



HAL
open science

Place du médecin généraliste dans la prévention tertiaire des tentatives de suicide chez les enfants et adolescents : étude qualitative dans le bassin grenoblois

Anna Bic, Violetta Vitale

► To cite this version:

Anna Bic, Violetta Vitale. Place du médecin généraliste dans la prévention tertiaire des tentatives de suicide chez les enfants et adolescents : étude qualitative dans le bassin grenoblois. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02932364

HAL Id: dumas-02932364

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02932364>

Submitted on 7 Sep 2020

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2020

**PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRÉVENTION TERTIAIRE DES
TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS : ÉTUDE
QUALITATIVE DANS LE BASSIN GRENOBLOIS**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Anna BIC

[Données à caractère personnel]

et Violetta VITALE

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le 04/09/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

M. le Professeur Philippe BINDER

M. le Professeur Guillaume MORTAMET

Mme le Docteur Sandrine GIGNOUX

M. le Docteur Marc DUBUC (directeur de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA
PRÉVENTION TERTIAIRE DES TENTATIVES DE
SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

THE ROLE OF THE GENERAL PRACTITIONER IN
THE TERTIARY PREVENTION OF SUICIDE
ATTEMPTS AMONG CHILDREN AND
ADOLESCENTS

Anna BIC, Violetta VITALE

Ne présentant pas de conflit d'intérêt

MeSH terms : Tentative de suicide (Suicide Attempt) /Adolescent (Adolescent)/
Médecine générale (General Practice)

Liste des enseignants



Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

| CORPS | NOM-PRENOM | Discipline universitaire |
|------------|-------------------------------|---|
| PU-PH | ALBALADEJO Pierre | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| PU-PH | APTEL Florent | Ophthalmologie |
| PU-PH | ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine | Chirurgie viscérale et digestive |
| PU-PH | BAILLET Athan | Rhumatologie |
| PU-PH | BARONE-ROCHETTE Gilles | Cardiologie |
| PU-PH | BAYAT Sam | Physiologie |
| MCF Ass.MG | BENDAMENE Farouk | Médecine Générale |
| PU-PH | BENHAMOU Pierre Yves | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | BERGER François | Biologie cellulaire |
| MCU-PH | BIDART-COUTTON Marie | Biologie cellulaire |
| PU-PH | BLAISE Sophie | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| MCU-PH | BOISSET Sandrine | Bactériologie-virologie |
| PU-PH | BOLLA Michel | Cancérologie-Radiothérapie |
| PU-PH | BONAZ Bruno | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| PU-PH | BONNETERRE Vincent | Médecine et santé au travail |
| PU-PH | BOREL Anne-Laure | Nutrition |
| PU-PH | BOSSON Jean-Luc | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | BOTTARI Serge | Biologie cellulaire |
| PR Ass.MG | BOUCHAUD Jacques | Médecine Générale |
| PU-PH | BOUGEROL Thierry | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | BOUILLET Laurence | Médecine interne |
| MCU-PH | BOUSSAT Bastien | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | BOUZAT Pierre | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| PU-PH | BRAMBILLA Christian | Pneumologie |
| PU-PH | BRAMBILLA Elisabeth | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MCU-PH | BRENIER-PINCHART Marie Pierre | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | BRICAULT Ivan | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | BRICHON Pierre-Yves | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| MCU-PH | BRIOT Raphaël | Thérapeutique-médecine de la douleur |
| MCU-PH | BROUILLET Sophie | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| PU-PH | CAHN Jean-Yves | Hématologie |
| PU-PH | CARPENTIER Patrick | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire |
| PR Ass.MG | CARRILLO Yannick | Médecine Générale |
| PU-PH | CESBRON Jean-Yves | Immunologie |
| PU-PH | CHABARDES Stephan | Neurochirurgie |
| PU-PH | CHABRE Olivier | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | CHAFFANJON Philippe | Anatomie |

| CORPS | NOM-PRENOM | Discipline universitaire |
|------------|-------------------------|---|
| PU-PH | CHARLES Julie | Dermato-vénérologie |
| MCF Ass.MG | CHAUVET Marion | Médecine Générale |
| PU-PH | CHAVANON Olivier | Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire |
| PU-PH | CHIQUET Christophe | Ophthalmologie |
| PU-PH | CHIRICA Mircea | Chirurgie viscérale et digestive |
| PU-PH | CINQUIN Philippe | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | CLAVARINO Giovanna | Immunologie |
| PU-PH | COHEN Olivier | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| PU-PH | COURVOISIER Aurélien | Chirurgie infantile |
| PU-PH | COUTTON Charles | Génétique |
| PU-PH | COUTURIER Pascal | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| PU-PH | CRACOWSKI Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PU-PH | CURE Hervé | Cancérologie |
| PU-PH | DEBATY Guillaume | Médecine d'Urgence |
| PU-PH | DEBILLON Thierry | Pédiatrie |
| PU-PH | DECAENS Thomas | Gastro-entérologie, Hépatologie |
| PU-PH | DEMATTEIS Maurice | Addictologie |
| PU-PH | DEMONGEOT Jacques | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | DERANSART Colin | Physiologie |
| PU-PH | DESCOTES Jean-Luc | Urologie |
| PU-PH | DETANTE Olivier | Neurologie |
| MCU-PH | DIETERICH Klaus | Génétique |
| MCU-PH | DOUTRELEAU Stéphane | Physiologie |
| MCU-PH | DUMESTRE-PERARD Chantal | Immunologie |
| PU-PH | EPAULARD Olivier | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales |
| PU-PH | ESTEVE François | Biophysique et médecine nucléaire |
| MCU-PH | EYSSERIC Hélène | Médecine légale et droit de la santé |
| PU-PH | FAUCHERON Jean-Luc | Chirurgie viscérale et digestive |
| MCU-PH | FAURE Julien | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | FERRETTI Gilbert | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | FEUERSTEIN Claude | Physiologie |
| PU-PH | FONTAINE Éric | Nutrition |
| PU-PH | FRANCOIS Patrice | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MCU-MG | GABOREAU Yoann | Médecine Générale |
| PU-PH | GARBAN Frédéric | Hématologie ; Transfusion |
| PU-PH | GAUDIN Philippe | Rhumatologie |
| PU-PH | GAVAZZI Gaétan | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| PU-PH | GAY Emmanuel | Neurochirurgie |
| MCU-PH | GILLOIS Pierre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | GIOT Jean-Philippe | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique |
| MCU-PH | GRAND Sylvie | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | GRIFFET Jacques | Chirurgie infantile |
| MCU-PH | GUZUN Rita | Nutrition |
| PU-PH | HAINAUT Pierre | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | HALIMI Serge | Nutrition |
| PU-PH | HENNEBICQ Sylviane | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| PU-PH | HOFFMANN Pascale | Gynécologie-obstétrique |

| CORPS | NOM-PRENOM | Discipline universitaire |
|------------|--------------------------------------|---|
| PU-PH | HOMMEL Marc | Neurologie |
| PU-MG | IMBERT Patrick | Médecine Générale |
| PU-PH | JOUK Pierre-Simon | Génétique |
| PU-PH | KAHANE Philippe | Physiologie |
| MCU-PH | KASTLER Adrian | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | KRAINIK Alexandre | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | LABARERE José | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MCU-PH | LABLANCHE Sandrine | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| MCU-PH | LANDELLE Caroline | Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH | LANTUEJOUL Sylvie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MCU-PH | LARDY Bernard | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU - PH | LE GOUELLEC Audrey | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | LECCIA Marie-Thérèse | Dermato-vénérologie |
| MCF Ass.MG | LEDOUX Jean-Nicolas | Médecine Générale |
| PU-PH | LEROY Vincent | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| PU-PH | LETOUBLON Christian | Chirurgie viscérale et digestive |
| PU-PH | LEVY Patrick | Physiologie |
| PU-PH | LONG Jean-Alexandre | Urologie |
| MCU-PH | LUPO Julien | Bactériologie-virologie |
| PU-PH | MAGNE Jean-Luc | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| MCU-PH | MAIGNAN Maxime | Médecine d'urgence |
| PU-PH | MAITRE Anne | Médecine et santé au travail |
| MCU-PH | MALLARET Marie-Reine | Hygiène hospitalière |
| PU-PH | MALLION Jean-Michel | Cardiologie |
| MCU-PH | MARLU Raphaël | Hématologie ; Transfusion |
| MCU-PH | MAUBON Danièle | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | MAURIN Max | Bactériologie-virologie |
| MCU-PH | MC LEER Anne | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| MCU-PH | MONDET Julie | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| PU-PH | MORAND Patrice | Bactériologie-virologie |
| PU-PH | MOREAU-GAUDRY Alexandre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | MORO Elena | Neurologie |
| PU-PH | MORO-SIBILOT Denis | Pneumologie |
| MCU-PH | MORTAMET Guillaume | Pédiatrie |
| PU-PH | MOUSSEAU Mireille | Cancérologie |
| PU-PH | MOUTET François | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| MCF Ass.MG | ODDOU Christel | Médecine Générale |
| MCU-PH | PACLET Marie-Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | PAILHE Régis | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | PALOMBI Olivier | Anatomie |
| PU-PH | PARK Sophie | Hématologie ; Transfusion |
| PU-PH | PASSAGGIA Jean-Guy | Anatomie |
| PR Ass.MG | PAUMIER-DESBRIERES Françoise | Médecine Générale |
| PU-PH | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| MCU-PH | PAYSANT François | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | PELLETIER Laurent | Biologie cellulaire |
| PU-PH | PELLOUX Hervé | Parasitologie et mycologie |

| CORPS | NOM-PRENOM | Discipline universitaire |
|------------|------------------------------|---|
| PU-PH | PEPIN Jean-Louis | Physiologie |
| PU-PH | PERENNOU Dominique | Médecine physique et de réadaptation |
| PU-PH | PERNOD Gilles | Médecine vasculaire |
| PU-PH | PIOLAT Christian | Chirurgie infantile |
| PU-PH | PISON Christophe | Pneumologie |
| PU-PH | PLANTAZ Dominique | Pédiatrie |
| PU-PH | POIGNARD Pascal | Bactériologie-virologie |
| PU-PH | POLACK Benoît | Hématologie |
| PU-PH | POLOSAN Mircea | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | RAMBEAUD Jean-Jacques | Urologie |
| PU-PH | RAY Pierre | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| MCU-PH | RENDU John | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH | RIALLE Vincent | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | RIETHMULLER Didier | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| PU-PH | RIGHINI Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | ROMANET Jean Paul | Ophthalmologie |
| PU-PH | ROSTAING Lionel | Néphrologie |
| MCU-PH | ROUSTIT Matthieu | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MCU-PH | ROUX-BUISSON Nathalie | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCF Ass.MG | ROYER DE VERICOURT Guillaume | Médecine Générale |
| MCU-PH | RUBIO Amandine | Pédiatrie |
| PU-PH | SARAGAGLIA Dominique | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| MCU-PH | SATRE Véronique | Génétique |
| PU-PH | SAUDOU Frédéric | Biologie cellulaire |
| PU-PH | SCHMERBER Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | SCHWEBEL Carole | Médecine intensive-réanimation |
| PU-PH | SCOLAN Virginie | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | SEIGNEURIN Arnaud | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | STAHL Jean-Paul | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales |
| PU-PH | STANKE Françoise | Pharmacologie fondamentale |
| MCU-PH | STASIA Marie-José | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | STURM Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PU-PH | TAMISIER Renaud | Physiologie |
| PU-PH | TERZI Nicolas | Médecine intensive-réanimation |
| MCU-PH | TOFFART Anne-Claire | Pneumologie |
| PU-PH | TONETTI Jérôme | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | TOUSSAINT Bertrand | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | VANZETTO Gérald | Cardiologie |
| PU-PH | VUILLEZ Jean-Philippe | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | WEIL Georges | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | ZAOUI Philippe | Néphrologie |
| PU-PH | ZARSKI Jean-Pierre | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements

Remerciements communs

À Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail, recevez, Monsieur, l'expression de notre sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Philippe BINDER,

Veillez accepter nos sincères remerciements pour l'intérêt que vous portez à notre travail. Merci pour votre présence, même à distance. C'est un honneur de vous voir siéger dans notre jury de thèse.

À Monsieur le Professeur Guillaume MORTAMET,

Veillez accepter notre profonde reconnaissance pour avoir accepté d'être membre de notre jury. Nous vous remercions pour l'attention que vous avez portée si rapidement à notre sujet alors que plutôt éloigné de votre spécialité.

Au Docteur Sandrine GIGNOUX,

Nous te remercions de prendre part à ce jury. Merci pour ta gentillesse et ton dynamisme en tant que maître de stage ! Merci pour l'animation des séminaires de qualité organisés à la fac pendant notre internat.

À notre directeur de thèse, le Docteur Marc DUBUC,

Nous vous remercions profondément d'avoir accepté de diriger notre travail. Merci pour vos précieux conseils, pour votre disponibilité, votre réactivité, votre soutien. Nous ne pouvions rêver mieux !

Aux participants et participantes de cette étude, au temps qu'ils nous ont accordés, merci.

A nos relecteurs et surtout relectrices, Thibault, Coco, Luna, Catherine, Clara, Lucie et Clémence, merci pour vos remarques pertinentes et le temps consacré à notre travail.

Remerciements de Violetta

À ma famille,

À Domi, qui me manque.

À mes parents pour m'avoir laissée tracer mon chemin, pour m'avoir soutenue pendant ses longues études et pour avoir cru en moi. Merci pour votre temps, pour votre attention précieuse et pour la liberté que vous nous avez apporté à toutes les quatre. Merci Mam' pour les relectures, pour ta patience, ton énergie, pour toutes tes petites attentions et pour ton amour. Merci Papa pour l'intérêt que tu portes au métier que j'ai choisi, pour tes encouragements avant les examens (« tu ne vas pas à l'échafaud hein ! »), pour ton humour, même un peu lourd !

À mes soeurs d'amour. Ma Coco, mon modèle, merci d'avoir toujours été là, si proche. À ma Loune, merci pour ta patience et ton aide pendant la rédaction de ce travail, merci pour ta douceur. À ma Titi, mon tigrrou, merci pour ton grain de folie, pour tes appels et tes vidéos comiques !

À Romain. Merci pour ton amour, ton soutien, ton écoute. Merci d'avoir quitté un si bel endroit pour que l'on se retrouve. Merci pour tes allers-retours à Thonon, à Chambéry, au CHU, à la gare... Je reste à Grenoble, c'est décidé ! Merci de me supporter en lendemain de gardes (et pas que), quelle patience ! Il faut que je la trouve cette médaille !

À Guigui, à Théo, vous êtes mes frères.

À mes cousins et cousines, à notre relation précieuse. À Lili, Nanou, Juju, Timou, Toto, Ninou, Beber, Tiago. À mes supers petits cousins, Siméon, Rose, Enola et Malo.

À mes oncles et tantes, à Bobby et Pascale pour tous les bons moments passés ensemble. À Maria, merci de m'avoir convaincue de choisir Grenoble, dommage que tu sois partie ! À Duccio, à Bernadette et Patrick.

À Patou et Gilbert, pour nous avoir si bien gardées, pour votre accueil dans votre belle maison. Merci pour votre générosité et votre soutien depuis de longues années.

À Mémé, j'aurai été si fière que tu puisses me voir déguisée dans ma toge ! À Elodie, merci de m'avoir accueillie pendant deux étés à Paris. À Papi Robert, mamie Yvette et Aldo que je n'ai malheureusement pas connu.

À mes amis,

À Méline et Lucie, mes précieuses amies. Merci d'être encore prêt de moi aujourd'hui. À David, merci pour ta générosité, merci de m'avoir hébergée tant de fois à Reims et ce n'est pas fini !...

À Olivier et Margaux, je suis fière d'être votre témoin. À Romain M, pour les discussions pendant tous ces trajets Paisy-Reims. À Benoit, Teuteu, Carole, merci pour ces années d'internat au lycée !

À Mélanie, Pauline L, Pauline V, Souha, Pauline J et Pierre pour cette fameuse première année, sans vous ça ne l'aurait jamais fait !

À Camille E, heureusement que je t'ai trouvé ! Merci pour ces heures de révision, pour tous les petits plats, pour ton accueil, pour ta folie et ton optimisme ! À Marine, à Anne-So. Merci pour ce voyage inoubliable. À Baptiste, Nacim, Marion, James, Loulou, Célie, PA, Rémi et j'en oublie, merci pour toutes ces soirées !

Aux pachas. À Fifou, un coloc' en or, merci de m'avoir fait rire quotidiennement pendant ces deux années. À Coco, merci pour ta délicatesse. À Alice, à Eva, merci pour votre amitié, vous m'avez beaucoup aidé. À Alex, pour ton détachement permanent, y compris pendant les concours blancs ! La D4, je ne l'aurai jamais imaginé sans vous !

À ces belles rencontres de l'internat. À Mimi et Aude, merci pour ce premier semestre, pour les soirées de rires et pour ce beau périple à cheval. Merci à Quentin, Cassandre, Zoé et Flo

pour les soirées jeux. À Gaëlle H, Hélène, Juliette, Pauline, Marine et Fanny pour les rigolades aux urgences. À Gaëlle B, Cindy et Florentin, sans vous, ces 6 mois auraient été longs ! À Marjo, Hélène K, Hugo et Beber, c'était trop cool avec vous !

À Daria. Merci à Isa et Nico de m'avoir rendue marraine.

À mes maîtres de stage,

À Béré, Claudine, Marie-Hélène. Aux urgentistes du CHU. À toi Clara pour ton savoir, ton humour et ton amitié. À Noémie, Charlotte et Camille qui m'ont fait découvrir la médecine d'un autre oeil, celui que je préfère. Merci pour votre bienveillance. À toute l'équipe de l'Arlequin, en particulier à l'équipe Vercors que je vais rejoindre prochainement ! Au Dr Giraud, au Dr Marcel et au Dr Lado. À Jacques, à Iris et à Françoise. À tous les infirmiers, infirmières, aides soignants, aides soignantes, psychologues, neuropsychologues, orthophonistes, cadres, secrétaires et assistantes sociales que j'ai pu rencontrés pendant mes stages, vous m'avez beaucoup appris.

À **Anna**, quelle chance j'ai eu de te rencontrer ! Merci d'avoir rejoint ce projet, merci pour ton dynamisme, ton efficacité et ton optimisme ! Cette thèse, avec toi, je n'ai pas eu le temps de m'en lasser !

Et aux patients qui m'ont fait et qui continuent de me faire grandir.

Remerciements de Anna

D'abord, merci à Violetta d'avoir été une co-thésarde formidable, toujours motivée et jamais à court d'idées pour progresser. Merci aussi d'avoir gardé ta bonne humeur, en toute circonstance. Moi qui craignais ce travail de thèse, tu en as fait une belle (et joyeuse) aventure. Je suis heureuse d'avoir fait ce bout de chemin avec toi.

A mes parents, pour votre soutien et votre amour durant toutes ces années. Merci de m'avoir toujours encouragée, rassurée et de m'avoir transmis votre curiosité et votre passion pour la montagne. Je vous dois l'équilibre que j'ai trouvé aujourd'hui.

A Agathe et Clémence, pour mon enfance heureuse à vos côtés, et pour les beaux moments que l'on partage. Des vagues à la montagne, une bière jamais très loin (un de nos plus grands points communs !), c'est toujours un joyeux bazar quand on se retrouve toutes les trois !

A Grand père et Laurence, de m'avoir donné le gout de la médecine et de m'avoir accompagnée pendant ces années. Et merci à Maryline, d'être un soutien indéfectible.

A Anne Lise, merci d'être présente depuis toujours. Je n'aurais pu rêver d'une meilleure amie pour grandir et m'épanouir.

A Fanny, tout simplement d'être une si bonne amie. Je sais que tu es toujours là, dans les meilleurs moments comme dans les moins bons.

A Alain, de m'avoir tant fait rire. Tout était plus joyeux quand tu étais là.

A Carine, pour ton amitié qui m'est si chère. Merci d'être ma meilleure partenaire depuis la P2, mes années médecines auraient eu moins de couleurs sans toi. Je suis fière du chemin qu'on a parcouru.

Et au Club des sept : Marie, Julie, Cassou, Hélène et Elise, d'être des copines fabuleuses !
Merci pour tous nos beaux moments, nos vacances (  puisantes !!), nos folles soirées, et tous ceux à venir.

A Marielle et Marie, pour votre soutien et votre amitié depuis le début de la P1, sans lesquels je ne serais probablement pas arrivée jusqu'ici.

A Ramzi, pour ta présence depuis 10 ans, qui compte beaucoup. Pour rien au monde je ne manquerais nos diners, éternellement pluvieux (mais heureux !)

A El  , de toujours m'écouter et toujours me faire rire. J'ai h  te de te retrouver dans mon quotidien grenoblois, la vie est plus ennuyeuse sans toi !

A Linette, d'avoir été ma merveilleuse acolyte pendant nos 6 mois d'Erasmus. Madrid restera pour moi le berceau de notre amitié.

A Luce, Manon et Céline : pour nos discussions passionnées, nos rires, nos randonnées hiver comme été. Pourvu que continuent nos soirées du mardi, tant que l'on pourra danser !

A Camille, pour nos précieux moments toutes les deux, notre amour partagé de la montagne, et nos prouesses sportives.

Aux copains de l'externat : Chouff, Margaux, Fanny, Barry, Rémi, Hugo, Pili, Paul Emile, Curt, Arnaud et tous les autres. Comment imaginer de meilleurs copains d'aventure. J'ai h  te des prochaines à venir.

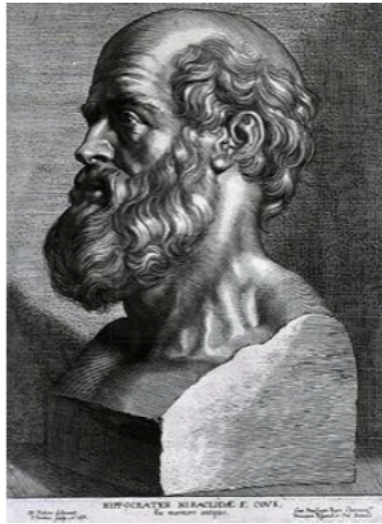
Et aux copains de l'internat : Laure, Gaby, Florent, Hugues, Greg, Nico, Pauline, et les autres. Autour d'une bière ou en montagne, j'ai travers   avec vous joyeusement et sereinement mes années d'internat.

A Ambre et Matthew : merci d'avoir été mes héros pendant notre semestre hivernal. Je suis toujours impatiente de nos retrouvailles autour d'une bière.

A tous les médecins que j'ai rencontrés pendant mon internat, et qui m'ont donné le gout de la médecine générale : Agnès, Alix, Timothée, Sandrine, Mélanie, Estelle et Marie-Anne.

Et surtout, merci à Thibault de me rendre heureuse et de me donner confiance en moi. La vie est belle à tes côtés. Je suis impatiente de tous les projets, les voyages et les journées ensoleillées qui nous attendent.

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Table des matières

| | |
|---|-----|
| <i>Liste des enseignants</i> | 3 |
| <i>Remerciements</i> | 7 |
| Remerciements communs | 7 |
| Remerciements de Violetta | 8 |
| Remerciements de Anna | 11 |
| <i>Serment d'Hippocrate</i> | 14 |
| RÉSUMÉ | 17 |
| ABSTRACT | 18 |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS | 19 |
| INTRODUCTION | 20 |
| MATÉRIELS ET MÉTHODES | 22 |
| RÉSULTATS | 23 |
| 1. Population | 23 |
| 2. Caractéristiques des enfants et adolescents | 24 |
| 3. Les tentatives de suicide..... | 24 |
| 4. Suivi des enfants et adolescents par les MG..... | 25 |
| 5. Autres intervenants du suivi des enfants et adolescents après une TS..... | 26 |
| 6. Place du MG dans le suivi post TS..... | 27 |
| DISCUSSION | 29 |
| 1. Discussion des résultats | 29 |
| 1.1. Comparaison des résultats aux données de la littérature..... | 29 |
| 1.2. Principaux freins et perspectives..... | 30 |
| 2. Limites et forces de l'étude..... | 32 |
| 2.1. Limites..... | 32 |
| 2.2. Forces | 33 |
| CONCLUSION | 34 |
| BIBLIOGRAPHIE | 36 |
| Annexes | 39 |
| Annexe 1 : Définitions..... | 39 |
| Annexe 2 : Formulaire de consentement et d'information | 40 |
| Annexe 3 : Grille d'entretien..... | 44 |
| Annexe 4 : Verbatims médecins généralistes | 45 |
| Annexe 5 : Arbre thématique : Caractéristiques des enfants et adolescents | 115 |
| Annexe 6 : Arbre thématique : Les tentatives de suicide..... | 116 |
| Annexe 7 : Arbre thématique : Suivi des enfants et adolescents par les MG | 117 |

| | |
|---|------------|
| Annexe 8 : Arbre thématique : Autres intervenants du suivi des enfants et adolescents après une TS..... | 118 |
| Annexe 9 : Arbre thématique : Place du médecin généraliste dans le suivi des enfants et adolescents après une TS..... | 119 |
| Annexe 10 : Tableau de codage | 120 |
| Annexe 11 : Figures..... | 130 |
| Annexe 12 : Test TSTS Cafard..... | 132 |
| Annexe 13 : BITS Test | 133 |
| Annexe 14 : Liste non exhaustive des structures en lien avec la prévention du suicide chez les enfants et adolescents..... | 134 |

**PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRÉVENTION TERTIAIRE DES
TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS**

RÉSUMÉ

Introduction Le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les adolescents. A 17 ans, plus d'un jeune sur dix a déjà pensé au suicide. Les réitérations de passage à l'acte sont nombreuses et interviennent rapidement après une première tentative de suicide. En France, il existe une réelle difficulté d'accès aux soins de pédopsychiatrie. Le médecin généraliste doit donc prendre place dans le suivi des jeunes patients en souffrance. L'objectif de notre étude est de déterminer le rôle du médecin généraliste dans la prévention tertiaire des tentatives de suicide chez les enfants et adolescents.

Matériels et méthodes Étude qualitative réalisée à l'issue d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes du bassin grenoblois.

Résultats La majorité des médecins généralistes interrogés trouvaient leur place dans le suivi des enfants et adolescents en souffrance. Le lien de confiance établi entre le jeune patient et son médecin facilitait la prise en charge. La nécessité d'être aidé par des spécialistes semblait indispensable pour assurer le suivi. La difficulté d'accès aux soins spécialisés et le défaut de lien avec les professionnels de la santé mentale étaient les principaux freins. Le manque de formation et le manque de temps ont aussi été rapportés comme obstacle au suivi de ces patients.

Conclusion Le médecin généraliste a toute sa place dans la prévention tertiaire des tentatives de suicide des enfants et des adolescents et la revendique. Un travail de collaboration avec les acteurs des soins psychiques est essentiel pour guider et soutenir le médecin généraliste.

MOTS CLÉS : Tentative de suicide, Adolescent, Médecine générale

**THE ROLE OF THE GENERAL PRACTITIONER IN THE TERTIARY
PREVENTION OF SUICIDE ATTEMPTS AMONG CHILDREN AND
ADOLESCENTS**

ABSTRACT

Introduction Suicide is the second leading cause of death among adolescents. By the age of 17, more than one in ten young people have already thought about suicide. The repetitions of act are numerous and occur quickly after a first suicide attempt. In France, there is a real difficulty of access to child psychiatry care. The general practitioner must therefore be involved in the follow-up of young patients in distress. The aim of our study is to determine the role of the general practitioner in the tertiary prevention of suicide attempts in children and adolescents.

Methods Qualitative study carried out following semi-directed individual interviews with 11 general practitioners in the Grenoble area.

Results The majority of the general practitioners interviewed found their place in the follow-up of children and adolescents in distress. The bond of trust established between the young patient and his doctor facilitated the care. The need to be helped by specialists seemed indispensable to ensure follow-up. Difficult access to specialist care and lack of links with mental health professionals were the main obstacles. Lack of training and lack of time were also reported as barriers to follow-up for these patients.

Conclusion The general practitioner has a full role to play in the tertiary prevention of suicide attempts by children and adolescents, and claims it. Collaborative work with those involved in psychological care is essential to guide and support the general practitioner.

MeSH terms : Suicide attempt, Adolescent, General Practice

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BITS : Brimades Insomnies Tabac Stress

CASM : Centre Ambulatoire de Santé Mentale

CATTP : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre médico psychologique

CNIL : Comité national de l'Informatique et des Libertés

CPE : Conseiller principal d'éducation

CTAI : Centre thérapeutique Ambulatoire Intensif

DPO : Délégué à la Protection des Données

HDJ : Hôpital de jour

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

TCA : Trouble du comportement alimentaire

TDA : Trouble de déficit et de l'attention

TS : Tentative de suicide

INTRODUCTION

Il n'existe pas de définition consensuelle de la tentative de suicide (TS). Il s'agit toujours d'un diagnostic rétrospectif, issu d'une reconstruction : c'est lorsqu'un suicide n'a pas été fatal qu'il est possible de dire après coup qu'il s'agissait d'une tentative. Selon le Collège Français de Psychiatrie, il s'agit de tout acte délibéré visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique (1).

A l'échelle mondiale, le suicide correspond à 1,4% des décès (2). L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son rapport sur la prévention du suicide en 2014 souligne que « toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours. Aucune région ni aucune tranche d'âge ne sont épargnées ». En France, 8885 suicides ont été enregistrés en 2014 (3). Bien qu'il existe une diminution du taux de suicide entre 2003 et 2014, la France présente, au sein des pays européens, un des taux de suicides les plus élevés derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique (3).

Chez les adolescents, le suicide correspond à la deuxième cause de mortalité, après les accidents de la voie publique (2). En France, chez les 15-24 ans, il correspond à 16% du total des décès (3). Une enquête nationale réalisée en 2017 a montré que plus d'un jeune de 17 ans sur dix avait déjà pensé au suicide dans les 12 derniers mois. Par ailleurs, près de 3% des adolescents de 17 ans rapportaient avoir déjà fait une TS ayant nécessité une hospitalisation. Une hausse significative des TS a été observée chez les filles seulement, entre 2011 et 2017 (4). Chez les adolescents, la majorité des TS est réalisée par des filles (4, 5) alors que chez l'enfant il n'est pas retenu de différence particulière quant au sexe (6). Le moyen le plus utilisé est l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) (5, 6, 7, 8). Après un premier geste suicidaire, une nouvelle TS survient dans près de 40 % des cas, dont 70% dans les 3 premiers mois (9).

L'accès aux soins de pédopsychiatrie en France souffre d'un manque structurel. Les capacités hospitalières d'accueil à temps plein sont limitées (10) et en région Rhône-Alpes, il faut en moyenne 2 mois d'attente avant d'obtenir un premier rendez-vous dans un Centre Médico-Psychologique (CMP)(11). Par ailleurs, le nombre de pédopsychiatres en France a été divisé par deux entre 2007 et 2016 (12).

Ces données suggèrent que le médecin généraliste doit fréquemment prendre place dans le suivi des enfants et adolescents en souffrance, faute d'un accès suffisant à des soins spécialisés. Chez les adultes, il est identifié comme le professionnel étant le plus consulté pour des motifs psychologiques (13). Chez les adolescents, une enquête nationale suisse a montré que plus de 75% des 15-20 ans consultent leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année (14). Ceux présentant une souffrance psychologique consulteraient plus souvent mais pour des motifs somatiques (15). Par ailleurs, les généralistes voient en moyenne un adolescent par jour (16).

Au vu de ces éléments, la place du médecin généraliste dans la prévention primaire du suicide de l'adolescent a suscité ces dernières années de nouvelles recherches. En France, le dépistage en soins primaires repose sur le BITS test (Brimades Insomnies Tabac Stress) (17) basé sur quatre questions simples. Cependant, concernant la position du médecin généraliste après une tentative de suicide, les études sont peu nombreuses. Les termes de tentative de suicide, de prévention tertiaire et d'adolescence sont définis en *annexe 1*.

L'objectif de notre étude est de déterminer la place du médecin généraliste dans la prévention tertiaire des tentatives de suicide chez les enfants et adolescents.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à l'issue d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes du bassin grenoblois. La méthodologie de l'étude utilise une approche phénoménologique, elle se base sur l'expérience du médecin face à une tentative de suicide d'enfant ou d'adolescent. Dans cette méthode, les données subjectives rapportées par les médecins constituent le matériel qui est analysé.

L'échantillon a été établi à partir d'une liste de médecins traitants d'enfants et d'adolescents hospitalisés aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble pour tentative de suicide de mai 2017 à avril 2018. Les autres médecins ont ensuite été recrutés par chaînage.

Ont été inclus des médecins généralistes du bassin grenoblois, confrontés à une tentative de suicide d'un de leur patient enfant ou adolescent avec une limite supérieure d'âge de 19 ans. Les consentements des participants ont été recueillis après information sur les modalités d'enregistrement et de consultation des données, par un formulaire écrit avant chaque entretien (*annexe 2*). A chaque participant, il a été proposé oralement de relire, de modifier et de valider ses verbatims et de lui remettre les résultats de l'étude.

Les données ont été recueillies dans des lieux préalablement définis avec les participants, le plus souvent le lieu d'exercice des médecins. Les entretiens semi-dirigés menés en face à face, de manière individuelle, ont été réalisés à l'aide d'une grille d'entretien, inspirée des données bibliographiques (*annexe 3*). Afin d'évaluer la compréhension et la pertinence des questions, la grille d'entretien a été testée une fois au préalable avec un "médecin test" sans en inclure l'analyse dans l'étude. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits par écrit. Les inclusions se sont poursuivies jusqu'à suffisance des données sur l'analyse conformément aux critères méthodologiques COREQ en recherche qualitative. Après une relecture avec support audio permettant des corrections si nécessaire, les verbatims ont été analysés indépendamment par chaque investigatrice via le logiciel "Nvivo12". Une mise en commun des analyses selon la technique de triangulation des données a été réalisée. Après analyse, les données ont été anonymisées.

Un accord de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) via le DPO (Délégué à la Protection des données) a été obtenu.

RÉSULTATS

1. Population

Nous avons réalisé des entretiens avec 11 médecins généralistes (MG) (*annexe 4*). A partir du recueil des urgences pédiatriques du CHU de Grenoble, nous avons obtenu une liste de 32 médecins généralistes. Dans cette liste nous sommes parvenues à contacter 23 médecins, dont 4 ont accepté de participer à notre étude. Le reste du recrutement s'est fait par chainage. Les entretiens ont duré en moyenne 16 minutes.

Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

| | Sexe | Age | Lieu d'exercice | Mode d'exercice | Formation en psychiatrie | Durée entretien |
|------|-------|-----|-----------------|---|--|-----------------|
| MG1 | Femme | 40 | Urbain | Salarié. Centre de santé | Pas de formation spécifique | 10 min |
| MG2 | Femme | 40 | Urbain | Salarié. Centre de santé | Pas de formation spécifique | 23 min |
| MG3 | Femme | 42 | Urbain | Libéral. Maison de santé | Stage en psychiatrie durant l'externat | 22 min |
| MG4 | Femme | 46 | Urbain | Libéral. Cabinet de groupe | Journées de formation dans le cadre de la formation continue | 15 min |
| MG5 | Femme | 46 | Urbain | Salarié. Centre de santé | Pas de formation spécifique | 11 min |
| MG6 | Femme | 51 | Urbain | Libéral. Cabinet de groupe | Pas de formation spécifique | 15 min |
| MG7 | Homme | 53 | Rural | Libéral. Cabinet seul | Pas de formation spécifique | 20 min |
| MG8 | Homme | 61 | Rural | Libéral. Cabinet seul. | Journées de formation dans le cadre de la formation continue | 11 min |
| MG9 | Femme | 64 | Rural | Libéral. Cabinet de groupe | Pas de formation spécifique | 20 min |
| MG10 | Homme | 35 | Urbain | Libéral. Cabinet de groupe. Pôle de Santé | Pas de formation spécifique | 9 min |
| MG11 | Homme | 50 | Semi rural | Libéral. Cabinet de groupe | Journées de formation dans le cadre de la formation continue | 15 min |

Cinq méta-thèmes ont été dégagés lors de l'étude, après analyse des verbatims : les caractéristiques des enfants et adolescents, les tentatives de suicide, le suivi des enfants et adolescents par les MG, les autres intervenants du suivi après une TS et la place du MG dans le suivi post TS (*annexes 5,6,7,8, 9 et 10*).

2. Caractéristiques des enfants et adolescents

Les médecins que nous avons interrogés avaient tous suivi au moins un adolescent ou enfant après une tentative de suicide. Les patients dont il a été question au cours des entretiens étaient âgés de 8 à 19 ans et la majorité étaient des filles.

Tous les médecins interrogés ont évoqué des difficultés au sein de la famille de leur patient, notamment des conflits entre les parents, des divorces ou séparations : « *C'est souvent des situations complexes, où il intervient soit des ruptures familiales, des parents séparés, c'est souvent ça* » (MG8). Quelques médecins ont aussi rapporté des antécédents psychiatriques familiaux. Le niveau socio-éducatif des parents était varié. Des antécédents de violence ont été repérés pour plusieurs des jeunes patients, notamment verbales (y compris du racisme), physiques, sexuelles et parfois intra familiales.

La majorité des adolescents avait déjà été suivi pour des syndromes dépressifs ou des troubles anxieux : « *Surtout une anxiété majeure quoi... C'était surtout l'anxiété qui était le plus important chez elle* » (MG6). Trois d'entre eux avaient déjà fait une TS connue par le médecin généraliste. La notion de difficultés scolaires est revenue dans de nombreux entretiens (absentéisme, changement d'établissement, interruption scolaire) : « *du coup il y a eu un énorme absentéisme* » (MG2).

Sur le plan somatique, plusieurs des adolescents étaient suivis par leur MG pour des pathologies chroniques.

3. Les tentatives de suicide

La plupart des TS ont été réalisées par IMV, les autres par phlébotomie ou défenestration. Le motif de la TS était rarement connu par les médecins généralistes.

La plupart des jeunes patients ont été vus en consultation aux urgences après leur tentative de suicide. Plusieurs ont été hospitalisés ensuite mais ça n'a pas été le cas systématiquement. Pour certains des adolescents, la tentative de suicide n'a pas conduit à un passage aux urgences. Dans ces cas-là, le médecin généraliste était le premier intervenant à prendre en charge le patient après son geste. « *En fait il a été amené par sa maman en consultation [...] en urgence, pour tentative de suicide à l'école* » (MG4). Dans ces situations, le comportement des MG différait d'un entretien à l'autre. Un des médecins déclarait avoir envoyé son patient aux urgences et un autre disait ne pas l'avoir fait hospitaliser : « *Donc moi ce que j'ai fait le soir c'est que je l'ai envoyé directement aux urgences* » (MG4) ; « *Le fait est c'est que là on était quand même après la bataille et que je ne l'ai pas faite hospitaliser* » (MG7).

Après la tentative de suicide, le délai avant que le médecin généraliste en soit informé était variable, allant de 24h après le geste à plusieurs mois plus tard. Dans toutes les situations évoquées, le médecin n'a pas été informé du geste directement par l'adolescent ou l'enfant. En général, c'étaient les parents qui prévenaient le MG, ou bien ils recevaient un courrier des urgences : « *Je crois que c'est la maman qui me l'avait amené* » (MG9).

4. Suivi des enfants et adolescents par les MG

Tous les médecins que nous avons interrogés, sauf un, connaissaient l'adolescent ou l'enfant avant sa TS. La plupart d'entre eux les suivaient depuis leur enfance : « *Parce que oui bien souvent ce sont des jeunes [...] que l'on voit depuis leur petite enfance. Voire leur naissance* » (MG11). Le suivi était plus ou moins régulier selon les patients, mais la plupart du temps, ils consultaient pour des motifs somatiques.

Tous les médecins sauf un décrivaient avoir repéré un mal être de l'adolescent avant la TS : « *Elle ressentait un mal être, avec la manifestation, l'expression de sentiment d'abandon* » (MG11). Ce mal être était rarement exprimé directement lors des consultations, mais connu souvent par le biais des parents ou du retentissement sur la scolarité, parfois par des courriers d'hospitalisation ou de consultation chez des spécialistes. Chez plusieurs des patients, il s'exprimait par des troubles du comportement, type conduites addictives, troubles du comportement alimentaire ou mises en danger : « *dans cette auto-destruction, on voyait le*

syndrome dépressif » (MG3) ; « *mais il y a quand même le cannabis, alors est-ce que c'est effectivement son médicament à elle aussi* » (MG5).

Dans les suites de la TS, presque tous les médecins ont déclaré avoir suivi leur patient de manière régulière. En général, même si le motif de consultation était somatique, le mal être exprimé par les patients était au centre de la consultation : « *Des fois il en jouait un peu, il avait mal au ventre pour rester chez lui* » (MG4).

Presque tous les médecins étaient en lien étroit avec au moins un des parents. Ceux-ci se tournaient fréquemment vers le MG au cours du suivi, parfois pour avoir leur avis sur la prise en charge spécialisée effectuée en parallèle : « *Et sur ce, j'avais eu après le papa qui avait fini par m'appeler aussi, qui était désireux de savoir un peu ce que moi j'en pensais* » (MG3).

5. Autres intervenants du suivi des enfants et adolescents après une TS

Tous les médecins interrogés nous ont déclaré avoir accompagné leur patient parallèlement à un suivi spécialisé, même si celui-ci était parfois très ponctuel. Le suivi par des psychiatres ou des psychologues se faisait parfois au sein d'un CMP. Tous les médecins ont évoqué leurs difficultés à communiquer avec les différents professionnels de la santé mentale : « *Oui, c'est compliqué, nos relations sont pas très fluides* » (MG5). La plupart des médecins déclaraient adresser leur patient avec un courrier, ou bien en envoyant un mail ou en téléphonant. Hormis dans certaines situations, où les médecins généralistes connaissaient personnellement les spécialistes, ils n'avaient que très peu de retour au cours du suivi de leurs patients : « *mais c'est vrai que ben, ils nous font pas de retour quoi* » (MG2). Cependant, après un passage aux urgences ou une hospitalisation, les médecins recevaient la plupart du temps un courrier.

Les établissements scolaires ont aussi une place importante dans le quotidien des enfants/adolescents. Des difficultés scolaires ont été signalées pour la plupart des adolescents/enfants évoqués dans nos entretiens. Celles-ci pouvaient être à l'origine, ou bien la conséquence de retentissements psychologiques conduisant à une tentative de suicide. Plusieurs des médecins interrogés ont évoqué la place de différents intervenants scolaires dans l'accompagnement de leurs jeunes patients, principalement les Conseillers Principaux

d'Éducation (CPE) et Infirmier(e) Diplômé(e) d'État (IDE). Plusieurs des médecins ont déclaré avoir été directement en contact avec ces intervenants, le plus souvent les infirmier(e)s scolaires : « *Souvent... Oui j'ai eu les infirmières scolaires, les CPE aussi* » (MG8). L'intervention de travailleurs sociaux a été aussi évoquée plusieurs fois au cours des entretiens. Cependant, le secret médical pouvait constituer un frein à l'échange d'informations : « *Donc non et quand le collègue a appelé j'ai écouté ce qu'ils m'ont dit mais j'ai pas donné d'information, parce qu'on a pas à rompre le secret avec le collègue ou alors il faut que ce soit le médecin scolaire* » (MG3).

6. Place du MG dans le suivi post TS

La plupart des médecins interrogés ont déclaré trouver leur place dans le suivi des enfants/adolescents après une TS : « *Je pense que c'est complètement notre rôle* » (MG10) ; « *Donc oui oui je pense qu'on a tous un rôle à jouer dans la prise en charge de ces ados* » (MG2). La principale raison évoquée était le lien de confiance que les médecins avaient noué avec leurs jeunes patients, qu'ils suivaient souvent depuis l'enfance : « *Enfin t'as un vrai relationnel avec les enfants quand tu les connais depuis qu'ils sont petits* » (MG4). Ainsi qu'ils le constataient, les enfants/adolescents en souffrance ont plus de facilité à se confier à leur médecin généraliste, plutôt qu'à des spécialistes qu'ils ne connaissent pas : « *Donc j'ai l'impression qu'ils viennent plus facilement se confier à moi, qu'ils vont se confier à un médecin étranger* » (MG6). Il en est de même du lien avec les familles. De nombreux MG ont déclaré suivre l'ensemble de la famille et particulièrement les parents qui se tournaient ainsi souvent vers eux après la TS de leur enfant : « *j'étais la personne soutien parce que moi je suis restée en confiance et en lien avec eux* » (MG3). Cependant, ce lien souvent étroit avec les patients et leur famille rendait souvent le suivi difficile sur le plan émotionnel. Pour quelques médecins, ce lien fort préexistant pouvait constituer un frein au suivi après une TS. Ceux-ci disaient se sentir trop proches voire trop impliqués dans le suivi familial pour suivre l'enfant ou l'adolescent après un tel geste.

Tous les MG ont évoqué la nécessité d'être aidé par des spécialistes pour assurer ce suivi : « *Il faut qu'on soit soutenus. On n'est pas, enfin voilà on n'est pas pédopsychiatres et on a besoin d'avoir du relais...* » (MG2). Les MG estimaient ne pas se sentir compétents pour

introduire seuls un traitement médicamenteux chez des jeunes patients. Ils pouvaient le faire après avoir pris un avis spécialisé : « *Donc euh, ma ligne de conduite chez les adolescents c'est pas de benzo, pas d'antidépresseur sans avis psychiatrique* » (MG3). Certains d'entre eux disaient prescrire parfois des antidépresseurs chez des adolescents plus grands.

Deux des médecins ont dit ne pas trouver leur place dans le suivi d'un enfant/adolescent après une TS. Ceux-ci ne se sentaient pas compétents pour prendre en charge ces patients, et préféraient passer la main à des spécialistes : « *Heum.... Pas forcément [...] J'ai peut-être pas le profil, des médecins de famille ou des généralistes particulièrement connus psychiatres* » (MG8).

Le principal obstacle au suivi d'enfants/adolescents après une TS évoqué par les MG, était le manque de lien avec les spécialistes de la santé mentale : « *Oh on n'a jamais un très bon réseau hein... Pff... c'est compliqué* » (MG7). Ils ont relevé la difficulté d'obtenir des rendez-vous, ou même des avis, du fait d'un manque structurel dans notre région. Presque tous les médecins décrivaient une souffrance vis à vis du manque de communication avec ces spécialistes durant le suivi de leur patient. Nombreux ont déclaré se sentir seuls ou démunis dans le suivi de ces patients : « *Je me sens un peu seule, quoi, mais très seule* » (MG9) ; « *Enfin je me suis sentie vraiment démunie* » (MG4). Pour ces médecins, la nécessité de travailler en réseau avec les autres intervenants était un élément déterminant pour une meilleure prise en charge.

Plusieurs MG ont aussi souligné que la prise en charge de ces jeunes patients était chronophage, difficilement compatible avec leurs emplois du temps, souvent très chargés : « *C'est heu, c'est ce qui nous prend le plus de temps, ces situations-là* » (MG2). Le manque de formation des MG en psychiatrie a été aussi pointé par plusieurs médecins, qui envisageaient de se former davantage à la pédopsychiatrie : « *Être mieux formé ça permettrait d'être plus à l'aise* » (MG1).

DISCUSSION

1. Discussion des résultats

1.1. Comparaison des résultats aux données de la littérature

Dans cette étude, la majorité des enfants et adolescents ayant réalisé une TS étaient de sexe féminin, ce qui est en adéquation avec les données nationales. En revanche, en France, entre 15 et 19 ans comme à tout âge, ce sont les hommes qui décèdent le plus par suicide (2) (3). Ces données sont retrouvées également en région Auvergne Rhône Alpes (*annexe II*) (18). Les patients évoqués lors de nos entretiens utilisaient principalement l'absorption de substance médicamenteuse comme mode opératoire. Au niveau national, comme en Auvergne Rhône Alpes, l'IMV est le premier moyen de passage à l'acte, quels que soient l'âge et le sexe (*annexe II*) (18). Il serait pertinent que le médecin généraliste puisse approfondir en consultation l'accessibilité aux moyens létaux, notamment au sein du domicile familial. Dans notre étude, un seul médecin déclarait avoir abordé ce sujet durant le suivi après la TS.

Des difficultés familiales étaient évoquées par les MG dans l'ensemble des entretiens. Des conduites addictives, des antécédents personnels de syndrome dépressif et des maladies chroniques étaient retrouvés chez plusieurs patients. Dans la littérature, certains facteurs de risque sont associés de manière significative à une augmentation de l'intentionnalité suicidaire chez les enfants et adolescents. Un environnement social dégradé semble être un des principaux facteurs décrits (divorce, famille monoparentale, conflits entre les parents) (2, 19, 20), ainsi que l'usage de substances psychoactives (4, 21). Les troubles psychiatriques sous-jacents, notamment les syndromes dépressifs et les maladies chroniques sont souvent retrouvés aussi bien chez les jeunes que chez les adultes (2, 22). On retient également les histoires traumatisantes (maltraitance (22), abus sexuels (2)) ainsi que les difficultés scolaires (4). Soulignons qu'un antécédent de TS constitue le principal facteur de risque de décès par suicide (2, 5, 23). Trois des patients qui figurent dans notre étude avaient déjà un antécédent de TS connu par le MG et il est facile de concevoir que certaines TS n'ont probablement jamais été rapportées au MG. Les caractéristiques des patients évoqués dans notre étude sont

donc représentatives de celles décrites dans la littérature à propos des enfants et adolescents à risque suicidaire.

Le MG, dans la mesure où il suit l'enfant et sa famille serait donc capable d'identifier ces facteurs de risque et de repérer ainsi les jeunes patients à risque suicidaire. Dans le cadre d'une consultation banale, le test TSTS CAFARD (*annexe 12*) (24) et le BITS test (*annexe 13*) (17) sont facilement réalisables en prévention primaire. Par ailleurs, les réitérations de TS sont nombreuses chez les enfants et adolescents et surviennent dans un laps de temps court (9). La prévention primaire peut donc être doublée d'une prévention tertiaire au cours du suivi par le MG.

1.2. Principaux freins et perspectives

Cette étude qualitative a permis de mieux déterminer la place des médecins généralistes dans le suivi des enfants et adolescents après une TS. Si la plupart des médecins ont déclaré trouver leur place dans le suivi de ces jeunes patients, plusieurs freins ont été évoqués, tels que le défaut de lien avec les spécialistes de la santé mentale, le manque de temps et le manque de formation.

- **Défaut de lien entre les médecins généralistes et les acteurs de la santé mentale**

La difficulté d'accès aux spécialistes de la santé mentale et le manque de lien avec les professionnels impliqués dans le suivi des enfants et adolescents sont les principaux obstacles mentionnés par les MG. Cependant, certaines structures existent déjà pour accompagner les jeunes en difficulté. En Isère, plusieurs CMP enfants et adolescents proposent des soins, mais leur accès est souvent limité, du fait de longs délais d'attente. La Maison des adolescents est un lieu d'accueil et d'écoute gratuit pour les jeunes de 12 à 21 ans et constitue à Grenoble une ressource importante pour l'accompagnement des adolescents en souffrance. L'équipe mobile InterFAS facilite l'accès aux soins pour les patients les plus réfractaires au suivi et l'Alliance ado propose des hospitalisations de jour (*annexe 14*) (25).

Parallèlement, de nouvelles structures émergent pour améliorer l'accompagnement des patients. Le dispositif Vigilans, qui se développe actuellement à Grenoble, propose de veiller sur les patients suicidants afin de favoriser le suivi et d'éviter une réitération de leur geste. Dès septembre 2020 les mineurs intégreront ce dispositif. Il contribuera également à favoriser le lien avec les différents intervenants, en particulier les MG. Par ailleurs, la création du CTAI (Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif) au sein du CASM (Centre Ambulatoire de Santé Mentale) en 2018 à Saint Martin d'Hères a permis de renforcer la prise en charge des adultes à risque suicidaire, en ambulatoire. Un des médecins interrogé déclarait que la prise en charge des patients suicidants adultes était facilitée depuis l'ouverture du CTAI. Il serait intéressant d'envisager l'élargissement du CTAI à l'accompagnement des mineurs à risque suicidaire.

La méconnaissance de ces structures par les MG et le manque d'échanges entre les professionnels sont aussi des freins au bon accompagnement du patient. Une meilleure visibilité des différentes structures serait à développer dans le bassin grenoblois. L'élaboration d'une liste exhaustive à disposition des MG favoriserait l'accès à ces intervenants. Ceci pourrait faire l'objet d'une prochaine étude. En complément de cette liste, il pourrait être envisagé un accès rapide à un interlocuteur spécialisé orientant les MG vers les différents intervenants en cas de survenue d'une crise suicidaire chez un enfant ou adolescent.

Par ailleurs, la principale difficulté soulignée par les MG dans nos entretiens demeure le manque de retour des spécialistes. Favoriser la communication entre confrères semble indispensable pour améliorer la prise en charge. Actuellement, le développement des Pôles et des Centres de santé, par leur interdisciplinarité, permet de faciliter les échanges entre les différents acteurs de la santé.

- **Manque de formation**

D'après les MG participants à notre étude, le manque de formation en psychiatrie et particulièrement en pédopsychiatrie constitue un frein à la prise en charge. Cette discipline est très peu enseignée durant l'internat de médecine générale. Une formation spécifique doit donc être à l'initiative des MG, ce qui entraîne *de facto* une disparité de prise en charge. Cet apprentissage peut se réaliser dans le cadre d'une formation continue, comme cela a été évoqué au cours de certains entretiens. Toutefois, il semble important d'approfondir la

formation en psychiatrie dès le début de l'internat de médecine générale. Dans la littérature, des études ont testé l'efficacité de programmes de formation destinés aux médecins généralistes pour la prévention du risque suicidaire. Les résultats ont montré une meilleure détection des idées suicidaires (26) et une diminution du taux de suicide dans les régions concernées par le programme (27, 28).

- **Manque de temps**

Le manque de temps est également une limite au suivi des enfants et adolescents après une TS. De nombreux MG interrogés ont constaté que ces prises en charge sont particulièrement chronophages. Le travail collaboratif avec un(e) infirmier(e) de pratique avancée ou un(e) infirmier(e) de coordination formé(e)s au suicide faciliterait le suivi de ces jeunes patients en crise. Une cotation spécifique des consultations de suivi d'enfants et d'adolescents après une TS permettrait une valorisation du travail du MG.

2. Limites et forces de l'étude

2.1. Limites

La principale limite de l'étude est un **biais de sélection** lié au mode de recrutement. Les MG participant à notre étude sont particulièrement intéressés par le sujet. Ayant été confronté à ce type de prise en charge, ils se sentent concernés et impliqués dans le suivi des enfants et adolescents suicidaires. Les MG ne trouvant pas leur place dans le suivi de ces patients ont probablement répondu moins favorablement à nos sollicitations.

Il existe également un **biais d'interprétation** du fait de la subjectivité de l'analyse des données. Le codage des verbatims est soumis à l'interprétation de l'investigateur. Ce biais est limité par la triangulation des données et une analyse indépendante par deux investigatrices.

Le manque d'expérience en recherche qualitative, une grille d'entretien libre et le peu d'analyse de la communication non verbale constitue un **biais d'investigation**. Il y a pu avoir un manque de reproductibilité dans la manière de mener les entretiens, entre les deux investigatrices.

Les MG relatent des situations parfois anciennes, les souvenirs peuvent donc être biaisés, notamment par leurs émotions, ce qui crée un **biais de mémorisation**.

2.2. Forces

La littérature retrouvée traitait de la prévention primaire du suicide chez les adolescents en médecine générale. Le sujet plus spécifique de la prévention tertiaire du suicide chez les enfants et adolescents par le médecin généraliste a été développé dans notre étude. En cela, notre travail est original.

La diversité des participants a été assurée par la technique de variation maximale, en recrutant des médecins ayant des profils hétérogènes : de par leur sexe, leur âge, leur mode et lieu d'exercice.

En plus des conséquences psychologiques majeures qu'engendre un suicide ou une TS, le coût sociétal est un facteur à prendre en compte pour aborder le sujet à travers les différents prismes qu'il interroge. Une étude comparant le coût sociétal d'un suicide ou d'une tentative et le coût des différents dispositifs et interventions pour la prévention permettrait de mesurer au seul titre économique les avantages du choix de la prévention.

CONCLUSION

Les médecins généralistes se montrent intéressés et souhaitent s'impliquer dans le suivi des enfants et adolescents après une tentative de suicide. Le lien de confiance construit sur plusieurs années avec le jeune patient et sa famille justifie leur rôle dans ces prises en charge.

Pour autant plusieurs obstacles à ce suivi ont été identifiés. La difficulté d'accès à la pédopsychiatrie et le manque de lien avec les intervenants de la santé mentale sont les principaux freins à la prise en charge et entraînent un sentiment d'isolement des médecins généralistes. Des pistes émergent depuis plusieurs années, avec notamment le développement de différentes structures d'accompagnement des enfants et adolescents en souffrance. Un travail de collaboration avec tous les intervenants est indispensable pour accompagner ces patients, améliorer le suivi et prévenir les réitérations.

Par ailleurs, une meilleure formation en psychiatrie permettrait aux médecins généralistes d'aborder plus facilement le sujet du suicide chez les jeunes patients. Enfin, il semble important de valoriser leur travail de prévention par des consultations spécifiques qui permettraient un temps dédié à l'écoute et à l'accompagnement des enfants et adolescents suicidaires.

THÈSE SOUTENUE PAR : Anna BIC et Violetta VITALE

TITRE :

PLACE DU MEDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PREVENTION TERTIAIRE DES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

CONCLUSION :

Les médecins généralistes se montrent intéressés et souhaitent s'impliquer dans le suivi des enfants et adolescents après une tentative de suicide. Le lien de confiance construit sur plusieurs années avec le jeune patient et sa famille justifie leur rôle dans ces prises en charge.

Pour autant plusieurs obstacles à ce suivi ont été identifiés. La difficulté d'accès à la pédopsychiatrie et le manque de lien avec les intervenants de la santé mentale sont les principaux freins à la prise en charge et entraînent un sentiment d'isolement des médecins généralistes. Des pistes émergent depuis plusieurs années, avec notamment le développement de différentes structures d'accompagnement des enfants et adolescents en souffrance. Un travail de collaboration avec tous les intervenants est indispensable pour accompagner ces patients, améliorer le suivi et prévenir les réitérations.

Par ailleurs, une meilleure formation en psychiatrie permettrait aux médecins généralistes d'aborder plus facilement le sujet du suicide chez les jeunes patients. Enfin, il semble important de valoriser leur travail de prévention par des consultations spécifiques qui permettraient un temps dédié à l'écoute et à l'accompagnement des enfants et adolescents suicidaires.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 21/07/12

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND
Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Thierry BOUGEROL

BIBLIOGRAPHIE

1. Amad A, Camus V, Geoffroy PA et al. Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge. In Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 2014. p88.
2. Saxena S, Krug E, Chestnov O. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Organisation Mondiale de la Santé. 2014.
3. Desprat D, Ulrich V. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. Observatoire National du Suicide. Février 2018. 3ème rapport.
4. Janssen E, Spilka S, Du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2017 et évolutions depuis 2011. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2019 ; (3-4) 74-82.
5. Chérif L, Ayedi H, Sahnoun F et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2012; 60(6): 454-460.
6. Delamare C, Martin C, Blanchon YC. Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2007 ; 55(1):41-51.
7. Halayem S, Ounalli H, Boudali M, et al. Évolution des tentatives de suicide en population tunisienne de 2005 à 2015 : de nouvelles modalités de passage à l'acte chez les jeunes ? Encéphale. 2017 ; 44(6):504-511.
8. Stordeur C, Acquaviva E, Galdon L, et al. Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans. Archives de Pédiatrie. 2015 ; 22(3):225-259.
9. Kurzenne M, Tentative de suicide et récurrence suicidaire à l'adolescence – Étude des facteurs de risque de récurrence chez 374 patients hospitalisés au CHU de Nancy Thèse de Doctorat. Nancy. Université de Lorraine Faculté de Médecine. 2018
10. Toutlemonde F. Panorama des établissements de santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2019.

11. Barres M, Berr C, Coldefy M et al. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Haut Conseil de la santé publique. Avril 2016.
12. Sénat. Situation de la psychiatrie des mineurs en France. (page consultée le 2 mai 2020). <https://www.senat.fr>.
13. Rodde-Dunet MH, Fumey M. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Haute Autorité de Santé. Avril 2015.
14. F. Narring, P, A. Michaud. Les adolescents et les soins ambulatoires: résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse. Archives de Pédiatrie. 2000 ; 7(1):25-33.
15. Tudrej B, Heintz AL, Rehman M et al. Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients. European Journal of General Practice. 2017 ; 23(1):182-189.
16. Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. La revue du Praticien. 2005 ; 19(710-711):1307-1313.
17. Binder P, Heintz A-L, Haller DM et al. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia- tobacco- stress test. Early Intervention in Psychiatry. 2019; 14(10):1-7.
18. Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2020 ; 6 :1-34.
19. Susukida R, Wilcox HC, Mendelson T. The association of lifetime suicidal ideation with perceived parental love and family structure in childhood in a nationally representative adult sample. 2016. Psychiatry Res ;237:246-51.
20. Steck N, Egger M, Schimmelmann B et al. Suicide in adolescents: findings from the Swiss National cohort. European Child & Adolescent Psychiatry, 2017; 27(1): 47–56
21. Mars B, Heron J, Klonsky D et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. The Lancet Psychiatry. 2019; 6(4):327-337.
22. Peyre H, Hoertel N, Stordeur C et al. Contributing factors and mental health outcomes of first suicide attempt during childhood and adolescence: results from a nationally representative study. J Clin Psychiatry. 2017.

23. Perisse D, Cohen D. Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque. *Le carnet PSY*. 2003 ; 85:29-31
24. Binder P, Chabaud F. To detect teenagers' suicide behaviour. Elaboration of a test and its validation. *Rev Prat*, 2007; 57:1187-1192.
25. Institut régional Jean Bergeret. Numéros d'urgence et structures de prévention du suicide. Répertoire thématique. Janvier 2020.
26. Pfaff JJ, Acres JG, McKelvey RS. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Med J*. 2001. 174:222–226.
27. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland an intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 1995. 35(4): 147–152.
28. Rutz W, Knorring L, Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992. 85(1), 83–88.

Annexes

Annexe 1 : Définitions

Tentative de suicide : Selon le Collège Français de Psychiatrie : « il s'agit de tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives (alcool, drogues...) sont donc exclues ainsi que les mutilations répétées et les refus de s'alimenter (1).

Adolescence : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il s'agit de « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans » (2).

Prévention tertiaire : Selon l'OMS, la prévention tertiaire intervient après la survenue de la maladie et tend à réduire les dégâts dus à la maladie, les rechutes, les récurrences, les invalidités. Si on s'intéresse au suicide, la prévention tertiaire survient après une tentative de suicide et vise à éviter la survenue d'une récurrence (2).

Annexe 2 : Formulaire de consentement et d'information

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET D'INFORMATION

N° d'identification du participant :

Date :

Nous sommes deux internes en médecine générale (Anna BIC et Violetta VITALE) et nous préparons une thèse qualitative sur la prise en charge des enfants et adolescents après une tentative de suicide par les médecins généralistes.

Nous menons notre étude en réalisant des entretiens auprès de médecins généralistes ayant été confrontés à un enfant ou adolescent après une tentative de suicide.

Notre objectif est d'analyser le rôle du médecin généraliste dans la prévention tertiaire des tentatives de suicide chez les enfants et adolescents afin de proposer des pistes d'amélioration dans la prise en charge à l'avenir.

Nous déclarons n'avoir aucune ressource de financement ni de conflit d'intérêt.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par :

Il durera 30 à 60 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Que se passe-t-il si je participe ?

La participation est volontaire. Vous participerez à un entretien individuel où nous vous poserons des questions concernant votre vécu et votre expérience. Vous avez le droit de refuser de participer et de retirer le consentement à tout moment sans être pénalisé.

Il n'y aura pas d'indemnisation à la suite de cet entretien.

Pourquoi ai-je été choisi pour participer ?

Vous avez été choisi pour participer à notre étude car vous avez déjà pris en charge un enfant ou adolescent après une tentative de suicide. La récupération de vos coordonnées a été réalisée soit :

- A la suite d'une première étude portant sur les tentatives de suicide aux urgences pédiatriques du CHU de Grenoble de mai 2017 à avril 2018, vous figuriez comme médecin traitant d'au moins un patient.
- Par chaînage : un médecin préalablement interrogé nous a communiqué votre nom et vos coordonnées ayant connaissance d'une prise en charge par vos soins d'une telle situation.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot et dé-identifiés en générant de manière aléatoire un numéro pour chaque entretien (MG1, MG2). Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées sur une clé USB sécurisée à l'aide d'un mot de passe . Nous réaliserons l'analyse des données personnellement avec la participation de notre directeur de thèse, le Docteur Marc Dubuc (mail : mdubuc@chu-grenoble.fr et téléphone 04.76.76.54.17).

Un retour écrit de l'entretien retranscrit vous sera proposé afin de valider le contenu.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de notre thèse et pourront éventuellement être publiés.

A tout moment, vous disposerez de la retranscription de notre entretien et aux données vous concernant.

Il n'existe pas de risque à participer à notre étude hormis une perte de temps pour le participant.

Nous vous rappelons que nous appliquerons la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à **l'informatique, aux fichiers et aux libertés**, telle que modifiée en dernier lieu par l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant

modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel.

Nous respecterons également le texte du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données : le règlement général de la protection des données (RGPD).

Nous avons consulté le délégué à la protection des données (DPO) de l'université Grenoble Alpes (UGA) en date du 27 novembre 2019. Le contact du DPO est le suivant : DPO@univ-grenoble-alpes.fr

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Merci de noter vos initiales après chaque phrase :

Je confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus et avoir eu la possibilité de questionner les investigateurs.

Je confirme que ma participation est entièrement volontaire et que je reste libre de changer d'avis à tout moment.

Je confirme être libre de sortir de l'étude à tout moment sans avoir à fournir de justification.

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle de façon purement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Investigateur : Nom :

Date :

Signature :

Participant : Nom :

Date : Signature :

Annexe 3 : Grille d'entretien

Vous avez accepté de participer à notre thèse car vous avez déjà pris en charge un enfant ou adolescent ayant réalisé une tentative de suicide.

1. Pouvez-vous nous parler d'un (ou plusieurs) enfant ou adolescent que vous avez pris en charge dans une telle situation ?
2. Vous souvenez-vous de la manière dont vous avez pris connaissance de la TS ?
3. Votre patient avait-il un suivi spécialisé suite à sa TS ? Avez-vous eu des liens avec les autres correspondants ?
4. Avez-vous rencontré la famille du patient ? Pouvez-vous nous raconter de quoi vous avez parlé ?
5. Avez-vous été en contact avec l'établissement scolaire de votre patient ? Avec des dispositifs d'écoute ?
6. Avez-vous introduit ou pensé à introduire un traitement médicamenteux ? Vous sentez-vous à l'aise pour le faire ?
7. Trouvez-vous votre place dans le suivi de jeunes patients après une TS ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider pour prendre en charge ces patients ?

Annexe 4 : Verbatims médecins généralistes

MG1

I : Donc du coup tu as accepté de participer à notre thèse parce que tu as déjà pris en charge un enfant après une tentative de suicide. Est ce que tu peux me parler du dernier enfant, dont tu te souviens, enfant ou adolescent que tu as vu, après la tentative de suicide.

MG1 : J'ai... C'est... Du coup c'est cette jeune fille qui a (âge) dont je suivais toute la famille auparavant. Je savais qu'il y avait des problèmes dans la famille... C'est une histoire de conjugopathie avec l'ex-mari qui est pas le papa de l'adolescente, qui euh... C'est une dame qui a... Du coup qui a eu... Euh oui il y a eu deux mariages. Le premier, cette jeune fille elle a pas de contact avec le papa et ensuite il y a eu deux petites sœurs où il y a eu un nouveau divorce une séparation assez violente et compliquée où le père, il a récupéré les enfants il a porté plainte contre la mère pour qu'elle n'ait pas la garde etc, donc un foyer un peu compliqué. Elle avait exprimé un peu des difficultés face à ça, mais qui elle même posait pas de soucis particulier et qui a du coup fait une tentative de suicide en (année).

I : D'accord et est ce que tu te souviens de comment tu as pris... tu as pris connaissance de son geste ?

MG1 : Je l'ai appris plusieurs mois plus tard sur une consultation pour un nez qui coule parce que j'avais reçu un compte rendu d'hospit des urgences.

I : D'accord, ok. Et ses parents étaient au courant, du coup c'est eux qui l'avaient...

MG1 : Ses parents étaient au courant et un suivi par (structure spécialisée) avait été mis en place dans les suites du passage aux urgences.

I : Ok... Donc t'avais bien reçu un courrier ?

MG1 : J'avais reçu un courrier des urgences oui.

I : D'accord, ok et tu dirais à peu près au bout de combien de temps tu as pu revoir cette patiente après son geste ?

MG1 : Alors, je peux te dire... (mois et année) euh... Du coup je l'ai revue... Alors, ma collègue elle, l'a vu en (mois et année) pour vertige, nez qui coule et moi je l'ai revu en (mois et année).

I : D'accord.

MG1 : Ça fait presque 6 mois après.

I : 6 mois après, d'accord. Et donc après son geste elle avait un suivi ?

MG1 : Elle a eu un suivi pendant une bonne année je dirais et elle a eu une ré-hospitalisation pour idées suicidaires sans passage à l'acte un an après en (mois et année).

I : D'accord. Heu est ce que tu as pu rencontrer les parents, au sujet... Pendant le suivi ou après le suivi de cette tentative de suicide ?

MG1 : La mère elle a déménagé du coup elle avait pas gardé le suivi avec moi pour elle et ses 2 enfants plus petits, mais je continue à la suivre parce qu'elle voulait continuer à être suivie par moi. Donc je l'ai peu vu et peu... Je la vois deux trois fois par an pour de la bobologie. Euh et du coup la mère j'ai eu un contact téléphonique, elle m'avait appelé pour me parler de la TS etc, pareil quelques mois après la TS.

I : D'accord et est-ce qu'avec la mère, les parents mais la mère en particulier là, tu as pu aborder le moyen, et en particulier les moyens létaux de suicide qui étaient disponibles à la maison par exemple ?

MG1 : Non j'ai pas abordé cette question là. Comme j'étais vachement à rebours du truc 6 mois après. C'était une intoxication médicamenteuse volontaire où elle a pris effectivement des anti inflammatoires du Paracétamol.

I : D'accord.

MG1 : Des trucs qui traînaient à la maison.

I : Ok... Et est ce que t'as pu réévaluer, c'est un peu compliqué à 6 mois mais... Les idées suicidaires de la jeune ?

MG1 : Elle m'a toujours mis un peu à distance en disant : « ba je suis suivie à (structure spécialisée), j'y vais régulièrement, ça va. »

I : D'accord.

MG1 : Sans avoir envie de rentrer dans les détails... En gros c'était pris en charge ailleurs et elle avait pas besoin qu'on se penche la dessus, elle venait pour le nez qui coule, après elle est venue me voir pour la contraception, après elle est venue me voir pour d'autres choses.

I : D'accord.

MG1 : On reparle régulièrement de « comment tu vas, comment ça va ? » mais ça reste assez superficiel.

I : Mmh.

MG1 : Même quand elle a arrêté son suivi parce qu'elle en ressentait plus le besoin... On a... Elle m'a... Je lui dis si tu veux venir parler ici on peut le faire ici aussi, elle m'a dit « non non ça va ».

I : Ok... Et est ce que toi tu as été en contact avec (structure spécialisée) ?

MG1 : Non.

I : Non... Avec son établissement scolaire ?

MG1 : Non plus. J'ai été en contact récemment, ça fait deux ans après les événements, parce que la elle fait un espèce de... Elle a un absentéisme sur un, un peu un trouble anxieux et elle aime pas son nouveau lycée du coup elle a pas envie d'y aller du coup le matin elle a du mal à se lever du coup elle y va pas.

I : Ah oui ?

MG1 : Donc il y a eu un échange parce qu'ils ont eu envie que ce soit sous forme d'un PAI, qu'on explique qu'elle faisait des bouffées, des bouffées... Des crises d'angoisses qui pouvaient entrainer un absentéisme et qu'il fallait qu'ils soient tolérants à cet absentéisme.

I : Ok, hum et est ce que tu as déjà envisagé avec elle ou est ce que tu as déjà discuté avec elle d'un éventuel traitement médicamenteux à ce sujet ?

MG1 : Alors elle a été traitée un moment mais en fait ça lui convenait pas elle voulait pas avoir besoin d'un traitement psy, elle voulait pas... (Silence). Dans mon souvenir elle avait eu surtout des anxiolytiques, un peu à la demande au coup par coup.

I : D'accord.

MG1 : Et ceci dit quand je l'ai vue en avril elle avait déjà plus de traitement.

I : Ok.

MG1 : Non je saurais pas de te dire ce qu'elle avait.

I : Non non mais c'est pas grave. Et est-ce que toi tu te sentirais à l'aise pour introduire un traitement chez les jeunes ?

MG1 : Chez une jeune, euh, maintenant qu'elle a (âge) oui, quand elle avait 14-15 ans moins. (Âge) tu les vois un peu plus comme des adultes, 14-15 nan je sais pas je serais pas à l'aise.

I : Ok et est ce que d'une façon générale tu trouves ta place dans le suivi du jeune patient suicidant, suicidaire ou après une TS ?

MG1 : Euh... Bah je pense... S'il y a eu une tentative de suicide avérée je vais avoir vite tendance à passer la main...

I : Ok.

MG1 : Plus rapidement que pour un adulte. Et... Ouais... Même dans les gros syndromes anxieux ou les tableaux psychiatriques un peu... Tu vois pas juste le mal être avec un peu d'absentéisme et le conflit avec les parents, les trucs un peu plus profonds où tu te fais plus de soucis j'aurais tendance à vite passer la main.

I : D'accord

MG1 : Même si elle est pas très facile à passer la main.

I : Et du coup tu passes la main...

MG1 : A (structure spécialisée), essentiellement... De temps en temps chez des plus jeunes avec le CMP enfant où on se rend compte régulièrement qu'on a un peu des... On se connaît donc on s'envoie des patients régulièrement mais pareil c'est un peu difficile d'accès ils préfèrent les plus petits que les ados en souffrance qui ratent tous les RDV quoi... Donc eux aussi ils ont tendance à renvoyer maintenant un peu sur (structure spécialisée).

I : Ouais. Et, c'est la dernière question, selon toi qu'est qui pourrait aider pour que en tant que médecin généraliste on se sente plus à l'aise à prendre en charge ces patients ?

MG1 : Bah qu'on soit mieux formés en psychiatrie. De façon générale et globale et... Et puis, après je pense que c'est bien aussi qu'il y ait un truc... Je pense que le médecin traitant qu'il soit dans l'accompagnement c'est pas mal mais je pense qu'il faut qu'il y ait quelqu'un... Moi je connais toute la famille... J'ai... Là l'histoire a fait que au moment où ça s'est passé j'avais plus la mère comme patiente mais ça pose quand même problème dans la prise en charge parce que les gamins ils se disent : « ba ça va transpirer, ça va passer chez ma mère » donc je pense que c'est bien qu'on soit là dans le dépistage, qu'on soit là dans le soutien mais je pense qu'il faut qu'il y ait un autre lieu de toute façon. Il faut qu'on soit formés au dépistage et peut être au suivi au long cours pour quand ils arrêtent le suivi qui est souvent très ponctuel, mais il faut quand même qu'il y ait d'autres structures pour les accueillir parce que il faut qu'il y ait un autre espace que le médecin traitant. Moi je pense qu'elle revient me voir aussi parce que j'ai pas trop trempé dans cette affaire là. Elle est venue me voir plusieurs mois après euh... Et je pense que le... Si elle m'avait identifié à la TS au moment où elle allait vraiment pas bien, je pense qu'elle m'aurait mis dans le même lot que (structure spécialisée), « ça sert à rien », c'est... et qu'elle serait plus venue me voir.

I : Oui.

MG1: Etre mieux formé ça permettrait d'être plus à l'aise mais être mieux formé c'est repérage et puis où orienter... C'est compliqué les ados, surtout s'il y a besoin d'un traitement anti-dépresseur, un suivi... Mes consult elles font 20 minutes quoi... c'est pas possible.

I : C'est sûr... Ok... C'est pas mal, sauf si tu veux parler d'autre chose.

MG1 : On se revoit régulièrement, je lui ai posé un implant la semaine dernière, je lui ai dit : « alors comment ça se passe depuis le PAI ? » etc et pareil elle me met toujours un peu à

distance du truc elle me répond poliment comme si c'était la boulangère qui... Mais elle... je pense pas qu'elle me voit comme un acteur de sa santé mentale en fait.

I : D'accord.

MG1 : Je pense qu'elle me voit comme un médecin traitant qui s'intéresse à elle qui du coup lui pose des questions auxquelles elle me répond poliment. Elle vient parce qu'elle a besoin d'un papier administratif où du coup on en parle... Alors on n'en a pas parlé tout l'été quand elle est venue me voir pour la contraception, pour la bobologie... Et... Ouais je pense qu'elle vient parce qu'on lui a dit : « il faut que t'ais un certif du médecin traitant » et comme elle a plus de suivi à (structure spécialisée) il y a que moi qui peut lui faire mais elle me voit pas comme un acteur de sa santé mentale.

I : D'accord.

MG1 : Je pense.

I : Ok... Bon ba parfait.

MG2

I : Tu as accepté de participer à notre thèse parce que tu as déjà pris en charge un patient, un jeune patient ou patiente après une tentative de suicide. Est-ce que tu peux me parler du dernier patient que tu as en tête à ce sujet ?

MG2 : C'est une jeune fille dont je suis le médecin traitant. En fait ça c'est une très grosse famille parmi mes patients, ça représente 45 de mes patients, c'est une grosse famille, c'est des (origine étrangère) que je suis depuis les grands parents jusqu'aux arrières arrières petits enfants. Ils ont tous eu beaucoup d'enfants et des enfants assez jeunes. Et donc c'est une des branches de la famille que je suis, je dirai que c'est cette branche là c'est des gens qui ont pas mal de problèmes sociaux, avec euh... Elle, elle a des parents euh... Qui ont aussi plein de problèmes de santé, qui ont du mal à faire les choses pour leurs enfants je pense à bien suivre, euh... Après je pense qu'elle fait un peu ce qu'elle peut la maman. Donc elle c'est dans sa famille à elle, donc elle a son père et sa mère et ils ont eu, ce papa et cette maman, ils ont eu 8 enfants. Donc elle, elle est numéro trois par la fin. Donc elle a une petite soeur et un petit frère et sinon elle a des frères et soeurs qui sont très, beaucoup plus grands euh... qui sont eux même parents.

I : D'accord.

MG2 : Même pas tant plus grands parfois, mais voilà donc c'est une très grosse famille. Elle allait pas très bien depuis un petit moment, et au moment de l'hospitalisation de sa... Donc à un moment où son père et sa mère, c'est pas allé bien au niveau de la santé, enfin je peux te raconter un peu ?

I : Oui, oui.

MG2 : Son père est diabétique, a fait un infarctus, il se soigne pas du tout. Avant qu'il fasse son infarctus, il a arrêté plein de fois alors qu'il a une hypertriglycéridémie majeure, il doit être sous Insuline, je l'ai déjà fait hospitalisé en cata quoi, mais il a beaucoup de mal à se suivre au niveau de sa santé. Et sa mère, elle a toujours mal partout et plein d'inquiétudes. Il y a eu une conjugopathie, c'est à dire que je sais très bien que monsieur a tapé madame plusieurs fois. Et elle, elle a un anévrisme cérébral qui était bien gros et qui a dû se faire opérer donc tout le monde était flippé et elle a fait plein de malaises avant qu'on l'opère.

I : Ah oui d'accord.

MG2 : Du coup cette jeune elle s'est mise à pas aller bien au moment où sa mère a fait son premier grand malaise. Elle était déjà pas bien avant et elle a eu l'impression que ce qui se passait entre son père et sa mère, ça se passait pas très bien. Et du coup elle s'est scarifiée et elle a été hospitalisée à l'hôpital psychiatrique pendant que sa mère était elle même hospitalisée. Donc ça été compliqué parce qu'ils ont caché au départ à la maman que sa fille était hospitalisée parce qu'ils voulaient pas que ça l'inquiète.

I : Ah oui d'accord.

MG2 : Voilà c'était super... Donc c'est sa grande soeur qui était venue, le père a été reçu. Euh... Et dans les suites, elle a eu plein de problème, enfin il faut que je te parle de l'histoire c'est ça ?

I : Ouais, oui complètement.

MG2 : Elle a eu plein de problèmes au collège avec des histoires de harcèlement. C'est une jeune fille, un peu racaille quoi. Si on l'énerve, elle va se battre. Alors c'est une jeune fille qui elle même avait des problèmes de santé. Elle a une grosse scoliose pour laquelle elle a été opérée. Ce qui est pas non plus hyper souvent dans les scolioses. Ils ont tous un peu des problèmes de santé dans la famille, en fait, je pense que c'est un côté euh... Le petit frère il fait des crises d'asthme répétées et il est hospitalisé. La soeur aînée aussi a été opérée d'une grosse scoliose. Après elle a des frères qui sont un peu en... Elle en a un qui est en prison je crois. Les femmes sont presque toutes mamans, c'est à dire toutes ses soeurs au dessus sont presque toutes mamans.

I : Ok.

MG2 : Voilà... Et puis, du coup, en fait ça été très... Ça m'a demandé beaucoup de temps pour moi pour cette famille parce que c'est difficile de dépatouiller le vrai du pas vrai... Le qu'est ce qui se passe de qu'est ce qui... Enfin voilà. Donc cette jeune elle était donc scolarisée au collège (nom du collège) avec sa soeur et ça a commencé à être très compliqué avec du harcèlement scolaire, avec euh... Voilà, quand j'avais l'infirmière du collège au téléphone, elle me disait que cette jeune avait aussi un rapport compliqué avec les hommes, que le regard des hommes c'était pas simple, je te la fais chronologique.

I : Hummmm.

MG2 : Que le regard des hommes c'était pas simple etc... Et elle, voilà la maman elle me disait : « mais ils font rien au collège pour protéger mes enfants », du coup il y a eu un énorme absentéisme de la part de ses 3 gamines, enfin ses 2 gamines plus du petit frère parce que quand elle amenait pas les grandes au collège elle amenait pas le petit à la primaire, jusqu'à genre 120 jours tu vois, un truc de dingue.

I : Ah ouais.

MG2 : Et donc effectivement elles se sont fait aussi beaucoup harcelées parce que elles décrivent un moment où il y avait que les deux, elles ont un an d'écart, l'aîné et la petite euh. Genre ce qu'elles m'ont raconté, je sais pas si c'est vrai mais qu'il y avait 20 élèves autour d'elles, à leur dire des choses, certaines à vouloir se battre, enfin elles se sont senties très en danger ces gamines.

I : Ah oui.

MG2 : Du coup ça a abouti à un changement de scolarité et là cet été, euh elle a, donc nous, toute cette histoire de changement de scolarité, etc etc, on a aussi dit bon mais, en fait il faut

qu'elle se fasse suivre, parce qu'il y a avait pas que ça quoi, elle était arrogante, elle se battait. Moi elle me disait « non mais j'en ai rien à foutre moi, le mec il me regarde comme ça, je vais lui casser la gueule ». Et avec un discours... Euh... Enfin... Voilà cette scarification qui a mené à une hospitalisation au départ était pas... Euh... C'est comme si « non c'est bon c'est fini quoi, c'est parce que j'étais un peu stressée maintenant ça va. » Et donc elle euh, voilà. Mais n'empêche que dans tout ce qui se passait au sein de l'école, au sein de l'établissement avec Madame, ils sont venus la chercher chez elle dans son appart quoi. Madame elle a filmé, alors d'après l'assistante sociale et l'infirmière scolaire, elle a tiré les gamins pour pouvoir les filmer, mais ça j'en sais rien tu vois du coup j'ai des sons de cloches différents.

I : Oui, oui.

MG2 : Euh... Et puis donc elle a repris le suivi à (structure spécialisée), euh... Un peu suite à cette grosse agression là, parce que c'était compliqué avant qu'ils la changent de collègue. Et puis cet été, je viens voir madame, euh... Il y a la consultation avec madame et ses enfants, parce que eux je les vois depuis très jeunes tout seuls, tu vois c'est un peu « débrouillez vous ».

I : D'accord.

MG2 : Et du coup c'était... Euh... Grands pleurs, grande crise existentielle, « ma fille m'a avoué qu'elle s'était faite violée l'été dernier ». Donc ba j'en ai bien discutée, je lui ai fait faire les prises de sang et donc je disais ba il faut porter plainte. Et là je sais pas trop ce qui s'est passé, tu vois, j'ai essayé de suivre un peu tout ça. Et euh donc euh il y a plein de fois, je les ai vus, je peux te montrer depuis cet été, euh... Suite à l'évènement du collègue, tu vois, quand même (rires), je... En (mois) ça commençait à aller pas très bien. Entretien (date de l'entretien jour mois année), tu vois ?

I : Ah oui d'accord.

MG2 : A commencé à aller voir (structure spécialisée), crises d'angoisses multiples, s'est battue avec un élève, s'est tapée la tête contre les murs, elle est contrariée, a des idées noires, « je m'en fous même si je suis virée », tu vois avec des passages à l'acte et de risque, etc... Donc là ça c'est au mois de (mois) donc l'an dernier, et puis du coup après euh... Tu vois, j'ai une quantité de consultations.

I : Ah oui, ils consultent beaucoup.

MG2 : Oui je les ai beaucoup vus, ils ont énormément consulté à ce moment là. Du coup on a repris contact avec le collègue, etc... Finalement je pense qu'elle est allée à (structure spécialisée) et puis du coup elle nous a parlé de ce viol. Donc au départ c'était très... Voilà... Ça s'est passé sur la place quand elle allait au collègue, etc... Donc moi j'ai fait, j'ai insisté avec la maman pour qu'elle puisse porter plainte, ça remontait à presque un an, j'ai fait faire les prises de sang etc...

I : Hum hum.

MG2 : Donc du coup, elle en a parlé à (structure spécialisée) etc... Et Madame je pense, les sons de cloches que j'ai eu, elle tient un discours avec moi, qu'elle ne tient pas forcément, où c'est la mère tout puissante, enfin qui essaye de faire, de protéger, qui est démunie, mais je pense qu'elle est... Moi je lui fais pas tant confiance que ça parce que j'ai su par d'autres échos, qu'elle est pas si fiable du tout, enfin elle est pas fiable hein, ça c'est sûr, mais qu'elle est pas toujours bienveillante. Heureusement comme c'est une grande famille, (prénom), elle a pu aller un peu se réfugier. Et ensuite, donc (prénom) a changé de collègue et est allée à (lieu du collègue) avec sa soeur dans deux collèges différents. Ce qui était une bonne chose parce qu'en fait les agissements sur sa soeur, parce que sa soeur, elle a toujours, ce qui était compliqué au sein du collège avant qu'elles se fassent virer c'est qu'elles se faisaient traiter de putes tout le temps.

I : D'accord.

MG2 : Hein, le harcèlement, c'est euh... Et du coup, après ça peut expliquer un peu le viol. Moi, ce que j'ai au fond de moi, avec cette histoire, mais j'ai déjà demandé mais elle m'a dit non. C'est qu'elle peut pas piffer son père, (rires) tu vois ?

I : D'accord.

MG2 : Moi elle me dit, « moi je lui parle pas, il m'intéresse pas, je veux pas ». J'ai beaucoup de craintes qu'il y ait eu un problème d'attouchement, etc. Mais elle ne m'en a jamais parlé, je lui ai déjà posé la question.

I : D'accord.

MG2 : Bon, après ça, les gens ils veulent dire, ils veulent pas dire.

I : Oui, oui.

MG2 : Parce que ce, ce rejet de son père est quand même très fort. Après peut être que c'est parce que, elle a vu son père battre sa mère. Il est très démissionnaire, c'est elle, c'est la mère qui porte tout, enfin je veux dire, s'il est allé la voir en psychiatrie c'est parce que sa femme était hospitalisée, enfin je veux dire, lui, il en glande pas une, hein. Euh... Tu vas rapporter « il n'en glande pas une » en fait, je suis en train de réaliser (rires).

I : Non, il n'y a aucun souci (rires).

MG2 : Alors je vais essayé de bien parlé. Alors ensuite, changement de collègue, parce que c'est pas fini hein !

I : Non, non, non je suis.

MG2 : Euh... Changement de collègue, et en fait, elle se met à fuguer de manière répétée. Et la dernière fugue, euh... Enfin elle fugue... Elle dit pas trop où elle est, etc. Et ensuite elle fugue 5 jours. Sa mère était folle, du coup c'est là où elle a commencé à s'énerver etc. Et du coup, je

la vois juste après et euh... Attends... Oh je les ai pas mis les trucs, où est ce que c'est ? Et euh... (participante cherche dans son téléphone).

I : Ah les photos ?

MG2 : Ah merde, alors je les ai pas enlevées de mon téléphone, j'ai bien fait. J'étais sûre de les avoir mis. Elle avait des bleus, des hématomes sur le bras, comme si on l'avait attrapée. Alors moi effectivement je suis pas formée en psychiatrie mais je suis formée en violences conjugales.

I : Oui.

MG2 : Et euh... Je lui dis : « Non mais là tu t'es faite agressée ? », « non, non non, non non » et en fait elle s'était fait séquestrer par des mecs et violée en viol en réunion. D'après ce qu'elle dit. Du coup elle l'a lâché 3 jours plus tard à l'assistante sociale du collège, qui en a averti le procureur et qui a dit : « ba il faut aller porter plainte ». Madame n'était toujours pas hospitalisée et à chaque fois qu'ils sont allés porter plainte, elle a fait des malaises. Donc il y a eu une très grosse difficulté à faire ça, à aller porter plainte. Même moi je les ai appelés les flics, de toute façon, ils sont toujours pas... enfin la police. Ils sont allés à la police de (ville) tu vois, la police de (ville) quoi !

I : Oui, oui.

MG2 : Donc elle, elle a fait un malaise, donc ils ont dû appelé l'ambulance, etc. Et euh, ils lui ont dit, ba non il faut que vous alliez à (ville). Tu vois, une jeune qui vient faire un dépôt de plainte de 14 ans avec sa mère pour viol et ils leur disent : « ba non c'est pas ici ». Donc moi je les ai appelés et ils m'ont redit « ba non c'est pas chez nous, c'est à (ville) ». Donc j'ai appelé (ville), (ville), ils ont été super. Déjà ils m'ont dit « vous savez que la police n'a pas le droit de vous refuser », j'étais là ba oui je sais bien. Ils ont pris le nom de la jeune, etc. Et donc ça été très compliqué mais elle a fini par être entendue, par être filmée. Mais il y a eu un moment un peu de pression parce que madame est pas allé porter plainte tout de suite, sur ses histoires de problème de santé ou de manque de volonté, on sait pas trop, tu vois ?

I : Hum hum, La maman ?

MG2 : Ouais. Voilà et du coup cette jeune, elle a, c'est comme si ça glissait sur elle quoi. C'est euh... Elle a un truc de défense, tu vois, elle rigole, elle euh...

I : Ouais.

MG2 : Et donc là depuis elle est suivie par (structure spécialisée). Après maintenant, ça commence à être à nouveau pas très bien au collège mais ils viennent de déménager au (nom de quartier), du coup les deux vont rechanger de collège.

I : Ah !

MG2 : Tu vois, donc c'est un peu chaotique. Alors, je sais qu'elle voit toujours la psy de (structure spécialisée), alors je l'ai pas eue au téléphone. Ça c'est un de mes regrets, c'est que, je trouve que, avec les ado, la communication, euh... Ils pourraient mettre plus le médecin traitant dans la boucle, ça c'est une évidence. Euh... Bon j'ai un de mes jeunes qui décompense une schizophrénie donc j'arrive bien à être au téléphone avec la psychiatre, mais c'est vrai que ben, ils nous font pas de retour quoi, ils pourraient faire des courriers de temps en temps ou euh...

I : Oui, oui.

MG2 : Pour dire où ils en sont. Enfin... Je sais pas, il y a pas de secret, je sais pas pourquoi ça reste toujours aussi hermétique la psychiatrie. Là je travaille avec un travailleur social, j'ai une de mes petites qui va probablement être placée, j'ai pas pu aller à l'instance, elle m'envoie le compte rendu de l'instance, comme ça au moins je suis au courant.

I : Oui, oui.

MG2 : Je peux en discuter avec la famille. Donc là, j'en sais pas plus, la dernière fois que je l'ai vue c'était le (date en jour et mois) tu vois... Euh. Parce que ils m'ont appelée, voilà, le médecin scolaire de (ville) m'a appelée en me disant : « il y a eu beaucoup beaucoup d'absences qu'est ce qu'il s'est passé ? Il faut que je puisse les justifier, etc. » Elle me dit : « ba j'étais pas bien du tout », elle me dit, ça c'est le discours : « Y'a un noir qui me regarde et qui me fait des clins d'oeil, (prénom), il me regarde et pareil. » Donc elle a toujours ce rapport, après un de ces soit disant agresseur, parce que je sais pas trop, tout hein, après j'ai tendance à croire mes patientes quand même...

I : Oui, oui oui.

MG2 : Serait dans son collègue.

I : Ah d'accord.

MG2 : Du coup, enfin, qui faisait parti de la bande euh...

I : Du collègue de (ville) ?

MG2 : Ouais. Je pense qu'en fait ils l'ont obligée à faire des pipes, moi. J'ai pas eu très, je pense pas qu'ils l'ont, qui l'ont... Ça a été une agression sexuelle je crois pas que c'était pas un viol, tu vois. Euh voilà. Elle a un petit ami maintenant, mais bon. J'ai toujours peur qu'elle tombe enceinte.

I : Oui.

MG2 : Mais, voilà. Maintenant que je sais que c'est bon ouf, ça y est, jusqu'à présent elle avait 14 ans alors je pouvais pas, tu sais le truc mineur gratuit pour les pilules, c'était à partir de 15 ans.

I : Ah oui.

MG2 : Du coup je pouvais pas lui prescrire moi, ça aurait été plus simple, plutôt qu'elle aille dans un centre de planif.

I : Ah oui oui oui.

MG2: Et maintenant ça vient de changer, la loi.

I : D'accord.

MG2 : Du coup voilà , c'est... tu dois avoir plein d'histoires très gaies toi ?

I : Avec un sujet comme ça (rires)...

MG2 : Ouais (rires).

I : (Rires) C'est bien parce qu'en plus t'as répondu à plein de questions spontanément. Je voulais juste revenir sur une chose, c'est... Comment t'as pris connaissance de sa TS ?

MG2: Oh bah par le compte rendu...

I : Des urgences ?

MG2 : Des urgences. Oui et du coup c'est moi qui, enfin, qui en ai parlé... Tu vois c'est là que ça fait tout son sens d'être médecin de famille je pense... De connaître vraiment tout le monde et de dire « non mais là qu'est ce qui s'est passé, il faut que vous me la rameniez, qu'est ce qui s'est passé (prénom), pourquoi, en fait c'est pas un truc léger, elle a été hospitalisée trois jours... » Euh, voilà. C'est pas... Elle s'est simplement sacrifiée, elle s'est pas ouvert vraiment les veines, elle s'est scarifiée etc, mais « elle veut vous dire quelque chose... » Je pense que c'est, c'est compliqué pour cette jeune, elle est un peu perdue et du coup je... Tu sais pas comment elle va tourner quoi.

I : Ouais.

MG2 : Après bon si elle est jeune mère en solo, comme trois de ses soeurs, c'est pas très grave, bon an mal an, bon ils ont leur vie, ça les stabilise parfois aussi. Mais elle, elle est pas du tout stable, complètement...

I: Ouais ouais... Non mais tu m'as parlé de la famille, de l'établissement scolaire, des structures spécialisées donc t'as répondu déjà à pas mal de questions.

MG2 : (rires) Moi j'ai pas de formation en psychiatrie mais ça va je me débrouille pas mal.

I : Parfait, non non mais c'est parfait.

MG2 : Ba c'est faire le lien, c'est ça notre boulot en fait, c'est euh, c'est ce qui nous prend le plus de temps, ces situations là parce qu'en fait euh, il faut rappeler trois fois l'établissement, pour avoir le médecin scolaire, pour avoir l'infirmière scolaire, pour avoir... Après l'infirmière scolaire c'était bien on a bien échangé... Mais j'ai quand même fini par lui dire, parce que, enfin, je sais pas si toi t'as des retours, ils vont à (nom du collège) toi tes patients ? Mais il y a vraiment un racisme anti (origine étrangère) quoi. Sur du harcèlement moi j'ai, enfin là, j'ai re eu un de mes jeunes qui s'est fait complètement harceler en début d'année qui a dû changer de collège, j'ai fini par appeler l'infirmière j'ai dit « mais qu'est ce qui se passe là, qu'est ce qui se passe chez vous, il y a un truc » et elle l'a admis et du coup ils sont en cours de se faire former pour... Contre le harcèlement scolaire, enfin il était temps quoi.

I : Pas trop tôt !

MG2 : Bah oui... Parce qu'elle me dit, enfin ça c'est un truc qui est vrai, donc tu vois parce que, une maman qui me dit : « ça c'est du racisme anti (origine étrangère) », bon tu veux bien le comprendre mais tu te dis nan mais des fois les gens ils se cachent derrière ça, mais en fait à demi mot elle me l'a dit aussi... Pas des professionnels hein, là je te parle pas des professionnels mais de la part des gamins, parce qu'il y a un truc sur le quartier, et du coup ça re jaillit ce qui se passe en dehors de l'établissement sur l'établissement donc euh...

I : Ouais ouais... Euh et j'ai deux petites questions à la fin mais t'as déjà répondu à quasiment toutes mes questions. Euh, est ce que t'as déjà pensé pour elle à introduire toi un traitement médicamenteux ?

MG2 : Non. Parce qu'elle en relevait pas. Je vois pas ce que j'aurai pu introduire en fait.

I : Ok

MG2 : Non non. J'ai... Non j'ai jamais fait pour des ados, ça je m'en... C'est pas un truc où je me sentirais capable de le faire. Autant parfois, quand j'ai... Parce que là du coup j'ai eu une petite série où j'ai travaillé avec (structure spécialisée). Où du coup mon jeune... Où ils ont attendu que ce soit moi qui leur dise : « allez oui débutez le traitement, prenez le Tercian, c'est important, il va aller mieux ». En fait je les avais vu je leur avais dit : « allez à (structure spécialisée) », ils sont venus me voir, : « on a pas commencé on voulait votre avis », et c'est là que tu vois le rôle du médecin traitant. Et je leur ai dit « non non mais il faut le prendre » et il est allé mieux, et je pense que je serais pas allée dans le sens de la psychiatre il l'aurait pas pris en fait.

I : Oui oui, ils te suivaient quoi.

MG2 : Ah oui oui il m'a dit : « on a confiance en vous ». Du Tercian... Tu vois un gamin de 14 ans je pense qu'effectivement tu... Ou 15 je sais plus, il est au lycée donc il a plutôt 15-16 ans, ils m'ont dit : « mais c'est un truc pour la maladie d'Alzheimer », ils sont allés sur internet tu vois maintenant on peut plus cacher des trucs... Donc oui oui je pense qu'on a tous un rôle à jouer dans la prise en charge de ces ados. Si on les connaît bien en fait, parce que la

les ados dont je te parle c'est des gamins que je connais depuis qu'ils sont petits, où je les ai vu souvent, où ils me connaissent, ils ont une relation de confiance avec moi.

I : Particulière...

MG2 : Là, (prénom), je la vois toute seule en consultation depuis petite, on a l'habitude de discuter, et puis je lui ai dit là pour son histoire de violence, « j'avais vu que tu t'étais faite violenter en fait ».

I : Ouais tu la connais bien.

MG2 : Oui, du coup c'est ça, ça fait 10 ans que, parce que là maintenant je commence à être vieux médecin (rires).

I : Bon ba du coup tu as répondu à ma dernière question, c'était surtout, est ce que tu trouves ta place dans le suivi des jeunes patients après une tentative?

MG2 : Ah oui. Ba moi je pense après, j'ai une place... Je suis ni la psychologue ni la psychiatre, je peux pas travailler toute seule. C'est ça qui manque un peu... C'est ce que je te disais, c'est le lien... Moi j'en sais rien ce que se passe... Autant avec le CMP enfant on a des réunions nous 2-3 fois par an du coup on discute de nos petits patients. Avec le CMP adulte on est censés les voir une fois par an... Voilà... Et avec la (structure spécialisée), avec (structure spécialisée) on n'a aucune réunion. Tiens ça ce serait un truc à dire à (prénom d'un psychiatre). Ouais ouais. Ou à proposer à la...

I : Ba oui ce serait bien ouais...

MG2 : Tu vois, on a pas de lien.

I : Ouais c'est vrai que ça manque.

MG2 : Ça manque un peu. Après c'est des périodes. C'est à dire que tu m'aurais posé la question il y a 5 ans, je t'aurais dis ben non j'en ai aucun... Mais les gamins que je suis, ils ont grandi.

I : Oui oui

MG2 : Ils sont rentrés pour certain dans la maladie mentale, c'est un peu l'âge, et du coup...

I : Ouais ouais, du coup tu vois plus l'intérêt de faire le lien.

MG2 : Bon après il suffit de passer un coup de fil. Mais du coup c'est un peu à moi de le faire, tout ça.

I : Oui oui, t'as pas de retour.

MG2 : J'aurais un petit compte rendu tu vois... Des fois je trouverais ça bien.

I : Ce serait pas de trop.

MG2 : Je sais pas pourquoi ils ont peur comme ça en psychiatrie.

I : Mmh.

MG2 : Ils ont peur, mais j'étais hyper contente d'avoir le retour, avec l'avis psychiatrique des urgences tu vois.

I : Ah ouais, qu'elle soit passée par les urgences ça t'a...

MG2 : Ba du coup j'ai eu l'avis du psychiatre des urgences.

I : Ouais ouais.

MG2 : Parce que des fois on est un peu...

I : Oui parce qu'à chaque fois qu'ils passent aux urgences il y a l'avis du pédopsy effectivement.

MG2 : Ba oui.

I : Bon ba parfait.

MG3

MG3 : Il s'agit d'une jeune fille de (âge), dont je suis le médecin traitant mais que je vois de façon irrégulière et en l'occurrence, par rapport à votre sujet de thèse, je l'ai vu à plusieurs reprises sur l'année (année), euh, pour des scarifications à répétition. Euh, un contexte familial particulier, donc une jeune fille d'origine euh... (Origine étrangère) de mémoire, des parents séparés, une maman en difficulté euh... Professionnelle et qui a aussi une plus grande fille qui elle a déjà quitté le domicile parental avant même d'être majeure et un papa qui n'habite pas ou qui habite loin, je crois qu'il n'habite pas sur le territoire ou il habite loin de l'agglomération.

I : D'accord.

MG3 : Euh... Donc en fait initialement, euh... J'essaye de retrouver la première fois que je l'ai vue. (Participante cherche dans son ordinateur). Tchoc, tchoc, tchoc, tchoc, tchoc. Hop. La première fois, les premières plaintes, donc c'est en (année). Et la première fois elle a été vue par ma remplaçante en (mois) pour des premières scarifications et ma remplaçante l'avait adressée directement vers un médecin psychiatre, elle avait trouvé une bizarrerie, un contexte particulier, elle avait noté dans le dossier « rires jaunes », mais à la fois se sent très mal avec des plaintes mais à la fois un côté un peu je-m'en-foutiste presque qui paraît, qui paraît suspect.

I : Ouais.

MG3 : Elle a été revue plus tard, donc euh quarante huit heures après, euh... Elle n'avait toujours pas vue son médecin psychiatre. Euh, elle paraissait très détachée de la situation avec un refus de manger. Euh, elle dit qu'elle pleure à cause de la nourriture et elle recherche des situations, elle recherche des situations pour se suicider. Elle a même parlé d'avalier de l'Ibuprofène à ce moment là. Et donc ma collègue avait appelé à ce moment là le médecin psychiatre qui l'a vu dans un délai de quarante huit heures en consultation, euh... la semaine qui a suivi en fait. Il s'est à chaque fois passé quarante huit heures.

I : Ok.

MG3 : Euh... Du coup sur ce, elle a été hospitalisée. Et malgré l'hospitalisation, un mois après, on la revoit en consultation. Cette fois-ci c'est moi qui la voit pour toujours des idées noires et de nouvelles scarifications. Elle vient avec des grandes plaies larges qu'elle se fait au cutter sur le corps. Euh, pour lesquelles elle est presque demandeuse que je la suture. Mais en fait vu le délai, il était pas possible. J'ai l'impression qu'elle y prend presque du plaisir à ce qu'on la resuture. Elle décrit toujours son mal être, elle a pas d'idée noire au moment où moi je la vois cette fois-ci. Elle en avait eu avant et donc euh donc voilà, donc du coup j'avais marqué à surveiller. Je l'ai revu quarante huit heures plus tard pour de nouvelles scarifications, revient en urgence à sa demande. Donc là elle venait juste de les faire du coup j'avais pu les suturer. Et puis toujours dans le contact, elle était toujours suivie par le médecin psychiatre. Et on essaye toujours de garder le lien en lui disant que voilà j'étais prête à l'accompagner. Mais bon du coup comme elle avait déjà un suivi, je m'en limite aux soins

techniques et je ne cherche pas trop à rentrer dans le détail. Malgré ça, elle a été, elle a été revue, non elle a été revue pardon pas malgré ça. Elle a été revue 7 jours plus tard pour que je lui retire les plaies, pour que je retire les points. Malgré la suture, en fait, ça avait pas été, la cicatrisation n'avait pas été bien, bien conduite. On rediscute de sa situation, de la nécessité d'être hospitalisée, d'être accueillie. Sur ce, une semaine après elle est accueillie en hôpital de jour où elle a été prise en charge tous les jours.

I : D'accord.

MG3 : Voilà, régulièrement. Euh, du coup la difficulté ça été, effectivement, alors globalement ça s'est plutôt pas trop mal passé parce qu'elle a rapidement été vue par un médecin psychiatre, mais parce que j'avais une porte d'entrée facile, en fait sur l'agglomération on a un médecin psychiatre qui a, qui fait que des troubles alimentaires et comme il y avait l'anorexie il l'a prise dans un délai de quarante huit heures. Il y aurait pas eu l'anorexie, j'aurais pas eu ce recours là. Après elle a été, elle a été prise en charge par euh... alors je sais plus qui sait qui a fait, euh... Donc après je l'ai revue deux mois plus tard, parce qu'elle faisait une crise d'angoisse. Elle avait arrêté de suivre le médecin psychiatre en ville pour des raisons financières. Il y avait pas eu de nouvelles scarifications, par contre elle avait une sensation de mort imminente, elle se réfugiait chez elle, euh... Elle été toujours dans ses problèmes d'alimentation, ses problèmes financiers, une déformation d'une image d'elle même, ça ça allait bien avec l'anorexie mentale, des bouffées d'angoisses, et pas de scarification mais un comportement qui est toujours identique avec un sourire qui est toujours en désaccord, voilà qui est complètement en désaccord avec ce qu'elle raconte. Euh... Et donc l'été se passe à peu près correctement, j'ai pas trop de ses nouvelles, on se revoit pas, on ne prévoit pas de se revoir. Je réincite à revoir le médecin psychiatre et en fait arrive la rentrée, et à la rentrée en fait c'est le collègue qui m'appelle parce que elle ne mange pas, elle refuse de s'alimenter. Ils sont inquiets, ils sont inquiets parce qu'elle s'était fait mal à la main euh...et en fait, je ne sais pas qui c'est qui l'avait initié mais il y a eu une demande, une mesure éducative qui avait été mise en place pour cette jeune fille. Parce que j'ai été contacté par la suite au mois (mois) par un éducateur qui était mandaté par le juge des enfants qui m'a téléphoné pour euh... Avoir des renseignements et le signalement avait été fait au CHU. Voilà. Et c'était un manquement des parents qui avait été signalé par le CHU. Alors la maman elle est aussi d'origine (origine étrangère), elle a une approche assez, euh... A la « (chanteuse) » j'ai envie de dire, un petit peu détachée, à la fois elle a conscience que sa fille est en difficulté et d'un autre côté elle veut laissé aussi sa fille faire ses expériences par elle même parce que c'est ce que la gamine demande. Euh... Donc elle est dans cet accompagnement là, elle a pas forcément trouver d'écoute auprès des soignants cette maman. Parce que du coup, elle est, elle tient un établissement qui ouvre la nuit, donc c'est vrai qu'on lui a un peu porté cette étiquette de, de nana qui tient un (commerce), (commerce), qui travaille la nuit, qui est pas là le jour, l'alcool, les toxiques, etc... Et euh... Et sans trop... Du coup moi mon sentiment c'était sans trop l'écouter. Moi cette maman j'ai plutôt eu toujours eu un bon contact, elle m'a amené sa fille. Elle m'a... Elle a plutôt toujours été prévenante, et en contact, et la gamine est plutôt très mature pour son âge aussi, et donc menait bien le change et arrivait à gérer un peu tout ce petit monde. Une de mes difficultés ça était de répondre quand même à cet éducateur au téléphone à qui j'ai quand même refusé de répondre, puisque du coup, je... Voilà, je ne savais pas à qui je parlais. Et en plus, elle était très dans la critique de la situation, euh... Donc elle avait un a priori très négatif sur la mère de par ce que

j'ai dit juste avant. Et euh... Et donc en fait elle voulait des informations là dessus, et, et en fait moi je trouvais ça pas très juste parce que je voyais pas, en fait leur objectif c'était de retirer la garde de l'enfant, de cette adolescente, et moi je trouvais ça pas très en accord avec ce que je voyais moi. Je trouvais vraiment, je trouvais que l'escalade est allée très vite, que l'on avait pas essayé d'autres choses, de, notamment de faire un lien, une équipe. Ou, ou voilà cette gamine elle venait voir son médecin psychiatre, son médecin généraliste régulièrement et on se faisait des liens et des réunions d'équipe ensemble, voilà on aurait pu faire des choses comme ça. Elle avait été prise en face, en charge par (structure spécialisée). Euh... qui est un contact adolescent, donc il y avait un éducateur qui s'était même déplacé à son domicile. Enfin voilà, et du coup, j'étais un peu en désaccord et très euh, très désagréablement surprise sur la façon dont les choses étaient faites. Donc euh, « bonjour voilà je suis éducatrice, est-ce que vous pouvez me donner un renseignement sur la famille machin ? », « ba non je suis médecin, vous êtes qui vous au téléphone ? », et voilà, bon c'était un peu, un peu fort de café. Et sur ce, elle a de nouveau eu des scarifications, donc euh... Je l'avais, pareil j'étais restée en contact. En fait du coup, j'étais devenue un petit peu la maman... La personne en qui la famille avait eu confiance. Parce que du coup la mère avait bien compris l'incidence de la mesure éducative. La maman était en procès de par son établissement qui a dû être fermé pour défaut de paiement. Enfin bon, voilà il y a eu des choses comme ça où elle était en difficulté et elle a pas su se défendre, voilà elle a pas su faire valoir ses droits en temps et en heure, donc du coup ça lui ait retombé dessus. Euh... Et donc du coup, et donc du coup, voilà, j'étais un peu, j'étais la personne soutien parce que moi je suis restée en confiance et en lien avec eux. Et donc je les ai revu à plusieurs reprises sur la fin de l'année, donc c'était l'année (année) en fait, ça date, et on a essayé de mettre en place... Donc euh... C'était la gamine qui décidait en fait, et elle avait décidé qu'elle voulait être hospitalisée à (nom de l'établissement de santé), euh... Pour un accompagnement, parce qu'elle pourrait continuer à suivre l'école, et voilà, à côté de ça, elle était très brillante à l'école malgré toutes ses absences.

I : Ouais.

MG3 : Euh... Et donc on avait réussi à négocier une hospitalisation dans cette fameuse (nom de l'établissement de santé) pour accompagner cet enfant. Et sur ce, j'avais eu après le papa qui avait fini par m'appeler aussi, qui était désireux d'avoir, de savoir un peu ce que moi j'en pensais, où j'en étais, et de ba... de rentrer en contact et de s'occuper un peu de sa fille parce qu'il avait été un peu absent aussi. Euh... Et donc du coup j'avais les deux parents, j'étais en contact avec les deux parents. Depuis, euh... Depuis, depuis j'ai pas re-eu de contact, euh... Elle m'a été ré-adressée en fin d'année (année) pour de nouveau des scarifications, elle était toujours suivie par le médecin psychiatre sur les troubles du comportement alimentaire. Euh... A ma connaissance, il y avait pas de traitement mis en place, euh... Il y a eu une nouvelle hospitalisation qui a été faite à (nom de l'établissement de santé). Et depuis, on l'a pas revue, enfin moi je l'ai pas revu, du moins par pour des suspicions de suicide, les choses se sont tassées. Euh... Elle revient pour des, pour des consultations de demande de soins. Elle est toujours suivi par le médecin psychiatre à priori en début d'année (année), qu'elle voyait au moins une fois par mois. Euh... Et on va dire que les choses sont rentrées dans l'ordre. Donc, à priori, je sais pas si on l'a sauvée, mais pour l'instant, voilà, cette jeune fille a un accompagnement adapté et qui a pu répondre à sa détresse.

I : Ok, très bien, très intéressant. Donc du coup, vous parlez beaucoup du psychiatre, ça c'était une de nos premières, un de nos premiers questionnements, c'est est-ce que vous avez un lien avec le psychiatre ?

MG3 : Alors il se trouve qu'avec ce psychiatre là, euh, c'est un des rares qui prend des patients, euh...Qui fait très peu de psychothérapie au long cours, qui a pas un agenda surchargé, qui a toujours des place pour les nouveaux patients, et donc si vous appelez pour un trouble alimentaire, il vous le prend dans les 48 à 72 heures et il vous fait un retour courrier sur la mise en place des soins qu'il va faire ou il vous téléphone.

I : Ok. super.

MG3 : Et il est même joignable au téléphone, donc je crois que pour cette situation là je l'avais eu au téléphone.

I : Ok donc euh.

MG3 : Ouais donc euh... Ouais en l'occurrence voilà. Mais c'est le seul. (Rires).

I : Ouais. c'est déjà pas mal. (Rires).

MG3 : Enfin si j'ai un autre médecin psychiatre avec qui je suis en lien, qui a une approche psychanalytique et qui refuse de prescrire les médicaments. Donc en fait, quand il pense qu'il fait mettre en place un traitement, il vous appelle pour que vous vous mettiez le traitement et que lui garde l'attitude du thérapeute. Voilà.

I : Ah oui d'accord.

MG3 : Mais euh... C'est exceptionnel.

I : Ok, et justement sur la question des traitements, est-ce que vous, ça vous, alors en l'occurrence là il n'y avait pas eu de traitement, vous m'avez dit, mais est-ce que ça vous est déjà arrivé de prescrire des traitements chez des ados ?

MG3 : Et ba justement c'est ma ligne de conduite, c'est de jamais à avoir prescrire des traitements, je ne me sens pas, enfin, de ce que j'avais pu apprendre et voir, je n'ai jamais initié et j'ai cru comprendre qu'il ne fallait pas qu'on initie nous médecin traitant, euh... Médecin généraliste, des traitements chez les adolescents, qui avaient au contraire une tendance à en avoir marqué à une époque où les médecins en mettaient beaucoup. Donc euh, ma ligne de conduite chez les adolescents c'est pas de benzo, pas d'antidépresseur sans avis psychiatrique.

I : D'accord.

MG3 : Donc je, voilà, je me débrouille pour avoir (rires) un avis s'il faut.

I : Des avis quand il faut.

MG3 : Et, et globalement je crois qu'en fait je suis souvent le soutien de pas mal d'ados. Donc des ados que je suis, je leur propose régulièrement, enfin, quand il vont très mal, je les revois régulièrement. Et, euh, et on va dire que ba pour ceux que j'ai vu pour l'instant, voilà il y a pas eu de passage à l'acte mais il y avait pas d'idée suicidaire franche. Euh, le truc que j'aurais mais c'est, elle est plus majeure, mais on est sur un modèle qui se répète, un peu la même histoire que celle que j'ai raconté, mais par contre sur de l'alcool, avec des cuites, des, des états éthyliques sévères, des intoxications au Paracétamol et euh... Et malgré une prise en charge, un échec, un échec total où en plus il y a pas de lien avec un médecin psychiatre, enfin voilà, y'a des CMP mais voilà, et une famille qui répond pas, chez une jeune fille qui a (âge) mais qui est comme ça depuis qu'elle était adolescente. Donc je sais pas du tout quelle avait été sa prise en charge en étant ado.

I : Ok.

MG3 : Est-ce que voilà, le défaut de prise en charge fait que finalement on se retrouve avec les mêmes problèmes chez les jeunes adultes. Peut être ?

I : D'accord. Ok, et aussi vous avez parlé des, du collège que vous avez appelé. Et...

MG3 : Non, alors c'est pas moi qui a appelé le collège, c'est le collège qui m'a téléphoné.

I : C'est le collège qui vous a appelé. Et justement est-ce que vous des fois vous appelez les établissements scolaires ?

MG3 : Non, non et normalement on doit pas le faire sinon on rompt le secret médical. Donc non et quand le collège a appelé j'ai écouté ce qu'ils m'ont dit mais j'ai pas donné d'informations, parce qu'on a pas à rompre le secret avec le collège ou alors il faut que ce soit le médecin scolaire, mais là en l'occurrence ça l'était pas.

I : C'était pas le cas.

MG3 : Non. Et c'est le collège qui m'appelée parce qu'elle mangeait pas et qu'ils étaient inquiets de sa situation. Donc euh, je crois que derrière j'avais dû proposer de la voir en consultation ou leur dire j'étais en lien et qu'elle pouvait venir me voir. Mais ouais, non.

I : Oui parce qu'en effet parfois c'est les infirmiers scolaires ou les médecins scolaires qui appellent, mais là c'était vraiment la direction enfin l'administration du collège quoi.

MG3 : Voilà c'est ça, « le collège l'adresse à nouveau car elle ne mange pas » donc je suis même pas sûre que j'ai eu un contact téléphonique avec eux. Faudrait que je...

I : D'accord. Euh, ba sinon vous avez parlé de quasiment tout. Donc l'hospitalisation, là c'est pareil dans la question du lien, est ce que vous avez eu un, eu des retours, des hospit, de l'HDJ, des courriers ?

MG3 : Non, je pense que je n'ai rien eu. Non, la psychiatrie, le gros défaut de la psychiatrie c'est l'absence de retour. Mais euh... Le médecin psychiatre en l'occurrence qui répond, euh,

il nous refait pas la sémiologie de l'état psychiatrique du patient, hein, mais il explique juste que il a proposé une prise en charge et que le patient l'a acceptée et que en cas de nécessité, il reviendra vers nous. Et en fait c'est bien tout ce dont on a besoin à un instant T, c'est de savoir que le patient a accepté les soins qui lui sont proposés et qu'il va être pris en charge par un psychiatre et qu'il y a eu cet échange et ce consentement entre le patient et le médecin. Euh... En l'occurrence là après pour les autres non. Alors après si (établissement de santé), là je regardais parce que du coup ça date hein (année).

I : Ouais c'est vrai !

MG3 : Euh... Si j'ai reçu des comptes rendus d'hospitalisation pardon.

I : De (établissement de santé) ?

MG3 : Ouais, je dis des bêtises. J'ai reçu mais j'ai jamais reçu de coups de fil, ni pour me dire qu'elle sortait, ni pour me dire s'il fallait, voilà, que ça serait bien que je la revois dans tels délais. Donc voilà rien de tout ça. Et c'est des courriers que j'ai reçu par voie postale. Donc on est...

I : Ah oui par voie postale (rires).

MG3 : On est pas sur du Sisra encore ouais, ouais voilà.

I : (Rires). Oui d'accord.

MG3 : Bon c'était (année) mais c'est vrai que ça va quand même beaucoup plus vite maintenant.

I : Sachant que elle, cette jeune elle est jamais passée aux urgences pour ses scarifications, à priori ?

MG3 : Je crois pas, je crois pas, je pense que c'est moi qui les ai toutes vues.

I : Ouais d'accord.

MG3 : Et en fait, je lui avais expliqué, que voilà, que parce que du coup c'était pas compulsions qu'elle faisait ça. La plupart du temps c'était soit parce qu'elle avait eu un excès de boulimie après elle se détestait et elle se faisait mal. Ou alors c'était pour s'empêcher d'avoir un excès de boulimie, elle se faisait mal et ça lui évitait de... Et de s'auto-détruire dans cette auto-destruction, on voyait le syndrome dépressif. (Téléphone sonne) Et... Désolée, je vais répondre.

I : Pas de soucis.

MG3 : (Conversation téléphonique). Et euh... Donc je sais plus ce que je disais...

I : Euh... On parlait des... Des urgences et qu'elle était venue vous voir...

MG3 : Oui, ouais et du coup non, je pense qu'elle était, à chaque fois elle s'est présentée, et donc oui, c'était la compulsion de, voilà... L'auto-mutilation dans l'idée de se faire mal et euh, et à terme, elle, elle finissait par avoir peur d'elle même aussi dans ce qu'elle pouvait être capable de faire. Elle a eu des comportements à risque aussi, où elle s'est retrouvée dans des appartements avec des types qu'elle connaissait pas, enfin un nombre de choses comme ça, et euh... Ou des fréquentations voilà, qui étaient pas euh, qui étaient pas jugées raisonnables pour son âge. Et, et en fait non je pense qu'à chaque fois elle est venue, parce que, parce que quelque part elle devait voir que ça m'attristait, je pense qu'elle y prenait plaisir à voir la réaction que j'avais, je pense qu'il y avait un petit côté sadique quand même. Parce que j'étais dans l'écoute, j'ai essayé de l'accompagner, c'est vrai que c'est une gamine qui j'apprécie, je pense que la vie était pas facile pour elle mais que du coup bon an mal an, ils s'en sortaient pas si mal au vu de comment leur vie était gérée, euh... Que c'était une jeune fille intelligente, qu'elle avait besoin d'être valorisée, en fait, je pense qu'elle le voyait pas beaucoup dans les yeux de ses parents, donc je pense que j'avais une attitude un peu pour la, pour la valoriser, et je jouais un peu sur ce côté où elle était un peu je-m'en-foutiste et finalement ça lui plaisait bien aussi, ça la challengeait un petit peu. Et euh, et du coup ça a plutôt susciter une adhésion en fait, c'était la bonne attitude parce qu'à chaque fois elle venait, euh... Dans l'idée, et elle savait quand est-ce qu'elle devait venir pour que je lui fasse une suture ou pas ou faire des soins rapprochés ou, voilà... Et quand je lui ai dit d'aller voir le psychiatre, elle a suivi ce que je lui ai dit. Donc en l'occurrence là, pour le coup, je pense que j'ai pas été trop à côté de la plaque. Mais bon, c'est... C'est pas toujours évident avec les ados, on sait jamais trop...

I : Ouais c'est sûr. C'est sûr... Et du coup, la dernière question, c'est un peu d'ordre général, c'est est-ce que vous trouvez votre place dans le suivi des jeunes patients après une tentative de suicide et qu'est ce qui selon vous pourrait vous aider à les prendre en charge ?

MG3 : Est-ce que je trouve ma place dans le suivi des... Des adolescents... ?

I : Oui d'adolescents, après une tentative de suicide ?

MG3 : Ah... Après une tentative de suicide. Et ben du coup je suis pas sûre parce que vous voyez cette gamine je la vois plus, enfin je la vois plus, du coup elle revenue... Elle est repassée dans le... Dans le, du côté des patients standard. (Rires)

I : Ouais, ouais, ouais.

MG3 : Euh... Ba après je trouve ma place... Euh... (Soupires). Après moi, ma, ma façon de pratiquer fait que mon agenda déborde mais que voilà dans certaines situations je sais qu'il y a des patients pour lesquels j'ai des petites lanternes et que s'ils me sollicitent, je suis en capacité de les rajouter. Euh... C'est bien et pas bien à la fois euh... Après tant que j'y arrive, je le fais.

I : Hum.

MG3 : Euh... Je me sens légitime oui, parce que j'assume mon, mon job de médecin traitant et que je me vois pas les envoyer aux urgences en fait, c'est... Et que du coup je pense que ça

répond pas au contraire, je crois que si on les envoie dans un service... La plupart du temps ils ont peur du médecin psychiatre, ils ont peur du CMP, ils ont peur d'être hospitalisés en hôpital psychiatrique, en... Voilà de les prendre pour des fous. Donc du coup si on les reçoit pas nous dans nos cabinets et qu'on les accompagne pas avant ou après, et ben du coup on arrive pas à avoir ce lien thérapeutique. Je crois que non, ouais, non finalement, je dirai que, l'inverse de ce que j'ai dit tout à l'heure, non je pense que non, que j'ai trouvé ma place... Après il faudrait leur poser la question à eux. (Rires).

I : (Rires). C'est vrai, ça pourrait être une autre idée de thèse. (Rires). La suite...

MG3 : Un focus group, voilà, bon après c'est un peu compliqué pour faire, pour faire des groupes de patients, mais...

I : Ouais ça peut être une idée.

MG3 : Ouais après les ados, dans mon expérience de jeune médecin... Ouais, j'ai (âge de la participante), euh (âge de la participante), euh... On va dire que je commence à avoir des petits que j'ai suivis et que maintenant je vois à l'âge adulte, donc je les ai accompagnés pendant leur adolescence pour certains. Euh... Globalement y'a une transition, y'a une espèce de, de passage là où ils... Comme des papillons, en fait, on est des petits cocons et puis après ça devient un papillon, un joli papillon, donc on, on les voit grandir un peu comme on voit grandir ses propres enfants. On les voit devenir ce qu'ils deviennent, y'a des, y'a même des situations où ils viennent fièrement nous présenter leur conjoint, euh, leur projet de famille, etc. Donc on, on, ils vous renvoient euh... Ils vous renvoient ce que vous avez pu leur apporter. Donc euh, après ouais je pense que, je pense qu'on a toute notre place bien au contraire. Je pense que ça fait partie, ça fait partie de l'apprentissage du soin, tout justement, quand on est adolescent on apprend à aller en consultation tout seul, on apprend à savoir qu'est ce que c'est qu'une relation normale entre un médecin traitant et un, et un patient. Qu'est ce que qu'on peut dire, qu'est que, comment on doit le dire, la façon dont on est pas jugé, la façon dont c'est pas répété, les règles sont toujours redonnées, ce qui se reste dans cette pièce reste dans cette pièce. A aucun moment je vais en parler à tes parents, sauf si, et si j'estime que je devrai en parler, je t'en parlerai avant. Et, et voilà, et du coup de créer cette atmosphère de confiance et jusqu'à présent ça a plutôt porter ces fruits. Euh, bon voilà après j'ai une population qui est plutôt stable quand même aussi, donc j'ai pas un recrutement euh... On n'est pas sûr, on a quelques patients en difficulté mais on a pas un gros recrutement de situations sociales difficiles. Enfin bref, est ce qu'il y en a un plus pour autant ? C'est peut être un a priori négatif aussi.

I : Ok, super et ben très bien merci beaucoup.

MG4

I : Alors je te laisse me raconter un peu.

MG4 : Et ben c'est euh... (prénom) ben non je vais peut-être... Si je peux dire (prénom) ?

I : Oui oui on changera les noms.

MG4 : Euh qui a (âge) aujourd'hui donc c'était en (année) donc il avait (âge) il était en (classe scolaire). Euh c'est un petit garçon que je connaissais... Que je connaissais qui était suivi au cabinet depuis (année). Donc une famille compliquée, enfin issu d'une famille compliquée, suivie pas les services sociaux, la mère elle est suivie en PMI depuis, enfin par les services sociaux depuis son adolescence à elle. A priori, une notion de violences conjugales à la maison mais à ce moment là je le savais pas forcément trop. Depuis les parents se sont séparés. Euh je le voyais pas très souvent, il était pas spécialement malade. Alors là je regarde dans le dossier, il y avait quand même un courrier de (année) du Pôle psychiatrie. Euh... Ah c'était (structure spécialisée), mais ils disent dans ce courrier déjà qu'il pleurait, euh « le jeune garçon se met à pleurer en disant qu'il a peur de se faire disputer par son papa », ça c'était en (date en mois et année). Ils parlent pas de la première tentative de suicide, qui a été faite avant, je crois, mais c'est pas écrit dans ce... Moi je l'ai pas notée dans mon dossier mais à priori il y aurait eu une première tentative de suicide qui aurait été faite en (classe scolaire) ou (classe scolaire) où il avait essayé de se pendre dans les toilettes de l'école. C'était déjà à l'école. Et donc moi, euh donc je l'ai pas... Ça j'étais pas forcément au courant, je l'ai découverte après l'avoir vu. En fait il a été amené par sa maman en consultation, euh le (date en jour mois et année), en urgence, pour tentative de suicide à l'école. La maman elle l'a amené pour ça, au cabinet. Il avait essayé de sauter par la fenêtre. C'est la maîtresse qui l'a rattrapé et qui lui a dit : « je... Voilà je... Allez consulter, moi je peux plus le prendre en classe comme ça. » Donc sur un coup de tête, d'impulsivité... Et euh... Donc la consultation très difficile, il voulait pas me parler, il était complètement mutique, donc la maman elle a réussi à me l'amener, mais vraiment complètement mutique, et j'arrivais pas du tout à échanger avec lui, on le sentait très en colère, un peu violent. Et du coup il a essayé de partir du cabinet, je lui ai couru après je l'ai récupéré, je l'ai ramené en salle de consult, j'ai fermé à clé.

I : Ah ouais...

MG4 : Euh voilà, après j'ai fait un courrier pour les urgences, donc je sais pas si tu veux que je lise.

I : Et ben comme tu veux, tu peux oui...

MG4 : « Merci de recevoir nananin... Je conseille à l'enfant de vous consulter car il a fait une tentative de suicide hier à l'école », ah oui donc c'était le lendemain que je l'ai vu... « sauté par la fenêtre, c'est déjà le 3ème épisode ». Ça je ne m'en rappelais pas non plus... « il avait déjà fait un acte équivalent en (classe scolaire), il était suivi au CMP de (ville) mais ils ne pouvaient pas continuer à le suivre. La famille est suivie par les services sociaux du Conseil

Général. Une décision d'aide éducative obligatoire a été prise, et la famille est en attente d'une mise en place de cette aide éducative. Euh... (participante lit sur son ordinateur) « lors de cette consultation, (prénom) est très colère, il refuse de me parler, il dit que s'il va aux urgences il tuera tout le monde ». Et... Oui le CMP voulait plus le suivre, donc je les ai contactés moi, parce que je me suis sentie un peu démunie face à ça. C'était le soir, je m'en rappelle c'était le soir, donc le soir j'ai pas pu les joindre, je les ai appelés dans un deuxième temps. Mais en fait j'ai compris qu'ils voulaient plus le suivre parce que, comme c'étaient des gens qui venaient jamais aux RDV, qui étaient tout le temps en retard, c'était le cas pour nous aussi, ils avaient dit « voilà ils veulent pas de soins on les soigne plus quoi ». Donc moi ce que j'ai fait le soir c'est que je l'ai envoyé directement aux urgences, j'ai appelé les urgences, mais comme c'était le soir tard, il y avait plus de pédopsychiatrie donc il a été vu par la psychiatrie adulte. En psychiatrie adulte ils l'ont mis sur liste d'attente en vue d'une hospitalisation et il est sorti avec quatre Atarax par jour.

I: D'accord.

MG4 : Et là, et là ça a été un peu l'horreur pour moi, en tout cas moi je l'ai vraiment mal vécu, ça... Parce que j'avais plus de ressources en fait, je savais plus... Le, le... J'ai appelé le CMP ils voulaient pas le prendre. J'ai appelé quasi tous les pédopsy de la ville, qui m'ont répondu c'est trop compliqué, on peut pas le suivre. J'ai rappelé les urgences qui m'ont dit, il est sur liste d'attente, on attend une hospita. Pour la petite histoire il a jamais été hospitalisé, jamais... Et du coup on a géré le truc euh... Donc la j'ai noté, donc ça c'était le 21 janvier, je l'ai revu le 25 janvier (participante lit sur son ordinateur) : « gardé une nuit, ressorti avec consigne de prise en charge au CMP mais pas de place avant mai, mis sous Atarax un matin et soir un demi midi. » Il était endormi plus plus plus, donc j'ai dit donner un demi le matin et soir. J'ai appelé les personnes en attendant l'hospitalisation, ils devaient me rappeler mais j'ai pas réussi. Après, qu'est ce que j'ai... J'ai échangé des mails avec la psychologue, parce que j'ai la chance de bien connaître la psychologue, enfin l'ancienne psychologue maintenant je la connais plus, scolaire. Donc du coup ça c'était plutôt, plutôt intéressant. Donc avec l'échange avec la médecin de PMI, donc elle répondait à la médecin de PMI. Parce que j'avais contacté aussi la médecin de PMI (participante lit sur son ordinateur) : « je suis cette situation de prêt, en concertation avec la directrice de l'école, et le médecin scolaire ». Parce que la médecin de la PMI c'est avant... C'est jusqu'à 4 ans.

I : Ah oui.

MG4 : « Et l'inspecteur a été informé. Nous sommes en attente d'un retour du médecin scolaire qui devrait se charger du lien avec le CHU. Nous avons en effet besoin de leur avis afin de réfléchir autour de l'accueil de cet enfant et de son éventuel retour à l'école si retour il y a ». Donc en fait, au début l'école voulait pas le reprendre tant qu'il y avait pas de soins installés. Sauf qu'en fait il y a jamais eu de soins installés et que finalement l'école a quand même été d'accord de le reprendre. Après j'ai mis (participante lit sur son ordinateur) : « allo maman pour la tenir au courant de mes recherches. » Je lui ai donné les coordonnées de Mme (nom de famille), j'avais envoyé un mail, et finalement qui m'a répondu un mois ou deux mois après.

I : Mme (nom de famille) c'est qui ?

MG4 : C'est une pédopsy qui est à (ville). Je continue du coup... Euh... Bah, je pourrais peut-être te donner le courrier du CHU si tu veux. Et après le courrier du juge des enfants. Alors en fait finalement ce qui a été décidé c'est de retirer (prénom) de sa famille et de le mettre en centre spécialisé, comment ça s'appelle ça, vers (ville) il y a un truc je crois, euh comment ça s'appelle... Oui c'est peut être... Mesures éducatives... Mesures éducatives en fait de le retirer de sa famille et le mettre après en centre... Voilà et une fois qu'il a été sorti du centre ça s'est plutôt... Ça s'est plutôt... Ça allait plutôt mieux quand il a été en centre et qu'il a été sorti de sa famille.

I : Ah ouais... Et là tu le suivais encore ?

MG4 : Non, je le suis plus, on a continué à le suivre quand il était au centre, c'est vrai que des fois il y avait bah le médecin qui avait rappelé le psy du centre parce que justement... Des fois il jouait un peu, il avait mal au ventre pour rester chez lui, parce qu'il fallait qu'il parte la semaine en fait... C'était un peu... Je sais plus si c'est vers (ville) ou... Et donc du coup... Du coup il en jouait un peu pour rester chez lui... Mais euh ça c'est plutôt bien passé. Et après les parents se sont séparés et je lui suis plus parce qu'ils sont allés habiter dans le (département).

I : Ok.

MG4 : Tu vois, je vois quand même que... Peut être qu'il est revenu par là parce que (prénom de la remplaçante de la participante) l'aurait vu le (date en jour mois et année) : « en (classe scolaire) au collège à (ville), à l'ITEP le lundi et le jeudi. En conflit avec sa mère... » Bon de nouveau ça va pas bien. Il est toujours suivi à l'ITEP quoi... Et donc là c'est assez récent tu vois. Euh... j'ai pas le nom du centre...

I : C'est pas grave parce que de toute façon les noms on va les changer.

MG4 : L'ITEP en fait. C'est quoi l'ITEP déjà ?

I : Ben, je sais plus ce que ça veut dire.

MG4: Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique. Et là du coup il était interne toute la semaine quoi.

I : Et il rentrait le week-end.

MG4 : Il rentrait le week end ouais... Et c'est vers (ville) ou vers...

I : Ok.

MG4 : Donc voilà.

I : C'est intéressant. Et du coup je pense que t'as répondu à pas mal de choses... Justement dans ce qui nous intéresse surtout c'est les liens que tu pouvais avoir avec notamment l'hôpital, ou les spécialistes, la famille, ça t'en a bien parlé. Etablissement scolaire donc toi, euh ils t'ont appelée et toi...

MG4 : Non l'établissement scolaire ils ne m'ont pas téléphoné.

I : Ah ils ne t'ont pas appelée?

MG4 : Non, non j'ai échangé avec la médecin de la PMI qui m'a mise en relation... En fait ce qui s'est passé c'est que j'ai croisé la psychologue scolaire en allant manger, je la connaissais. Et du coup on en a un peu parlé et elle m'a dit de joindre la médecin de PMI que je connais bien aussi. Donc c'est avec la médecin de PMI qu'on a réussi à échanger pour joindre le médecin scolaire. Après j'ai eu aucun retour du scolaire. J'ai eu aucun retour du médecin scolaire qui m'a pas du tout contactée. J'ai juste eu le retour de la maman, qui m'a dit, quand j'ai demandé : « oui oui bah c'est bon ils l'ont bien repris à l'école », j'ai pas eu d'infos là dessus.

I : Ok.

MG4 : Mais j'avoue que moi ça m'a vraiment mis mal pendant longtemps parce que j'avais l'impression de porter ce truc et que c'était pas mon travail en fait. Enfin je me suis sentie vraiment démunie à me dire mais... Alors après je me suis aussi dit que j'avais fais tout ce que je pouvais, et que je pouvais pas faire plus et que c'était pas de ma faute s'il lui arrivait un truc mais quand même t'as un gamin de (âge) qui essaye de se suicider, tu sais qu'il est pas bien dans sa famille, euh tu te dis que... S'il recommence il va peut être réussir quoi et... Tu te sens pas du tout épaulée par l'institution.

I : Et les urgences t'avaient envoyé un courrier par contre ?

MG4 : J'avais envoyé un courrier et puis après j'ai rappelé. En fait j'ai rappelé la pédopsy qui m'a dit qu'il était bien sur liste d'attente, machin, et je l'ai rappelée plusieurs fois, j'ai pas noté à chaque fois que je les ai rappelés mais j'ai rappelé plusieurs fois.

I : Ouais.

MG4 : Et il a jamais été hospitalisé quoi...

I : Mmh... Et sur le traitement, tu dis qu'il est sorti avec de l'Atarax, toi ça t'es venu à l'esprit de lui instaurer un traitement antidépresseur ?

MG4 : Non. Moi je voulais pas... Enfin ça me semblait trop grave, ça me semblait pas de mon ressort en fait. Et quand la maman est venu en me disant : « il a plus d'Atarax, est ce que vous pouvez me le renouveler », je lui ai dit non, il faut que ce soit fait par un psychiatre, c'est pas mon travail de faire ça ». Enfin je vais pas donner quatre Atarax par jour à un gamin de (âge).

I : Mmh

MG4 : Je me sentais pas quoi.

I : Ouais.

MG4 : Et puis finalement elle avait trouvé un psy, mais c'était hyper long quoi, peut être deux mois après. Qui d'ailleurs qui m'a jamais contactée, je savais pas qui c'était...

I : OK. Et dernière question... Est ce t'as pu, est ce que t'as parlé avec la maman de l'accès aux moyens létaux, est ce que ça c'est une discussion que vous avez eue ?

MG4 : Non. Je... Non, j'ai pas parlé de ça. En fait quand je le l'ai vu pour ça, on était vraiment dans le... Il était très en colère, très agité, il fermait... Enfin là c'était le prendre en charge dans le cadre de l'urgence, et c'est vrai que j'ai pas pensé à parler de ça parce que pour moi il allait aller aux urgences tout de suite et on allait s'occuper de lui par rapport à ça. Après j'en ai pas reparlé avec elle... Après la maman... Déjà moi j'étais pas formée, maintenant je suis formée au suicide (rires), j'y penserai. Je pense qu'avant j'y pensais pas forcément à poser cette question, mais maintenant j'y penserai. Et en plus la maman elle est quand même... Enfin relationnel difficile, c'est pas facile de parler avec elle.

I : Ouais...

MG4 : C'est un contexte quand même psycho social vraiment particulier.

I : Et après, c'est la dernière question un peu générale, mais tu en as déjà pas mal parlé, c'est est ce que tu trouves ta place, de manière générale, dans le suivi d'un ado après une TS ? Un ado ou un enfant.

MG4 : Ben je pense qu'on a notre, place, surtout un gamin que tu connais depuis longtemps... Enfin t'as un vrai relationnel avec les enfants quand tu les connais depuis qu'ils sont petits donc, je pense qu'on a notre place, mais pas seuls. Il faut qu'on soit soutenus. On n'est pas, enfin voilà on n'est pas pédopsychiatres et on a besoin d'avoir du relais... Et de se sentir tout seul c'est vraiment dur, parce que déjà avec des adultes c'est dur, mais avec des enfants... T'as encore moins envie qu'il leur arrive un truc quoi... En plus dans cette situation là, t'as vraiment l'impression que le gamin il subit quelque chose, que c'est pas de son fait quoi, qu'il a besoin d'être aidé par la société, sorti de cette famille qui lui fait du mal, et du coup bah tu vas pas le prendre et l'emmener chez toi. T'as besoin de ressources extérieures, à la psychosociale et médicale, que toi tu peux pas faire en fait, c'est même pas que t'as pas les connaissances, c'est que tout seul on peut pas gérer ça. Voilà.

I : Et ben très bien, merci beaucoup très intéressant.

MG5

I : Tu as accepté de participer à notre thèse car tu as déjà pris en charge un enfant ou un adolescent après une tentative de suicide, est-ce que tu peux me parler de cet enfant ou de cet adolescent que tu as pris en charge dans cette situation ?

MG5 : Alors... Du coup, euh... La tentative de suicide c'était, c'était en (année), donc du coup j'étais déjà médecin traitant de la famille donc j'ai pris un peu en cours. Après c'était, donc c'était une défenestration donc avec une fracture tassement d'une vertèbre. Donc c'était, après le suivi c'était plus au niveau de la gestion des douleurs en fait du dos. Elle avait été prise en charge un temps par la (structure spécialisée) mais je crois que ça a pas été, ça a pas duré très longtemps. Parce qu'il y a eu une longue période où, un peu de rupture, où elle est partie en foyer en dehors de (ville), donc aussi je l'avais pas vu à cause de ça.

I : D'accord.

MG5 : Donc là maintenant je la revois depuis quelques temps, maintenant elle a (âge), au moment des faits elle avait (âge), du coup maintenant elle en a (âge).

I : Est-ce que tu te souviens de la manière dont tu as pris connaissance du geste ?

MG5 : Je pense que c'est par les courriers.

I : Des urgences ?

MG5 : Des courriers, ouais des urgences. C'est euh... Centre hospitalier (nom de l'établissement de santé).

I : D'accord.

MG5 : Ouais j'ai trois courriers de l'hôpital et dont un courrier du médecin psychiatre.

I : Et donc tu l'avais revue juste après le, le passage à l'acte ?

MG5 : Euh non c'était bien à distance je pense.

I : D'accord, ok. Je veux pas te couper si jamais... Et est-ce qu'elle avait à cette époque là un suivi spécialisé juste à la suite de sa tentative de suicide ? Est-ce qu'elle a eu en dehors de l'avis psychiatrique en gros des urgences, est-ce qu'elle a eu, est-ce qu'un suivi psychiatrique a été mis en place ?

MG5 : Je saurai pas te répondre parce que c'est trop vieux.

I : Oui oui non non, mais elle en avait un avant ou pas ?

MG5 : Je crois qu'il y a eu un temps, non il y en avait pas avant. Il y a eu un temps un suivi (structure spécialisée). Ça devait se faire en tous cas par (structure spécialisée) mais du coup j'avoue que là j'ai pas de suivi...

I : Pas de retour ?

MG5 : Oui non pas de retour.

I : Ok. Donc tu avais pas vraiment de liens avec les correspondants à l'époque ?

MG5 : Non, non pas du tout.

I : D'accord. Ok. Est-ce que tu as rencontré la famille de la patiente ?

MG5 : Alors moi je suivais la maman aussi je pense à l'époque déjà.

I : D'accord.

MG5 : C'est peut être un peu vieux (rires).

I : Tu te souviens peut être pas si tu en avais parlé de ce passage à l'acte avec la maman ?

MG5 : Il y a quand même quelque chose, ils sont assez... Je sais que la maman elle avait mis du temps à m'en parler je crois.

I : D'accord.

MG5 : C'était assez compliqué pour elle, maman seule, enfin, qui élevait ses enfants seule. Apparemment, ça partait d'un conflit avec le frère aîné donc euh c'était, c'était pas simple.

I : Ah oui d'accord. Donc elle t'en a pas parlé forcément parlé rapidement quoi la maman ?

MG5 : Non, non.

I : Euh et à l'époque, je sais pas si tu te souviens parce que ça remonte, mais est-ce que tu avais eu un contact avec l'établissement scolaire de la patiente ?

MG5 : Non non je pense pas.

I : Ni avec des dispositifs d'écoute j'imagine ?

MG5 : Non, non.

I : Euh, et à la suite de ce geste, même si tu l'as revue bien après, est-ce que toi t'as eu un moment, un moment donné envie d'introduire un traitement médicamenteux ?

MG5 : Non, non. Et puis c'est vrai qu'on a jamais ré-évoqué le sujet.

I : Ok. Le sujet de la tentative ?

MG5 : Oui.

I : Et elle, elle avait pas de traitement psychotrope ?

MG5 : Non je crois pas qu'elle en ait jamais eu.

I : Ok. Et est-ce que si, si ça se représentait tu serais à l'aise pour introduire un traitement chez un ado ?

MG5 : Chez un adolescent ? Non, pas du tout.

I : Non, ok. Et d'une façon générale, tu trouves ta place dans le suivi des adolescents après une tentative de suicide ?

MG5 : C'est vrai que les adolescents ils... Même si on les a suivi tout petit, c'est vrai qu'ils mettent du temps, ils ne se confient pas forcément. Donc non je ne me sentirai pas à l'aise, non je pense pas.

I : Tu aurais plus tendance à passer la main ?

MG5 : Ouais, ouais, ouais.

I : D'accord, et à (ville), quand tu passes la main, tu t'adresses à qui pour les, pour les ados ?

MG5 : Alors il y a (structure spécialisée). Un moment il y avait le, Dr (nom de famille), oui c'était Dr (nom de famille). Oui, je me souviens d'une patiente qui était, qui était pas bien du tout et qui était suivie par (nom de famille) mais il était quand même difficile à joindre, c'était quand même pas simple, c'était assez compliqué.

I : D'une façon générale avec les psychiatres, les pédopsychiatres ?

MG5 : Oui, c'est compliqué, nos relations sont pas très fluides et puis je sais que (structure spécialisée) les délais sont quand même assez longs, enfin.

I : T'aurais tendance à plus adresser aux urgences si jamais il y avait un adolescent suicidaire qui venait te voir, t'aurais tendance à les envoyer directement aux urgences ?

MG5 : Oui oui je pense, en sachant qu'ils sont aussi en manque d'effectifs, mais oui si c'est urgent ça sera ça.

I : Et selon toi qu'est ce qui pourrait t'aider à prendre en charge ce genre de patients, les ados suicidants, suicidaires ?

MG5 : Oui c'est de connaître un réseau, ouais peut-être une formation. Mais je pense qu'il faut quand même des gens qui ont l'habitude, des gens bien formés. On peut être là en soutien

plutôt pour des jeunes qu'on connaît bien, pour avoir à donner un avis. Etre l'aidant principal, du coup ça me semble compliqué. Surtout quand on connaît la famille euh... Ils se...

I : Ils se livrent pas forcément.

MG5 : Pas forcément ouais.

I : Ok, je crois que je t'ai à peu près posé toutes les questions. Sauf si tu voulais rajouter quelque chose sur la prise en charge de la jeune au départ si on a oublié ?

MG5 : Après c'est vrai qu'ils appellent pas facilement le médecin, le médecin traitant je pense. On le sait par courrier, ils t'appellent pas au moment de...

I : Ah oui les psychiatres ?

MG5 : Oui les psychiatres. En relisant le courrier, je voyais, ils s'étaient rendus compte, donc il y avait eu cette TS, donc cette défenestration, mais du coup dans la conversation ils se sont rendus compte quand même qu'il y avait une autre TS, une IMV où elle avait pris des médicaments, elle en avait pas parlé, heureusement ça s'était bien terminé enfin il y avait pas eu de conséquences, mais du coup elle avait déjà tenté quelque chose avant. Donc euh, elle a pas non plus elle, trouvé quelqu'un pour l'écouter, enfin c'est vrai que c'est un peu...

I : Ah oui c'est difficile oui. Est ce que tu as une idée de quand elle a fait son IMV ? Enfin le laps de temps entre la première et... ?

MG5 : C'était quelques... C'était assez rapproché, attends, je l'avais relu. Tentative de suicide passée inaperçue : IMV avec deux boîtes de Paracétamol il y a deux mois. Oui deux mois. Deux boîtes ça fait pas mal, elle aurait pu...

I : Oui donc c'était peu de temps avant la défenestration.

MG5 : Deux mois ouais.

I : Ok. Et du coup cette jeune là tu la vois toujours pour des autres euh... ?

MG5 : Je la vois toujours pour des douleurs de dos qui persistent et du coup elle a aussi, au niveau gynéco, elle a une endométriose. Des douleurs quand même...

I : Des douleurs chroniques ?

MG5 : Ouais, intenses de règles... Et là du coup elle est revenue chez sa maman, elle retravaille, ça a l'air d'aller plutôt mieux, elle a trouvé un petit ami, enfin ça a l'air d'aller (rires).

I : Elle s'est stabilisée ?

MG5 : Voilà, y'a pas du tout de syndrome dépressif actuellement, voilà. Après il y a eu quand même des prises de... Elle a pas pris de médicaments, mais il y a quand même le cannabis, alors est-ce que c'est effectivement son médicament à elle aussi.

I : Hum, hum, oui c'est possible.

MG5 : Le cannabis depuis longtemps. Donc euh...

I : Ok. Et avant cette défenestration, tu la voyais, tu la suivais pour des motifs un peu, un peu des choses banales ou ? Ah oui c'était avant que ce soit informatisé ?

MG5 : (Année)... Il y avait déjà des dispenses de sport. C'était avant ?

I : Avant la TS ?

MG5 : Du coup tu veux que j'aille récupérer le dossier papier ?

I : Non, non, non, non, pas du tout.

MG5 : C'est vrai que je voulais le faire et j'ai...

I : Non non, pas spécialement c'était si tu te souviens toi l'avoir vue pour d'autres choses avant.

MG5 : Du coup, elle était peut-être plus suivie par (prénom d'un collègue médecin), problème de genoux...

I : En tous cas, il n'y a pas de grosse... Il y a pas de consult pour souffrance psychique avant ?

MG5 : Non, non pas à ma connaissance.

I : Non mais c'est bien déjà.

MG6

I : Voila, ça a débuté.

MG6 : Donc oui je raconte la prise en charge après, c'est ça ?

I : Oui, le contexte, ce que tu peux me dire. Même s'il y a des choses importantes avant... C'est comme tu... Ce qui te semble intéressant.

MG6 : Donc... C'est une jeune fille en fait dont les parents sont séparés. Qui, depuis plusieurs années avait des douleurs abdominales, vomissements chroniques et une anxiété et avec un mal être assez profond. Alors avant je la suivais pas en fait, je l'ai suivie qu'à partir... Après sa tentative de suicide.

I : D'accord.

MG6 : Donc... Elle était suivie par une psychiatre avec un traitement qui était par Paroxétine et Alprazolam. Et c'est en rentrant en seconde en fait qu'elle a commencé à être déscolarisée. Les parents étaient en garde alternée, enfin parents séparés, un grand frère de (âge) et pas d'activité extra-scolaire.

I : D'accord.

MG6 : Donc ça a commencé par des vomissements quasi quotidiens avec une anxiété majeure, la peur d'aller au lycée. Il y a eu d'abord des investigations sur le plan digestif, pour éliminer une cause... Qui n'ont rien montré. Tout était normal. Et puis après elle s'est vraiment repliée plus sur elle même, jusqu'à prendre en quantité des médicaments.

I : Ok.

MG6 : En disant que ça la rassurait. Et après le sensation... Enfin suivi un peu compliqué. Surtout une anxiété majeure quoi... C'était surtout l'anxiété qui était le plus important chez elle. Après, secondairement une grande peur des médicaments, après son acte, et aussi une grosse difficulté à être suivie parce que, elle ne vient pas régulièrement aux RDV, elle a tendance à dire que ça va bien. Et par contre on est appelé par les parents parce qu'elle est en grosse crise d'angoisse, par exemple « je peux pas traverser la rue parce que c'est pas possible ». Donc après ce qui est compliqué, c'est que souvent c'est des ados qui sont suivis d'abord par un pédopsychiatre, mais qui n'accrochent pas forcément avec. C'est difficile de trouver un pédopsychiatre.

I : Oui...

MG6 : Qui prenne dans des délais rapides. Et euh... C'est parfois difficile d'avoir des comptes rendus, aussi, de pédopsychiatre parce que ça c'est... Même souvent, ce qui est compliqué pour nous, en tant que généraliste.

I : Ouais.

MG6 : Et puis c'est souvent nous qui sommes appelés quand la famille est en détresse. Donc après il faut essayer de gérer le problème... Voilà...

I : Parce que donc là cette jeune fille elle était passée aux urgences et après elle est venue te voir ?

MG6 : Après donc en fait elle est venue me voir parce que bon, je l'avais déjà vue une fois ou deux. Et du coup la famille m'a demandé que je devienne son médecin traitant. Et puis après, j'essayais de la voir une fois par semaine ou une fois tous les 15 jours, en alternance avec le pédopsychiatre. Mais quelques fois elle venait plus facilement me voir moi que le pédopsychiatre.

I : D'accord et c'est elle qui t'avait mis au courant de la TS ? Ou c'est le courrier... Tu l'as su par le courrier des urgences ?

MG6 : Euh... C'est la famille qui m'a...

I : C'est la famille qui t'en a parlé. D'accord. Donc toi la famille, t'étais en lien avec eux ?

MG6 : Oui.

I : D'accord. Et est ce que tu avais pu rencontrer elle et sa famille, ensemble ? Ou tu les voyais séparément ?

MG6 : Alors la première consultation c'était ensemble et après j'avais demandé à la voir toute seule. Enfin je crois qu'il y a eu deux trois consultations où c'était ensemble et j'avais dit que c'était pas possible qu'on se voit comme ça. Donc après je faisais... Elle rentrait en général avec l'adulte, l'adulte ressortait, on puis on parlait et après on revoyait l'adulte accompagnant.

I : D'accord.

MG6 : Voilà en sachant que souvent... Elle était plus chez son père à ce moment là, donc depuis, maintenant elle est uniquement chez sa mère, elle veut plus voir son père.

I : D'accord.

MG6 : Donc c'est compliqué, il y a, comme souvent dans les familles où les parents sont séparés, des conflits entre les parents...

I : Mmh...

MG6 : Ou un certain laxisme d'un côté, rigidité de l'autre. Donc c'est pas facile pour l'ado de s'y retrouver. Et puis aussi, ils en profitent aussi pour faire du chantage.

I : Ouais...

MG6 : Et puis le médecin doit essayer de trouver sa place au milieu, et de leur donner des conseils et essayer de les orienter au mieux pour que ça ne se reproduise pas.

I : D'accord, et donc, tu disais que le psychiatre tu avais pas trop de lien avec lui.

MG6 : Bah pas forcément, alors après, elle a changé de pédopsychiatre, et donc ça c'en est une qui communiquait quand même un petit peu avec moi par mail, donc là j'ai eu un peu plus de retour... Mais ça reste quand même... Les contacts sont quand même assez limités. Alors quand ils sont hospitalisés, où j'ai eu le cas sur une autre jeune fille qui elle a été à (nom de l'établissement de santé).

I : Ouais.

MG6 : Donc là on a un compte rendu très détaillé de l'hospitalisation, et tout ça. Mais par contre après, on a pas forcément de suivi du psychiatre traitant, qui va les suivre par la suite, si on prend pas notre téléphone ou si on le sollicite pas, bah on a pas grand chose.

I : Oui... Et dans les autres intervenants, avec l'établissement scolaire est-ce que, est-ce que eux t'avaient appelée, est ce que t'as eu besoin de les appeler ?

MG6 : Alors l'établissement scolaire souvent on a un peu plus de contact. Souvent... Oui j'ai eu les infirmières scolaires, les CPE aussi.

I : D'accord.

MG6 : Ça c'est un peu plus facile. Et puis euh... Après ça, ça dépend aussi de la famille. Si la famille est plutôt d'accord pour qu'on soit en contact... Si la famille s'oppose bah... On peut rester à l'extérieur.

I : Oui bien sûr. D'accord, et donc tu as aussi parlé d'un traitement par Paroxétine, ça elle l'a continué ? Du coup après la TS il n'y avait pas eu de changement de traitement ?

MG6 : Alors elle l'a continué un certain temps, après, elle avait été ré hospitalisée, pas pour une TS à nouveau mais pour des idées suicidaires, où là elle avait eu du Tercian.

I : D'accord.

MG6 : Et elle a du Tercian, à la demande... Donc euh... En fait elle, elle veut pas le prendre parce qu'elle dit que ça la fait dormir, sauf qu'en fait elle dort pas la nuit parce qu'elle dort toute la journée, parce qu'elle est déscolarisée et que du coup...

I : Ah oui.

MG6 : Il y a une désocialisation... Compliqué.

I : Et toi tu as déjà pensé à changer le traitement ?

MG6 : Alors j'ai essayé, je lui ai fait des propositions. Là je me heurte en général, à elle, et aussi à sa famille qui est anti médicament, et qui pense que c'est parce qu'elle prend des médicaments qu'elle ne va pas bien...

I : D'accord.

MG6 : Et non pas que c'est parce c'est qu'elle ne va pas bien qu'elle prend des médicaments. Et ça c'est plus compliqué. Donc là c'est vrai que le pédopsychiatre peut nous aider. Mais ça dépend du pédopsychiatre.

I : D'accord. Ouais c'est sûr. Et ça, pour rebondir sur les traitements, est ce que t'as déjà parlé avec les parents de l'accès aux moyens létaux. Par exemple là elle a fait une TS médicamenteuse, est ce que ça, vous en avez parlé ? Est ce qu'il y a des armes dans la maison, des choses comme ça. Ou des médicaments ?

MG6 : Alors pour les médicaments oui, c'est vrai que les armes j'y ai pas pensé... du tout (rires).

I : (Rires). Non mais c'est le cas de tous les médecins.

MG6 : C'est vrai que j'y pense pas.

I : Ouais ouais.

MG6 : Après on m'a jamais... Enfin dans toutes les TS que j'ai eu on m'a jamais rapporté de... De problèmes de ce côté là... Voilà.

I : Mais l'accès aux médicaments vous en avez parlé ?

MG6 : L'accès aux médicaments oui.

I : D'accord, Ok. Très bien, c'est surtout, ouais c'étaient tous les sujets dont je voulais parler.

MG6 : J'ai évoqué à peu près tout ?

I : Ouais ouais. Et la dernière question, qui est une question un peu générale c'est, est ce que globalement tu trouves ta place dans le suivi des adolescents après une TS ? Est ce que t'as l'impression qu'en tant que médecin généraliste...

MG6 : Moi je trouve qu'on a une place oui. C'est pas toujours facile. Après moi ça fait (nombre d'années) que je suis installée et j'ai souvent des ados que je connais depuis très petits. Donc j'ai l'impression qu'ils viennent plus facilement se confier à moi, que ils vont se confier à un médecin étranger donc... Ça peut, je pense que c'est important que le médecin traitant soit au courant et puisse avoir accès auprès des...

I : Et est ce que tu penses que, qu'il y aurait des pistes d'amélioration, qu'est ce qui, selon toi pourrait nous aider ?

MG6 : Alors...

I : A mieux les suivre.

MG6 : Mieux les suivre je pense qu'il faudrait peut être qu'on ait des réunions de concertation avec des pédopsychiatres. Je pense qu'il faut vraiment qu'on soit plus unis, et qu'on ait une liste de pédopsychiatres disponibles, parce que... Sans qu'ils en arrivent à la tentative de suicide, moi j'ai une maman qui est venue avec son ado parce que... Il a je pense un trait autistique, et qui voulait vraiment un psychiatre pour le suivre et en fait on trouvait personne. Et ça devenait compliqué.

I : Ouais c'est le lien qui est difficile.

MG6 : C'est le lien qui est difficile, après une fois qu'on a le lien, je pense que chacun a sa place, et c'est bien de communiquer.

I : Ok bah super...

MG7

MG7 : Cette (prénom), elle a (âge), elle aura (âge) cette année normalement parce qu'elle est de (année de naissance).

I : Ouais.

MG7 : Euh... Elle va pas très bien, enfin, elle est, elle est un peu dissociée, c'est un peu... Elle est quand même assez différente quoi, euh... Elle se pose beaucoup de questions depuis très jeune, quoi.

I : D'accord.

MG7 : Depuis, depuis le collège. Et euh... Elle a quand même fait des grosses dépressions au lycée, en première elle a arrêté le lycée pendant assez longtemps. En terminale, je dirai aussi, elle picole pas mal, elle fume beaucoup de joints, et puis elle fait des TS régulières quoi hein.

I : Ah oui.

MG7 : Je vois, elle était hospitalisée aux urgences de (ville), ça c'était en (année), c'était il y a (nombre d'années) bientôt, elle a été ramassée genre à 3 grammes quoi...

I : Ah oui d'accord.

MG7 : Euh... Alcoolisation aigüe 2 gramme 52 là.

I : Ah oui.

MG7 : Pis bon, elle a un peu, son père qui est (profession), sa mère qui est (profession) euh... Je regarde juste si... Là non, c'était peut être la première fois qu'elle a vraiment... Je sais qu'elle fumait pas mal quand même, hein. CHU de (ville) en (année) donc hospitalisée aux urgences suite à une alcoolisation aigüe à nouveau. Etat dépressif majeur depuis (année), suivie en pédopsychiatrie Docteur (nom de famille), cannabis prise quotidienne 3 à 5 joints par jour environ, alcool occasionnel, tabagisme actif. Euh... Reçu du psychiatre, (établissement de santé), séjour à (établissement de santé) en (date en mois et année), hospitalisation en (date en mois et année), à nouveau (date en mois et année), Paroxétine, Paroxétine, (date en mois et année) hospitalisation, ouais. Le fait est, c'est que la TS, moi je sais pas, c'est toujours difficile à savoir si elle en a fait plusieurs. Donc là je vois, (participant lit sur son ordinateur), elle est passée en (date en mois et année), elle a été hospitalisée dans notre service pour IMV, donc elle en refait une autre, donc ça c'était en (date en mois et année), c'est pas moi qui l'ai gérée, euh... Réanimation (date en mois et année), elle a été en réa quand même. Intoxication médicamenteuse volontaire, ouais c'est ça, ça elle a été trouvée au (lieu public), c'était une drôle d'histoire aussi hein. Benzo supra thérapeutique, Xanax, Imovane, Abilify, Tercian, Laroxyl non retrouvé. Et je vois sinon, en (date en mois et année), hospitalisation en urgence, intoxication médicamenteuse probable plus OH, donc tu vois là elle en a fait une autre.

I : Ah ouais.

MG7 : En (mois), encore avant hein, dernière hospitalisation au mois de (mois) qui s'est terminée prématurément à la demande de la patiente, ne trouve pas de sens à la vie, ne souhaite pas reprendre ses études, décrite comme une fille immature, qui n'a jamais... Enfin voilà... Moi, la fois vraiment, je l'ai vue cet été en visite, c'était, j'avais écrit exactement c'était le (date en jour et mois)... (Date en jour et mois).

I : D'accord.

MG7 : Sort de 24h de sommeil après une TS au Lexomil. En fait ce qui s'est passé c'est qu'elle est sortie d'une fête, elle est rentrée genre à 6-7h du matin chez elle, et elle est arrivée euh, genre très très fatiguée, elle s'est endormie sur le canapé.

I : Ok.

MG7 : Elle s'est endormie sur le canapé hein, dans le salon et genre 24 heures après elle se réveillait toujours pas, la mère elle dit : « vous trouvez que c'est normal quand même qu'elle dorme toujours 24 heures après, tout ça ? ». Je dis : « bien sûr que non c'est pas normal », et je dis : « si vous la réveillez ? », elle dit : « Ouais, elle est somnolente, elle est quand même très très fatiguée, tout ça ». Et bon, j'y suis allée une heure ou deux après, parce que je travaillais, c'était un matin quoi, c'était après mes consult et, et en fait elle était, elle était rentrée de fête comme ça, elle s'était pris je sais pas combien de Lexomil alors c'est toujours difficile à dire parce qu'elle en a pris beaucoup...

I : Ouais, ouais.

MG2 : Le fait est, c'est que là on était quand même après la bataille et que je ne l'ai pas faite hospitalisée.

I : D'accord.

MG7 : Parce que... Euh... Parce que ben, parce qu'en fait il y en avait plus besoin quoi, elle se réveillait. Moi je l'ai réveillée, elle était donc, elle était 28 heures après. Voilà.

I : D'accord.

MG7 : Mais les parents, ils avaient pas percuté quoi, que c'était pas normal qu'elle dorme sur le canapé. Et c'est des gens un peu, des gens normaux quoi, ils sortent pas... Elle vient pas d'un milieu défavorisé, bien au contraire. Donc c'était cette TS que j'ai vraiment gérée. Mais bon sinon, ouais, elle en a fait beaucoup.

I : Ok. Donc du coup, celle-ci en tout cas, elle a pas nécessité un passage aux urgences ?

MG7 : Non pas celle-ci.

I : D'accord. Et est-ce que vous êtes en lien avec son... Comme elle en a fait plusieurs, est ce que vous êtes en lien avec son suivi spécialisé, avec les spécialistes qui la suivent ?

MG7 : Plus ou moins. Mais en fait, elle est pas spécialement suivie.

I : Elle est pas suivie ?

MG7 : Ouais, elle veut pas prendre de médicaments.

I : D'accord, mais elle a même pas de, elle a pas de suivi ?

MG7 : Si, si, c'est à dire qu'elle va voir de façon plus ou moins régulière le Dr (nom de famille). Moi j'ai essayé de l'envoyer voir une amie, (prénom et nom de famille), en fait elle est, elle est... Son problème c'est qu'elle ne veut pas prendre de neuroleptique quoi.

I : D'accord.

MG7 : Et en fait, elle est dissociée, elle part comme ça, elle a un discours qui a ni queue ni tête, elle est très intelligente mais c'est à dire que... C'est... Il n'y a pas de... Ça se met pas bout à bout ce qu'elle raconte quoi.

I : D'accord.

MG7 : Ouais. Elle a, elle a vraiment une pathologie psychiatrique qui ressort dans son discours, elle est dissociée mais depuis longtemps en fait. Moi je me l'étais déjà dit en (classe scolaire), (classe scolaire), elle disait : « mais c'est bizarre, je suis pas comme les autres », elle avait quand même une forte vie intérieure qui est arrivée vachement tôt.

I : Ah ouais.

MG7 : Moi je m'étais fait la réflexion au collège, mais tu vois au collège petite.

I : Ah ouais. Et pour ses tentatives, là, vous avez rencontré la famille, avec elle, sans elle ?

MG7 : Oui, je les connais très bien, c'est des patients hein. Je connais très bien la maman. Et puis, et puis, c'est des patients, et moi je me suis retrouvé... La situation était un peu difficile, c'était l'été dernier donc, moi je l'ai vu parce qu'en fait elle voulait voir personne d'autre. Alors elle est venue me voir plusieurs fois après cette TS. Et puis, elle m'a dit : « ouais... ». Et puis (prénom du fils du participant) l'avait invitée à la maison, avec d'autres copains mais il y a toujours beaucoup d'enfants chez moi. Et euh... Elle vient me voir un coup à trois heures de l'après-midi, donc on essaie de la cadrer, dire qu'il fallait plus qu'elle fume de joints, qu'il fallait qu'elle fasse très attention à l'alcool... Et puis je rentre le soir à six heures chez moi, et chez moi je la vois en train de se boire un bière au bord de la piscine, comme ça et qui s'en sert une deuxième. Ça allait pas du tout, enfin tu vois je veux dire euh... Ma situation était très très bancal.

I : Ah oui d'accord.

MG7 : Et puis c'était comme ça, c'est à dire que, à la fois, ils avaient (âge), ils se buvaient une bière au bord de la piscine, il y avait rien de grave.

I : Ouais, ouais.

MG7 : (Prénom du fils du participant) qui invitait ses copains, copines à la maison, c'était bien normal. Sauf que c'était chez moi et que je l'avais vu deux heures avant en la briefant là-dessus, tu vois. Disons qu'il y a eu un mélange des genres là qui m'a beaucoup ennuyé. Après le problème c'est que tu peux pas, c'est à dire que, moi à chaque fois qu'elle vient me voir, je m'en occupe mais je peux pas la solliciter, je peux pas la voir plus que... La dernière fois que je l'ai vue, elle venait chercher un arrêt de travail mais en fait ça allait pas.

I : Ah oui.

MG7 : Oui, je lui ai demandé : « ça va (prénom) ? », elle a dit « ça va », mais en fait non ça va pas, je m'en rappelle. Mais c'est pareil, je veux dire, tu vois, là par exemple, elle a été hospitalisée... Elle est suivie, quand même, mais c'est à dire que ça se passe au dessus de moi.

I : Oui, oui.

MG7 : Elle est suivie... Elle est très régulièrement hospitalisée à (établissement de santé). En fait elle sort avec un traitement et qu'elle ne prend pas quoi. Je pense qu'elle doit peut-être être sous antidépresseurs. Mais là, elle était sortie, traitement de sortie : Tercian, Tercian, euh... Aripiprazole, je crois que c'est l'Abilify, ouais, Laroxyl, Zopiclone, Alprazolam... Ils l'avaient chargée quoi.

I : Ah oui. Et dans sa famille, il y a des pathologies psy ?

MG7 : Ouais. Le grand père paternel qui était maniaco-dépressif, ouais, mais de façon assez cognée.

I : Ah ouais d'accord.

MG7 : Voilà, et après, les parents, c'est parti un petit peu en sucette, suite à ça. Je sais qu'ils sont séparés, ils sont remis ensemble... C'est à dire que l'épreuve, il y a peut être d'autres choses, mais en tous cas, la gestion de leur fille, parce qu'elle a (nombre et sexe des enfants dans la fratrie), (prénom) hein, a fait battre le couple, a fait battre de l'aile le couple.

I : D'accord, et j'ai encore deux, trois petites questions. L'établissement scolaire, vous avez été en contact ou pas avec eux ?

MG7 : Non parce qu'elle était à (établissement scolaire) quand c'est arrivé.

I : Ah oui ok.

MG7 : Enfin, elle était même plus à (établissement scolaire). Disons que quand elle a vraiment été mal au (établissement scolaire), elle venait pas me voir. C'était euh... Moi je l'ai su d'ailleurs tu vois, donc, elle a dû passer le bac en (année), je l'ai vue une fois en (date en mois et année), euh, certificat de dispense de sport, c'était une entorse de cheville quoi, elle avait besoin de kiné. Euh... Troubles digestifs à type de colopathie fonctionnelle, ça c'était en (mois), et je pense qu'elle a dû passer le bac en (année), ouais c'est ça. C'est à dire que je l'ai pas bien vu quand ça se passait pas bien, quand ça se passait pas trop pour elle au (établissement scolaire).

I : D'accord.

MG7 : Elle était hospitalisée surtout.

I : D'accord, ok.

MG7 : Voilà, là par exemple en (année), euh... Hospitalisée aux urgences au CHU suite à un état dépressif majeur, suivie en pédopsychiatrie, premier épisode d'alcoolisation aiguë. Ses parents décrivent un climat familial conflictuel. Ouais.

I : D'accord. Ok. Et du coup vous vous avez déjà introduit un traitement ou à chaque fois c'était par le biais de l'hospitalisation ?

MG7 : Peut être, que j'ai peut-être mis euh... De la Paroxétine en fait. J'ai mis de la Paroxétine, si suite à sa TS. Euh... Mais encore, non, elle en prenait, elle en prenait déjà. Non, non, parce que le coup d'avant je l'avais vue en (mois), j'avais mis renouvellement de la Paroxétine qu'elle prend depuis (mois). En fait je lui ai renouvelé un traitement qu'elle prenait.

I : Ok. Vous vous avez pas introduit nouveau, un nouveau médicament ?

MG7 : Non, je vois là, je lui ai mis Tercian que je lui ai mis mais je pense sur conseil médical, c'est pas moi qui ai mis ça tout seul.

I : D'accord. Et si la situation se représentait ? Avec elle ou un autre patient ?

MG7 : Comment ?

I : Si la situation se représentait, avec elle ou un autre patient, vous vous sentiriez à l'aise pour introduire un traitement ? Médicamenteux ?

MG7 : Des neuroleptiques honnêtement pas trop. Après des antidépresseurs, pourquoi pas mais c'est, c'est... Il y a un petit peu le risque du passage à l'acte en début de traitement. Là je l'avais envoyée le (date en jour et mois) à une amie psychiatre, j'avais mis « (prénom de la psychiatre) comme convenu au téléphone, je t'adresse (prénom) (âge) afin qu'elle puisse bénéficier d'un suivi, comme je te l'ai expliqué ses problèmes remontent au début de l'adolescence où elle s'est sentie différente et exclue. Lors de sa (classe scolaire), elle a dû arrêter sa scolarité pendant 4 mois, et finalement elle a eu son bac avec mention. Elle était en

(établissement scolaire) à (ville) cette année, a arrêté sa scolarité, elle a été hospitalisée à (établissement de santé) mais trouve que cela lui a apporté peu de bénéfice. Après une période estivale positive, elle a fait une TS médicamenteuse il y a 10 jours, geste qu'elle a du mal à expliquer. Elle était suivie par le Dr (nom de famille) mais aimerait pouvoir changer de thérapeute. Voilà, traitement par Paroxétine, elle n'avait pas supporté le Zyprexa...

I : D'accord.

MG7 : Voilà, mais nan nan j'aurais pas mis de...

I : Ouais c'est compliqué chez les jeunes ?

MG7 : Ouais.

I : Et une question un peu précise, c'est une question un peu particulière, mais est-ce qu'avec les parents vous avez déjà abordé l'éventail des moyens létaux qui sont disponibles à la maison ? Est-ce qu'il y a des armes, est ce qu'il y a des médicaments à disposition ?

MG7 : (silence) Euh... Non... Il y aura pas d'armes. Mais ça a été que médicamenteux.

I : D'accord. Et du coup c'est ses traitements à elle qu'elle prend ?

MG7 : Ouais c'est ses traitements à elle. Plus de l'alcool.

I : Ok. Et la dernière question, est-ce que vous vous sentez à l'aise dans le suivi des jeunes enfants ou adolescents après une tentative de suicide ?

MG7 : Mouais, enfin, ça m'arrive pas trop. Disons que ça dépend, je passe la main quand je... C'est... Ce qui est un petit peu difficile... J'ai une autre patiente qui a un truc assez intéressant. J'y pensais avant que tu viennes, je me souviens pas si elle a vraiment commis une TS mais alors elle il lui arrive des drôles de trucs... Attends... Euh... C'est une fille qui est un peu plus âgée, elle a (âge), enfin elle a deux ans de plus. Suivi psychiatrique... (Etablissement de santé)... Envoyée à un psy... Je sais plus si elle s'est suicidée. (Participant lit sur son ordinateur) : « Cher confrère, chère consoeur, comme convenu au téléphone je vous adresse (prénom et nom de famille), (âge), qui présente un syndrome dépressif évoluant depuis plus d'un an, dans les suites d'un divorce parental. Le diagnostic de TDA et de haut potentiel intellectuel avait été évoqué dans l'enfance, sans pour autant qu'il y ait un bilan psychiatrique ni de suivi dans ce sens. Elle avait été traitée à cette époque par Ritaline. Elle a une situation professionnelle instable, elle est actuellement sans emploi. Elle a quitté l'école depuis deux ans maintenant. Je la vois dans un contexte de rupture amoureuse. Elle présente des angoisses et des moments de crise, avec des automutilations et des idées suicidaires dont elle n'a jamais parlé auparavant. Elle a été agressée sexuellement il y a environ 2 ans, mais a du mal à se souvenir des circonstances. N'a jamais eu de traitement médical, je pense. Un séjour dans votre établissement permettrait d'être bénéfique. » Non elle en fait elle a pas fait de TS.

I : D'accord.

MG7 : Et elle elle s'auto mutile, et alors... Il y a plusieurs types d'automutilation. Il y a vraiment des automutilations... Alors elle se fait des sortes de tatouages énormes et dégueulasses. Genre une (motif du tatouage) comme ça (participant montre avec ses mains) sur la jambe, un (motif du tatouage) grand comme ça (participant montre avec ses mains). Elle a des anneaux comme ça (participant montre avec ses mains). Et elle aussi c'est pareil, les parents c'est des gens très favorisés, son père est (profession) sa mère est (profession) je sais pas où, c'est... Et euh... (Téléphone du participant sonne, entretien suspendu le temps de la conversation téléphonique).

MG 7 : Quand je l'ai vue ça m'a mis la larme à l'œil tu vois, j'étais, c'était trop difficile, tu vois le fait que je la connaisse depuis toute petite. C'est pas du tout mon enfant, mais je veux dire tu vois il y a une relation assez particulière et je l'ai vue comme ça, bon j'ai pas pleuré mais je lui ai dit : « mais (prénom) promets-moi que tu recommenceras jamais », elle a du me prendre pour un fou, elle va voir son médecin parce qu'elle a un gros problème et tout ça, et euh, ça m'a effondré quoi...

I : Ouais ouais.

MG7 : Et c'était plus fort que moi, de voir le mal qu'elle avait pu se faire. C'était dur hein, tu vois elle s'était tailladée, elle s'était mis des coups de... C'était trop tard, tu pouvais pas recoudre, c'était 24h après, ça avait énormément saigné... Et cette (prénom), en fait alors elle avait un discours à peu près cohérent qui était qu'elle ne voulait pas habiter avec son père parce qu'elle ne s'entendait pas avec son père, chez sa mère c'était trop petit, qu'elle voulait reprendre des études mais qu'elle ne pouvait pas en faire parce que vu qu'elle était asociale, elle ne pouvait pas aller en cours. Donc elle ne pouvait faire que des cours par correspondance, et qu'il fallait, et lui payer ses cours par correspondance pour faire un BTS de je ne sais quoi, plus se payer un appart. Et la seule solution qu'elle avait trouvé c'était de se prostituer, chose qu'elle faisait. Voilà. Mais tu vois c'était cohérent, pour le coup euh, ça tenait. Tu vois il y avait un... Et elle le faisait en fait, tu vois elle se prostituait, et voilà. Et je sais pas si elle continue. Mais ça faisait partie de son auto mutilation en fait. Je veux dire elle en avait pas besoin. Je veux dire son père, son père enfin je sais pas comment ça se passait... Mais en tout cas elle en était pas là.

I : Ouais ouais.

MG7 : Voilà, alors pour répondre à ta question, quand tu te retrouves dans une situation comme ça d'une fille qui a (âge) ou (âge), à qui t'as fait l'examen des deux ans, tu vois t'as vraiment l'impression que t'as fait le suivi de quelque chose qui s'est cassé quoi, c'était vraiment... Qui a mal tourné pour elle, c'était vraiment, enfin tu vois je veux dire elle est... Malheureuse... Pour te dire, alors est ce que c'est facile de faire le suivi... Alors quelqu'un que tu connais pas, quand tu commences à t'en occuper quand elle a 16 ou 17 ans, il y a pas de soucis. Le fait que ce soit quelqu'un que tu connais depuis tout le temps, il y a une relation privilégiée qui fait que c'est plus difficile. Voilà. Tu vois (prénom) c'était particulier, parce qu'en fait elle sortait un peu du cadre professionnel et elle empiétait un petit peu sur ma vie

familiale, voilà. Et (prénom) et ben c'est un petit peu pareil, le problème est que je la connais depuis trop longtemps.

I : Oui.

MG7 : Et c'est plus difficile de prendre du recul.

I : D'accord. Et qu'est ce qui pourrait vous aider pour la prise en charge ?

MG7 : Après on a tellement de boulot que de toute façon on passe la main quand on peut pas... C'est pas... Disons que moi je réponds toujours à la demande, mais après un moment quand tu vois qu'on avance pas, dans... De toute façon c'est un peu le problème de la psychiatrie en médecine générale, c'est qu'au bout d'un moment on peut se répéter. Je veux dire, vu qu'on n'est pas vraiment professionnels du domaine, ça tourne en rond. C'est difficile de faire un suivi au long cours. Des fois il faut faire vraiment de la consultation psychiatrique pure. Mettre un traitement antidépresseur, les gens vont mieux, on y arrive, ça ça va. Enfin je sais pas, peut être que tu travailles avec des gens qui y arrivent mieux.

I : Non non non.

MG7 : Mais euh, voilà, ça dépend du feeling hein, en général. Que ce soit des jeunes ou des moins jeunes.

I : Et ici vous avez un bon réseau ? Au niveau psychiatrie ?

MG7 : Oh on a jamais un très bon réseau hein... Pff... C'est compliqué. J'ai une amie d'il y a très longtemps qui est psychiatre... (nom et prénom du psychiatre), mais en fait si je veux lui envoyer quelqu'un, sauf si vraiment il y a une urgence, là (prénom) elle me l'avait prise mais sinon c'est compliqué. Après si, mais enfin à dire vrai je connais deux personnes. J'ai une amie que je connais très bien, depuis longtemps, qui était psychiatre... Je sais plus où elle était, à (établissement de santé). Elle vient de s'installer elle, donc elle, on peut lui envoyer des gens il y a pas de soucis. Et puis un gars qui s'appelle (nom et prénom du psychiatre) qui reçoit assez facilement... Oui si on y arrive quand même. En ce moment c'est une période un peu mieux, pour recevoir des gens... Pour envoyer chez un psychiatre.

I : D'accord.

MG7 : Voilà, il y a un peu plus d'ouverture.

I : Ok, bon bah parfait sauf si vous voulez rajouter quelque chose ?

MG7 : Non non.

MG8

I : Alors si vous avez déjà pris en charge un enfant ou un ado suicidaire est ce que vous vous souvenez un peu de la situation, sa situation à lui, sa situation familiale ?

MG8 : C'est souvent des situations complexes, où il intervient soit des ruptures familiales, des parents séparés, c'est souvent ça. Avec des problématiques liées à l'adolescence. J'ai pas de souvenirs plus précis que ça mais je sais que je suis allé à deux ou trois formations là-dessus et j'ai des échelles d'évaluation là : TABAC et puis euh... TABAC c'est...

I : Stress ?

MG8 : Ouais stress alors... Ouais c'est ça...

I : C'est BITS ? Brimades...

MG8 : Ouais stress... C'était alors : il y avait troubles du sommeil, il y avait le tabac. C'était pas stress... C'était TS TS.

I : Ah TS TS CAFARD ?

MG8 : Et CAFARD. Ouais c'est ça. TS TS : donc troubles du sommeil, stress, tabac et...

I : Ouais c'est ça c'est tabac, sommeil.

MG8 : Et colère ou difficultés de relations. Et puis CAFARD c'était colère, angoisse, fumette Euh... Arriver en retard, absentéisme, retard et difficulté relationnelle, un truc comme ça.

I : Ouais.

MG8 : Donc quand j'ai ça en fait, il y a des voyants qui s'allument et je tarde pas à les adresser à un pédopsychiatre ou une pédopsychiatre. Je fais très très attention de pas pérenniser une relation s'il y a pas un étayage avec un spécialiste. Et généralement je suis pas le prescripteur initial d'un antidépresseur chez un enfant.

I : D'accord. Ok. Vous n'avez jamais introduit un...

MG8 : Ça m'est peut-être déjà arrivé, dans une situation peut être de reconduite d'un traitement qui avait déjà été discuté préalablement, mais comme ça, d'emblée, instaurer un traitement antidépresseur chez un enfant je me méfie hein... Ouais. Ou les somnifères. Euh le cas que j'ai ressorti en premier c'était une fille qui a maintenant (âge), qui... Je sais que très jeune elle m'avait demandé des somnifères, j'ai jamais voulu en donner.

I : Ouais.

MG8 : Je lui ai donné autre chose.

I : Pour vous, il y a des espèces d'alarmes qui s'allument dès l'enfance ?

MG8 : Bah les fameux critères là : TS TS et CAFARD.

I : Mais pour vous on peut les repérer dès l'enfance ? Dans vos cas à vous ?

MG8 : (rires). Je suis pas un spécialiste hein ! Dès l'enfance... Je dirais que c'est plus une problématique de l'adolescence.

I : Ouais... D'accord. Et vous dites que vous les envoyez du coup rapidement vers des spécialistes et...

MG8 : Moi j'ai eu des anorexiques euh... Plutôt que des dépressifs jeunes.

I : D'accord.

MG8 : Et des spécialistes, pour ce qui est de la dépression bien sûr. J'essaye de trouver deux trois correspondants qui réagissent mais c'est pas facile à trouver.

I : Oui. Et ici vous avez un bon réseau ?

MG8 : Mmmh... Pas ici non, c'est sur (ville). J'ai deux trois noms.

I : Et avec eux vous avez des relations, vous arrivez à échanger sur le...

MG8 : Non. C'est pas pour critiquer les spécialistes mais non, non il y a pas beaucoup de relations épistolaires en tout cas, avec les spécialistes. A part une psychiatre que je connais personnellement et avec qui on échange téléphoniquement mais sinon c'est pas pratique courante non.

I : D'accord. Et, est ce que vous avez des liens par contre avec les parents, quand ça se passe, quand vous avez un élément qui vous inquiète, est-ce que vous convoquez rapidement les parents ? Est ce que vous faites venir les...

MG8 : Je pense que je les ai souvent, la consultation en 2 étapes avec les parents d'abord et l'enfant après ou rarement le contraire parce que ça peut induire un climat de défiance de l'enfant si on reçoit ses parents dans la suite. Plutôt. Ou alors si je fais revenir les parents c'est avec l'enfant qui est là et je ne retranscris pas aux parents ce qui a pu se dire dans le coloc singulier.

I : D'accord, ok. Et quand vous convoquez les parents, ou alors quand il viennent d'eux même, est ce que vous arrivez à parler, pour les enfants dépressifs ou les enfants suicidaires, ou les ados, est-ce que vous arrivez à parler des moyens létaux qui sont disponibles à la maison ?

MG8 : Non.

I : Les médicaments, les armes ?

MG8 : Peut-être que ça a été évoqué mais j'ai pas précisément en tête le... Mais je sais que le sujet du moyen d'y arriver c'est pas un tabou, au contraire. Je sais que ça doit faire partie du dialogue.

I : Ok.

MG8 : Mais avec l'enfant d'ailleurs.

I : Oui complètement.

MG8 : Après oui j'ai des relais, au fait j'ai peut-être eu recours aussi à la (structure spécialisée). Avec une grande difficulté de prise de RDV.

I : Sur le délai du premier RDV ?

MG8 : Ouais c'est difficile.

I : Et avec eux, avec les structures spécialisées vous avez plus de retour ? Plus de courriers plus d'échanges ou pas ?... Non ?

MG8 : Non non.

I : Et après, au niveau de l'entourage de l'enfant est-ce que vous êtes en contact parfois avec l'établissement scolaire ?

MG8 : Ça a pu arriver, que l'alerte ait été donnée aux parents par le truchement de la DR... Euh comment on appelle ça j'allais dire la DRH...

I : La CPE ?

MG8 : Oui la CPE. En tout cas pour les anorexiques oui. C'est souvent là qu'il y a une alerte. Au niveau de la cantine.

I : Oui. Et est-ce que vous avez, ou peut-être pas, si vous vous souvenez d'un de vos patients qui est passé à l'acte, est-ce que vous vous souvenez comment vous avez pris connaissance du geste ? Est-ce que c'est les parents, est-ce que c'est l'enfant lui-même, est-ce que c'est un courrier des urgences ?

MG8 : Ah là en particulier, j'ai été en contact avec les pompiers.

I : D'accord.

MG8 : J'ai su qu'il y avait un secours. Ben... Au sujet de cette enfant qui s'était jetée de la falaise.

I : Ah ouais.

MG8 : A l'époque on était très en lien avec les interventions pompiers, en tant que médecin du plateau. Maintenant les secours ont pris vraiment une autonomie qui fait qu'on n'est plus vraiment en contact avec les... les secours pompiers. Mais avant je sortais avec les pompiers à chaque fois.

I : Ah oui d'accord. Et du coup, cet enfant là en particulier, vous vous souvenez l'avoir vu avant son passage à l'acte fatal ? Pour des raisons un peu multiples ?

MG8 : Et ben malheureusement je regardais son dossier et il y avait pas beaucoup de choses. Après les parents ont dit qu'il y avait eu telle ou telle chose mais je ne me souviens pas, c'était une surprise en fait.

I : Ouais, c'est, si ça vous a pas marqué c'est qu'elle venait pas à répétition en tout cas ?

MG8 : Non non non. Elle était pas spécialement... C'était vraiment un passage à l'acte, raptus suicidaire inattendu, chez celle-là.

I : Ok... Euh... Vous avez déjà parlé du traitement, vous avez déjà répondu à la question, ça en général je la pose, c'est bien. Et est-ce que de manière générale vous trouvez votre place dans le suivi des jeunes patients suicidaires ? Et notamment après le passage à l'acte.

MG8 : Hmm... Pas forcément. J'ai peut-être pas le profil, de médecin de famille ou des généralistes particulièrement connotés psychiatres. Je ne pense pas avoir eu beaucoup d'occasion de suivre des enfants suicidaires.

I : D'accord. Pour vous le fait de connaître l'enfant depuis tout petit ou depuis l'enfance c'est plutôt un obstacle ou ça va être plutôt une aide dans la prise en charge ?

MG8 : Non non ça peut être une aide. Enfin ça dépend des gens. Je pense que ça tient beaucoup à la personnalité des médecins. Soit on est, on a la réputation ou on est perçu par les patients comme quelqu'un qui entre dans une relation thérapeutique et d'écoute et qui convient à l'état dépressif. Et auquel cas le fait de connaître ou pas les personnes ça peut aider ou ça peut repousser c'est vraiment... Alors par contre ça dépend des patients. Il y a de tout. La conjonction des deux faits que je suis pas spécialement psychiatre d'enfants.

I : D'accord, ok. Et la dernière question, qu'est ce qui selon vous pourrait vous aider à prendre en charge ce genre de patients ?

MG8 : Euh, il faudrait que je change de personnalité (rires). Sinon des formations j'en ai eu parce que je suis allé au cours de mes années de carrière, on va dire que je suis allé régulièrement me former et notamment parce que, au sujet du suicide et de l'enfant en difficulté, parce que comme tout à chacun j'avais peur... De mal faire ou de ne pas savoir comment répondre à une situation d'enfant suicidaire. Donc je suis allé comme tout le monde à la formation enfant et dépression, enfant et toxicomanie. Comment se dépatouiller chez un adolescent en difficulté. Voilà.

I : D'accord, ok.

MG8 : Après on fait avec les armes qu'on a. Il suffit pas d'aller à des stages et...

I : Des formations pour... Ouais. Ok. Bon parfait, sauf si vous voulez rajouter quelque chose ?

MG8 : Non, pas dans l'immédiat. Enfin si, non... Cette petite là, qui s'est suicidée elle m'a pas mis dans la situation de me dire : « Olalala quelle horreur j'ai loupé le coche »... Par chance, enfin « par chance ». Par chance pour moi parce que ça doit être très marquant d'avoir une patient de (âge) et demi qui se suicide, c'était subit et inattendu. Personne ne s'y attendait. Même les parents étaient dans le déni, ils ont longtemps pensé que c'était une glissade...

I : Ah ouais...

MG8 : Voilà...

I : Ok.

MG9

I : Alors ça commence si tu veux...

MG9 : J'ai eu une petite ce matin qui a été amenée par la maman de la famille d'accueil et euh il y a eu une consultation avec la pédopsychiatre et encore parce que, il y avait des gros problèmes pendant... Ils avaient commencé au bout d'un an à faire un début de, de, de comment je veux dire, de diagnostic, de voir si, de quoi elle avait besoin au niveau de son traitement, enfin du traitement, de la prise en charge plutôt, et il y avait pas encore eu de consultation pédopsychiatrique, et au bout d'un an tu vois... et moi ils me l'ont amenée, enfin la dame me l'a amenée, la famille d'accueil me l'a amenée, euh parce que ça se passait très mal pendant le confinement tu vois !

I : Ah ouais d'accord.

MG9 : Des troubles du comportement, de l'angoisse, de l'auto agressivité, elle se tapait la tête contre les murs, elle était très agressive avec les, les autres enfants de la famille et c'était ingérable hein, tu vois...

I : Et elle a quel âge ?

MG9 : Hein ? Une petite qui a (âge).

I : Ah ouais d'accord.

MG9 : Euh peut-être un peu moins. (Âge) ? Oh elle doit avoir (âge) maintenant.

I : Ah ouais d'accord.

MG9 : Enfin elle a un gros retard psychomoteur et c'est vrai que... Bon il y a pas eu de tentative de suicide, mais tout ça pour dire que c'est, déjà c'est compliqué au niveau psychiatrique mais alors la pédopsychiatrie c'est, c'est une catastrophe...

I : Une catastrophe ouais ?

MG9 : Ah ouais ouais c'est terrible. Et puis nous on est vite... Alors moi je l'avais mise sous Risperidone, j'étais pas sûre hein... Et euh, j'avais réussi à avoir le pédopsychiatre, j'avais envoyé des mails, on m'avait donné le contact, la, la dame de la famille d'accueil m'avait donné le contact, j'avais envoyé des mails, c'était en plein pendant le confinement.

I : D'accord.

MG9 : Parce que honnêtement, euh moi j'ai pas du tout l'habitude de donner des traitements neuroleptiques à des enfants de un petit plus de cinq ans... Tu vois, moi je suis complètement incompétente ! Alors j'avais pensé à la Risperidone parce que c'était euh, ça peut se donner en gouttes. Alors elle m'a dit il y a le Tercian aussi. Alors j'ai réussi à avoir le contact avec la

pédopsy qui m'a rappelée. Et euh... Bon elle me disait Tercian, Risperidone. Avec la Risperidone, elle va un peu mieux mais alors les doses et tout... Olala, on a vu ça avec le psy, euh le pharmacien.

I : Ah ouais d'accord...

MG9 : Tous les deux tu vois, avant que j'ai le contact avec la psychiatre, parce que je l'ai eu au bout d'une semaine hein le contact...

I : Ah oui ok...

MG9 : Tu vois c'est quand même des trucs euh...

I : Ah ouais c'est problématique !

MG9 : On est complètement euh... Enfin je pense encore pire en milieu rural parce que voilà on a pas... (Soupires). La pédopsychiatrie c'est, c'est très très marginal, très ponctuel, enfin (soupires) moi je trouve que l'on est très démuné, très très démuné hein !

I : Ouais, ouais, d'accord. Et est-ce que tu te souviens d'un enfant ou d'un ado qui, qui était suicidaire et qui est passé à l'acte dans ta patientèle ?

MG9 : Euh, ba ouais maintenant je me souviens, j'avais un petit oiseau, il devait avoir (âge), (âge), il avait pris des médicaments que sa mère prenait, elle en prenait, euh c'était du Lysanxia, c'est pas moi qui lui prescrivait, alors c'est pas moi qui lui prescrivais parce que le Lysanxia j'en prescris jamais ! Et euh, il avait, il avait fait... Enfin à mon avis, c'était une tentative de suicide. Il était très mal ce gamin, je pense qu'il devait avoir un, un grand fond dépressif. Alors c'était pareil, au niveau de la prise en charge... Je sais plus où elle l'avait fait suivre après... Il avait été, moi je l'avais vu très ponctuellement, mais euh c'est pareil, on a, on se sent démuné parce que... En plus c'est des médicaments qu'on a pas l'habitude, tu vois tout ce qu'est anxiolytiques ou neuroleptiques... Moi, un enfant tout jeune, même un enfant de (âge), c'est compliqué, (âge), (âge), euh... Prescrire des antidépresseurs, moi je le ferai pas. Autour de seize ans c'est pas pareil hein... Mais euh jeune comme ça...

I : Ba oui oui !

MG9 : (Soupire) C'est vraiment... Et les entretiens de soutien, les, tu vois... Ça dépend du CMP mais on est complètement démuné parce qu'il y a très très peu de consultations, en plus il est à (ville) donc nous ici on est complètement excentré, donc euh vraiment... C'est, c'est rare qu'il y ait une, un domaine de la médecine qui soit autant déshérité, moi je trouve hein !

I : Ah ouais ?

MG9 : Ah oui oui oui !

I : Et dans son cas à, à cet enfant, dans ce cas là, est-ce que tu te souviens de comment tu as pris connaissance de son geste ? Est-ce que c'est la maman, est-ce qu'il est allé aux urgences ?

MG9 : Je crois que c'est la maman qui me l'avait amené hein...

I : D'accord.

MG9 : Qui me l'avait amené. Et puis je sais plus, il avait été hospitalisé mais de façon très brève, de toute façon les hospit ça dure jamais en psychiatrie, c'est rare quoi... C'est rare ! Enfin encore que ce matin, j'ai vu un parano là qui est sous Xeplion, qui est complètement parano, mais alors un grand grand parano hein !

I : (Rires)

MG9 : (Rires) Et je sais pas combien de, ça doit faire deux ans qu'il a une obligation de soins, sinon il tourne au CHS, il harcelait une dame à (ville), à, à (ville). Et la pauvre... Tu sais les paranos ils peuvent être dangereux hein !

I : Ah ba oui ouais.

MG9 : Et euh, enfin bon, bref. C'est un grand grand parano, c'est rare de voir ça !

I : Ah ouais ! Et du coup ce jeune enfant de, de, tu m'as dit huit, dix ans, il avait eu un suivi spécialisé à la suite de son IMV ?

MG9 : Et ben... Je sais plus, c'est des gens qu'ont quitté la région.

I : D'accord.

MG9 : Et puis en plus le couple s'est séparé, alors c'était compliqué, je crois que le papa habitait plus dans le coin. La dame elle est, elle est toujours dans le coin... Mais euh... Non je crois qu'ils ont quitté tous les deux la région. Ils étaient séparés après.

I : D'accord.

MG9 : Mais je te dis c'est très compliqué de faire suivre un enfant hein !

I : Ouais ouais de toute façon...

MG9 : Si, si tu regardes la liste des pédopsychiatres euh, en, en libéral, y'en a quasiment pas à (ville). Y'en a quasiment pas hein... Puis les psychologues et tout, c'est vraiment... On est vraiment pas les mieux placés hein, on est, on peut aidé ponctuellement, mais après tu vois au niveau du suivi, c'est quand même compliqué ! Moi je me sens pas, je me sens de suivre, et j'en suis évidemment, des dépressifs avec des, ou des bipolaires, parce que dans la bipolarité il y a une sur-représentation de la suicidalité, euh des adultes, tu vois ! Alors on dit que chez

l'enfant ça peut commencer tôt la, la bipolarité, parce que c'est quand même un des grands diagnostics que, qu'on recherche quand y'a des tentatives, des tentatives de suicide.

I : Ouais ouais.

MG9 : Des conduites à risque chez le jeune... Tu vois, chez l'ado, ils font n'importe quoi avec les motos, ou avec, en skiant, tu vois, ils font du hors piste dans des coins, hallucinants ici... C'est un peu flirter avec les limites, et puis... Ça, ça peut être un peu des conduites suicidaires...

I : Ouais ouais bien sûr, ça peut être considéré comme.

MG9 : Tu vois, ouais. Mais c'est vrai, moi je me trouve très euh, très démunie... Point de correspondants pour euh... Tu vois comme la dame que j'ai eu, la pédopsychiatre que j'ai eu pour cette petite fille, qu'on travaille en collaboration, mais c'est exceptionnel, c'était le confinement sinon je l'aurai pas eu, j'aurai pas eu de contact, tu vois.

I : Ah ouais ouais d'accord.

MG9 : Ouais.

I : Et quand il se passe comme ça un geste suicidaire chez un enfant ou un ado, tu, tu rencontres la famille ? L'ado seul ?

MG9 : Et ben, les deux, en général, ils sont amenés par quelqu'un de la famille, et puis alors moi, ça dépend de l'âge qu'ils ont parce que... Enfin même les tous petits, les tous jeunes, on dit qu'il faut, euh... Enfin, il faut les recevoir seul après. Y'a le, y'a le... En général ils disent pas grand chose hein... C'est le proche, le parent qui te raconte ce qu'il s'est passé. Et euh, après il faut le recevoir seul. Des dialogues qui sont pas évidents hein... Pas évidents du tout hein ! Et euh, et puis après on leur demande si, alors moi je l'ai déjà fait pour, on leur demande s'ils sont d'accord pour qu'on reçoit à nouveau les parents pour discuter un peu de certaines choses à mettre en place dans la famille, tu vois, pour éviter que ça, enfin pour aider, tu vois ?

I : Ouais, ouais.

MG9 : Je leur dis : « bon ba, la porte est ouverte, tu peux toujours revenir », etc... Mais introduire un traitement... Enfin, entre seize et dix huit ans ça peut arriver, mais c'est vachement controversé, les IRS, ils disent que ça diminue, que ça gêne le câblage cérébral qui n'est pas terminé. Des fois, enfin il faudrait en plus qu'il y ait d'autres professionnels du soin qui les encadrent et qui les soutiennent, du genre infirmière psychiatrique ou psychologue, tu vois c'est des, des prises en charge multifactorielles, multi, euh... Euh...

I : Pluridisciplinaires ?

MG9 : Avec plusieurs personnes, et on l'a pas quoi, moi je l'ai pas ici, je l'ai très peu !

I : Ouais, ouais. Toi, les enfants, les ados suicidaires que t'as vus, qui étaient suicidaires, qui sont passés à l'acte, t'avais l'impression qu'il y avait des antécédents dans la famille, des antécédents psychiatriques ?

MG9 : Alors, euh... En général, y'en a toujours, moi je trouve. Souvent, c'est des gens que tu connais pas forcément bien. Mais si tu connais un peu la famille, et ben c'est rare que ça survienne comme ça. Enfin il y a des troubles du comportement plus ou moins grave dans la famille, ou de l'alcoolisme aussi, des sévices... Alors il y a aussi, il faut se méfier hein, des sévices hein, qui sont plus ou moins cachés au sein de, dans le huis-clos familial hein, ça c'est euh, il faut y penser parce que... Ça peut être une euh, ça peut être une des causes du suicide hein. Des intimidations du gamin ou les gamins qui, des sévices sexuels aussi... C'est compliqué hein, c'est compliqué et puis c'est glauque hein des fois olala...

I : Oui c'est un peu glauque.

MG9 : Y'a à la fois des troubles, y'a les sévices et puis y'a les maladies psychiatriques sous jacentes ou des maladies psychiatriques sous jacentes avec des antécédents familiaux.

I : Ouais ouais.

MG9 : Ah ouais ouais ouais. Y'a des familles, c'est hallucinant, de voir... Des suicides, des morts brutales chez des ascendants, des oncles, des tantes euh ou des tentatives de suicide chez la mère... je pense à une famille... Là là dis donc ! Si on cherche un peu... Mais c'est difficile de savoir, tu vois t'as un enfant qui a fait, c'est quand même vachement grave hein une tentative de suicide, c'est compliqué de demander : « bon alors, et les grands parents c'était comment ? », tu vois c'est des choses qui se font au fur et à mesure, moi je trouve.

I : Ouais ouais d'accord.

MG9 : Pas au cours d'un seul, d'un seul entretien, tu vois.

I : Oui oui bien sûr.

MG9 : Et il faut pas avoir peur de les faire revenir, pour euh en rediscuter, c'est une approche progressive, il faut pas le braquer le gamin non plus, tu vois c'est... il faut qu'il se sente en confiance, il faut qu'il sente aussi, qu'il sente que ce qui nous dit ça reste, ça sortira pas du bureau. On peut lui demander : « bon, est ce que t'es d'accord que je parle d'une telle ou telle chose avec tes parents ? » dans son intérêt, il faut qu'il dise d'accord, tu vois, qu'il soit d'accord parce que sinon. Alors il y a les tout-petits, moi j'ai pas, enfin les tout-petits, tu vois en dessous de dix ans (soupir).

I : Ouais c'est plus compliqué ?

MG9 : Moi la petite que j'ai vue là ce matin, donc (âge), la, la dame d'accueil, elle, elle me l'a ramenée pour renouveler son Risperdone et euh je l'avais eu au téléphone déjà pour savoir comment ça allait et euh j'ai demandé à (prénom), j'ai demandé : « alors ça va bien tout

ça ? », « oui oui oui, ça va ça va ». Enfin bon, on voyait que ça allait mieux, je lui ai demandé tu vois. Il faut pas que ça passe par dessus de leur tête quoi, que entre adultes.

I : Et dans ce genre de situations, est ce que tu arrives à discuter avec l'entourage, avec la famille ou la famille d'accueil si c'est le cas, des moyens, alors là elle est petite mais plutôt pour les ados, des moyens létaux à domicile ? S'il y a des armes, des médicaments ?

MG9 : Ah ba oui oui oui. Des armes, enfin ça c'est même pas que chez l'enfant ou l'ado, chez l'adulte aussi. Faut virer les armes, les, tout ce qui est pharmacie, les médicaments... Moi je me souviens la dame là, je crois que c'était du Lysanxia, son gamin qui en avait pris... Faut vachement faire attention, faut pas les laisser. Enfin c'est tellement, tellement évident. L'alcool, les armes, ici il y a un peu des armes... Mais en général les tentatives de suicide avec des armes, c'est rare qu'ils se loupent... J'en ai encore jamais vu moi heureusement. Y'a les trucs par pendaison aussi, mais alors ça pour les prévenir, c'est compliqué hein. Enfin, l'alcool, les médicaments, et puis c'est vrai qu'il y a des jeunes qui rentrent dans des troubles graves de la personnalité, les schizophrènes, les bipolaires euh... Il faut vraiment, enfin...

I : Ouais c'est compliqué.

MG9 : Il faut prévoir les scénarios et en parler à la famille quoi, et puis même leur dire quoi, moi je leur dis je me fais du souci, enfin je sais pas, on dit qu'il faut faire comme ça.

I : Ouais c'est sûr. Et avec les, l'établissement scolaire, les écoles, les collèges, les lycées, tu es en contact avec eux pour ce genre d'ados ?

MG9 : Non, non, on dit pas. Euh, si éventuellement ça dépend des infirmières, avec les infirmières scolaires. Moi je dis rien, et puis j'ai même pas les contacts. Je sais pas euh, c'est compliqué hein les enseignants... Y'a tout et n'importe quoi. Les enseignants y'en a qui sont...

I : C'est compliqué ?

MG9 : Ah ouais moi j'avoue que (soupir)... Normalement, enfin normalement, ça peut être une aide, mais moi je trouve que ça sort de notre secret quoi. Je pense qu'il faut faire attention.

I : Et l'avant dernière question, t'avais déjà un peu répondu, mais est-ce que tu as déjà introduit ou pensé à introduire un traitement médicamenteux pour un enfant ou un ado pour ce genre de situation ?

MG9 : Oui, ouais. Mais la petite enfance, mais je dirai dix ans et en dessous... Euh, bah je l'ai fait là hein. Euh, moi j'avais pensé à la Risperdone. Parce que la petite elle a, elle a un trouble grave de la personnalité qui démarre, enfin qui démarre... A la naissance, elle a été, elle a été projetée, enfin elle a été secouée par sa mère, elle avait une fracture du fémur tu vois, je sais même pas si elle avait pas un sous-dural, ou un truc comme ça tu vois. Et sa mère est dans un établissement psychiatrique, il y a des liens encore avec la famille, mais bon, tu vois, il y a des antécédents familiaux. Dans des cas comme le confinement, qui sont des situations quand

même un peu extrêmes, euh... Bah on le fait hein. Sinon chez l'ado, oui bah chez l'ado oui. Il y a un jeune qui est dans une drôle de situation familiale, sa mère elle est transsexuelle, enfin elle est en train de devenir son père. Enfin bon, ça le bouleverse pas mal. Il a eu vers (âge), il s'est, en chahutant, il s'est coupé l'artère humérale, il a eu une grosse plaie du coude...

I : Ah oui ?

MG9 : Donc il a eu une plaie artérielle, il a été pris en charge, donc voilà mais ça lui fait une grosse cicatrice, on a l'impression que c'est comme une blessure narcissique tu vois, il a du mal à se remettre de ça, et puis en plus là il y a une situation familiale, enfin là les parents sont séparés, mais la mère était toujours à la maison avec la copine qui était un copain... Enfin bon, des trucs, moi j'arrive pas à suivre.

I : Ah ouais c'est compliqué.

MG9 : Et lui je l'avais mis sous antidépresseur, il avait une (âge) au départ.

I : Ah ouais d'accord. Et du coup d'une façon générale, est-ce que tu trouves ta place dans le, dans le suivi des jeunes patients après une tentative de suicide ?

MG9 : Et ben, oui et non parce qu'il faudrait qu'on travaille en réseau. Je me sens un peu seule, quoi, mais très seule (silence). Tout seul c'est compliqué, très compliqué, tu vois. C'est des mineurs en plus... Alors évidemment qu'il y a des familles qui sont très coopérantes mais ça suffit pas, il faut qu'il y ait d'autres personnes du soin qui soit avec toi quoi. Et ça je le trouve difficilement hein, vraiment c'est compliqué !

I : Et de connaître la famille, l'enfant ou l'ado c'est plutôt une aide ? De connaître la famille et de connaître l'ado depuis tout petit ?

MG9 : Ah oui oui, bien sûr, dans la psychiatrie mais c'est sûr hein !

I : Ouais, ouais.

MG9 : Bon il y a les crises, les crises aigües, bon bah on essaye de, c'est souvent des hospitalisations, des... Quand y'a des risques de défenestration, et tout... C'est, c'est souvent à la demande d'un tiers. Enfin c'est dur ça, hein, psychologiquement, (prénom d'une collègue médecin) elle en a fait un là récemment, elle en était toute retournée. Moi ça m'est déjà arrivée puis c'est très chronophage, il faut passer du temps... Mais le fait de connaître c'est évident que ça aide beaucoup.

I : Ça aide ouais.

MG9 : Ouais. Ah oui ça aide, ça me paraît évident.

I : Ok. Bon bah je t'ai posé à peu près toutes les questions, je crois que t'as pas mal répondu même spontanément. Sauf si tu veux rajouter quelque chose dans la place du médecin traitant ?

MG9 : Alors il y a aussi les... J'y pensais là... T'as les gens que t'examines et puis tu vois des traces de scarifications, tu vois, parce que ça se voit bien, tu prends la tension et tu te dis, tiens, c'est marrant.

I : Oui ça se voit ouais.

MG9 : Moi je le marque dans le dossier. Alors des fois quand c'est des premières consultations, tu peux faire un suivi gynéco, tu vois ça bon... Moi j'en parle pas forcément. Mais je crois que les jeunes médecins ils en parlent plus, tu vois (prénom d'une collègue médecin) elle en parlerait peut être plus. Moi, je, j'ose pas trop mais après s'ils reviennent je leur dis. Enfin je, quand je m'en aperçois à nouveau...

I : Tu vas aborder le sujet quoi ?

MG9 : Je peux poser la question. C'est des périodes où vous alliez pas bien ? Enfin tu vois tu laisses la porte ouverte pour voir s'ils veulent, s'ils veulent t'en parler ou pas. Je trouve que c'est important puisqu'on soigne, on fait pas que de la gynéco d'un côté puis le reste quoi. Y'a les violences intrafamiliales hein, t'as des fois des pères qui sont des vrais tyrans quoi, et puis les pauvres gosses au milieu, déjà la mère, et puis les gosses euh... Y'a... Ou qu'ils prennent en charge trop de choses, qui protègent les petits frères contre un père qui est tyrannique, qu'est violent, qui boit, qui... (Soupirs). Et des fois c'est dur pour les aînés, hein. Ou t'as les, dans une fratrie t'a aussi les... Mais ça on apprend à les repérer, enfin en général, si on fait pas la consultation en cinq minutes, on, on arrive, il faut parler avec les gens... Les, les frères ou les soeurs tyranniques, pour les autres c'est pas rigolo hein ! Et euh, ils sont écrasés, il y a souvent des syndromes dépressifs après qui se développent chez l'autre enfant qui vit la... (soupirs) qui vit l'enfer hein... C'est pas facile ! Les enfants hyperactifs, tu sais, qui sont sous Ritaline et tout, et puis t'as le frère ou la soeur, ils en peuvent plus hein... Ils ont les jouets cassés, ils ont euh... Olala !

I : Ouais c'est dur !

MG9 : Les violences intrafamiliales, y'a pas que le père hein, y'a aussi des fois les frères, des fois il peut aussi avoir une mère qui est, qui est désaxée, mais c'est souvent le père hein. Et puis aussi maintenant on les repère les enfants hyperactifs, il y a quand même une prise en charge quand même assez... Parce que c'est repéré au niveau de l'école.

I : Ah oui.

MG9 : Ça c'est bien, on voyait pas ça avant. On savait même pas que ça existait.

I : Oui c'était pas diagnostiqué ?

MG9 : Non, bah c'était une entité diagnostique qu'on connaissait pas. Moi j'ai jamais appris ça, je l'ai appris après (rires). Ouais... En tous cas ça nous aiderait bien d'avoir des professionnels qui soient là pour un peu mettre en place des prises en charge à plusieurs.

I : Ouais, ça soulagerait...

MG9 : Alors ça c'est un abandon (soupir)... Alors je sais pas si leur plan santé là du gouvernement, ils en tiendront compte. Parce qu'il y a eu quand même aussi, c'était y a une vingtaine d'années hein, où ils ont dit y'a trop de gens dans les hôpitaux psychiatriques, euh c'était aussi la politique, enfin c'est plus récent hein dans les hôpitaux généraux, on ferme des lits comme ça on va faire des économies tout ça et puis les chroniques, les malades chroniques, de ces grandes unités d'enfermement qu'étaient les hôpitaux psychiatriques euh, bon ils ont rien à foutre là, on ferme les lits et tout puis après on avait plus de lit, enfin c'était, enfin c'est difficile hein...

I : Ouais ouais ouais.

MG9 : De faire hospitaliser les gens... Des fois des gens en pleine crise, on les fait descendre, ils restent la nuit puis ils remontent. Enfin ça c'est... (soupir). Et puis nous on est toujours sans ressource quoi... Dans des situations qui sont très chronophages où on aimerait bien quand même les aider, car il y a le risque de suicidaire, de suicide quoi. Un infarctus c'est plus facile à prendre en charge, (rires) je te jure !

I : C'est pas mal comme mot de fin ! C'est tout bon ou tu voulais rajouter quelque chose ?

MG9 : Ouais !

I : Bon bah parfait !

MG10

MG10 : Donc c'était une jeune femme, euh... (âge) ou (âge), ça va c'est l'âge ?

I : Oui oui, c'est bon.

MG10 : Donc (âge) ou (âge), que j'avais suivi pour des choses tout à fait banales des ados, des petites choses, des petites maladies de temps en temps, mises à jour de carnets de vaccins, etc. Je l'avais suivi pendant peut être 6 mois un an, quelque chose comme ça pour des certificats. C'est une grande danseuse, elle fait plein plein de danse, elle avait été prof de danse et puis elle voulait en faire son métier. Et puis en fait ça s'est pas fait, elle devait aller en Suisse pour faire des formations professionnalisantes et puis en fait ça s'est pas fait pour des raisons financières d'après ce que... ce dont je me souviens. Et euh... Elle l'avait plutôt bien vécu ça c'était bien passé et en fait un jour j'ai l'hôpital qui m'appelle et qui... Enfin moi je la trouvais très bien jusque-là. Absolument pas de suspicion de troubles de l'humeur si ce n'est une anxiété, une petite anxiété généralisée mais euh, qu'elle arrivait à gérer simplement sans aucun traitement et sans suivi. Elle faisait de temps en temps des petites attaques de panique mais qu'elle arrivait à bien gérer elle-même. Du coup il y a l'hôpital qui m'appelle en me demandant des nouvelles de cette patiente. Enfin en me demandant des éléments de son dossier médical. Et en fait elle avait fait une intoxication médicamenteuse volontaire, elle avait été retrouvée inconsciente dans la forêt, pas très loin d'ici. Euh, donc, voilà, j'étais très étonné de ça, j'ai pas bien compris et en fait... Je l'avais pas vu pendant un certain temps avant cet appel là, et donc voilà... En fait elle allait plutôt bien, elle s'était polymédiquée, elle avait pris plein de trucs qui lui passaient sous la main, je sais même plus quelles molécules c'étaient, et en fait elle s'en est sortie comme ça, et elle est partie de l'hôpital. Et elle a eu un petit suivi avec un psychiatre pendant quelques temps après, quelques semaines quelques mois, et après ça s'est arrêté comme ça. Et elle a plus eu de suivi. Et elle allait plutôt bien. Ça allait mieux ensuite et moi je l'ai suivie pendant encore 6 à 9 mois après, et après elle a déménagé, elle est partie. Et j'ai plus eu de nouvelles euh, j'ai plus eu de nouvelles ensuite.

I : Ok.

MG10 : C'est un peu le contexte quoi. Voilà.

I : D'accord. Donc ouais... Toi c'est l'hôpital qui t'avait appelé, et donc après elle est revenue spontanément te voir ?

MG10 : Oui.

I : C'est pas toi qui l'avais rappelée euh...

MG10 : Non. C'est pas moi qui l'avait rappelée, elle est revenue spontanément et on avait reparlé forcément, quand je l'ai vue, de cet épisode là et, enfin elle avait bien critiqué le truc, enfin voilà elle pensait que c'était une erreur elle avait pas du tout envie de recommencer, et ça c'est plutôt bien tassé en fait.

I : D'accord.

MG10 : Mais euh, c'était une réelle envie de mourir quoi, c'était pas un appel au secours c'était vraiment une envie de partir, à cause d'une accumulation de problèmes familiaux, personnels, et cette déconvenue de formation de danse parce que c'était vraiment sa passion... Et en fait elle avait été refusée dans ce casting là, et en fait j'ai appris ensuite qu'elle avait été refusée dans beaucoup d'autres castings et donc elle avait été très découragée par rapport à ça et c'est peut-être ça qui a fait déborder le vase.

I : D'accord. Ok. Et donc elle était suivie par un psychiatre et toi t'as eu des liens avec le psychiatre ?

MG10 : Aucun.

I : D'accord. Aucun. Et est-ce que tu te souviens si elle avait un traitement ?

MG10 : Elle avait un traitement. Elle avait eu un anti dépresseur, j'ai envie de dire Paroxetine comme ça. En tout cas c'était un truc dans le genre. Un IRS.

I : Pas que toi t'avait introduit, c'est euh ?...

MG10 : Non.

I : C'était le psychiatre qui...

MG10 : Ouais. Ça avait été mis en place à l'hôpital, en fait. Elle avait été hospitalisée, elle avait été mutée à (ville) je crois... Ou peut-être (établissement de santé)... Non c'était (établissement de santé) je crois.

I : Possible.

MG10 : Plutôt (établissement de santé), et euh elle avait été hospitalisée là-bas 3-4 semaines et après elle est rentrée.

I : D'accord.

MG10 : Et je me souviens plus qui la suivait après... Mais elle avait été suivie par un psychiatre en tout cas... Mais vraiment... assez peu de temps.

I : Et c'est elle qui avait arrêté ? Tu te souviens ?

MG10 : C'est elle qui avait arrêté.

I : C'est elle qui avait voulu arrêter.

MG10. C'est elle qui avait arrêté euh... De mémoire elle me disait qu'elle en avait plus besoin, et en fait elle... Ça allait bien quoi, au niveau de l'humeur c'était bien... C'était bien

revenu dans l'ordre et elle avait arrêté elle-même ses anti-dépresseurs. Brutalement d'ailleurs... Ce qui arrive souvent chez les jeunes en fait !

I : Oui c'est ça...

MG10 : Et ça s'était à priori plutôt bien passé.

I : OK... Et... Donc elle elle était grande, mais est-ce que tu avais un lien avec ses parents, tu te rappelles ? (Age), c'est un peu plus rare.

MG10 : Non. Pas de lien avec ses parents.

I : Et elle était pas non plus scolarisée du coup là ?

MG10 : Et non.

I : Donc pas de lien avec l'établissement scolaire... Ok. Et ben ok... Et donc t'as pas eu de nouvelles depuis, depuis...

MG10 : J'ai pas eu de nouvelles, elle a déménagé et elle revient plus sur (ville) donc...

I : Ok.

MG10 : Je l'ai plus vue...

I : Ok et du coup la question un peu générale que je pose c'est, est-ce que tu trouves ta place globalement dans le suivi des ados après une tentative de suicide ? Est-ce que tu as l'impression que c'est notre rôle, est-ce qu'il a des choses à améliorer ?

MG10 : Je pense que c'est complètement notre rôle. Alors, des choses à améliorer dans la gestion psychiatrique en ville, euh il y en a plein !!! (rires)

I : (rires)

MG10 : C'est super intéressant, en tout cas sur (ville) et (ville) il y a beaucoup de choses qui se sont mises en place pour justement fluidifier le lien entre la médecine générale et la psychiatrie. Ce qui a été globalement hyper compliqué pendant des années et là, depuis 2 ans, notamment avec le pôle de Santé il y a des choses qui se mettent en place qui sont hyper intéressantes. Avec... Les liens avec le CMP notamment. Et puis il y a le CASM à (ville), le Centre Ambulatoire de Santé Mentale qui s'est mis en place, avec le CTAI, le truc intensif je sais pas quoi là, un peu pour les crises suicidaires, et donc ça c'est d'une grande aide quoi. Parce qu'on se retrouvait un petit peu seuls des fois face à ces gens-là. Alors moi dans ma pratique j'ai pas été tant confronté à ça, j'ai pas eu de crise suicidaire, jamais, mais en tout cas on a maintenant des ressources qui sont quand même assez fluides parce qu'avant c'était de la gestion avec des psychiatres libéraux, qui de toute façon ne prenaient plus de nouveaux patients, n'acceptent même plus pour des avis ponctuels et encore moins en urgence. Donc on se retrouvait un petit peu seuls face à ça. Alors là pour cette situation-là. Alors c'est le seul...

La seule ado entre guillemets ou jeune adulte que j'avais suivie, j'ai pas eu d'autre tentative de suicide chez un jeune. Si j'en ai eu une mais je m'en étais pas du tout occupé donc je saurais pas quoi te dire. Euh mais celle-là, ouais si jamais je l'avais vue avant en crise suicidaire ou en tout cas avec des idées noires j'aurais tenté de l'envoyer vers un psychiatre libéral mais euh, enfin à priori ça aurait pas bien fonctionné.

I : D'accord.

MG10 : Donc euh, voilà.

I : Et euh, tu disais que c'est vraiment depuis que vous avez créé le pôle que t'as l'impression qu'il y a plus de lien ?

MG10 : Ouais.

I : Parce que le CMP, il est pas... Enfin y'a... Il y a des médecins du CMP dans le Pôle ?

MG10 : Non. Mais il y a une volonté du pôle de santé d'améliorer les relations avec la psychiatrie euh, avec la psychiatrie de ville quoi, donc soit la psychiatrie libérale soit le CMP.

I : Ouais.

MG10 : Parce qu'on s'est rendu compte qu'on avait un peu de mal à gérer nous-même, des patients qui parfois étaient psychiatriquement vraiment atteints et notamment des psychotiques, des schizophrènes où on devait nous se débrouiller nous avec des neuroleptiques et des fois c'est franchement compliqué quand ils sont comorbides, et notamment cardiovasculaires. Et aussi parce que on s'est rendu compte que les patients allaient voir leur psychiatre et que, on savait pas trop ce qui s'y passait et... On savait pas trop si les traitements avaient été modifiés, et des fois les patients savaient pas trop nous dire, et en fait on était vraiment en demande de cet échange là. Nous qu'on puisse joindre les psychiatres facilement et que les psychiatres puissent nous joindre facilement. Pour nous tenir au courant des changements thérapeutiques, des points à surveiller etc.

I : Et là c'est ce qui se fait maintenant, t'as l'impression que le CMP, ils vous font des retours ?

MG10 : Mieux.

I : Ah ouais ?

MG10 : Mieux. Franchement c'est pas parfait mais... Après le CMP, en tout cas à (ville) c'est compliqué, les équipes changent tout le temps, souvent ils sont en carence de médecin donc ils ont un gros problème de démographie, donc ça facilite pas les choses. Mais on a des parcours ETP avec le CMP.

I : Ok.

MG10 : Psychose et facteurs de risque cardiovasculaires.

I : Ah ouais ?

MG10 : Ouais. Les relations se sont un peu fédérées autour de cet ETP là. Ouais ça c'est vraiment intéressant.

I : Ouais c'est chouette. T'es le premier à me le dire (rires).

MG10 : Ouais (rires).

I : C'est bien (rires).

MG10 : Ouais. C'est quelque chose qui a commencé depuis pas longtemps mais c'est vraiment intéressant. Et il y a le Centre Ambulatoire de Santé Mentale qui nous aide beaucoup aussi.

I : Ouais.

MG10 : Il y a de l'addicto, il y a de la gestion des ados, il y a le Centre Intensif pour les crises suicidaires donc ça c'est... Une vraie ressource locale, sur (ville), qui est bien. Et qu'on peut contacter assez facilement.

I : Très bien. T'as répondu à tout ! (rires)

MG10 : Non franchement je pense que ça va aller de mieux en mieux !

I : Très bien. Merci.

MG11

I : Donc je te laisse me parler de ta situation...

MG11 : Bonjour. Donc je suis le Dr (prénom et nom de famille), maître de stage à (ville) depuis une vingtaine d'années, en soins premiers, je prends en charge un certain nombre de patients dans la cohorte de 0 à 99 ans et il est pas rare que nous puissions être amenés à voir de jeunes enfants en consultation. Et comme tu l'évoquais, ou suggérais, j'ai effectivement à l'esprit une jeune femme qui aujourd'hui a (âge), que je continue à voir mais qui à l'époque des faits, remonte à une petite dizaine d'années donc à l'époque elle devait avoir euh... (âge). Et où elle a... On va dire, présenté un incident, euh qui a consisté à une tentative d'autolyse par phlébotomie. C'est une petite qui à l'époque avait donc (âge), ouais (âge), (âge), euh, vivait avec sa maman, elle vit toujours avec sa maman, un contexte médical un peu particulier parce qu'elle avait des antécédents neurochir qui remontaient à l'enfance, un contexte de malformation. Elle avait tout juste connu son papa, et le papa l'a un peu, plus ou moins, c'est ce qu'elle expliquait, abandonné elle et sa mère, et donc euh j'ai appris un jour, un matin, en consultation dans mon cabinet, que la maman voulait me voir, et s'entretenir avec moi parce que donc sa fille venait d'être admise pour une tentative d'autolyse, donc hospitalisée. En sachant que je voyais la petite dans le cadre du suivi pédiatrique classique. La mise en place des vaccinations, les discussions autour de sa souffrance, qu'elle évoquait. Sans avoir jamais exprimé d'idées noires ou d'idées suicidaires au cours de ces consultations. Elle ressentait un mal être, avec la manifestation, l'expression de sentiment d'abandon. Elle évoquait très peu la présence de son papa dans sa construction en tant que jeune enfant et on sentait effectivement quand elle l'évoquait que ça lui manquait, avec euh... Des regards fuyants au cours de certaines consultations, certaines oppositions même en pleine consultation. Des absences scolaires, parce qu'elle estimait qu'il y avait pas lieu d'y aller, et euh.... La situation semblait pas forcément se dégrader, il y a pas eu de signes avant-coureur, en tout cas rétrospectivement quand j'ai su qu'elle avait donc été hospitalisée, euh qui aurait pu peut-être permettre... Permis de peut être mieux cibler la chose, en tout cas renforcer les visites au cabinet. Elle venait assez régulièrement... Pour des motifs divers et variés, voilà. Depuis son mal-être la poursuite puisqu'encore aujourd'hui, il y a des troubles du comportement alimentaire. Mais par contre elle continue à nous voir parce qu'elle... De ce qu'elle expliquait encore il y a quelques jours, je la vois quasiment tous les mois, de façon ancrée, la notion de repère que de venir au cabinet et d'avoir une certaine écoute. Alors là-dessus, elle a depuis bien-sûr fait l'objet d'un suivi psychiatrique rapproché, de psychothérapie, la présence de sa mère qui est bien-sûr toujours présente, son papa qui a fait à nouveau irruption dans sa vie, il y a quelques années où elle a d'ailleurs renoué avec lui et euh, c'est quelque chose pour ce qui est de cet épisode qui reste bien occulté dans son esprit parce qu'on en parle quasiment jamais.

I : Mmmh.

MG11: Voilà, donc je ne sais pas si tu as autre chose que tu as besoin de préciser ?

I : Oui alors, tu me parlais déjà pas mal, nous on parle beaucoup des parents, tu disais que c'était

la maman, elle était bien en lien avec toi, qui te l'avait amenée ?

MG11 : Tout à fait.

I : Et là tu continues, la maman, à la voir régulièrement ?

MG11 : Exactement, tout à fait.

I : Et la jeune fille tu la vois... Séparément toujours, est ce que tu les vois des fois ensemble ?

MG11 : Toujours !

I : Toujours séparément ?

MG11 : Alors aujourd'hui elle a (âge) mais...

I : Oui.

MG11 : Je vais pas forcément dire dans les suites euh... Dans les suites pas forcément parce que la mère avait... Alors la mère était assez présente, dans les premiers temps dans les suites de cet épisode-là, un peu avant aussi et puis avec le temps, s'est foncièrement créé un besoin de, exprimé par la jeune fille, et moi demandant que je sois... Demandant le choix à la jeune fille si elle voulait que sa mère soit présente ou pas. Et où donc la mère s'est complètement effacée, physiquement de la consultation, alors dans un premier temps elle était un peu en retrait... Un pas ou deux pas en arrière, puis carrément sortie, aujourd'hui depuis maintenant 4 ans, 5 ans, quand je vois... Je sais pas si j'ai le droit de dire son prénom ?

I : Tu peux le dire parce qu'on va l'anonymiser.

MG11 : (rires) Quand je vois... (prénom)...

I : Ouais.

MG11 : Sa maman sort. Ouais. Reste euh... Enfin elle sort quand elle a commencé à venir en consultation juste pour des détails qui sont des détails de type administratif, comme la carte vitale puisque (prénom) la perd souvent. Parfois, de l'accompagner en tout cas jusqu'à (ville), parce qu'elle habite (ville), elle a déménagé à (ville) depuis, donc c'est la maman qui l'amène jusqu'à (ville) et elle reste en salle d'attente, ou dans la voiture avec le COVID donc actuellement elle reste dans la voiture et c'est (prénom) qui monte euh... Voilà.

I : D'accord.

MG11 : Donc je continue à la voir et elle exprimait encore, euh, ben quand est-ce que je l'ai vue, il y a deux jours, en présence de l'étudiant, puisque je reçois aussi des externes, et je demandais à (prénom) si ça lui faisait du bien comme à chaque fois de faire un peu le bilan sur l'entretien et est-ce que ça lui faisait toujours du bien ou pas de venir, est-ce que ça lui apportait beaucoup. Alors en présence de l'étudiante elle n'a pas forcément, enfin elle s'est pas démontée en fait, elle a toujours exprimé de façon libre et éclairée, sa volonté de venir, de continuer à venir, de s'inscrire dans cet euh, dans ce suivi. Euh elle a été hospitalisée l'année

dernière dans son contexte de troubles du comportement alimentaire, là aussi il y a eu des épisodes de phlébotomie qui se sont à nouveau... Enfin qui... Enfin qui se sont à nouveau... Installés, on va dire ça comme ça. Qu'elle critique assez bien. Mais enfin voilà. C'est devenu un mode d'expression, je pense, qui remonte à ses (âges) et qu'elle a gardé encore aujourd'hui, dans les moments où elle se sent effectivement très acculée.

I : Ok. Et une question très spécifique à ce sujet-là : est ce que tu te souviens si tu avais parlé avec elle ou avec sa maman des moyens létaux à disposition à domicile ? Au moment, euh... À (âge) quand elle était plus jeune ?

MG11 : Alors pas vraiment, parce qu'on était foncièrement dans une logique plus de continuité de soins, où on s'était peut-être naïvement limité à : « ça te fait du bien de venir ou pas ? ». Et encore une fois il n'y avait pas eu de signes avant-coureurs de quoi que ce soit, qui permettait d'imaginer que, et depuis, en tout cas dans les suites, euh, c'était maintenant ouais il y a une dizaine d'années, je pense que je n'étais pas non plus très à l'aise. Je sais pas si je le suis un peu plus aujourd'hui. Je pense que je le suis. Euh... Pas forcément parce que j'ai une formation mais en lisant des revues euh, dites médicales sur la problématique, et en ayant participé à certains congrès, euh où les travaux sur les conduites suicidaires des enfants et adolescents ont fait l'objet de valorisation sur la forme d'une communication, m'ont permis d'être un peu plus... Un peu plus à l'aise avec la question.

I : D'accord. Euh, par rapport... Tu parlais d'un spécialiste qui l'avait suivie, tu te souviens si t'avais été en lien ? Avec le psychiatre ?

MG11 : J'avais été en lien assez régu... Enfin régulièrement, pas par courrier, pas par courrier, parce qu'on avait pas forcément le temps. Plutôt par voie téléphonique, euh à son initiative et à mon initiative on échangeait assez volontiers. Pour croiser les informations et se rassurer l'un et l'autre de savoir si on passait à côté de quelque chose.

I : Mmh...

MG11 : En tout cas moi ça me faisait du bien pour ne pas forcément se sentir seul, dans ce contexte là, et s'assurer par la voie et le canal de quelqu'un d'autre autre que soit même, qu'il y ait eu ou pas des signes autres avant-coureurs qu'elle n'aurait peut-être pas exprimé avec moi et qu'elle aurait peut être exprimé avec le psychiatre. Et puis les choses se sont un peu diluées dans le temps où on a eu le sentiment avec la maman, et puis avec Alice, qu'elle se sentait bien mieux, qu'elle se sentait plus épanouie, plus entre guillemets responsable, où elle acceptait certaines choses où elle avait donc fait ou le lien ou elle avait vu et fait face à son passé, comme elle le dit-elle, qui probablement était à l'origine de son mal être. Ça coïncidait avec la période où elle a recommencé à voir son papa. Tout ça foncièrement ça s'est... Un petit peu dilué dans le temps, on va dire détendu quoi.

I : Et l'établissement scolaire, tu te souviens si tu les avais... S'ils t'avaient appelé eux, ou si toi t'avais eu besoin de les appeler ?

MG11 : Alors j'ai pas ressenti le besoin de les appeler.

I : Ouais.

MG11 : Mais c'est parce que ça ne m'est même pas passé dans le champ du conscient. Euh... Et ils n'ont pas non plus ni par voie courrier ou par voie téléphonique appelé pour pouvoir faire le point, ni l'infirmière, en lien avec ce qui c'était foncièrement produit. Euh je sais pas si c'est foncièrement autre temps autre mœurs, peut-être qu'aujourd'hui les choses seraient, sont foncièrement différentes et où l'infirmière prend volontiers le téléphone pour échanger sur cette problématique là mais, en parallèle de ça, je sais pas si c'est propre au canton de (ville) mais je vois et je suis beaucoup de jeunes filles, de jeunes adolescents, plus de filles que de garçons mais, euh... Pour troubles du comportement alimentaire, avec on va dire des conduites suicidaires sans forcément autolyse, et euh, qui sont scolarisés plutôt au lycée, et voilà et par contre j'ai eu l'occasion d'échanger beaucoup avec les infirmières à cette occasion. Alors est ce que c'est propre à (ville), avec le recrutement, où on a pas forcément l'offre de soin sur le plan pédopsychiatrique, psychiatrique tout cours, qui colle avec la réalité du terrain. Est-ce que c'est le premier recours qui dans l'esprit des parents fasse qu'on est souvent, au centre des choses, en tout cas pas en marge, j'avais pas cette impression là. Dans l'offre de soin et dans le parcours de soin et dans la coordination de soin. Et puis ouais les infirmières qui volontiers prennent l'appel, enfin prennent le téléphone et n'hésitent pas à échanger. Alors je parle de (prénom) mais c'est toutes les autres petites filles, ou filles jeunes ados que je vois, et qui me viennent comme ça à l'esprit. Et où je me dis ouais, est ce que c'est un changement de mœurs, ou une certaine maturité dans la situation où on parle volontiers des choses un peu plus librement. Je sais pas... Un peu moins cristallisé sur des angoisses, des positions qui font que les professionnels n'échangent pas. Mais il y a jamais eu, en tout cas au jour d'aujourd'hui, sur le secteur de (ville), de façon officielle, un réseau de coordination de soins dans laquelle on intégrait, on intégrerait le médecin traitant, l'infirmière, le psychiatre... C'est souvent construit, sur euh... Entre guillemets à la hâte, à partir du moment où une situation de crise survient.

I : Ouais. Ok. Ben très bien. Et la dernière question qu'on pose, c'est est-ce que de manière générale, bon t'y a quand même déjà un peu répondu, mais est-ce que tu trouves ta place dans le suivi de ces enfants ou adolescents en souffrance. Quels sont pour toi les obstacles au suivi, est ce que tu aurais des propositions pour que ça se passe mieux ?

MG11 : Alors je vais donner ma réponse comme ça, j'espère que ça, mais c'est pas qu'elle va satisfaire ou pas, mais je le pense vraiment, je pense que nous sommes légitimes, je me sens légitime dans la prise en charge de ces enfants. Enfin ces enfants et jeunes adolescents. Parce que souvent, en tous cas pour ceux que j'ai à l'esprit, on commence la prise en charge très tôt dans leur vie, et euh on partage beaucoup de choses avec eux, des moments plaisants et d'autres moins et à ce titre-là et au nom de ce qui s'est foncièrement construit comme relation avec ces enfants et de l'image qu'ils se font de nous, je trouve qu'on a non seulement notre place, notre légitimité dans la prise en charge. Les enfants tout comme les parents, nous le rendent bien parce que souvent, c'est nous les premiers je trouve, les premiers ou les deuxièmes, ça dépend dans quel ordre on peut dire que les choses sont établies, en tout cas nous sommes souvent mis au courant, sollicités et on voit régulièrement ces enfants. Comme ça voilà, c'est toujours les mêmes que j'ai à l'esprit, il y a pas que (prénom), il y en a eu bien d'autres et encore aujourd'hui. Maintenant la problématique est plus dans la... Ou l'individualisation d'un protocole, ou l'individualisation d'un réseau. Clairement identifié.

Qui peut manquer. Comme je le disais tout à l'heure, il faut que la situation s'installe, et bien on rame, je sais pas si c'est le mot mais on a toute une espèce de réseau à se reconstruire sur l'enfant en question, et qu'il faut à chaque fois recommencer. Et toutes les peines sont, enfin toute l'énergie à dépenser quant à prospecter, le ou la psychiatre qui va bien pouvoir accepter de le prendre en charge parce qu'il est souvent aussi débordé que nous. Alors là pour le coup ouais je me sens un petit peu seul. Alors est-ce que c'est propre à (ville) parce qu'on est un peu excentrés par rapport à (nom d'agglomération) ? Ou est-ce que c'est foncièrement propre au terrain ? Peut-être l'angoisse tout simplement ressentie, qui quand on a ces jeunes ados ou ces jeunes enfants en face de soi, on est pas aussi à l'aise que quand on a des adultes. On est foncièrement pas sur les mêmes dynamiques de vie c'est sûr. C'est ce qui va manquer ouais. Je trouve que c'est ce qui peut pécher, et pour autant, je suis pas sûr qu'on l'exprime suffisamment pour qu'on puisse améliorer ces situations. Ouais, voilà. Donc peut être à travailler. Dans le secteur de (ville) il y a un CMP enfant, il y a un CMP adulte. Alors ils répondent assez volontiers, ils nous rappellent assez volontiers, mais c'est pas forcément si simple que ça de trouver la bonne personne... Enfin quand je dis la bonne personne, qui soit acceptée de tous, autant des parents, que de l'enfant voir de l'ado, de nous... On a comme ça quelques noms qui reviennent mais c'est pas rare qu'ils soient amenés à être suivis sur les centres hospitaliers, ou d'autres personnes ressources qui sont sur Grenoble. Ça ne dilue pas le soin ou la prise en charge, mais ça rallonge les délais de prise en charge et la trouille qu'on peut avoir de la récurrence, tertiaire, secondaire ou autre de ces incidents quoi. Pour lesquels on est pas toujours à l'aise, ça nous pose question de savoir si on a vraiment tout fait, si on a été optimal dans la prise en charge de ces enfants. Mais euh je pense encore une fois que je me sens parfaitement légitime parce que oui bien souvent ce sont des jeunes qu'on, enfin des jeunes enfants que l'on voit depuis leur petite enfance. Voire leur naissance. Donc c'est gratifiant dans une certaine mesure je trouve quand on les voit mieux, alors on est pas forcément très à l'aise, on est même un peu tristes, pour eux quoi mais je me sens légitime en tout cas.

I : Ok.

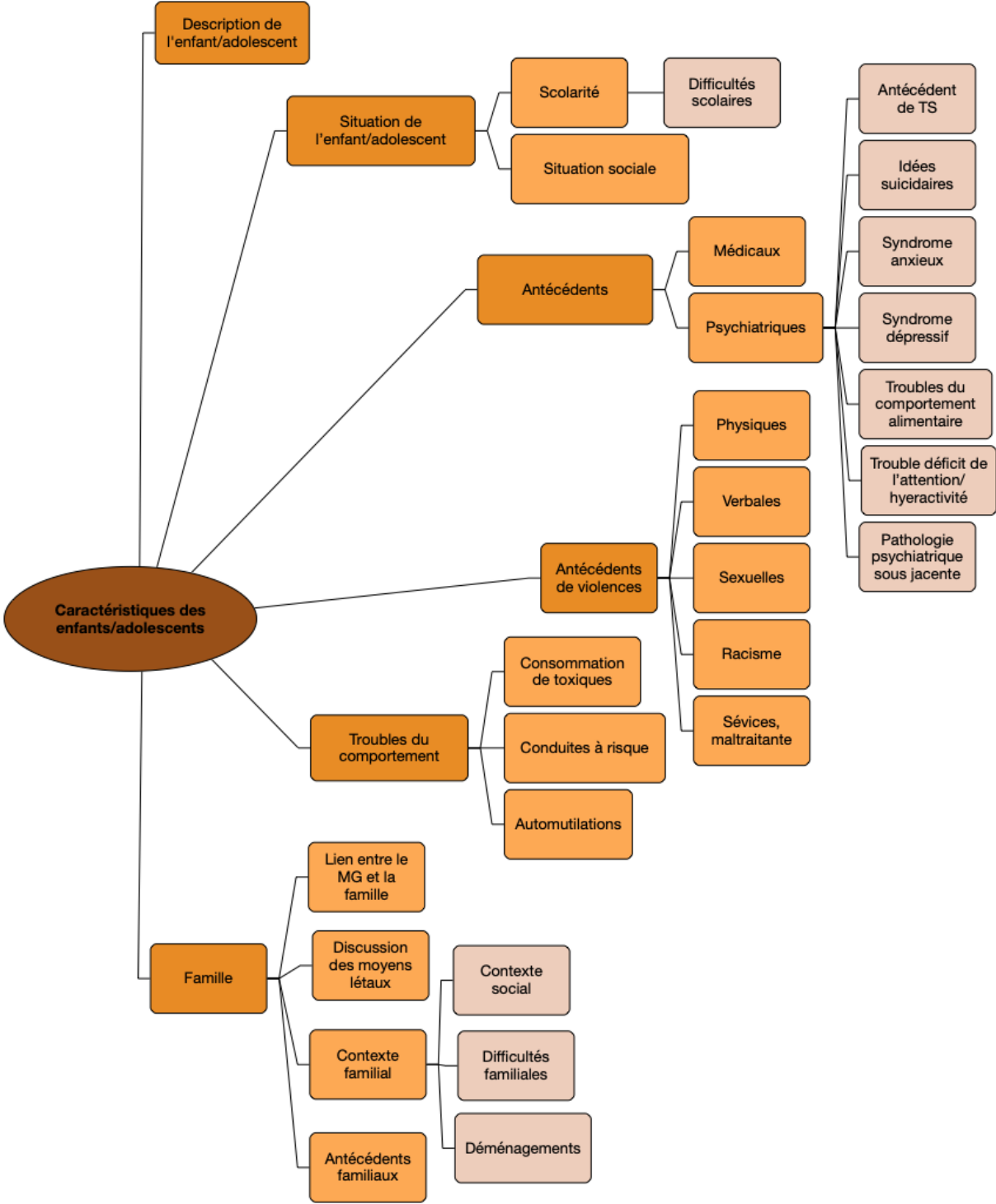
MG11 : Voilà.

I : Super. Sauf si t'as des choses à rajouter c'est bon...

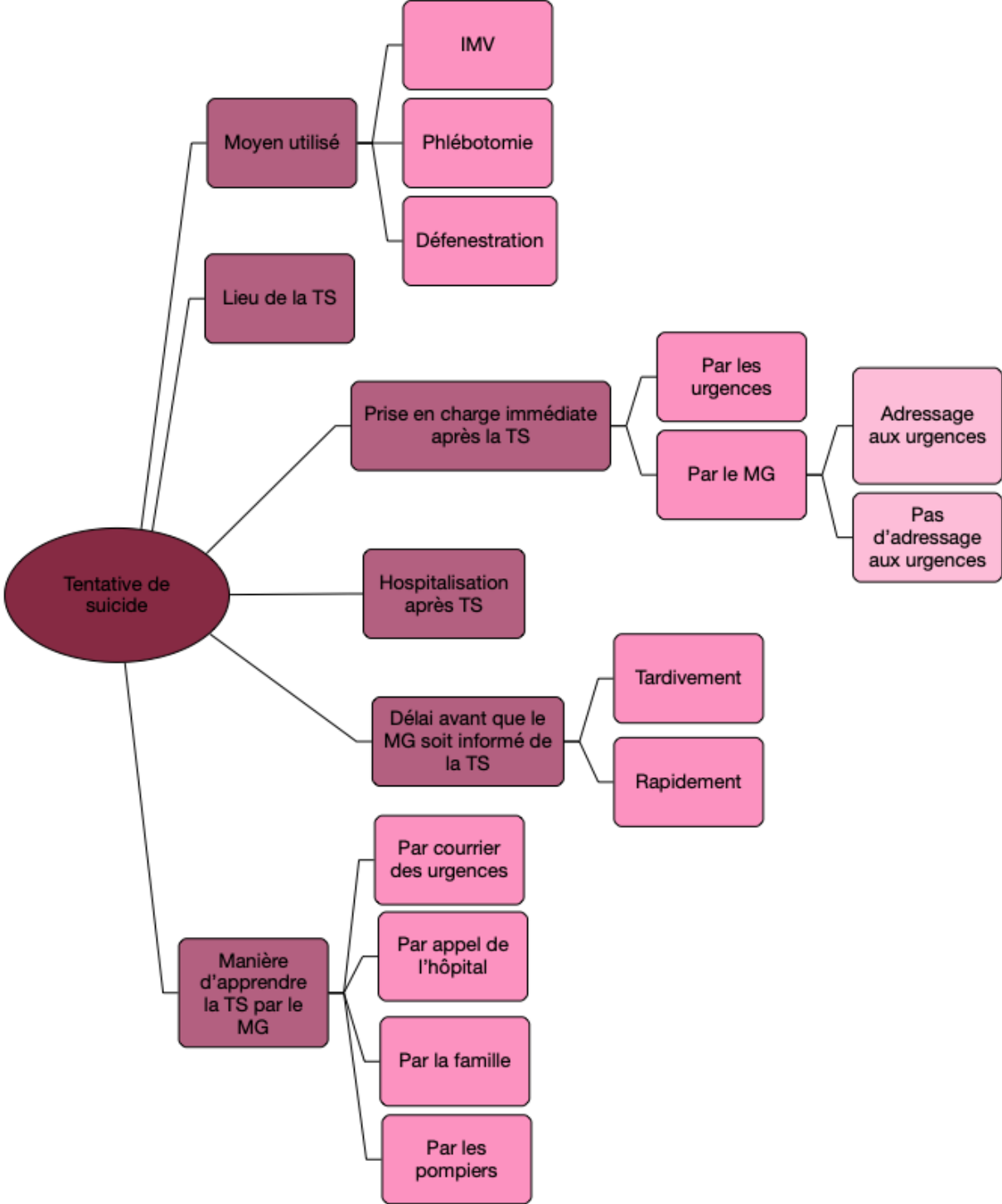
MG11 : Non. Sauf de te remercier de m'avoir inclus. De vous remercier.

I : Ben non, merci à toi.

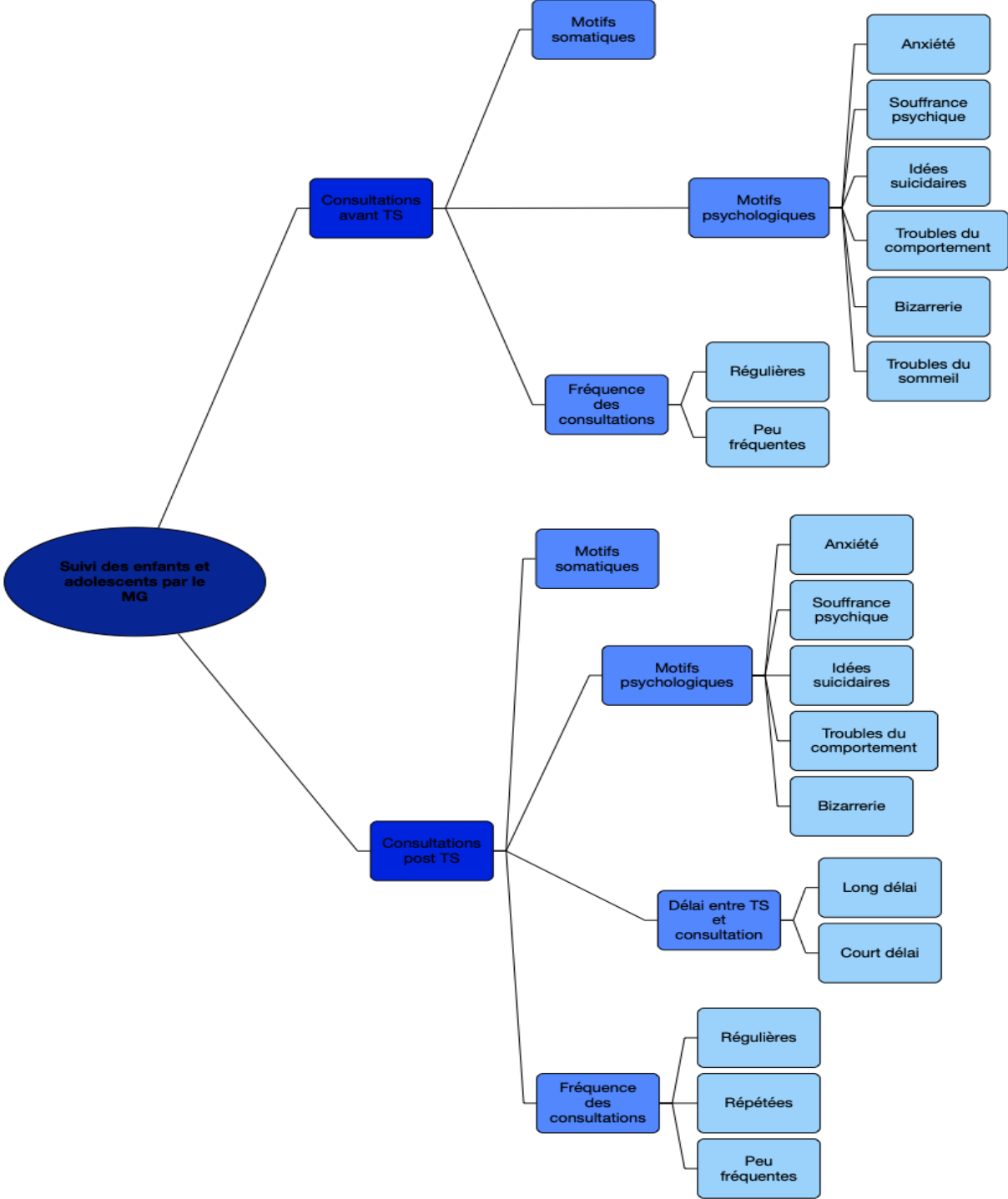
Annexe 5 : Arbre thématique : Caractéristiques des enfants et adolescents



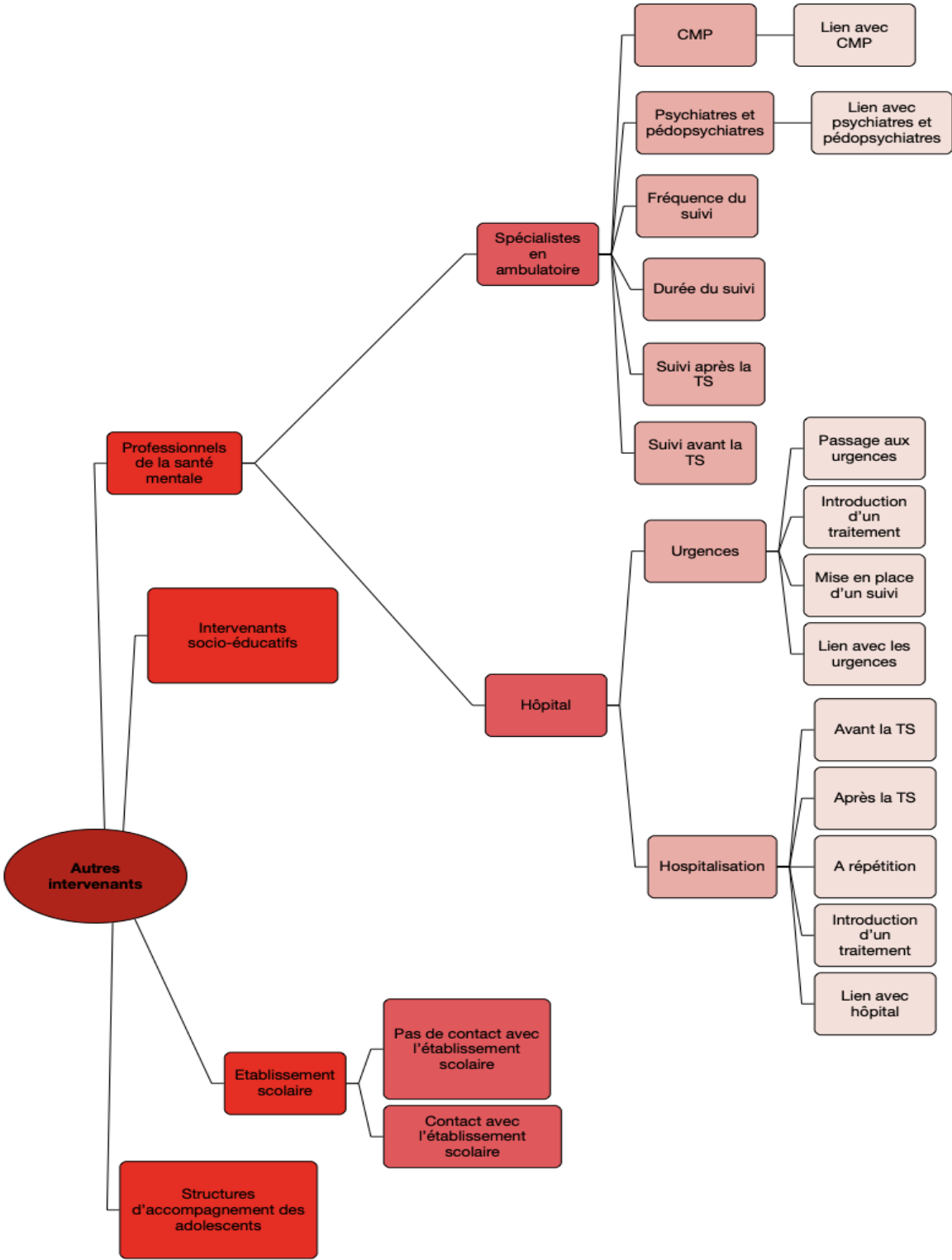
Annexe 6 : Arbre thématique : Les tentatives de suicide



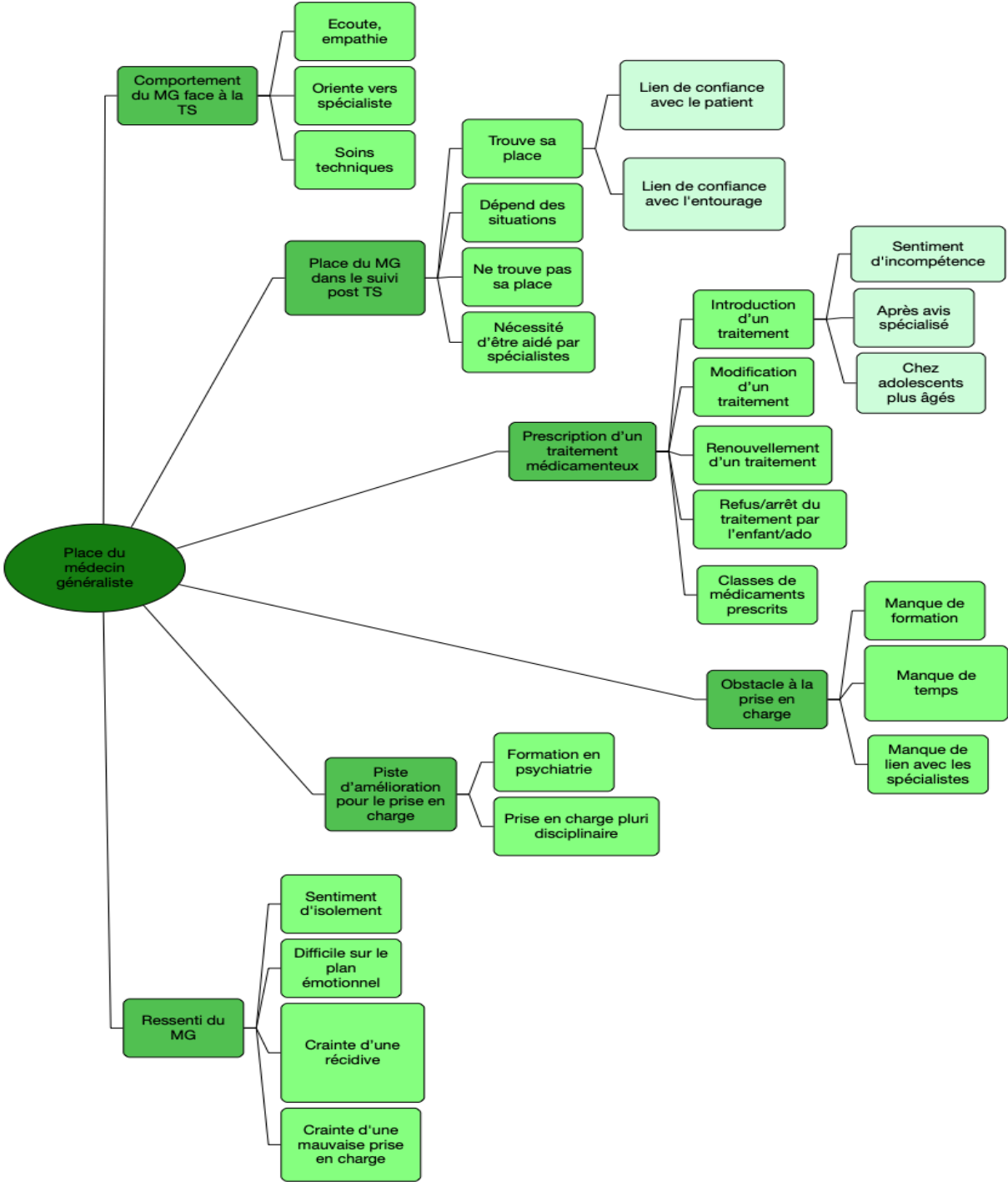
Annexe 7 : Arbre thématique : Suivi des enfants et adolescents par les MG



Annexe 8 : Arbre thématique : Autres intervenants du suivi des enfants et adolescents après une TS



Annexe 9 : Arbre thématique : Place du médecin généraliste dans le suivi des enfants et adolescents après une TS



Annexe 10 : Tableau de codage

| Nom | Fichiers (MG n°) | Références |
|---|--|------------|
| CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS/ADOLESCENTS | | |
| Description de l'enfant/adolescent | | |
| Âge | MG1, MG3, MG4, MG5, MG7, MG8, MG9, M10, MG11 | 18 |
| Sexe | MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG7, MG8, MG9, M10, MG11 | 15 |
| Niveau d'étude | MG7 | 3 |
| Origine ethnique | MG2, MG3 | 2 |
| Antécédents | MG2 | 1 |
| Médicaux | | |
| Endométriose | MG5 | 2 |
| Scoliose opérée | MG2 | 2 |
| Troubles digestifs chroniques | MG6 | 1 |
| Psychiatriques | | |
| TS | MG4, MG5, MG9 | 12 |
| Plusieurs antécédents de TS | MG4, MG7 | 5 |
| Délai entre 1ère et 2e TS | MG5 | 4 |
| Idées suicidaires | MG7 | 1 |
| Pathologie psychiatrique sous jacente | MG7, MG9 | 13 |
| Syndrome anxieux | MG2, MG6, MG7, MG9, MG10 | 8 |
| Syndrome dépressif | MG3, MG4, MG6, MG7, MG9 | 13 |
| Troubles du comportement alimentaire | MG3, MG8, MG11 | 10 |
| Trouble déficit de l'attention/ hyperactivié | MG7, MG9 | 5 |

| | | |
|---|-------------------------------|----|
| Antécédents de Violences | | |
| Physiques | MG2 | 5 |
| Verbales | MG2 | 7 |
| Sexuelles | MG2, MG7 | 13 |
| Racisme | MG2 | 2 |
| Sévices, maltraitance | | |
| De la part des parents | MG9 | 5 |
| De la part de la fratrie | MG9 | 3 |
| Troubles du comportement | | |
| Consommation de toxiques | | |
| Tabac | MG7 | 2 |
| Alcool | MG7 | 4 |
| Cannabis | MG5, MG7 | 5 |
| Conduites à risque | MG3, MG7, MG9 | 10 |
| Automutilations | MG7, MG11 | 6 |
| Situation de l'enfant/adolescent | | |
| Scolarité | | |
| Difficultés scolaires | | |
| Absentéisme, déscolarisation | MG1, MG2, MG3, MG6, MG7, MG11 | 13 |
| Changements d'établissements répétés | MG2 | 7 |
| Interruption scolaire | MG4, MG7 | 5 |
| Situation sociale | | |
| Problèmes de logement | MG7 | 1 |
| Problèmes financiers | MG3, MG7 | 2 |
| Prostitution | MG7 | 6 |
| Situation professionnelle instable | MG7, MG10 | 4 |
| Sport à haut niveau | MG10 | 2 |
| Famille | | |

| | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|----|
| Antécédents familiaux | | |
| Médico-chirurgicaux | MG2 | 8 |
| Psychiatriques | MG2, MG7, MG9 | 9 |
| Contexte familial | | |
| Contexte social | | |
| Problèmes sociaux | MG2, MG3, MG4, MG7 | 10 |
| Milieu aisé | MG7 | 2 |
| Mesures éducatives | MG3, MG4 | 3 |
| Origine étrangère | MG2, MG3 | 3 |
| Problèmes judiciaires | MG7 | 1 |
| Déménagement | MG2, MG4, MG9, MG0, MG11 | 6 |
| Difficultés familiales | MG1, MG4, MG9 | 3 |
| Conflit familial | MG2, MG5, MG6, MG7 | 7 |
| Conjugopathie | MG1, MG2, MG4 | 5 |
| Violences conjugales | MG2, MG4 | 3 |
| Fratrie | MG2, MG3, MG6, MG7 | 7 |
| Parents | | |
| Parents séparés | MG1, MG3, MG4, MG6, MG7, MG8, MG9 | 11 |
| Laxisme parental | MG2, MG3, MG6 | 3 |
| Profession des parents | MG3, MG7 | 3 |
| Lien entre le MG et la famille | | |
| Gestion des consultations | | |
| Enfant/adolescent seul | MG6, MG8, MG9, MG11 | 9 |
| Enfant/adolescent avec parents | MG11, MG9 | 8 |
| Parents se tournent vers le MG | MG1, MG3, MG4, MG6, MG7, MG9, MG11 | 11 |
| Relation entre les parents et le MG | MG1, MG2, MG3, MG4, MG6, M9 | 14 |
| Pas de lien avec les parents | MG10 | 1 |
| Discussion des moyens létaux | MG1, MG4, MG6, MG7, MG8, MG9, MG11 | 22 |

| TENTATIVES DE SUICIDE | | |
|--|--------------------------------|----|
| Moyen utilisé | | |
| IMV | MG1, MG6, MG7, MG9, MG10 | 15 |
| Phlébotomie | MG2, MG3, MG11 | 3 |
| Défenestration | MG4, MG5 | 5 |
| Lieu de la TS | MG4, MG7, MG8, MG10 | 5 |
| Motif de la TS | MG5, MG10 | 4 |
| Prise en charge immédiate après la TS | | |
| Par les urgences | MG1, MG2, MG5, MG9, MG10, MG11 | 10 |
| Par le MG | MG3, MG4, MG7 | 9 |
| Adressé aux urgences | MG4 | 1 |
| Pas adressé aux urgences | MG3, MG7 | 2 |
| Hospitalisation après TS | MG2, MG3, MG6, MG9, MG10, MG11 | 14 |
| Délai avant que le MG soit informé de la TS | | |
| Tardivement | MG1, MG5 | 8 |
| Rapidement | MG3, MG4, MG8 | 2 |
| Manière d'apprendre la TS par le MG | | |
| Par courrier des urgences | MG1, MG2, MG5 | 9 |
| Par la famille | MG3, MG4, MG6, MG7, MG9, MG11 | 8 |
| Par les pompiers | MG8 | 2 |
| Par appel de l'hôpital | MG10 | 2 |
| Émotions du patient par rapport à la TS | MG1, MG2, MG3, MG10, MG11 | 6 |
| SUIVI DES ENFANTS/ ADOLESCENTS PAR LE MG | | |
| Consultations avant TS | | |
| Motifs somatiques | | |

| | | |
|---|-------------------------------------|----|
| Dispenses de sport | MG5, MG7 | 2 |
| Gonalgies | MG5 | 1 |
| Lésions cutanées évoquant une agression | MG2 | 1 |
| Troubles digestifs | MG6, MG7 | 4 |
| Suivi pédiatrique classique | MG10, MG11 | 3 |
| Motifs psychologiques | | |
| Anxiété | MG2, MG6, MG7, MG10 | 5 |
| Bizarrie | MG3, MG7 | 3 |
| Troubles du comportement | MG2, MG3 | 5 |
| Souffrance psychique | MG2, MG3, MG4, MG9, MG11 | 14 |
| Idées suicidaires | MG2, MG7 | 3 |
| Troubles du sommeil | MG8 | 1 |
| Fréquence des consultations | | |
| Peu fréquentes | MG4, MG6, MG7 | 8 |
| Régulières | MG3, MG10, MG11 | 3 |
| Consultations après TS | | |
| Motifs somatiques | | |
| Motif administratif | MG1, MG7, MG11 | 7 |
| Motif somatique banal | MG1, MG3, MG5, MG6 | 7 |
| Gynécologie | MG1, MG2, MG5 | 6 |
| Douleurs post TS | MG5 | 2 |
| Motifs psychologiques | | |
| Anxiété | MG1, MG3, MG6 | 7 |
| Bizarrie | MG3 | 3 |
| Troubles du comportement | MG2, MG3, MG4, MG7 | 4 |
| Idées suicidaires | MG3 | 4 |
| Souffrance psychique | MG2, MG3, MG4, MG6, MG9, MG10, MG11 | 10 |
| TS jamais évoquée par le MG | MG5 | 2 |

| | | |
|--|--|----------|
| Délai entre TS et consultation chez le MG | | |
| Long délai | MG1, MG5 | 8 |
| Court délai | MG2, MG3, MG4, MG7 | 5 |
| Fréquence des consultations | | |
| Régulières | MG1, MG4, MG6, MG7, MG10, MG11 | 8 |
| Répétées | MG2, MG3 | 6 |
| Peu fréquentes | MG9 | 1 |
| Perte du suivi à distance de la TS | MG4, MG9, MG10 | 7 |
| AUTRES INTERVENANTS | | |
| Professionnels de la santé mentale | | |
| Spécialistes en ambulatoire | | |
| CMP | MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG9, MG11 | 19 |
| Lien avec CMP | MG1, MG2, MG4, MG9, MG10, MG11 | 10 |
| Psychiatres et pédopsychiatres | MG3, MG4, MG5, MG6, MG7, MG9, MG10, MG11 | 26 |
| Lien avec les psychiatres et pédopsychiatres | MG3, MG5, MG7 | 5 |
| Peu de lien | MG2, MG3, MG5, MG6, MG8, MG10, M11 | 14 |
| Lien ponctuel, dans certaines situations | MG2, MG3, MG6, MG9, MG11 | 6 |
| Réseau personnel | MG3, MG7, MG8 | 9 |
| CASM | MG10 | 4 |
| Fréquence du suivi spécialisé | MG3, MG7 | 2 |
| Durée du suivi spécialisé | MG1 | 1 |
| Suivi avant la TS | MG5, MG6, MG7 | 3 |
| Suivi après la TS | MG1, MG2, MG3, MG4, MG6, MG7, MG9, MG10 | 29 |
| Introduction d'un traitement | MG3 | 3 |
| Hôpital | | |
| Urgences | | |
| Passage aux urgences | MG1, MG2, MG4, MG5, MG9, MG10, MG11 | 3 |
| Introduction d'un traitement | MG4 | 2 |

| | | |
|--|-------------------------------------|----|
| Mise en place d'un suivi | MG1 | 1 |
| Lien avec les urgences | MG1, MG2, MG4, MG5 | 14 |
| Hospitalisation | | |
| Avant la TS | MG7 | 5 |
| Après la TS | MG2, MG3, MG6, MG7, MG9, MG10, MG11 | 17 |
| A répétition | MG1, MG3, MG6, MG7 | 7 |
| Introduction d'un traitement | MG6, MG7, MG10 | 4 |
| Lien avec hôpital | MG3, MG4, MG5, MG6, MG10 | 18 |
| Etablissement scolaire | | |
| Contact avec l'établissement scolaire | MG1, MG2, MG3, MG4, MG6, MG8, MG11 | 32 |
| Pas de contact avec l'établissement scolaire | MG5, MG7, MG9 | 4 |
| Intervenants socio-éducatifs | | |
| PMI | MG4 | 7 |
| Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique | MG4 | 7 |
| Assistant(e) social(e) | MG2, MG4 | 3 |
| Educateur, educatrice | MG3, MG4 | 8 |
| Juge des enfants | MG3, MG4 | 3 |
| Structures d'accompagnement des adolescents | | |
| Type de structure | MG1, MG2, MG3, MG5, MG8 | 15 |
| Délai avant RDV | MG5 | 1 |
| Lien avec les structures | MG1, MG2, MG5, MG8 | 17 |
| PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE | | |
| Caractéristiques du MG | | |
| Age du MG | MG2, MG3 | 2 |
| Formations du MG | MG2, MG4, MG8, MG11 | 7 |
| Lien avec le patient | | |

| | | |
|---|------------------------------------|----|
| Suivi depuis l'enfance | MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG7, MG11 | 17 |
| Suivi familial | MG1, MG2, MG5, MG7, MG11 | 14 |
| Lien personnel | MG7 | 5 |
| Lien fort, rendant difficile le suivi | MG1, MG5, MG7, MG8 | 7 |
| Difficultés à communiquer avec l'enfant/adolescent | | |
| Mise à distance | MG1, MG3, MG4, MG5, MG6, MG7, MG9 | 11 |
| RDV manqués | MG6 | 1 |
| Manque d'adhérence au suivi spécialisé | MG1, MG3, MG4, MG5, MG6 | 14 |
| Comportement du MG face à la TS | | |
| Ecoute, empathie | MG2, MG3, MG7, MG9, MG11 | 21 |
| Soins techniques | MG3 | 1 |
| Orienté vers spécialiste | | |
| Psychiatre/Psychologue | MG3, MG7, MG8, MG10 | 10 |
| Maison des adolescents | MG8 | 1 |
| Hôpital | MG3, MG4, MG5, MG7, MG9 | 5 |
| Perceptions du MG | | |
| Perception des enfants/adolescents | MG1, MG2, MG3, MG4, MG7, MG8 | 23 |
| Perception des parents | MG2, MG3, MG4 | 20 |
| Perception de la psychiatrie | MG2, MG3 | 5 |
| Perception du passage à l'acte | MG2, MG3, MG4, MG6, MG7, MG8 | 7 |
| Perception de son rôle dans le suivi | | |
| Accompagnement de l'entourage | MG2, MG6 | 5 |
| Alternative à l'hospitalisation | MG3 | 2 |
| Dépistage | MG1, MG2, MG3, MG8 | 14 |
| Soutien pour l'enfant/l'adolescent | MG3, MG5, MG7 | 5 |
| Place du MG dans le suivi post TS | | |

| | | |
|--|--|----|
| Pense avoir sa place | MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG9, MG10, MG11 | 17 |
| Lien de confiance avec l'enfant/l'adolescent | MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG7, MG9, MG11 | 18 |
| Lien de confiance avec la famille | MG2, MG3, MG4, MG6, MG11 | 10 |
| Nécessité d'être aidé par les spécialistes | MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG7, MG9, MG10, MG11 | 20 |
| Dépend des situations | MG7 | 2 |
| Ne pense pas avoir sa place | MG5, MG8 | 5 |
| Préfère passer la main | MG5, MG8 | 3 |
| Place du MG dans le suivi d'enfants/adolescents en difficulté | MG1, MG2, MG3, MG6 | 8 |
| Prescription d'un traitement médicamenteux | | |
| Introduction d'un traitement | MG1, MG2, MG7, MG8 | 5 |
| Sentiment d'incompétence | MG2, MG3, MG4, MG5, MG7, MG8, MG9, MG10 | 22 |
| En situation d'urgence | MG9 | 3 |
| Avec l'aide d'un pharmacien | MG9 | 2 |
| Après avis spécialisé | MG3, MG7, MG9 | 5 |
| Chez les adolescents plus âgés | MG1, MG9 | 5 |
| Renouvellement d'un traitement | MG4, MG7, MG8, MG9 | 8 |
| Modification d'un traitement | MG4, MG6 | 2 |
| Refus/arrêt des traitements par le patient | MG1, MG6, MG7, MG10 | 9 |
| Classes de médicaments prescrits chez les enfants/adolescents | MG1, MG2, MG4, MG6, MG7, MG9, MG10 | 15 |
| Obstacles à la prise en charge | | |
| Manque de lien avec les spécialistes | | |
| Difficultés à communiquer avec les spécialistes | MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG7, MG8, MG9, MG10, MG11 | 18 |
| Difficultés à trouver un spécialiste | MG2, MG4, MG5, MG6, MG8, MG9, MG10, MG11 | 22 |
| Manque de formation | MG1, MG2, MG4, MG5, MG7 | 10 |

| | | |
|--|--------------------------------|----|
| Manque de temps, prise en charge chronophage | MG1, MG2, MG3, MG7, MG9 | 9 |
| Pistes d'amélioration pour la prise en charge | | |
| Formation en psychiatrie | MG5, MG8 | 2 |
| Prise en charge pluridisciplinaire | MG1, MG5, MG3, MG6, MG9, MG11 | 9 |
| Ressenti du MG | | |
| Sentiment d'isolement | MG2, MG3, MG4, MG9, MG10, MG11 | 19 |
| Difficile sur le plan émotionnel | MG2, MG3, MG4, MG7, MG9, MG11 | 13 |
| Crainte d'une récurrence | MG4, MG11 | 4 |
| Crainte de mal prendre en charge | MG3, MG8, MG11 | 9 |
| Incompréhension | MG10 | 1 |
| Satisfaction quand le patient va mieux | MG11 | 1 |
| Prévention primaire des TS | MG8 | 9 |
| Autres situations | MG3, MG6, MG7, MG9, MG10, MG11 | 17 |

Annexe 11 : Figures

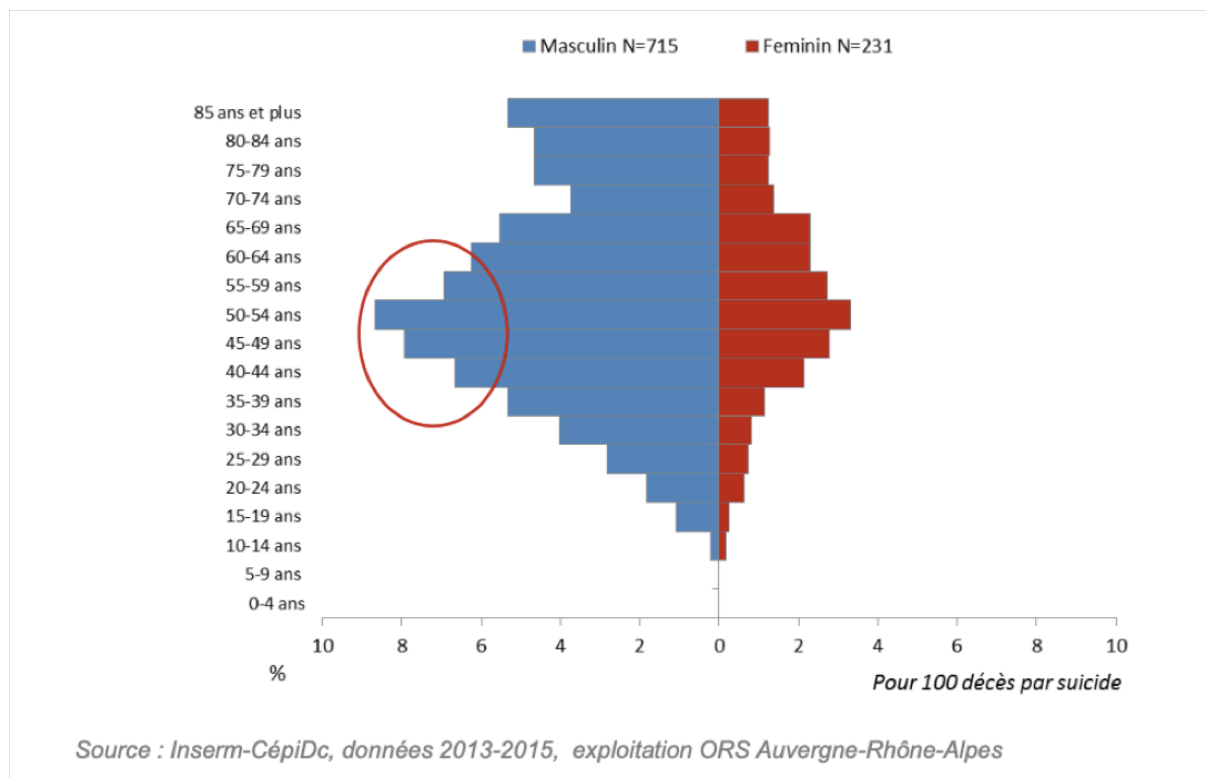
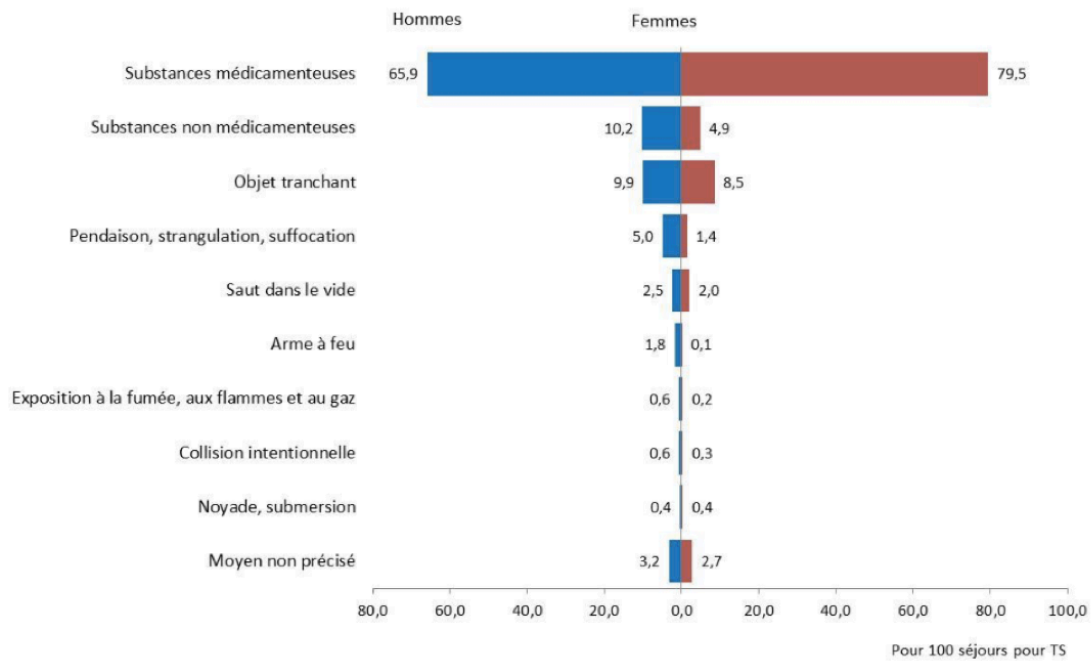


Figure 1 : Répartition des décès par suicide par sexe et âge en Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015



Source : PMSI-MCO 2016-2018 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 2 : Répartition des séjours hospitaliers pour TS selon le mode opératoire en Auvergne Rhône Alpes

Annexe 12 : Test TSTS Cafard

TSTS - CAFARD

TSTS : 5 questions d'ouverture

| Thème | Question | Oui | Non |
|---------------|---|-----|-----|
| Traumatologie | "As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ?" | | |
| Sommeil | "As-tu des difficultés à t'endormir le soir?" | | |
| Tabac | "As-tu déjà fumé (même si tu as arrêté)" | | |
| Stress | "Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire" | | |
| | "Es-tu stressé (ou tendu) par la vie familiale" | | |

Si la réponse est «oui» pour pour l'un des thèmes, complétez en posant les questions ci-dessous (pour le thème concerné).

CAFARD : 5 niveaux de gravité

| Thème | Question | Oui | Non |
|---|--|-----|-----|
| Sommeil : C auchemars ? | "Fais-tu souvent des cauchemars" | | |
| Traumatologie : A gression ? | "As-tu été victime d'une agression physique ?" | | |
| Tabac : F umeur quotidien ? | " Fumes-tu tous les jours du tabac ?" | | |
| Sress scolaire : A bsentéisme | « Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? » | | |
| Sress familial : R essenti D ésagréable familial | « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? » | | |

Annexe 13 : BITS Test

Objectif : Dépister le mal être

Glaner suffisamment d'éléments cliniques simples et anodins pour se permettre d'aborder directement l'existence d'antécédents suicidaires ou de mal-être.

Réalisation :

Lors de l'interrogatoire ou lors de l'examen clinique, réaliser un test rapide d'exploration du mal-être.

Il consiste à aborder 4 thèmes en formulant quatre questions à poser en deux temps :

| BITS | |
|------------------------------------|---|
| = Brimades, harcèlement | As-tu récemment été maltraité ou harcelé à l'école, y compris via ton téléphone ou internet ? |
| | ... et en dehors de l'école ? |
| = Insomnies et troubles du sommeil | As-tu souvent des troubles du sommeil ? |
| | ... fais-tu fréquemment des cauchemars ? |
| = tabagisme | Consommes-tu du tabac ? |
| | ... quotidiennement ? |
| = stress | Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou l'atmosphère familiale ? |
| | ... par les deux ? |

Une réponse positive à la première partie de la question compte pour 1 point. Une réponse positive à la deuxième partie de la question compte pour 2 points. Seul le score maximum de chaque question est pris en compte. Le score maximal est donc de 8 points.

Un score ≥ 3 doit interpeller le praticien et l'amener à interroger l'adolescent sur ses idées suicidaires.

Durée : 1 à 2 minutes à peine.

Annexe 14 : Liste non exhaustive des structures en lien avec la prévention du suicide chez les enfants et adolescents

Aide à distance et téléphonie sociale

1- Écoute nationale dédiée à la prévention du suicide, du mal être et du harcèlement

- **SOS Suicide Phénix**

01 40 44 46 45 (13h/23h, 7j/7), (prix d'un appel local) • accueil@sos-suicide-phenix.org
(réponse sous 72 heures)

- **Suicide écoute**

01 45 39 40 00 (24h/24, 7j/7), (gratuit) • Contact par messagerie : sos-amitie.com/web/internet/messagerie?from=suicideecoute
Tchat 13h/3h : suicideecoute.pads.fr/contact

- **SOS Amitié**

09 72 39 40 50 (24h/24, 7j/7), (gratuit)
Tchat : sos-amitie.com/web/internet/chat

- **France dépression**

07 84 96 88 28 (14h30/17h du lundi au vendredi) (prix d'un appel local)

- **SOS Dépression 24h/24, 7j/7**

01 40 47 95 95 (24h/24, 7j/7) (prix d'un appel local)

- **Harcèlement Moral Stop**

01 56 34 01 76 / 06 07 24 35 93 (10h/20h du lundi au vendredi)
hms@hmstop.com

2- Ecoute nationale spécifique à l'enfant et l'adolescent

- **Allo Écoute Ado**

0 800 506 692 (gratuit depuis un poste fixe)

06 12 20 34 71 (prix d'un appel local avec rappel possible)

Pour les 11-25 ans avec des écoutants professionnels. 17h/20h du lundi au samedi • Forum : forum.alloecouteado.org

- **Allo Ecoute Parents**

06 01 18 40 36 (17h/20h du lundi au samedi), (gratuit avec rappel possible)

Pour les parents d'adolescents, avec des écoutants professionnels.

- **Fil santé jeunes**

0 800 235 236 (9h/23h, 7j/7) (gratuit) • *Tchat individuel 9h/22h, 7j/7 : www.filsantejeunes.com/tchat-individuel • Tchat collectif disponible chaque mercredi et vendredi de 16h à 17h : www.filsantejeunes.com/tchat-collectif*

- **Cyberharcèlement Net écoute**

0 800 200 000 (9h/20h du lundi au vendredi, 9h/18h le samedi) (gratuit)

Enfants et Adolescents

Tchat en ligne de 9h à 19h

- **Non au harcèlement à l'école**

30 20 (9h/20h du lundi au vendredi, 9h/18h le samedi sauf jours fériés), (gratuit)

Enfants et Adolescents

3- Ecoute locale grenobloise

- **Réseau Vigilans au sein du CTAI**

Dispositif d'écoute proposant de veiller sur les patients suicidants y compris les enfants et adolescents afin d'éviter une répétition de leur geste.

Mise en place prévue en septembre 2020.

Structures médicalisées grenobloises intervenant pour la prévention du suicide destinées aux enfants et adolescents

- **Centre hospitalier Alpes Isère (CHAI) :**

- **CMP Alliance Ado**

> **Hôpital de jour (HDJ) et consultations**

04 56 58 82 01

Horaires secrétariat :

Du lundi au vendredi de 9h à 18h

« Les Jardins de l'Alliance »

74 rue des Alliés

38100 Grenoble

- **InterFAS**

> **Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) : accueil de jour 3 fois par semaine**

> **Equipe mobile adolescents intervenant à domicile**

04 56 58 87 15

Soins de premiers recours en direction de ceux qui ne parviennent pas à accéder aux soins.

- **Unité Tony Lainé**

> **Hospitalisation complète adolescents**

04 76 56 49 90

3 Rue de la Gare, 38120 Saint-Égrève

- **Clinique du Grésivaudan pôle psychiatrie**

> *Unité Soins études de l'académie de Grenoble*

04 38 38 08 20

8-10 Avenue Maquis du Grésivaudan, 38700 La Tronche

Structures non médicalisées de prévention du suicide en Isère pour enfants et adolescents

- **Maison des adolescents (MDA) de l'Isère**

Lieu d'accueil et de ressources, ouvert, libre et gratuit pour les jeunes de 12 à 21 ans, leurs parents et pour tous les acteurs qui interviennent sur le champ de l'adolescence.

Accueil avec ou sans RDV, par téléphone ou physiquement, spontanément ou sur orientation d'un professionnel. Accompagnement du jeune et de ses parents. Conseils aux professionnels en difficulté. Prise en charge adaptée au sein d'une équipe pluridisciplinaire, ou sous forme d'entretiens individuels, familiaux, et/ou d'activités groupales.

> *Antenne Nord Isère*

04 37 03 43 74

Bâtiment le Pixel 18 rue Joseph Cugnot - 38300 Bourgoin-Jallieu accueil.ni@ado38.fr

> *Antenne Sud Isère*

04 56 58 82 00

74 rue des Alliés - 38000 Grenoble

accueil.si@ado38.fr

> *Antenne Isère rhodanienne : Beaurepaire et Péage-de-Roussillon*

04 74 53 89 21

4 rue Émile Romanet - 38200 Vienne accueil.si@ado38.fr

- **Maison des familles**

04 56 33 30 20

7 rue du colombier - 38160 Saint-Marcellin mdf@smvic.fr

Lutte contre le mal-être, les conduites à risques et le suicide via le dispositif « Passerelle Santé ». C'est un premier lieu d'écoute, d'information et d'orientation pour tous les publics (notamment pour les jeunes de 10 à 25 ans avec possibilité de consultations psychologiques).

- **Etavidado (Et ta vie d'Ado ?!)**

06 88 04 98 54 / 04 78 46 15 88

2 rue du 19 Mars 1962 - 38210 Tullins etavidado.asso@gmail.com <https://etavidado.fr>

Association de bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement. Interventions auprès des **jeunes** et des **familles** dans des établissements scolaires du Rhône et de l'Isère. Développement des compétences psycho-sociales et prévention du suicide des adolescents.

- **Point Accueil Écoute Jeune (PAEJ)**

Structure de proximité qui a une fonction d'accueil, d'écoute et de soutien qui s'adresse à la fois aux jeunes de 12 à 25 ans en difficulté et à leurs parents.

- **PAEJ Vercors**

06 76 73 34 10

19 chemin de la Croix Margot - 38250 Villard-de-Lans paej@vercors.org

- **PAEJ Fontaine**

04 76 26 63 46

11 place des Écrins - 38600 Fontaine
admi.schs@ville-fontaine.fr

- **PAEJ Grenoble**

04 76 00 72 90

26 avenue Marcellin Berthelot - 38100 Grenoble secretariat.phu@arepiletape.org

- **Parol' Écoute jeunes**

04 76 65 20 74 / 04 76 50 61 25

Centre social Charles Béraudier 6 avenue Jules Ravat - 38500 Voiron
www.paysvoironnais.com/jeunes/parol-ecoute-jeunes-357.html. Autre site : *Voreppe*

- **Missions locales**

Structures de proximité qui ont une fonction d'accueil, d'écoute et de soutien qui s'adressent à la fois aux jeunes de 16 à 25 ans en difficulté et à leurs parents. Possibilité d'être vu par un psychologue pour une première évaluation. Conseils parents-professionnels et entretiens.

- **Mission locale de Grenoble**

04 76 86 58 58

16 boulevard Agutte Sembat - 38000 Grenoble info@ml-grenoble.org

- **Mission locale du Grésivaudan**

04 76 08 08 70

147 rue du Pré de l'Homme - 38920 Crolles info@mlgresivaudan.com. Autre sites à Crolles, Domène, Meylan, Pontcharra

- **Mission locale Sud Isère**

> **04 76 23 67 80**

Siège - Immeuble le Palladio - 2^{ème} étage 31 rue de Normandie Niémen - 38130 Échirolles
echirolles@missionlocale-si.com

> **04 76 51 00 49**

8 rue Pierre Mendès France - 38320 Eybens
eybens@missionlocale-si.com

> **04 57 04 35 50**

Place Winsen-Luhe - 38800 Le Pont-de-Claix
vif@missionlocale-si.com

• ***Mission locale Alpes Sud Isère***

04 76 78 88 76

205 Chemin des Mattons - 38220 Vizille

contact@ml-asi.com

Autre site : La Mure

• ***Mission locale du Pays voironnais***

04 76 93 17 18

Maison de l'Emploi

Immeuble « le Quartz » - 40 rue Mainssieux CS 80363 - 38516 Voiron Cedex

maison.emploi@paysvoironnais.com

• ***Mission locale « Jeunes » Saint-Marcellin Vercors Isère***

04 76 38 83 42

Maison de l'intercommunalité 7 rue du Colombier - CS 20063 38162 Saint-Marcellin Cedex

contact@mlj-smvi.fr

• ***Mission locale Nord Isère***

> **04 74 97 29 70**

7 place Charlie Chaplin - 38300 Bourgoin-Jallieu

bourgoinjallieu@mlni.fr

> **04 76 51 00 49**

Centre Simone Signoret - 1^{er} étage Rue Émile Zola - 38090 Villefontaine
villefontaine@mlni.fr

> **04 74 27 36 10**

Maison Mestrallet

Place du 8 Mai 1945 - 38460 Crémieu

cremieu@mlni.fr

> **04 74 97 64 67**

Maison de l'Emploi & de la Formation

8 rue Pierre Vincendon - 38110 La Tour-du-Pin

tourdupin@mlni.fr

> **04 74 80 40 36**

Communauté de Communes du Pays des Couleurs 574 rue Paul Claudel - BP 34 - 38510
Morestel

morestel@mlni.fr

> **04 74 79 18 18**

103 rue Chorier - BP 38 - 38270 Beaurepaire

mob@mlbievre.com