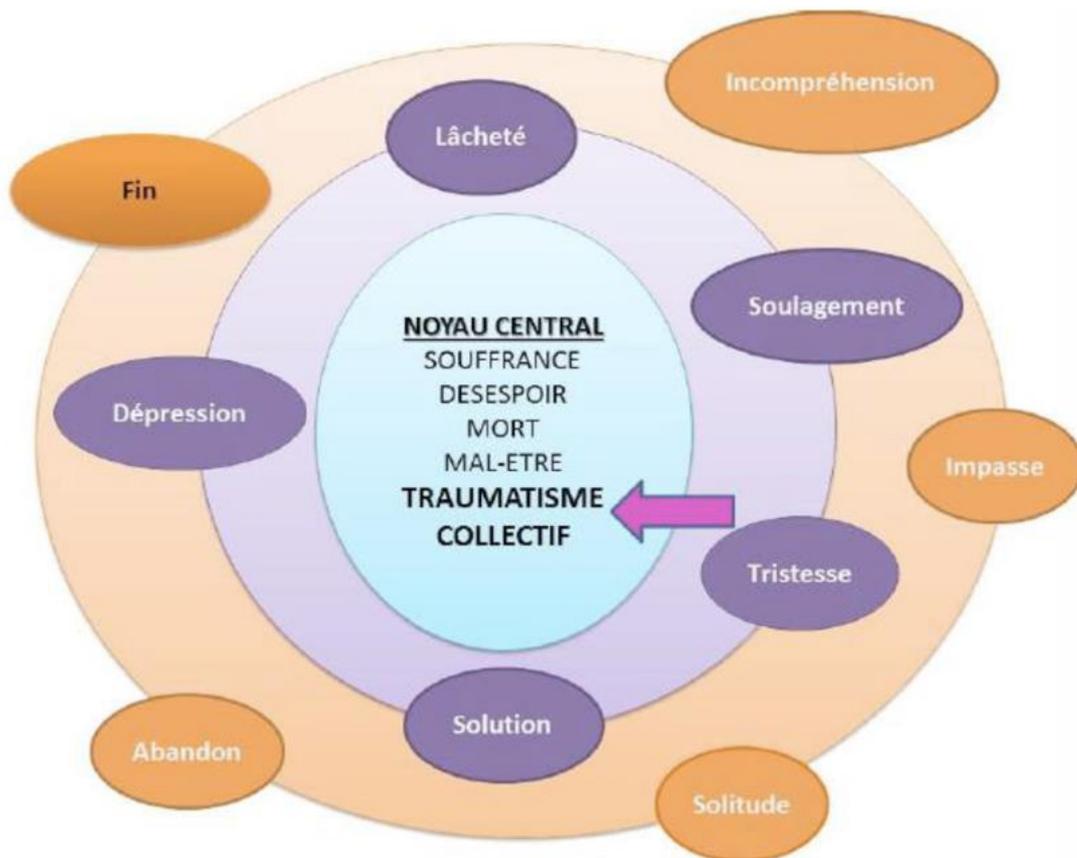


Figure 7 : Schématisation de la structure de la RS du suicide en Bretagne, Kopp-Bigault, 2017

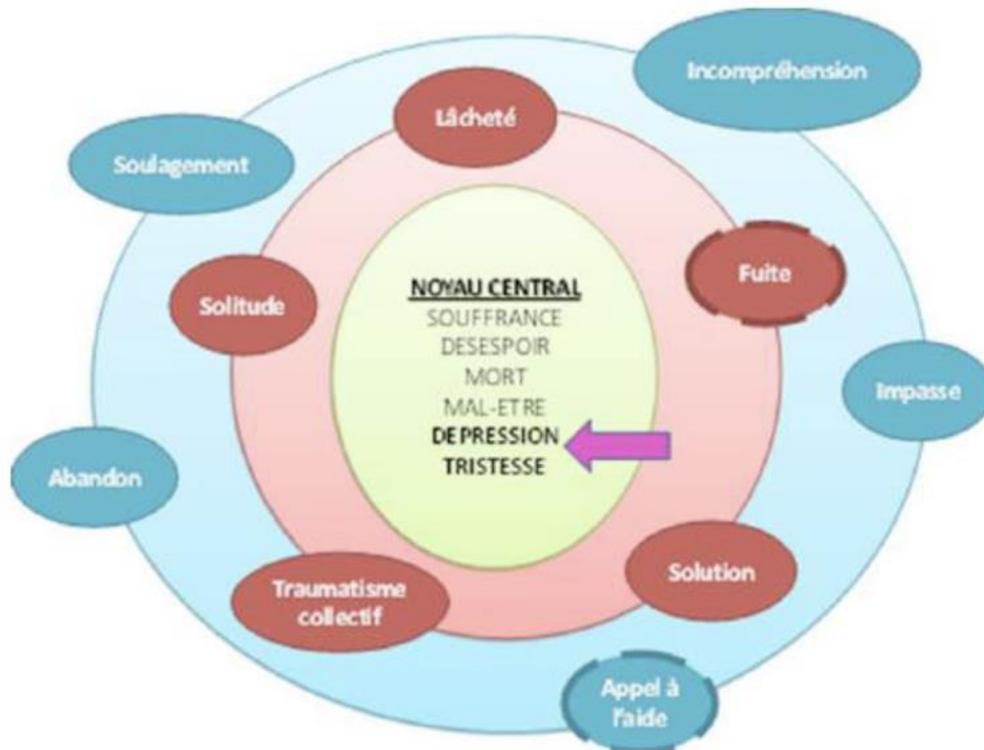


Figure 8 : Schématisation de la RS du suicide en Alsace, Kopp-Bigault, 2017

On retrouve une similitude - 82% de similitude - dans les éléments constitutionnels de la représentation sociale chez ces deux populations : des facteurs de risques, dépression, solitude, désespoir, mal-être, détresse, et un jugement de valeur, la lâcheté. Les bretons associent l'idée de fin au suicide alors que les alsaciens y associent l'idée d'appel au secours et de fuite.

En isolant le Pays COB de la Bretagne, elle met en évidence une modification du noyau central breton avec une relégation de la notion de traumatisme collectif en première périphérie : « il se pourrait donc que l'impact traumatique dans les régions très touchées par le suicide soit particulièrement fort au niveau du groupe social au point de faire changer les éléments de centralité de la représentation ».

En parallèle à la population générale, un groupe témoin constitué par des professionnels de santé sensibilisés à la problématique du suicide a été étudié, retrouvant la souffrance au cœur de leur représentation sociale du suicide.

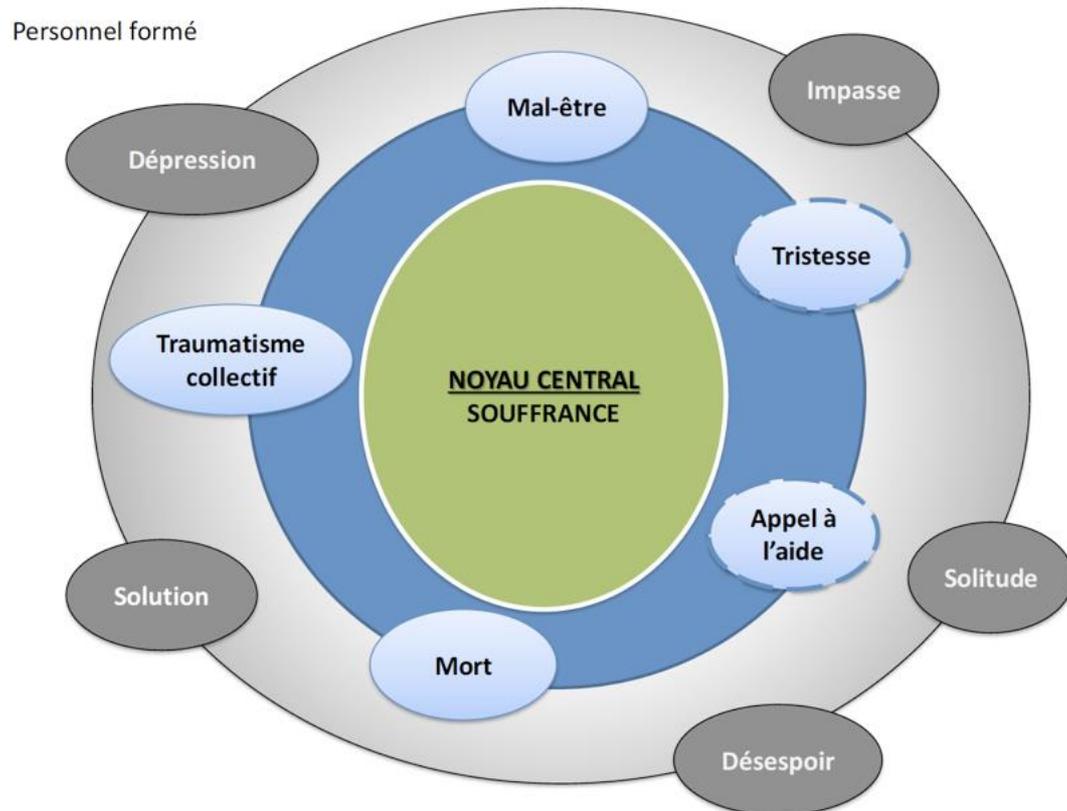


Figure 9 : Schématisation de la RS du suicide dans un échantillon de personnes formées au repérage et à l'intervention de crise suicidaire, Kopp-Bigault, 2017

3. Etude

Aucune étude concernant la représentation sociale du suicide en Martinique n'a été à ce jour réalisée.

Une étude de 2001 portant sur la prévalence et les facteurs de risque des tentatives de suicide en Martinique²³ proposait quelques pistes pour expliquer le taux de tentative de suicide inférieur à celui de la France métropolitaine :

- malgré l'existence d'un tissu familial déconstruit (38,3% des familles martiniquaises sont monoparentales), il existe une forte « connectivité familiale »
- on retrouve en Martinique une appartenance religieuse forte, que les auteurs appellent « connectivité communautaire »
- du fait de la forte prévalence (90%) d'une population antillaise issue de la descendance d'anciens esclaves originaires d'Afrique de l'ouest, il existe assez peu de conflit culturel, de discrimination raciale, et une forte identification à la culture caribéenne.

Jessy-Karell Ambrosine, dans sa thèse⁶⁷ sur la place du médecin généraliste en Martinique dans le réseau suicide évoque le travail de Raymond Massé qui a publié en 2001 une étude anthropologique de la détresse en Martinique⁶⁸. Selon lui, les valeurs et pratiques sociales créoles exacerberaient les impacts des événements de vie. Il rapporte les impressions de médecins pour lesquels, les états dépressifs en Martinique sont souvent atypiques car parasités par des délires de persécution, des hallucinations et des passages à l'acte violent. Les dépressions demeurent masquées derrière un écran artificiel d'exubérance, avec une tendance à la somatisation. Il a remarqué une importante détresse psychologique aussi bien chez les jeunes désœuvrés, sans repères et sans perspectives professionnelles, que chez les adultes confrontés à des relations conjugales conflictuelles.

L'existence de croyances magico-religieuses génère aussi conflit et anxiété, ce qui rend l'individu plus vulnérable aux manifestations sévères de détresse mentale. Ceci, même si la religion catholique (majoritaire sur l'île) condamne le suicide et donne des repères moraux.

Un travail de recherche sur le suicide dans les populations ultra-marines a été initié par l'équipe INSERM IPSOM avec l'élaboration d'un questionnaire, socle commun aux différents travaux.

Notre étude s'inscrit dans ce projet de recherche en limitant notre population aux médecins libéraux de Martinique.

Notre objectif principal consiste à identifier et à comprendre les résistances liées au suicide en recherchant les freins et les leviers qui pourraient faciliter la détection des patients suicidaires par l'étude de la représentation sociale du suicide chez les médecins libéraux en Martinique.

Nos objectifs secondaires sont :

- proposer des pistes de réflexion,
- des actions de prévention du suicide en Martinique
- des formations à travers des outils efficaces pour modifier la représentation sociale des professionnels de santé.

3.1. Méthodologie

3.1.1. Description de la population étudiée

Au 1^{er} janvier 2015, L'ARS dénombrait en Martinique en exercice 1189 médecins, toutes spécialités et activités confondues, dont :

- 284 médecins généralistes libéraux et 33 médecins généralistes ayant une activité mixte ;
- 176 médecins spécialistes libéraux et 60 ayant une activité mixte (dont 139 spécialités médicales autre que médecine générale et 89 spécialités chirurgicales)

Cela représente 80,5 médecins généralistes libéraux pour 100.000 habitants, soit 25% de moins qu'en France métropolitaine (105,9 pour 100.000 habitants). Cette densité médicale est une des plus faible de France (seule les régions : Basse Normandie, Bourgogne, Centre, Picardie et Ile-de-France présentent une densité plus faible).

En Martinique, 52,8% des médecins généralistes libéraux sont des hommes (vs 44,2% de femmes) et la moyenne d'âge est de 52,5 ans, dont 45% est âgé de plus de 55 ans. Ces chiffres sont à comparer à ceux de la France métropolitaine⁶⁹ où l'on retrouve un âge moyen de 53 ans (comparable à celui retrouvé en Martinique), avec un taux de médecins généralistes âgés de plus de 60 ans de 30%, et un taux de féminisation de 45,8% comparable à celui retrouvé en Martinique -44,2%.

En Martinique, 10 médecins psychiatres en activité libérale ou mixte exercent en cabinet avec une offre regroupée sur la seule région centre (Fort-de-France, Schoelcher et Lamentin). Ce maillage très déséquilibré rend l'accès à un psychiatre très difficile pour le reste de la population.

Cette implantation renforce le rôle du médecin généraliste comme premier maillon dans la prévention du suicide.

Ce réseau libéral va s'appuyer sur 52 médecins psychiatres salariés exclusifs essentiellement retrouvés sur les sites du CHUM, l'hôpital Pierre Zobda-Quitmann et la cité hospitalière Mangot-Vulcin, ainsi que sur le site du CH Maurice Despinoy. Il existe en

outre une offre privée avec la clinique de l'anse Colas et la clinique Sainte-Marie – toutes deux à Schoelcher.

Il existe par ailleurs 25 CMP ou CMPP répartis sur l'ensemble du territoire.

De plus, 185 psychologues (18 libéraux - 12 en région centre, 4 en région nord-atlantique et 2 en région sud - et 167 avec une activité salariée ou mixte) exercent en Martinique.

3.1.2. Organisation de l'étude

Le questionnaire sur la représentation du suicide dans les populations ultramarines réalisé par l'équipe INSERM IPSOM a été adapté pour la seule partie professionnelle.

Notre travail porte sur la représentation sociale du suicide chez les médecins libéraux martiniquais en 3 parties :

1. profil du répondant à travers une enquête quantitative. Elle est constituée par 10 questions, 6 questions fermées et 4 questions ouvertes. Elles concernent :
 - le sexe
 - l'âge
 - le lieu de résidence
 - le lieu de naissance
 - le statut familial
 - la spécialité exercée
 - la formation
2. suicide en général à travers une enquête qualitative constituée par une tâche d'association libre de mots répondant aux questions suivantes :
 - Pour vous le suicide c'est ?
 - Pour les personnes qui se suicident sont ?
 - Pour les causes de suicides sont ?
 - Pour vous les causes du suicide à la Martinique sont ?

Et à travers une enquête quantitative composée de 8 questions à réponses ouvertes et fermées permettant de quantifier les connaissances générales sur le suicide des répondants et correspondant au Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide (QECS)⁷⁰ et au Stigma of Suicide Scale (SOSS)⁷¹ version courte traduite en français.

3. rappports du répondant avec le suicide à travers des questions relatives à leur vie professionnelle et leur vie privée, ainsi qu'aux sentiments qu'ils ont pu éprouver.

Un mail expliquant notre étude aux médecins, indiquant la durée de 30 minutes nécessaires, et intégrant le lien URL dirigeant sur le questionnaire a été envoyé aux médecins libéraux.

Ce questionnaire en ligne anonyme réalisé avec SurveyMonkey a été envoyé par mail via l'URML auprès de tous les médecins libéraux de Martinique possédant une adresse mail valide sur la période du 30/06/2017 au 05/09/2017 avec 4 envois.

Les résultats ont été collectés de manière anonyme.

3.1.3. Méthodes d'analyse

Notre travail s'appuie sur deux méthodes :

- Qualitative :

Pour l'élaboration de la structure de la représentation sociale, ce travail s'est basé sur l'analyse élaborée par Vergès en 1992 appelée analyse double des rangs d'évocation. Cette analyse s'appuie sur les fréquences d'apparition d'un mot ou d'un champ lexical corrélé à son rang d'apparition, qui permet d'attribuer une place dans la représentation sociale développée par Abric.

Chaque mot selon son ordre d'évocation s'est vu attribué un rang allant de 1 à 3. Un rang moyen a été calculé.

Pour cette analyse, le seuil de fréquence retenu a été de 5% pour le mot ou champ lexical (on retient une fréquence faible pour une fréquence inférieure à 5% et élevé au-dessus de 5%) et le rang seuil à 1,94 (rang moyen faible en dessous de 1,94 et rang moyen élevé au-dessus de 1,94). Ces chiffres correspondent à ceux retenus par Kopp-Bigault ce qui permettra une comparaison des résultats. L'association des champs lexicaux constitués pour notre étude s'est basée sur celle réalisée par Kopp-Bigault. Les tableaux d'association de mots sont disponibles en annexe.

- Quantitative :

Les calculs statistiques ont été réalisés grâce au logiciel XLSTAT, le test exact de Fischer a été retenu.

3.2. Résultats

Pour cette étude, 70 questionnaires sur un total de 84 reçus ont pu être exploités (14 personnes se sont loguées sur le serveur du questionnaire mais n'ont répondu à aucune question). Sur ces 70 personnes, 31 (soit 44,3%) ont été directement confrontées au suicide ou à une tentative de suicide que cela soit dans le cadre de leur activité professionnelle ou de leur vie privée.

3.2.1. Description de la population d'étude

- Sexe Ratio

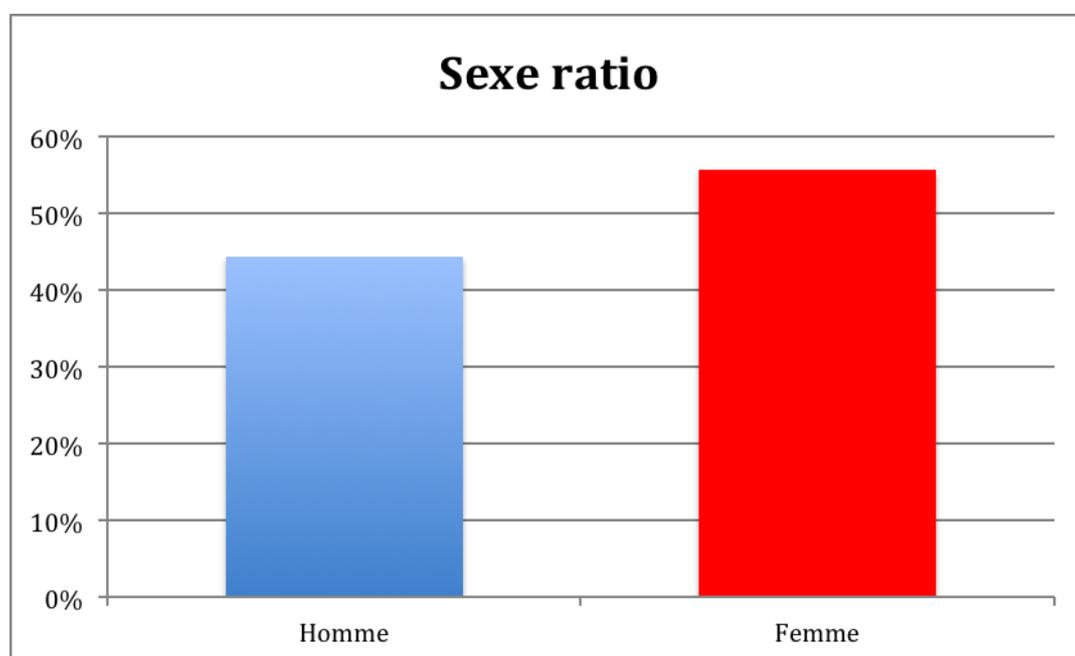


Figure 10 : Sexe Ratio de la population répondante

39 femmes et 31 hommes ont répondu au questionnaire soit respectivement 56% de femmes et 44% d'hommes. Ce chiffre est à rapprocher du taux de féminisation de la profession en Martinique qui est de 44,2% : il y a donc une surreprésentation des femmes dans notre étude. Ceci pourrait être dû à un plus grand intérêt des femmes pour la problématique du suicide.

- Âge

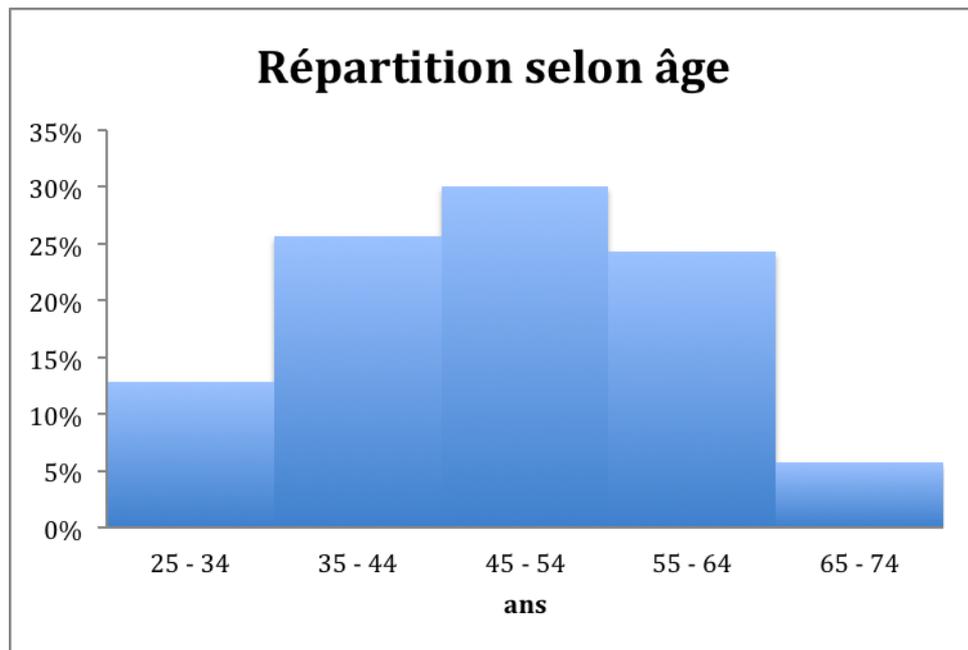


Figure 11 : Répartition selon l'âge

Il existe une distribution homogène pour les tranches d'âge entre 35-64 ans (entre 25 et 30% pour les tranches d'âge considérées). Les tranches extrêmes, 25-34 ans et plus de 65 ans étant moins représentées. Seul 1,4% des médecins interrogés n'ont pas souhaité répondre à la question.

La relative sous représentation de la tranche des plus de 65 ans peut s'expliquer par les départs à la retraite et la forme du questionnaire qui n'était disponible que par internet.

- Répartition des âges selon le sexe

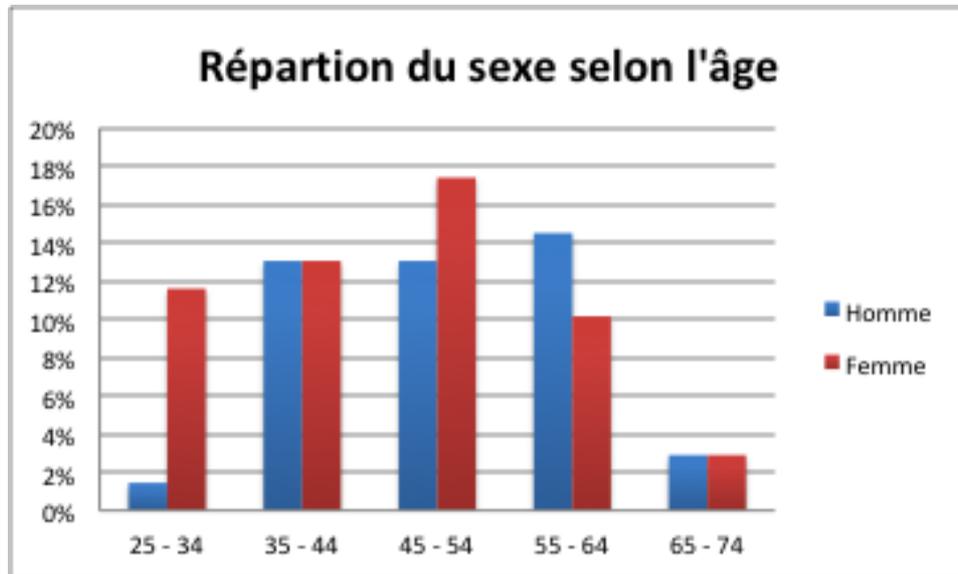


Figure 12 : Répartition du sexe selon l'âge

La répartition des sexes selon les tranches d'âge est homogène hormis pour la tranche des 25-34 ans où l'on observe une majorité de femmes.

- Structure familiale

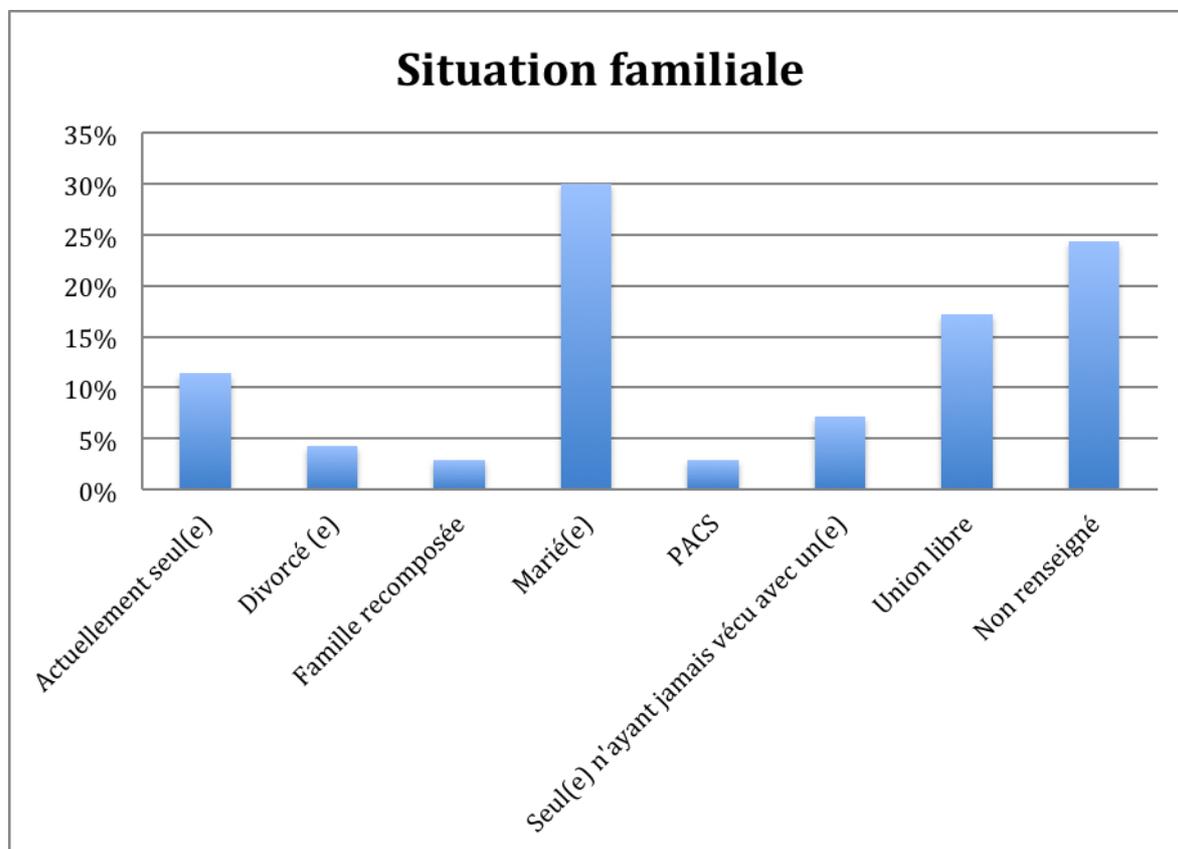


Figure 13 : Situation familiale

23% des répondants vivent seuls (actuellement seul, seul n'ayant jamais vécu en couple, divorcé), 53% vivent en couple (marié, PACS, Union libre, famille recomposée), et 24% ont choisi de ne pas répondre. Le mariage représente près du tiers des réponses.

Ces chiffres sont à comparer à ceux du restant de la population martiniquaise. Ceci représente pour le groupe ayant répondu 30,2% vivant seul et 69,8% vivant en couple.

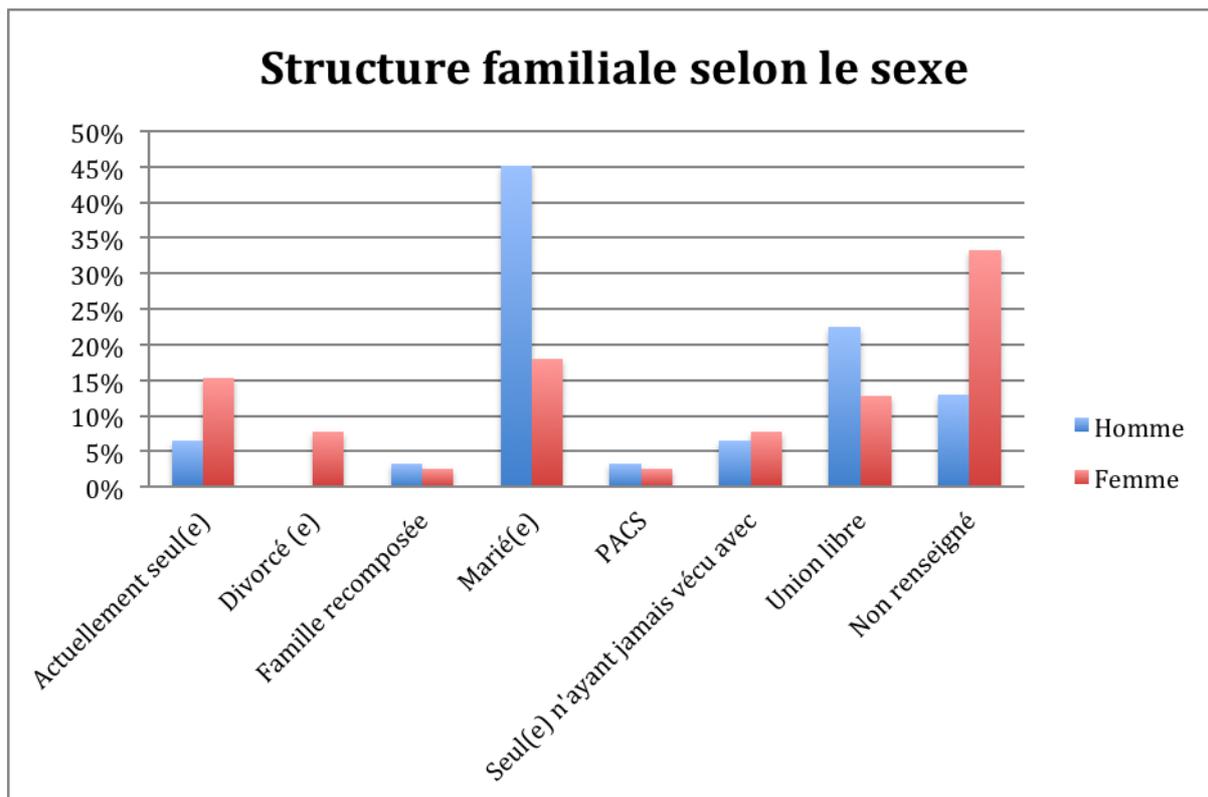


Figure 14 : Structure familiale selon le sexe

Concernant la structure familiale selon le sexe, on remarque une tendance plus marquée des femmes à vivre seule. 45% des hommes sont en couple marié.

- Répartition selon les spécialités

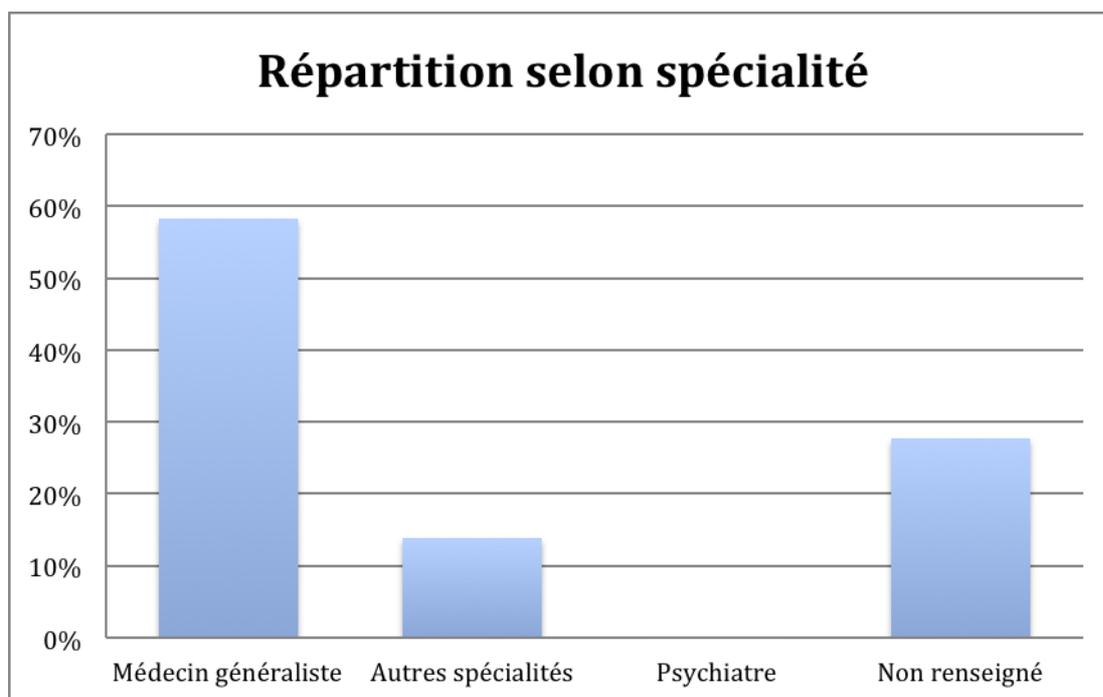


Figure 15 : Répartition selon les spécialités

58,3% des médecins ayant répondu au questionnaire étaient médecins généralistes (soit 42 médecins), 13,9% avaient une autre spécialité (soit 10 médecins), 27,8% (20 médecins) ont refusé de répondre.

Aucun médecin psychiatre n'a souhaité répondre à l'enquête (ou n'ont pas voulu renseigner leur spécialité).

Pour rappel, 57,3% des médecins libéraux martiniquais sont médecins généralistes. Le fort taux de non réponse à cette question ne permet pas de conclure quant à la représentativité de notre échantillon par rapport à l'ensemble de la population étudiée. Malgré le faible effectif de médecins psychiatres libéraux en Martinique, il aurait été intéressant d'étudier leur représentation sociale du suicide par rapport aux autres spécialités.

- Lieu de résidence

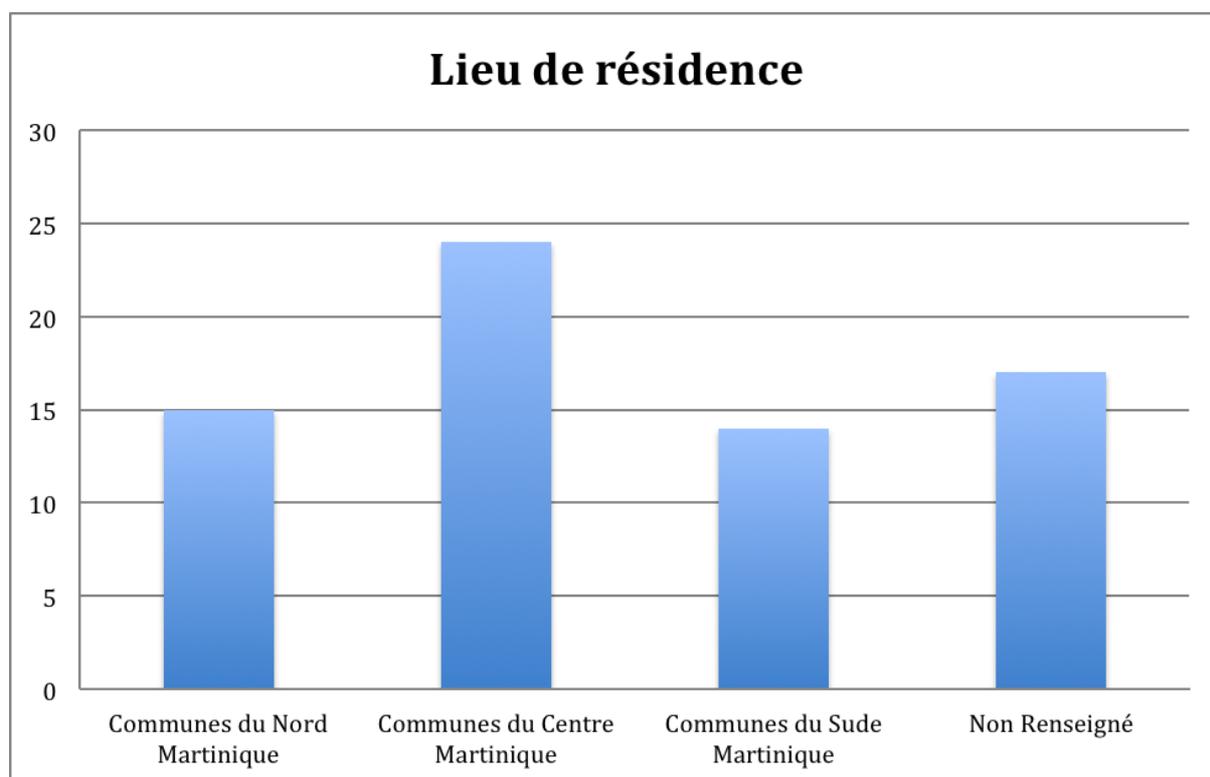


Figure 16 : Lieu de résidence

Ce sont les communes du centre de la Martinique, au sein desquelles on retrouve la ville de Fort-de-France qui par son statut de capitale concentre la plus grande population

médicale toutes spécialités confondues, qui représente la zone de résidence de la majorité de nos répondants.

- Lieu de naissance

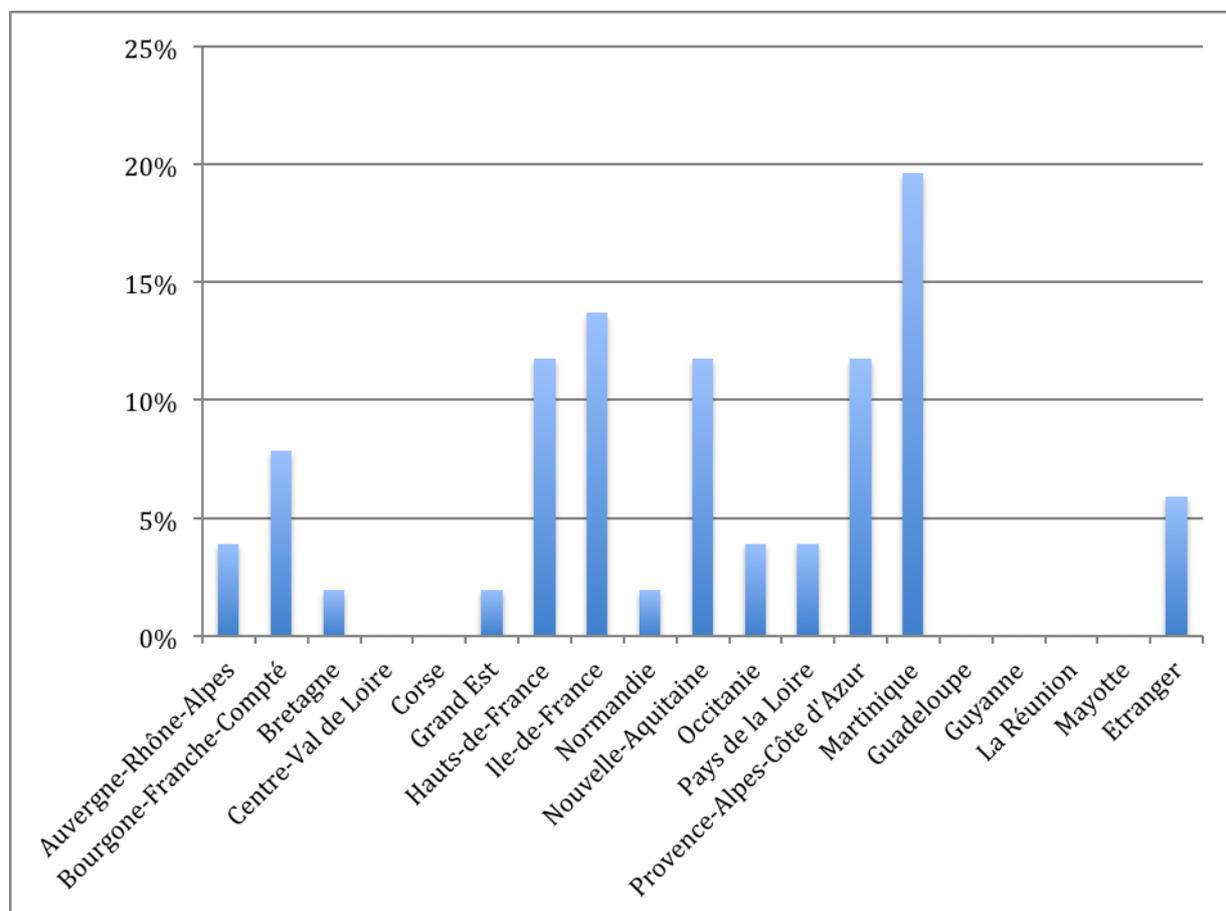


Figure 17 : Lieu de naissance

Dans notre étude, 19,6% des répondants sont nés en Martinique et 60% sont nés en France métropolitaine ou à l'étranger (5,7% à l'étranger).

25,7% ont décidé de ne pas répondre à cette question.

- Enfants

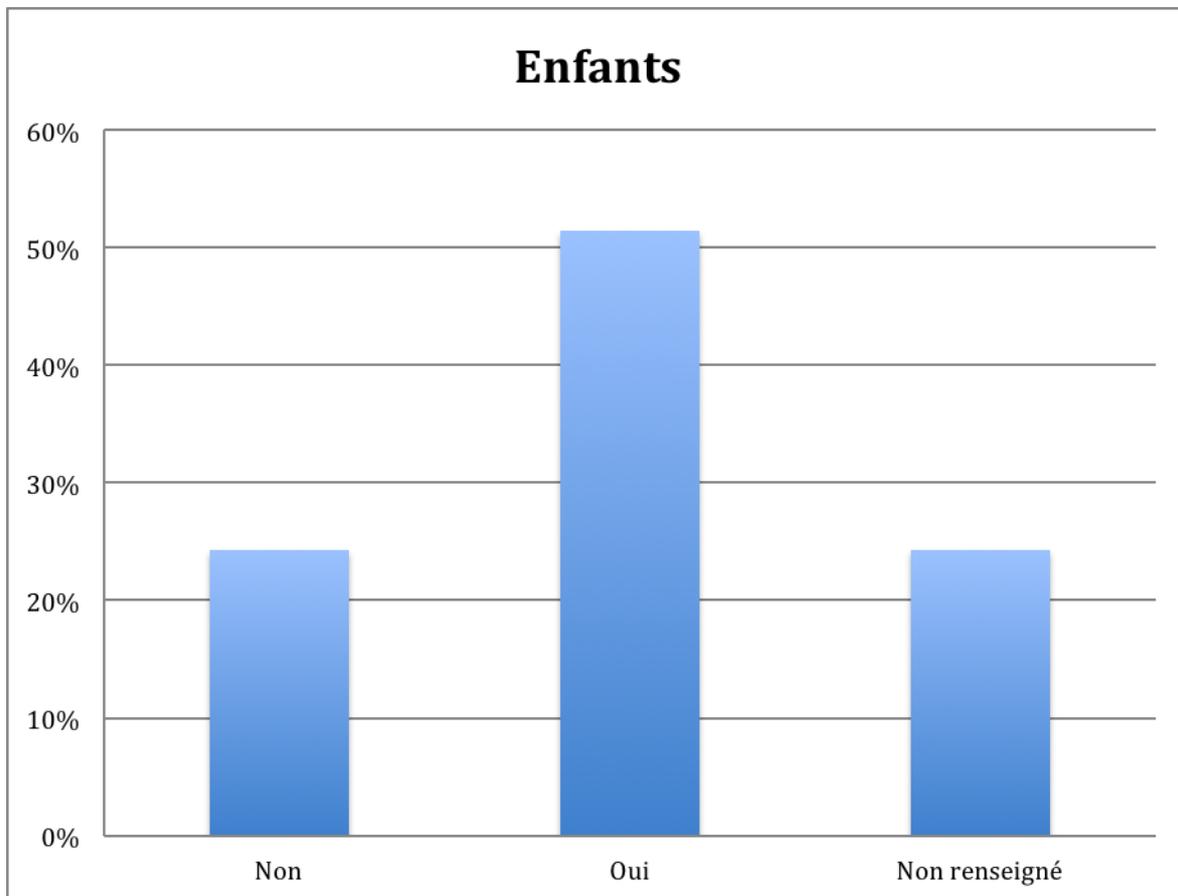


Figure 18 : Nombre d'enfants

36 personnes, soit 52% des participants, ont des enfants. Parmi ceux-ci, le quart n'a plus d'enfant vivant au foyer.

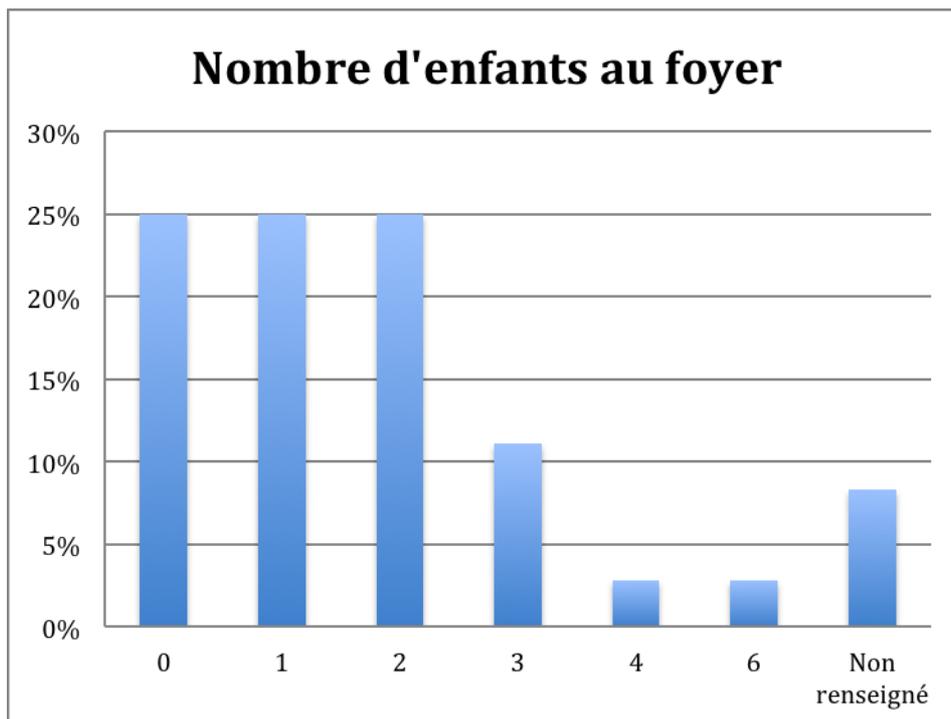


Figure 19 : Nombre d'enfants vivant au foyer

- Formation sur le suicide

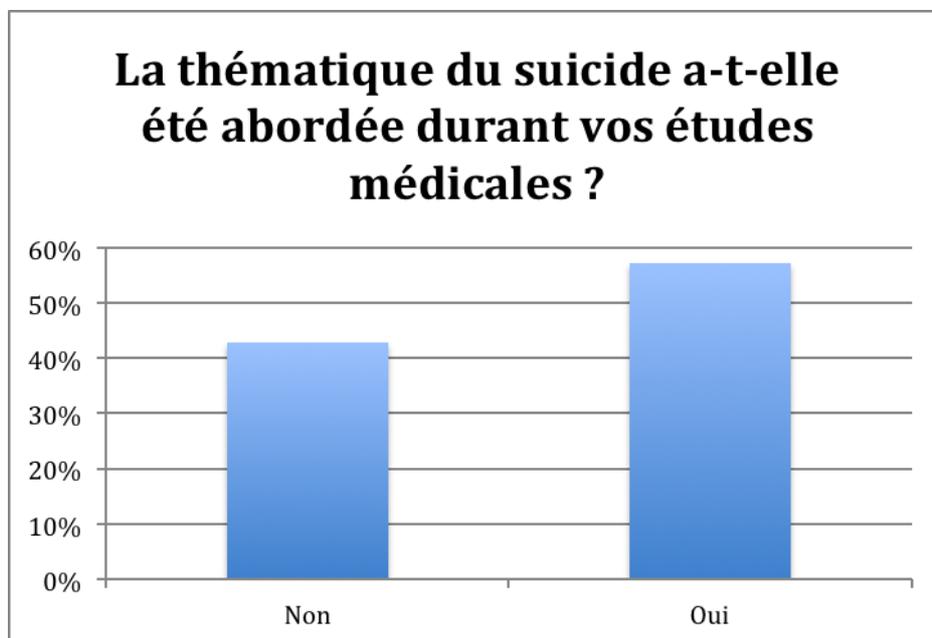


Figure 20 : Formation sur le suicide durant les études

La thématique du suicide a été abordée durant les études universitaires pour 40 des participants soit 57,1% soit à peine plus de la moitié. Ce chiffre tend à montrer que le suicide n'est pas une problématique centrale des études de médecine.

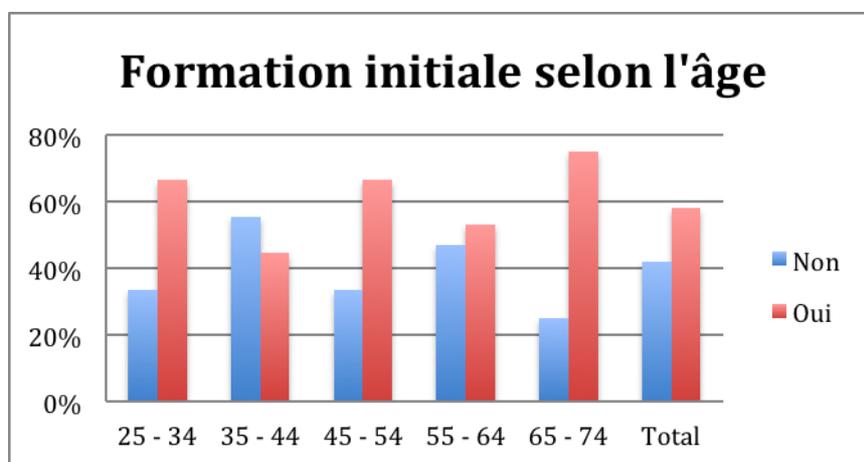


Figure 21 : Formation sur le suicide durant les études selon l'âge

C'est parmi les tranches d'âge 25-34 ans et 65-74 ans qu'on observe le plus fort taux de formations sur le suicide durant leurs études.

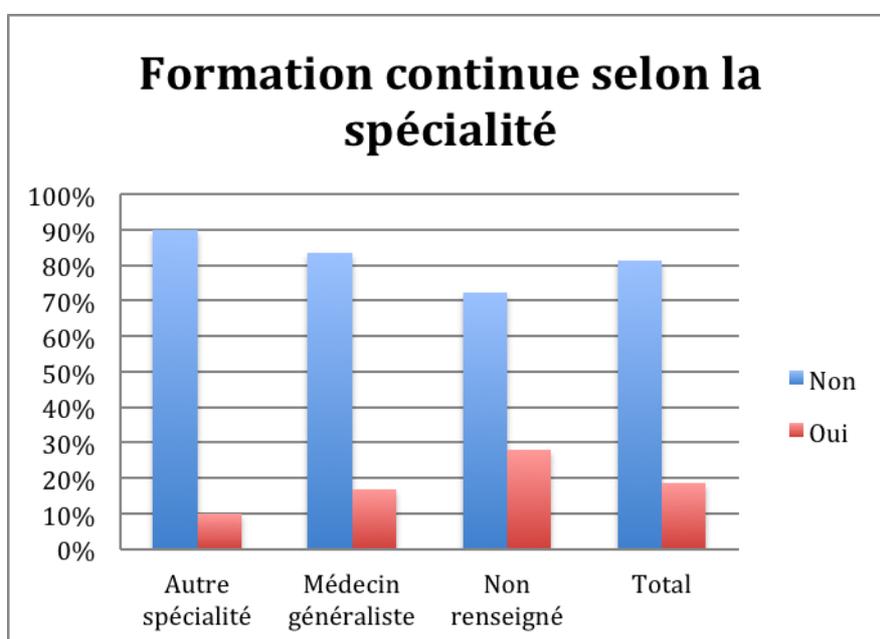


Figure 22 : Formation sur le suicide durant les études selon la spécialité

Il n'existe pas de différence significative dans le cadre de la formation continue entre le groupe médecins généralistes et les autres spécialités médicales.

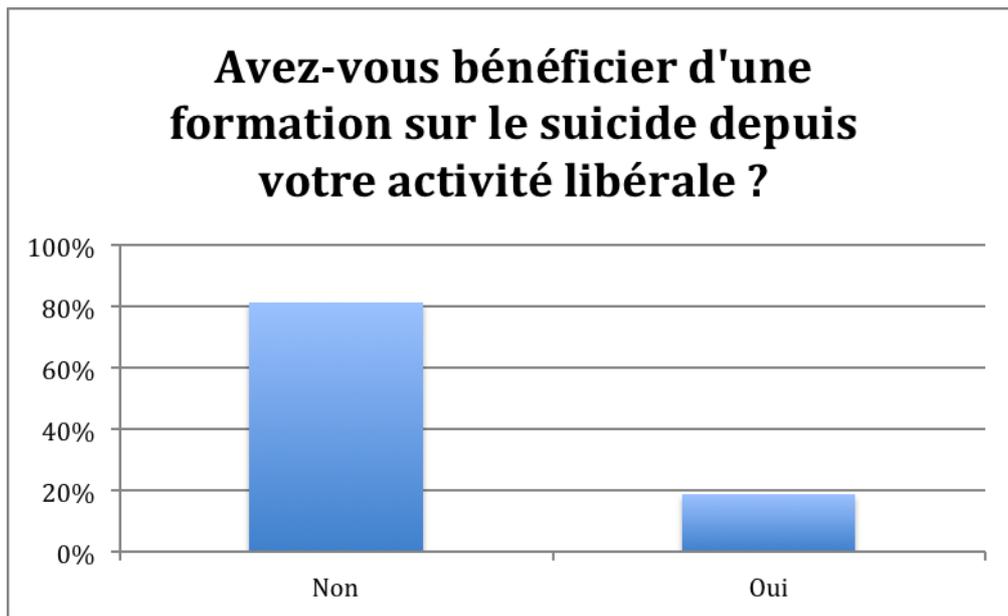


Figure 23 : Formation sur le suicide dans le cadre de la formation continue

Concernant la formation post universitaire (formation continue), seulement 13 médecins (soit 18,57%) ont suivi une formation sur le suicide. Ces formations avaient eu lieu dans les 4 mois à 5 ans précédents ce questionnaire.

3.2.2. Les connaissances sur le suicide

Les politiques de prévention du suicide, essentiellement basées sur la communication, pourraient être affecté par des idées générales erronées sur le suicide.

3.2.2.1. Echelle SOSS version courte (Stigma of Suicide Scale)

Il est important de noter que le nombre de non répondants à ces items est de 48 des personnes ayant participé à ce questionnaire (soit 68,57%).

Cette échelle va permettre d'identifier trois types de préjugés sur le suicide que l'on peut classer en 3 groupes :

- la stigmatisation :

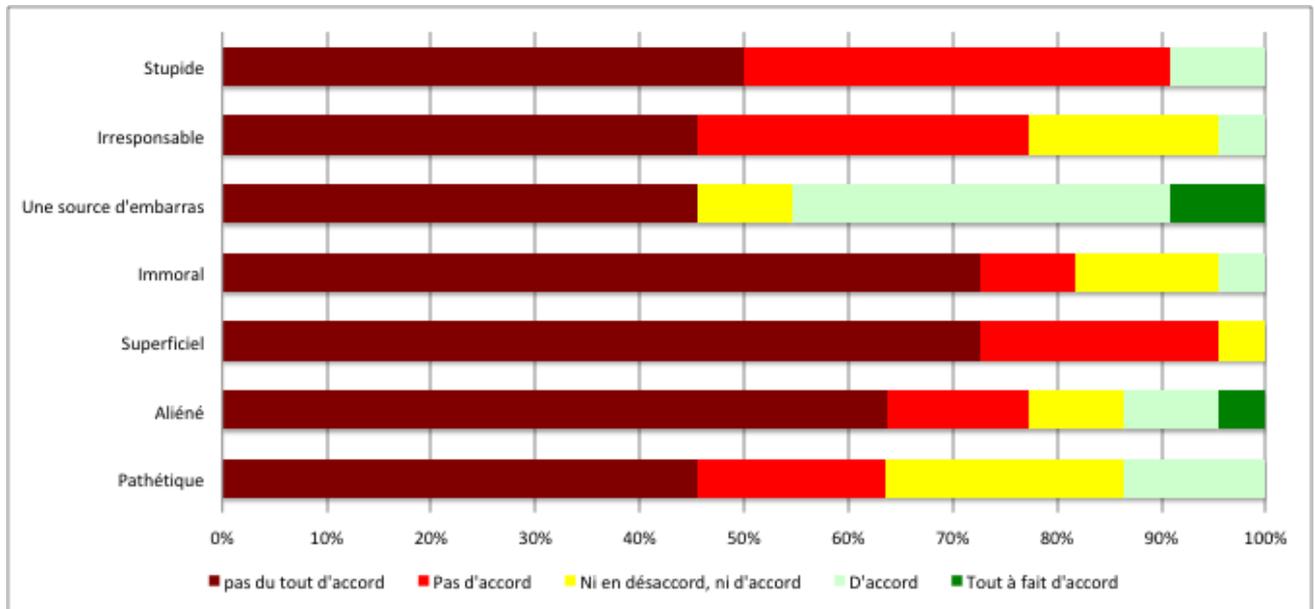


Figure 24 : Echelle SOSS - Stigmatisation

Au sein de notre échantillon, on remarque une faible tendance à la stigmatisation du suicidaire : seulement 13,6% trouve le suicide pathétique, et 4,6% immoral. Il s'avère être surtout perçu comme une source d'embarras pour le praticien.

- l'isolement, la dépression :

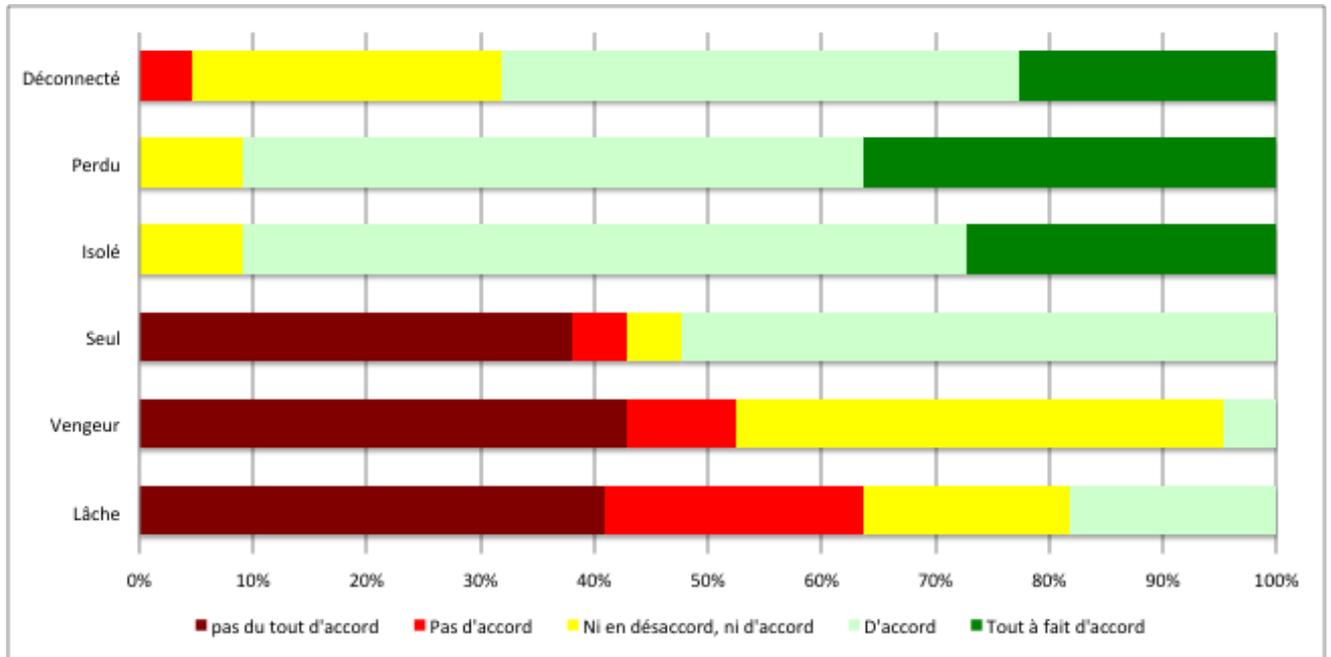


Figure 25 : Echelle SOSS – Isolement, dépression

Le suicide est perçu comme l'acte d'un individu isolé et dépressif (déconnecté et perdu). Seulement 18,2% considèrent que le suicide est un acte lâche. Plus de 90% des répondants considère que le suicide est l'œuvre d'un individu isolé, mais pour plus de 40% ce n'est pas le geste d'un individu seul.

- la glorification, la normalisation :

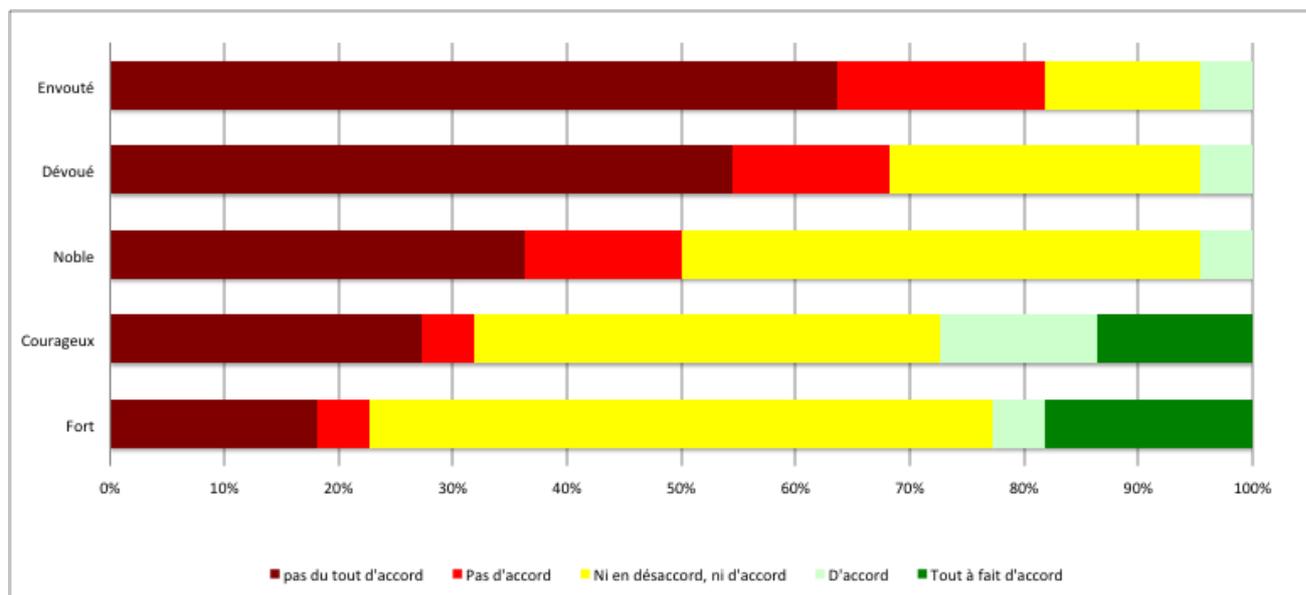


Figure 26 : Echelle SOSS – Glorification, normalisation

Si dans l'ensemble des items aucune glorification de l'acte suicidaire n'est mise en évidence, 27,3% considèrent le suicide comme un acte courageux, 22,7% comme un acte fort et 54,5% émettant une opinion neutre.

Il est à noter que pour cette sous-échelle, les avis sont moins marqués, la réponse neutre étant majoritairement donnée.

Il semble intéressant de voir si les personnes ayant été confronté directement au suicide présentent les mêmes profils.

Les réponses des médecins ayant été confronté à des tentatives de suicide ou des suicides sur un plan professionnel et/ou personnel ont pour cela étaient isolées. Dans ce sous-groupe constitué par 31 personnes, 32% n'ont pas répondu aux propositions de cet item.

Concernant les items stigmatisation :

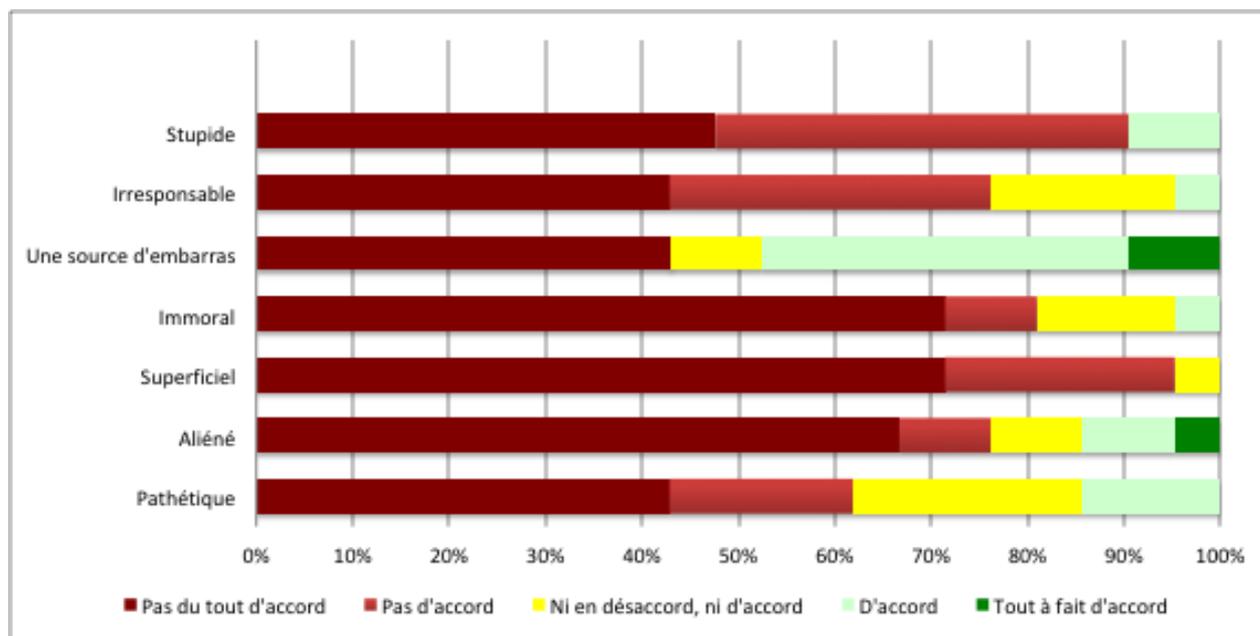


Figure 27 : Echelle SOSS – Stigmatisation – Population sensibilisée

Un profil similaire au groupe pris dans son ensemble est retrouvé.

Concernant les items isolement / dépression :

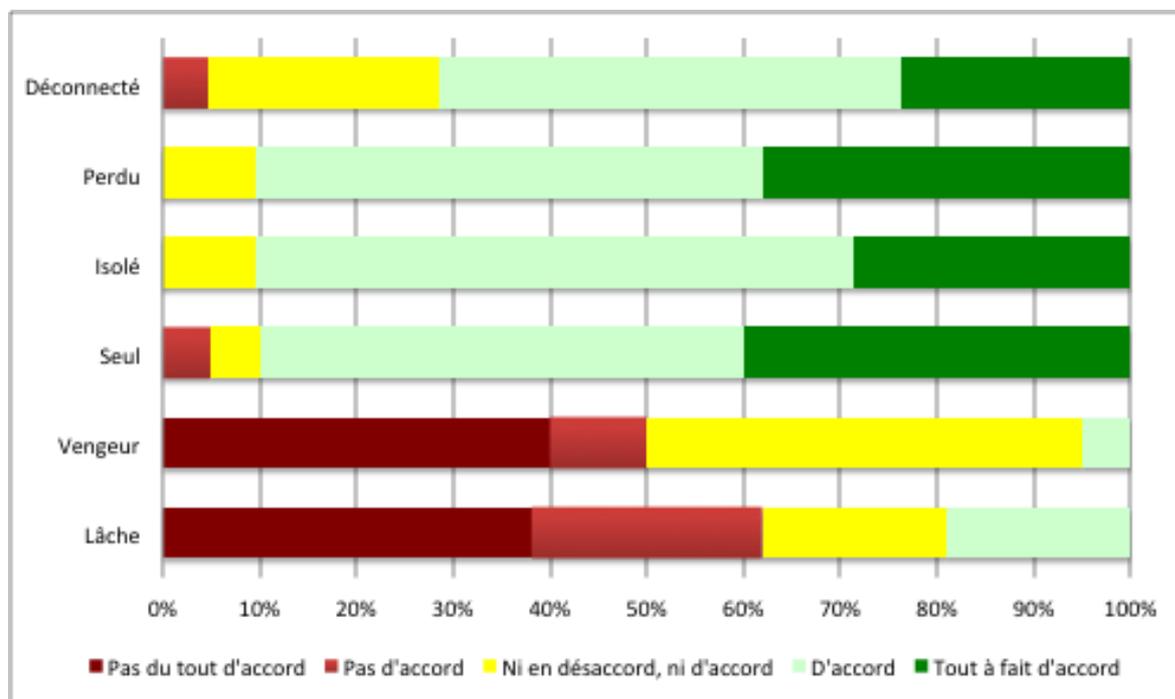


Figure 28 : Echelle SOSS – Isolement, dépression – Population sensibilisée

La solitude semble avoir un rôle plus important dans ce sous-groupe.

Concernant les items glorification / normalisation :

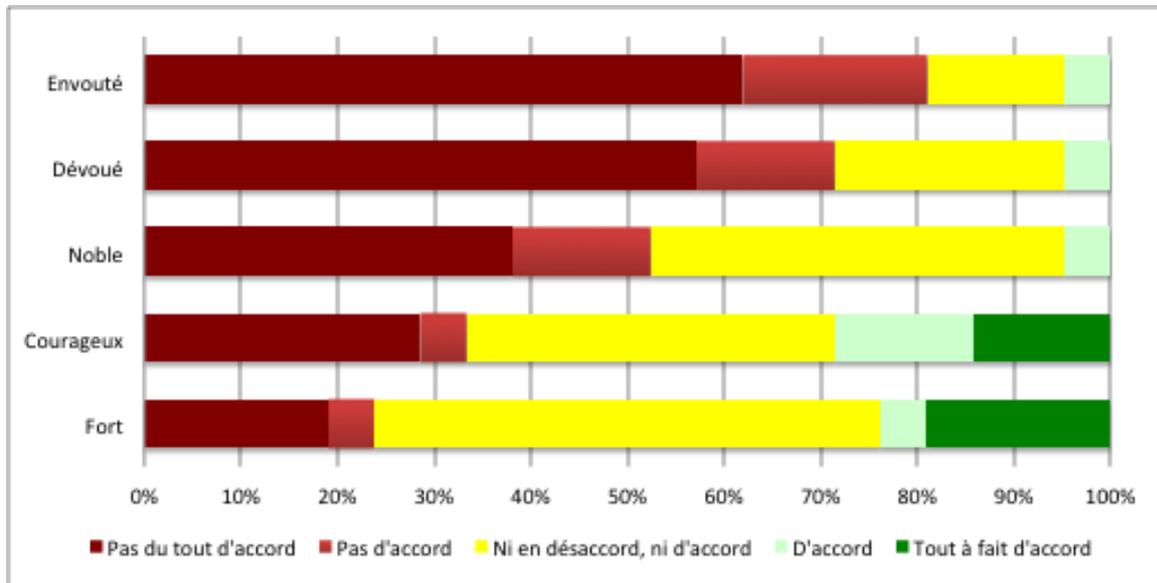


Figure 29 : Echelle SOSS - Glorification, normalisation - Population sensibilisée

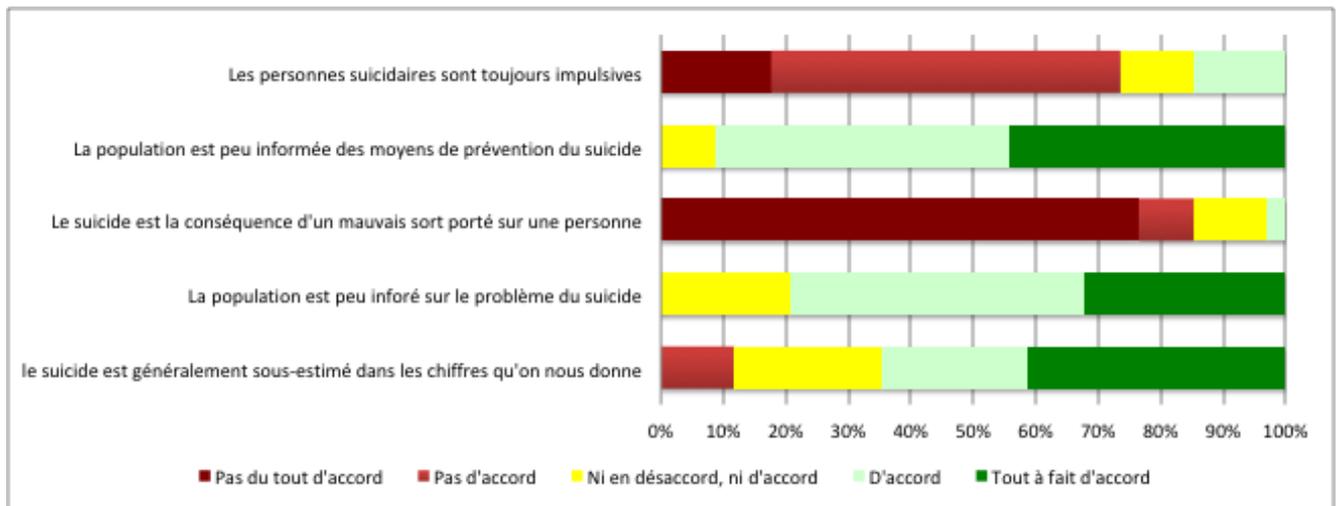
Profil comparable au groupe dans son ensemble.

Sur l'ensemble des items, aucune modification des préjugés n'a pu être mise en évidence chez les médecins ayant été confronté personnellement ou professionnellement à la problématique du suicide.

3.2.2.2. Connaissances générales liées au suicide

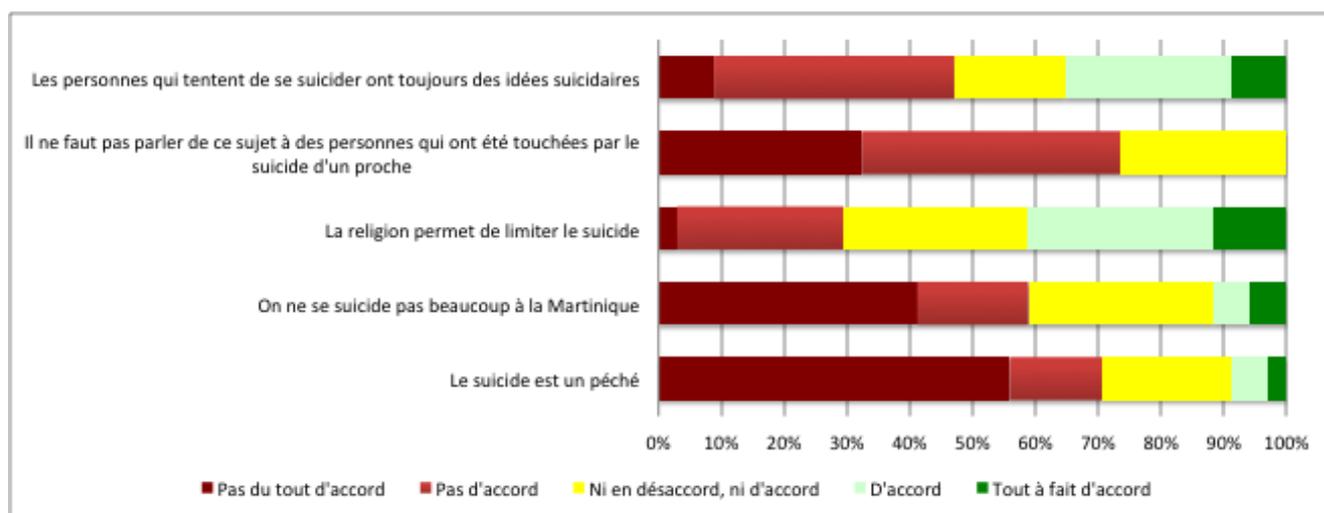
Les connaissances des répondants concernant le suicide ont été évaluées par 22 questions à réponses fermées allant de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord.

Seules 34 personnes ont répondu à l'ensemble des items, les résultats sont représentés sous forme de graphiques :



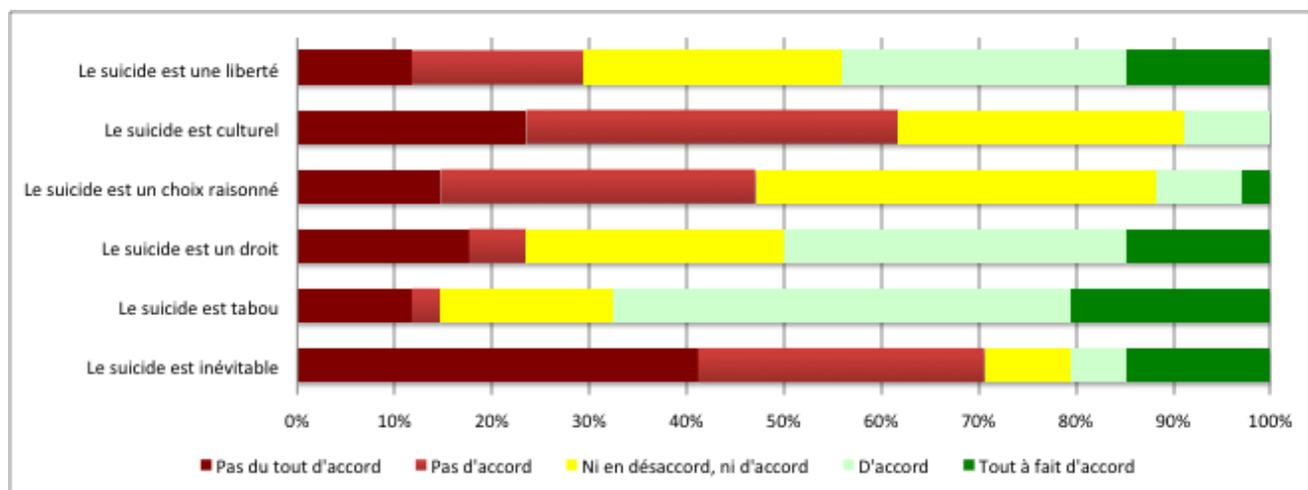
Pour 73,5% des répondants, le suicide ne serait pas un geste impulsif. L'information du public sur le suicide est jugée dans son ensemble peu fiable et d'un impact faible (64,7% du panel juge son taux sous-évalué et 79,6% trouve l'information du public insuffisante sur la problématique et 91,2% sur les moyens de prévention).

Il n'existe pas de propension au mysticisme parmi les répondants : 88,2% ne croit pas au mauvais sort.



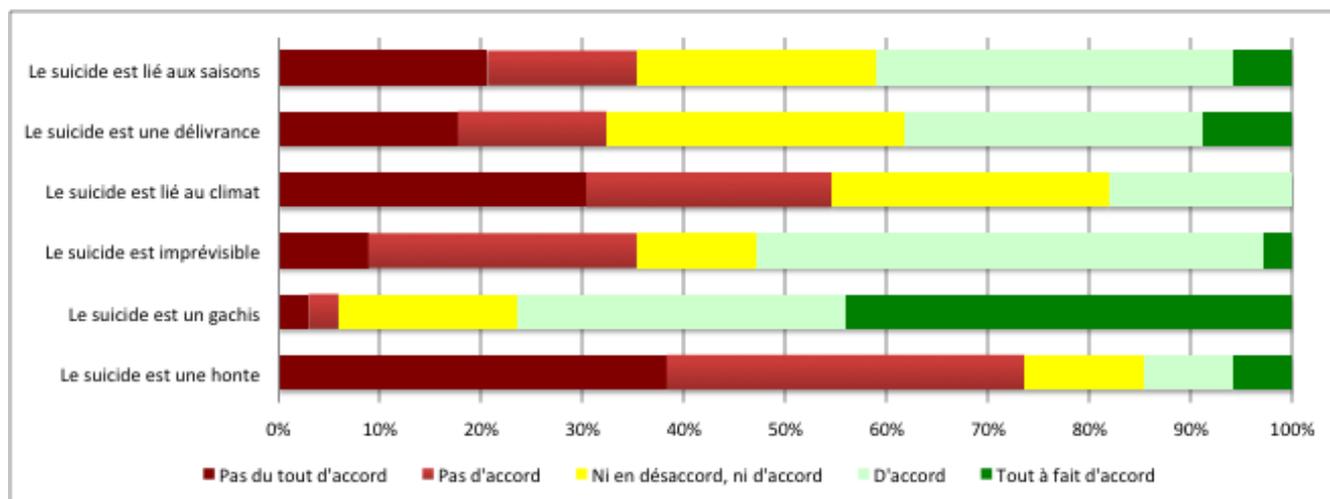
La religion aurait un rôle préventif quant au passage à l'acte pour 41,2% des participants. Ceci peut être à cause de l'importance de la foi en Martinique et des pratiques religieuses. Parallèlement, le suicide n'est un péché que pour 3 personnes (8,8%).

Les médecins semblent enclins à prôner la parole auprès des proches : 73,5% n'est pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle il ne faut pas en parler à des personnes touchées par le suicide d'un proche.



Cette étude retrouve une légère tendance libertaire de la part des médecins interrogés : le suicide est un droit pour 50% et une liberté pour 44,1% .

Pour une large majorité (67,7%), le suicide est encore un sujet tabou (mais qui ne demande qu'à être levé si l'on se réfère aux réponses à l'item « il ne faut pas parler... »), et un acte évitable pour près de 70% des répondants.



Le suicide est vécu comme un événement imprévisible par 52,8 %.

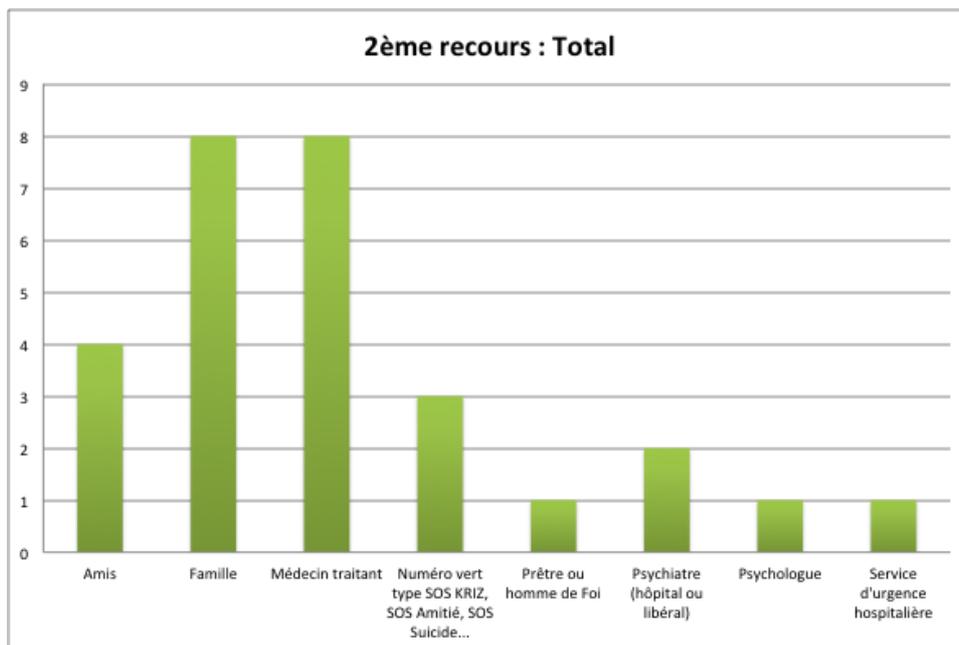
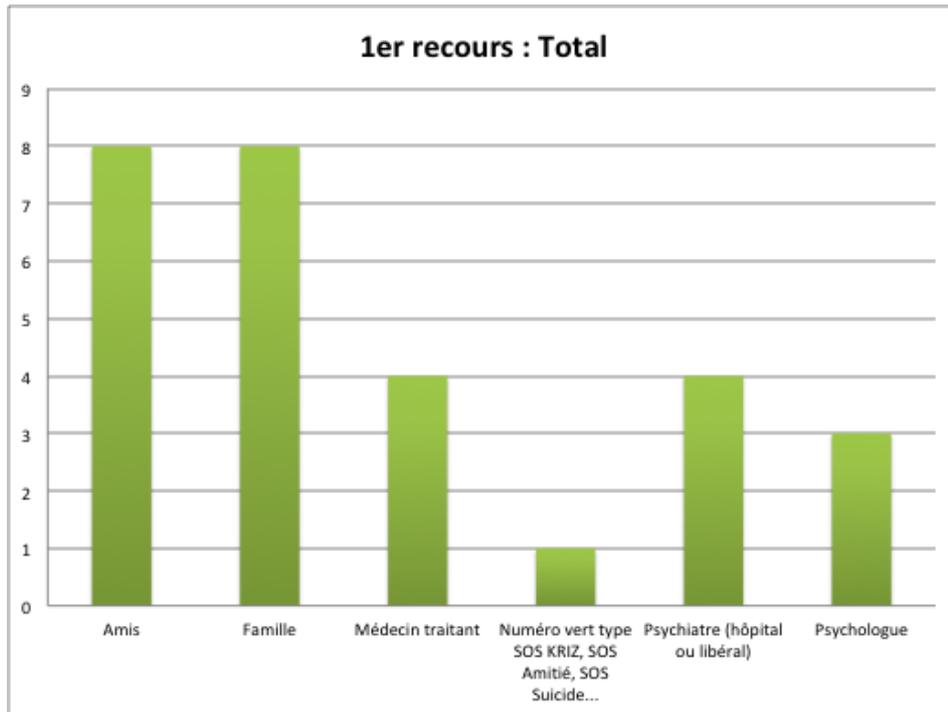
Les médecins interrogés ne se placent pas dans une position de condamnation vis à vis du suicide car 73,5% est opposé à l'affirmation : « le suicide est une honte », mais voient « un gachis » à 76,5%. Il y a donc un jugement de l'acte mais pas de l'individu.

3.2.2.3. Attitude vis à vis du suicide

Les médecins considèrent que tout doit être fait pour éviter le suicide (4,21/5) sans différence significative entre les sexes (4,29 pour les hommes et 4,15 pour les femmes, $p=0,943$ – (alpha 0,05) – Test de Fisher exact).

Les femmes se sentent plus enclines à intervenir (3,5/5) que les hommes (2,57/5) face à une crise suicidaire mais ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs, les hommes semblent plus à l'aise quand il faut orienter la personne en détresse (3,69 pour les hommes versus 3,55 pour les femmes, non statistiquement significatif).

Les orientations de premier, deuxième et troisième recours ont été étudiées. Aucune différence selon le sexe n'a pu être mise en évidence.



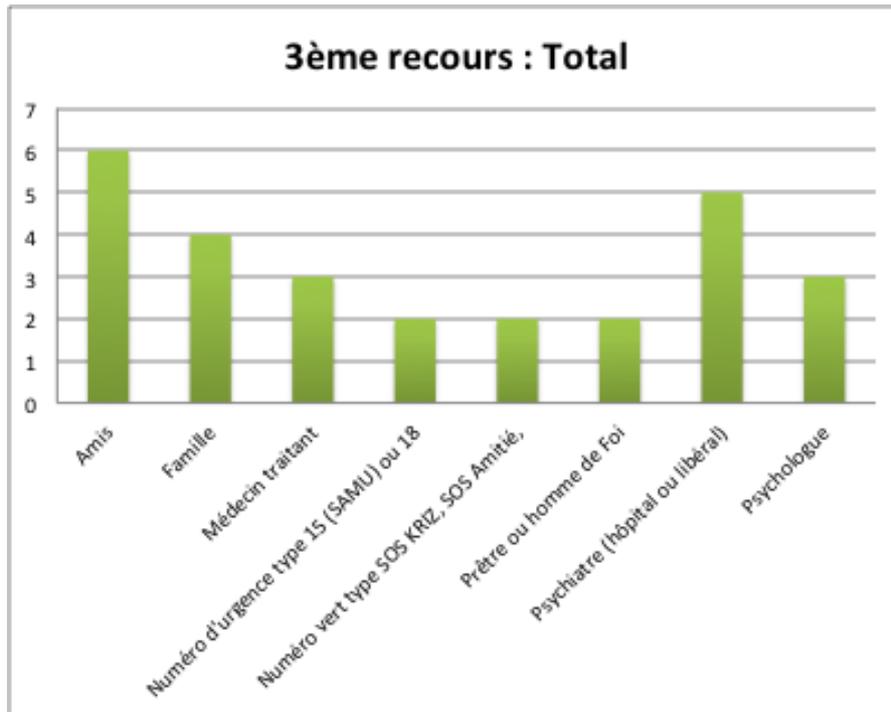


Figure 30 : Suicide : les recours

Parmi les orientations proposées, la famille et les proches semblent avoir la préférence pour les médecins.

Les numéros verts restent très confidentiels (à peine 3% en premier recours), alors que ces associations sont spécialisées dans l'écoute et la gestion des patients suicidaires. Cette faible valorisation est-elle dû à une méconnaissance des structures localement ou à une faible reconnaissance du corps médical vis à vis des ces structures ?

3.2.3. Questionnaires d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide - Epidémiologie (QECS-E)

Pour juger de ces connaissances, on va se baser sur le Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide (QECS) composé de 35 items. Les 6 premiers ne s'intéressent qu'à des connaissances épidémiologiques.

La moitié des participants n'ont pas répondu à ces 6 items.

- Nombre moyen de suicides par an en France

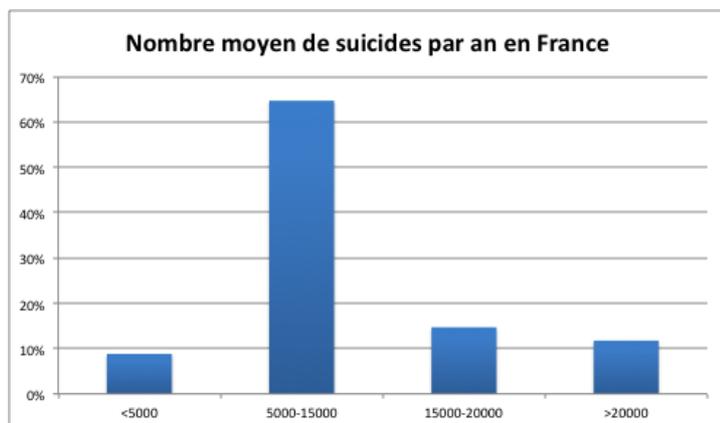
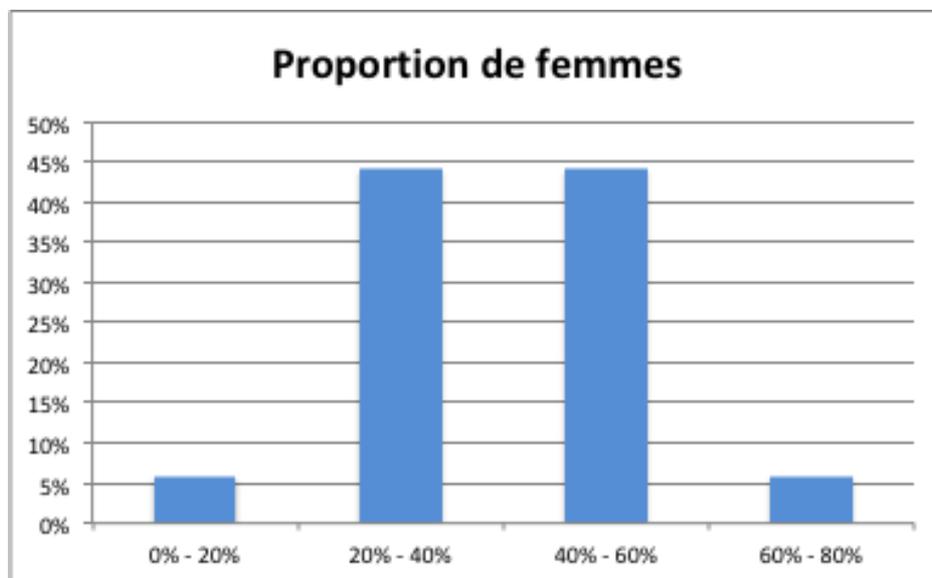


Figure 31 : Nombre moyen de suicides par an

64,7% ont donné une bonne estimation du nombre de suicides en France (près de 10.000 en 2012)

- Proportion de femmes parmi les suicides :



**Figure 32 : Proportion de femmes / suicide
selon l'âge**

Il existe une légère surestimation de la proportion de femmes se suicidant, qui est pour rappel de 25% en Hexagone (27% en Martinique). Nous ne pouvons exclure sur ce point,

de la part des participants, une assimilation entre tentative de suicide / suicide. Comme vu dans la première partie, on dénombre plus de tentatives de suicide chez les femmes.

- Cause de mortalité chez les 15-25 ans :

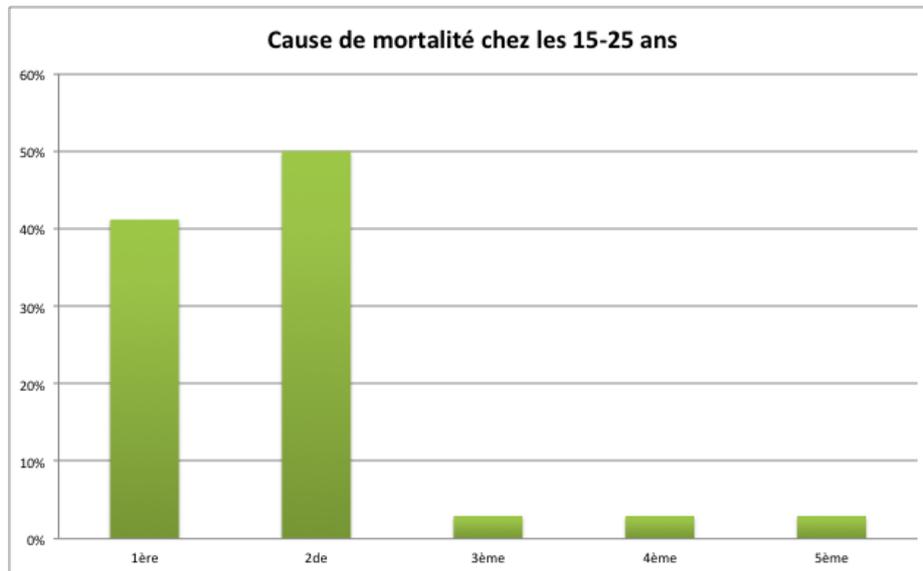


Figure 33 : Cause de mortalité du suicide chez les 15-25 ans

91,2% placent le suicide en première ou deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 25 ans : les personnes interrogées ont bien conscience de l'importance du suicide chez les jeunes qui est la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation routière.

- Fréquence des tentatives de suicide par rapport au nombre de suicides :

Concernant les tentatives de suicide, elles sont 20 fois plus nombreuses que les suicides en France. Leur importance mentionnée par notre panel est nettement sous-estimée, les médecins ayant évalué pour plus de la moitié un rapport inférieur à 5.

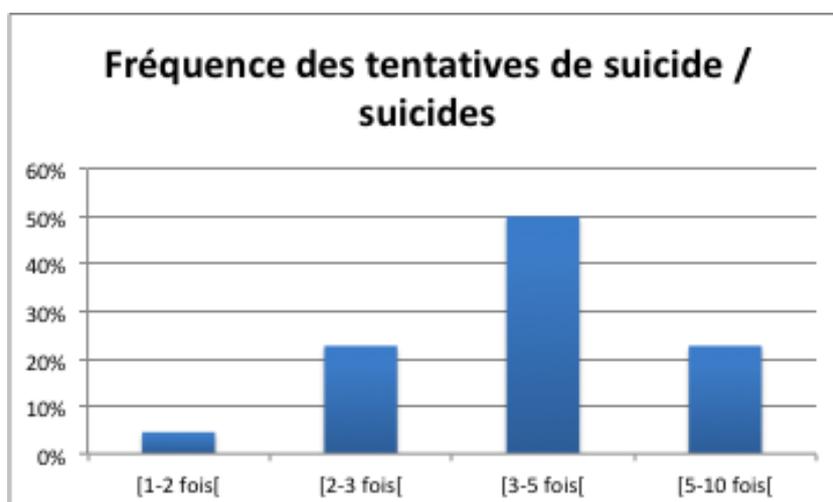


Figure 34 : Fréquences des tentatives de suicide par rapport au nombre de suicides

- La proportion de femmes dans les tentatives de suicide :

La proportion de femmes dans les tentatives de suicide est de 61% en France. 58,8% du panel a bien répondu à cet item.

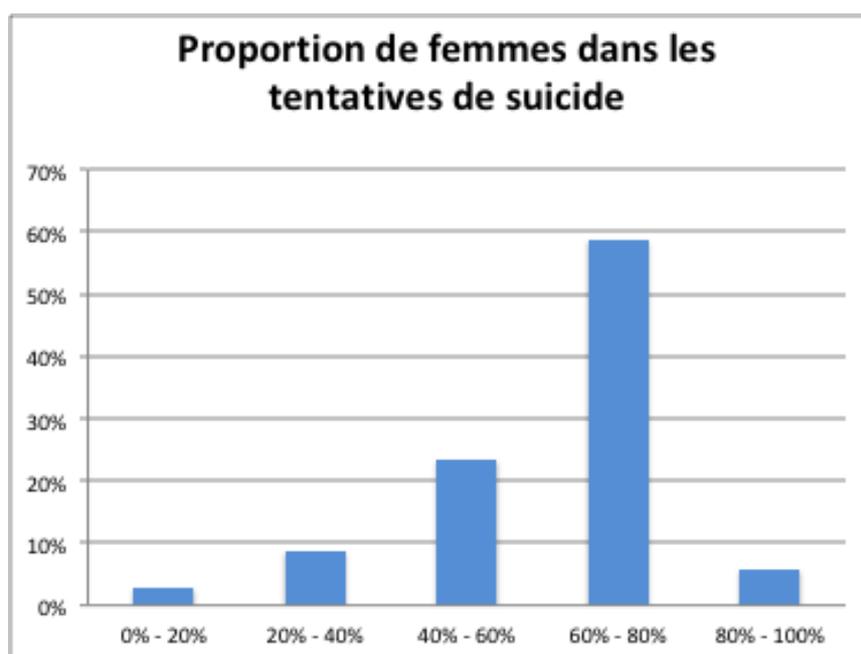


Figure 35 : Proportion de femmes dans les tentatives de suicide

- Tranche d'âge où le taux de suicide est le plus élevé :

Enfin pour finir sur l'état des lieux des connaissances sur le suicide des médecins interrogés, nous observons une relative méconnaissance du pic d'âge de suicide dans la population générale. Pour rappel, on a isolé 2 pics de suicide : chez les 45-54 ans et chez les plus de 75 ans.

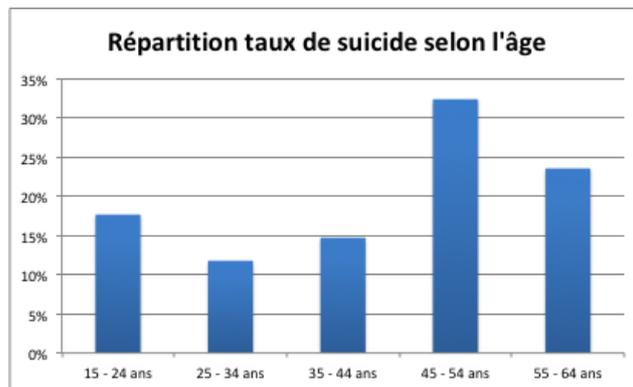


Figure 36 : Répartition des taux de suicide selon les tranches d'âge

Cette étude retrouve une bonne connaissance générale de l'épidémiologie du suicide au sein de la population répondante au questionnaire. Il est probable que seules les personnes sensibilisées et intéressées par cette problématique ont pris le temps de répondre au questionnaire, ceci peut constituer un biais dans notre étude.

3.2.4. Questionnaires d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide - Mythe (QECS-M)

Cette partie va s'articuler autour des connaissances relatives à 4 mythes intéressant le suicide :

- Le suicide est anodin
- on ne peut pas prévoir un suicide
- il existe une cause unique de suicide
- on ne peut rien faire contre le suicide

Ces connaissances sont évaluées à partir de 24 items auxquelles s'ajoutent 4 questions supplémentaires permettant d'évaluer les connaissances relatives à l'impact des médias sur la problématique du suicide (effet Werther et Papageno)

Cet auto-questionnaire est basé sur une échelle ouverte allant de « pas du tout d'accord » (coté 0) à « tout à fait d'accord » (coté 100). Pour chaque item, on va calculer un score moyen sur une base 100. Ce chiffre permettra d'avoir une représentation de la connaissance moyenne de notre panel. Pour une moyenne calculée entre 0 et 20, on considérera que le groupe n'est pas du tout d'accord, entre 20 et 40, pas d'accord, entre 40 et 60, ni pas d'accord, ni d'accord, entre 60 et 80, d'accord et plus de 80, tout à fait d'accord.

Afin d'avoir une meilleure visualisation des résultats, ils seront présentés sous forme graphique.

3.2.4.1. Premier mythe : le suicide est un acte anodin

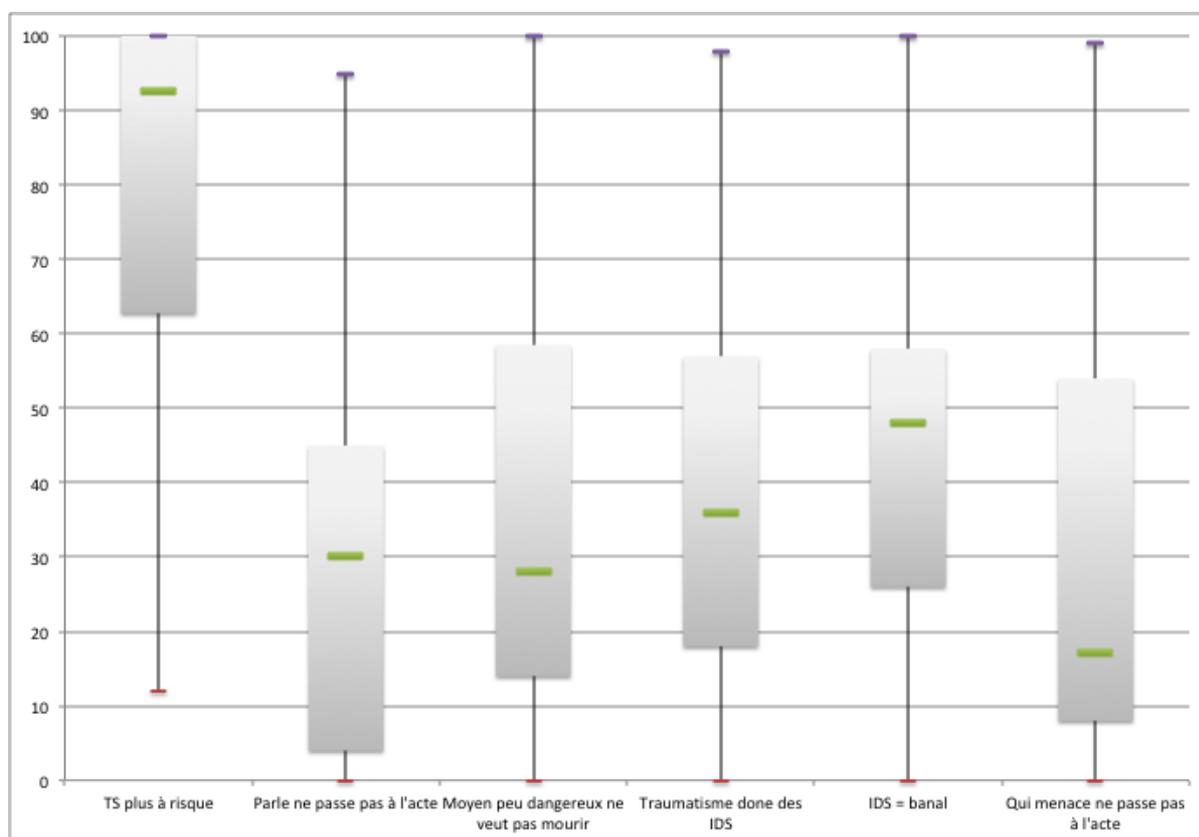


Figure 37 : Premier mythe : le suicide est un acte anodin

Pour les médecins interrogés, le suicide n'est pas un acte anodin. Ils sont majoritairement d'accord avec le fait que des antécédents d'épisodes de tentatives de suicide sont des facteurs de risque pour un nouvel épisode. Les idées suicidaires ne sont pas perçues comme devant être banalisées. Le mythe de la corrélation moyen utilisé / désir de mourir est lui aussi généralement réfuté.

3.2.4.2. Deuxième mythe : on ne peut pas prévoir le suicide

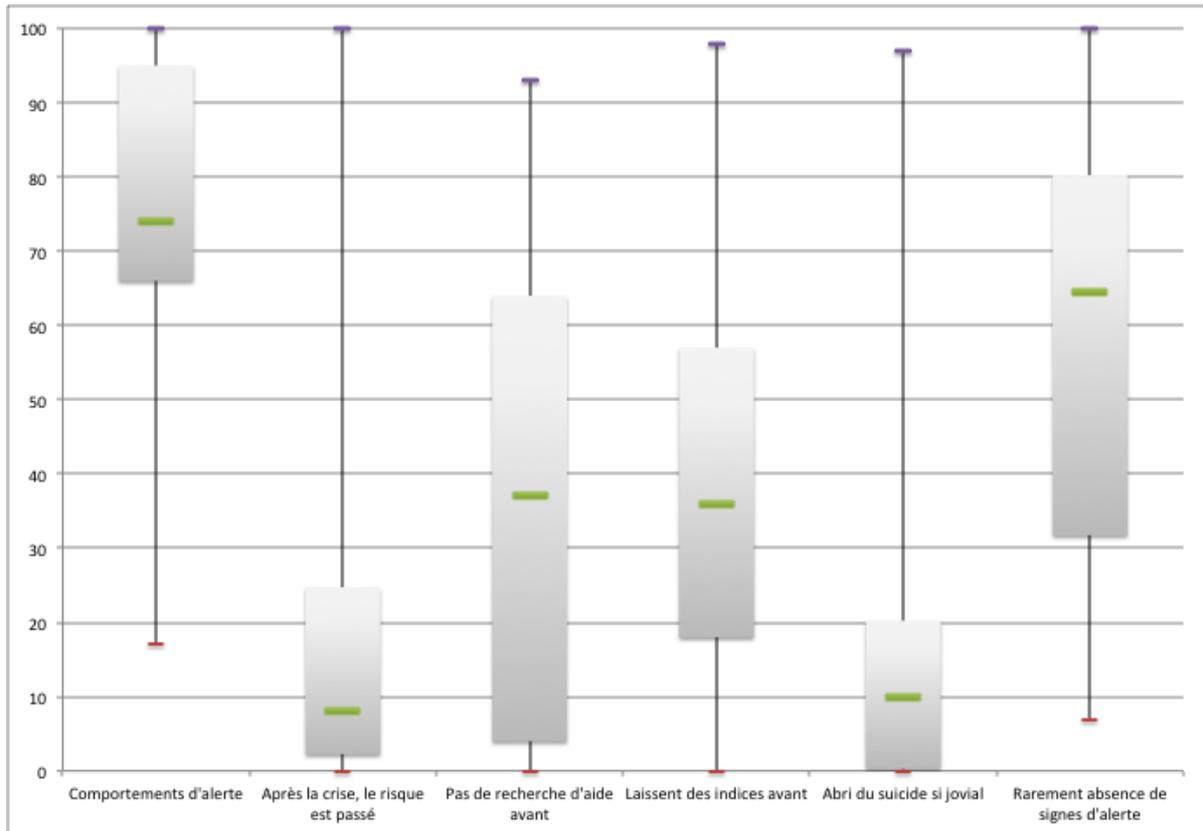


Figure 38 : Deuxième mythe : on ne peut pas prévoir le suicide

Globalement, les médecins connaissent les signaux pouvant indiquer qu'ils sont face à une personne en détresse et ayant des idées suicidaires. Ils ne se laissent pas piéger par une jovialité pouvant masquer une dépression sous-jacente.

3.2.4.3. Troisième mythe : il existe une cause unique de suicide

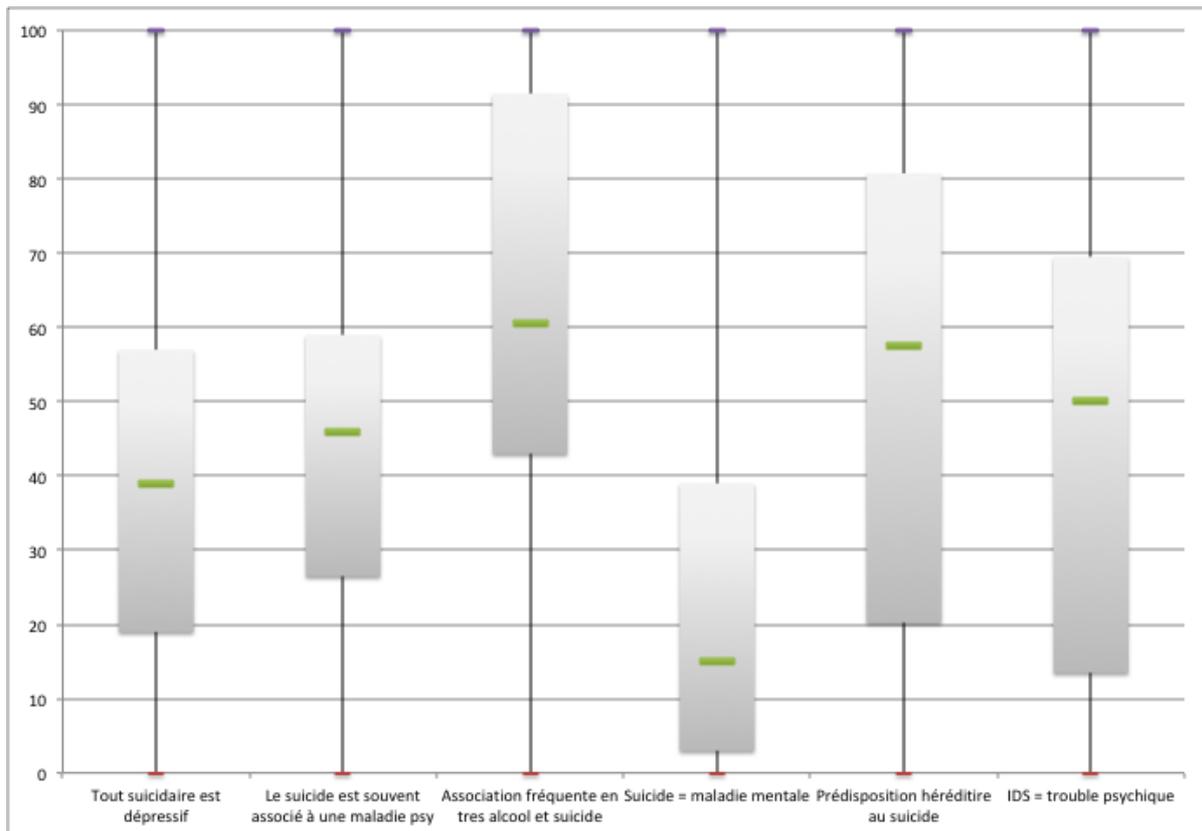


Figure 39 : Troisième mythe : il existe une cause unique de suicide

L'association alcool/suicide semble être bien ancrée dans leur vision du suicide. Le suicide n'est pas une maladie mentale, mais il y a une association avec des pathologies psychiques (les idées suicidaires constituent en elles-mêmes un trouble psychique, le suicide est le plus souvent associé à une maladie psychiatrique – indiqué maladie psy dans le tableau - passée ou actuelle) voire avec une pathologie génétique sous jacente (il existerait une prédisposition héréditaire au suicide).

3.2.4.4. Quatrième mythe : on ne peut rien faire contre le suicide

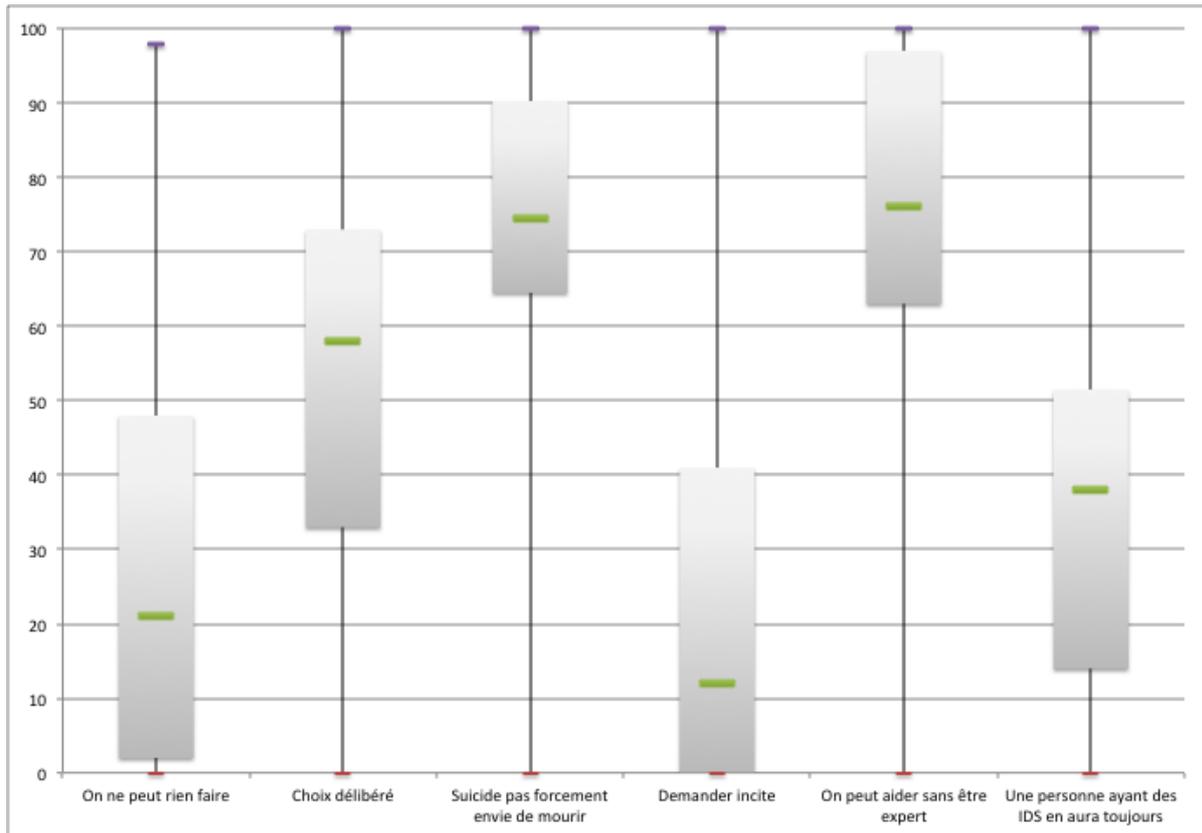


Figure 40 : Quatrième mythe : on ne peut rien faire contre le suicide

Les répondants réfutent l'idée d'une passivité face au suicide et semble prôner la parole, à tout niveaux (On peut aider une personne qui pense au suicide même si on n'est pas expert) sans crainte d'être un élément déclencheur (demander n'incitera pas la personne à passer à l'acte). Ils considèrent que le suicide est un acte choisi.

3.3. Expérience face au suicide

3.3.1. Les tentatives de suicide

- Expérience professionnelle



Figure 41 : Connaissez-vous professionnellement des personnes ayant tenté de se suicider

24 personnes ayant répondu au questionnaire ont été confrontées à des tentatives de suicide au cours de leur activité professionnelle, 10 n'y ont jamais été confrontées, et 36 ont refusé de répondre.

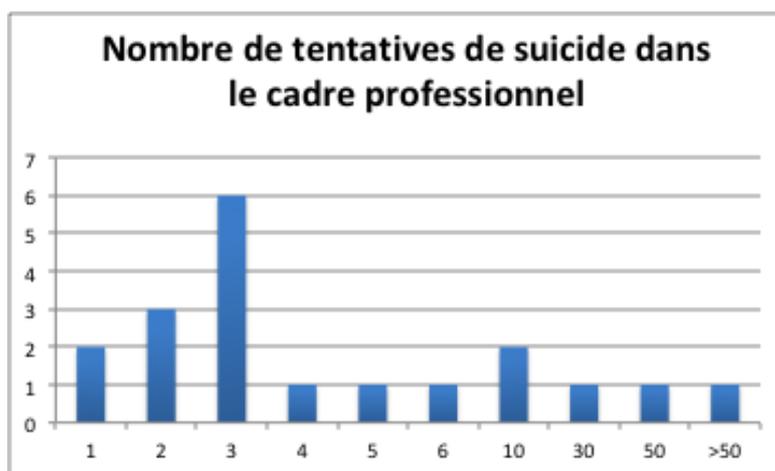


Figure 42 : Nombre de tentatives de suicide dans le cadre professionnel

Parmi ses 24 médecins, 5 ont été confrontés à plus de 6 tentatives de suicide (un médecin a même déclaré 50 tentatives et un autre plus de 50). On retrouve une médiane à 3 cas de suicide.

- Expérience personnelle

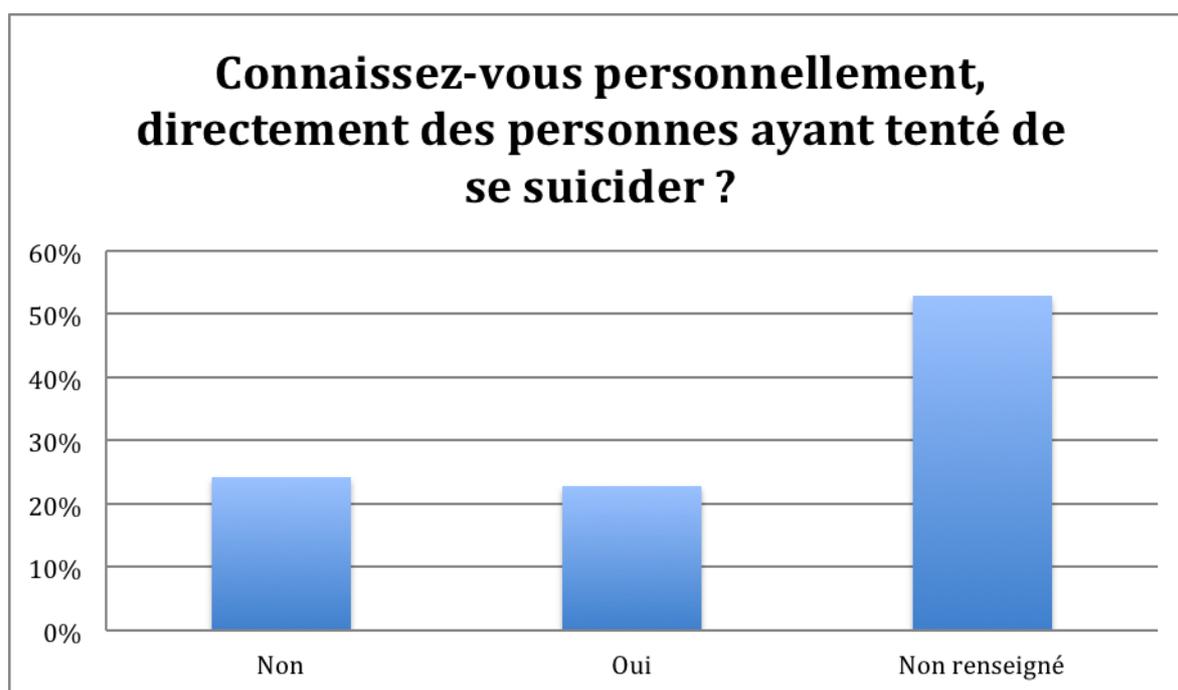


Figure 43 : Connaissez-vous personnellement, directement des personnes ayant tenté de se suicider

16 médecins ont directement été confrontés à des tentatives de suicide dans leur vie personnelle. 37 médecins ont décidé de ne pas répondre.

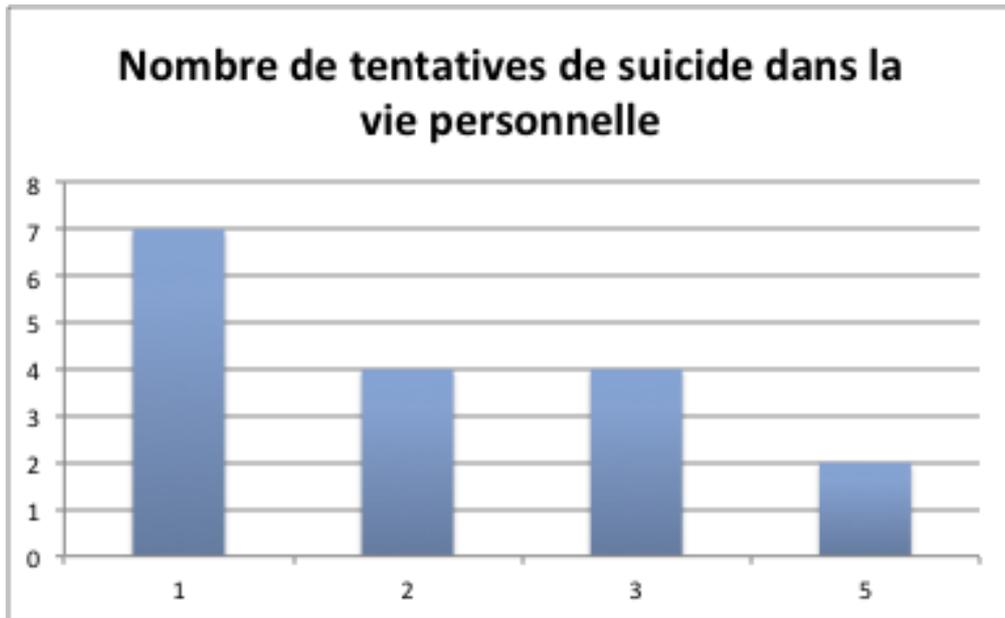


Figure 44 : Nombre de tentatives de suicide dans la vie personnelle

La valeur médiane des tentatives de suicide dans la vie personnelle est de 2.

3.3.2. Les suicides

- Expérience professionnelle

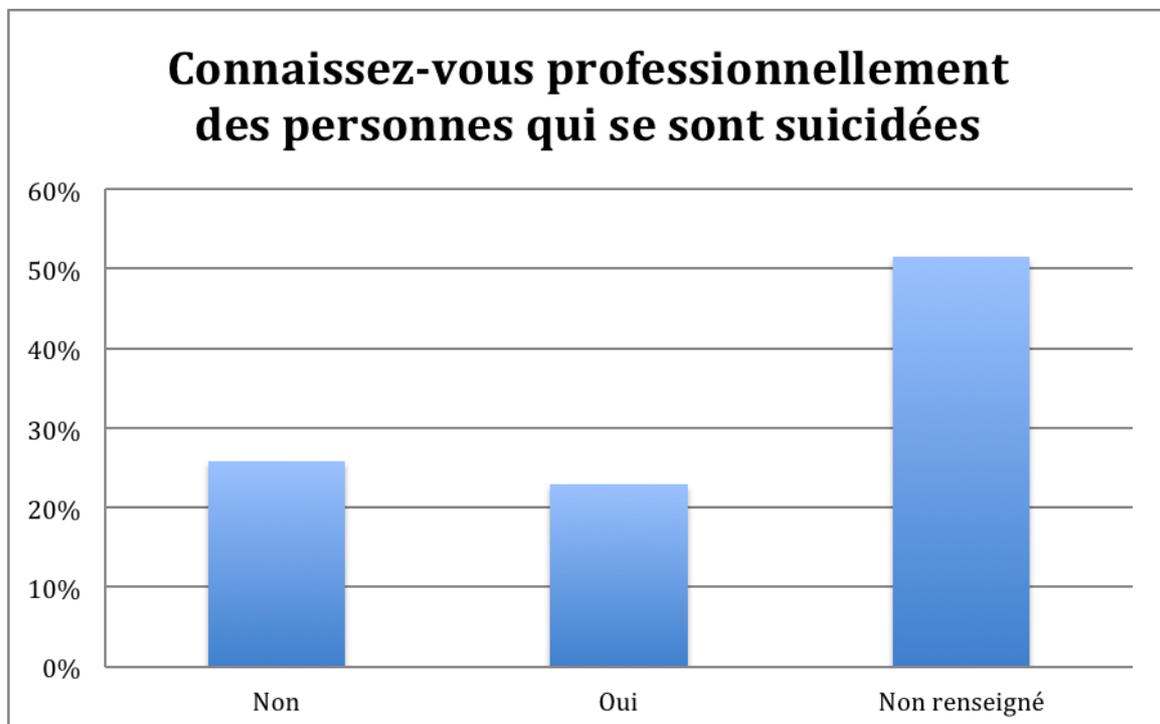


Figure 45 : Connaissez-vous professionnellement des personnes qui se sont suicidées

16 répondants ont eu au moins un patient qui s'est suicidé dans leur vie professionnelle. La majorité (51%, soit 37 personnes) n'a pas souhaité répondre à cette question.

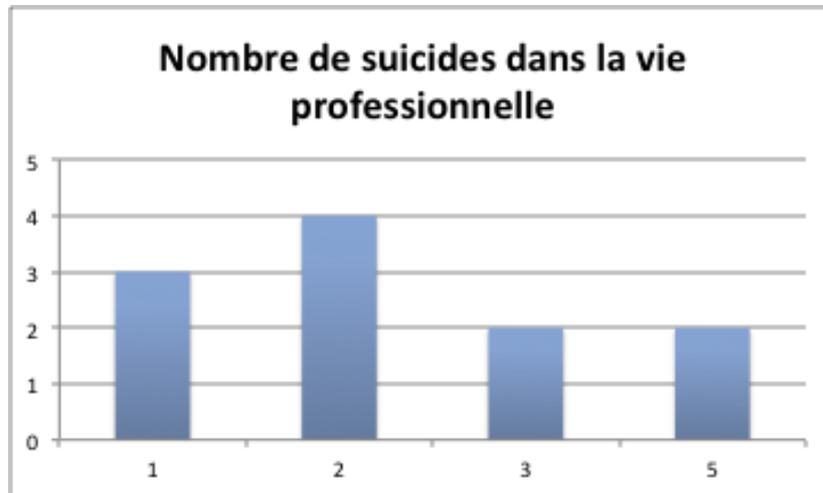


Figure 46 : Nombre de suicides dans la vie professionnelle

La valeur médiane est de 2 suicides dans la vie professionnelle de l'échantillon ayant répondu.

- Expérience personnelle

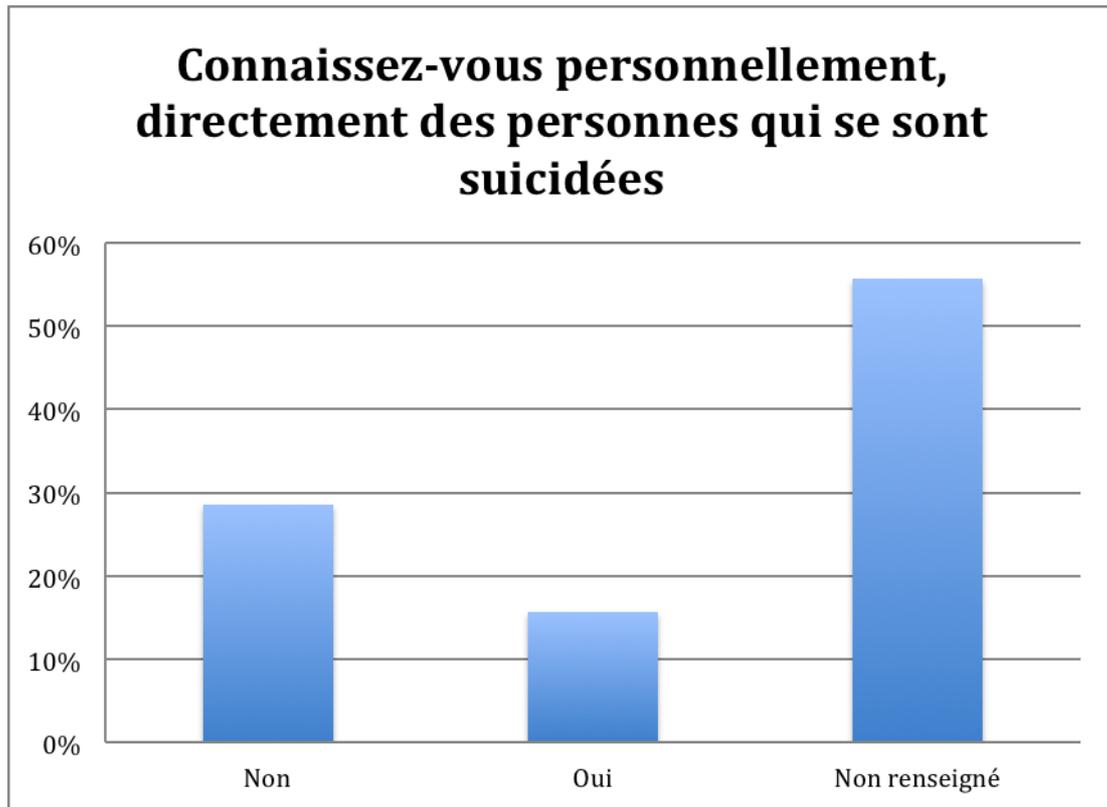


Figure 47 : Connaissez-vous personnellement, directement des personnes qui se sont suicidées

11 personnes ayant répondu à ce questionnaire ont été touchées personnellement par le suicide d'un proche, essentiellement un membre de leur famille.

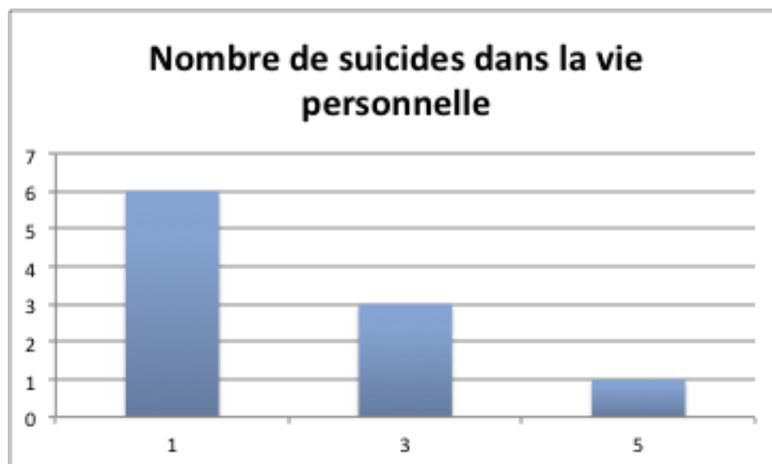


Figure 48 : Nombre de suicides dans la vie personnelle

La valeur médiane est de 1 suicide dans la vie personnelle des répondants.

3.4. Les représentations sociales du suicide

Le noyau central est constitué par les mots ou associations de mots présentant une fréquence élevée (supérieure à 5%) et un rang moyen faible (<1,94). La première périphérie est constituée par les mots (ou associations de mots) présentant une fréquence élevée et un rang moyen élevé et ceux présentant une fréquence faible et un rang moyen faible. La deuxième périphérie est constituée par les mots présentant une fréquence faible et un rang moyen élevé.

3.4.1. Analyse de la représentation sociale du suicide

L'analyse des mots issus de la tâche d'association libre de 3 mots a permis à partir de

	Rang moyen faible (< 1,94)	Rang moyen élevé (> 1,94)
Fréquence élevée (> 5%)	Mort Souffrance Tristesse Traumatisme collectif	Désespoir Echec
Fréquence faible (< 5%)	Dépression Mal-être	Fin Evitable Isolement Dommage Volontaire Solitude Maladie

calculs de fréquence d'occurrence des mots et de rang d'évocation d'obtenir ce tableau à double entrée :

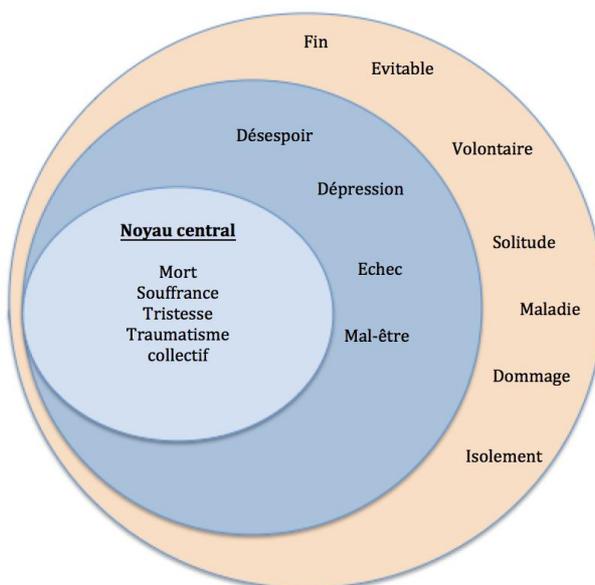


Figure 49 : Représentation sociale du suicide

Les mots du noyau central évoque la recherche d'une explication au suicide (souffrance, tristesse, traumatisme collectif).

3.4.2. Analyse de la représentation sociale de la personne suicidée

L'analyse permet d'obtenir le tableau :

	Rang moyen faible (< 1,94)	Rang moyen élevé (> 1,94)
Fréquence élevée (> 5%)	Désespérée Dépressive Faible Triste	A bout Seule
Fréquence faible (< 5%)	Souffrant Courageuse Fragile	Maladie Jeune Incomprise

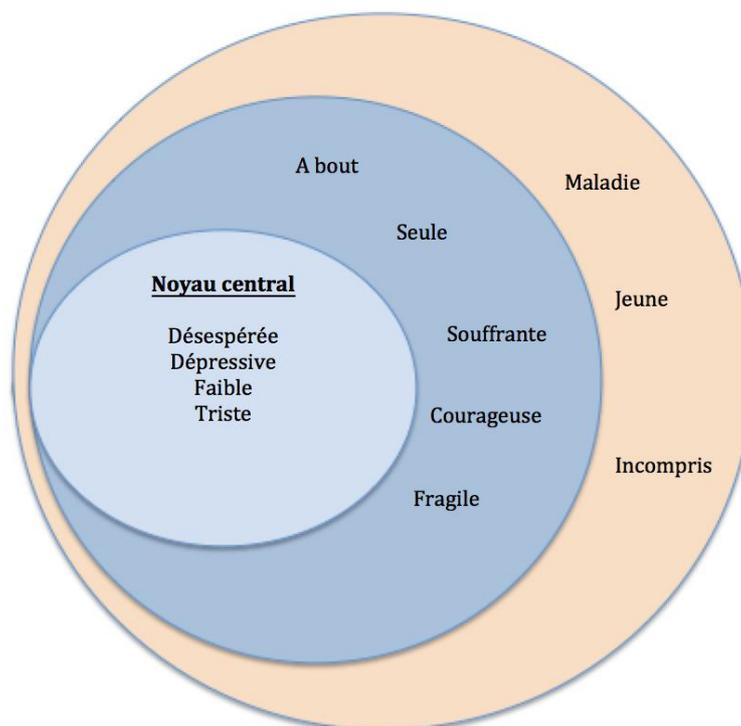


Figure 50 : Représentation sociale de la personne suicidée

3.4.3. Analyse de la représentation sociale des causes de suicide

Après analyse on peut constituer le tableau suivant :

	Rang moyen faible (<1,94)	Rang moyen élevé (>1,94)
Fréquence élevée (>5%)	Dépression Argent	Troubles psychiatriques Solitude
Fréquence faible (<5%)	Multiples Souffrance Isolement	Mal-être Désespoir Peur Amour Douleur

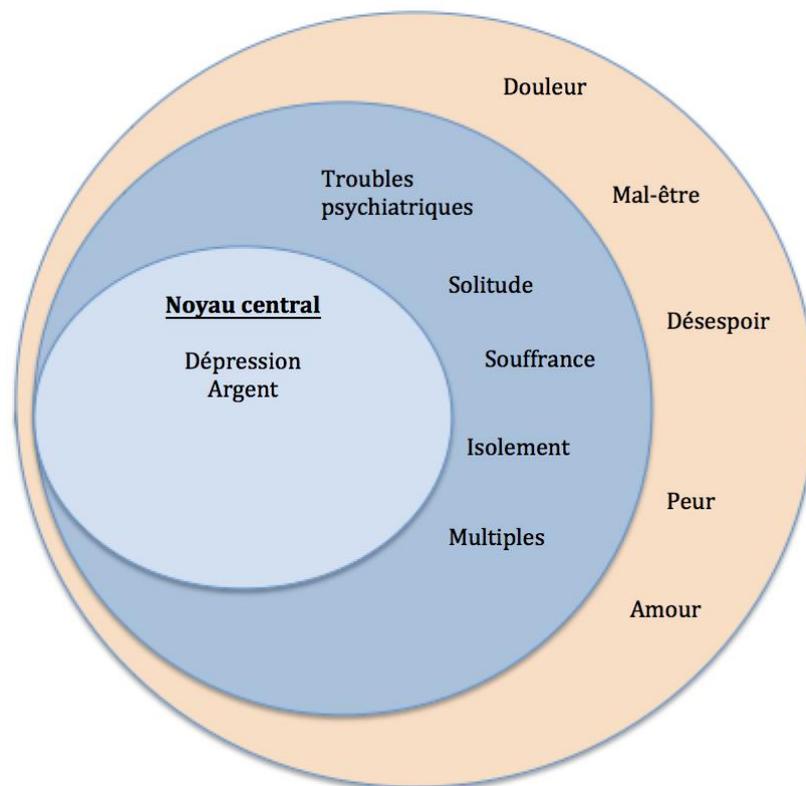


Figure 51 : Représentation sociale des causes de suicide

3.4.4. Analyse de la représentation sociale des causes de suicide en Martinique

Après analyse on peut constituer le tableau :

	Rang moyen faible (<1,94)	Rang moyen élevé (>1,94)
Fréquence élevée (>5%)	Dépression Regard des autres	Problèmes relationnels Difficultés financières Isolement Addiction
Fréquence faible (<5%)	Acculturation	Incompréhension Détresse sociale Désespoir

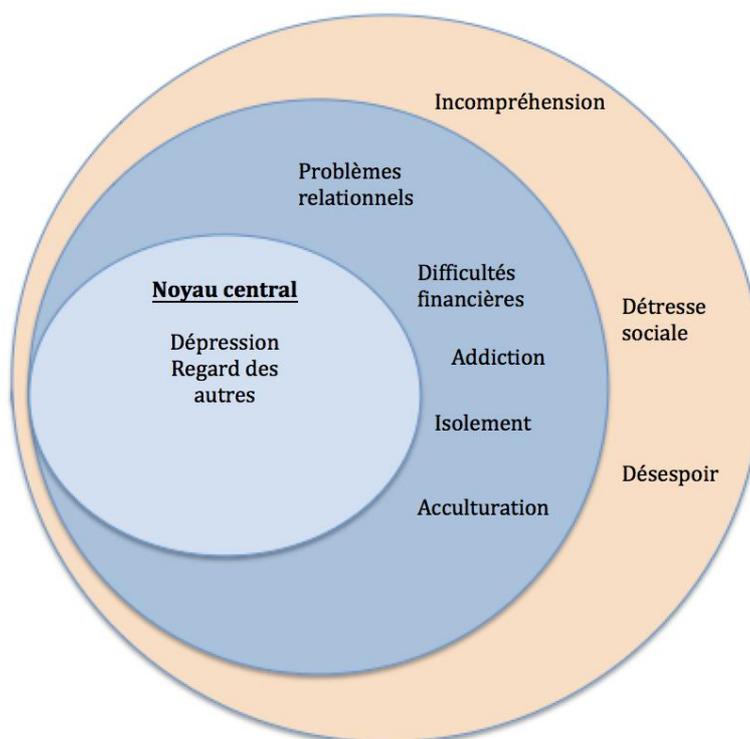


Figure 52 : Représentation sociale des causes de suicide en Martinique

3.4.5. Analyse des émotions face aux tentatives de suicide dans le cadre professionnel

Après analyse on peut constituer le tableau :

	Rang moyen faible (<1,94)	Rang moyen élevé (>1,94)
Fréquence élevée (>5%)	Tristesse Compassion	Empathie Etonnement Inquiétude
Fréquence faible (<5%)	Echec Effroi Gêne	Colère Douleur

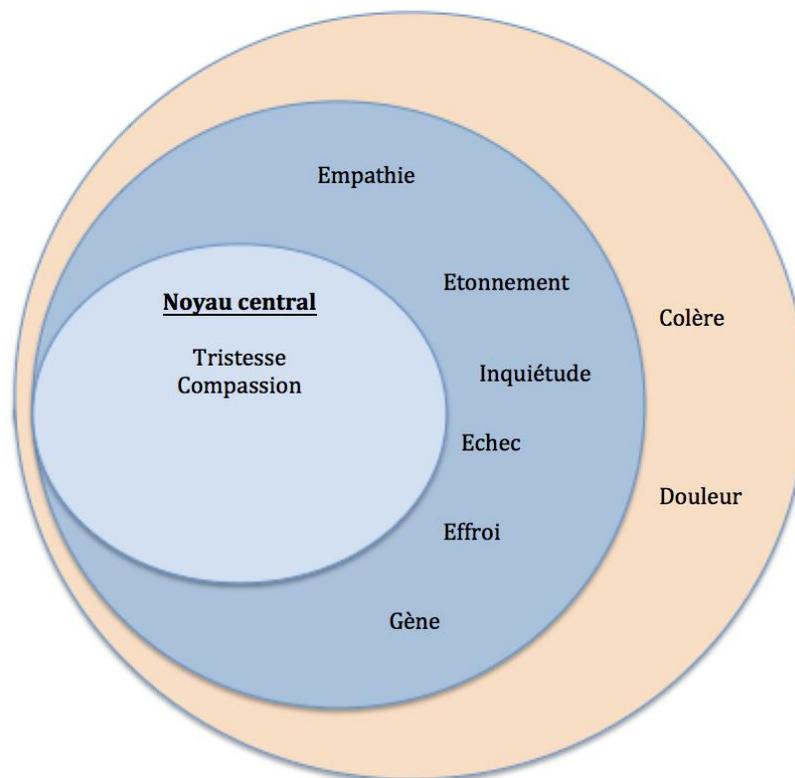


Figure 53 : Emotions face aux tentatives de suicide dans le cadre professionnel

3.4.6. Analyse des émotions face aux tentatives de suicide dans le cadre personnel

Après analyse on peut constituer le tableau :

	Rang moyen faible (<1,94)	Rang moyen élevé (>1,94)
Fréquence élevée (>5%)	Tristesse Surprise	Colère Incompréhension
Fréquence faible (<5%)		Désespoir Douleur

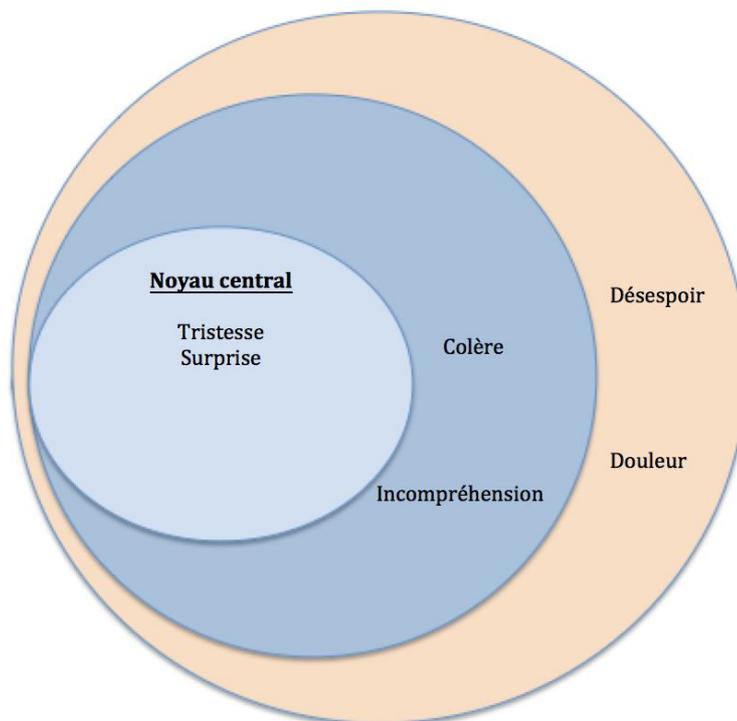


Figure 54 : Emotions face aux tentatives de suicide dans le cadre personnel

3.4.7. Analyse des émotions face au suicide dans le cadre professionnel

Après analyse on peut constituer le tableau :

	Rang moyen faible (<1,94)	Rang moyen élevé (>1,94)
Fréquence élevée (>5%)	Tristesse	Colère Impuissance
Fréquence faible (<5%)	Echec Rage Amertume Etonnement	

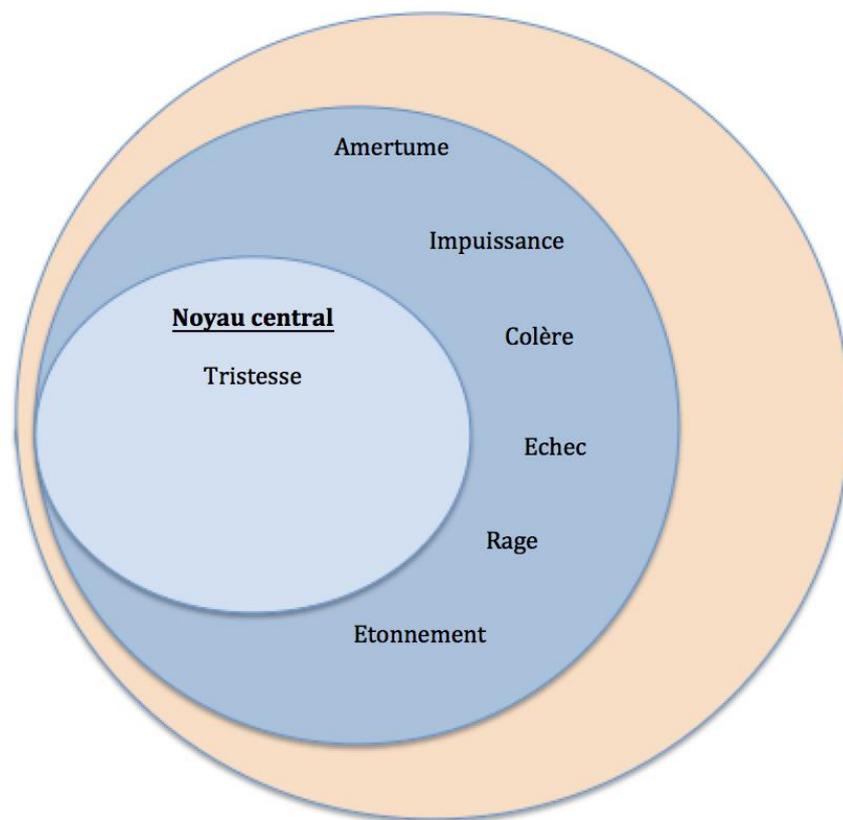


Figure 55 : Emotions face au suicide dans le cadre professionnel

3.4.8. Analyse des émotions face au suicide dans le cadre personnel

Après analyse on peut constituer le tableau :

	Rang moyen faible (<1,94)	Rang moyen élevé (>1,94)
Fréquence élevée (>5%)	Tristesse Etonnement	Echec Colère
Fréquence faible (<5%)	Désarroi Douleur Sidération	Inquiétude Isolement Vulnérabilité

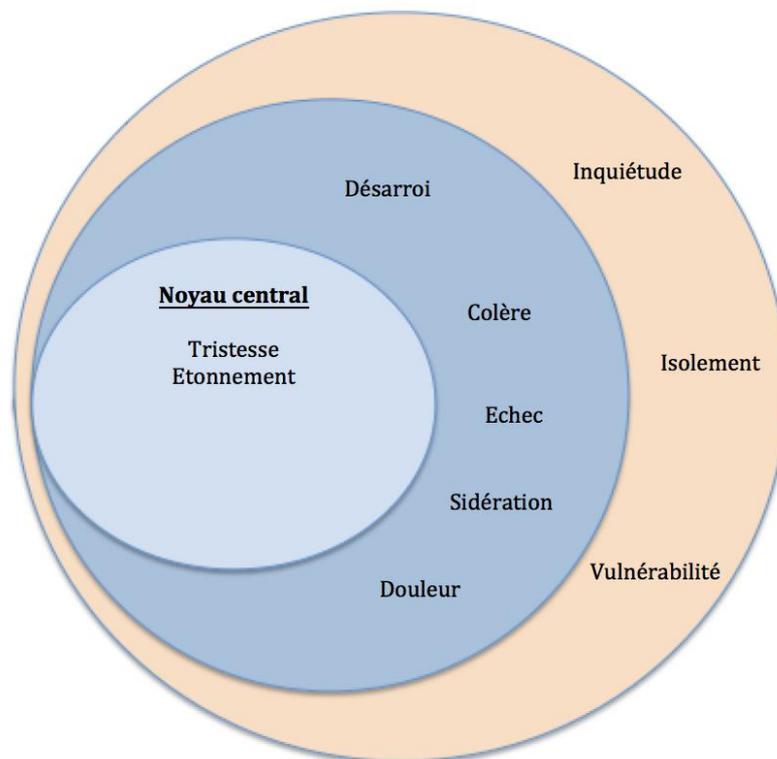


Figure 56 : Emotion face au suicide dans le cadre personnel

4. Discussion

Notre étude est la première qui s'intéresse aux représentations sociales du suicide des médecins libéraux. Dans la bibliographie, aucune étude n'est retrouvée sur la représentation sociale du suicide. Seul le travail de thèse de Kopp-Bigault traite de cette problématique.

84 personnes ont répondu à ce questionnaire par internet sur un total de 553 médecins ayant une activité libérale partielle ou totale, cela représente un taux de réponse de 15,2% permettant une analyse qualitative et quantitative.

Ce taux de réponse peut avoir plusieurs explications :

- le questionnaire demandait un minimum de trente minutes pour être rempli ce qui a pu être jugé long par les personnes sollicitées
- le questionnaire était uniquement disponible par internet : même si beaucoup de cabinets sont aujourd'hui informatisés, tous ne le sont pas, surtout ceux des médecins les plus âgés et en fin d'activité professionnelle n'ayant pas souhaités investir dans cet outil
- un sujet présentant des implications personnelles, pouvant réveiller des souvenirs douloureux
- une méconnaissance du sujet qui a pu freiner l'implication des médecins sollicités.

Notre travail révèle un fort taux de réponses « non renseigné » – de l'ordre de 55% - témoin de la difficulté d'aborder la problématique du suicide.

Notre étude présente un biais lié à la méthode : la nécessité de réaliser des choix lors du regroupement des mots par champ lexical et champ sémantique dans le cadre de l'élaboration de la structure de la représentation sociale. Ces associations ont été réalisées de façon à pouvoir comparer les résultats avec ceux de l'étude de Kopp-Bigault et peuvent être soumis à interprétation.

Parmi les réponses, 14 questionnaires (soit 17,5%) n'ont pu être exploités car ils ne comportaient aucune réponse.

Dans notre panel de répondants, on retrouve une surreprésentation des femmes qui représentent 56% des répondants alors qu'elles ne représentent seulement que 44% des médecins en Martinique. Les femmes, ayant répondu proportionnellement en plus grand nombre, semblent donc plus sensibles à la problématique du suicide.

Concernant la répartition des sexes selon les tranches d'âge est homogène hormis pour la tranche des 25-34 ans où l'on observe une majorité de femmes. Il existe depuis quelques années une forte féminisation des études médicales (57% en deuxième année en 2015 et 64% en 2013⁷²) : ceci constitue une hypothèse qui pourrait expliquer cette différence.

La répartition des classes d'âge montre elle aussi un déséquilibre : l'âge moyen des médecins en Martinique est de 53 ans, 15% ayant moins de 40 ans et 31% ayant plus de 60 ans⁷³, or dans cette étude on remarque un glissement de la structure de la pyramide des âges vers des populations plus jeunes (37% des personnes ayant répondu ont moins de 44 ans).

Concernant la structure familiale, on retrouve une structure familiale plutôt traditionnelle et stable (68,9% des personnes ayant répondu à cette question étant en couple). Ce schéma diffère sensiblement du schéma familial prédominant dans le reste de la population martiniquaise dont, en 2013, seulement 37,4% des foyers sont constitués par des couples, 62,6% sont seuls ou constitués de foyers monoparentaux et le taux de mariage est de 26%. 52% des participants ont des enfants, mais ne disposant d'aucune donnée de référence, aucune comparaison n'a pu être réalisée.

La structure familiale de notre étude est donc très différente de celle de la population générale martiniquaise.

Nous observons aussi que seulement 10 médecins sont nés en Martinique. Pratiquement toutes les régions de l'Hexagone sont représentées et trois médecins ayant répondu sont nés à l'étranger. Dans son étude, Kopp-Bigault a mis en évidence que la représentation sociale du suicide connaît des variations selon les régions étudiées (Bretagne, Pays COB, Alsace). Les représentations sociales constituant des prérequis

sociaux inconscients, il est pertinent de s'interroger sur l'homogénéité de cette étude au vu de cette hétérogénéité d'origine.

Sans surprise, les répondants sont essentiellement des médecins généralistes : ceci est en accord avec le profil de l'offre médicale en Martinique. L'absence de réponse de médecins psychiatres libéraux à notre questionnaire peut s'expliquer par leur faible nombre et le risque d'identification. On peut regretter de ne pas avoir eu leurs réponses, mais leur faible nombre n'aurait pas permis de constituer un sous-groupe dans ce travail.

Le fort pourcentage (42,9%) de médecins n'ayant pas eu une formation sur le suicide durant leur formation de base nous interpelle. Pour les répondants les plus jeunes, depuis 2004 et la création des ECN, le suicide fait l'objet d'un item spécifique (Item 348 : *Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge*) pouvant être évalué dans le cadre de cet examen. Le choix d'intégrer cette problématique dans le cursus commun de tous les médecins montre la volonté de former les médecins à sa prise en charge.

Notre étude démontre que 84,5% n'ont pas eu de formation continue sur le suicide. Les thématiques de ces formations post universitaires sont choisies librement par le médecin, la thématique spécifique du suicide ne semble pas être un choix prioritaire. Plusieurs hypothèses peuvent être élaborées : n'en sentaient-ils pas la nécessité ? Le sujet était-il trop difficile à aborder ? Ont-ils mis la priorité sur d'autres sujets plus pressants pour leur activité quotidienne ? L'offre de formation est-elle suffisante ? L'offre est-elle suffisamment attractive ? La formation médicale continue indemnisée par l'ANDPC au titre de la FMC n'est prise en charge qu'à la hauteur de 2,5 jours par an. Les réponses à ces questions permettraient de mettre en place une politique de formation sur la prévention plus efficace car elle répondrait aux problématiques spécifiques des médecins.

Le ministère de la Santé a fait du suicide une des priorités nationales en annonçant l'extension du dispositif Vigilans à l'ensemble du territoire national lors du congrès de l'Encéphale le 26 janvier 2018.

Une grande partie de ce questionnaire porte sur les connaissances des médecins sur le suicide. On ne soigne bien que ce que l'on connaît et reconnaît : un état des lieux des connaissances épidémiologiques mais aussi des mythes sur le suicide était nécessaire. Pour cela, plusieurs échelles normalisées ont été utilisées.

Dans le questionnaire SOSS, l'immense majorité le groupe n'émet aucune condamnation à l'encontre de l'individu qui se suicide. Sans être glorifié, le suicidé est perçu comme un individu en souffrance qui a réalisé ce geste dans le but ultime d'y échapper. Ceci correspond bien aux valeurs d'empathie nécessaire au médecin et prôné par le serment d'Hippocrate. Une réponse est discordante dans cet ensemble : l'individu qui se suicide est source d'embarras pour 45,5% des médecins. Ce résultat est-il dû à un souci d'ordre professionnel (sentiment d'avoir failli, de ne pas avoir su percevoir la détresse de son patient ou de ne pas avoir su trouver les mots pour soulager sa souffrance) ou à un problème moral (attitude à tenir vis à vis des proches du suicidé) ? Ce sentiment pourrait être dû à cette absence de formation chez beaucoup de nos confrères : le fait de ne pas avoir été formé à réagir face à cette situation les place dans une position inconfortable.

Le suicidé n'est pas perçu comme un individu lâche mais plutôt comme une personne isolée, perdue, déconnectée de son environnement : c'est la notion de solitude qui transparait le plus dans la perception du suicide par les médecins.

Il existe une discordance : plus de 90% des répondants considère que le suicide est l'œuvre d'un individu isolé, mais pour plus de 40% ce n'est pas le geste d'un individu seul. Ont-ils considéré l'acte isolé d'un individu éprouvant un sentiment de solitude face à sa détresse ? Ou bien le fait que ce geste est le résultat d'un sentiment d'isolement ressenti alors qu'il existe un entourage ?

Aucune glorification de l'acte suicidaire n'est retrouvée même si une minorité qualifie le suicidé de personne forte et courageuse. Mais dans l'ensemble, la majorité des répondants restent neutres dans leurs réponses : ils semblent avoir du mal à se positionner face à un geste dont la motivation ne leur est que difficilement compréhensible.

Nous observons dans notre étude que les personnes touchées personnellement ou professionnellement par le suicide présentent le même profil de réponse.

Les médecins répondant montrent une bonne connaissance générale du suicide. Ils ont une vision objective, scientifique, réfutant les arguments mystiques (le suicide n'est pas la conséquence d'un mauvais sort) et religieux (en ne le considérant pas comme un péché).

Ils jugent durement les politiques d'informations qui sont qualifiées de peu efficaces dans l'ensemble : les chiffres sont sous-estimés pour 64,7% des participants, la population est peu informée sur le problème pour 79,4% et peu informée des moyens de prévention pour 91,2%.

Nous constatons que pour les médecins répondant à notre étude une plus grande communication et la mise en place de mesures de prévention sont nécessaires. Cependant ces politiques existent, prouvant ainsi la méconnaissance des médecins à leurs égards.

Dans notre travail, le suicide n'est pas considéré comme un tabou pour les médecins. Ils prônent la communication avec l'entourage du suicidé. Ceci correspond à la mise en application du concept de postvention qui donne à la parole un rôle de prévention.

Pour 50% de nos répondants, le suicide est une liberté individuelle (c'est un droit) mais dont la décision du passage à l'acte n'est pas fondée sur des critères objectifs.

Le suicide est perçu comme un acte personnel dommageable et dramatique, devant être à tout prix évité grâce à des outils de prévention collectifs, et par la mise en place d'une prévention individuelle axée sur le dialogue. C'est un choix imposé face à une situation que la personne suicidaire n'a pu gérer seule et qui n'a trouvé comme seule échappatoire que sa propre destruction.

La difficulté de la prise en charge du suicide transparaît dans les réponses. Tout doit être fait pour éviter le passage à l'acte, et bien qu'ils se sentent investis dans ce but, ils décrivent une incapacité relative à intervenir concrètement face à une personne en souffrance suicidaire. Les médecins ont-ils les outils pour jouer pleinement leur rôle de recours ?

En médecine générale, la pression invisible, mais au combien présente, qu'exerce une salle d'attente pleine, rend cette prise en charge difficile. Selon la DREES, en 2002, le temps moyen d'une consultation en médecine générale est de 16 minutes (15 minutes au cabinet et 18 minutes en visite à domicile)⁷⁴, cette courte durée n'est pas suffisante

pour permettre au patient de s'exprimer. Il faut donc permettre aux médecins de réaliser un repérage rapide des conduites suicidaires en les formant à repérer les contextes de vulnérabilité (antécédents du patient et contexte socio-économique), à identifier les manifestations de crise psychique de second plan (troubles somatiformes, sentiment de dévalorisation, perte d'envie, sensation de mal-être), et repérer les idéations suicidaires.

Les aides proposées constatées sont essentiellement centrées sur la sphère privée (famille, amis), les structures d'accueil et d'écoute sont assez peu citées. Ces résultats sont analogues à ceux retrouvés dans la thèse de Kopp-Bigault.

Dans notre étude, parmi les professionnels de santé cités, le médecin traitant figure en première place, suivi par les médecins psychiatres puis les psychologues.

Nous constatons une bonne connaissance de l'épidémiologie du suicide en France hormis une surestimation du taux de suicide chez les femmes et une méconnaissance du pic d'âge des suicides avec une surévaluation du suicide parmi les jeunes.

Nos résultats sont comparés avec ceux d'un groupe d'experts (médecins, psychiatres, psychologues,...) ayant servi de référence pour une étude menée en 2015⁷⁰ concernant les 4 mythes du suicide.

- le suicide : c'est anodin

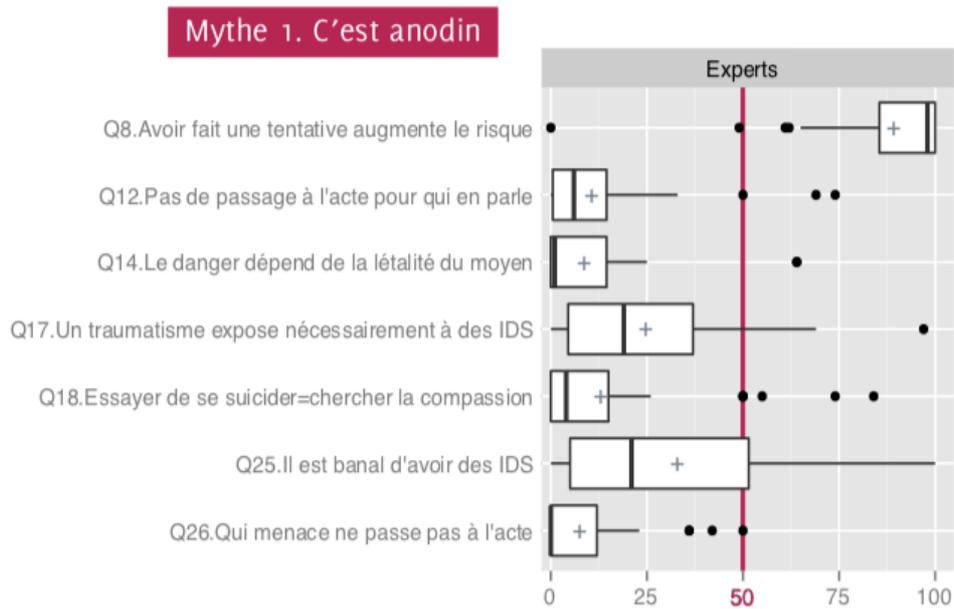


Figure 57 : Mythe 1 du suicide – Professionnels

Les profils de réponses sont similaires à ceux de notre étude, seules les réponses concernant l'absence de passage à l'acte pour ceux qui en parlent et le rapport entre la dangerosité du moyen de passage à l'acte et la volonté de mourir sont moins marquées dans notre groupe de médecins.

Les programmes de prévention devront rappeler que jusqu'à 54% des suicidés¹⁷ avaient parlé de leur idéation suicidaire avant de passer à l'acte et que 82% des suicidants avaient consulté un médecin généraliste dans le trimestre ayant précédé la tentative de suicide¹⁴.

- le suicide : on ne peut pas le prévoir

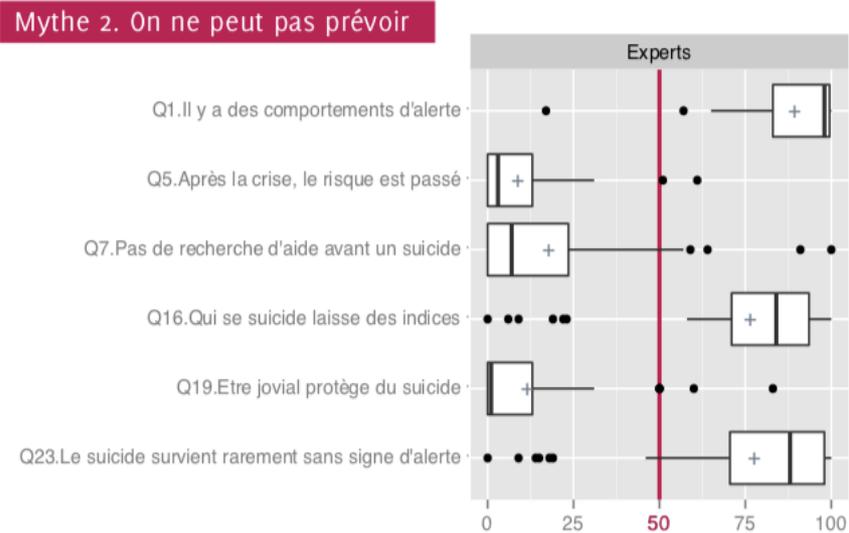


Figure 58 : Mythe 2 du suicide - Professionnels

Sur la prévision du passage à l'acte, deux différences sont révélés entre les deux groupes : une sous-estimation par notre groupe de la recherche d'aide qu'un suicidaire peut mener et la méconnaissance de l'existence d'indices laissées par le suicidant avant le geste.

Une formation à la recherche de signes et d'indices pourrait renforcer l'action préventive de l'acte suicidaire chez les médecins.

- le suicide : il existe une cause unique

Mythe 3. Il existe une cause unique

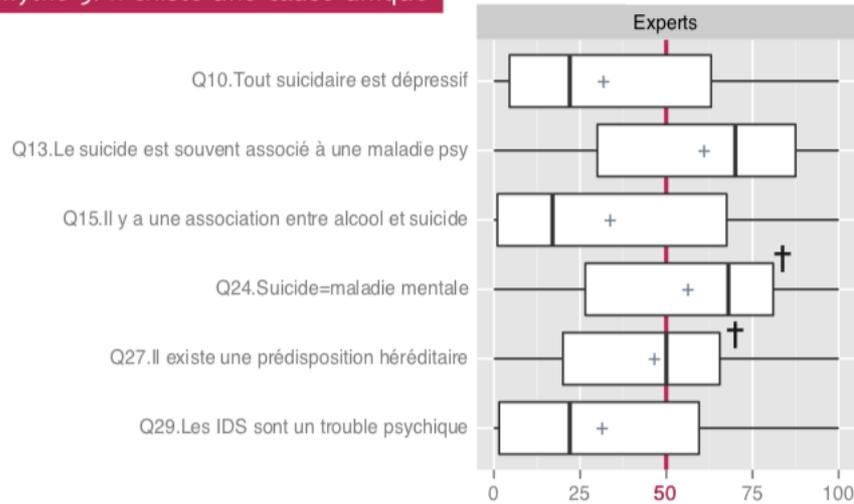


Figure 59 : Mythe 3 du suicide – Professionnels

Par rapport au groupe d'experts, les médecins de notre étude croient dans une association suicide – pathologie psychiatrique. Les médecins martiniquais refusent totalement d'assimiler le suicide à une maladie mentale mais s'accordent à attribuer aux pathologies psychiatriques la responsabilité du passage à l'acte. L'association alcool et suicide est encore plus marquée pour les médecins martiniquais.

- le suicide : on ne peut rien faire contre :

Mythe 4. On ne peut rien faire

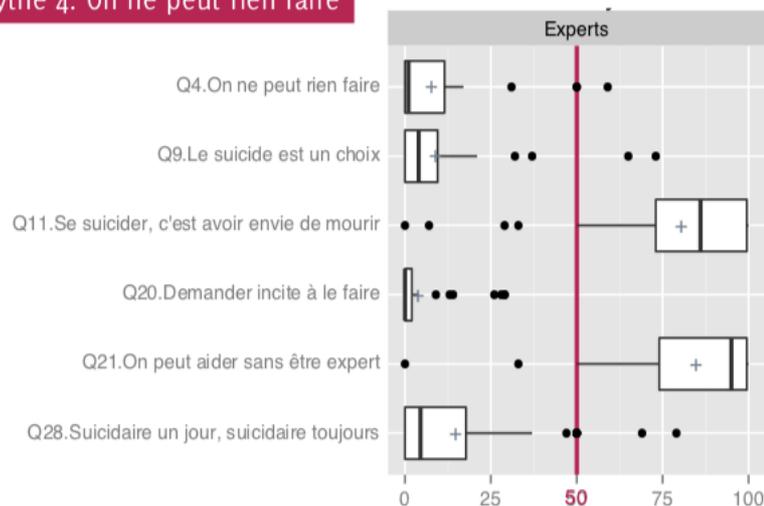


Figure 60 : Mythe 4 du suicide – Professionnels

Il existe des différences entre le groupe expert et les médecins martiniquais pour lesquels le suicide est un choix délibéré, avec la persistance des idées suicidaires qui est plus marquée dans le groupe d'étude.

En conclusion, pour la grande majorité des items concernant les 4 mythes du suicide, le groupe de médecins martiniquais présente les mêmes croyances que le groupe témoin expert.

Concernant les expériences personnelles liées au suicide, que cela soit dans la vie professionnelle ou dans la vie privée, la moitié des personnes interrogées n'a pas souhaité répondre à ces questions.

Dans les répondants, 70,6% ont été confronté à une tentative de suicide dans le cadre professionnel et 48,5% dans le cadre de leur vie personnelle. Leur fréquence est faible, mais 5 médecins ont été confrontés à plus de 6 tentatives de suicide dans le cadre de leur activité professionnelle dont 2 à 50 tentatives ou plus.

Concernant les suicides, 47,1% y ont été confronté dans le cadre de leur activité professionnelle et 35,5% dans le cadre de leur vie privée.

Le faible taux de réponse ne permet pas d'établir de profils distincts entre les personnes touchées par le suicide et celles qui n'y ont pas été confrontées.

Nous allons comparer nos résultats de représentations sociale du suicide, des suicidés et des causes de suicide avec ceux issus de la thèse de Kopp-Bigault⁶⁶ étudiant la population générale et un groupe témoin de professionnels formés au repérage et à l'intervention en situation de crise suicidaire.

Dans notre étude, le noyau central de la représentation sociale du suicide est constitué par un ensemble de 4 mots : la souffrance, la mort, la tristesse et le traumatisme collectif, versus la souffrance dans le groupe témoin. Selon les études bibliographiques, c'est effectivement la fuite de la souffrance qui est recherchée par le suicidaire.

Il y a donc une recherche de la cause (souffrance et tristesse) du suicide mais aussi de son impact dans la société (traumatisme collectif).

En comparant avec la représentation sociale de la population générale (Alsace et Bretagne), le même noyau élargi au désespoir et à la tristesse est retrouvé, la dépression

est reléguée en première périphérie pour notre groupe, avec la solitude et l'isolement en deuxième périphérie.

Les politiques de prévention ciblées sur les médecins devraient donc s'attacher à accentuer les liens existant entre dépression, isolement et suicide.

Il serait intéressant de voir si le fait d'être confronté directement au suicide renvoie aux représentations sociales « originelles » (c'est à dire avant leurs modifications par les études médicales).

Pour la représentation sociale du suicidé, le noyau central de notre groupe de médecin décrit un individu désespéré, dépressif, faible et triste. Comme dans l'étude de Kopp-Bigault, la dépression est associée directement au suicide. Peu de mots sont associés au jugement : courageuse et fragile en première périphérie et incompris en 2^{ème} périphérie. Tout le champ sémantique retrouvé gravite autour du désespoir, de la tristesse et de la solitude.

A la différence de l'échantillon témoin de l'étude de Kopp-Bigault notre étude retrouve un jugement de valeur dans le noyau central : le suicidé est perçu comme faible.

Il sera donc nécessaire de bien insister sur la dé-stigmatisation du suicidé auprès des professionnels de santé en Martinique.

Notre étude retrouve un noyau central en grande partie commun (50%) dans la perception du suicidé que cela soit avec les RS du suicidé en Alsace, en Bretagne ou le groupe témoin : désespoir et dépression font partie d'un socle commun de représentation du suicidé.

Dans notre étude, le noyau central de la représentation sociale des causes de suicide est constitué par la dépression et l'argent. La Martinique connaît de grandes difficultés économiques avec un taux de chômage parmi les plus élevé de France (65% plus élevé que celui du reste de l'Hexagone⁷⁵).

Dans les noyaux centraux bretons, alsaciens et COB, on retrouve la dépression, les difficultés économiques sont aussi retrouvées (difficultés financières pour les Pays COB).

Les problèmes relationnels, l'isolement, les pathologies mentales n'occupent que les systèmes périphériques (1^{er} et 2^{ème}) en Martinique alors que les problèmes relationnels occupent le noyau central pour les alsaciens et les bretons.

Les moyens de prévention vont donc devoir être adapté aux spécificités locales. L'isolement et la solitude semblent minorées par les participants à notre étude qui axent la problématique sur la dépression, sans en identifier les causes les causes, mais aussi sur le versant économique.

Dans notre étude, le noyau central de la représentation sociale des causes de suicide en Martinique est constitué par la dépression et le regard des autres. Les raisons économiques sont cette fois-ci reléguées dans la première périphérie. Ceci est spécifique à la Martinique, les représentations sociales développées par Kopp-Bigault sont centrées sur des raisons économiques pour la Bretagne selon les alsaciens de l'échantillon et selon la météorologie, les addictions et l'acculturation selon les répondants bretons.

La Martinique est une île isolée du territoire hexagonal avec une population de 380.000 habitants où les interconnexions humaines sont très fortes. Le regard d'autrui est présent. Dans la structure sociale martiniquaise la famille joue un rôle important⁶⁸, ce qui ne facilite pas l'émancipation des individus mais elle peut présenter en même temps une structure protectrice grâce un rôle d'aide et d'écoute.

En première périphérie, on retrouve les addictions (l'alcool et les drogues sont des problèmes importants de la Martinique⁷⁶), ainsi que l'acculturation. Malgré une appartenance à la culture caribéenne riche et aux origines multiples, les jeunes semble de plus en plus imprégnés par une culture américaine présentant des codes violents. Toutes ses particularités locales vont devoir être prises en compte par les programmes de préventions du suicide.

Concernant l'analyse des émotions face aux tentatives de suicide et au suicide chez les médecins martiniquais sensibilisés à la problématique, ces sous-groupes ne comportent qu'un très petit nombre d'individus, nous ne pourrons donc tirer aucune conclusion mais juste noter des tendances.

Le noyau central émotionnel face aux TS des médecins martiniquais touchés professionnellement comporte deux idées : la tristesse et la compassion. En première et deuxième périphérie, on trouve un champ lexical relatif aux sentiments plutôt positif (empathie, étonnement, inquiétude, gêne, douleur) excepté la notion d'échec et de colère.

Concernant les TS dans la sphère privée, le noyau central retrouve la tristesse, auquel va s'ajouter la surprise. Le champ lexical est toujours lié à l'émotion mais dans le cadre des TS vécues dans le cadre professionnel, les sentiments sont centrés sur le malaise du médecin face à la situation.

Pour les médecins martiniquais confrontés directement au suicide dans le cadre de leur activité professionnelle le noyau central de leur émotion n'est constitué que d'un seul mot : la tristesse. En première périphérie, on retrouve des termes négatifs, surtout centrés sur eux, et liés à l'échec (amertume, impuissance, colère, échec, rage), et au fait d'avoir le sentiment d'être passé à côté de quelque chose (étonnement). Les émotions des médecins répondant vis à vis du suicide sont donc essentiellement centrées sur leur capacité (ou le cas échéant incapacité) à assurer leur rôle de soignant. Le suicide est perçu et vécu comme un échec professionnel.

Peut-être que les politiques de prévention gagneraient à offrir plus d'outils aux professionnels de santé de façon à aborder le suicide plus professionnellement qu'émotionnellement. Il serait aussi peut-être intéressant de créer des ateliers de parole pour les médecins qui ont été confrontés au suicide.

5. Conclusion

Cette étude est la première à s'intéresser spécifiquement à la représentation sociale du suicide chez les médecins. Notre but était de rechercher et d'identifier, à travers l'étude de la représentation sociale du suicide, les freins et les résistances liés au suicide chez les médecins libéraux martiniquais et de proposer des leviers afin d'améliorer la prévention du suicide.

Dans notre étude, nous avons perçu des réticences à évoquer le suicide, notamment à travers les questions relatives aux expériences personnelles pour lesquelles la moitié des personnes a refusé d'y répondre. Il existe donc un tabou à son évocation.

Nous avons pu mettre en évidence, à travers l'analyse des RS, des spécificités liées au suicide dans notre île :

- l'isolement et la dépression sont peu associés au suicide en Martinique alors qu'il existe des liens forts entre dépression, isolement et suicide.
- dans la RS du suicidé en Martinique, une notion de jugement négatif est retrouvée (la faiblesse), il faut donc aider à la dé-stigmatisation du suicidé.
- concernant les causes de suicides en Martinique, le regard d'autrui est très prégnant. Cette spécificité doit être prise en compte dans les formations qui seront faites sur l'île.

La formation des médecins de Martinique devra prendre en compte ces particularités locales afin de mieux répondre à leur représentation sociale et de permettre une détection plus précoce et une prise en charge plus efficiente.

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'une étude menée par l'INSERM IPSOM et se complétera par la même enquête sur la représentation sociale des médecins hospitaliers martiniquais, puis de la population générale.

Le Ministre de la Santé, le Pr BUZYN, vient d'étendre le dispositif Vigilans à l'ensemble du territoire, faisant ainsi de la prévention du suicide un des grands enjeux national, ce qui prouve bien que la lutte contre cette mort évitable qu'est le suicide est l'affaire de TOUS.

6. Annexes


RECHERCHE EN MÉDECINE ET PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE
Etude ReSCU-M/MLR Représentations du Suicide chez les Médecins Libéraux de Martinique 2016

Depuis plusieurs décennies, la santé mentale est devenue une priorité de Santé Publique, ainsi l'état d'urgence mondial est déclaré par l'OMS. Si l'existence et la prise en charge des pathologies mentales commencent à être admises, le suicide reste un tabou de par le monde, notamment chez nous en Martinique.

Pourtant les données épidémiologiques démontrent que les tentatives de suicides et les suicides sont bien présents sur notre île. Une étude rétrospective en 2008 sur les patients suicidants passés aux urgences (Fort de France, Lamentin, Trinité) en a dénombré 433 en un an, soit 3,3 par semaine, aucune étude de ce jour sur les patients traités en médecine de ville. Or, le médecin libéral est le premier intervenant dans 1/3 des cas et assure le suivi.

Ainsi, il nous semble intéressant d'essayer de comprendre les résistances liées au suicide chez les médecins libéraux, résistances dérivant de la représentation sociale. Car nous savons également que c'est à partir de la représentation sociale du suicide que sont fabriqués les préjugés, les stéréotypes, les opinions, les attitudes.

Cette étude propose donc d'analyser ces représentations sociales chez nous, médecins libéraux de Martinique, afin de penser des outils efficaces pour les modifier, et ainsi améliorer la prévention du suicide.

A partir de vos réponses, traitées anonymement, nous déterminerons des pistes de réflexions, des propositions d'actions de prévention du suicide sur notre île. Bien sûr le travail d'analyse préservera l'anonymat des personnes enquêtées, lors des communications et publications.

Essayez de remplir le questionnaire le plus spontanément possible, telles que les idées vous viennent sans essayer de les changer.

Merci de remplir qu'un questionnaire par personne.

Temps de passation moyen 30 minutes

Jean-Olivier CASTEX, Interne Médecine Générale Antilles jo.castex@wanadoo.fr

Céline KOPP BIGAULT, Psychologue Clinicienne / Doctorante en psychologie et psychopathologie cliniques

Université de Strasbourg/Brest Email: etude_suicide_COB@yahoo.fr / Membre du GEPs

Docteur Anne CRIQUET-HAYOT, Médecin généraliste, MSU Anne.criquet-hayot@urml-m.org / Equipe INSERM IPSOM

Professeur Louis EHEL, CHU de Martinique, Université des Antilles, Equipe INSERM IPSOM

I / Parlons de vous

Vous êtes : un homme une femme

Votre âge : -25-34 35-44 45-54 55-64 65-74 75-84 85-94

Votre code postal de résidence : _____

Votre code postal de naissance : _____

Statut familial : (Plusieurs réponses peuvent vous concerner)

Seul(e) Actuellement seul(e)
 Seul(e) n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e)
 Veuf / Veuve
 Divorcé(e)
 En cours de séparation

En couple Marié(e) Union libre PACS Famille recomposée

Avez-vous des enfants : Oui Non

Combien vivent-encore avec vous ?

Pour les familles recomposées : Combien d'enfants de votre conjoint(e) vivent avec vous ?

Profession : Médecin généraliste Psychiatre Autre spécialité

La thématique du suicide a-t-elle été abordée dans vos études médicales ? Oui Non

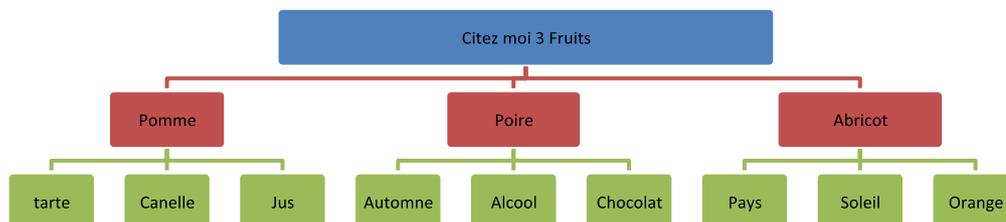
Avez-vous bénéficié d'une formation sur ce sujet depuis le début de votre activité libérale ?

Oui Non

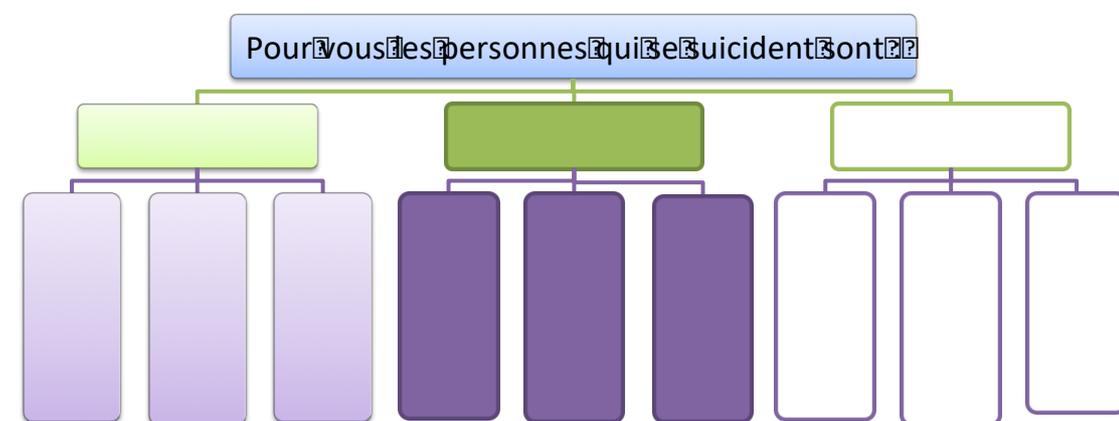
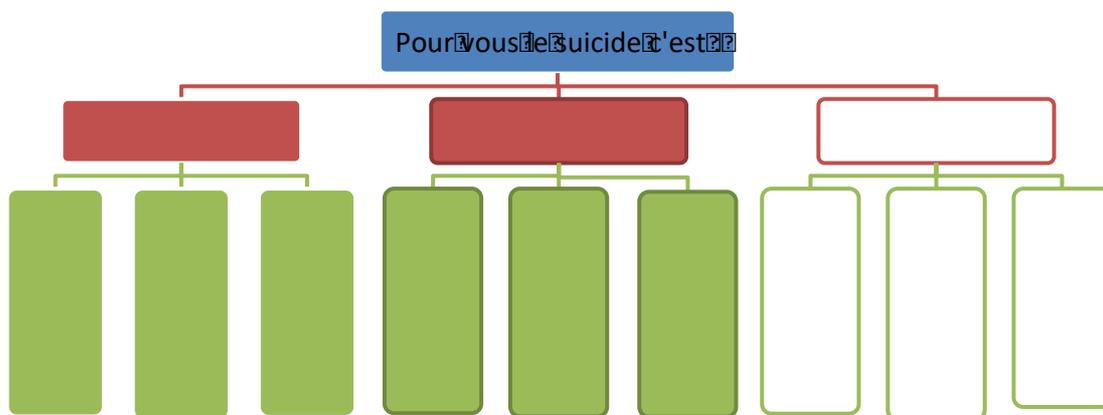
Si oui, il y a combien de temps ? _____

II / Parlons du suicide en général

1. Voici un exemple d'association de mots :



Faites la même chose à partir de la consigne suivante, en progressant ligne par ligne d'abord les premiers mots qui vous viennent puis dans un second temps la ligne en dessous.

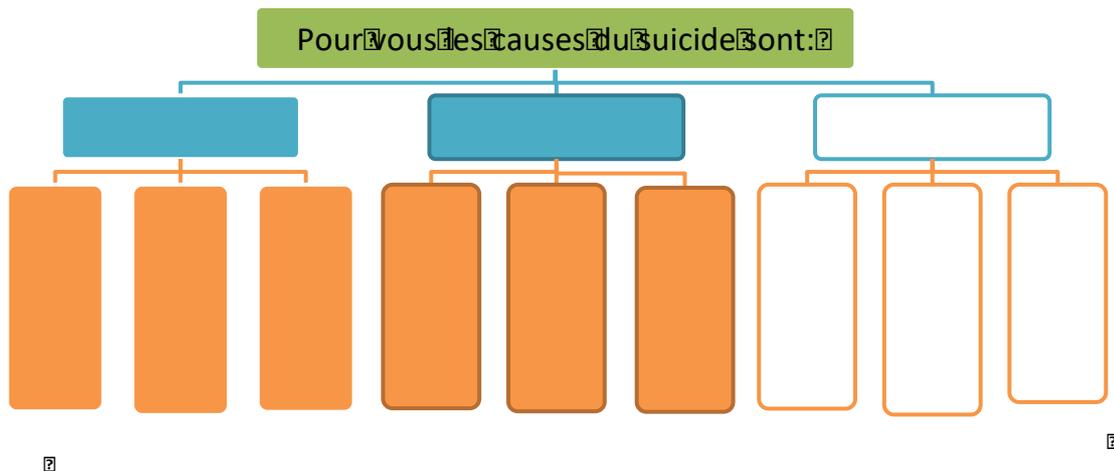


2

1

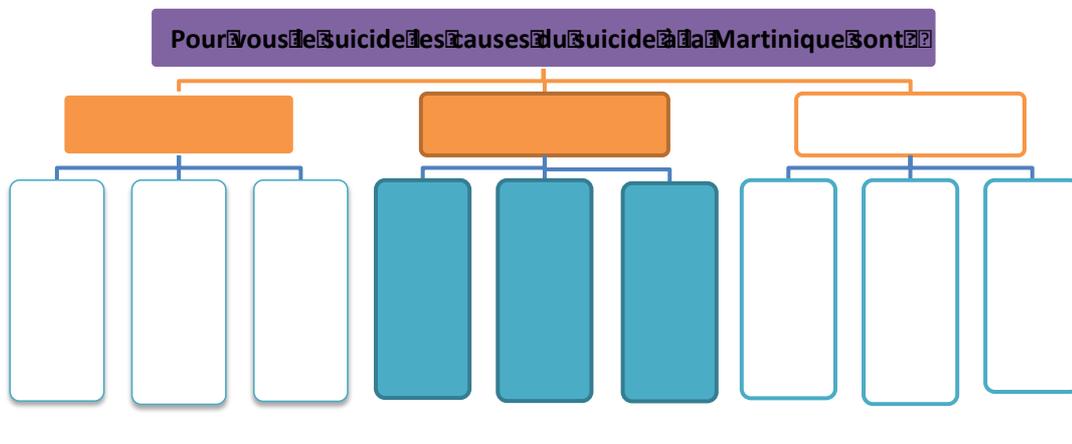
2

3



?

?



?

?

2. Remplissez le tableau suivant en faisant attention à ne pas oublier de signer (The Stigma and Suicide Scale Version Française Courte)

En général, selon vous, un individu qui se suicide est...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Pathétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliéné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superficiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immoral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4

?

Une source d'embarras	<input type="checkbox"/>				
Irresponsable	<input type="checkbox"/>				
Stupide	<input type="checkbox"/>				
Lâche	<input type="checkbox"/>				
Vengeur	<input type="checkbox"/>				
Seul	<input type="checkbox"/>				
Isolé	<input type="checkbox"/>				
Perdu	<input type="checkbox"/>				
Déconnecté	<input type="checkbox"/>				
Fort	<input type="checkbox"/>				
Courageux	<input type="checkbox"/>				
Noble	<input type="checkbox"/>				
Dévoué	<input type="checkbox"/>				
Envouté	<input type="checkbox"/>				

3. De manière générale, par rapport au suicide, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Le suicide est généralement sous-estimé dans les chiffres qu'on nous donne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La population est peu informée sur le problème du suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le suicide est la conséquence d'un mauvais sort porté sur une personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La population est peu informée des moyens de prévention du suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les personnes suicidaires sont toujours impulsives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le suicide est un péché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On ne se suicide pas beaucoup à la Martinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La religion permet de limiter le suicide	<input type="checkbox"/>				
Il ne faut pas parler de ce sujet à des personnes qui ont été touchées par le suicide d'un proche	<input type="checkbox"/>				
Les personnes qui tentent de se suicider ont toujours des idées suicidaires	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est inévitable	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est tabou	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est un droit	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est un choix raisonné	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est culturelle	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est une liberté	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est une honte	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est un échec	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est imprévisible	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est lié au climat	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est une délivrance	<input type="checkbox"/>				
Le suicide est lié aux saisons	<input type="checkbox"/>				

☐

4. Pensez-vous qu'il faut tout faire pour éviter le suicide d'une personne? (Entourez votre réponse)

☐

Pas du tout				Tout fait
1	2	3	4	5

☐

5. À quel point vous sentez-vous capable d'intervenir en face d'une personne en souffrance suicidaire? (Entourez votre réponse)

☐

Pas du tout capable				Tout fait capable
1	2	3	4	5

☐

☐

☐

☐

☐

☐

6. Sauriez-vous à qui demander de l'aide si vous-même, ou une connaissance, étiez en souffrance suicidaire ? (Entourez votre réponse)

Pas du tout capable					Tout à fait capable	
1	2	3	4	5		

7. Parmi les propositions suivantes, numérotez de 1 à 5, les aides que vous solliciteriez prioritairement si vous étiez dans un moment de crise suicidaire, et tant la première aide à laquelle vous pensez et la dernière :

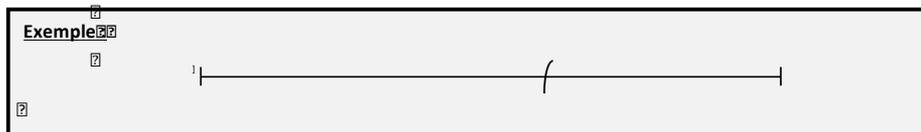
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Service d'urgence hospitalière |
| <input type="checkbox"/> Mairie/Centre Communal d'Action Sociale | <input type="checkbox"/> Prêtre, ou autre homme de foi |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Quimboiseur, Guérisseur, Chaman, Magnétiseur... |
| <input type="checkbox"/> Numéro Vert type SOS Amitié, SOS Suicide... | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) |
| <input type="checkbox"/> Numéro d'urgence type 15 (SAMU) ou 18 (Pompiers) | |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie (Hôpital ou libéral) | |

8. Pour chacune des questions suivantes, cochez la case correspondant à la réponse qui vous paraît être juste (une seule réponse possible) (Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide)

- En moyenne, combien de personnes meurent d'un suicide en France chaque année ?
 < 5.000 [5.000-10.000] [10.000-15.000] [15.000-20.000] > 20.000
- En moyenne, quelle est la proportion de femmes retrouvée parmi les victimes de suicide ?
 70% à 80% 20% à 40% 40% à 60% 60% à 80% 80% à 100%
- Le suicide est la ... cause de mortalité chez les 15-25 ans.
 1ère 2ème 3ème 4ème 5ème
- Les tentatives de suicide sont ... plus fréquentes que les suicides.
 [1-2 fois] [2-3 fois] [3-5 fois] [5-10 fois] plus de 10 fois
- En moyenne, quelle est la proportion de femmes retrouvée parmi les victimes de tentative de suicide ?
 70% à 80% 20% à 40% 40% à 60% 60% à 80% 80% à 100%
- Parmi les tranches d'âge suivantes, quelle est, en France, celle chez qui on retrouve le nombre de suicides le plus élevé (en nombre absolu) ?
 15-24 ans 25-34 ans 35-44 ans 45-54 ans 55-64 ans

9. En dessous de chacune des propositions suivantes figure, sous la forme d'un axe, une échelle allant de "Pas du tout d'accord" à "Tout à fait d'accord". Sur chacun de ces axes, faites un trait pour indiquer votre degré d'accord avec la proposition.

Plus vous êtes d'accord avec la proposition, plus votre trait devra se situer à droite sur l'axe; plus vous êtes en désaccord avec la proposition, plus votre trait devra se situer à gauche sur l'axe. (QECES)



1.	Certains comportements peuvent laisser présager un risque suicidaire, même si la personne n'en parle pas.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
2.	Il est anodin de communiquer sur le suicide. ²	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i> ²
3.	Le suicide peut parfois être lié à un phénomène d'imitation.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
4.	Quand une personne a pris la décision de se suicider, on ne peut rien faire pour l'en empêcher.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
5.	Quand une personne va mieux après une tentative de suicide, cela signifie que le risque est passé.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
6.	La couverture médiatique d'un suicide peut diminuer le risque de passage à l'acte suicidaire chez des personnes vulnérables.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
7.	Les personnes qui se suicident ou font une tentative de suicide ne cherchent que rarement une aide médicale avant de passer à l'acte.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
8.	Une personne qui a déjà fait une tentative de suicide dans le passé est plus à risque de se suicider que si elle n'en avait jamais fait.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
9.	Dans la grande majorité des cas, le suicide résulte d'un choix délibéré.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
10.	Toute personne qui se suicide aurait été diagnostiquée comme dépressive si elle avait été vue par un médecin avant son geste.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
11.	Ce qui pousse une personne à se suicider n'est pas nécessairement l'envie de mourir.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
12.	Les personnes qui parlent de suicide ne passent que rarement à l'acte.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
13.	Le suicide est le plus souvent associé à une maladie psychiatrique passée ou actuelle.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
14.	Quand une personne utilise un moyen peu dangereux pour essayer de se suicider, c'est qu'elle n'est pas vraiment déterminée.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
15.	Il existe une association fréquente entre la dépendance à l'alcool et le suicide.	<i>Pas du tout d'accord</i> _____ <i>Tout à fait d'accord</i>
16.	La plupart des personnes qui essaient de se suicider parlent au préalable de leurs intentions ou laissent des indices.	

<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
17. Avoir vécu un traumatisme expose nécessairement à des idées suicidaires.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
18. Les personnes qui essaient de se suicider et échouent ne songent pas sérieusement à mettre un terme à leur vie. Elles cherchent souvent simplement à attirer la compassion.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
19. Une personne joviale est à l'abri du suicide.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
20. Si vous demandez à une personne "Pensez-vous à vous suicider ?", cela incitera probablement cette personne à le faire.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
21. On peut aider une personne qui pense au suicide même si on n'est pas expert.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
22. La couverture médiatique d'un suicide peut augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire chez des personnes vulnérables.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
23. Le suicide ne survient que rarement sans signe d'alerte.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
24. Une personne qui se suicide souffre nécessairement d'une maladie mentale.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
25. Il est banal d'avoir des idées suicidaires : la plupart des personnes qui vivent ou ont vécu des événements difficiles (violence, chômage,...) en ont.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
26. Les personnes qui menacent de se suicider ne mettront pas leur menace à exécution. Seules les personnes qui restent silencieuses sur leur intention le feront.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
27. Il existe une prédisposition héréditaire au suicide.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
28. Une personne suicidaire aura toute sa vie des idées suicidaires.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>
29. Les idées suicidaires constituent, en elles-mêmes, un trouble psychique.		
<i>Pas du tout d'accord</i>	-----	<i>Tout à fait d'accord</i>

?

III Parlons du suicide en particulier

?

· **Connaissez-vous professionnellement des personnes ayant tenté de se suicider**

?

?

?

?

?

Oui Non

?

?

Si oui

?

Combien de personnes _____

Citez les émotions que vous avez ressenties au moment de _____

Connaissiez-vous personnellement, directement les personnes ayant tenté de se suicider ?

Oui Non

Si oui

Combien de personnes _____

Qui ? (Par exemple collègue, oncle paternel, cousin germain...) _____

Citez les émotions que vous avez ressenties au moment de _____

Connaissiez-vous professionnellement les personnes qui se sont suicidées ?

Oui Non

Si oui

Combien de personnes _____

Citez les émotions que vous avez ressenties au moment de _____

Connaissiez-vous personnellement, directement les personnes qui se sont suicidées ?

Oui Non

Si oui

Combien de personnes _____

Qui ? (Par exemple collègue, oncle paternel, cousin germain... _____

Citez les émotions que vous avez ressenties au moment de _____

Fin du questionnaire

?

Merci pour votre participation

?

NB Avis psychiatrique 24H/24 psychiatre de garde au CHUM 0696 37 30 7
Numéro de téléphone portable dédié aux professionnels uniquement

?

?

Ci-dessous, vous trouverez la fiche d'aide et d'orientation des patients en crise suicidaire à destination des médecins généralistes de Martinique,

Éditée par Inserm

?

Figure 61 : Questionnaire Médecin

Propositions	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Le suicide est généralement sous-estimé dans les chiffres qu'on nous donne	0,00%	11,76%	23,53%	23,53%	41,18%
La population est peu informée sur le problème du suicide	0,00%	0,00%	20,59%	47,06%	32,35%
Le suicide est la conséquence d'un mauvais sort porté sur une personne	76,47%	8,82%	11,76%	2,94%	0,00%
La population est peu informée des moyens de prévention du suicide	0,00%	0,00%	8,82%	47,06%	44,12%
Les personnes suicidaires sont toujours impulsives	17,65%	55,88%	11,76%	14,71%	0,00%
Le suicide est un péché	55,88%	14,71%	20,59%	5,88%	2,94%
On ne se suicide pas beaucoup à la Martinique	41,18%	17,65%	29,41%	5,88%	5,88%
La religion permet de limiter le suicide	2,94%	26,47%	29,41%	29,41%	11,76%
Il ne faut pas parler de ce sujet à des personnes qui ont été touchées par le	32,35%	41,18%	26,47%	0,00%	0,00%
Les personnes qui tentent de se suicider ont toujours des idées suicidaires	8,82%	38,24%	17,65%	26,47%	8,82%
Le suicide est inévitable	41,18%	29,41%	8,82%	5,88%	14,71%
Le suicide est tabou	11,76%	2,94%	17,65%	47,06%	20,59%
Le suicide est un droit	17,65%	5,88%	26,47%	35,29%	14,71%
Le suicide est un choix raisonné	14,71%	32,35%	41,18%	8,82%	2,94%
Le suicide est culturel	23,53%	38,24%	29,41%	8,82%	0,00%
Le suicide est une liberté	11,76%	17,65%	26,47%	29,41%	14,71%
Le suicide est une honte	38,24%	35,29%	11,76%	8,82%	5,88%
Le suicide est un gâchis	2,94%	2,94%	17,65%	32,35%	44,12%
Le suicide est imprévisible	8,82%	26,47%	11,76%	50,00%	2,94%
Le suicide est lié au climat	30,30%	24,24%	27,27%	18,18%	0,00%
Le suicide est une délivrance	17,65%	14,71%	29,41%	29,41%	8,82%
Le suicide est lié aux saisons	20,59%	14,71%	23,53%	35,29%	5,88%

Figure 62 : Tableau des connaissances générales sur le suicide

Eléments de la RS	Termes évoqués
Souffrance	Souffrance, souffrante, détresse, douleur
Traumatisme collectif	Culpabilité, drame, grave, horrible, catastrophe, désorientation, gâchis, haine, mauvais, moche, révoltant, violent, terrible
Désespoir	Désespoir, désespéré, découragé
Mort	Mort, néant
Solitude	Solitude, seul
Mal-être	
Tristesse	
Dépression	Dépression, déprimé
Incompréhension	
Abandon	
Fin	
Isolement	Isolé, isolement
Impasse	

Figure 63 : Tableau d'association de mots : RS du suicide

Éléments de la RS	Termes évoqués
Addiction	Alcool, drogues
Problème relationnel	Amour, famille, infidélité, sentimental, échec communication
Difficultés économiques	Argent, économie, chômage, pauvreté
Acculturation	Culturel, acculturation
Regard d'autrui	Regard des autres, rejet de la société, prisonnier de schémas
Détresse sociale	
Tristesse	
Dépression	Dépression, déprimé
Isolement	Isolé, isolement
Violence	

Figure 64 : Tableau d'association de mots : RS des causes

Eléments de la RS	Termes évoqués
Malheureux	Malheureux, mal-être
Désespéré	Désespéré, désespoir
Souffrance	Souffrante, souffrance, détresse
Seule	Seules, isolées
A bout	Dans une impasse, acculée
Malade	Névrose, psychotique
Faible	Faible
Déprimé	Dépression, déprimé
Fragile	Fragile
Triste	Triste

Figure 65 : Tableau d'association de mots : RS du suicidé

7. Tableaux et figures

Figure 1 : Schématisation de la crise suicidaire, Mann et al. 2005.....	11
Figure 2 : Schématisation de la crise suicidaire, Turecki et Brent, 2016.....	12
Figure 3 : Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (15-85 ans) (en %), en France et 2010 selon Beck et Al. 2011 ¹⁶	15
Figure 4 : Prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (15-75 ans) en France en 2010 selon Beck et Al. 2011 ¹⁶	17
Figure 5 : Taux de suicide standardisée selon l'âge (pour 100.000 habitants), hommes et femmes, OMS, 2012.....	19
Figure 6 : Modes de suicide en Martinique CépiDc 2012.....	21
Figure 7 : Schématisation de la structure de la RS du suicide en Bretagne, Kopp-Bigault, 2017	35
Figure 8 : Schématisation de la RS du suicide en Alsace, Kopp-Bigault, 2017.....	36
Figure 9 : Schématisation de la RS du suicide dans un échantillon de personnes formées au repérage et à l'intervention de crise suicidaire, Kopp-Bigault, 2017	37
Figure 10 : Sexe Ratio de la population répondante.....	43
Figure 11 : Répartition selon l'âge.....	44
Figure 12 : Répartition du sexe selon l'âge.....	45
Figure 13 : Situation familiale.....	46
Figure 14 : Structure familiale selon le sexe	47
Figure 15 : Répartition selon les spécialités	47
Figure 16 : Lieu de résidence	48
Figure 17 : Lieu de naissance.....	49
Figure 18 : Nombre d'enfants	50
Figure 19 : Nombre d'enfants vivant au foyer.....	51
Figure 20 : Formation sur le suicide durant les études	51
Figure 21 : Formation sur le suicide durant les études selon l'âge.....	52
Figure 22 : Formation sur le suicide durant les études selon la spécialité	52
Figure 23 : Formation sur le suicide dans le cadre de la formation continue.....	53
Figure 24 : Echelle SOSS – Stigmatisation.....	54
Figure 25 : Echelle SOSS – Isolement, dépression	55

Figure 26 : Echelle SOSS – Glorification, normalisation	56
Figure 27 : Echelle SOSS – Stigmatisation – Population sensibilisée	57
Figure 28 : Echelle SOSS – Isolement, dépression – Population sensibilisée	57
Figure 29 : Echelle SOSS – Glorification, normalisation – Population sensibilisée	58
Figure 33 : Cause de mortalité du suicide chez les 15-25 ans.....	65
Figure 34 : Fréquences des tentatives de suicide par rapport au nombre de suicides.....	66
Figure 35 : Proportion de femmes dans les tentatives de suicide.....	66
Figure 37 : Premier mythe : le suicide est un acte anodin.....	68
Figure 38 : Deuxième mythe : on ne peut pas prévoir le suicide	69
Figure 39 : Troisième mythe : il existe une cause unique de suicide	70
Figure 40 : Quatrième mythe : on ne peut rien faire contre le suicide	71
Figure 41 : Connaissez-vous professionnellement des personnes ayant tenté de se suicider.....	72
Figure 42 : Nombre de tentatives de suicide dans le cadre professionnel.....	73
Figure 43 : Connaissez-vous personnellement, directement des personnes ayant tenté de se suicider	73
Figure 44 : Nombre de tentatives de suicide dans la vie personnelle.....	74
Figure 45 : Connaissez-vous professionnellement des personnes qui se sont suicidées.....	74
Figure 46 : Nombre de suicides dans la vie professionnelle.....	75
Figure 47 : Connaissez-vous personnellement, directement des personnes qui se sont suicidées	76
Figure 49 : Représentation sociale du suicide.....	78
Figure 50 : Représentation sociale de la personne suicidée.....	79
Figure 51 : Représentation sociale des causes de suicide	80
Figure 52 : Représentation sociale des causes de suicide en Martinique.....	81
Figure 53 : Emotions face aux tentatives de suicide dans le cadre professionnel	82
Figure 54 : Emotions face aux tentatives de suicide dans le cadre personnel.....	83
Figure 55 : Emotions face au suicide dans le cadre professionnel.....	84
Figure 56 : Emotion face au suicide dans le cadre personnel	85
Figure 57 : Mythe 1 du suicide – Professionnels.....	92
Figure 58 : Mythe 2 du suicide - Professionnels.....	93
Figure 59 : Mythe 3 du suicide – Professionnels.....	94
Figure 60 : Mythe 4 du suicide – Professionnels.....	94

Figure 61 : Questionnaire Médecin	109
Figure 62 : Tableau des connaissances générales sur le suicide.....	110
Figure 63 : Tableau d'association de mots : RS du suicide	111
Figure 64 : Tableau d'association de mots : RS des causes	112
Figure 65 : Tableau d'association de mots : RS du suicidé	113

8. Bibliographie :

1. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-1239. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
2. Suicide ON du. Suicide : Connaitre pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2016.
3. Rouby T. Interview du Dr Goodfellow Benjamin. *Les Nouvelles Calédoniennes*. February 24, 2015.
4. Haute autorité de Santé. Conférence de consensus, La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000:1-31. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>.
5. Leenaars AA, Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidol Online*. 2010;1:5-18.
6. Aujard M-F. La suicidologie, un outil de gestion du comportement. *Rech Sociogr*. 2007;48(3):161. doi:10.7202/018008ar.
7. Meehan PJ. Prevention: The Endpoint of Suicidology. *Mayo Clin Proc*. 1990;65(1):115-118. doi:10.1016/S0025-6196(12)62116-8.
8. <http://www.cnrtl.fr/definition/>.
9. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-1381. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X.
10. Taylor PJ, Gooding P, Wood AM, Tarrier N. The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychol Bull*. 2011;137(3):391-420. doi:10.1037/a0022935.
11. Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, Le Naour C, Goldberg M, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. 2010:1-7.
12. Krysinska K, Martin G. The struggle to prevent and evaluate: application of population attributable risk and preventive fraction to suicide prevention research. *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39(5):548-557. doi:10.1521/suli.2009.39.5.548.
13. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, et al. Twelve Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Dir Res*

- Plan J Clin Psychiatry J Clin Psychiatry.* 2010;71(12):1617-1628. doi:10.4088/JCP.08m04967blu.
14. Turbelin C, Jehel L, Boelle P-Y, Kieffer A, Blanchon T, Flahault A. Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2008;56(5):291-292. doi:10.1016/j.respe.2008.06.124.
 15. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med.* 2014;29(6):870-877. doi:10.1007/s11606-014-2767-3.
 16. Terra JL, De P, Claude U, et al. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull épidémiologique Hebd.* 2011;47-48:488-492.
 17. Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JW, Dietrich AJ. Preventing suicide in primary care patients: The primary care physician's role. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(5):337-345. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.06.007.
 18. Adjovi A. Conduite à tenir devant un épisode dépressif caractérisé chez l'adulte en médecine générale. 2014.
 19. Ahrens B, Linden M. Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;94(2):79-86. doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb09829.x.
 20. Aarab C, Elghazouani F, Aalouane R, Rammouz I. Suivi prospectif sur 5 ans des tentatives de suicide en population clinique dans la région de Fès, Maroc. *Pan Afr Med J.* 2014;18. doi:10.11604/pamj.2014.18.321.3726.
 21. Righini NC, Narring F, Navarro C, et al. Antecedents, psychiatric characteristics and follow-up of adolescents hospitalized for suicide attempt or overwhelming suicidal ideation. *Swiss Med Wkly.* 2005;135(29-30):440-447. doi:2005/29/smw-10754.
 22. Heyerdahl F, Bjornaas MA, Dahl R, et al. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-Year prospective study. *Br J Psychiatry.* 2009;194(1):73-79. doi:10.1192/bjp.bp.107.048322.
 23. Slama F, Merle S, Ursulet G, Charles-Nicolas A, Ballon N. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among Caribbean people in the French West Indies. *Psychiatry Res.* 2011;190(2-3):271-274. doi:10.1016/j.psychres.2011.08.007.
 24. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis-Maniecka M. Gender differentiation in

- indirect self-destructiveness and suicide attempt methods (gender, indirect self-destructiveness, and suicide attempts). *Psychiatr Q.* 2014;85(2):197-209. doi:10.1007/s11126-013-9283-1.
25. Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. *Organ Mond la Santé.* 2014:89p.
 26. Mouquet M-C, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. *Revue.* 2006;488:8.
 27. Halbwachs M. *Les Causes Du Suicide.* Librairie. Paris; 1930.
 28. Gardette J. Analyse Durkheimienne du suicide : controverses méthodologiques et théoriques. *Asp Sociol.* 2001;8:50-63.
 29. Kushner HI, Sterk CE. The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion. *Am J Public Health.* 2005;95(7):1139-1143. doi:10.2105/AJPH.2004.053314.
 30. Durkheim E. Le Suicide: Etude de sociologie. *Psychol Rev.* 1898;5(4):424-426. doi:10.1037/h0069552.
 31. Pelège P. Un point de vue sociologique sur la question du suicide. *Jusqu'à la mort accompagner la vie.* 2013;115(4):13-21. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=JALMALV_115_0013.
 32. Tremel M. *Tentatives de Suicide et Suicide À Travers L'oeuvre Freudienne.*; 2008.
 33. Freud S. Sur la psychopathologie de la vie quotidienne. In: *{Œ}uvres Compl{è}tes, vol.~V.* ; 1901:73-376.
 34. Freud S. Méprises et maladroites. In: *Psychopathologie de La Vie Quotidienne.* Payot. Paris; 2001:203.
 35. Freud S. Deuil et mélancolie. *Societes.* 1916. doi:10.3917/soc.086.0007.
 36. Freud S. Totem et tabou. *{Œ}uvres compl{è}tes, vol.~XI.* 2005;(1912):189-385. doi:10.1522/cla.frs.tot.
 37. Blanchard R. *La Tentation Du Suicide Chez Les Adolescents, Symptômes, Nature, Prévention.* (Midi L presses du, ed.).
 38. Seguin M, Roy F, Buchard M, et al. *Programme de Postvention En Milieu Scolaire.*; 2004.
 39. Fauré C. *Vivre Le Deuil Au Jour Le Jour.* Albin Mich. Paris; 2003.
 40. Hanus M. Les particularités du deuil après suicide. *Études sur la mort.* 2005;127(1):49-58. doi:10.3917/eslm.127.0049.

41. Isambert FA, Moscovici S. La psychanalyse, son image, son public. *Rev Française Sociol.* 1961;2(4):328. doi:10.2307/3319763.
42. Durkheim É. Représentations individuelles et représentations collectives. *Rev Métaphysique Morale.* 1898;6(3):273-302. doi:http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html.
43. Mannoni P. *Les Représentations Sociales*. PUF. Paris; 2001.
44. Jodelet D. *Représentations Sociales : Phénomènes, Concepts et Théorie*. (PUF, ed.); 1984.
45. Abric J-C. *Pratiques Sociales et Représentations*. PUF. Paris; 1994.
46. Doise W, Richard J-F, Ghiglione R, Bonnet C. *Traité de Psychologie Cognitive*. Dunod. Paris; 1990.
47. Abric J-C. Méthodes d'étude des représentations sociales. In: *Méthodes D'étude Des Représentations Sociales.* ; 2003:3-6. doi:10.3917/puf.jodel.2003.01.0203.
48. Abric J-C. *Coopération, Compétition et Représentations Sociales*. DelVal.; 1987.
49. Monaco G lo, Lheureux F. Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'étude. *Rev électronique Psychol Soc.* 2007;1(December 2007):55-67.
50. Hjelmeland H, Knizek BL. The general public's views on suicide and suicide prevention, and their perception of participating in a study on attitudes towards suicide. *Arch Suicide Res.* 2004;8(4):345-359. doi:10.1080/13811110490476725.
51. Moscovici S, Doise W, Paicheler G. *Introduction À La Psychologie Sociale*. PUF. Paris
52. Kopp-Bigault C, Walter M, Thevenot A. The social representations of suicide in France: An inter-regional study in Alsace and Brittany. *Int J Soc Psychiatry.* 2016;62(8):737-748. doi:10.1177/0020764016675652.
53. Eshun S. Sociocultural determinants of suicide ideation: a comparison between American and Ghanaian college samples. *Suicide Life Threat Behav.* 2003;33(2):165-171. doi:10.1521/suli.33.2.165.22779.
54. Etzersdorfer E, Vijayakumar L, Schöny W, Grausgruber A, Sonneck G. Attitudes towards suicide among medical students: Comparison between Madras (India) and Vienna (Austria). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(3):104-110. doi:10.1007/s001270050029.
55. Renberg ES, Hjelmeland H, Kuposov R. Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from

- general population surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2008;38(6):661-675. doi:10.1521/suli.2008.38.6.661.
56. Gibb BE, Andover MS, Beach SRH. Suicidal Ideation and Attitudes Toward Suicide. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2006;36(1):12-18. doi:10.1521/suli.2006.36.1.12.
 57. Kocmur M, Dernovsek MZ. Attitudes Towards Suicide in Slovenia: A Cross-Sectional Survey. *Int J Soc Psychiatry.* 2003;49(1):8-16. doi:10.1177/0020764003049001537.
 58. Agnew R. The approval of suicide: A social-psychological model. *Suicide Life-Threatening Behav.* 1998;28(2):205-225. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00640.x/full>.
 59. Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(2):231-239. doi:10.1007/s00127-013-0745-4.
 60. Gagnon J, Hasking PA. Australian psychologists' attitudes towards suicide and self-harm. *Aust J Psychol.* 2012;64(2):75-82. doi:10.1111/j.1742-9536.2011.00030.x.
 61. Werth JL, Liddle BJ. Psychotherapists' attitudes toward suicide. *Psychother Theory, Res Pract Train.* 1994;31(3):440-448. doi:10.1037/0033-3204.31.3.440.
 62. Werth JL, Cobia DC. Empirically Based Criteria for Rational Suicide: A Survey of Psychotherapists. *Suicide Life-Threatening Behav.* 1995;25(2):231-240. doi:10.1111/j.1943-278X.1995.tb00922.x.
 63. Rogers JR, Gueulette CM, Abbey-Hines J, Carney J V, Werth JL. Rational Suicide: An Empirical Investigation of Counselor Attitudes. *J Couns Dev.* 2001;79(3):365-372. doi:10.1002/j.1556-6676.2001.tb01982.x.
 64. Domino G, Perrone L. Attitudes toward suicide: Italian and United States physicians. *Omega* 27. 1993;27:195-206.
 65. Anderson M, Standen PJ. Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14(5):470-477. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01106.x.
 66. Kopp-Brigault C. Etude exploratoire des déterminants psychosociaux et psychopathologiques à l'oeuvre dans les phénomènes suicidaires en Pays Centre Ouest Bretagne. Perspectives pour une prévention du suicide et des tentatives de suicide en Pays COB et en Bretagne. 2017.

67. Ambroisine J-K. Réseau suicide en Martinique : la place du médecin généraliste. 2016.
68. Massé R. Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique. *Sci Soc Sante*. 2001;19(1):44-72. doi:10.3406/sosan.2001.1512.
69. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L' Atlas de la démographie médicale en France en 2015. 2011;2015(Chapitre Ii):1-102.
70. Notredame CÉ, Porte A, Pauwels N, Danel T, Walter M, Vaiva G. Le questionnaire d'évaluation des connaissances sur le suicide (QECS). *Eur Psychiatry*. 2015;30(8):S139.
71. Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. The stigma of suicide scale: Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. *Crisis*. 2013;34(1):13-21. doi:10.1027/0227-5910/a000156.
72. Fauvet L, Jakoubovitch S, Mikol F. *Profil et Parcours Des Étudiants En Première Année Commune Aux Études de Santé*. Vol 2014.; 2014.
73. *La Démographie Médicale Dans Les DOM TOM.*; 2013.
74. Breuil-Genier P. La durée des séances des médecins généralistes. *DREES Dir la Rech des études l'évaluation des Stat*. 2006;481. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:La+durée+des+séance+des+médecins+généralistes#0>.
75. DIECCTE Martinique. *Demandeurs D'emploi Inscrits À Pôle Emploi En Martinique.*; 2017.
76. Spilka S, Cogordan C, Beck F, Richard J-B. *Baromètre Santé DOM 2014 : Les Usages de Drogues Illicites.*; 2017.

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 les soins à l'indigne 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.

NOM ET PRENOM : CASTEX Jean-Olivier

SUJET DE LA THESE : Étude ReSCU-M/ML : Représentation sociale du suicide chez les médecins libéraux en Martinique.

THESE : MEDECINE **Qualification :** Médecine Générale **ANNEE :** 2018

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2018ANTI0295

MOTS CLEFS : suicide, médecins libéraux, représentation sociale, étude qualitative

Résumé

Objectifs: L'objectif de cette étude est d'analyser les représentations sociales liées au suicide et au comportement suicidaire chez les médecins libéraux de la Martinique et d'identifier les freins et les leviers afin d'améliorer la prévention du suicide.

Méthode: Étude qualitative, analytique transversale, auprès des médecin libéraux de Martinique. Un questionnaire a été envoyé par mail via les listings de l'URML Martinique et le recueil des données a été réalisé de manière anonyme via monkeysurvey.

Résultats: L'analyse des réponses retrouve une bonne connaissance de l'épidémiologie du suicide parmi les médecins libéraux martiniquais. 52,8% de médecins a refusé de répondre à nos questions portant spécifiquement sur le suicide, ceci nous interroge sur l'existence d'un malaise face au suicide. A travers l'analyse des représentations sociales du suicide chez les médecins libéraux, des spécificités ont put être mis en évidence : l'isolement et la dépression sont peu associés au suicide en Martinique, ainsi qu'une stigmatisation des suicidés. Il ressort aussi de notre étude que, selon les médecins libéraux, le regard des autres est un facteur important pour le passage à l'acte dans notre île.

Conclusion: l'amélioration de la formation des professionnels de santé grâce à des formations prenant en compte ces spécificités locales pourraient être proposé afin de permettre aux soignants d'identifier les signes que le suicidaire peut manifester et d'écouter le malaise exprimé par le suicidant.

JURY : Président **Monsieur le Professeur Louis JEHEL**

Juges Monsieur le Professeur Serge ARFI

Monsieur le Professeur Karim FARID

Madame le Docteur Marie-Laure AUDEL
