



HAL
open science

Connaissance de la postvention par les médecins généralistes et leur prise en charge de l'entourage d'un suicidé

Ophélie Portier

► **To cite this version:**

Ophélie Portier. Connaissance de la postvention par les médecins généralistes et leur prise en charge de l'entourage d'un suicidé. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03183920

HAL Id: dumas-03183920

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03183920v1>

Submitted on 29 Mar 2021

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 14 octobre 2020

par

Mme PORTIER Ophélie

Née le 23/01/1987 à Saint-Doulchard (18)

TITRE DE LA THÈSE :

**CONNAISSANCE DE LA POSTVENTION PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
ET LEUR PRISE EN CHARGE DE L'ENTOURAGE D'UN SUICIDÉ**

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Madame le Docteur CHASTANG Françoise

Monsieur le Professeur LE BAS François

Monsieur le Docteur LE GAC Michel, Directeur de thèse

Année Universitaire 2019/2020*Doyen**Professeur Emmanuel TOUZÉ**Assesseurs**Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)**Professeur Guy LAUNOY (recherche)**Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**Madame Sarah CHEMTOB*PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|---------------------------|---|
| M. AGOSTINI Denis | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. AIDE Nicolas | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. ALLOUCHE Stéphane | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. ALVES Arnaud | Chirurgie digestive |
| M. AOUBA Achille | Médecine interne |
| M. BABIN Emmanuel | Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. BÉNATEAU Hervé | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| M. BENOIST Guillaume | Gynécologie - Obstétrique |
| M. BERGER Ludovic | Chirurgie vasculaire |
| M. BERGOT Emmanuel | Pneumologie |
| M. BIBEAU Frédéric | Anatomie et cytologie pathologique |
| Mme BRAZO Perrine | Psychiatrie d'adultes |
| M. BROUARD Jacques | Pédiatrie |
| M. BUSTANY Pierre | Pharmacologie |
| Mme CHAPON Françoise | Histologie, Embryologie |
| Mme CLIN-GODARD Bénédicte | Médecine et santé au travail |
| M. DAMAJ Ghandi Laurent | Hématologie |

| | |
|----------------------------|---|
| M. DAO Manh Thông | Hépatologie-Gastro-Entérologie |
| M. DEFER Gilles | Neurologie |
| M. DELAMILLIEURE Pascal | Psychiatrie d'adultes |
| M. DENISE Pierre | Physiologie |
| Mme DOLLFUS Sonia | Psychiatrie d'adultes |
| M. DREYFUS Michel | Gynécologie - Obstétrique |
| M. DU CHEYRON Damien | Réanimation médicale |
| Mme ÉMERY Evelyne | Neurochirurgie |
| M. ESMAIL-BEYGUI Farzin | Cardiologie |
| Mme FAUVET Raffaèle | Gynécologie - Obstétrique |
| M. FISCHER Marc-Olivier | Anesthésiologie et réanimation |
| M. GÉRARD Jean-Louis | Anesthésiologie et réanimation |
| M. GUILLOIS Bernard | Pédiatrie |
| Mme GUITTET-BAUD Lydia | Epidémiologie, économie de la santé et |
| prévention | |
| M. HABRAND Jean-Louis | Cancérologie option Radiothérapie |
| M. HAMON Martial | Cardiologie |
| Mme HAMON Michèle | Radiologie et imagerie médicale |
| M. HANOUIZ Jean-Luc | Anesthésie et réa. médecine péri- |
| opératoire | |
| M. HULET Christophe | Chirurgie orthopédique et |
| traumatologique | |
| M. ICARD Philippe | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| M. JOIN-LAMBERT Olivier | Bactériologie - Virologie |
| Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence | Cancérologie |
| M. JOUBERT Michael | Endocrinologie |
| M. LAUNOY Guy | Epidémiologie, économie de la santé et |
| prévention | |
| M. LE HELLO Simon | Bactériologie-Virologie |
| Mme LE MAUFF Brigitte | Immunologie |
| M. LOBBEDEZ Thierry | Néphrologie |

| | | |
|-----|-----------------------|---|
| M. | LUBRANO Jean | Chirurgie viscérale et digestive |
| M. | MAHE Marc-André | Cancérologie |
| M. | MANRIQUE Alain | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | MARCÉLLI Christian | Rhumatologie |
| M. | MARTINAUD Olivier | Neurologie |
| M. | MAUREL Jean | Chirurgie générale |
| M. | MILLIEZ Paul | Cardiologie |
| M. | MOREAU Sylvain | Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. | MOUTEL Grégoire | Médecine légale et droit de la santé |
| M. | NORMAND Hervé | Physiologie |
| M. | PARIENTI Jean-Jacques | Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication |
| M. | PELAGE Jean-Pierre | Radiologie et imagerie médicale |
| Mme | PIQUET Marie-Astrid | Nutrition |
| M. | QUINTYN Jean-Claude | Ophthalmologie |
| Mme | RAT Anne-Christine | Rhumatologie |
| M. | RAVASSE Philippe | Chirurgie infantile |
| M. | REPESE Yohann | Hématologie |
| M. | REZNIK Yves | Endocrinologie |
| M. | ROD Julien | Chirurgie infantile |
| M. | ROUPIE Eric | Médecine d'urgence |
| Mme | THARIAT Juliette | Radiothérapie |
| M. | TILLOU Xavier | Urologie |
| M. | TOUZÉ Emmanuel | Neurologie |
| M. | TROUSSARD Xavier | Hématologie |
| Mme | VABRET Astrid | Bactériologie - Virologie |
| M. | VERDON Renaud | Maladies infectieuses |
| Mme | VERNEUIL Laurence | Dermatologie |
| M. | VIVIEN Denis | Biologie cellulaire |

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

| | | |
|-----|---------------------------|---------------------|
| M. | DE LA SAYETTE Vincent | Neurologie |
| Mme | DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne | Dermatologie |
| M. | GUILLAUME Cyril | Médecine palliative |
| M. | LE BAS François | Médecine Générale |
| M. | SABATIER Rémi | Cardiologie |

PRCE

| | | |
|-----|---------------|---------|
| Mme | LELEU Solveig | Anglais |
|-----|---------------|---------|

PROFESSEURS EMERITES

| | | |
|-----|-------------------------|--|
| M. | HURAUULT de LIGNY Bruno | Néphrologie |
| Mme | KOTTLER Marie-Laure | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | LE COUTOUR Xavier | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | LEPORRIER Michel | Hématologie |
| M. | VIADER Fausto | Neurologie |

Année Universitaire 2019/2020

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS

| | |
|--|---|
| M. ALEXANDRE Joachim | Pharmacologie clinique |
| Mme BENHAÏM Annie | Biologie cellulaire |
| M. BESNARD Stéphane | Physiologie |
| Mme BONHOMME Julie | Parasitologie et mycologie |
| M. BOUVIER Nicolas | Néphrologie |
| M. COULBAULT Laurent | Biochimie et Biologie moléculaire |
| M. CREVEUIL Christian communication | Biostatistiques, info. médicale et tech. de |
| M. DE BOYSSON Hubert | Médecine interne |
| Mme DINA Julia | Bactériologie - Virologie |
| Mme DUPONT Claire | Pédiatrie |
| M. ÉTARD Olivier | Physiologie |
| M. GABEREL Thomas | Neurochirurgie |

| | |
|--------------------------------|---|
| M. GRUCHY Nicolas | Génétique |
| M. GUÉNOLÉ Fabian | Pédopsychiatrie |
| M. HITIER Martin | Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale |
| M. ISNARD Christophe | Bactériologie Virologie |
| M. JUSTET Aurélien | Pneumologie |
| Mme KRIEGER Sophie | Pharmacie |
| M. LEGALLOIS Damien | Cardiologie |
| Mme LELONG-BOULOUARD Véronique | Pharmacologie fondamentale |
| Mme LEVALLET Guénaëlle | Cytologie et Histologie |
| M. MITTRE Hervé | Biologie cellulaire |
| M. SESBOÜÉ Bruno | Physiologie |
| M. TOUTIRAIS Olivier | Immunologie |
| M. VEYSSIERE Alexis | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

| | |
|--------------------------|-------------------|
| Mme ABBATE-LERAY Pascale | Médecine générale |
| M. COUETTE Pierre-André | Médecine générale |
| Mme DE JAEGER Sophie | Médecine générale |
| M. PITHON Anni | Médecine générale |
| M. SAINMONT Nicolas | Médecine générale |
| Mme SCHONBRODT Laure | Médecine générale |

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

| | |
|------------------------|----------------------------|
| Mme DEBRUYNE Danièle | Pharmacologie fondamentale |
| Mme DERLON-BOREL Annie | Hématologie |
| Mme LEPORRIER Nathalie | Génétique |

Remerciements

A Monsieur le Professeur Le Coutour Xavier, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce travail de thèse. Votre présence symbolise l'aboutissement de ces 10 années d'études.

A Madame le Dr Chastang Françoise, pour avoir accepté d'apporter votre expertise psychiatrique dans mon jury de thèse et pour m'avoir fait rebondir dans l'avancée de ma thèse au moment opportun.

A Monsieur le Professeur Le Bas François, pour avoir accepté de juger mon travail de thèse. Je vous remercie d'apporter votre regard de médecin généraliste sur ce thème qui me tient tant à cœur et qui vous parlera probablement.

A Monsieur le Dr Le Gac Michel, pour votre investissement dans cette aventure. Diriger la thèse d'un interne que vous ne connaissiez pas auparavant, et qui plus est à plus de 300 km de distance, était une première pour vous. J'ai été ravie de partager ce travail avec vous et vous remercie pour tout le soutien que vous m'avez apporté.

Aux médecins généralistes ayant participé à cette étude, dont je garderai l'anonymat. Je vous remercie tous pour votre accueil, votre temps accordé et pour m'avoir confié vos expériences.

Aux Dr Jean-Claude Fontaine, Luc Lauger, Patrick Loiselet, Alexis Aubin, Patrice Ollitrault et Alain Bugaut. Vous m'avez ouvert la porte de votre cabinet mais aussi de votre maison. Bien plus que des maîtres de stages, je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté au cours de ces dernières années.

A mes parents, bien évidemment. Vous m'avez soutenu depuis plus de 30 ans, et notamment durant ces longues années d'études en médecine. Vous m'avez guidé pour me permettre de réaliser mes rêves. Mes remerciements ne seront jamais assez grands pour illustrer ma reconnaissance.

A Thibaut, qui me soutient quotidiennement dans les bons et les mauvais moments. Merci d'être si patient et de m'épauler tous les jours de notre vie.

A mes grands-parents regrettés. Pépé, mémé et mamie, j'imagine vos regards fiers en ce jour.

A mon papi que je n'ai jamais connu et qui est probablement la petite graine à l'origine de tout ce travail.

A mes amis chers à mon cœur. Vous êtes un édifice indispensable à ma vie et participez à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Votre bonté, votre générosité et votre bienveillance me rappellent chaque jour d'exercer en étant moi-même.

Abréviations

| | |
|--------|---|
| CBI | Core bereavement items |
| CépiDc | Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès |
| CISD | Critical incident stress debriefing |
| CMP | Centre médico-psychologique |
| DCP | Deuil complexe persistant |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DPC | Développement professionnel continu |
| DSM | Diagnostic and statistical manual of mental |
| DU | Diplôme universitaire |
| FMC | Formation médicale continue |
| GEI | Grief experienced inventory |
| ICG | Inventory of complicated grief |
| IDE | Infirmier diplômé d'Etat |
| Inserm | Institut national de la santé et de la recherche médicale |
| MSP | Maison de santé pluridisciplinaire |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONS | Observatoire national du suicide |
| PSLA | Pôle de santé libéral et ambulatoire |
| PTA | Plateforme territoriale d'appui |
| SFMG | Société française de médecine générale |
| SISA | Société interprofessionnelle de soins ambulatoires |
| TRIG | Texas revised inventory of grief |
| WONCA | World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/Family physicians |

INDEX Tableaux et figures

| | |
|--|------------------------------------|
| Figure 1: taux de suicides dans les pays du monde en 2015..... | 3 |
| Figure 2: disparités régionales des suicides masculins en France métropolitaine..... | 4 |
| Figure 3: disparités régionales des suicides féminins en France métropolitaine..... | 5 |
| Figure 4: évolution dans le temps des suicides en Basse-Normandie..... | 6 |
| Figure 5: moyens d'intervention de postvention aux réactions de stress | 22 |
| Figure 6: moyens d'intervention de postvention aux réactions de deuil..... | 24 |
| Figure 7: moyens d'intervention de postvention aux réactions de crise | 25 |
| Figure 8: première version du guide d'entretien..... | 31 |
| Figure 9: deuxième version du guide d'entretien..... | 33 |
| | |
| Tableau 1: effectifs de suicide en Basse-Normandie selon l'âge en 2016..... | 6 |
| Tableau 2: tableau Excel d'analyse du verbatim | 36 |
| Tableau 3: profil des médecins interviewés | Erreur ! Signet non défini. |

SOMMAIRE

| | |
|---------------------------|----------|
| INTRODUCTION | 1 |
|---------------------------|----------|

Partie 1: Données de la littérature

| | |
|---|----------|
| LE SUICIDE ET L'ENTOURAGE DU SUICIDÉ | 3 |
|---|----------|

| | |
|--|----------|
| I- Epidémiologie du suicide | 3 |
|--|----------|

| | |
|----------------------------------|---|
| A- Le suicide dans le monde..... | 3 |
|----------------------------------|---|

| | |
|------------------------------|---|
| B- Le suicide en France..... | 4 |
|------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| C- Le suicide en Basse-Normandie | 5 |
|--|---|

| | |
|---------------------------------------|----------|
| II- Entourage du suicidé | 7 |
|---------------------------------------|----------|

| | |
|--|----------|
| LA FRAGILITÉ DES ENDEUILLÉS | 8 |
|--|----------|

| | |
|--|----------|
| I- Risque excessif de mortalité des endeuillés..... | 8 |
|--|----------|

| | |
|---|---|
| A- Surmortalité selon les caractéristiques des endeuillés | 8 |
|---|---|

| | |
|--|---|
| B- Causes de décès des endeuillés..... | 8 |
|--|---|

| | |
|---|----------|
| II- Diminution de la santé physique des endeuillés | 9 |
|---|----------|

| | |
|---|---|
| A- Maladies et consommation de substances | 9 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 1- Complications cardiovasculaires..... | 9 |
|---|---|

| | |
|--|----|
| 2- Consommation de substances toxiques | 10 |
|--|----|

| | |
|--------------------------------|----|
| 3- Troubles immunitaires | 10 |
|--------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| B- Recours aux services de santé par les endeuillés | 10 |
|---|----|

| | |
|------------------------------|----|
| C- Symptômes physiques | 10 |
|------------------------------|----|

| | |
|--|-----------|
| III- Diminution de santé mentale des endeuillés | 11 |
|--|-----------|

| | |
|-----------------------------------|----|
| A- Symptômes psychologiques | 11 |
|-----------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 1- Description des symptômes psychologiques du deuil | 11 |
|--|----|

| | |
|--------------------------------|----|
| 2- Phases du deuil normal..... | 12 |
|--------------------------------|----|

| | |
|---------------------------------|----|
| B- Troubles psychiatriques..... | 13 |
|---------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| C- Troubles du processus de deuil | 13 |
|---|----|

| | |
|--------------------------|----|
| 1- Deuil compliqué | 13 |
|--------------------------|----|

| | |
|----------------------------|----|
| 2- Deuil pathologique..... | 14 |
|----------------------------|----|

| | | |
|--|--|-----------|
| IV- | Impact social..... | 14 |
| V- | Particularités des endeuillés du suicide | 15 |
| LA POSTVENTION | | 17 |
| I- | Définition | 17 |
| A- | Postvention..... | 17 |
| B- | Endeuillés après suicide..... | 17 |
| 1- | « Survivant du suicide » ou « endeuillé par suicide »..... | 17 |
| 2- | La perte d'un « proche »..... | 18 |
| C- | Les champs d'application de la postvention..... | 19 |
| II- | Un enjeu de santé publique | 19 |
| III- | Quand intervenir ?..... | 20 |
| IV- | Les moyens de postvention | 20 |
| A- | Prise en charge du stress | 20 |
| 1- | La postvention proactive | 20 |
| 2- | Le débriefing ou defusing | 21 |
| 3- | Ventilation | 21 |
| 4- | Recadrage de l'information | 22 |
| B- | Prise en charge du deuil | 22 |
| 1- | L'intervention précoce du deuil..... | 23 |
| 2- | Counseling de deuil..... | 23 |
| 3- | Thérapie de deuil | 23 |
| C- | Prise en charge des réactions de crise..... | 24 |
| D- | Repérage des autres complications psychiatriques..... | 25 |
| E- | Les comorbidités somatiques | 25 |
| F- | Le rôle des groupes de soutien..... | 25 |
| PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENDEUILLÉS PAR SUICIDE | | 27 |
| I- | Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des endeuillés | 27 |
| II- | Problématique du professionnel de santé en tant que proche lui-même | 27 |

Partie 2: Étude qualitative

| | |
|--|-----------|
| MATÉRIEL ET MÉTHODE | 30 |
| I- Type d'étude | 30 |
| II- Guide d'entretien | 30 |
| III- Population | 34 |
| IV- Réalisation des entretiens | 34 |
| V- Analyse des entretiens | 35 |
| RÉSULTATS ET ANALYSE | 37 |
| I- Présentation des médecins interviewés | 39 |
| II- Ressenti du médecin généraliste devant le suicide | 41 |
| A- Questionnement du médecin généraliste | 41 |
| B- Recherche d'explication du suicide par le médecin généraliste | 41 |
| C- Incompréhension du médecin généraliste | 41 |
| D- Recherche de signes précurseurs | 42 |
| E- Remise en cause du médecin généraliste | 42 |
| F- Vécu douloureux | 43 |
| G- Suicides rares mais | 44 |
| III- Que connaissent les médecins généralistes sur la postvention ? | 46 |
| A - Expérience et pratique professionnelle | 46 |
| 1- Principes de prise en charge psychique par le médecin généraliste | 46 |
| 2- Le médecin généraliste dans la prise en charge du deuil | 49 |
| a- Repérage de la difficulté du deuil | 49 |
| b- Consultation des patients ayant un deuil difficile | 52 |
| 3- Le médecin généraliste dans la prise en charge physique et médication | 53 |
| a- Prise en charge de la santé physique des endeuillés par suicide | 54 |
| b- Prescription médicamenteuse par les médecins généralistes | 55 |
| 4- Le médecin généraliste dans la prise en charge sociale | 56 |
| a- Rôle dans le lien social | 56 |
| b- Rôle dans le travail | 57 |

| | | |
|------------------------|--|-----------|
| 5- | Organisation pratique de la prise en charge chez le médecin généraliste | 57 |
| a- | Premier contact avec l'endeuillé..... | 58 |
| b- | Suivi de l'endeuillé | 60 |
| 6- | Prise en charge en lien avec la psychiatrie | 62 |
| a- | Adresser vers une prise en charge psycho-psychiatrique spécialisée..... | 62 |
| b- | Les problématiques de la prise en charge psycho-psychiatrique selon les généralistes | 63 |
| c- | Adaptation du généraliste à ces difficultés | 64 |
| 7- | Place et limites du médecin généraliste | 64 |
| a- | Place du médecin généraliste | 65 |
| b- | Limites du médecin généraliste | 65 |
| B - | Connaissance et conception de la postvention par les généralistes | 67 |
| 1- | Connaissance de la postvention | 67 |
| 2- | Conception de la postvention..... | 67 |
| IV- | Comment les médecins généralistes imaginent-ils améliorer la postvention ? | 70 |
| A – | Amélioration chez le généraliste lui-même | 70 |
| 1- | Amélioration de principes de prise en charge | 70 |
| 2- | Amélioration de l'organisation du généraliste | 71 |
| 3- | Formation du généraliste..... | 72 |
| 4- | Prise en charge du médecin généraliste | 73 |
| B – | Amélioration avec le réseau psycho-psychiatrique..... | 74 |
| 1- | Mise en place d'un réseau d'aide psycho-psychiatrique | 74 |
| 2- | Lien entre le médecin généraliste et un réseau de postvention | 75 |
| C- | Amélioration par la participation d'autres intervenants | 76 |
| DISCUSSION..... | | 78 |
| I- | Discussion concernant la méthodologie de l'étude..... | 78 |
| II- | Discussion concernant le suicide..... | 78 |
| A- | Trouble psychiatrique associé au suicide | 78 |
| B- | Tentatives de suicide et suicide | 79 |
| C- | Suicide « familial » | 79 |
| D- | Suicide rare en médecine générale | 80 |

| | |
|--|------------|
| III- Discussion concernant le ressenti des généralistes | 80 |
| A- Culpabilité et responsabilité du médecin généraliste devant le suicide de son patient | 80 |
| B- Douleur et mémoire des histoires de suicides racontées par les généralistes..... | 81 |
| C- Sentiment de solitude des généralistes..... | 82 |
| IV- Discussion concernant la prise en charge des endeuillés du suicide par le généraliste | 82 |
| A- Le médecin généraliste comme médecin de famille | 82 |
| B- Adaptation du généraliste selon son expérience professionnelle..... | 83 |
| C- Motif caché et signe de la porte..... | 83 |
| D- Connaissance du décès d'un patient par son médecin traitant | 84 |
| E- Prise de contact des généralistes avec les endeuillés par suicide et planning de suivi | 85 |
| F- L'écoute apportée par les généralistes expérimentés..... | 86 |
| G- La problématique du manque de temps en médecine générale..... | 86 |
| H- Support d'évaluation du deuil en médecine générale..... | 86 |
| I- Prescription médicamenteuse du généraliste dans le deuil normal | 87 |
| V- Discussion concernant les problématiques du généraliste vis-à-vis du réseau psycho-psychiatrique et perspectives | 88 |
| A- Démographie médicale..... | 88 |
| B- Coût financier des psychologues libéraux | 88 |
| C- Communication des spécialistes psycho-psychiatriques avec les médecins traitants | 89 |
| D- Médecin généraliste et équipe de postvention..... | 89 |
| VI- La double problématique du médecin généraliste | 90 |
| A- Nécessité d'une prise en charge des généralistes | 90 |
| B- Comment prendre en charge les généralistes ? | 90 |
| CONCLUSION | 92 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 93 |
| ANNEXES | 100 |
| Annexe 1 : Définition du médecin de famille selon la WONCA Europe 2011 | 100 |
| Annexe 2 : Deuil complexe et persistant : critères diagnostiques DSM-V (2013)..... | 101 |
| Annexe 3 : Etat de stress aigu : critères diagnostiques DSM-V | 102 |

Annexe 4: Trouble du stress post-traumatique : critères diagnostiques DSM-V.....103
Annexe 5: Verbatim105

INTRODUCTION

Dans le monde, plus de 800 000 personnes décèdent chaque année en mettant fin à leurs jours selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1). En France, le Centre épidémiologique sur les causes médicales de Décès de l'Institut national de la santé (CépiDc – Inserm) estimait à 8 427 le nombre de décès par suicide en France métropolitaine en 2016, soit près d'un suicide par heure (2). Ces personnes suicidées laissent ainsi près de 220 000 proches endeuillés dans leur entourage (3) (4). On estime d'ailleurs que près de 22% de la population française a été exposée au suicide d'un proche au cours de sa vie (5).

L'impact d'un suicide sur les familles, les proches et les communautés est profondément dévastateur, y compris longtemps après la perte de l'être cher (1). Les fragilités de ces endeuillés par suicide justifient une prise en charge spécifique par la postvention. Le but de cette postvention est de prévenir les complications de cette perte violente et de les aider à retrouver une qualité de vie, ainsi que d'éviter la contagion suicidaire.

Pour l'OMS, la postvention est une des composantes essentielles d'une stratégie nationale (1) et il faut investir sur l'organisation des soins primaires via le médecin généraliste traitant (6). En tant que « médecin de famille » (*Cf. Annexe 1*), celui-ci est souvent la personne la mieux placée pour accueillir les proches qu'il connaît généralement bien (7).

Cependant, les données concernant la prise en charge des endeuillés du suicide par leur médecin traitant sont pauvres.

Notre étude aura donc pour objectif d'étudier la prise en charge des endeuillés du suicide par les médecins généralistes ainsi que leur connaissance de la postvention.

Partie 1 :

Données de la littérature

LE SUICIDE ET L'ENTOURAGE DU SUICIDÉ

I- Epidémiologie du suicide

A- Le suicide dans le monde

Le suicide est un problème majeur de santé publique. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en effet en 2015 puis en 2016 que près de 800 000 personnes se donnent la mort chaque année dans le monde, soit environ un suicide toutes les 40 secondes, ce qui en fait la 15e principale cause de mortalité (1) (8).

Le taux de suicides mondial estimé par l'OMS en 2016 est de 10,5 pour 100 000 personnes (8). Les suicides représentent 1,4% des décès prématurés dans le monde (9).

Des différences de taux de suicides apparaissent entre les pays du monde (Cf. Figure 1). 79 % des suicides se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (8).

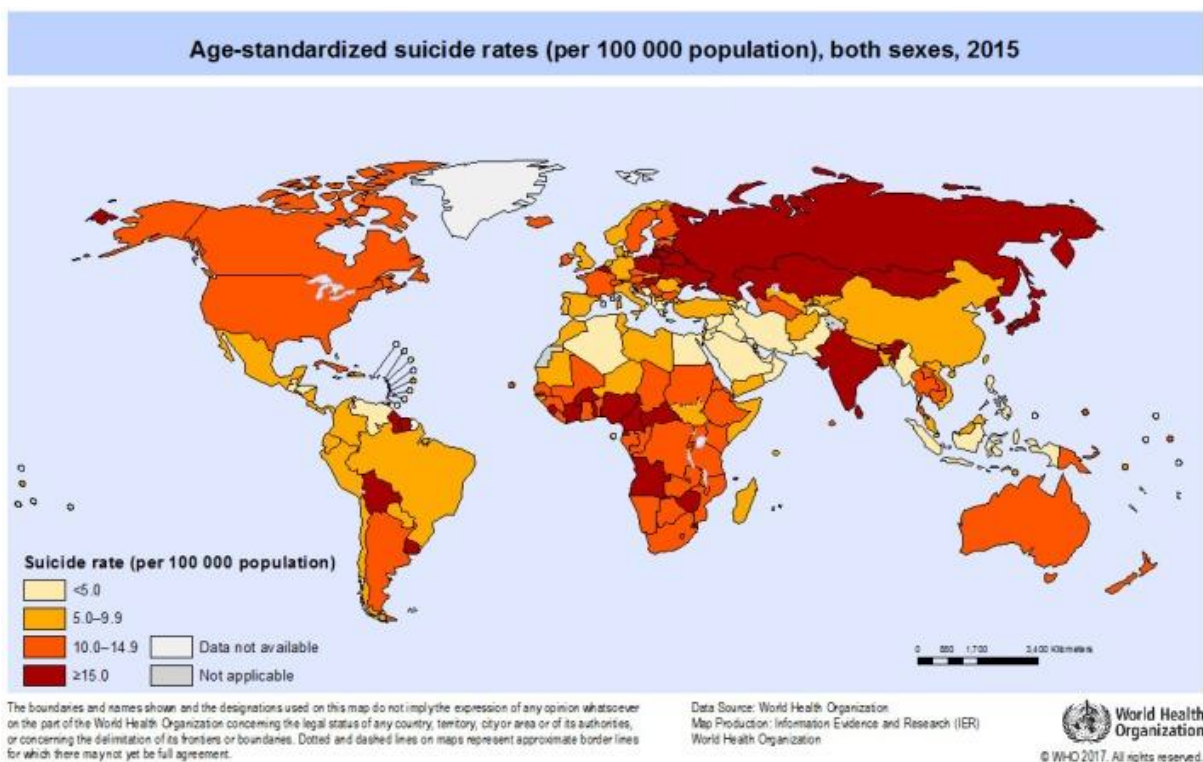


Figure 1: taux de suicides dans les pays du monde en 2015

Il existe également des disparités mondiales selon le sexe. Les suicides sont 3 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (9).

Le suicide survient tout au long de la vie mais il est la 2e cause de décès chez les 15-29 ans dans le monde en 2016 selon l'OMS (8). Cette population des 15-29 ans affiche le plus grand chiffre

absolu de décès par suicide. Quant aux moins de 15 ans, ce sont ceux qui présentent le taux de suicides le plus bas dans le monde (9).

Le moyen de suicide le plus couramment utilisé est l'intoxication aux pesticides (20% des suicides) devant la pendaison, et l'utilisation d'armes à feu (8) (9).

B- Le suicide en France

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé (CépiDc – Inserm) estime à 8 427 le nombre de décès par suicide en France métropolitaine en 2016, soit près d'un suicide par heure (2).

Il touche d'avantage les hommes avec 6445 décès contre 1982 femmes soit un sex ratio à 3,3.

Des disparités de suicide sont visibles au sein du territoire français.

Selon les données de CépiDc – Inserm en 2016, la région où le taux de suicides est le plus élevé se situe en Basse-Normandie devant la Bretagne et le Poitou-Charentes avec respectivement 20,7 20,1 et 19,4 décès par suicide pour 100 000 habitants.

Chez les hommes, la Basse-Normandie était la région la plus touchée par le suicide avec un taux standardisé de 33,3 pour 100 000 habitants sur la période de 2014 à 2016 (taux standardisé moyen sur la période de 3 ans). La Bretagne et le Nord-Pas-de-Calais étaient les 2^e et 3^e régions les plus touchées avec un taux standardisé respectif de 33,2 et 30,3 pour 100 000 habitants sur cette même période. (Cf. Figure 2)

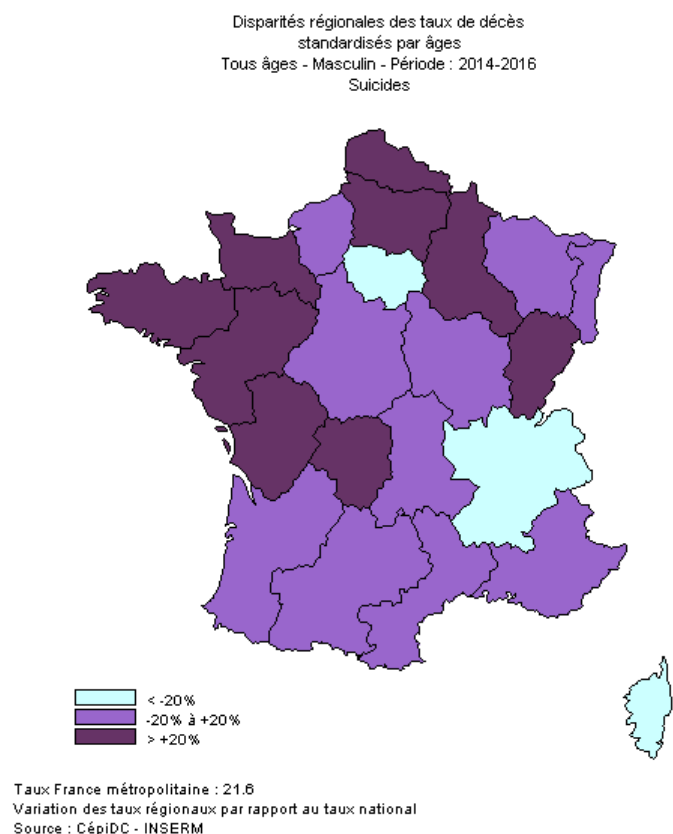


Figure 2: disparités régionales des suicides masculins en France métropolitaine

Chez les femmes, la Bretagne et la Franche-Comté étaient les 2 régions les plus touchées avec un taux de suicides standardisé respectif de 8,9 et 8,3 pour 100 000 habitants, devant la Basse-Normandie et le Limousin qui avaient tous 2 un taux à 7,6 pour 100 000 habitants. (Cf. Figure 3)

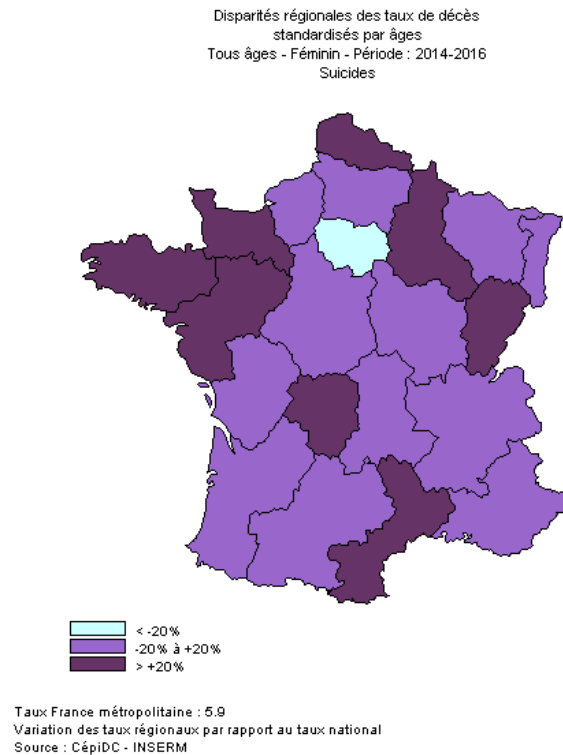


Figure 3: disparités régionales des suicides féminins en France métropolitaine

C- Le suicide en Basse-Normandie

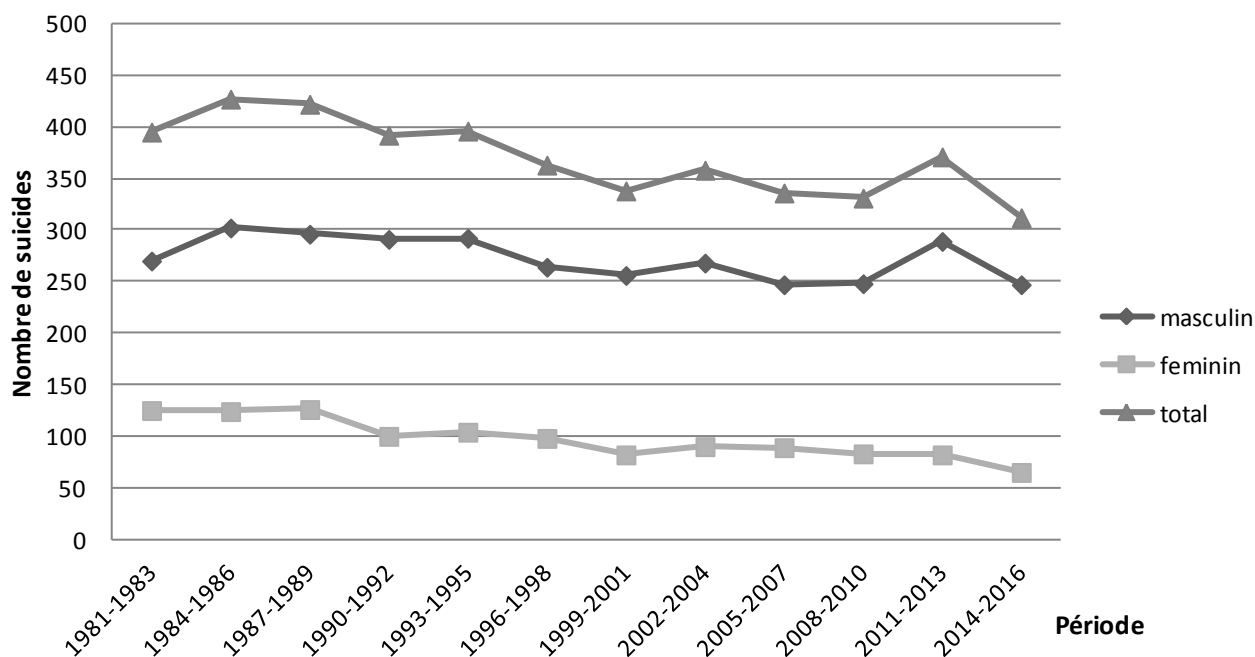
Avec son taux de suicides de 20,1 pour 100 000 habitants en 2016, la Basse-Normandie est donc la région de France la plus touchée par le suicide.

Dans cette région, le nombre de suicidés est estimé à 306 en 2016.

76,5% des suicidés de la région étaient des hommes, soit 234 hommes contre 72 femmes décédés par autolyse en 2016.

L'évolution du nombre de suicide au cours des années montre une légère baisse globale chez les hommes comme chez les femmes. (Cf. Figure 4)

Evolution dans le temps des suicides en Basse-Normandie



* Selon les données CépiDC-Inserm

Figure 4: évolution dans le temps des suicides en Basse-Normandie

Si le suicide dans cette région concerne tous les âges à partir de 15 ans, il est prédominant chez les 45-84 ans. (Cf. Tableau 1)

Tableau 1: effectifs de suicide en Basse-Normandie selon l'âge en 2016

| Sexe | Total | Age | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|-------|---------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| | | <1 an | 1-4 ans | 5-14 ans | 15-24 ans | 25-34 ans | 35-44 ans | 45-54 ans | 55-64 ans | 65-74 ans | 75-84 ans | 85-94 ans | >95 ans |
| Masculin | 234 | 0 | * | * | 7 | 14 | 20 | 46 | 46 | 41 | 40 | 18 | 2 |
| Féminin | 72 | 0 | * | 0 | * | 7 | 5 | 9 | 18 | 10 | 9 | 12 | 2 |
| Total | 306 | 0 | 0 | 0 | 7 | 21 | 25 | 55 | 64 | 51 | 49 | 30 | 4 |

* : Effectifs non communiqués

Source: CépiDC - INSERM

II- Entourage du suicidé

Shneidman avait proposé en 1969 une approximation clinique du nombre d'impactés par le suicide d'un proche à une « demi-douzaine » (3). Une étude publiée en 2002 s'accordait pour dire qu'un décès par suicide impliquait environ six proches directs et vingt proches avec un rapport plus indirect (4). L'Observatoire National du Suicide (ONS) publiait en 2016 que « selon un programme de recherche mené entre 2007 et 2010 [...] 26 personnes sont directement ou indirectement endeuillées ».

On peut alors en déduire qu'en France, il y a environ chaque année 50 000 endeuillés directs et 170 000 endeuillés indirects.

Dans une méta-analyse publiée en 2017 estimant la prévalence des personnes suicidées, les auteurs calculaient que 4,3% de la population avait été exposé à un suicide au cours de la dernière année et 21,8% au cours de leur vie (5).

Cependant, l'estimation du nombre d'endeuillés par suicide d'un proche est difficile puisqu'il n'existe pas de définition consensuelle, d'autant plus que la définition de l'« entourage » d'une personne est dépendante de son Pays, sa culture, son contexte social et professionnel...

En tout état de cause, ces personnes ayant perdu un proche par suicide vont être endeuillées et exposées à certaines fragilités que nous allons étudier.

LA FRAGILITÉ DES ENDEUILLÉS

Le deuil est une expérience universelle à laquelle chaque individu se retrouvera confronté un jour, et potentiellement de manière répétée. Il s'agit d'une expérience traumatique qui déséquilibre le psychisme de l'individu.

Il constitue un événement de vie stressant pouvant se compliquer et former un deuil compliqué voire pathologique. On considère que 5 à 33% des endeuillés selon les études présenteront une complication du deuil, que ce soit dans le cadre de la décompensation d'une pathologie préexistante ou dans le cadre du déclenchement d'une nouvelle affection (10) (11) (12).

Les complications du deuil se répercuteront à la fois dans le domaine médical et social (13).

On constate une surmortalité statistique des endeuillés, une diminution de leur santé physique et mentale, une augmentation de leur consommation de substances addictives et de conduites à risque ainsi que des difficultés au travail (14).

I- Risque excessif de mortalité des endeuillés

Le deuil est associé à un risque excessif de mortalité estimé à environ 15%. Cette surmortalité des endeuillés est significative jusqu'à 2 ans après la perte. Elle est particulièrement importante dans les premières semaines et les 6 premiers mois suivant le décès d'un proche (13) (14) (15) (16).

A- Surmortalité selon les caractéristiques des endeuillés

Dans certaines études, des différences de surmortalité sont visibles selon les caractéristiques des endeuillés (14).

Ainsi, il existe un plus grand risque de mortalité lié au deuil chez les hommes que chez les femmes de manière générale. Mais les différences entre les sexes peuvent varier selon les types de perte (conjoint, enfant, parent...). On signale que le décès d'un enfant a un effet encore plus grand sur les mères que sur les pères. En cas de deuil conjugal, les veufs sont relativement plus exposés au risque de mortalité que les veuves.

Par ailleurs, cette surmortalité est plus importante chez les Blancs que chez les Noirs ; il en est de même chez les plus jeunes que chez les personnes plus âgées (14).

La durée du deuil a également un impact sur cet excès de mortalité. Les personnes qui ont été endeuillées pendant une courte période sont plus à risque de mortalité que celles qui sont endeuillées pendant plus longtemps.

B- Causes de décès des endeuillés

Les causes de décès des personnes endeuillées sont diverses et sont différentes selon la durée du deuil, le lien avec la personne perdue, et la cause de décès de celle-ci (14).

Une explication citée de décès est l'effet du stress occasionné par la perte d'un proche, pouvant être à l'origine de problèmes coronariens, d'un manque de sommeil et de l'abus de substances psycho-actives pouvant précipiter accidents de la circulation et suicide.

Les ischémies coronariennes ont la plus grande part de responsabilité dans la surmortalité des endeuillés.

Il existe par ailleurs un taux de suicides plus élevé dans les suites d'un deuil. Les hommes sont particulièrement concernés par ce passage à l'acte. Si la personne perdue est décédée par suicide, alors le risque de suicide des endeuillés augmente encore plus, notamment chez les veufs et les parents endeuillés (17).

Dans le cas de couples, les veuves et veufs ont, comparativement aux personnes mariées, une surmortalité par causes accidentelles et violentes, maladies liées à la consommation d'alcool ou autre toxique, cardiopathies ischémiques chroniques et cancer du poumon.

Suite à la perte d'un enfant, les pères ont un risque plus élevé de décès de cause non naturelle au début du deuil.

La détresse psychologique liée à la perte d'un proche, la solitude et les conséquences secondaires de la perte, comme les changements dans les liens sociaux, les conditions de vie, les habitudes alimentaires et le soutien économique sont à l'origine de ces causes mortelles.

II- Diminution de la santé physique des endeuillés

Le deuil est une période particulièrement à risque sur le plan organique. Il est lié à des diminutions de la santé physique, indiquées par la présence de symptômes physiques et maladies organiques, l'utilisation des services médicaux, la consommation de toxiques et le taux d'invalidité (10) (13) (14) (15) (18) (19).

Les personnes qui ont été endeuillées sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé physique, en particulier celles qui ont été endeuillées récemment. Divers facteurs (circonstances de décès, variables intrapersonnelles et interpersonnelles, façons de faire face) sont susceptibles de déterminer conjointement les excès en mauvaise santé.

A- Maladies et consommation de substances

Les endeuillés sont une population à risque de développer des maladies organiques et consommer des toxiques.

Par exemple, une personne ayant perdu son conjoint a un sur-risque de maladie organique par rapport à une personne ayant toujours son conjoint. Ce conjoint endeuillé a une probabilité 1,40 fois plus élevée d'avoir une nouvelle maladie ou une aggravation de maladie préexistante deux mois après la perte.

De même, la consommation auto-déclarée de médicaments est plus élevée chez ces conjoints endeuillés (1,73 fois plus élevée), tout comme la perception de mauvaise santé actuelle (14).

1- Complications cardiovasculaires

Les complications cardiovasculaires sont les plus fréquentes, et ce chez les deux sexes. On retrouve ainsi fréquemment une augmentation de la pression artérielle, un sur-risque de syndrome

coronarien aigu et d'accidents vasculaires ischémiques. On peut les expliquer en partie par l'accumulation de plusieurs facteurs comme le stress et le chagrin avec libération de glucocorticoïdes, mais également par la majoration du risque de consommation éthylo-tabagique, de la mauvaise hygiène de vie en particulier sur le plan alimentaire.

2- Consommation de substances toxiques

Les endeuillés présentent en effet une augmentation de la consommation de substances toxiques tels que l'alcool, le tabac, les psychotropes. Ce comportement entraîne un risque encore plus accru d'accident de la voie publique et d'acte auto-agressif, suicide. Ils entraînent également des complications somatiques directement liées à ces substances : cancer, broncho-pneumopathie chronique obstructive, cirrhose, hépatite, affections cardiovasculaires...

3- Troubles immunitaires

Des troubles du système immunitaire liés au stress de la perte d'un proche engendrent une plus grande susceptibilité aux infections chez les endeuillés (14) (19).

Il existe des liens biologiques entre le deuil et les risques accrus de maladies physiques. Par exemple, des recherches ont été effectuées sur la façon dont le deuil affecte le système immunitaire et entraîne des changements dans le système endocrinien, le système nerveux autonome et le système cardiovasculaire (14).

B- Recours aux services de santé par les endeuillés

On constate une surconsommation des services de soins dans les suites d'un deuil ainsi qu'une multiplication des examens complémentaires (20).

Les personnes endeuillées ont également des taux plus élevés d'hospitalisation, jusqu'à un an après le décès d'un proche (14).

En revanche, il existe des disparités au sein des endeuillés. Effectivement, ceux qui ont le plus besoin de soins de santé pourraient parfois ne pas obtenir cette aide. Une étude portant sur les femmes endeuillées pendant environ 4 mois a comparé leur recours aux services de santé en fonction de l'intensité de leur deuil. Il en ressort que celles ayant déclaré de fortes intensités de deuil ont réduit leur recours aux services de santé pour motif de troubles de santé physique, malgré la probabilité accrue d'hypertension artérielle et de déficience fonctionnelle, comparativement à celles qui signalent une faible intensité de deuil (14).

C- Symptômes physiques

Les symptômes physiques décrits chez les endeuillés sont multiples.

Les personnes âgées souffrent souvent de douleurs d'intensité modérée à sévère et limitant l'activité, surtout pour les deuils de courte durée. Par exemple, les veufs âgés sont trois fois plus susceptibles de déclarer de fortes douleurs que les non endeuillés (14).

Le deuil a également été associé à une perte de poids.

III- Diminution de santé mentale des endeuillés

D'autre part, les personnes endeuillées signalent diverses réactions psychologiques. Ces dernières vont des symptômes psychologiques décrits dans le deuil normal aux complications dans le processus de deuil et même parfois aux troubles mentaux.

A- Symptômes psychologiques

Il est important de connaître les symptômes psychologiques décrits dans le processus de deuil normal qui vont être rappelés ici.

1- Description des symptômes psychologiques du deuil (14)

Les symptômes psychologiques décrits sur le plan affectif sont :

Symptômes dépressifs

Désespoir

Désarroi, détresse

Anxiété, peurs

Culpabilité

Colère, hostilité, irritabilité

Anhédonie, perte de plaisir

Solitude

Nostalgie

Torpeur

Les symptômes psychologiques décrits sur le plan cognitif sont :

Préoccupation avec souvenirs intrusifs du défunt

Sentiment de présence de la personne décédée

Déni

Baisse de l'estime de soi

Auto-reproches

Impuissance

Idéation suicidaire

Sentiment d'irréalité

Difficultés de concentration

Les symptômes psychologiques décrits sur le plan comportemental sont :

Agitation, tension

Fatigue

Hyperactivité

Pleurs, sanglots

Retrait social

Les symptômes psycho-somatiques sont :

Perte d'appétit

Troubles du sommeil

Perte d'énergie, épuisement

Plaintes somatiques

Troubles physiques similaires au défunt

Ces réactions psychologiques sont généralement plus intenses au début du deuil. Il existe des relations entre le deuil et la dépression, l'anxiété, la détresse, les symptômes somatiques, l'insomnie, et la dysfonction sociale à 6 mois de la durée du deuil (14).

Les symptômes psychologiques évoluent au fil du temps dans le processus du deuil. L'évolution du deuil normal est décrite en termes d'étapes ou de phases.

2- Phases du deuil normal

Les étapes de deuil sont les suivantes (11) (18) (21) :

- la phase de choc
- la phase de dépression réactionnelle
- la phase de rétablissement ou de réorganisation

Dans la phase de choc, l'endeuillé est d'abord dans un état de sidération affective et d'abattement. Des réactions de déni, d'incrédulité, de colère et d'agressivité constituent alors un processus de sauvegarde face à la charge émotionnelle trop importante de la perte.

La phase de dépression réactionnelle au décès d'un proche constitue l'étape centrale du deuil et comprend l'ensemble des symptômes dépressifs. Cette phase est considérée, en France, comme une étape normale du deuil. L'association américaine de psychiatrie travaillant sur le manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM) est en accord avec cette considération dans la version 4 révisée de la DSM (DSM-IV-TR) en 2000 (22). En effet, la définition de l'épisode dépressif majeur qui y est publiée exclut la période de deuil, évitant ainsi de diagnostiquer à tort un état pathologique dépressif. Ce critère d'exclusion de deuil dans le diagnostic d'état dépressif majeur est ensuite supprimé en 2013 dans la version 5 de la DSM (DSM-V) (23). Cette modification est à l'origine de nombreuses critiques par les professionnels de santé, accusant l'association américaine de psychiatrie de vouloir créer des pathologies (24) (25) (26).

Au cours de la phase de rétablissement ou de réorganisation, l'endeuillé accepte la réalité de la perte et peut se souvenir du défunt sans douleur excessive. Il s'adapte à sa vie quotidienne et se réinvestit dans un environnement où le défunt est absent. Les centres d'intérêt et les projets peuvent être repris par l'endeuillé.

Il est admis que ce processus de deuil doit arriver à son terme dans une durée de 12 mois.

Il convient toutefois de noter qu'un endeuillé ne passe pas nécessairement par toutes les étapes et ne les exécute pas dans un ordre précis, les phases pouvant aussi s'entremêler. Les différences individuelles et culturelles (27) peuvent y jouer un rôle.

Il est néanmoins indispensable aux praticiens de les connaître afin de suivre l'évolution du deuil et de se poser la question d'un processus difficile lorsque le désordre, l'intensité ou la durée des signes psychologiques sont marqués.

Effectivement, si pour la plupart des gens, l'expérience de deuil, bien que difficile, est tolérable et diminue avec le temps, pour certains, la souffrance est intense et prolongée.

B- Troubles psychiatriques

Si l'augmentation des symptômes dépressifs dans les populations endeuillées est normale, l'intensité des signes cliniques de dépression peut devenir plus sévère. Des études suggèrent que 25 à 45 % des endeuillés présentent des symptômes dépressifs légers et 10 à 20 % présentent des symptômes dépressifs intenses (14).

Dans certains cas, surtout lorsque la perte de vie ou la nature du décès sont graves, les personnes en deuil développent un trouble anxieux, y compris un trouble de stress post-traumatique.

Les endeuillés peuvent également présenter des épisodes maniaques ou des décompensations psychotiques.

C- Troubles du processus de deuil

1- Deuil compliqué

Dans certains cas, le processus de deuil peut devenir compliqué.

On appelle deuil compliqué un travail de deuil qui n'arrive pas à son terme du fait d'un défaut d'initiation ou d'un trouble au cours de son évolution empêchant son aboutissement. Le plus souvent, le processus de deuil reprend après une durée plus ou moins longue avec expression de la symptomatologie dépressive, soit de façon brutale, déclenchée par un événement plus ou moins anodin réactualisant la perte, soit de façon progressive plus insidieuse. Dans certains cas, l'évolution se fait vers la chronicisation.

On peut distinguer plusieurs types de deuil compliqué (11) (18).

Le deuil compliqué par excès ou deuil intensifié

Les manifestations émotionnelles exprimées par l'endeuillé sont particulièrement intenses avec une forte connotation de culpabilité ou de colère. L'endeuillé maintient ainsi l'illusion d'un lien avec le défunt, empêchant l'acceptation et le lâcher prise.

Le deuil différé

Il se caractérise par un refus initial de la perte qui se prolonge de manière anormale, empêchant l'engagement réel dans le deuil.

Le deuil inhibé

Il est caractérisé par des troubles somatiques au détriment des manifestations affectives normalement présentes en situation de deuil.

Le deuil chronique

Comme son nom l'indique, il demeure figé. Les effets du deuil font obstacle à une progression normale dans l'élaboration du deuil, l'endeuillé s'enlisant dans une dépression chronique.

Le deuil complexe persistant

La version 5 du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) a introduit pour la première fois en 2013 la notion de Deuil Complexe Persistant (DCP). La définition du DCP y est mentionnée « à l'étude et nécessitant plus de données scientifiques », ce qui ouvre la perspective à de nouveaux travaux.

Lorsque les réactions de deuil restent intenses, se prolongent et interfèrent avec le fonctionnement quotidien, on parle alors de deuil complexe persistant. Cet état doit durer plus de 1 an chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant dans sa définition (*Cf. Annexe 2*) (23).

Selon les communautés étudiées, entre 1 et 9% de la population générale présente un DCP suite au décès d'un proche (28) (29) (30) (31). Cette prévalence est plus élevée lorsque le décès du proche est survenu dans des circonstances potentiellement traumatiques comme le suicide (32).

Alors que les deuils compliqués se caractérisent plutôt par des changements d'ordre quantitatif du point de vue des manifestations du deuil, de véritables bouleversements d'ordre qualitatif se produisent dans la pathologie du deuil, dont l'expression concerne à la fois le registre de la santé physique et mentale.

2- Deuil pathologique

Le deuil pathologique est caractérisé par la survenue, dans la période du deuil, d'une maladie physique ou mentale qui ne s'était pas manifestée jusque-là.

Il convient de préciser que le deuil n'est pas la cause, mais le facteur déclencheur de la maladie chez un individu dont l'équilibre, bien que précaire, ne laissait pas transparaître de signes cliniques objectivables. La perte d'un proche induit alors une décompensation physique et/ou mentale de l'endeuillé (18) (19).

Le deuil serait pathologique chez 15% des endeuillés (33).

Les maladies physiques et psychiatriques survenant dans le deuil pathologique sont décrites dans les chapitres précédents.

IV- Impact social

Le deuil peut avoir des conséquences encore plus vastes que celles évoquées jusque là.

Les endeuillés présentent des difficultés de concentration qui peuvent être conséquentes sur le travail. Ils présentent en effet un risque accru de perte d'emploi. Ils affichent également des taux plus élevés d'invalidité que les personnes non endeuillées (14).

Ils souffrent également de difficultés de relations à autrui et une participation sociale amoindrie (14).

En conclusion, si pour la plupart des endeuillés le vécu du deuil est tolérable, pour 5 à 33% d'entre eux il se complique sur le plan organique, psychique ou social (10) (11) (12).

Dans toutes les situations de deuil, le médecin généraliste a un rôle primordial pour l'endeuillé. Dans la société actuelle dans laquelle le schéma familial évolue avec l'éclatement des familles, le soutien dont peuvent bénéficier les endeuillés se retrouve fragilisé. Dans ce contexte, le rôle du médecin généraliste pourrait être renforcé dans le soutien aux endeuillés. Les études montrent que le médecin généraliste ou médecin de « famille » est le premier interlocuteur vers lequel les personnes vont se tourner (34) (35) (33).

Par ailleurs, parmi les endeuillés, certains vont perdre un proche qui s'est suicidé : ce sont les endeuillés par suicide. En effet, une méta-analyse a estimé que 4,3% de la population a été exposé à un suicide au cours de la dernière année et 21,8% au cours de leur vie (5). Alors comment considérer cette population d'endeuillés par suicide ?

V- Particularités des endeuillés du suicide

Il y aurait en fait plus de similitudes que de différences entre le deuil après suicide qu'avec les autres types de décès (36) (37). Et les différences existantes tendent à diminuer après 2 ans (38).

Malgré tout, le décès par suicide est associé chez l'entourage à des réactions délétères fréquentes associées au stress, au deuil et aux réactions de crise.

La particularité du décès par suicide pour l'entourage tient dans le caractère traumatique de la perte du proche.

Cet évènement traumatique peut engendrer des réactions de stress telles que l'état de stress temporaire, l'état de stress aigu et le trouble du stress post-traumatique (TSPT). Ces réactions de stress diffèrent par l'exposition directe ou indirecte au suicide et à leur intensité et leur durée (39).

A la suite du suicide d'un proche, l'annonce de la nouvelle ou l'atmosphère environnante créent un stress. Dans ce contexte traumatique, il est normal de développer des réactions de stress temporaires. L'endeuillé en état de stress temporaire trouvera des stratégies à court terme pour retrouver son état d'équilibre. Si les réactions de stress temporaire se prolongent, on parlera alors d'état de stress aigu. (39)

Lorsqu'une personne est témoin direct de la scène du suicide, elle peut également développer un état de stress aigu. Les symptômes apparaissent généralement dans les jours suivant l'évènement traumatique mais peuvent se manifester dans les 4 semaines. Ils se dissipent au-delà d'un mois. (Cf. Annexe 3)

Si les symptômes de l'état de stress perdurent au-delà d'un mois, on parlera de trouble du stress post-traumatique. (Cf. Annexe 4)

Par ailleurs, les proches du suicidé sont exposés à des réactions de crise dans la mesure où ils sont confrontés à un évènement pouvant paraître insurmontable malgré le déploiement de stratégies d'adaptation, entraînant une désorganisation (40). Les tentatives d'adaptation de ces endeuillés ne sont pas toujours adéquates pour retrouver leur état d'équilibre et la succession d'échec amène vers l'état de crise. Celui-ci est marqué par la désorganisation, la tension et un stress intense. Il peut durer 6 à 8 semaines. (39)

Cet état de crise peut amener les endeuillés à des idéations suicidaires. Dans la crise suicidaire, ils peuvent alors passer à l'acte et se suicider à leur tour. Ce phénomène de contagion du suicide est décrit par Hanus (41). Lorsque la contagion s'observe chez des exposés indirects au suicide par imitation du comportement suicidaire modélisé dans les médias, on parle d'« effet Werther » (42). Celui-ci a été décrit par Phillips en 1974.

Il est donc nécessaire de prendre en charge spécifiquement l'entourage d'un suicidé afin de les accompagner, prévenir et repérer les complications médico-psycho-sociales.

Nous allons désormais étudier comment la postvention agit auprès de ces endeuillés qui ont perdu un proche par suicide.

LA POSTVENTION

I- Définition

A- Postvention

Historiquement, Shneidman proposait le néologisme de « postvention » en 1968 pour définir « les activités utiles qui se produisent après un évènement suicidaire » (3). Il précisait plus tard que la postvention visait principalement à « apaiser les séquelles psychologiques d'un décès par suicide des survivants ». En 1973, il publiait que la postvention pouvait être envisagée comme « la prévention pour la prochaine décade ou pour la prochaine génération » (43) puis en 1993 que le but de la postvention était de « prévenir le risque de suicide chez ces endeuillés et les aider à retrouver une qualité de vie » (44).

Cette prise en charge suivant un suicide s'appliqua donc à ceux que l'on nomme « les survivants du suicide » ou « les endeuillés après suicide ».

Au fil des ans, la postvention a fini par signifier non seulement de l'aide aux personnes endeuillées, mais aussi de l'aide à toute personne dont le risque de suicide pourrait être accru à la suite du suicide de quelqu'un d'autre. En outre, les personnes qui, traditionnellement, ne sont pas classées dans la catégorie des survivants des pertes (comme les premiers répondants) peuvent subir des effets négatifs de l'exposition au suicide, et la sensibilisation visant à les aider est également propulsée par la postvention.

La postvention fait actuellement référence à une réponse organisée à la suite d'un suicide pour accomplir les objectifs suivants :

- Faciliter le processus de deuil et atténuer la détresse causée par le suicide
- Atténuer les autres effets négatifs de l'exposition au suicide
- Prévenir le suicide chez les personnes à risque élevé après une exposition au suicide (45).

B- Endeuillés après suicide

1- « *Survivant du suicide* » ou « *endeuillé par suicide* »

Il convient de définir les termes désignant ces personnes qui sont endeuillées par le suicide d'un autre.

Historiquement, le terme « survivant du suicide » a été introduit par Cain en 1972 dans son ouvrage « Survivors of suicide » (46). Dans l'avant-propos, Shneidman a aussi utilisé l'expression « survivor-victims » et il a inclus une citation de Toynbee (1968) concernant « les survivants qui sont endeuillés ». Au cours des décennies qui ont suivi, le terme « survivant du suicide » est devenu l'expression courante.

Mais plus tard, comme l'ont mentionné Clark (2001) et McIntosh (2003), les mots « survivants du suicide » ont un double sens. Ils peuvent se référer au deuil par suicide mais également aux personnes qui ont tenté de se suicider et y ont survécu. Cela peut donc causer une confusion (47).

Cependant en suicidologie, ce terme était devenu si fortement associé au deuil après suicide que ce n'est plus une cause de confusion selon McIntosh, 2003.

Philip Seager a déclaré en 2004 que « survivant du suicide » ne fait pas référence à un endeuillé par suicide, mais à une personne qui a fait une tentative de suicide non létale. Il a proposé d'utiliser le mot « revivre », plus approprié pour désigner les personnes endeuillées par suicide. Mais le terme a peu été repris.

Afin d'en sortir, le mouvement des survivants a adopté plusieurs autres noms, tels que les personnes « endeuillées après le suicide » ou « endeuillés par suicide », largement utilisé dans le monde, ou « survivants après le suicide ».

2- La perte d'un « proche »

Un survivant après suicide est généralement considéré comme quelqu'un qui a perdu une personne significative par suicide, et dont la vie est changée à cause de la perte. Il n'y a cependant pas de définition consensuelle car la notion de significativité de la relation interpersonnelle est difficile à mesurer.

Le modèle des cercles de vulnérabilité peut aider à déterminer l'ampleur des conséquences affectives d'un suicide sur les membres d'une communauté (48). Les individus les plus exposés au risque englobent ceux qui se trouvent dans la proximité géographique, sociale et psychologique de la personne qui s'est suicidée.

La proximité géographique fait référence à la distance physique après l'acte de suicide (les témoins, les personnes ayant découvert le corps...).

La proximité psychologique fait référence aux personnes qui entretiennent des liens avec la victime, qu'ils soient culturels, professionnels, membres d'une même équipe, camarades scolaires ou ayant l'impression d'avoir vécu la même chose.

La proximité sociale fait référence aux relations que l'on a eu avec le suicidé : les membres de la famille, les amis, les membres du cercle social ou une relation amoureuse.

Pour conclure, retenons que la postvention correspond à « ces activités développées par, avec ou pour les survivants du suicide, afin de faciliter l'après suicide, et pour prévenir les résultats indésirables, y compris le comportement suicidaire » (49).

Cette prise en charge s'étend de la phase suivant immédiatement le suicide jusqu'au long terme.

C- Les champs d'application de la postvention

Elle s'est développée à plusieurs niveaux:

- Les interventions auprès des proches endeuillés : concernant les proches ayant un lien d'attachement avec le suicidé
- Les interventions dans le milieu auprès des individus qui ont été exposés : école, entreprise, institutions, milieu pénitentiaire, armée...
- Les interventions communautaires: ces interventions se développent sur une approche socio-écologique. Les partenaires communautaires généralement impliqués comprennent les centres de crises, les écoles, la police, les bureaux de protection de l'enfance, les services d'urgence hospitaliers et les services de santé mentale (50).

II- Un enjeu de santé publique

Pour l'OMS, la postvention est une des composantes essentielles d'une stratégie nationale (1). Elle citait dans ses objectifs nationaux de prévention du suicide en 2015 la nécessité de soutien aux personnes endeuillées suite à un suicide, sans en préciser les modalités.

En 2014, l'observatoire national du suicide (ONS) publiait son premier rapport sur le suicide « État des lieux des connaissances et perspectives de recherche » (51). Il rappelait le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, dont le 1er axe est le développement de la prévention et de la postvention.

Une des actions de son programme consistait à « former les professionnels à la prise en charge des proches de personnes décédées en établissement de soins, notamment par suicide. Cette action [était] inscrite dans les axes de formation 2012 des agents des établissements publics et participant au service public (circulaire DGOS [Direction Générale de l'Offre de Soins] 6 juin 2011) dans l'orientation relative à l'amélioration de la qualité des soins ».

Il était également apporté un soutien aux associations portant des projets d'information et de communication autour du suicide : « une subvention de la DGS [Direction Générale de la Santé] a été attribuée à la fédération « Vivre son deuil » pour des actions spécifiques au soutien de personnes endeuillées par suicide: groupes de parole, entretiens individuels, actions de formation et d'information (séminaires, congrès) ».

Dans son 2^e rapport de 2016 « Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives », l'ONS confirmait ses enjeux en terme de postvention : « Quelles prises en charge mettre en place pour soutenir les familles endeuillées et éviter une propagation du suicide à l'environnement familial et social? » (52).

Le 3^e rapport de l'ONS de 2018 « suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence » se concentrait sur les actions en milieu scolaire (53). « La postvention [...] en particulier dans le milieu scolaire devrait également faire l'objet de recherches, afin d'adapter au mieux les interventions mises en place dans ces situations ».

III- Quand intervenir ?

Les stratégies de postvention pour les endeuillés par suicide s'inscrivent dans différentes temporalités, qui correspondent aux différents temps cliniques.

Seguin et al. soulignent en 2004 qu'il existe un intérêt à faire une planification de la gestion de ce type de situation (39).

Les interventions de postvention seront détaillées par la suite avec leur temporalité.

IV- Les moyens de postvention

La Fédération Française de Psychiatrie publiait en 2009 des recommandations reprenant les grandes lignes de modalités d'aide et de soutien (54).

A- Prise en charge du stress

Les témoins directs du suicide peuvent développer un état de stress aigu ou un état de stress post-traumatique. La postvention intervient auprès de ces témoins par le débriefing pour éviter ces effets.

Les proches du suicidé, sans être témoin du suicide, sont soumis à un stress lors de l'annonce de l'évènement. La postvention peut intervenir sur l'apparition d'état de stress temporaire par ses interventions de ventilation et de recadrage de l'information.

1- La postvention proactive

Campbell a élaboré en 2004 un modèle de postvention, appelé « LOSS Program », où une équipe d'intervenants se déplace immédiatement sur les lieux du suicide, au même moment que la police (55).

Cette rapidité de contact a pour but de diminuer les effets traumatiques du suicide sur les endeuillés les plus vulnérables. Le déplacement d'un intervenant sur les lieux du drame permet, selon Campbell, de normaliser les effets du traumatisme.

Cette intervention proactive permet alors de repérer les personnes en état de désorganisation ou de crise suicidaire pour les référer vers les services appropriés (56) (57).

Grâce à cette prise en charge, les endeuillés peuvent demander de l'aide dans un centre adapté plus facilement et plus tôt (56) (57). Elle permet par ailleurs d'augmenter leur fréquentation d'un groupe de soutien (56) (57).

2- Le débriefing ou defusing

Le débriefing s'adresse aux personnes ayant été témoin d'un événement traumatisant. Il leur permet de faire part de leurs réactions, de développer des stratégies d'adaptation afin de comprendre et de normaliser leur stress, et de se voir offrir d'autres ressources pour celles qui en ont besoin (58). Son objectif est donc d'éviter le développement d'un état de stress aigu et de trouble de stress post-traumatique (39), sans se substituer à une thérapie spécifique.

Le modèle de débriefing utilisé est développé par Mitchell en 1983, nommé Critical Incident Stress Debriefing (CISD) (59).

Il est dirigé par 2 à 4 animateurs de groupe expérimentés durant 3 à 4 heures. Il doit se dérouler dans une période de 24 à 72 heures après l'évènement du suicide. Selon Rose, Bisson et Wessely (2002), une seule séance de débriefing n'est pas suffisante pour prévenir le stress post traumatique et l'anxiété à court terme comme à long terme (un an) (60).

Ce débriefing s'adresse à un petit groupe de témoins homogènes exposés au même suicide (39). Dans le contexte de la problématique du suicide, en principe le débriefing ne devrait être utilisé qu'auprès des personnes qui ont été témoin direct du suicide, selon Séguin et al. (39).

D'après le modèle CISD, il se déroule selon les phases suivantes (59) :

- La phase d'introduction: les animateurs expliquent que le débriefing n'est pas une thérapie et a pour but de soulager le stress causé par un incident critique
- La phase des faits : chaque participant raconte ce qui s'est passé pour faire « revivre » l'incident
- La phase de la pensée : chaque participant doit décrire les pensées survenues lors de l'évènement
- La phase des émotions : chaque participant rassemble les émotions ressenties lors de l'évènement
- La phase des réactions : les animateurs demandent aux participants de partager avec le groupe toute réaction qui a découlé de l'évènement
- La phase d'enseignement : les animateurs mettent l'emphase sur les réponses normales à une situation traumatisante et proposent des façons de gérer ce stress
- La phase du retour : les animateurs résument ce qui s'est produit dans la session et donnent des références à ceux qui en ont besoin

3- Ventilation

La ventilation permet aux personnes touchées par le suicide d'exprimer librement et sans jugement leurs sentiments, de faciliter la mise en mots des émotions (39) afin de diminuer l'état de stress temporaire. Elle a pour but de favoriser la décharge, de lier le vécu traumatique par le langage et de permettre l'intégration de l'évènement. À cette étape, l'intervenant doit aider l'individu à reprendre le contrôle de la situation et le rassurer sur la nature de ses sentiments (61).

Elle peut se faire en groupe ou de manière individuelle et doit se dérouler dans les 24 heures suivant l'annonce du suicide (39).

L'intervenant repère les personnes les plus vulnérables, les états de stress, de détresse, de crise suicidaire ou de désorganisation afin de déterminer les stratégies nécessaires.

C'est aussi le moment d'expliquer les symptômes susceptibles de survenir et de donner les informations concernant les services d'aide existants.

4- Recadrage de l'information

Il est parfois nécessaire de recadrer l'information pour clarifier d'éventuelles rumeurs concernant le suicide ainsi qu'éviter la banalisation ou la dramatisation de l'évènement (39). Cette étape permet de diminuer l'état de stress temporaire auprès des personnes touchées par le suicide.

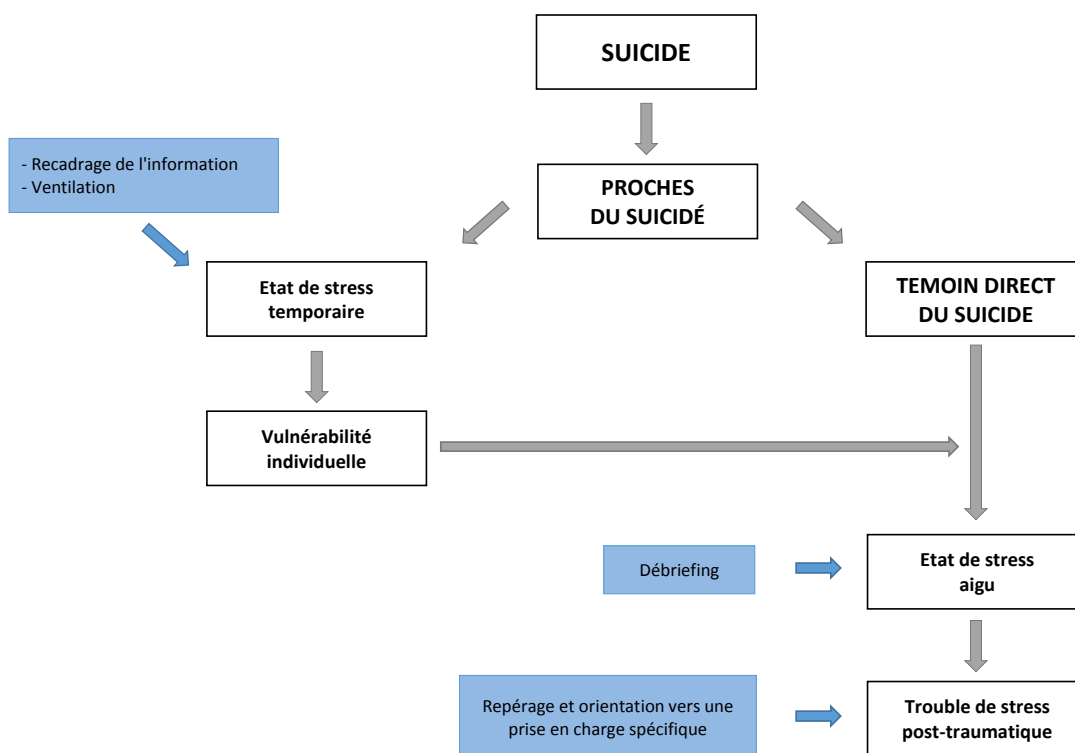


Figure 5: moyens d'intervention de postvention aux réactions de stress

B- Prise en charge du deuil

Il est important d'accompagner les étapes du deuil et de repérer les signes de deuil compliqué ou pathologique pour les prendre en charge précocement. Au cours de ces étapes, l'intervention précoce du deuil puis le counseling de deuil auront ce rôle d'accompagnement et de

repérage au sein de la postvention. Lorsque le deuil est repéré comme compliqué ou pathologique, il relèvera alors d'une prise en charge spécifique.

1- L'intervention précoce du deuil

L'intervention précoce de deuil vise à amorcer le processus de deuil pour les proches ayant un lien d'attachement et d'affection avec le suicidé. Elle favorise la reconnaissance de la perte du suicidé par l'expression des émotions et la normalisation des sentiments présents. Elle a également pour but de briser l'isolement des personnes touchées (39).

Cette étape se déroule sous forme de rencontre avec au moins deux intervenants en fonction du nombre de personnes rencontrées.

L'intervention a lieu dans les heures ou les 2 premières semaines suivant l'annonce du suicide.

2- Counseling de deuil

Il est important d'apporter un soutien dans les étapes de deuil pour en favoriser un processus sain et adéquat : c'est le counseling de deuil (39). Il doit permettre aux endeuillés du suicide d'exprimer leurs émotions, de développer de nouvelles stratégies d'adaptation, de briser l'isolement social et d'internaliser le lien d'attachement. Le counseling pour les survivants familiaux (conjoint, parents, enfants) du suicide contribue à réduire la détresse psychologique à court terme (57).

Il se déroule au-delà du 2^e mois et dans l'année suivant le suicide auprès des proches qui en ressentent le besoin.

Il peut se faire individuellement ou en groupe.

3- Thérapie de deuil

Il faudra repérer les deuils compliqués dans les mois suivant le suicide afin d'éviter le développement de psychopathologie et alors proposer une thérapie de deuil (39). Cette dernière est dirigée par un psychologue ou thérapeute de manière individuelle pour une prise en charge spécifique.

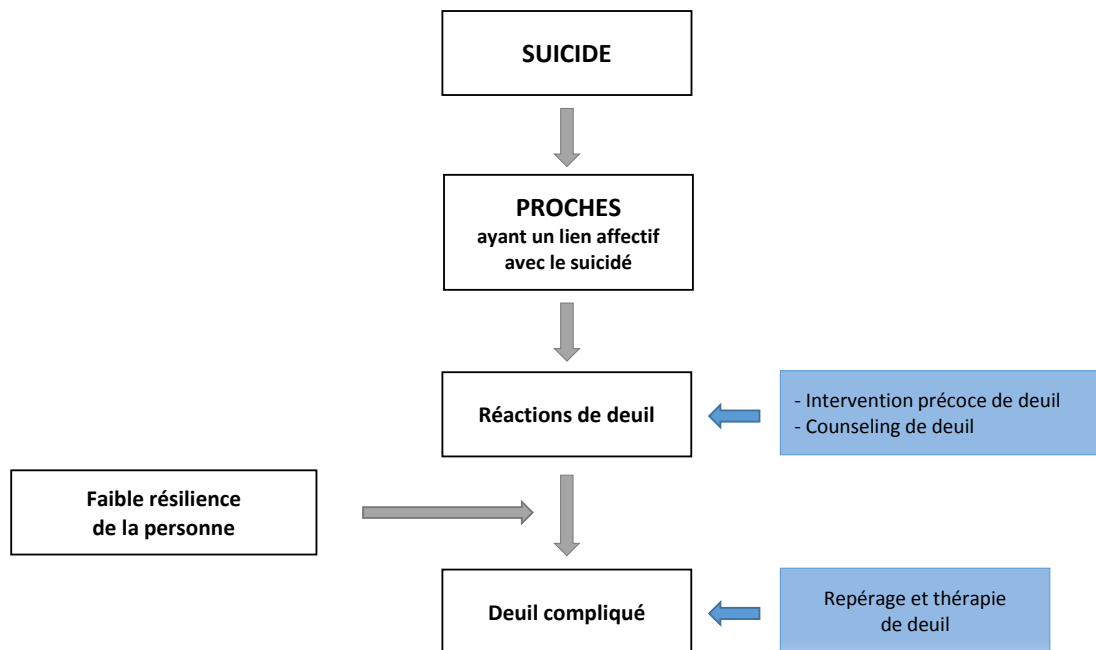


Figure 6: moyens d'intervention de postvention aux réactions de deuil

C- Prise en charge des réactions de crise

Si les stratégies d'adaptation déployées par l'endeuillé sont déficientes, il y aura une augmentation de la vulnérabilité qui pourra amener à un état de crise, voire une crise suicidaire. Cette rupture de l'équilibre peut se produire à des périodes différentes et ceci sur du court ou du long terme.

Il est donc important de maintenir des interventions de repérage dans le temps. Selon Pruett (1990), la clef du succès de cette intervention de repérage se trouve dans la formation des intervenants (62).

Selon cette même source, l'intervention de crise, dans sa phase aiguë, doit être réalisée dans un laps de temps très court de 24 à 36h suivant le début de la crise. Elle dure en moyenne 4 à 6 semaines.

L'intervention de crise est une intervention directive et structurée se déroulant d'après les étapes suivantes (39) :

- Etablir un lien de confiance
- Evaluer la gravité de la crise
- Analyser la situation actuelle (facteurs de vulnérabilité et facteurs protecteurs)
- Identifier les ressources et les services disponibles
- Etablir un contrat et un plan d'action.

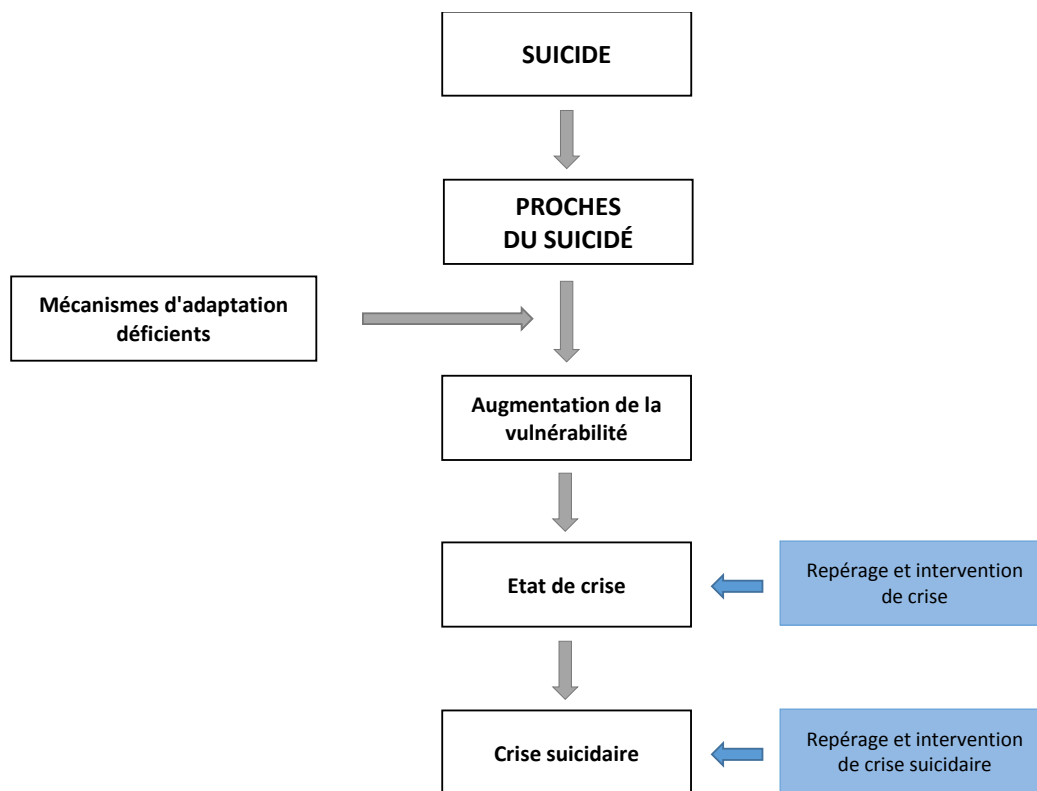


Figure 7: moyens d'intervention de postvention aux réactions de crise

D- Repérage des autres complications psychiatriques

La postvention a également pour rôle de repérer les pathologies psychiatriques telles que la dépression, les troubles anxieux et les addictions.

Selon la Fédération Française de psychiatrie, il existe un intérêt majeur à diagnostiquer une possible décompensation dépressive et de la traiter précocement (54).

Une fois ces pathologies repérées, il convient d'orienter les patients vers une prise en charge spécifique adaptée.

E- Les comorbidités somatiques

Les pathologies somatiques connues chez les endeuillés du suicide ne doivent pas être oubliées. Il faut donc savoir orienter le patient en cas de symptôme évocateur.

F- Le rôle des groupes de soutien

Des groupes de soutien aux personnes endeuillées par le suicide d'un proche existent en France.

Dans le cadre d'un groupe de parole composé d'endeuillés qui ne se connaissent pas et se retrouvent régulièrement, entourés par un psychiatre ou psychologue, il s'agit à la fois de soulager la souffrance psychique des personnes et de prévenir le suicide dans leur entourage (52).

La Fédération Française de Psychiatrie souligne l'importance des recours aux ressources associatives telles que « vivre son deuil », « phare Enfants Parents », « Jonathan Pierres Vivantes » etc (54).

Les participants à ces groupes de soutien expriment une satisfaction de l'aide apportée (63) (38).

L'association « vivre son deuil » accueille des personnes dont 12% sont endeuillées suite à un suicide. Ces endeuillés par suicide apprécient ce premier contact puisque 71% de ceux-ci sont intéressés par une suite avec l'association (appel, entretien ou participation à un groupe) (54). D'autres démarches d'associations existent telle que celle suivie par l'Institut régional Jean Bergeret.

Selon les résultats d'une revue de la littérature parue en 2018 sur l'évaluation des activités de postvention auprès des endeuillés par suicide (64), les groupes de soutien permettent une amélioration de l'expérience du deuil à court et long terme (65) (66). Ils améliorent également les symptômes de dépression et d'anxiété à court terme chez les enfants et les adultes (65) (67) ainsi qu'à long terme (12 mois) (66). On a constaté une diminution à long terme des idéations suicidaires et des comportements suicidaires, notamment chez les adolescents et enfants (68). Les endeuillés suivant les groupes de soutien ont une meilleure adaptation sociale, chez l'adulte (65) comme chez l'enfant (69).

PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENDEUILLÉS PAR SUICIDE

I- Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des endeuillés

Pour l'OMS, il faut investir sur l'organisation des soins primaires via le médecin généraliste traitant. « Sa position de professionnel d'interface est celle de ressource, relais, repère stable et investi par les usagers et les familles pour une cohérence des parcours de soins, de prévention et de postvention » (6).

Quand un suicide survient, le médecin généraliste a un rôle clé dans les contacts avec les proches directs selon Axel Geeraerts, Sociologie et Directeur du Centre de Prévention du Suicide à Bruxelles (54). Le généraliste, par son statut de « médecin de famille », est souvent la personne la mieux placée pour accueillir les proches qu'il connaît généralement bien (7). Il est conseillé au médecin généraliste de faire des pas actifs envers les proches ; le fait de faire une visite à domicile peut signifier un soutien important pour ces derniers (54). L'étude de Brownstein montre que les familles endeuillées espèrent une prise de contact par le médecin traitant (70). Les auteurs rapportent que parmi les douze médecins interrogés, un seul a pris contact avec la famille.

Comme l'ont indiqué De Groot et al. (71), les proches consulteront probablement leur médecin généraliste lorsqu'ils ressentent le besoin d'une aide professionnelle. Ainsi, ce dernier peut jouer un rôle clé dans le soutien et le repérage. Cependant, les médecins généralistes ont besoin d'une formation supplémentaire pour faire face efficacement aux complications d'une perte traumatique chez les personnes endeuillées et de connaître les services disponibles pouvant être fournis.

II- Problématique du professionnel de santé en tant que proche lui-même

Selon Axel Geeraerts, le suicide est pour les professionnels une confrontation, tant au niveau personnel que professionnel (54). Un suicide peut avoir une influence profonde et prolongée sur le comportement professionnel.

En fonction de la durée et de l'intensité de la relation entre le professionnel et le patient décédé, les réactions émotionnelles de beaucoup de professionnels pourraient être similaires à celles des proches : tristesse, colère, peur, remords, et parfois même soulagement si le suicide était précédé d'un long calvaire. De par sa relation de proximité avec le patient et son suivi dans le temps, le médecin généraliste semble particulièrement exposé à ce problème. Il est important d'être conscient qu'un professionnel peut également avoir besoin de soutien.

Outre ces réactions de deuil, la compétence professionnelle est également remise en question puisqu'elle renvoie souvent un sentiment d'échec professionnel (54). La postvention pourrait avoir un rôle pour éviter que cette expérience négative n'influe pas sur ses prises en charges médicales futures lors de telles situations.

Dans le cas d'un suicide, l'entourage endeuillé attend donc beaucoup de leur médecin traitant. En médecin de famille, il se doit d'être présent et assumer une prise en charge optimale.

Mais les problématiques du médecin traitant évoquées par Axel Geeraerts pourraient-elles avoir une influence sur leur capacité à prendre en charge leurs patients endeuillés par suicide?

Par ailleurs, ces praticiens généralistes connaissent-ils la postvention existante pour ces endeuillés ?

Dans ce contexte, il semble nécessaire d'étudier la prise en charge des endeuillés par suicide par leur médecin traitant.

La problématique de notre étude sera donc la suivante : comment les médecins généralistes prennent-ils en charge leurs patients endeuillés par suicide d'un proche ?

Partie 2 :

Etude qualitative

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I- Type d'étude

Pour répondre à la problématique, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative : des médecins généralistes ont été interviewés lors d'entretiens semi-dirigés. Cette méthode qualitative permet de recueillir librement les connaissances, l'expérience et la pratique professionnelle des médecins généralistes dans leur exercice.

Les entretiens individuels, réalisés de visu, et leur utilisation anonyme permettent à chaque médecin de se livrer plus facilement sur sa pratique, son ressenti et même ses difficultés en étant en confiance et sans peur du jugement.

Par ailleurs, la procédure des entretiens semi-dirigés engendre une faible directivité de ceux-ci. Elle laisse la libre expression aux généralistes pour raconter leurs histoires vécues, tout en pouvant recentrer le discours vers le sujet étudié au besoin.

II- Guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés ont été menés avec un guide d'entretien. Celui-ci s'est développé autour de la problématique, à partir des données de la littérature et des discussions avec mon directeur de thèse, le Dr Le Gac. Un premier guide a ainsi été établi (Cf. Figure 8) et utilisé pour les 2 premiers entretiens semi-dirigés.

Ce guide s'est construit, après présentation des généralistes, autour de 3 axes :

- Le vécu et le ressenti des médecins généralistes devant le suicide
- L'expérience et la pratique professionnelle de prise en charge de l'entourage du suicidé par les généralistes et leur connaissance de la postvention
- L'amélioration de la prise en charge de l'entourage du suicidé imaginée par les médecins généralistes.

I – Présentation des médecins généralistes

Présentation du médecin et son exercice

Pouvez-vous vous présenter ?

Définir votre milieu d'exercice (rural / semi-rural / urbain).

Ancienneté de remplacement et d'installation.

Pourquoi avoir choisi la médecine générale pour spécialité ? Par choix ou par défaut ?

Formations

Comment vous formez-vous pour votre exercice de médecin généraliste ?

Formation Médicale Continue, groupe de pairs, réunions avec hospitaliers, réunions avec laboratoire, lecture de revues... ?

Avez-vous suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Si oui, pourquoi en avez-vous ressenti le besoin ?

Si non, pourquoi n'avez-vous pas pu ou pas souhaité suivre de formation sur cette problématique ?

II – Ressenti des médecins généralistes devant le suicide

Avez-vous déjà eu, dans votre patientèle, une ou des personne(s) qui se sont suicidé(e)s ?

Pouvez-vous me raconter une histoire de suicide que vous avez vécue dans votre exercice et qui vous a marquée ?

Comment avez-vous vécu cette situation ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées devant cette situation ?

III – Que connaissent les médecins généralistes sur la postvention ?

Expérience et pratique professionnelle

Avez-vous eu à prendre en charge l'entourage d'un suicidé dans votre exercice professionnel ?

Si oui, racontez-moi.

Qu'avez-vous fait dans les jours ayant suivi la prise de connaissance du suicide ?

Qu'avez-vous fait lors des consultations suivantes avec les endeuillés du suicide ? Avez-vous abordé le sujet du suicide ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Avez-vous un réseau professionnel avec lequel vous travaillez pour prendre en charge l'entourage d'un suicidé ? Si oui, lequel ? Si non, le souhaiteriez-vous ?

Connaissance et conception de la postvention

Dans la situation d'un suicide, connaissez-vous la postvention ?

Pensez-vous que cela soit utile ?

Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'entourage du suicidé selon vous ?

IV – Comment les médecins généralistes imaginent-ils améliorer la postvention ?

Pouvez-vous me dire comment, dans votre exercice, vous pourriez améliorer la prise en charge des endeuillés par suicide ?

Prise de contact avec l'entourage ?

Prise en charge avec le Centre Médico-psychologique ? Psychiatre et psychologue libéraux ?

Centre hospitalier ?

Comment pensez-vous pouvoir améliorer votre formation pour être plus à l'aise dans la prise en charge de l'entourage d'un suicidé ?

Groupe de Pairs, groupe qualité, groupe Balint, autre ?

Figure 8: première version du guide d'entretien

Suite à l'utilisation de ce premier guide d'entretien pour les 2 premières rencontres, quelques points ont dû évoluer.

Premièrement, concernant le ressenti des médecins généralistes devant le suicide, la question « *pouvez-vous me raconter une histoire de suicide que vous avez vécue dans votre exercice et qui vous a marquée ?* » a laissé une trop grande part au récit détaillé de l'expérience.

Effectivement, le but de cette question n'était pas d'aborder les détails de l'histoire du suicide. Le but était de permettre au médecin interviewé une décharge émotionnelle afin de recueillir plus clairement son vécu, son ressenti et ensuite sa prise en charge.

Il a donc semblé utile de modifier le guide d'entretien. Par la suite, il a été demandé aux médecins de raconter « *brièvement* » une histoire de suicide.

Deuxièmement, dans l'expérience et la pratique professionnelle des généralistes, ce guide d'entretien ne faisait pas état du processus de deuil ni des pathologies des endeuillés. Hors ces sujets ont été spontanément évoqués dans les 2 premiers entretiens.

Il a donc été nécessaire de réaliser un travail de bibliographie sur la fragilité des endeuillés.

Le guide d'entretien a alors évolué en ajoutant les questions suivantes :

- « *Concernant le processus de deuil, comment faites-vous pour repérer la difficulté du deuil ?* »
- « *Avez-vous repéré si les personnes présentant un deuil difficile venaient plus ou moins vous consulter que les autres endeuillés ?* »
- « *Avez-vous repéré chez les endeuillés par suicide le développement d'autres pathologies ? Si oui, avez-vous remarqué si ces pathologies sont plus marquées chez les endeuillés par suicide que chez les autres types d'endeuillés ?* »

Troisièmement, concernant la connaissance et conception de la postvention par les médecins généralistes, la question « *pensez-vous que cela soit utile ?* » a posé problème.

Cette question fermée a, de fait, entraîné une réponse oui / non ne laissant pas la possibilité au généraliste d'exprimer sa pensée. Elle a coupé la fluidité du discours des 2 médecins interviewés.

La question a alors été reformulée ainsi :

« *Comment verriez-vous la postvention dans votre pratique quotidienne ?* »

Toutes ces modifications ont donné naissance à la deuxième version du guide d'entretien (Cf. Figure 9) qui a permis de mener les entretiens de tous les médecins généralistes interviewés ensuite dans cette étude.

I – Présentation des médecins généralistes

Présentation du médecin et son exercice

Pouvez-vous vous présenter ?

Définir votre milieu d'exercice (rural / semi-rural / urbain)

Ancienneté de remplacement et d'installation

Pourquoi avoir choisi la médecine générale pour spécialité ? Par choix ou par défaut ?

Formations

Comment vous formez-vous pour votre exercice de médecin généraliste ?

FMC, groupe de pairs, réunions avec hospitaliers, réunions avec laboratoire, lecture de revues... ?

Avez-vous suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Si oui, pourquoi en avez-vous ressenti le besoin ?

Si non, pourquoi n'avez-vous pas pu ou pas souhaité suivre de formation sur cette problématique ?

II – Ressenti des médecins généralistes devant le suicide

Avez-vous déjà, dans votre patientèle, une ou des personne(s) qui se sont suicidée(s) ?

Pouvez-vous me raconter brièvement une histoire de suicide que vous avez vécue dans votre exercice et qui vous a marquée ?

Comment avez-vous vécu cette situation ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées devant cette situation ?

III – Que connaissent les médecins généralistes sur la postvention ?

Expérience et pratique professionnelle

Avez-vous eu à prendre en charge l'entourage d'un suicidé dans votre exercice professionnel ?

Si oui, racontez-moi.

Qu'avez-vous fait dans les jours ayant suivi la prise de connaissance du suicide ?

Qu'avez-vous fait lors des consultations suivantes avec les endeuillés du suicide ? Avez-vous abordé le sujet du suicide ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Concernant le processus de deuil, comment faites-vous pour repérer la difficulté du deuil ?

Avez-vous repéré si les personnes présentant un deuil difficile venaient plus ou moins vous consulter que les autres endeuillés ?

Avez-vous repéré chez les endeuillés par suicide le développement d'autres pathologies ?

Si oui, avez-vous remarqué si ces pathologies sont plus marquées chez les endeuillés par suicide que chez les autres types d'endeuillés ?

Avez-vous un réseau professionnel avec lequel vous travaillez pour prendre en charge l'entourage d'un suicidé ? Si oui, lequel ? Si non, le souhaiteriez-vous ?

Connaissance et conception de la postvention

Dans la situation d'un suicide, connaissez-vous la postvention ?

Comment verriez-vous la postvention dans votre pratique quotidienne ?

Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'entourage du suicidé selon vous ?

IV – Comment les médecins généralistes imaginent-ils améliorer la postvention ?

Pouvez-vous me dire comment, dans votre exercice, vous pourriez améliorer la prise en charge des endeuillés par suicide ?

Prise de contact avec l'entourage ?

Prise en charge avec le Centre Médico-psychologique ? Psychiatre et psychologue libéraux ?

Centre hospitalier ?

Comment pensez-vous pouvoir améliorer votre formation pour être plus à l'aise dans la prise en charge de l'entourage d'un suicidé ?

Groupe de Pairs, groupe qualité, groupe Balint, autre ?

Figure 9: deuxième version du guide d'entretien

III- Population

Les entretiens semi-dirigés ont donc été menés avec des médecins généralistes.

Le critère d'inclusion pour ces médecins était d'exercer la médecine générale libérale, installé ou en collaboration.

Les 2 premiers entretiens, menés avec la première version du guide d'entretien, ont été réalisés auprès de 2 médecins d'Indre-et-Loire pour lesquels j'ai effectué des remplacements régulièrement. Cette connaissance a permis de tester plus aisément le guide d'entretien.

Afin de constituer la population des généralistes à interviewer ensuite, le parti pris a été d'aller dans le département de l'Orne.

Le taux de suicides y étant important, il était plus probable d'interviewer des médecins ayant déjà été confrontés à la situation d'un suicide et à la prise en charge des endeuillés par suicide.

Par ailleurs, il semblait intéressant d'étudier une zone où la postvention n'est pas mise en place afin d'aborder cette problématique, ce qui est le cas de l'Orne.

Tous les généralistes ont été contactés par téléphone, soit directement, soit par leur secrétariat. Il leur a alors été présenté le sujet de la thèse de la manière suivante :

« Médecin généraliste remplaçante, je réalise ma thèse d'exercice en médecine générale sur la problématique du suicide, la prise en charge de l'entourage d'une personne qui s'est suicidée et la postvention dans le cadre de la médecine générale. Ma recherche est à but réflexif sur le métier et la pratique des médecins généralistes. »

Il leur a également été précisé la procédure selon laquelle se déroulerait l'entretien.

Pour l'Orne, tous les médecins que je connais, directement ou indirectement, ont été contactés selon ce protocole. 13 généralistes ont été initialement ainsi contactés. 9 d'entre eux ont répondu positivement.

Je connais ces médecins par diverses relations : relations professionnelles indirectes, remplacements antérieurs, maitres de stage durant mon internat, groupes de pairs auxquels j'ai participé durant mon internat.

Cette plus ou moins grande proximité relationnelle a permis de baser les entretiens sur le respect et la confiance. Elle a permis à chaque médecin interviewé de pouvoir raconter ses histoires, exposer sa pratique professionnelle et livrer son ressenti et ses difficultés plus aisément.

Il n'a pas été interviewé plus de 11 médecins car nous arrivions à saturation des données.

IV- Réalisation des entretiens

Les 2 premiers entretiens se sont donc déroulés en Indre-et-Loire et les 9 suivants dans l'Orne. Ils ont eu lieu entre juin 2019 et février 2020 en fonction de la disponibilité de chacun.

Les entretiens se sont tous déroulés de visu en tête-à-tête et dans un lieu calme, au cabinet médical ou au domicile de chaque praticien selon ses désirs.

Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord de chaque médecin. Ils ont ensuite été entièrement retranscrits sous Word et rendus anonymes. Les entretiens des praticiens ont été numérotés de 1 à 11 dans l'ordre chronologique dans lequel ils se sont déroulés. Pour l'anonymat, le premier généraliste interviewé a été nommé médecin 1 (M1), le deuxième médecin 2 (M2), etc.

V- Analyse des entretiens

La retranscription des entretiens sous Word a donc constitué le verbatim sur lequel s'est portée l'analyse. (Cf. *Annexe 5*)

Chaque entretien a été lu à plusieurs reprises. Au cours de cette analyse verticale, les citations intéressantes ont été surlignées et annotées selon des thèmes intuitifs. Ces thèmes étaient annotés en commentaires Word et directement rattachés aux 3 grandes parties établies dans le guide d'entretien, à savoir :

- Ressenti des médecins généralistes devant le suicide
- Que connaissent les médecins généralistes sur la postvention ?
- Comment les médecins généralistes imaginent-ils améliorer la postvention ?

Après annotations du verbatim des 11 entretiens, les thèmes intuitifs annotés dans les commentaires Word ont été reportés dans un tableau Excel avec les citations correspondantes de chaque médecin.

Ensuite, pour chaque thème, tous les entretiens ont été relus. Cette analyse horizontale a permis de compléter le tableau Excel avec les nouvelles citations.

Le travail s'est ensuite porté uniquement sur ce tableau Excel pour organiser les idées et créer le plan de travail. (Cf. *Tableau 2*)

Tableau 2: tableau Excel d'analyse du verbatim

| PLAN | THEME | CITATIONS DES MEDECINS | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|--|
| | | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 | M10 | M11 | |
| Ressenti MG devant suicide | | | | | | | | | | | | | |
| A- Questionnement du MG | questionnement MG | | | | | | | | | | | | |
| B- Recherche d'explication suicide par le MG | explication suicide (MG) | | | | | | | | | | | | |
| C- Incompréhension | incompréhension | | | | | | | | | | | | |
| D- Recherche de signes précurseurs | signes précurseurs | | | | | | | | | | | | |
| E- Remise en cause du MG | culpabilité MG | | | | | | | | | | | | |
| | impuissance MG | | | | | | | | | | | | |
| | échec | | | | | | | | | | | | |
| F- Vécu douloureux | vécu douloureux | | | | | | | | | | | | |
| | vécu douloureux (circonstances suicide) | | | | | | | | | | | | |
| G- Suicides rares mais... | suicides rares | | | | | | | | | | | | |
| | suicides rares (...mais se remémore plein de cas au fur et à mesure) | | | | | | | | | | | | |
| | PEC du MG (gestion de ses émotions) | | | | | | | | | | | | |
| Connaissance postvention | | | | | | | | | | | | | |
| A - Expérience et pratique professionnelle | PEC globale | | | | | | | | | | | | |
| 1- Prise en charge psychique | PEC sur lieux décès | | | | | | | | | | | | |
| | faire verbaliser | | | | | | | | | | | | |
| | écoute (sans jugement) | | | | | | | | | | | | |
| | soutien | | | | | | | | | | | | |
| | explication suicide (endeuillé) | | | | | | | | | | | | |
| | culpabilité endeuillé | | | | | | | | | | | | |
| | culpabilité endeuillé (rôle MG) | | | | | | | | | | | | |
| | recadrage | | | | | | | | | | | | |
| | s'adapter au patient | | | | | | | | | | | | |
| | s'adapter au patient (+ connaitre patient) | | | | | | | | | | | | |
| | expérience professionnelle | | | | | | | | | | | | |
| | 2- Prise en charge du deuil | repérage deuil difficile | | | | | | | | | | | |
| | | cs deuil difficile | | | | | | | | | | | |
| motif caché | | | | | | | | | | | | | |
| signe de la porte | | | | | | | | | | | | | |
| 3- Prise en charge physique et médication | troubles somatiques | | | | | | | | | | | | |
| | patho endeuillés | | | | | | | | | | | | |
| | prescription médicamenteuse prescription médicamenteuse (pas LA solution) | | | | | | | | | | | | |
| 4- Prise en charge sociale | lien social | | | | | | | | | | | | |
| | arrêt travail | | | | | | | | | | | | |
| 5- Organisation pratique | prise de contact | | | | | | | | | | | | |
| | connaissance du décès | | | | | | | | | | | | |
| | délai consultation | | | | | | | | | | | | |
| | planning de suivi | | | | | | | | | | | | |
| | disponibilité | | | | | | | | | | | | |
| | temps | | | | | | | | | | | | |
| 6- Lien avec psychiatrie | abord du sujet | | | | | | | | | | | | |
| | réseau psy | | | | | | | | | | | | |
| | PEC psy | | | | | | | | | | | | |
| | PEC psy (adresser) | | | | | | | | | | | | |
| | PEC psy (problème PEC financière psychologue) | | | | | | | | | | | | |
| | PEC psy (problème délai) | | | | | | | | | | | | |
| | PEC psy (problème lien avec MG) | | | | | | | | | | | | |
| PEC psy (adaptation MG par rapport difficulté actuelle) | | | | | | | | | | | | | |
| 7- Place et limites MG | place MG | | | | | | | | | | | | |
| | limites du MG | | | | | | | | | | | | |
| B - Connaissance et conception de la | | | | | | | | | | | | | |
| 1- Connaissance de la postvention | postvention non connue | | | | | | | | | | | | |
| | postvention faite intuitivement | | | | | | | | | | | | |
| | postvention idéale | | | | | | | | | | | | |
| 2- Conception de la postvention | place MG | | | | | | | | | | | | |
| | place MG (repérage deuil difficile ou pathologie endeuillés) | | | | | | | | | | | | |
| | planning de suivi | | | | | | | | | | | | |
| Fatalisme | fatalisme (chez le MG) | | | | | | | | | | | | |
| | fatalisme (chez les patients) | | | | | | | | | | | | |
| | délitement médecine | | | | | | | | | | | | |
| Amélioration postvention | | | | | | | | | | | | | |
| A - Chez le MG | | | | | | | | | | | | | |
| 1- Principes de PEC | prise de contact | | | | | | | | | | | | |
| | PEC initiale | | | | | | | | | | | | |
| | aborder sujet | | | | | | | | | | | | |
| 2- Organisation MG | organisation consultation spécifique / organisation suivi | | | | | | | | | | | | |
| 3- Formation MG | formation | | | | | | | | | | | | |
| | formation (fond, outils) | | | | | | | | | | | | |
| | formation (forme) | | | | | | | | | | | | |
| 4- PEC du MG | PEC du MG | | | | | | | | | | | | |
| | PEC du MG (MG comme proche du suicidé) | | | | | | | | | | | | |
| | PEC du MG (gestion de ses émotions) | | | | | | | | | | | | |
| B - Avec psycho-psychiatrie | | | | | | | | | | | | | |
| 1- Réseau d'aide psycho-psychiatrique | PEC psy | | | | | | | | | | | | |
| 2- Lien MG/ postvention | lien MG/psychiatre | | | | | | | | | | | | |
| C - Autres intervenants | | | | | | | | | | | | | |
| | action locale (autres intervenants) | | | | | | | | | | | | |

PEC = prise en charge, MG = médecin généraliste

RÉSULTATS ET ANALYSE

SOMMAIRE RÉSULTATS ET ANALYSE

| | |
|--|-----------|
| I- Présentation des médecins interviewés | 39 |
| II- Ressenti du médecin généraliste devant le suicide | 41 |
| A- Questionnement du médecin généraliste | 41 |
| B- Recherche d'explication du suicide par le médecin généraliste..... | 41 |
| C- Incompréhension du médecin généraliste | 41 |
| D- Recherche de signes précurseurs | 42 |
| E- Remise en cause du médecin généraliste..... | 42 |
| F- Vécu douloureux..... | 43 |
| G- Suicides rares mais..... | 44 |
| III- Que connaissent les médecins généralistes sur la postvention ? | 46 |
| A - Expérience et pratique professionnelle | 46 |
| 1- Principes de prise en charge psychique par le médecin généraliste | 46 |
| 2- Le médecin généraliste dans la prise en charge du deuil | 49 |
| a- Repérage de la difficulté du deuil | 49 |
| b- Consultation des patients ayant un deuil difficile..... | 52 |
| 3- Le médecin généraliste dans la prise en charge physique et médication | 53 |
| a- Prise en charge de la santé physique des endeuillés par suicide..... | 54 |
| b- Prescription médicamenteuse par les médecins généralistes | 55 |
| 4- Le médecin généraliste dans la prise en charge sociale | 56 |
| a- Rôle dans le lien social | 56 |
| b- Rôle dans le travail | 57 |
| 5- Organisation pratique de la prise en charge chez le médecin généraliste | 57 |
| a- Premier contact avec l'endeuillé..... | 58 |
| b- Suivi de l'endeuillé | 60 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 6- | Prise en charge en lien avec la psychiatrie | 62 |
| a- | Adresser vers une prise en charge psycho-psychiatrique spécialisée..... | 62 |
| b- | Les problématiques de la prise en charge psycho-psychiatrique selon les généralistes | 63 |
| c- | Adaptation du généraliste à ces difficultés | 64 |
| 7- | Place et limites du médecin généraliste | 64 |
| a- | Place du médecin généraliste | 65 |
| b- | Limites du médecin généraliste | 65 |
| B - | Connaissance et conception de la postvention par les généralistes | 67 |
| 1- | Connaissance de la postvention | 67 |
| 2- | Conception de la postvention..... | 67 |
| IV- | Comment les médecins généralistes imaginent-ils améliorer la postvention ? | 70 |
| A – | Amélioration chez le généraliste lui-même | 70 |
| 1- | Amélioration de principes de prise en charge | 70 |
| 2- | Amélioration de l’organisation du généraliste | 71 |
| 3- | Formation du généraliste..... | 72 |
| 4- | Prise en charge du médecin généraliste | 73 |
| B – | Amélioration avec le réseau psycho-psychiatrique..... | 74 |
| 1- | Mise en place d’un réseau d’aide psycho-psychiatrique | 74 |
| 2- | Lien entre le médecin généraliste et un réseau de postvention | 75 |
| C- | Amélioration par la participation d’autres intervenants | 76 |

I- Présentation des médecins interviewés

Rappelons que tous les médecins inclus dans cette étude devaient exercer la médecine générale en libéral, installés ou collaborateurs.

Les médecins M1 et M2 exercent en Indre-et-Loire. Quant aux 9 autres médecins (M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10 et M11), ils exercent dans l'Orne.

Les 11 médecins interviewés ont été invités à se présenter en début d'entretien.

Pour chacun, il a été recueilli les éléments suivants :

- Sexe
- Milieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain)
- Ancienneté de remplacement et d'installation
- Choix de la spécialité de médecine générale (spécialité de médecine générale prise par choix ou par défaut)
- Formations suivies
- Formations suivies sur la problématique du suicide.

Il a ainsi été établi le profil des généralistes interviewés. (Cf. Tableau 3) Les formations suivies par les médecins n'ont pas été reportées dans ce tableau afin de préserver leur anonymat.

Tableau 3: profil des médecins interviewés

| | Sexe* | Milieu d'exercice | | | Ancienneté remplacement / installation | Choix de la médecine générale | | Formations suicide | |
|-------------------|-------|---------------------------|------------------|-------------------------|---|---|--|--------------------|---|
| | | rural | semi- rural | urbain | | Par choix | Par défaut | oui | non |
| Médecin 1 | F | | X | | Remplacement 6 ans, collaboration 1 an 1/2 | Par choix: prise en charge globale, médecin de famille | | | Non, pas de formation proposée dans celles suivies habituellement, le souhaiterait. |
| Médecin 2 | M | | X | | Remplacement 3 ans, intallation 17 ans | | Par défaut: pas fait l'internat, et pas d'intérêt pour une autre spécialité | | Non, pas de formation proposée dans celles suivies habituellement. |
| Médecin 3 | M | | X | | Médecine hospitalière 2 ans, installation 8 mois. Activité annexes: urgences | | Par défaut: mauvais classement aux Epreuves Classantes Nationales | | Non, pas de formation proposée. |
| Médecin 4 | M | | | X | Installation 35 ans | Par choix: pas intéressé par une autre spécialité ni l'hôpital | | | Non, pas de formation proposée, pas d'attrance pour la psychiatrie. |
| Médecin 5 | F | | X | | Remplacement 2 ans, installation 4 ans | Par choix: pendant l'externat | | | Non, pas de formation de psychiatrie proposée. |
| Médecin 6 | M | | | X | Remplacement et activité SSR** 2 ans et demi, installation 7 ans | Par choix: père médecin généraliste | | | Non, pas à la faculté ni dans les formations proposées. |
| Médecin 7 | M | | X | | remplacement 2 ans, installation 21 ans | | Par défaut (n'a pas passé internat) puis devenu une évidence | | Non, pas de formation proposée et pas attiré par les formations de psychiatrie. |
| Médecin 8 | M | puis rural (8 mois) | X (36 ans) | | Remplacement 4 ans, installation 36 ans. Retraité depuis 8 mois avec activité hospitalière: consultations médecine générale | Par choix: médecin de campagne, refus de spécialité de pneumologie | | | Non, pas de formation proposée. |
| Médecin 9 | M | | | X Multi- culturel | Installation 42 ans | | Par défaut: souhait neurologue. Puis par choix: aucun regret | | Non, pas de formation proposée. |
| Médecin 10 | M | | X | | Installation 32 ans | Par choix | | | Non, pas de formation proposée. |
| Médecin 11 | F | | X | | Remplacements fixes 4 ans, installation 2 ans et demi | Par choix: médecine de proximité, médecine globale | | | Non, n'en a pas cherché car intéressée par d'autres sujets. |

* F = féminin, M = masculin

** SSR = Soins de Suite et Rééducation

II- Ressenti du médecin généraliste devant le suicide

Sur les 11 médecins généralistes interviewés, 8 (M2, M4, M5, M6, M7, M8, M9 et M10) ont déjà eu une ou des personne(s) qui s'est (se sont) suicidé(e)s au sein de leur patientèle.

Le médecin M1 a été confronté au suicide d'une personne dans son activité professionnelle mais pas au sein de sa patientèle.

Les médecins M3 et M11 n'ont jamais été confrontés au suicide d'un patient.

Nous allons étudier le ressenti des généralistes ayant vécu cette expérience professionnelle de suicide d'une personne.

A- Questionnement du médecin généraliste

Devant le suicide d'un patient, le médecin généraliste fait face à son propre questionnement.

M7 : « *Est-ce que j'ai bien fait les choses ? Est-ce que je n'ai pas oublié quelque chose ? Est-ce qu'il y a un signe d'alerte qui m'a échappé ? Est-ce que j'aurais pu améliorer la prise en charge avant ?* »

Ce questionnement a bien évidemment une dimension professionnelle mais peut aussi atteindre le champ de l'intime. Et cette atteinte intime est pour certains au premier plan.

M1 : « *Cette réflexion qu'on peut avoir très intime déjà, professionnelle aussi.* »

M2 : « *On se pose toujours la question de savoir si on aurait pu l'éviter, s'il n'y avait pas des signes avant-coureurs.* »

B- Recherche d'explication du suicide par le médecin généraliste

Le questionnement du médecin traitant va porter sur la recherche d'explication au suicide de son patient. Effectivement, tous les médecins interviewés ayant eu un ou des patient(s) qui s'est (se sont) suicidé(s) au sein de leur patientèle, cherchent une explication à chaque suicide.

M4 : « *Problèmes relationnels avec son encadrement, sa hiérarchie.* »

M5 : « *Je pense qu'il se voyait certainement diminuer, et il ne supportait pas.* »

M7 : « *Il avait des problèmes de lombalgie sur canal lombaire étroit. Il devait se faire opérer. Et avant la date de l'opération il a décidé de mettre fin à sa vie. Il avait perdu sa femme un an et demi avant. Son fils partait.* »

C- Incompréhension du médecin généraliste

Et lorsque l'explication du suicide n'est pas trouvée par le médecin traitant, le climat d'incompréhension s'installe. Cette incompréhension est explicitement exprimée par les médecins M1, M4, M8, M9 et M10.

M1 : « On ne comprend pas non plus donc on a aussi cette question de “qu'est-ce que j'aurais pu faire ? “. »

M9 : « Je n'ai jamais su pourquoi. »

Dans l'incompréhension de certains suicides, le médecin généraliste peut être amené à chercher des explications ailleurs, auprès de ses confrères, comme le médecin M10 qui a contacté un psychiatre correspondant.

M10 : « Mais là, lui le psychiatre qui m'a répondu était dans sa logique suicide = dépression. »

D- Recherche de signes précurseurs

Dans sa démarche de questionnement, le médecin traitant du suicidé recherche les signes d'alerte, les signes précurseurs qui auraient pu être présents avant le suicide de son patient. 6 médecins sur les 8 ayant déjà eu une personne suicidée dans sa patientèle l'expriment.

Dans quelques situations, ces signes précurseurs sont retrouvés.

M6 : « Le suicide des fois il y a des antécédents, des fois on peut se dire “ha ba oui ce n'est pas surprenant “. »

M10 : « Il y a des patients qui ont des antécédents dépressifs pour lequel on se dit bon c'était quand même quelque chose d'attendu. »

Mais bien souvent, ils sont absents pour le médecin généraliste.

M4 : « Rien ne laissait prévoir quoi que ce soit. »

M6 : « Je n'avais pas eu moi de signe avant-coureur. »

Et lorsque les signes précurseurs sont absents, ils sont systématiquement corrélés à une incompréhension du suicide de la part des médecins traitants interviewés.

M10 : « Le passage à l'acte chez les sujets qui n'ont aucun antécédent, qui n'ont pas de plainte. Et ça, ça m'a beaucoup troublé et ça me trouble encore. »

Cette absence de signes précurseurs retrouvée par les médecins généralistes participe probablement au sentiment d'incompréhension du suicide.

E- Remise en cause du médecin généraliste

Dans son questionnement, le médecin généraliste se remet en question, se remet en cause professionnellement par rapport à sa prise en charge en amont du suicide. C'est le cas pour tous les médecins ayant vécu la situation du suicide d'un de ses patients.

M2 : « C'est surtout une remise en question et puis voir si on n'aurait rien pu faire en amont pour essayer d'empêcher ça. Hum... (Air songeur). »

M5 : « Tu te remets en question : “qu'est-ce que j'aurais pu faire de plus ? Je suis passé à côté de quelque chose ? “. »

Cette remise en cause renvoie pour la plupart des médecins à un sentiment de culpabilité. C'est le cas pour les médecins M2, M4, M5, M6 et M9.

M6 : « *Il y a une culpabilité. [...] J'aurais peut-être dû aller creuser un peu plus.* »

Et cette culpabilité est toujours d'actualité au moment de l'entretien et pousse certains médecins à chercher dans leur dossier pour se déculpabiliser.

M6 : « *(Cherche depuis le début de l'entretien dans ses dossiers informatiques, petit blanc et...)*
Haaa !! J'ai trouvé ! (Lit le dossier) [...] 3 semaines avant. Et j'avais noté " va bien, se sent ralentie, a vu le [psychiatre] hier, adaptation du traitement. " Donc tu vois elle avait vu le psychiatre la veille donc moi je ne m'étais pas... »

Pour le médecin M7, la remise en cause est plutôt synonyme de sentiment d'impuissance.

M7 : « *La difficulté c'est qu'il a échappé au système.* »

Quant au médecin M8, la remise en question va jusqu'au sentiment d'échec.

M8 : « *J'ai toujours vécu, parmi les patients, comme un échec dans la mesure où je n'ai peut-être pas été suffisamment à l'écoute ou pas su leur faire percevoir un mieux-être.* »

F- Vécu douloureux

Nous avons vu un peu plus haut que le médecin traitant du patient suicidé se questionne beaucoup sur son attitude professionnelle mais qu'il existe aussi une atteinte plus personnelle. Cette intimité est marquée par la douleur de tous les généralistes ayant été confrontés au suicide d'un patient (M2, M4, M5, M6, M7, M8, M9 et M10). Certains l'expriment par les mots employés, d'autres par la difficulté de trouver les mots, et d'autres par le ton de la voix.

M2 : « *Il s'était pendu dans son garage. (Marmonne) Je suis allé faire le certificat, le décrocher avec l'aide des pompiers. (Le ton baisse)* »

M2 : « *C'est un peu lourd, c'est un coup de bambou.* »

M4 : « *Ca a été heu... ça a été très douloureux.* »

M7 : « *Ca m'a vraiment affecté.* »

M9 : « *Une autre anecdote aussi, très très douloureuse.* »

M10 : « *Ca m'avait beaucoup ébranlé.* »

La douleur du médecin généraliste à la connaissance du suicide de son patient est parfois tellement intense qu'il se trouve dans la sidération (M7 et M8).

M8 : « *Beaucoup choqué.* »

M7 : « *C'est vrai que c'est là où tu es soignant mais tu es aussi dans la sidération !* »

Le vécu douloureux des médecins est toujours présent, parfois des dizaines d'années après l'expérience vécue. L'entretien semble faire revenir avec ce vécu douloureux le vécu sensoriel, à l'instar de l'expérience visuelle du médecin M8.

M8 : « *J'ai toujours très mal vécu les suicides. [...] J'ai vu des choses, plein de choses qui sont toujours dans ma tête et que je n'ai pas oubliées. Des situations... En fait je pense qu'on n'oublie pas nous-mêmes tous les suicidés qu'on a vus... »*

Lors du récit de ces histoires douloureuses, certains médecins (M5 et M6) ont relevé les circonstances particulièrement marquantes des suicides racontés.

M5 et M6 : « *Une histoire sordide.* »

Existerait-il un parallélisme entre la douleur émotionnelle du généraliste et le caractère sordide de l'histoire du suicide ? Plus les circonstances du suicide sont difficiles, plus le vécu du généraliste serait-il douloureux ?

Cette hypothèse n'a pas pu être étayée par l'analyse du verbatim en ce sens. Seuls les médecins M5 et M6 ont exprimé avoir raconté un suicide dont les circonstances étaient particulièrement difficiles. Il n'a pas pu être montré pour autant qu'ils avaient un vécu plus douloureux que les autres médecins.

G- Suicides rares mais...

Au-delà du ressenti face au suicide d'un patient, ces médecins généralistes rapportent pour la majorité que le suicide reste une situation rarement vécue dans leur exercice professionnel.

Les médecins M1, M3 et M11 n'ont jamais eu de personne qui s'est suicidée au sein de leur patientèle.

Quant aux autres médecins, ils font remarquer lors de l'entretien que cette situation est rare.

M4 : « *Quelques-uns. Donc ça ne me revient pas...* »

M7 : « *Ca ne nous touche pas non plus fréquemment.* »

M9 : « *Le suicide on n'en a pas tant que ça.* »

M10 : « *C'est relativement rare.* »

Mais il faut remarquer que ces médecins-même ayant relevé la rareté de la situation, vont au fur et à mesure de l'entretien se remémorer d'autres histoires et les raconter. Il suffit pour certains que je prononce quelques mots dans l'entretien concernant la postvention pour qu'ils se remémorent d'autres cas.

M4 : « *(Mes explications semblent lui avoir fait remémorer des cas de suicides). Oui je me remémore tout d'un coup un autre cas.* »

M7 : « *(Pendant mes explications, un autre cas de suicide lui revient en mémoire) Attends je pense à un autre suicide !* »

Alors comment expliquer ce phénomène ?

Il faut tout d'abord noter pour les médecins M1, M3 et M11 qui n'ont jamais eu de patient s'étant suicidé, qu'ils sont installés depuis moins de 3 ans et ont donc une patientèle très récente.

Quant aux médecins ayant plus d'expérience, comment expliquer le paradoxe entre l'affirmation de la rareté du suicide dans la patientèle et la multiplication des cas rapportés au fur et à mesure de l'entretien ? L'hypothèse pour expliquer ce paradoxe se tient dans le vécu douloureux de la situation. Nous avons effectivement vu précédemment que tous les médecins confrontés au suicide d'un patient le vivent dans la douleur émotionnelle. Alors face à cette douleur, leur mécanisme de défense ne les ferait-il pas occulter les cas de suicide de prime abord ? Et ces mécanismes de défense semblent se fissurer au fur et à mesure des confidences et de la

verbalisation de leur ressenti. Des souvenirs semblent leur revenir en mémoire comme des flashes lors des mots-clés que j'ai pu prononcer.

M10 : *« C'est relativement rare et heureusement. »*

C'est ce que semble sous-entendre ce « heureusement » dans cette citation.

Cette douleur semble d'ailleurs se cumuler au fur et à mesure de l'expérience professionnelle. C'est notamment le cas du médecin M5 qui a vécu 3 situations de suicide en moins de 2 ans et exprime un « *nouveau coup dur* » à chaque histoire. La douleur émotionnelle se cumulerait-elle avec le cumul des suicides dans la patientèle ? En d'autres termes, les médecins généralistes ayant beaucoup d'expérience professionnelle auraient-ils un vécu plus lourd et plus douloureux que les médecins plus jeunes ?

Nous avons donc vu dans cette partie que le médecin généraliste, devant le suicide d'un patient, allait devoir faire face à son propre questionnement et ses propres émotions : incompréhension, revue et remise en cause de sa prise en charge en amont du suicide, sentiment de culpabilité, d'impuissance, d'échec et douleur émotionnelle.

Avec le poids de son propre ressenti, le médecin traitant va devoir prendre en charge l'entourage du patient suicidé. Il va devoir gérer ses émotions et son sentiment de culpabilité, et les contenir face aux endeuillés par suicide.

M9 : *« Il faut avoir la capacité de, un peu, la garder pour nous, nos problèmes de souffrance, de peine pour rester serein, respectueux de la souffrance de la famille. »*

Cette gestion des émotions ne sera pas facile et pourra s'apparenter à un combat pour certains, comme l'exprime le médecin 1.

M1 : *« Et savoir aussi combattre nos propres réactions spontanées. »*

III- Que connaissent les médecins généralistes sur la postvention ?

A - Expérience et pratique professionnelle

Le médecin traitant est amené à prendre en charge ses patients endeuillés par suicide, que le suicidé ait été son patient ou non. Nous allons maintenant voir comment le généraliste prend en charge ces endeuillés.

Quelle expérience les médecins généralistes interviewés ont-ils en la matière ? Quelles sont leurs pratiques professionnelles de prise en charge ?

Parmi les 11 médecins interviewés, seuls les médecins M3 et M6 n'ont pas été en réelle situation de prise en charge de l'entourage d'une personne suicidée.

Nous allons voir que les médecins généralistes ayant déjà pris en charge des endeuillés par suicide (M1, M2, M4, M5, M7, M8, M9, M10 et M11) le font dans leur globalité. Ils abordent la prise en charge psychique, y compris celle du deuil, la prise en charge physique et sociale.

M9 : « Prendre le patient dans sa globalité. »

1- Principes de prise en charge psychique par le médecin généraliste

Prise en charge sur les lieux du suicide

Certains médecins généralistes ont été amenés à intervenir sur les lieux du suicide et ont donc pris en charge immédiatement l'entourage du défunt. Les médecins M2 et M7 sont spontanément revenus sur ces expériences.

M7 : « J'ai été voir les parents, la famille que je ne connaissais pas. Puis une autre fois en garde le suicide d'un jeune. Sa mère m'a appelé... »

L'attitude du médecin M2 a été de réaliser un entretien immédiat avec l'entourage pour leur faire verbaliser le vécu présent. Puis il a programmé le suivi ultérieur au cabinet médical.

M2 : « Donc j'ai fait une consult... un entretien du moins sur place [...] pour qu'ils expriment, leur dire de revenir me voir 3 ou 4 jours après pour en reparler. »

Faire verbaliser

De manière générale et non seulement dans l'intervention sur les lieux du suicide, les généralistes (M2, M3 et M8) vont s'atteler à faire verbaliser l'entourage du suicidé.

M2 : « Pour parler, qu'ils expriment. »

M3 : « On essaie de lancer des petites phrases pour essayer de leur faire verbaliser. »

Ecoute

Et devant la verbalisation de leur patient, le médecin devra avoir une écoute attentive pour les médecins M7, M8, M9 et M10.

M8 : « Ils ont besoin d'écoute. »

M7 : « Il y a tout un tas de choses auxquelles il n'y a pas de réponse de toute façon. Ce n'est pas pour autant qu'il ne faut pas les écouter. »

Cette écoute se fera dans la bienveillance et sans jugement.

M7 : « On n'est pas sur le jugement. »

M9 : « Il faut avoir ce qu'on appelle une écoute bienveillante. »

On remarque que ces généralistes exprimant l'importance de l'écoute du patient sont ceux qui ont au moins 20 ans d'installation. Il semblerait donc que les médecins plus expérimentés laissent une plus grande place à l'écoute que les moins expérimentés.

Cependant, parmi les généralistes ayant plus de 20 ans d'installation, seul le médecin M4 ne fait pas état de cette écoute.

Soutien

Pour certains médecins, la bienveillance du généraliste se manifeste par le soutien apporté au patient. Les médecins M8, M9 et M10 attachent une importance particulière à ce principe de prise en charge. Il peut se manifester par une simple présence ou par des actes d'aide à la personne.

M10 : « Ils ont besoin de soutien en fait. »

M8 : « Il est toujours très difficile d'avoir les mots justes. Et parfois je pense qu'un silence et une présence ça aide bien aussi les patients, de savoir qu'on est là. »

M9 : « On les aide dans les démarches, tout ça. Il faut les soutenir. »

Recherche d'explication du suicide par l'endeuillé

Le médecin traitant va écouter le questionnement, la recherche d'explication et l'incompréhension de son patient endeuillé.

M4 : « Des questionnements chez les gens qui restent. »

M8 : « Ils ont besoin de comprendre. »

M8 : « Souvent il y a une incompréhension dans ce qui se passe. »

Tout ceci renvoie aux ressentis du médecin lui-même détaillés plus haut. C'est-à-dire que, dans le cas où le suicidé était son patient, il peut se retrouver dans les mêmes interrogations que son patient endeuillé. L'incompréhension de l'endeuillé fait miroir à l'incompréhension du médecin.

M7 : « Elle avait des questionnements auxquels on n'avait pas forcément de réponse. »

M10 : « Alors ça c'est très difficile pour l'entourage parce qu'on ne peut pas expliquer, c'est inexplicable. »

Culpabilité endeuillé

Le médecin traitant va être à l'écoute de son patient, notamment de la culpabilité de celui-ci face au suicide d'un proche (M1, M4 et M8).

M1 : « Une mort brutale et culpabilisante aussi probablement pour l'entourage. »

M8 : « L'autre se sent coupable de... De manque, de ne pas avoir su, d'avoir fait trop, parce que ça peut être aussi l'inverse, de ne pas avoir été là. »

Le généraliste va alors identifier le besoin de déculpabilisation de son patient (M4, M7, M8 et M9).

M8 : « Ils ont besoin de déculpabiliser. »

Et il va se donner pour rôle d'aider à cette déculpabilisation (M4, M7 et M9).

M4 : « Peut-être que nous, médecins, notre travail consisterait à les aiguiller là dessus pour les aider aussi à se disculper, à se déculpabiliser. »

M7 : « Le travail ça a été de la déculpabiliser. »

Mais le médecin va parfois devoir faire face à une double problématique puisque, comme nous l'avons vu précédemment, il peut lui-même être dans la culpabilité et la remise en cause de sa prise en charge en amont du suicide.

M6 : « On va chercher si l'on n'a pas loupé quelque chose. C'est naturel je pense pour l'entourage familial et ça l'est aussi pour le médecin traitant. »

Recadrage de l'information

Lors du travail de déculpabilisation ou lors d'autres phases de la prise en charge des survivants du suicide, le médecin traitant est parfois amené à pratiquer le recadrage de l'information.

En effet, devant l'influence de rumeurs ou de personnes environnantes de l'endeuillé, les faits sont déformés et peuvent être responsables de stress ou de culpabilité.

Les médecins M7 et M11 ont été confrontés à ces situations et ont repris le cours de l'histoire avec leur patient afin de recadrer.

M11 : « Il y avait aussi tous les on-dit autour à gérer à côté... »

M7 : « Le travail de déculpabilisation ça a été de revoir l'histoire. [...] Ne pas modifier les faits. Parce qu'il y a toujours l'influence des personnes dans l'entourage. »

S'adapter au patient

En tout cas, tout au long de la prise en charge des endeuillés par suicide, le médecin généraliste ne va pas avoir une attitude type. Il va s'adapter en fonction de chaque patient.

M1 : « Une consult on la mène de manière vraiment différente selon chaque patient. »

M10 : « Je dirais que chaque cas est particulier. »

M11 : « Je verrais en fonction du patient. »

Cette adaptation de la part du généraliste ne peut avoir lieu que parce qu'il connaît bien ses patients dans leurs antécédents, leur personnalité, leurs croyances, leur culture, leur famille, leur milieu de vie et de travail...

M8 : « Chacun fait son deuil avec son caractère, son vécu, ses croyances, ses us et coutumes. [...] C'est très subjectif tout ça mais c'est l'avantage d'être leur médecin. C'est plus facile quand on

connait bien ses patients, parce qu'on connait leur caractère, on connait leurs mimiques. [...] On voit s'il y a un changement de comportement même s'il ne l'exprime pas. »

Expérience professionnelle

Pour adapter son attitude de prise en charge, le médecin va s'appuyer sur la connaissance de ses patients mais aussi sur son expérience professionnelle.

M4 : « Tu apprends à connaître le fonctionnement des gens, de l'Homme avec un grand "H", et de gens en particulier. »

M5 : « Ce sont des compétences qu'on acquiert avec l'expérience. »

Que le médecin ait 4 ans d'installation (M5) ou 35 ans (M4), sa pratique repose sur son expérience. Mais les expériences se multiplient au cours du temps et l'adaptation est permanente.

M6 : « Avec l'expérience qu'on accumule, je pense qu'on s'adapte de plus en plus. »

2- Le médecin généraliste dans la prise en charge du deuil

Au cours de la prise en charge des survivants du suicide, le médecin traitant va évidemment accompagner ses patients dans le deuil. Il devra avoir un œil attentif sur le déroulement du processus de deuil et d'en repérer les difficultés lorsque c'est le cas.

a- Repérage de la difficulté du deuil

Question difficile pour les médecins généralistes

Lors des entretiens, à la question « comment faites-vous pour repérer la difficulté du deuil ? », la quasi-totalité des médecins (M3, M4, M6, M7, M8, M9, M10 et M11) rencontrent des difficultés à y répondre.

M7 : « La difficulté du deuil... Heu... (Se gratte le menton et soupire) »

M9 : « Pff. Alors... La difficulté du deuil alors c'est... »

M10 : « Comment... (Soupire). Ba... C'est difficile de répondre comme ça. »

M11 : « Alors bonne question ! Heu... Je réfléchis. »

Malgré leur difficulté, les médecins vont trouver des éléments de réponse dans les expériences vécues.

Repérage de facteurs protecteurs et de facteurs de risque de difficulté du deuil

Le médecin traitant, de par la connaissance de la vie sociale de son patient, est à même d'évaluer le soutien dont celui-ci dispose.

Le médecin M4 a déjà, dans son expérience professionnelle, évalué des facteurs protecteurs sociaux.

M4 : « Elle évolue, de par son mari, dans un milieu assez riche. »

Quand d'autres ont identifié des facteurs de risque par l'isolement social ou le bas niveau socioculturel.

M4 : « *Un petit peu entourée par le voisinage mais pas sur le plan familial.* »

M5 : « *Couple sans enfant, qui habite en pleine campagne.* »

M9 : « *Le niveau culturel. C'est beaucoup plus compliqué chez les gens un peu...* »

Le médecin M7 a lui seul identifié un autre facteur de risque. Selon lui, l'incompréhension et le questionnement vis-à-vis du suicide d'un proche est un facteur de risque de difficulté du deuil. Il explique également que, selon lui, cette incompréhension est source de suicide chez l'entourage familial du suicidé.

M7 : « *Alors est-ce qu'il y a plus de suicide dans les familles de suicidé ? Oui, beaucoup plus. Mais il faut arriver à isoler. Il y a plus de suicides dans les familles de suicidé dans lesquelles il y a un questionnement, pas quand c'est lié à un chemin de vie compliqué.* »

Repérage des éléments de difficulté du deuil

Un élément repéré par quelques médecins (M2 et M5) est *l'inactivité*, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel.

M2 : « *Il s'occupait de moins en moins.* »

M5 : « *Qu'ils ne peuvent plus aller au travail.* »

La majorité des médecins s'appuient sur *l'absence de verbalisation et le repli sur soi* du patient.

M4 : « *La difficulté à aborder le sujet, de la difficulté à évoquer le défunt.* »

M9 : « *Alors le pire c'est quand ils ne parlent pas.* »

M5 : « *Comportements de repli sur soi.* »

Et selon le médecin M5, être issu du milieu rural prédispose à ce phénomène.

M5 : « *Ce sont des gens très rustres, de la terre. Mais ce sont ces gens-là chez qui il faut se méfier parce que ce sont ces gens-là qui ne disent rien et qui ont derrière des gestes...* »

Des *réactions thymiques inadaptées* peuvent alerter vis-à-vis d'un deuil difficile, comme le relève le médecin M8.

M8 : « *Celui pour qui tout va bien, trop gai. Je n'aime pas trop. Enfin trop gai rapidement. [...]
Il ne veut pas paraître plus faible que les autres.* »

Ce médecin repère également *l'absence de projection* de la part de l'endeuillé comme élément de deuil difficile.

M8 : « *Quand les gens ne se projettent pas en général ce n'est pas bon signe.* »

Pour le médecin M7, la difficulté du deuil est en fait un deuil pathologique avec *trouble psychiatrique*.

M7 : « *Un syndrome dépressif vraiment important, une mélancolie importante.* »

Pour 4 des médecins interviewés, la difficulté du deuil se révèle par des *troubles somatiques* chez les endeuillés par suicide.

M6 : « *Retentissement organique, physique. [...] Troubles du sommeil, l'anxiété.* »

M7 : « *Lombalgies.* »

M11 : « *Pas mal de troubles somatoformes.* »

M11 : « *Douleurs abdominales [...] elle ne s'était pas forcément autorisée à montrer qu'elle n'allait pas bien.* »

Et lorsque les signes de deuil difficile sont repérés, le refus de prise en charge de la part de l'endeuillé est un facteur aggravant selon le médecin M2.

M2 : « *Les 2 ou 3 psychiatres à qui je l'avais adressé, ce n'est jamais passé. Il a fait quelques séances et il a décrété que ça ne servait à rien et il a arrêté le suivi.* »

Schéma temporel des éléments de deuil difficile

Les médecins ont donc révélé les éléments sur lesquels ils s'appuient pour repérer le deuil difficile :

- L'inactivité professionnelle et personnelle
- L'absence de verbalisation et le repli sur soi
- Les réactions thymiques inadaptées
- L'absence de projection
- Les troubles psychiatriques
- Les troubles somatiques

Ils ont ensuite expliqué utiliser le temps comme indicateur. Les éléments de deuil difficile repérés vont être analysés en fonction de leur durée ainsi que du temps de deuil dans lequel se situe son patient.

M5 : « *La durée.* »

M6 : « *Schéma temporel.* »

M11 : « *La durée de 6 mois qui peut être compliquée.* »

Mais cette notion de schéma temporel semble difficile à préciser davantage pour tous les médecins généralistes.

Support d'évaluation du deuil

Les éléments de difficulté du deuil repérés dans le temps serviront ensuite à évaluer le processus de deuil. Pour cette évaluation, les médecins généralistes font appel à leur expérience et n'utilisent pas de grille d'évaluation.

M6 : « *Au niveau psychologique je n'ai pas vraiment de support pour évaluer ça, je fais au ressenti.* »

M8 : « *Ce n'est pas un questionnement que je leur fais hein. Mais quand on discute, on essaie de voir un peu comment leur vie s'organise.* »

b- Consultation des patients ayant un deuil difficile

Ces patients ayant un deuil difficile peuvent donc être repérés par le médecin traitant. Mais ce dernier semble malgré tout mal à l'aise dans la manière de repérer la difficulté du deuil. Pourquoi ?

Les médecins généralistes pourraient être ennuyés pour repérer les deuils difficiles car ces patients viendraient peut-être moins les consulter. Afin de répondre à cette hypothèse, nous avons posé la question suivante aux médecins interviewés : « avez-vous repéré si les personnes présentant un deuil difficile venaient plus ou moins vous consulter que les autres endeuillés ? ».

Les 2 médecins (M3 et M6) n'ayant jamais eu l'expérience de prendre en charge l'entourage d'une personne suicidée ont donné leur spéculation.

Selon M3, il n'y aurait pas de lien possible entre la difficulté du deuil et le fait de consulter plus ou moins son médecin.

Et le médecin M6 est sans avis.

Un médecin nous dit que dans l'ensemble, les patients ayant un deuil difficile consultent plus en comparaison aux autres endeuillés. En effet, pour lui, parmi les autres endeuillés, beaucoup ne consultent pas.

M10 : « *Je dirais plus quand même. Parce qu'il y a des personnes qui ne viennent absolument pas consulter.* »

3 médecins ont relevé que les patients ayant un deuil difficile consultent plus mais pour un autre motif.

M4 : « *Dans certains cas je pense que oui les gens qui ont un deuil difficile consultent plus souvent. Mais pas forcément de façon avouée par rapport à justement cette situation de travail de deuil. Ce n'est pas forcément le motif de consultation premier.* »

M7 : « *Alors est-ce qu'ils viennent obligatoirement consulter ? Non. [...] Ca ne fait pas partie du motif principal de la consultation.* »

M11 : « *Il y a plus de consultations mais pas forcément pour le motif de... Enfin plutôt sur des plaintes somatiques.* »

Et pour 3 autres médecins, ces patients vont moins consulter de par un repli sur soi.

M5 : « *Quelqu'un qui est en souffrance qui se renferme, qui est tout seul, il risque de ne pas venir te consulter.* »

M8 : « *Non je ne pense pas que ce soit ceux qui consultent le plus. Ou quand ils consultent, leur premier motif de consultation n'est pas forcément le bon.* »

M9 : « *Je dirais plutôt moins. Elles s'isolent très vite.* »

Le médecin M5 va mettre en lumière la difficulté pour le médecin traitant d'évaluer si un patient ayant un deuil difficile consulte plus ou moins qu'un autre endeuillé.

M5 : « *Ca dépend comment tu évalues parce que ceux qui ne viennent pas te voir, tu ne t'en rends pas forcément compte ! Mais moi je dirais que si je me rends compte qu'ils ont un deuil pathologique c'est qu'ils sont venus me voir plusieurs fois.* »

Ce qui expliquerait que le médecin puisse surévaluer le nombre de consultation des patients ayant un deuil difficile.

Donc en résumé, pour les médecins ayant l'expérience nécessaire :

- Pour un médecin, les patients ayant un deuil difficile consultent plus en comparaison aux autres endeuillés.
- Pour 3 médecins, les patients ayant un deuil difficile consultent plus mais pour un autre motif.
- Pour 3 médecins, les patients ayant un deuil difficile consultent moins de par un repli sur soi. Et pour l'un d'eux, les quelques patients qui consultent le font pour un autre motif.

La notion de consultation « pour un autre motif » c'est-à-dire de motif caché paraît donc prendre une place importante dans les consultations des médecins traitants.

Le motif caché

Le motif caché est une problématique rencontrée par tous les médecins.

Parfois ce motif caché est dissimulé parmi d'autres motifs, parfois il est exprimé à demi-mot, parfois il est glissé dans plusieurs consultations.

M1 : « *C'est enfoui dans d'autres motifs.* »

M4 : « *Viennent te consulter pour un sujet très mal défini, très mal exprimé, une fois, deux fois, trois fois, tu sens qu'il y a un mal être.* »

Et le rôle du médecin traitant est alors de ressentir la présence d'un motif caché qui se manifeste par un sentiment « d'inhabituel », de chose « mal exprimée », puis de faire verbaliser le patient.

M8 : « *Quand quelqu'un venait, qui n'est pas quelqu'un qui consulte habituellement et qui vient pour quelque chose qui ne semble pas fondamentalement nécessiter une consultation et sachant qu'il y a quelque chose avant qui s'est passé, on a tendance spontanément à prendre des nouvelles.* »

Le signe de la porte

Le généraliste doit être attentif à tous les signes lors de sa consultation. Il peut être amené à exploiter des propos mal exprimés cachant un autre motif ou attraper au vol un motif lâché en fin de consultation au moment d'ouvrir la porte.

M7 : « *“Il vaudrait mieux en finir de toute façon.” Une phrase glissée à la fin en ouvrant la porte.* »

3- Le médecin généraliste dans la prise en charge physique et médication

Le médecin traitant prend en charge les survivants du suicide dans leur globalité. Nous avons vu sa prise en charge psychique et sa prise en charge du deuil. Nous allons désormais aborder la dimension physique et somatique.

a- Prise en charge de la santé physique des endeuillés par suicide

Troubles somatiques des endeuillés

Comme l'ont évoqué certains médecins lors de la prise en charge du deuil, les endeuillés peuvent présenter des troubles somatiques qui révèlent en fait une somatisation du processus de deuil.

Les plaintes somatiques relevées par les généralistes dans ce contexte sont les suivantes :

- Troubles du sommeil et cauchemars (M7, M11)
- Douleurs : douleurs diffuses (M2), lombalgies (M7) et douleurs abdominales (M11).

Dans le cas raconté par le médecin M11 par exemple, sa patiente a consulté pour des douleurs abdominales. Après explorations radio-biologiques sans anomalie, le médecin M11 a posé le diagnostic de contracture musculaire. C'est alors que sa patiente a révélé être en deuil inhibé. Dans ce cas, le motif principal somatique n'était que le reflet d'un deuil compliqué.

La difficulté pour le médecin généraliste dans le contexte sera de différencier les troubles psychosomatiques des signes révélateurs de pathologie organique.

Pathologies organiques des endeuillés

Quelles sont les pathologies développées par les survivants du suicide selon les médecins généralistes ? Et ont-ils remarqué si elles étaient plus fréquentes que chez les autres endeuillés ?

Pour la majorité des médecins interviewés, il n'est pas retrouvé de pathologies plus fréquentes chez les endeuillés par suicide de prime abord.

Pour certains (M5 et M11), le fait de leur poser la question semble leur donner un autre regard sur leurs endeuillés par suicide et remettre en mémoire certaines pathologies.

M11 : « *Je n'ai pas... Alors si quand même ! En parlant de ça !* »

2 médecins ont remarqué des addictions avec les pathologies organiques qui en découlent.

M8 : « *Addictions : alcool, tabac, ou jeux.* »

M2 : « *Le père ne s'en est vraiment jamais remis. Il s'est mis à boire après. [...] Son état psychologique et physique a décliné.* »

Les autres généralistes interviewés ont retrouvé des pathologies organiques chez les endeuillés par suicide dont ils m'ont raconté les faits. Ces pathologies sont d'ordre :

- Gynécologique :

M11 : « *Frottis anormal. [...] Mammographie anormale. Elle a eu des biopsies et au final c'est une mastopathie fibrokystique.* »

- Infectieux :

M2 : « *Problème de surinfection après une chirurgie du canal lombaire étroit.* »

- Neurologique :

M5 : « *Malaises type vagues avec perte de connaissance dans un contexte de migraine avec découverte d'un kyste cérébral.* »

- Rhumatologique :

M7 : « TMS [troubles musculo-squelettiques]. »

Ils rapportent également des décès prématurés chez leurs endeuillés par suicide :

- Par suicide :

M7 : « Il y a plus de suicide. »

- Par conséquence des pathologies citées :

M2 : « Son état psychologique et physique a décliné et puis il est décédé. »

Alors ces pathologies retrouvées dans chaque histoire racontée sont-elles plus fréquentes chez les endeuillés par suicide que chez les autres types d'endeuillés et que chez la population générale ?

Pour le médecin M7, il y a plus de suicide chez les endeuillés par suicide que chez les autres types d'endeuillés.

Sinon, pour les pathologies organiques décrites chez leurs endeuillés par suicide, cela reste pour tous les médecins des cas isolés dans chaque expérience relatée. Il n'existe pas, selon eux, de pathologie organique plus fréquente dans la population des endeuillés par suicide par rapport aux autres types d'endeuillés et même par rapport à la population générale.

Malgré tout, le médecin M8 émet l'hypothèse que les médecins généralistes n'ont peut-être pas pu remarquer une différence entre les pathologies des endeuillés par suicide avec le reste de la population même si elle existait. En effet, les pathologies présentées par les endeuillés par suicide sont déjà fréquemment rencontrées par les médecins généralistes dans la population générale et pourraient paraître « banales ».

M8 : « Heu... D'autres pathologies. Alors comme ça c'est une question qui n'est pas facile. [...] Ce n'est pas évident. Parce que c'est tellement banal, ils peuvent avoir de la tension, des rhumatismes... »

b- Prescription médicamenteuse par les médecins généralistes

Dans leur prise en charge des troubles psychosomatiques et psychiques, quelle est l'attitude pharmacologique spontanément révélée par les médecins interrogés ?

Dans la phase initiale de la prise en charge, 3 médecins généralistes (M2, M4 et M10) ont révélé prescrire un traitement anxiolytique, notamment des benzodiazépines, pour gérer l'anxiété de l'endeuillé.

M2 : « Donner un peu de benzo sur le moment. »

M10 : « Moi j'utilise volontiers des médicaments pour les aider à passer le cap pendant quelques jours, c'est là que j'utilise volontiers des benzodiazépines. »

Dans la suite de la prise en charge, 6 des 11 médecins (M2, M3, M4, M8, M10 et M11) ont prescrit un traitement pharmacologique sur le moyen ou long terme.

M2 : « Elle a une petite dose filet d'antidépresseur. »

M3 : « Je les ai mis sous antidépresseurs. »

Les 5 autres médecins ne se sont en fait pas prononcés sur le thème de la prescription médicamenteuse.

Il faut noter que parmi les 6 médecins ayant prescrit un traitement médicamenteux, 3 ont modéré leur utilisation.

Le médecin M4 se laisse un temps d'évaluation avant d'introduire un traitement antidépresseur.

M4 : « *On a introduit un antidépresseur au fil des consultations, je pense deux ou trois mois après le décès.* »

Ce généraliste M4 explique également qu'une prise en charge médicamenteuse doit toujours s'associer à une prise en charge psychologique.

M4 : « *Tu peux leur prescrire des médicaments pendant trente ans et rester à côté de la plaque.* »

Les médecins M8 et M10 modèrent aussi son utilisation.

M8 : « *Ils n'ont pas besoin de comprimés, même si ça peut jouer.* »

M10 : « *Après médicaliser pas forcément, mais dans un certain nombre de cas oui quand même.* »

Ces 3 médecins relativisant l'utilisation de traitement pharmacologique ont plus de 30 ans d'installation en médecine libérale. Alors que les 3 autres médecins ont eux 8 mois, 2 ans et 17 ans d'installation.

Parmi eux, le médecin M11 s'était d'ailleurs attardé sur les troubles somatiques dans le repérage de la difficulté du deuil. Ce généraliste semble moins à l'aise dans la prise en charge psychologique que dans la prise en charge somatique et a tendance à prescrire plus facilement un traitement médicamenteux que ceux ayant plus d'expérience.

M11 : « *Je préfère moi gérer et s'il y a besoin de médicaments, rester sur des choses assez légères, et par contre le soutien psychologique avec des infirmières qui seraient habituées, ce serait pas mal.* »

Les médecins ayant donc moins d'expérience professionnelle, prescriraient probablement plus facilement un traitement pharmacologique que les autres.

4- Le médecin généraliste dans la prise en charge sociale

Outre le rôle du médecin généraliste dans la santé mentale et physique de son patient, certains médecins nous ont rapporté un rôle social.

a- Rôle dans le lien social

Au sein de la société, certaines personnes sont isolées socialement et donc plus fragiles. Le rôle du médecin traitant est d'identifier ces personnes, rôle facilité par la connaissance de ses patients, comme le rapporte le médecin M5. Cet isolement peut être primaire ou secondaire au suicide du proche.

M5 : « *Couple sans enfant, qui habite en pleine campagne.* »

M11 : « *Ca faisait remonter tous les conflits familiaux qui étaient déjà latents.* »

Certains endeuillés vont d'eux-mêmes créer du lien social, à l'instar du cas raconté par le médecin M9. Sa patiente commandait effectivement des colis pour rencontrer le facteur.

M9 : « *“Mais je m'en fous des Damart moi, c'est pour voir le facteur !” [...] La recherche de lien social, naturellement.* »

Mais d'autres endeuillés vont plutôt s'isoler. Et les médecins M5 et M9 se donnent alors un rôle dans la vie sociale de leur patient.

M5 : « *J'avais demandé une prise en charge sociale.* »

M9 : « *Ils ont des responsabilités d'entreprise ou agricole ou autre, un travail, des enfants. Donc on travaille pour les remettre sur les rails.* »

Pour le médecin M9, au-delà des liens sociaux, c'est l'utilité au sein de la société qui doit être favorisée.

M9 : « *Toutes les associations humanitaires [...] ils rendent service donc ça les valorise et en plus ils se font des copains.* »

M9 : « *Par contre je pense que le jour où l'on ne rend plus service, là on risque de s'isoler et de déprimer, et de s'emmener vers un suicide.* »

b- Rôle dans le travail

Pour les endeuillés par suicide ayant une activité professionnelle, le médecin traitant a bien sûr un rôle à jouer dans cette activité. Il va devoir évaluer l'état psychosomatique de son patient et décider s'il est en capacité ou non de travailler.

Dans la phase initiale, les médecins interrogés ayant abordé le sujet (M1, M4, M5, M9 et M11), prescrivent facilement un arrêt de travail à leur patient.

M5 : « *Qu'ils ne peuvent plus aller au travail.* »

Mais parfois, le médecin va s'adapter au besoin de travail de son patient, comme le souligne le médecin M1.

M1 : « *Pour le boulot aussi je demande parce que parfois il y a des personnes qui ont besoin de continuer à travailler.* »

Dans la suite du suivi médical, le médecin va accompagner son patient dans la reprise du travail et va souvent avoir un rôle de dynamisation.

M9 : « *Ils viennent tout le temps demander des arrêts, je dis “non il faut retourner au boulot là !”* »

5- Organisation pratique de la prise en charge chez le médecin généraliste

Nous avons vu comment, dans leur pratique professionnelle, les médecins interrogés prennent en charge les endeuillés par suicide dans leur dimension mentale, physique et sociale. Comment s'organisent-ils en pratique au cabinet médical?

a- Premier contact avec l'endeuillé

Prise de contact entre le médecin traitant et l'endeuillé

En pratique, comment se déroule le premier contact entre le survivant du suicide et son médecin ?

Sur ce point, 4 des médecins interviewés ne se sont pas prononcés (M1, M2, M6, et M11). Pour les autres, 3 ont une attitude passive et 4 ont une attitude active.

Les médecins M3, M5 et M7 attendent que leur patient prenne contact avec eux.

M3 : « Je ne les contacte pas directement. Souvent ce sont les gens qui viennent. »

Le médecin M5 se pose malgré tout la question d'une démarche plus active.

M5 : « Est-ce qu'on peut se permettre d'appeler nos patients quand on sait qu'ils ont eu un moment difficile s'ils ne viennent pas te voir ? Ba moi je ne l'ai pas fait parce que je n'ai pas osé. »

Les médecins M4, M8, M9 et M10 ont quant à eux une prise de contact active avec leur patient lors de la connaissance du suicide d'un de leur proche. Cette prise de contact prend différentes formes en fonction de chaque médecin.

M8 : « S'ils ne m'appelaient pas, j'aurais eu plutôt tendance à les contacter pour savoir s'ils avaient besoin. »

M10 : « Moi j'appelle volontiers la famille. Ca c'est très important parce qu'ils ont besoin de soutien en fait. »

M4 : « Mes petits messages de condoléances que j'adresse à mes patients ou à leur famille. Ca j'essaie de le faire autant que possible. »

M9 : « Et puis j'envoie une petite fleur s'ils m'envoient un faire-part. »

On remarque que les généralistes ayant une prise de contact active avec leur patient sont ceux qui ont plus de 30 ans d'installation. Ceux qui ont une démarche passive ont eux 8 mois, 2 ans et 4 ans d'installation.

Cette corrélation peut sous-entendre 3 hypothèses :

- Il y aurait une différence de pratique professionnelle entre les générations de médecins généralistes. Les plus jeunes généralistes seraient plus passifs que les plus expérimentés dans la prise de contact avec leurs patients.
- Les médecins généralistes changeraient leur attitude au cours de leur exercice en passant d'une prise de contact passive à une démarche active.
- Plus le généraliste a d'années d'exercice professionnel, plus le lien entre le médecin et son patient est fort.

Par ailleurs, le médecin M8 laisse entendre que la prise de contact avec le patient serait plus facilement active en milieu semi-rural.

M8 : « En tant que médecin dans un petit village comme nous, moi si je rencontrais cette personne de la famille ou l'épouse ou le gamin ou autre, je n'hésitais pas à prendre des nouvelles. »

Peut-on vérifier cette hypothèse ?

Parmi les 4 médecins traitants ayant une démarche active, 2 sont en milieu urbain et 2 en milieu semi-rural. Quant à ceux ayant une attitude passive, tous sont en milieu semi-rural. L'hypothèse émise ne se vérifie donc pas : il n'y a pas de corrélation entre le milieu d'exercice du médecin et la démarche de prise de contact avec son patient.

Connaissance du décès par suicide par le médecin généraliste

Pour prendre contact avec les proches d'un suicidé, encore faut-il que le médecin généraliste ait connaissance de ce suicide. C'est la problématique révélée spontanément par 5 des médecins interviewés.

Si le suicidé ne faisait pas partie de la patientèle du médecin, il est difficile pour ce dernier d'avoir connaissance du décès.

Et si le suicidé était un patient du médecin, celui-ci ne semble pas toujours informé de son décès.

M4 : *« A l'hôpital on ne nous informe pas du décès de nos patients. »*

M11 : *« On n'est pas toujours au courant de tout pour le coup. Des fois on apprend les décès tardivement... »*

La connaissance du décès du patient peut se faire de manière plus inattendue et malheureusement tardivement.

M6 : *« J'ai appris quelques semaines ou quelques mois après par des patients. »*

M5 : *« On a su ça dans les journaux. »*

Délai de la première consultation avec le médecin traitant

Quel est alors le délai écoulé entre le suicide du proche et la première consultation de l'endeuillé ? L'attitude plutôt active ou passive des médecins traitants pour prendre contact avec les endeuillés auraient-elles une influence sur le délai de cette consultation ?

Pour le médecin M8, le premier entretien a été immédiat puisqu'il est intervenu sur les lieux du suicide et a rencontré les voisins du suicidé. Et la première consultation avec la femme du suicidé a eu lieu dans les jours suivants.

Pour le médecin M4, le premier rendez-vous avec la femme du défunt s'est fait dès le retour de congés du généraliste. Alors que le fils, lui, n'est jamais venu consulter son médecin traitant.

Pour le médecin M7, le délai de consultation est également variable en fonction des patients. Alors que la femme du défunt est venue consulter le jour-même du suicide, la fille est venue 2 ou 3 mois après.

Pour les médecins M5 et M10, le délai de la première consultation avec l'entourage a été long.

M5 : *« J'ai dû la voir deux mois après. »*

M5 : *« Je ne l'ai pas vue pendant des mois. »*

M10 : *« Il était venu pour un renouvellement d'ordonnance finalement. Il n'avait pas jugé utile de me consulter. »*

Alors ces délais de première consultation sont-ils en corrélation avec l'attitude passive ou active de prise de contact avec les proches du suicidé ?

Pour les généralistes ayant pris activement contact avec l'endeuillé, les délais de première consultation sont variables : immédiatement (M8), quelques jours (M4 et M8), voire même aucune consultation (M4, M10).

Pour les généralistes ayant une attitude plus passive vis-à-vis de la prise de contact avec l'endeuillé, les délais de première consultations sont là aussi variables : le jour-même (M7), plusieurs mois (M5 et M7).

Et pour un même médecin généraliste, il existe des différences importantes entre ses patients endeuillés. M4 a consulté la femme du défunt rapidement alors que le fils n'est jamais venu. Et M7 a rencontré la femme du suicidé le jour-même alors que la fille est venue 2 ou 3 mois après.

Il ne semble donc pas y avoir de corrélation entre la prise de contact initiale active ou passive et le délai de la première consultation.

b- Suivi de l'endeuillé

Disponibilité du médecin traitant

Pour la moitié des médecins généralistes interviewés (M1, M4, M6, M8, M9), la disponibilité du médecin pour ses patients endeuillés par suicide est indispensable.

M8 : « *Il faut être disponible.* »

M9 : « *Je me rends disponible. Je crois que c'est l'essentiel.* »

Planning de suivi des endeuillés

Si pour le médecin M5, le suivi ne se planifie pas, pour les autres il y a un planning qui s'établit.

M5 : « *Je n'ai pas instauré de suivi.* »

Le suivi à court et moyen terme s'établit par de multiples consultations régulières.

M2 : « *On a eu pas mal de consultations rapprochées.* »

M4 : « *Je l'ai vue très rapidement et je l'ai vue régulièrement aussi.* »

Tous ces médecins exécutent le même planning de suivi, c'est-à-dire une consultation hebdomadaire le premier mois, tout en restant disponible pour le patient à tout moment.

M9 : « *Je veux vous voir toutes les semaines pendant 15 jours ou pendant 3 semaines. Ou pas ! La porte est ouverte !* »

Certains médecins vont programmer les consultations au fur et à mesure du temps, quand d'autres laissent les patients faire la démarche de prise de rendez-vous.

M4 : « *Je vous redonne rendez-vous tel jour à telle heure et on se revoit.* »

M8 : « *On se revoit dans 8 jours ou dans 10 jours en fonction de vos désirs, ou avant s'il y a besoin. Mais n'hésitez pas à me contacter.* »

Le suivi au long cours est lui moins abordé par les médecins dans les entretiens. Il ne fait en tout cas pas l'objet d'une planification mais s'intègre plutôt dans le suivi global du patient.

M7 : « *Pendant 2 ans derrière.* »

Le suivi, qu'il soit à court, moyen ou long terme, se fait en consultation au cabinet pour tous les médecins interviewés à l'exception du médecin M2. Dans l'histoire relatée par ce dernier, il a visité à domicile les parents du suicidé sur le court terme puis a poursuivi les consultations au cabinet médical.

M2 : « *Je devais aller chez eux.* »

Le manque de temps en médecine générale

Si les médecins interviewés se veulent disponibles pour les endeuillés et planifient de multiples consultations, cette prise en charge leur demande beaucoup de temps.

M2 : « *Déjà il faut du temps, parce que ça prend du temps.* »

Hors, ils décrivent paradoxalement presque tous un manque cruel de temps dans leur quotidien.

M3 : « *En médecine générale. Je trouve qu'on n'a pas vraiment le temps.* »

M5 : « *Ca demande beaucoup de temps, c'est toujours le problème actuel.* »

M9 : « *Le plus beau cadeau que je puisse vous faire, ce n'est pas une montre en or, ce n'est pas une Rolex, c'est mon temps parce que je n'en ai pas beaucoup.* »

Ces médecins généralistes vont malgré tout s'adapter, se dégager du temps et réorganiser leurs journées pour donner de ce temps précieux à leur endeuillé par suicide.

M8 : « *Donc je m'arrangeais pour mettre plutôt l'entretien en fin de journée, de manière à ne plus avoir personne dans la salle d'attente.* »

Aborder le sujet au long cours

Nous avons vu un peu plus haut que le suivi des endeuillés au long cours ne fait pas l'objet d'une planification de consultations mais s'intègre plutôt dans le suivi global du patient. Alors comment les médecins généralistes abordent-ils le sujet du suicide du proche avec le patient ?

Aborder le sujet du suicide du proche du patient au cours des consultations semble délicat pour les médecins interviewés. Certains sont même très embarrassés.

M5 : « *Je me suis dit quand elle est arrivée "comment je vais lancer le sujet ?!"* »

Ce sujet délicat divise l'attitude des médecins.

Certains ne vont pas aborder le sujet auprès de leur patient et attendre que ce soit ce dernier qui en parle.

M7 : « *Je n'aborde pas moi ! Je n'aborde pas. On discute et ça vient sur le tapis.* »

D'autres vont tenter une approche indirecte par question ouverte. Si le patient se livre, ils vont aborder le sujet, sinon ils vont continuer la consultation.

M1 : « Je demande comment ça va donc s'ils en parlent voilà ça me permet de mettre un peu le pied à la porte et donc d'aborder le sujet. Mais très souvent ils disent que ça va bon ba voilà. »

M4 : « J'ai abordé le sujet une fois avec lui pour une histoire intercurrente. [...] "Comment ça se passe pour toi tout de suite?" [...] Alors bon effectivement ça a été vite des faux fuyants, des réponses évasives. »

Alors que d'autres abordent directement le sujet du suicide du proche sans hésiter.

M10 : « Ca fait partie des évènements donc je n'allais pas faire comme si de rien ne s'était passé. Enfin ça me paraît évident ! »

Nous avons vu jusque-là comment le médecin traitant prend en charge ses endeuillés par suicide de manière globale et comment ils organisent leur propre prise en charge au cabinet médical.

Nous allons désormais voir comment ces médecins travaillent en lien avec la psychiatrie pour une prise en charge spécialisée de leurs patients.

6- Prise en charge en lien avec la psychiatrie

a- Adresser vers une prise en charge psycho-psychiatrique spécialisée

Médecins généralistes demandeurs de prise en charge psycho-psychiatrique

Certains médecins interrogés adressent leur patient vers une prise en charge plus spécialisée.

Les médecins M1, M5 et M11 avouent proposer facilement et rapidement à leur patient un suivi psychologique en parallèle de leur prise en charge. Cela peut alors être un suivi orienté vers un psychologue ou vers des infirmières du Centre Médico-Psychologique (CMP).

M1 : « Facilement je propose d'aller voir un psychologue. »

M5 : « Je propose quand même un suivi psychologique. »

M11 : « Orienter pas mal vers les infirmières du CMP. »

Les médecins M2 et M6 orientent également leur patient vers une prise en charge plus spécifique mais seulement lorsqu'ils ont repéré des difficultés chez celui-ci. L'orientation se fait alors vers un psychologue ou plus volontiers vers un psychiatre.

M6 : « J'oriente soit vers des psychologues, soit vers des confrères psychiatres selon le degré de retentissement général. »

M2 : « Quand le père a commencé vraiment à décrocher. Là [...] je l'ai adressé [...] à un psychiatre. »

Les autres médecins n'ont pas révélé avoir adressé leur patient vers ce type de prise en charge.

Il faut remarquer que les médecins demandeurs de prise en charge psychologique spécifique sont ceux qui ont le moins d'expérience avec moins de 20 ans d'installation. On note même parmi eux que ceux qui ont moins de 5 ans d'installation sont ceux qui proposent quasi-systématiquement initialement un suivi psychologique (M1, M5 et M11).

Il semblerait que moins le médecin généraliste est expérimenté, plus il aurait besoin de s'appuyer sur un réseau de prise en charge psychologique et psychiatrique.

Réseau psychiatrique des médecins généralistes

A qui les médecins généralistes adressent-ils leurs patients ? Nous avons demandé aux médecins interrogés s'ils avaient un réseau de professionnels avec lesquels travailler pour prendre en charge l'entourage d'un suicidé.

6 d'entre eux ont déclaré ne pas vraiment avoir de réseau de professionnels de prise en charge des survivants du suicide (M1, M7, M8, M10, M11).

M2 : « Il n'y a pas vraiment de réseau d'aide dans ce genre de cas. »

M10 : « Non je ne peux pas dire que j'ai de réseau. »

M8 : « En tant que médecin généraliste on a l'impression de travailler un peu tout seul. »

2 des généralistes travaillent parfois avec des libéraux, psychologue ou psychiatre (M2 et M5).

M2 : « J'ai quelques psychiatres correspondants. »

M5 : « Je travaille avec la psychologue de notre cabinet. »

Et 3 des médecins travaillent volontiers avec le CMP (M3, M5 et M6).

M6 : « Il ne faut pas hésiter à s'appuyer sur le CMP et leur travail comme des psychologues, des psychiatres, des IDE [Infirmier Diplômé d'Etat] psy. »

Mais tous les médecins, qu'ils travaillent régulièrement ou non avec un réseau de prise en charge de ces endeuillés, révèlent des problématiques au niveau de l'organisation et du point de vue financier.

b- Les problématiques de la prise en charge psycho-psychiatrique selon les généralistes

Problème de délai de prise en charge

Beaucoup de médecins interviewés ont révélé spontanément une problématique importante selon eux : le délai de prise en charge par les psychologues libéraux, les psychiatres libéraux et le CMP.

M2 : « CMP après c'est des délais. »

M11 : « Le problème c'est de passer la main à qui ? Comment ? Dans quel délai ? [...] Les psychiatres [...] en termes de disponibilités on n'y est pas du tout ! »

Problème de correspondance avec le médecin traitant

D'autres médecins ont parlé de la problématique des échanges entre les professionnels de santé mentale et le médecin traitant.

M2 : « *C'est difficile d'avoir... de vraiment savoir ce qu'il se passe dans les consultations de psy.* »

Ce problème conduit le médecin M8 à un sentiment de solitude dans la prise en charge de son patient.

M8 : « *On n'a aucun compte rendu donc en tant que médecin généraliste on a l'impression de travailler un peu tout seul.* »

Pour le médecin M7, c'est un sentiment d'exclusion dans la prise en charge de son patient qui fait surface.

M7 : « *Ce qui m'embête c'est qu'on m'enlève une partie de ma tâche. Et le problème des réseaux, c'est que tu ne fais plus partie du circuit.* »

Problème de coût financier pour les patients

La quasi-totalité des médecins interviewés soulèvent un problème majeur d'accessibilité à une prise en charge libérale pour leurs patients : le coût financier.

M2 : « *Les psychologues c'est cher et pas remboursé.* »

M9 : « *Il y a les psychologues de ville qui eux ne sont pas remboursés. Comme j'ai 80% de ma clientèle à la CMU [Couverture Maladie Universelle].* »

M10 : « *Ce sont des libéraux [psychologues et psychiatres] alors il n'y a pas de prise en charge. Et ça c'est terrible parce que c'est un coût !* »

c- Adaptation du généraliste à ces difficultés

Face à ces problématiques de délai de prise en charge psycho-psychiatrique, de manque de correspondance avec le médecin traitant et de coût financier pour le patient, les généralistes semblent s'être adaptés à la situation actuelle.

M5 : « *Je vois aussi s'ils sont prêts à financer aussi la consultation [de psychologue].* »

M8 : « *Ca ne m'empêche pas de travailler avec eux mais... [...] Il y a une équipe d'urgence qui est toujours présente. [...] Si on veut un suivi, on peut l'avoir mais pas dans le cadre de l'urgence, c'est-à-dire que... L'urgence enfin le suivi à 10 ou 15 jours.* »

M7 : « *Ca [la prise en charge psychologique] m'intéresse parce que j'en fais pas mal et qu'il n'y a aucun psychiatre de référence avec qui travailler. Donc j'essaie de faire un maximum.* »

7- Place et limites du médecin généraliste

Dans la prise en charge des survivants du suicide, nous avons étudié la pratique professionnelle des médecins généralistes, leur attitude au cabinet médical avec le patient et avec les professionnels de santé mentale.

Dans les faits, quelle est la place du médecin traitant selon eux dans toute la prise en charge de ces endeuillés ?

a- Place du médecin généraliste

Comme le souligne le médecin M1, le médecin traitant est le *premier accès aux soins* pour le patient.

M1 : « *En ville on est quand même en première ligne.* »

Cette place en première ligne du médecin traitant peut expliquer pourquoi il se donne pour tâche d'être disponible pour ses endeuillés, comme nous l'avons vu plus haut. L'accès aux consultations psychologiques étant long et/ou coûteux pour les endeuillés, ces derniers vont d'autant plus consulter leur médecin traitant. Le généraliste fait partie du parcours de soin et se rend disponible dans de courts délais pour les endeuillés.

Le médecin traitant, connaissant bien son patient endeuillé, et parfois également le suicidé, a également un *rôle plus intime* vis-à-vis de l'endeuillé.

M8 : « *Aux yeux de la famille qui est là, ou le noyau familial, on est plus considéré comme des confidents, comme presque quelqu'un de la famille.* »

Ceci peut aussi participer au fait que le médecin traitant soit en première ligne. L'endeuillé va alors chercher un soutien plus personnel et personnalisé.

M5 : « *Tu leur apportes quelque chose de différent que la psychologue qu'il ne connaissait pas.* »

Au-delà de ce rôle, il va avoir un œil attentif pour *repérer les complications* dans l'évolution de son patient et l'orienter vers une prise en charge psychologique ou psychiatrique adaptée.

M1 : « *Voir [...] ce qu'il y a comme problématique pour pouvoir les orienter.* »

Mais cette place de première ligne et les problèmes d'accessibilité aux soins psychopsychiatriques donnent un sentiment de solitude aux médecins traitants interviewés.

M4 : « *On est quand même très seuls, nous, en matière de prise en charge psychopsychiatrique.* »

M8 : « *On a l'impression de travailler un peu tout seul.* »

Ce sentiment de solitude révèle en fait les limites avouées des médecins interviewés dans la prise en charge des survivants du suicide.

M5 : « *Pas être la seule, ça me fait peur derrière...* »

b- Limites du médecin généraliste

Parmi les médecins généralistes interviewés, 2 médecins (M3 et M6) révèlent ne pas avoir vraiment eu de prise en charge d'entourage d'un suicidé à gérer dans leur expérience professionnelle. La projection dans une telle prise en charge semble difficile pour ces 2 généralistes.

Pour le médecin M3, son manque d'expérience le conduirait probablement rapidement à orienter son patient vers un psychologue.

M3 : « *On revient rapidement au "je ne suis pas psychologue".* »

Pour le médecin M6, la projection est tout aussi difficile.

M6 : « *Savoir comment j'aborderai le truc pff je n'en sais rien !* »

Mais il tente de faire un analogisme avec une expérience professionnelle connue pour lui : la mort violente accidentelle d'un jeune patient dont il a ensuite pris en charge la famille.

M6 : « *Disons que je rapprocherais plus la mort violente accidentelle à ça.* »

Parmi les 9 autres médecins, 6 (M1, M4, M5, M6, M8 et M11) avouent ne pas se sentir compétents dans la prise en charge des endeuillés du suicide, quel que soit le profil des médecins.

M1 : « *Personnellement je ne pense pas être compétente dans la prise en charge.* »

M4 : « *Je ne me sens pas forcément le mieux armé pour l'aider.* »

M11 : « *Je ne sais pas si je suis suffisamment armée.* »

Nous venons de voir quelle est l'expérience des médecins généralistes dans la prise en charge des survivants du suicide et quelle est leur pratique professionnelle. Nous avons développé leur prise en charge psychique, leur prise en charge du deuil, leur prise en charge somatique, la part de prescription médicamenteuse, leur organisation de planning, et leurs liens avec les structures psycho-psychiatriques.

Nous allons désormais étudier la connaissance de ces généralistes de la postvention et développer leur conception de la celle-ci.

B - Connaissance et conception de la postvention par les généralistes

1- Connaissance de la postvention

Une postvention non connue...

A la question « connaissez-vous la postvention ? », la réponse des 11 médecins interviewés est unanime : « non ».

M5 : « La postvention ? Non ! Je ne sais pas ce que c'est. »

... mais faite intuitivement

Après avoir été éclairés sur le sujet de la postvention, quelques médecins se retrouvent dans ce programme. Pour les médecins M1, M4 et M6, certaines actions de la postvention sont intuitives chez les médecins généralistes.

M4 : « En fait, c'est ce qu'on fait! On fait de la postvention, comme de la prose sans le savoir! »

M6 : « C'est déjà fait de manière intuitive dans nos cabinets de médecine générale. [...] Je pense que de façon intuitive, on doit la faire cette postvention. »

Ils se servent de leur expérience professionnelle et de leur intuition pour faire de la postvention.

M1 : « Le bon sens. »

M4 : « Je fais les choses avec mes tripes. »

Postvention, un idéal

Si pour quelques médecins certaines actions de la postvention sont intuitives, pour d'autres la postvention est un idéal qui leur semble difficilement applicable.

M9 : « Ca c'est la Rolls de la médecine. Mais c'est bien ! »

M10 : « Dans l'absolu ce serait idéal. »

2- Conception de la postvention

Dans cette postvention, quelle est la place du médecin généraliste ? Quel est son rôle selon lui ?

Place du médecin généraliste

Tous les médecins interviewés sont unanimes sur le fait que le médecin traitant tient une place importante dans cette intervention.

M4 : « Notre rôle ça peut être effectivement de participer à cette postvention. »

M6 : « Il [le rôle du médecin généraliste] est primordial ! »

Il tient en effet une place de première ligne dans la postvention, comme les médecins interviewés le soulignaient déjà dans leur pratique professionnelle.

M2 : « *On est quand même là en soin de première ligne.* »

Le médecin traitant, par définition, est également le référent et le coordonnateur des soins de son patient. Il tient donc naturellement ce rôle dans la postvention pour les médecins interviewés.

M10 : « *On est parfois les seules personnes référentes sur le plan médical.* »

M5 : « *D'organiser un suivi en ville.* »

Rôle du médecin généraliste

Les médecins M6 et M11 soulignent le rôle à tenir du médecin traitant dans la phase immédiate suivant le suicide d'un proche, ce qui découle du principe de disponibilité du médecin généraliste pour son patient.

M6 : « *Déjà on les voit assez rapidement.* »

M11 : « *Pour voir quelqu'un rapidement, le mieux c'est la médecine générale.* »

Les concepts utilisés par les médecins dans leur pratique professionnelle, à savoir l'écoute bienveillante et la verbalisation du patient, tiennent selon eux toute leur place dans la postvention.

M11 : « *D'accueil et d'écoute. [...] Faire verbaliser.* »

Le médecin généraliste tient également pleinement son rôle au sein de la postvention dans le repérage de la difficulté du deuil. Il a ainsi un rôle de dépistage du deuil compliqué ou pathologique et d'orientation vers une prise en charge adaptée et spécialisée. Il prend alors sa place de médecin référent et coordonnateur dans la prise en charge du deuil.

M2 : « *D'être attentif aux premiers signes de deuil entre guillemet anormal. Voir s'il y a un syndrome psychiatrique qui se déclenche derrière, ou des conduites addictives.* »

M2 : « *On a un rôle comme ça de détection de deuil pathologique pour l'amener après dans un deuxième temps dans des structures pour prendre les patients en charge. Un rôle de dépistage.* »

Son rôle se tient également dans le suivi de l'endeuillé. Le médecin traitant est à même d'évaluer l'évolution du patient dans un suivi planifié.

M11 : « *Pouvoir le réévaluer, le revoir une semaine après.* »

La postvention, bien qu'inconnue des médecins généralistes, doit compter sur l'action de ces derniers selon eux. Le médecin traitant y a sa place par définition en première ligne, dans le suivi du patient, et en coordonnateur des soins.

Malgré ce rôle primordial avoué des médecins généralistes, ils se confrontent dans les faits à certaines limites.

Nous avons effectivement vu précédemment qu'ils ne se sentaient pas toujours compétents dans la prise en charge de leurs endeuillés par suicide, ce qui les met en difficulté pour assumer leur rôle.

Nous avons également vu qu'ils avaient un sentiment de solitude dans la prise en charge psycho-psychiatrique des patients. Paradoxalement, ils ont ce rôle de coordonnateur des soins : dépister les difficultés psychologiques et complications psychiatriques et adresser leurs endeuillés vers une prise en charge spécialisée. Mais comment faire lorsque cette prise en charge spécialisée leur paraît difficile d'accès ?

Est-il possible de remédier à ces paradoxes pour que le médecin généraliste puisse tenir pleinement son rôle dans la postvention ?

Il semble régner un certain fatalisme dans le milieu semi-rural. C'est du moins ce que sous-entend le médecin M7 chez ses patients endeuillés.

M7 : « *En semi rural, peut-être plus versé sur le fatalisme. Oui... Je ne sais pas. C'est comme ça et voilà !* »

Ce fatalisme atteint-il aussi les médecins généralistes du milieu semi-rural? Et en milieu urbain ?

Les médecins interviewés, du milieu semi-rural comme du milieu urbain, constatent avec un certain fatalisme un délitement actuel de la médecine. Ce délitement est constaté dans le domaine de la santé mentale.

M7 : « *Il y a un délitement de la psychiatrie.* »

M4 : « *On est quand même sur le plan des structures psychiatriques en réel déficience.* »

M9 : « *Aujourd'hui il se trouve que les psychiatres manquent un peu à leur mission.* »

Et il est également constaté un délitement de la médecine générale avec une surcharge de travail entravant aussi une prise en charge de qualité pour les patients.

M9 : « *Ma grande peur c'est que je sais que le premier malade de la journée sera très bien soigné et j'ai peur de rater le dernier, parce que j'ai faim, j'ai la tête lourde, mon estomac crie famine et puis j'ai envie de rentrer chez moi.* »

Ce fatalisme entraîne le médecin M10 au pessimisme.

M10 : « *Je suis un peu pessimiste par rapport à l'avenir parce qu'on voit bien que tout se délite et qu'on manque de quelqu'un à tous les niveaux.* »

Le rôle du médecin généraliste n'est-il pas justement de lutter contre ce fatalisme ? N'est-il pas d'espérer améliorer la prise en charge des patients malgré le constat de délitement de la médecine ?

Les médecins interviewés pensent-ils pouvoir améliorer la situation actuelle ? Et dans ce cas comment imagineraient-ils pouvoir améliorer la prise en charge de l'entourage d'une personne suicidée ?

IV- Comment les médecins généralistes imaginent-ils améliorer la postvention ?

A - Amélioration chez le généraliste lui-même

1- Amélioration de principes de prise en charge

Prise de contact

Concernant la prise de contact du médecin traitant avec son patient à la connaissance du suicide d'un proche de celui-ci, nous avons vu que 3 des médecins attendent que le patient prenne rendez-vous. Parmi ces 3 généralistes, le médecin M5 remet en cause son attitude passive et émet l'hypothèse d'appeler l'endeuillé.

M5 : « *Est-ce qu'on peut se permettre de les contacter ? Ce n'est pas facile... »* »

Mise en place d'une action rapide

Plusieurs médecins ont réfléchi aux moyens d'action à mettre en place pour l'entourage lors du constat d'un suicide.

Une des clés majeures dans la postvention selon le médecin M7 est l'action immédiate.

M7 : « *Probablement que si on veut mettre quelque chose en place, il faut le mettre assez rapidement. [...] Sinon ils ont déjà mis en place des moyens de défense qui ne sont pas obligatoirement corrects. »* »

Comment mettre en place cette action immédiate ? Qui va intervenir ?

Comme le soulignent les médecins M5 et M8, le médecin généraliste est à l'heure actuelle peu sollicité sur les lieux du suicide et donc peu amené à prendre en charge les témoins du suicide.

C'est dans ce contexte que le médecin M5 émet l'hypothèse pour les témoins du suicide d'avoir une prise en charge immédiate en milieu spécialisé et hospitalier.

M8 : « *Le problème je pense sur le terrain immédiat se pose moins pour le médecin généraliste que pour l'équipe qui va intervenir. »* »

M5 : « *La famille est prise en charge aussi par l'hôpital peut-être au début quand ils découvrent le corps ? [...] Les gens sont pris en charge peut-être par la psy de liaison. »* »

Dans les rares cas actuels où le médecin généraliste intervient sur les lieux du suicide, nous avons vu dans leur pratique professionnelle la mise en place d'entretien avec les proches pour écouter, faire verbaliser et programmer un suivi dans les jours suivants. Selon le médecin M8, il faudrait également que le généraliste puisse facilement contacter et mobiliser une équipe spécialisée sur les lieux.

M8 : « *En tant que médecin généraliste, ce sont des numéros de téléphone qu'il faudrait qu'on puisse avoir s'il y a des équipes qui peuvent gérer rapidement. »* »

Dans tous les cas, le rôle des intervenants sur place et du médecin généraliste est selon le médecin M7 d'essayer de prospecter l'entourage proche du défunt afin de les contacter et débiter la prise en charge.

M7 : « *Là effectivement on pourrait voir tout de suite, essayer de voir un peu la ramification sur le plan familial, amical... [...] et pouvoir les amener éventuellement à reconsulter après.* »

Les médecins généralistes ont révélé leur avis sur la manière d'améliorer la postvention sur le court terme dans la prise de contact avec les endeuillés et dans les premières actions à mener.

Aborder le sujet

Sur le moyen et long terme, 2 médecins ont relevé l'importance d'aborder le sujet du suicide du proche dans les consultations qui ne semblent pas dédiées à cela.

M5 : « *Tu les revois tardivement du coup, de revenir sur l'évènement d'il y a plusieurs mois. [...] Mais il faut le faire.* »

Nous avons vu dans l'expérience professionnelle des médecins que l'abord du sujet est une chose difficile pour eux et l'approche est souvent indirecte par des questions ouvertes. Pour les médecins M1 et M8, il faudrait prendre toute occasion d'aborder le sujet : une démarche administrative, une plainte somatique...

M1 : « *Dans la même consultation [pour démarches administratives] en plus en profiter pour aborder leur souffrance.* »

2- Amélioration de l'organisation du généraliste

Plusieurs médecins interviewés ont par ailleurs pensé pouvoir améliorer leur prise en charge de l'entourage d'un suicidé en modifiant leur organisation.

Il faudrait dédier des consultations spécifiques à cette prise en charge.

M2 : « *Une consultation dédiée à ça.* »

Ces consultations dédiées devraient prendre plus de temps dans l'emploi du temps des généralistes, ce qui impliquerait une adaptation de son organisation.

M3 : « *Il faut que je dédie des temps de consultation plus longs et plus adaptés, à des moments de la journée plus adaptés.* »

Les médecins traitants pensent également à établir un suivi planifié. C'est le cas par exemple du médecin M5. Suite à des expériences difficiles de suicide de patients suivis pour troubles thymiques, ce médecin pense désormais changer son attitude.

M5 : « *Il faut les faire revenir et mettre des créneaux systématiques parce que tu te dis, dans les cas que j'ai eu [que] les gens ne reviennent pas forcément !* »

Cette planification de suivi pourrait suivre un schéma systématique comme le propose le médecin M2.

M2 : « *Qu'on dise à la famille « allez voir votre médecin » 2 mois, 3 mois après, 6 mois après.* »

3- Formation du généraliste

D'autre part, il semble que l'amélioration de la postvention passe par la nécessité de formation du médecin généraliste pour un certain nombre d'entre eux.

M3 : « On a le terrain, on a la matière, on a l'exercice mais on n'a pas la formation. »

M1 : « Je pense qu'il faudrait une formation plus qu'essayer le bon sens. »

Cette formation devrait s'intégrer dans la formation initiale du médecin généraliste pour les médecins M4 et M5.

M5 : « Dans la psychiatrie en général j'aimerais bien effectivement être un peu plus formée. [...] Pendant nos études, j'estime ne pas avoir été formée sur le sujet. »

M4 : « De me former en psychologie, en psychothérapie. Ca c'est un aspect de notre métier effectivement qu'on n'a pas appris à la fac et qui mériterait largement. »

On relève que ces médecins M4 et M5 ont respectivement 35 ans et 4 ans d'installation. Le manque de formation du généraliste dans le domaine psychiatrique semble donc intergénérationnel.

Pour 2 médecins (M3 et M10) en revanche le besoin de formation ne se fait pas ressentir.

M3 : « C'est du contact humain en fait. Alors je ne sais pas si le côté formation c'est évident. »

Et pour les généralistes déjà en exercice, quelle serait la formation la plus adaptée ? C'est la question que nous leur avons posée.

La formation sur le fond

Sur le fond de la formation, les médecins souhaitent aborder le sujet du *processus de deuil*.

Pour certains, il faudrait avant tout revoir les bases des connaissances sur le processus de deuil normal avant de pouvoir aborder la difficulté du deuil.

M11 : « Que moi je sois plus au clair sur le mécanisme de deuil. »

Pour d'autres, il faudrait directement aborder la difficulté du deuil en proposant des outils de dépistage et repérage du moment où le patient doit avoir un suivi plus spécialisé.

Nous avons vu effectivement plus haut que le médecin généraliste se place en première ligne de soin avec un rôle de repérage de difficulté du deuil dans un premier temps et de coordonnateur de soin dans un deuxième temps.

Pour jouer pleinement ce rôle, les médecins souhaitent être mieux formés.

M1 : « Avoir une formation pour avoir quelques outils en fait pour pouvoir déjà détecter le mal être. [...] Quels éléments à détecter ? [...] Des petites questions en fait pivot qui pourraient nous orienter si oui ou non il y a plus besoin, le degré de détresse, d'urgence... »

M7 : « Qu'est-ce que l'on doit faire ? A quel moment on doit passer la main ? »

Un autre sujet de formation qui souhaite être abordé par le médecin M7 est la *prise en charge immédiate* suivant la connaissance du suicide d'un proche.

M7 : « *Comment aborder la sidération de l'annonce ?* »

Pour être plus à l'aise dans la prise en charge de l'entourage du suicidé, le médecin M2 avoue que le généraliste aurait besoin d'une formation sur la *gestion de son propre ressenti* vis-vis du suicide.

M2 : « *Pour soi, pour le ressenti du suicide, des choses genre groupe Balint, groupe de pairs seraient sûrement utiles.* »

La formation sur la forme

Pour la plupart des médecins ressentant le besoin de formation, cette intervention doit se faire par un professionnel spécialisé dans la postvention, un psychologue ou un psychiatre.

M11 : « *C'est toujours plus intéressant d'avoir un intervenant qui nous explique.* »

M1 : « *Voir aussi les psychiatres, les psychologues un peu spécialisés par rapport à ça.* »

Cette formation serait la plus adaptée sous forme de Diplôme Universitaire (DU) pour le médecin M6.

M6 : « *Les meilleures formations ce sont les DU.* »

Pour les autres, c'est la Formation Médicale Continue (FMC) qui doit apporter cette formation.

Et pour les médecins M1 et M2, les groupes de pairs pourraient également leur apporter un soutien.

Le médecin M7 nous fait remarquer que si la FMC propose une formation sur la postvention, il faudrait que soient également abordés d'autres types de deuils dans le même module, afin de cibler un maximum de médecins généralistes.

M7 : « *Il faudrait que ça fasse partie d'un module avec un sujet global : prise en charge au sein du deuil en général. Il n'y a que le DPC [Développement Professionnel Continu] qui puisse amener ça.* »

4- Prise en charge du médecin généraliste

Même si le médecin généraliste se forme sur la postvention, il restera toujours une problématique majeure selon lui : le ressenti du médecin généraliste lui-même devant le suicide d'un patient. Avant d'avoir une prise en charge professionnelle envers l'entourage du suicidé, le médecin traitant fait face à son propre ressenti du suicide de son patient.

Rappelons que nous avons vu dans la partie « ressenti du médecin généraliste devant le suicide » que celui-ci se questionne beaucoup sur l'attitude professionnelle envers son patient suicidé en amont de son geste. Il peut être dans l'incompréhension du suicide, le poussant à rechercher les signes précurseurs qui auraient pu lui échapper et essayer de trouver des explications. Il se remet en cause et ressent parfois de la culpabilité ou se sent en échec. Le vécu du médecin traitant vis-à-vis du suicide de son patient est en tout cas douloureux.

Ces réactions du généraliste font souvent écho à celles de l'entourage du suicidé. Alors le médecin généraliste peut-il être considéré comme un proche du suicidé ?

Le médecin généraliste comme proche du suicidé

Les généralistes ayant vécu la situation du suicide d'un de leurs patients avouent la proximité avec celui-ci et la difficulté qui en découle.

M8 : « *Même si l'on apprend que l'on doit prendre de la distance par rapport à nos patients, cette distance au fil des années elle existe de moins en moins. [...] Ce sont quasiment des proches quand ce sont nos patients de longue date qui se suicident.* »

M2 : « *C'est un peu ... un peu violent aussi le suicide de gens qu'on connaît.* »

Au vu de ces remarques, le médecin traitant semble se considérer comme un proche du suicidé.

Double problématique du médecin traitant

Il se trouve alors dans une double problématique : il doit prendre en charge l'entourage du suicidé alors qu'il fait lui-même partie de cet entourage. Il doit aider les proches alors qu'il se trouve lui-même dans une difficulté similaire.

M8 : « *On risque d'être également mal psychologiquement et on nous demande en étant pas forcément bien psychologiquement d'aider les autres !* »

M1 : « *En plus de ce poids-là [...] pouvoir prendre en charge de manière objective la famille, l'entourage, les enfants.* »

Prise en charge du médecin généraliste

Il semble donc nécessaire que le généraliste soit pris en charge pour lui-même et pour pouvoir à son tour jouer son rôle de soignant auprès de l'entourage du suicidé.

M8 : « *Pour améliorer la prise en charge du médecin, il faudrait peut-être que le médecin lui-même puisse être écouté.* »

M2 : « *Ce serait utile d'avoir un réseau qui accompagne les familles. Et puis les soignants !* »

B - Amélioration avec le réseau psycho-psychiatrique

1- Mise en place d'un réseau d'aide psycho-psychiatrique

Amélioration du système actuel

Les médecins interviewés pensent dans un premier temps qu'il faudrait améliorer le réseau d'aide psychologique et psychiatrique actuellement en place dans leur secteur.

Le médecin M2 pense à créer un réel réseau d'aide à l'entourage d'une personne suicidée au sein des infirmiers psychiatriques de secteur existant en Indre-et-Loire, en lien avec les généralistes.

M2 : « *Ca peut peut-être exister à l'hôpital avec les réseaux d'infirmiers de secteur. Déjà ce serait pas mal pour nous.* »

Le médecin M4 aimerait travailler avec les psychologues et psychiatres des Centres Médico-Psychologiques (CMP) locaux et donc développer leur capacité.

M4 : « *Je souhaiterais qu'on ait des psychiatres compétents et accessibles. (Rire nerveux) Psychiatres et/ou psychologues de CMP. »*

Le médecin M2 pense que, lorsque la personne qui s'est suicidée était suivie par un psychiatre, celui-ci aurait pour rôle d'orienter les proches du suicidé vers un confrère.

M2 : « *Les psychiatres qui suivent les suicidés, encore une fois pour une question de confidentialité, ne veulent pas suivre les familles, au moins qu'ils orientent vers un confrère. »*

Mise en place d'un réseau de postvention

Au-delà d'améliorer les structures d'aide psychologique et de prise en charge psychiatrique déjà en place, les médecins généralistes ont imaginé mobiliser un réseau de postvention dans leur lieu d'exercice.

Mobiliser une équipe spécialisée de postvention qui serait extérieure aux structures locales permettrait d'avoir des professionnels « neutres » n'ayant de lien intime ni avec le suicidé, ni avec son entourage, ni avec le médecin généraliste.

M8 : « *Tabler sur une équipe qui est neutre et qui va être à l'écoute. »*

M8 : « *Là nous on a une psychologue [...] mais si je vais voir cette psychologue qui suit elle-même éventuellement le patient qui vient de se suicider, on peut aussi mettre la psychologue dans une position qui va être ambiguë. »*

Cette équipe spécialisée devrait être facilement et rapidement mobilisable en pratique.

M10 : « *S'appuyer sur un réseau relativement simple et court. »*

M1 : « *Que ce soit assez réactif et notamment aussi le délai. »*

Comment les médecins généralistes ont-ils imaginé mobiliser une telle intervention en pratique ?

2- Lien entre le médecin généraliste et un réseau de postvention

Mise en relation initiale

Le médecin généraliste souhaiterait pouvoir lui-même déclencher un réseau de professionnel de postvention dès la connaissance d'un suicide.

M1 : « *Le médecin généraliste peut déjà de sa place, déclencher et enclencher ce réseau-là. »*

Pour cela, la mobilisation doit être rapide.

M8 : « *Alors il faudrait déjà une cellule facilement mobilisable. »*

Les généralistes pensent que la méthode de contact la plus efficace et la plus rapide est l'appel téléphonique.

M8 : « *En tant que médecin généraliste, ce sont des numéros de téléphone qu'il faudrait qu'on puisse avoir s'il y a des équipes qui peuvent gérer rapidement. »*

M2 : « Un référent à qui on puisse parler rapidement. »

Cette mise en relation immédiate entre le médecin généraliste et le réseau de postvention doit être réciproque. C'est-à-dire que si l'entourage d'un suicidé est pris en charge par un professionnel de postvention, le médecin généraliste doit en être immédiatement informé.

M5 : « Si l'on était informé, là on pourrait organiser un suivi. »

Suivi conjoint

Une fois le réseau de postvention et le médecin généraliste en relation, les médecins interviewés souhaiteraient un suivi conjoint du patient.

M10 : « Enfin ça paraît logique que le médecin [traitant] soit associé. »

M9 : « Moi je travaillerais bien en binôme dans un cas aussi pénible qu'un suicide où il faut prendre en charge la famille. »

Et dans ce suivi, le médecin M2 imagine qu'il pourrait exister des plaquettes d'information au patient.

M2 : « Avoir au moins des plaquettes avec des signes d'alerte pour les patients [...] quelque chose d'écrit ça reste. »

Suivi basé sur la communication

Selon les médecins interviewés, ce suivi conjoint ne pourrait se faire que s'il existait une cohésion et une bonne communication entre les deux parties.

M7 : « Nous en médecine générale on a besoin de connaître les intervenants. On a besoin, soit par la discussion au téléphone soit par les écrits. »

M8 : « Il faut qu'il y ait des échanges, un retour d'information. »

Le médecin traitant dit avoir besoin d'un retour d'information, pour connaître les principes de prise en charge de son patient par l'équipe psycho-psychiatrique mais aussi pour avoir une critique sur sa propre prise en charge.

M8 : « Si on veut s'améliorer, il faut savoir aussi ce qui a été bien fait et ce qui a été mal fait. »

C- Amélioration par la participation d'autres intervenants

Les médecins interviewés ont donc pensé améliorer la prise en charge de l'entourage d'une personne suicidée dans leur cabinet et dans des structures de prise en charge psycho-psychiatrique.

Mais ils ont également imaginé des actions possibles avec l'aide d'autres intervenants.

Concernant la prise en charge immédiate sur les lieux du suicide, le médecin M7 imagine faire intervenir le maire de la commune. Le maire pourrait déclencher une sorte de « cellule de crise » avec des professionnels qui identifieraient les proches de la personne suicidée. Ceci aurait pour but d'amener une prise en charge vers ces proches de manière active et rapide.

M7 : « Comment un réseau de psychologues ou autres pourrait identifier tout de suite ? Alors en fait il faut que ce soient tous les acteurs, aussi bien le médecin généraliste que le maire d'une commune... [...] Sur un territoire, il pourrait être mis une cellule... On pourrait détacher 2 ou 3

personnes pour sillonner un peu le territoire aussi bien familial que le milieu professionnel et amical. »

Pour le médecin M2, il pourrait exister une intervention des pompes funèbres dans les jours suivants le suicide. Celles-ci pourraient avoir des supports papier à disposition des endeuillés pour des contacts d'aide psychologique.

M2 : « Passer aussi sur le moment par les entreprises de pompes funèbres, s'il y avait des plaquettes comme ça pour les patients suicidés. »

Quant au médecin M1, il pense qu'il serait bon de mettre en place une aide aux endeuillés par suicide au sein de milieux spécifiques : les écoles, et les entreprises embauchant des salariés. Ces deux structures pourraient mettre en place un plan d'intervention de professionnels psychologiques.

M1 : « Mettre en place aussi un suivi à l'école, [...] demander aux professionnels de se déplacer à l'école. »

M1 : « Au niveau du boulot ça pourrait être pas mal aussi, une psychologue présente [...] que ce soit facile pour eux d'accès. »

DISCUSSION

I- Discussion concernant la méthodologie de l'étude

La méthodologie qualitative via des entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes semblait la plus adaptée pour répondre à la problématique de l'étude. Le fait d'aborder le sujet dans des entretiens semi-dirigés a permis aux médecins interviewés une liberté d'expression et un lâcher prise dans le récit de leurs expériences professionnelles et leur vécu émotionnel.

Les entretiens avec les médecins généralistes libéraux peuvent être difficiles à réaliser du fait qu'ils manquent de temps dans leur quotidien d'une part, et qu'ils sont régulièrement sollicités pour des études d'autre part.

Dans notre étude, les 2 médecins généralistes contactés dans l'Indre-et-Loire ont répondu positivement à la démarche. Sur les 13 contactés dans l'Orne, 9 ont répondu positivement. Ce fort taux de participation à l'étude s'explique probablement par le fait que les médecins que j'ai contactés ont/ont eu un lien professionnel plus ou moins direct avec moi durant mon internat et mes remplacements.

Le fait d'avoir un lien avec ces professionnels de santé a par ailleurs pu favoriser la libre expression de leur ressenti devant le suicide et de leurs pratiques.

Ce mode d'inclusion des généralistes a pu par contre sélectionner un profil de médecin plus ouvert à l'échange et à la réflexion sur leur ressenti, leur propre pratique et sur le système actuel de prise en charge de l'entourage d'un suicidé.

Sur les 11 médecins interviewés, il existe néanmoins une disparité concernant le sexe, le milieu d'exercice semi-rural et urbain, l'exercice de la médecine générale par choix délibéré ou par défaut, et les formations professionnelles suivies.

II- Discussion concernant le suicide

A- Trouble psychiatrique associé au suicide

Nous avons vu, lors de l'étude de l'incompréhension du médecin généraliste face au suicide de son patient, que le médecin M10 relatait la « *logique suicide = dépression* » de son correspondant psychiatre. M10 n'était alors pas en accord avec cette idée.

M10 : « *Pour lui [le correspondant psychiatre] non, même si l'on n'avait pas trouvé, il y avait toujours un terrain dépressif pour expliquer des actes comme ça. Et moi je n'étais pas du tout persuadé.* »

Alors qu'en est-il ?

La majorité des suicides dans le monde sont en fait liés à des troubles psychiques. Le risque suicidaire est 20 à 120 fois plus élevé chez les patients souffrant de troubles psychiques que dans la population générale (72). Les maladies psychiatriques sont près de 10 fois plus élevées dans la population des suicidés et des suicidants que dans la population générale. Chez les suicidés, il existait un trouble psychiatrique dans 60 % à 98 % des cas (9).

Parmi ces troubles psychiatriques, la dépression (dans 30% des suicides), la consommation de substances psycho-actives (dans 18% des suicides) et la schizophrénie (dans 14% des suicides) sont les plus fréquents. Mais l'anxiété, les troubles de la personnalité, les troubles de l'alimentation, les troubles liés à un traumatisme psychique, et les troubles mentaux d'origine organique s'ajoutent également de façon significative (9).

Si l'on reprend donc l'idée « suicide = dépression » de l'entretien de M10, il s'avère en fait qu'il existait des troubles psychiatriques chez une très grande majorité des suicidés et que le premier trouble psychiatrique en cause est la dépression.

B- Tentatives de suicide et suicide

Lors de la prise en charge des proches du suicidé, les généralistes de notre étude ont remarqué un paradoxe : même s'il y a eu une ou des tentative(s) de suicide, les proches sont surpris que la personne ait pu se donner la mort. On fait référence ici à une croyance populaire : les personnes faisant des tentatives de suicide appellent à l'aide mais ne vont pas se donner la mort.

Au contraire, les antécédents de tentative de suicide constituent le facteur de risque le plus pertinent pour l'accomplissement d'un suicide et le nombre croissant de tentatives de suicide augmente le risque de décès (9).

C- Suicide « familial »

Lors des interviews de notre étude, M7 a soulevé le sur-risque familial de suicide chez les membres d'une famille ayant des antécédents de suicide.

M7 : « Alors est-ce qu'il y a plus de suicide dans les familles de suicidé ? Oui, beaucoup plus. »

Il est effectivement démontré qu'il existe un risque accru de suicide après le suicide d'un parent ou d'un partenaire (73).

La composante génétique dans ce risque suicidaire a fait l'objet de recherches. Il existe effectivement une part génétique dans le sur-risque de suicide au sein d'une famille de suicidé (73) (étude de Petersen et al. au sein de fratries adoptées) (74).

Mais au-delà du risque génétique, les décès par suicide confèrent une contribution environnementale au risque de suicide dans la famille, particulièrement chez les hommes (73).

Le sur-risque de suicide dans une famille aux antécédents d'autolyse est donc dû à un double effet génétique et environnemental.

D- Suicide rare en médecine générale

Même si le suicide est un phénomène fréquent dans l'Orne, les médecins généralistes interviewés disaient être peu confrontés au suicide.

Ceci est en partie lié au fait que les généralistes ne sont plus appelés en premier recours pour un passage à l'acte, comme le soulignait le médecin expérimenté M8.

M8 : « *La pratique médicale s'est modifiée. Je ne suis pas certain que maintenant, beaucoup de généralistes soient en contact direct, au moment du constat du décès, avec la famille. Ca c'était monnaie courante il y a quelques années en tant que médecin généraliste où l'on appelait le médecin généraliste avant de faire le 15.* »

Le médecin généraliste n'est plus de garde 24 h sur 24 comme autrefois et l'entourage du suicidé appelle en premier lieu le 15. L'intervention immédiate du généraliste sur les lieux du suicide auprès des proches s'en trouve raréfiée.

D'autre part, la fréquence des suicides relatée par les médecins interviewés est une fréquence ressentie donc subjective et non statistique. La fréquence du suicide peut d'ailleurs être très fluctuante pour un même praticien au cours de son exercice, ce que relatait M10.

M10 : « *C'est relativement rare et heureusement. Enfin c'est par période aussi. Moi quand j'ai débuté, j'ai connu dans mon quartier d'ailleurs, c'est difficile, plusieurs cas de suicides.* »

Rappelons qu'il y a eu en 2016 dans l'Orne 66 cas de suicides (2). Le nombre de généralistes installés dans l'Orne étant de 137 (75), on peut en déduire qu'un médecin généraliste a 0,5 suicide par an dans sa patientèle soit 1 suicide tous les 2 ans.

A l'échelle d'un médecin généraliste, ce phénomène semble effectivement rare. Si l'on compare ces données à celles de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) de 2009 révélant les motifs de consultations les plus fréquents d'un médecin généraliste, cette rareté prend tout son sens. Les 3 motifs de consultations les plus fréquents pour un généraliste sont les examens systématiques et de prévention, les états fébriles et l'hypertension artérielle, représentant à eux 3 plus de la moitié des patients consultés dans l'exercice d'un médecin généraliste (76).

III- Discussion concernant le ressenti des généralistes

A- Culpabilité et responsabilité du médecin généraliste devant le suicide de son patient

Nous avons également remarqué dans notre étude que le médecin traitant du suicidé se questionnait beaucoup, recherchait tout signe précurseur du suicide à côté duquel il aurait pu passer, remettait en cause sa prise en charge en amont du suicide et ressentait parfois même de la culpabilité.

Cette culpabilité des médecins généralistes est retrouvée dans les données de la littérature chez leurs confrères du Royaume-Uni (77).

Dans notre étude, les médecins traitants semblaient ainsi souvent porter la responsabilité du suicide de leur patient.

Le médecin traitant peut-il porter la responsabilité du suicide de tous ses patients ?

Le suicide d'un patient semble parfois inéluctable malgré une prise en charge médicale optimale selon le médecin M7. Ce dernier souhaitait, lors de l'entretien, raconter 2 expériences de suicides inéluctables pour lui ainsi que pour le psychiatre de ses 2 patients.

M7 : « Il y a deux suicides, j'ai envie de dire, quasiment inévitables. On savait avec le psychiatre que ça allait se finir comme ça. »

Par ailleurs, une très grande part des personnes qui se suicident a consulté son médecin traitant dans les mois précédant ce geste. On estime en effet que 87% des suicidés étaient en contact avec leur médecin généraliste dans les 12 mois précédant l'acte suicidaire (78). La fréquence des consultations chez le généraliste est particulièrement accrue dans le mois précédent le suicide (79). Ceci est notamment marqué chez les personnes âgées en France : les deux tiers ont consulté leur médecin traitant au cours du mois précédant le suicide et la moitié au cours des 10 derniers jours (80). La fréquence des consultations chez le généraliste constitue d'ailleurs un facteur prédictif de suicide accompli (78).

Etant donnés ces chiffres, le médecin traitant a une très grande probabilité d'avoir reçu en consultation un patient dans les mois précédant le suicide, et qui plus est à plusieurs reprises. En est-il pour autant responsable ? N'a-t-il pas su prendre en charge son patient ou n'a-t-il pas pu éviter l'inéluctable ?

B- Douleur et mémoire des histoires de suicides racontées par les généralistes

Dans l'analyse de la rareté du suicide exprimée pour les médecins interviewés, nous avons remarqué qu'ils se remémoraient de plus en plus d'histoires de suicide au fur et à mesure de l'entretien.

Comment expliquer ce phénomène ?

Durant l'expérience professionnelle d'un médecin généraliste, il est possible qu'une nouvelle histoire douloureuse de suicide « enfouisse » la trace mnésique d'une ancienne histoire du même ordre. C'est l'oubli par interférence rétroactive (81).

Alors si des histoires douloureuses de suicide sont « enfouies » dans la mémoire du praticien, comment expliquer qu'elles ressurgissent au cours de l'entretien ?

Rappelons que les récits de suicides racontés par les généralistes font appel à diverses émotions : l'incompréhension, le sentiment d'échec ou d'impuissance, la culpabilité et surtout la douleur.

Ces émotions font appel à la mémoire implicite dans sa dimension émotionnelle affective. C'est une mémoire inconsciente qui fait intervenir l'amygdale cérébrale. Celle-ci est stimulée lors d'émotions (81).

Le fait de reparler de ces suicides fait ressurgir des émotions chez le généraliste et fait ainsi refaire surface à d'autres histoires faisant appel aux mêmes émotions. Cette « remémoration » est facilitée par un cadre de sécurité, de bienveillance et d'écoute (81). Cette ambiance a pu être reproduite dans les entretiens en tête à tête et favoriser cette « remémoration ».

C- Sentiment de solitude des généralistes

Lors de l'étude des problématiques des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de leurs endeuillés du suicide, certains d'entre eux exprimaient leur sentiment de solitude.

M8 : « *On n'a aucun compte rendu donc en tant que médecin généraliste on a l'impression de travailler un peu tout seul.* »

Ces propos illustraient alors le manque de relation et de correspondance avec les professionnels de santé psychique.

Mais ce sentiment de solitude ne cache-t-il pas également l'angoisse du médecin face à ses incertitudes et son manque de compétence en psychiatrie ?

Ce manque de compétence avait d'ailleurs été avoué par la quasi-totalité des médecins interviewés.

M1 : « *Personnellement je ne pense pas être compétente dans la prise en charge.* »

Cette angoisse a été évoquée par M5.

M5 : « *Pas être la seule, ça me fait peur derrière...* »

IV- Discussion concernant la prise en charge des endeuillés du suicide par le généraliste

A- Le médecin généraliste comme médecin de famille

Les médecins traitants interviewés dans l'étude ont largement rappelé qu'ils connaissaient bien leurs patients, ce qui les aidait à les suivre et à adapter leur prise en charge.

M8 : « *Son caractère, son vécu, ses croyances, ses us et coutumes. [...] C'est très subjectif tout ça mais c'est l'avantage d'être leur médecin. C'est plus facile quand on connaît bien ses patients, parce qu'on connaît leur caractère, on connaît leurs mimiques.* »

Cette prise en charge des endeuillés du suicide par les généralistes s'est d'ailleurs révélée dans les domaines de la santé psychique, physique et sociale.

Les praticiens ont ainsi fait référence à la définition européenne du médecin de famille de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) Europe 2011 (7). (Cf. Annexe 1) Dans cette définition, il y est mentionné leur approche individuelle, familiale et communautaire du patient dans ses dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Le médecin généraliste connaît donc bien ses patients et réciproquement. Pour un patient, bien connaître son médecin traitant présente également des avantages. Nous avons d'ailleurs vu dans notre étude que l'endeuillé venait chercher un soutien personnel et personnalisé auprès de celui-ci.

Mais trop connaître son médecin traitant peut parfois également être un frein. Il est parfois difficile de tout lui dire car il connaît également le reste de la famille et certains tabous peuvent

s'installer. Dans ce contexte, l'aide d'un professionnel extérieur s'avère complémentaire à la prise en charge du médecin traitant.

B- Adaptation du généraliste selon son expérience professionnelle

Les généralistes interviewés dans notre étude adaptaient la prise en charge de leur patient de façon individualisée mais aussi en se reposant sur leur expérience professionnelle.

Ceci concorde avec les données de la littérature en matière de prise en charge du deuil de manière générale. Pour prendre en charge les endeuillés, les médecins généralistes Normands basent leur pratique principalement sur leur expérience de terrain, loin devant leur expérience personnelle et leur formation professionnelle (82).

C- Motif caché et signe de la porte

Il arrive que le motif officiel de consultation ne soit pas le vrai sujet de préoccupation et le vrai problème à résoudre du patient. Ce phénomène a été décrit par nos généralistes interviewés et la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en fait état dans son ouvrage « Manuel théorique de médecine générale » dans sa fiche « L'OFFRE DU MALADE » (83).

Ce motif caché est ce que l'on appelle la *demande écran*. Cette situation est propre aux soins primaires. Il revient au médecin de rechercher quelle est la réelle demande du patient.

L'écoute du médecin dont nombre de généralistes de notre étude y ont attaché une grande importance prend alors toute sa place.

Le vrai motif est parfois énoncé, au moment où la consultation se termine, sur le pas de la porte : "au fait Docteur, j'aurais aimé vous parler de...", comme en fait également mention l'ouvrage de la SFMG. Le terme d'*agenda caché* est utilisé pour nommer ces problèmes nouveaux introduits par le patient en fin de consultation.

Le médecin M7 l'avait aussi évoqué dans son entretien et nous l'avions nommé le signe de la porte.

M7 : « "Il vaudrait mieux en finir de toute façon. " Une phrase glissée à la fin en ouvrant la porte. »

On estime qu'un nouveau problème est évoqué dans 21% des cas en fin de consultation. Ce taux varie en fonction de la façon qu'a le médecin de conduire la consultation et de laisser la place à l'expression des inquiétudes et croyances du patient (83).

Des études ont montré que le fait de laisser au patient le temps d'exprimer toutes ses plaintes entraîne une diminution significative d'agenda caché en fin de consultation (83).

Rappelons que beaucoup de nos généralistes interviewés accordaient une importance primordiale à l'écoute attentive, à leur disponibilité et au temps accordé au patient. Ces qualités prennent tout leur sens dans ce contexte.

D- Connaissance du décès d'un patient par son médecin traitant

Nombre de généralistes interviewés dans notre étude ont révélé une problématique importante dans leur pratique : ils n'étaient pas toujours informés du décès de leur patient.

Dans notre étude, la connaissance du décès d'un patient se faisait :

- Par les proches du défunt

M6 : « *Que je l'apprenne par la famille* »

- Par le bouche à oreille

M10 : « *Je l'ai appris par connaissance.* »

- Par la presse

M5 : « *On a su ça dans les journaux.* »

- Rarement par l'hôpital

M4 : « *A l'hôpital on ne nous informe pas du décès de nos patients.* »

M11 : « *On n'est pas toujours au courant de tout pour le coup. Des fois on apprend les décès tardivement...* »

Une étude montre que les médecins traitants de Normandie apprennent le décès de leur patient par la famille dans la majorité des cas (69%). Ils ont connaissance du décès de leur patient par l'hôpital dans 24% des cas, par le bouche à oreille dans 7% des cas et dans les journaux locaux dans 1% des cas (84).

Les résultats de notre étude concordent avec ces données pour l'information donnée par la famille, le bouche à oreille et les journaux locaux mais pas pour l'hôpital. Est-ce dû à des spécificités locales dans l'Orne ? La communication ville - hôpital y serait-elle plus compliquée ?

Le renforcement du lien ville - hôpital fait partie des préconisations rappelées par la fédération hospitalière de France dans son rapport de 2018 (85).

Le médecin généraliste peut donc découvrir le décès de ses patients dans les journaux dans 1% des cas, ce qui semble peu.

L'information concernant le décès d'un patient étant primordial pour le médecin traitant, la lecture de la rubrique nécrologique ne pourrait-elle pas faire partie de son exercice quotidien ?

49% des médecins généralistes Normands déclarent ne pas avoir de démarche active (lecture des rubriques nécrologiques, appel téléphonique des services hospitaliers...) afin de se tenir informés d'éventuel décès survenu dans leur patientèle (84).

Par ailleurs, comme le faisait remarquer M6, apprendre le décès par la famille n'est pas chose agréable pour le médecin traitant. Ce dernier souhaiterait être informé du suicide de son patient par les confrères étant intervenus sur place.

M6 : « *Je me suis dit « ba tient c'est quand même sympa que je l'apprenne par la famille ! » et non pas par les confrères qui ont géré ça.* »

Le malaise ressenti par le généraliste devant la famille à l'annonce de la nouvelle tient probablement du fait qu'il va devoir faire face au choc de la nouvelle tout en gérant ses émotions.

Afin d'améliorer ce point, le médecin traitant du suicidé ne pourrait-il pas être contacté systématiquement, par téléphone ou par voie dématérialisée, du suicide et plus généralement du décès de ses patients ?

E- Prise de contact des généralistes avec les endeuillés par suicide et planning de suivi

Dans notre étude, certains praticiens étaient réticents à contacter les proches du suicidé à la connaissance de son décès.

M5 : « *Est-ce qu'on peut se permettre d'appeler nos patients [...] ? Ba moi je ne l'ai pas fait parce que je n'ai pas osé.* »

Pourtant, les endeuillés par suicide attendent de leur médecin traitant que celui-ci les contacte (70).

Cette réticence qu'a parfois le généraliste à contacter les endeuillés par suicide peut s'expliquer par sa propre culpabilité dans le suicide de son patient.

C'est effectivement ce qui est montré dans une étude menée au Royaume-Uni sur 13 médecins généralistes ayant suivi des parents endeuillés par suicide de leur enfant (77).

J'ai d'ailleurs remarqué cette réticence au cours de mon stage d'interne chez un médecin généraliste. Ce dernier suivait un couple de patients, que je n'avais jamais rencontré, et avait appris le suicide du mari. Mon maître de stage m'avait alors raconté qu'il prenait en charge ce patient pour des douleurs chroniques difficiles à soulager. Le patient s'était défenestré en laissant une lettre dans laquelle il parlait de ses douleurs insupportables. Ce généraliste m'avait alors dit vouloir visiter à domicile la veuve dès qu'il en aurait le temps. Mais au fur et à mesure que mon stage avançait, il ne semblait pas avoir trouvé ce temps. Il semblait en fait être réticent à contacter la femme du suicidé.

Était-ce par culpabilité ? Je ne l'ai jamais vraiment su. Mais l'insistance de ces propos concernant l'impossibilité de soulager les douleurs du patient dans nos discussions le laissait entendre...

Cette réticence à prendre contact avec ses patients endeuillés par suicide pourrait également avoir une autre origine. En effet, en réalisant cette prise de contact active, le généraliste pourrait avoir peur d'être intrusif dans la vie de ses patients (86). Cette crainte d'entrer dans l'intimité du patient pourrait donc constituer un frein.

Prendre activement contact avec les endeuillés du suicide semble pourtant être attendu par ceux-ci. Cette démarche proactive pourrait s'intégrer dans la postvention par les médecins généralistes.

Il en est de même pour le planning de suivi des endeuillés. Dans notre étude, les praticiens avaient plutôt tendance à laisser leurs patients prendre rendez-vous. Une démarche proactive concernant le suivi des patients semblerait adéquate.

Les médecins interviewés avaient pensé à se réorganiser pour mettre en place un planning de suivi des endeuillés par suicide : consultations spécifiquement dédiées, consultations plus longues à intégrer dans l'emploi du temps, planification de rendez-vous systématiques.

Cette réorganisation et planification de l'emploi du temps du généraliste pourrait faire l'objet d'un protocole pour le secrétariat médical.

Par ailleurs, dans cette démarche, le rôle d'un infirmier en pratique avancée pourrait être intéressant pour les médecins généralistes exerçant en équipe de soins.

Parmi les objectifs de l'infirmier en pratique avancée, il est effectivement mentionné les actions de préventions et de dépistage et son domaine d'action s'ouvre à la santé mentale et la psychiatrie pour l'année 2019-2020 (87).

F- L'écoute apportée par les généralistes expérimentés

Dans notre étude, nous avons remarqué que les médecins généralistes les plus expérimentés en dehors de M4 attachaient une importance à l'écoute de leurs endeuillés par suicide. L'analyse des entretiens n'a pas pu mettre en évidence de cause à cette exception de M4.

On peut malgré tout remarquer que parmi ces médecins ayant plus de 20 ans d'installation, seul M4 a révélé ne pas avoir d'« attirance pour la psychiatrie ». Ce manque d'attirance conditionnerait peut-être la plus ou moins grande écoute de ses patients et plus largement les principes de prise en charge des endeuillés du suicide.

G- La problématique du manque de temps en médecine générale

Pour prendre en charge les endeuillés par suicide, les médecins interviewés dans notre étude ont mis en lumière un paradoxe : la volonté de planifier plusieurs consultations de suivi et de prendre le temps lors des consultations d'un côté, et le manque de temps dans leur exercice quotidien de l'autre côté.

Même s'ils ont montré avoir adapté leur emploi du temps pour pouvoir accorder du temps à ces endeuillés, cela peut s'avérer éprouvant émotionnellement pour eux. Le travail empêché, c'est-à-dire les tâches impossibles à faire convenablement en raison d'une surcharge de travail et d'un manque de temps pour le soutien psychologique des patients, est stressant pour les généralistes et les prédisposent au burn-out (88).

H- Support d'évaluation du deuil en médecine générale

Concernant l'évaluation du deuil, les praticiens de notre étude ont eu du mal à exprimer la manière de repérer la difficulté du deuil de leur patient ainsi que le schéma temporel sur lequel ils s'appuient.

En fait, le jugement clinique de beaucoup de nos médecins ne se basait pas sur des grilles d'évaluation comprenant des items mais sur la connaissance de leur patient dans leur globalité et la réorganisation de leur vie.

M8 : « Ce n'est pas un questionnement que je leur fais hein. Mais quand on discute, on essaie de voir un peu comment leur vie s'organise. »

Mais pour d'autres médecins, la question semblait plus compliquée et source de besoin de formation sur le processus de deuil. Pour ces praticiens, des supports d'évaluation du deuil pourraient être une aide.

Les échelles d'évaluation du deuil les plus connues sont (89) :

- TRIG (Texas Revised Inventory of Grief), Faschingbauer et al, 1987 : traduit et validé en français.

- ICG (Inventory of Complicated Grief), Prigerson et al, 1995 : est censé être une échelle dimensionnelle pour discriminer le deuil compliqué du deuil normal, traduit et validé en français
- GEI (Grief Experienced Inventory)
- CBI (Core Bereavement Items)

I- Prescription médicamenteuse du généraliste dans le deuil normal

Dans notre étude, 3 des praticiens interviewés prescrivait volontiers un traitement anxiolytique, notamment des benzodiazépines, pour gérer l'anxiété dans la phase initiale du deuil.

Rappelons que tout traitement anxiolytique et somnifère est à utiliser avec précaution pour plusieurs raisons.

Il existe effectivement un risque d'accoutumance à prendre en compte.

Ils sont également cause de somnolence et entraînent une élévation du risque d'accident de la voie publique (90).

Par ailleurs, le retentissement sur la concentration et la mémoire peuvent gêner le travail psychologique d'adaptation à la perte du proche (90).

Concernant la prescription médicamenteuse à moyen et long terme, 6 des 11 médecins ont prescrit un traitement dans les récits rapportés, et 3 parlaient de traitement antidépresseur. Malgré tout, ces prescriptions étaient temporisées afin de se laisser le temps d'évaluer le deuil de leur patient, notamment pour les généralistes les plus expérimentés.

Rappelons qu'il existe une augmentation du risque d'idées suicidaires, de suicide et de comportements violents associée à la prise d'antidépresseur (91) (92).

Dans la littérature, la prescription médicamenteuse des généralistes normands face à un deuil normal est la suivante (84) :

- Prescription d'anxiolytiques :
42% en prescrivent lorsque la demande est formulée par le patient lui-même, et 39% en prescrivent rarement.

- Prescription de somnifères :
40% des généralistes prescrivent des somnifères à la demande du patient. 44% les prescrivent rarement.

- Prescription d'antidépresseurs :
62% des généralistes n'en ont jamais prescrit et 34% en ont rarement prescrit.

Il est difficile de comparer ces données à celles de notre étude car le sujet de la prescription médicamenteuse ne faisait pas l'objet de recherche dans le guide d'entretien. Les éléments recueillis n'ont donc été que ceux révélés spontanément par nos praticiens. La prescription de somnifère n'a notamment pas été évoquée dans notre étude.

Néanmoins, la faible prescription d'antidépresseur dans le deuil normal recueilli dans la littérature pourrait être en phase avec le temps d'évaluation du deuil dont ont parlé nos médecins interviewés.

V- Discussion concernant les problématiques du généraliste vis-à-vis du réseau psycho-psychiatrique et perspectives

A- Démographie médicale

Le problème de la démographie médicale a été largement évoqué dans nos entretiens. Nos généralistes disaient assister à un « délitement de la médecine » tant sur le plan de la médecine générale que de la psychiatrie. Les médecins interviewés dans l'Orne rappelaient d'ailleurs qu'il n'y avait qu'un seul psychiatre libéral dans leur secteur. Ceci entraîne pour les patients une difficulté d'accès aux psychiatres libéraux ou à des délais de consultation trop longs.

Cette situation a obligé nos généralistes à gérer souvent seuls la prise en charge des endeuillés par suicide, ou à s'appuyer sur les urgences psychiatriques, le CMP ou les psychologues libéraux.

B- Coût financier des psychologues libéraux

Néanmoins, le coût financier à la charge des patients des consultations de psychologues libéraux était malheureusement souvent source de renoncement aux soins selon nos généralistes.

Cela soulève le paradoxe de la sécurité sociale qui prend en charge des traitements médicamenteux mais pas les consultations avec les psychologues qui ont pourtant un rôle primordial. La prise en charge financière des consultations de psychologues libéraux par la sécurité sociale semble une voie difficile à faire avancer.

Comment peut-on imaginer une telle aide financière ?

Au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) et d'un Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire (PSLA), ne pourrait-on pas financer un projet de prise en charge des endeuillés par suicide avec les généralistes et les psychologues libéraux ? Les patients y seraient alors pris en charge par ces professionnels avec des subventions financières, ce qui ne constituerait plus un frein financier pour accéder à ces soins.

C'est la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) qui permet aux structures d'exercice coordonné pluri professionnelles de percevoir collectivement des financements sur objectifs de l'assurance maladie, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant (93). Depuis février 2015, les associés des SISA peuvent, au titre de leurs activités réalisées en commun, percevoir collectivement des rémunérations forfaitaires.

Le problème majeur d'un tel projet est qu'aux termes de l'article L. 4041-1 « les SISA peuvent être constituées entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien ». Les psychologues ne faisant partie d'aucune de ces catégories, ils ne peuvent être associés d'une SISA. Une évolution en ce sens paraîtrait donc nécessaire.

C- Communication des spécialistes psycho-psychiatriques avec les médecins traitants

Nos généralistes interviewés avaient par ailleurs soulevé le problème de la communication entre le médecin traitant et les professionnels de santé psychologique et psychiatrique prenant en charge leurs patients. Nos praticiens ont rappelé le besoin de savoir où en est le suivi de leur patient. Ce manque de retour conduit pour eux à un sentiment d'exclusion de la prise en charge de leur patient.

M7 : « le problème des réseaux, c'est que tu ne fais plus partie du circuit. »

Cette communication semble d'ailleurs primordiale dans sa réciprocité.

Rappelons à ce propos que des professionnels de santé peuvent échanger les informations « pertinentes, nécessaires et non exhaustives » concernant la santé d'un patient afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible (94). La loi du 4 mars 2002 ajoute que « le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part » (95). Le médecin traitant est ainsi habilité à communiquer avec ces personnes entourant leur patient.

Une communication réciproque par courrier papier ou, mieux, par voie dématérialisée sécurisée systématique semble nécessaire pour optimiser la prise en charge des endeuillés par suicide.

D- Médecin généraliste et équipe de postvention

Dans l'idéal, bon nombre des médecins interviewés aimeraient pouvoir faire mobiliser directement une équipe spécialisée de postvention qui serait extérieure aux structures locales.

Dans notre étude, les généralistes ont imaginé pouvoir les contacter directement par téléphone ou par le biais de la mairie de leur commune.

Ne serait-ce donc pas là un rôle attribuable à la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) ?

La PTA est un outil de coordination au service du médecin traitant pour le soulager dans la prise en charge de toute situation médico-psycho-sociale complexe, par la mobilisation des acteurs ou des dispositifs adaptés à chaque patient (96) (97). L'équipe de la PTA est sollicitée par le médecin traitant sur un simple appel téléphonique.

Le médecin traitant pourrait ainsi, par appel téléphonique comme souhaité dans notre étude, mobiliser une équipe de postvention via la PTA de son secteur.

VI- La double problématique du médecin généraliste

A- Nécessité d'une prise en charge des généralistes

Une double problématique extrêmement importante pour les généralistes a été mise en évidence dans notre étude.

S'ils considèrent bien connaître leurs patients, surtout au fil du temps, ce point est à double tranchant.

D'une part, cela leur permet une meilleure prise en charge de leur patient endeuillé par suicide avec une meilleure évaluation de leur deuil et de leur situation médico-psycho-sociale.

Mais d'autre part, le généraliste fait lui-même partie de l'entourage du suicidé. Ceci implique des sentiments parallèles à ceux ressentis par l'entourage qu'il prend en charge : questionnement, incompréhension, remise en cause de ses actes, et surtout vécu douloureux.

M8 : *« On risque d'être également mal psychologiquement et on nous demande en étant pas forcément bien psychologiquement d'aider les autres ! »*

Notre étude a ainsi montré que les médecins généralistes pouvaient être considérés comme étant eux-mêmes un proche de leur patient suicidé et nécessiteraient, à ce titre, une prise en charge spécifique.

M8 : *« Pour améliorer la prise en charge du médecin, il faudrait peut-être que le médecin lui-même puisse être écouté. »*

Il existe un manque de connaissance sur le soutien apporté aux médecins généralistes après le suicide d'un patient. Une étude portant sur 13 médecins généralistes anglais ayant suivi des parents endeuillés par le suicide de leur enfant a néanmoins montré leur réflexion quant à l'impact du suicide sur eux-mêmes et leur manque de soutien ou de supervision (77).

B- Comment prendre en charge les généralistes ?

Une étude qualitative portant sur les médecins généralistes en Slovénie révèle les formes de soutien souhaitées par ceux-ci dans une telle situation (98). Il s'agit le plus souvent de consultations individuelles avec un psychologue ou un psychiatre. Mais ils espèrent aussi des groupes Balint, des consultations de groupe, ou des groupes de pairs où des généralistes les plus expérimentés aideraient les plus jeunes.

Dans notre étude, les médecins M1 et M2 ont effectivement évoqué les groupes de Pairs et groupes Balint comme aide nécessaire.

M2 : *« Pour soi, pour le ressenti du suicide, des choses genre groupe Balint, groupe de pairs seraient sûrement utiles. »*

Ils ont également parlé de la nécessité d'une prise en charge par une équipe spécialisée de postvention, au même titre que les proches du suicidé. Ils ont besoin d'être écoutés par un psychologue ou un psychiatre spécialisé « extérieur » aux structures locales.

M8 : « Il faudrait qu'on ait quelqu'un qui soit neutre. Par exemple, là nous on a une psychologue à M. mais si je vais voir cette psychologue qui suit elle-même éventuellement le patient qui vient de se suicider, on peut aussi mettre la psychologue dans une position qui va être ambiguë. »

CONCLUSION

Si les proches d'une personne qui s'est suicidée peuvent bénéficier des actions de postvention, ils vont privilégier une prise de contact avec leur médecin traitant s'ils ressentent le besoin d'une aide professionnelle (71). Notre étude a alors recherché comment ces praticiens prennent en charge les endeuillés par suicide et recueilli leur connaissance de la postvention.

Si aucun des médecins généralistes interviewés ne connaît la postvention, ils considèrent que leur rôle dans la prise en charge des endeuillés du suicide n'en est pas moins primordial. En premier recours aux soins et en coordonnateur de soins, les généralistes s'attèlent à répondre aux besoins de prise en charge de ces endeuillés dans le domaine psychologique, dans le repérage de complications psychiatriques et somatiques, ainsi que dans le domaine social.

Si bien connaître ses patients permet aux médecins traitants d'avoir une prise en charge personnalisée de ces endeuillés, elle pose une autre problématique : le médecin traitant peut lui-même être endeuillé du suicide de son patient comme un proche et ainsi être dans le questionnement, l'incompréhension, la remise en cause, la culpabilité et la douleur émotionnelle.

Cette double problématique du médecin généraliste soulève une question fondamentale. Comment demander aux médecins de famille de prendre en charge l'entourage d'une personne suicidée quand ils doivent eux-mêmes faire face au deuil de leur patient suicidé ? Il est difficile pour ces praticiens d'améliorer leur prise en charge et d'être pro actif alors qu'ils doivent faire face à leurs propres émotions. Il semblerait donc nécessaire d'apporter un soutien et une écoute aux médecins traitants au sein de la postvention. Cette perspective mériterait d'être approfondie afin de définir les besoins des médecins généralistes et de leur prise en charge dans le cas du suicide d'un patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale. World Health Organization; 2015. 89 p.
2. CépiDc - causes médicales de décès [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: <http://cepidc-data.inserm.fr/>
3. Shneidman ES, American Association of Suicidology, éditeurs. On the nature of suicide. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1969. 146 p. (The Jossey-Bass behavioral science series).
4. Terra JL. Are new data collection systems needed to achieve public health and research goals for the prevention of suicide? *Rev Epidemiol Sante Publique*. janv 2002;50(1):41-8.
5. Andriessen K, Rahman B, Draper B, Dudley M, Mitchell PB. Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*. 1 mai 2017;88:113-20.
6. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste, General medicine, psychiatry and primary care : from the perspective of the General Practitioner. *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014;me 90(5):323-9.
7. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
8. Suicide [Internet]. [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
9. S B. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective [Internet]. Vol. 15, *International journal of environmental research and public health*. *Int J Environ Res Public Health*; 2018 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29986446/?from_term=%28suicide%29+AND+%28psychiatric+disorder%29&from_pos=1
10. Zisook S, Simon NM, Reynolds CF, Pies R, Lebowitz B, Young IT, et al. Bereavement, complicated grief, and DSM, part 2: complicated grief. *J Clin Psychiatry*. août 2010;71(8):1097-8.
11. Philippin Y. Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *InfoKara*. 2006;Vol. 21(4):163-6.
12. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *J Pers Soc Psychol*. nov 2002;83(5):1150-64.
13. Woof WR, Carter YH. The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (Part 1). *Br J Gen Pract*. juill 1997;47(420):443-8.
14. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet*. 8 déc 2007;370(9603):1960-73.
15. Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. Bereavement and complicated grief. *Curr Psychiatry Rep*. nov 2013;15(11):406.

16. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 8 oct 2008;300(14):1665-73.
17. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav*. 2004;34(4):350-62.
18. Hanus M. Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 juin 2006;164(4):349-56.
19. Parkes CM. Bereavement in adult life. *BMJ*. 14 mars 1998;316(7134):856-9.
20. Hall C. Bereavement theory: recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*. 2 janv 2014;33(1):7-12.
21. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 2016.
22. Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N, et al. *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
23. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
24. Zisook S, Pies R, Corruble E. When is grief a disease? *Lancet*. 28 avr 2012;379(9826):1590.
25. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*. août 2009;6(8):e1000121.
26. Corruble E, Chouinard V-A, Letierce A, Gorwood P, Chouinard G. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry*. août 2009;70(8):1091-7.
27. Kleinman A. Culture, bereavement, and psychiatry. *The Lancet*. 18 févr 2012;379(9816):608-9.
28. Forstmeier S, Maercker A. Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *J Affect Disord*. avr 2007;99(1-3):203-11.
29. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord*. déc 2010;127(1-3):352-8.
30. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord*. juin 2011;131(1-3):339-43.
31. Middleton W, Raphael B, Burnett P, Martinek N. Psychological distress and bereavement. *J Nerv Ment Dis*. juill 1997;185(7):447-53.
32. Boelen PA, de Keijser J, Smid G. Cognitive-behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*. 1 juill 2015;7:382-90.

33. Guldin M-B, Vedsted P, Jensen AB, Olesen F, Zachariae R. Bereavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial. *Fam Pract.* avr 2013;30(2):134-41.
34. Bacqué M-F. Parler du deuil pour éviter de parler de la mort ? La société occidentale face aux changements démographiques et culturels du xxie siècle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* avr 2013;171(3):176-81.
35. Lemkau JP, Mann B, Little D, Whitecar P, Hershberger P, Schumm JA. A questionnaire survey of family practice physicians' perceptions of bereavement care. *Arch Fam Med.* oct 2000;9(9):822-9.
36. E. Clark S, D. Goldney R. The Impact of Suicide on Relatives and Friends. In: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide.* 2008. p. 467-84.
37. Cleiren MPhD, Diekstra RFW. After the loss: Bereavement after suicide and other types of death. In: *The impact of suicide.* New York, NY, US: Springer Publishing Co; 1995. p. 7-39. (Springer series on death and suicide).
38. Farberow NL. The Los Angeles Survivors-After-Suicide program. An evaluation. *Crisis.* 1992;13(1):23-34.
39. Séguin M. Programme de postvention en milieu scolaire: stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. Montréal: Éditions AQPS; 2004.
40. Caplan G, Caplan G. An approach to community mental health. Repr. of the ed. London 1961. London: Routledge; 2001. 262 p. (International behavioural and social science library Mind & Medicine).
41. Hanus M. Le deuil après suicide. Paris: Maloine; 2004.
42. Santos M, Gago E. Imitation suicide: the werther effect. *European Psychiatry.* 1 janv 2010;25:1378.
43. Shneidman ES. *Deaths of man.* New York: Quadrangle; 1973. 238 p.
44. Shneidman ES. *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior.* Northvale, N.J: J. Aronson; 1993. 258 p.
45. Cook F, Jordan JR, Moyer K. Responding to Grief, Trauma, and Distress After a Suicide:U.S. National Guidelines. *avr 2015;67.*
46. Cain AC. *Survivors of suicide.* Springfield, Ill: Thomas; 1972. 303 p.
47. Andriessen K. A Reflection on "Suicide Survivor". *Crisis.* 1 févr 2005;26:38-9.
48. Ayalon O, Lahad M, Cohen A, Merkaz ha-meḥozi li-she'at ḥerum (Kiryat Shmonah I. Community stress prevention. Kiryat Shmona: Community Stress Prevention Center; 2003.
49. Andriessen K. Can postvention be prevention? *Crisis.* 2009;30(1):43-7.
50. Gulliver SB, Pennington ML, Leto F, Cammarata C, Ostiguy W, Zavodny C, et al. In the wake of suicide: Developing guidelines for suicide postvention in fire service. *Death Stud.* 2016;40(2):121-8.
51. Observatoire national du suicide (France). *Suicide: état des lieux des connaissances et perspective de recherche.* Paris, France: Observatoire national du suicide (ONS); 2016.

52. Observatoire national du suicide (France). Suicide: connaître pour prévenir: dimensions locales, nationales et associatives. 2e rapport / février 2016 [Internet]. [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf
53. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
54. FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien [Internet]. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/textesexperts/cd.pdf>. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/textesexperts/cd.pdf>
55. Campbell FR, Cataldie L, McIntosh J, Millet K. An active postvention program. *Crisis*. 2004;25(1):30-2.
56. Cerel J, Campbell FR. Suicide Survivors Seeking Mental Health Services: A Preliminary Examination of the Role of an Active Postvention Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. févr 2008;38(1):30-4.
57. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Can J Public Health*. févr 2011;102(1):18-29.
58. Spitzer WJ, Burke L. A critical-incident stress debriefing program for hospital-based health care personnel. *Health & Social Work*. 1993;18(2):149-56.
59. Psychological Debriefing Does Not Prevent Posttraumatic Stress Disorder [Internet]. *Psychiatric Times*. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.psychiatristimes.com/ptsd/psychological-debriefing-does-not-prevent-posttraumatic-stress-disorder-0>
60. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD000560.
61. Kouri R, Vézina A, Centre de recherche sur les services communautaires. *Survivre au suicide d'un membre de sa famille: une recension des écrits*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires; 1990.
62. Pruett HL. Crisis intervention and prevention with suicide. *New Directions for Student Services*. 1 mars 1990;1990(49):45-55.
63. Rogers J, Sheldon A, Barwick C, Letofsky K, Lancee W. Help for families of suicide: survivors support program. *Can J Psychiatry*. oct 1982;27(6):444-9.
64. Dambry S. *La postvention auprès des endeuillés par suicide: revue de la littérature, perspectives* [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
65. Constantino RE, Bricker PL. Nursing postvention for spousal survivors of suicide. *Issues Ment Health Nurs*. avr 1996;17(2):131-52.
66. Constantino RE, Sekula LK, Rubinstein EN. Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31(4):428-41.
67. Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T, Hwang J, Metsch M. Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mai 2002;41(5):505-13.

68. Sandler I, Tein J-Y, Wolchik S, Ayers TS. The Effects of the Family Bereavement Program to Reduce Suicide Ideation and/or Attempts of Parentally Bereaved Children Six and Fifteen Years Later. *Suicide Life Threat Behav.* avr 2016;46 Suppl 1:S32-38.
69. Daigle MS, Labelle RJ. Pilot evaluation of a group therapy program for children bereaved by suicide. *Crisis.* 2012;33(6):350-7.
70. Brownstein M. Contacting the family after a suicide. *Can J Psychiatry.* avr 1992;37(3):208-12.
71. de Groot M, van der Meer K, Burger H. A survey of Dutch GPs' attitudes towards help seeking and follow-up care for relatives bereaved by suicide. *Fam Pract.* oct 2009;26(5):372-6.
72. Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. //www.em-premium.com/data/revues/16240693/00170008/08002314/ [Internet]. 2 déc 2008 [cité 19 août 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/194006/resultatrecherche/7>
73. Pitman A. Addressing suicide risk in partners and relatives bereaved by suicide. *Br J Psychiatry.* 2018;212(4):197-8.
74. Petersen L, Sørensen TIA, Andersen PK, Mortensen PB, Hawton K. Genetic and familial environmental effects on suicide--an adoption study of siblings. *PLoS ONE.* 2013;8(10):e77973.
75. ameli.fr - Patientèle [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php>
76. OMG - Top 50 des RC [Internet]. [cité 27 mai 2020]. Disponible sur: <http://omg.sfmfg.org/content/donnees/top25.php?sid=fcd8086f287c271dc3641e0c71>
77. E F, S M, L C, N K, J S, Ca C-G. GPs' Experiences of Dealing With Parents Bereaved by Suicide: A Qualitative Study [Internet]. Vol. 66, *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.* Br J Gen Pract; 2016 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27528708/?from_term=%28%28suicide%29+AND+%28consultation%29%29+AND+%28General+Practitioners%29%29&from_page=2&from_pos=5
78. G L, M R, K G, L H, S M, J R. Patterns and Predictors of Help-Seeking Contacts With Health Services and General Practitioner Detection of Suicidality Prior to Suicide: A Cohort Analysis of Suicides Occurring Over a Two-Year Period [Internet]. Vol. 16, *BMC psychiatry.* BMC Psychiatry; 2016 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27138875/?from_term=%28%28suicide%29+AND+%28consultation%29%29+AND+%28General+Practitioners%29%29&from_page=2&from_pos=2
79. L A, T A, U D, B T, M W. General Practitioners and Young Suicides: A Preventive Role for Primary Care [Internet]. Vol. 168, *The British journal of psychiatry : the journal of mental science.* Br J Psychiatry; 1996 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8833687/?from_term=%28%28suicide%29+AND+%28consultation%29%29+AND+%28General+Practitioners%29%29&from_page=2&from_pos=6
80. C K-B, M W. [Prevention of Suicide of the Elderly in France. To a Multimodal Strategy Against Depression and Isolation: CQFDi] [Internet]. Vol. 45 Suppl 1, *L'Encephale.* Encephale; 2019 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30477900/?from_term=%28%28suicide%29+AND+%28consultation%29%29+AND+%28General+Practitioners%29%29&from_page=2&from_pos=9

81. Corcos M. La mémoire et l'oubli, de la psychanalyse aux neurosciences. Le Carnet PSY. 2008;n° 125(3):32-5.
82. Lethuillier M. Deuil en médecine générale: prise en charge des médecins généralistes de Normandie, habitudes et difficultés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2019.
83. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale: 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud; [Issy-les-Moulineaux: Global Média Santé ; SFMG; 2015.
84. Lethuillier M. Deuil en médecine générale : prise en charge des médecins généralistes de Normandie, habitudes et difficultés. 3 déc 2019;170.
85. Legros C. Renforcer le lien ville-hôpital : la FHF présente ses propositions [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. 2018 [cité 2 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/renforcer-le-lien-ville-hopital/>
86. Calberg L. Vécu et ressenti des médecins généralistes concernant leur pratique en matière de santé périconceptionnelle en général et concernant la recommandation sur l'acide folique en particulier [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2014.
87. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
88. Impact des agents stressés sur la santé des soignants (Communiqué) – Toute La Veille des acteurs de la Santé [Internet]. [cité 2 juin 2020]. Disponible sur: <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/87243/impact-des-agents-stresseurs-sur-la-sante-des-soignants-communique/>
89. Masson E. Études sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/50539>
90. Simon NM. Treating complicated grief. JAMA. 24 juill 2013;310(4):416-23.
91. Venlafaxine : plus dangereuse que la plupart des antidépresseurs sérotoninergiques dits sélectifs. Prescrire. déc 2015;35(386):906-10.
92. Antidépresseurs : suicides et violences chez des adultes sans troubles psychiques. Prescrire. avr 2017;37(402):263.
93. DGOS. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
94. DGOS. Fiche 12 : le secret professionnel et le partage des informations médicales entre professionnels de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-12-le-secret-professionnel-et-le-partage-des-informations-medicales-entre>
95. Thouvenin D. Secret médical et loi du 4 mars 2002 : quels changements ? Laennec. 2007;Tome 55(1):23-37.

96. PTA - Plateforme Territoriale d'Appui - URML Normandie [Internet]. [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/en-action/plateforme-territoriale-dappui/>
97. Fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes [Internet]. [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/fonctions-dappui-pour-la-coordination-des-parcours-de-sante-complexes>
98. D RP, M T, A M, I Š, O G. General Practitioners' Needs for Support After the Suicide of Patient: A Qualitative Study [Internet]. Vol. 24, The European journal of general practice. Eur J Gen Pract; 2018 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30052086/?from_term=%28%28suicide%29+AND+%28consultation%29%29+AND+%28General+Practitioners%29%29&from_pos=2
99. Publishing AP, Crocq M-A, Guelfi JD. DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. [Internet]. Elsevier Health Sciences France; 2015 [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4337396>

ANNEXES

Annexe 1 : Définition du médecin de famille selon la WONCA Europe 2011 (7)

Les 12 caractéristiques de la discipline se rapportent à douze capacités que chaque médecin de famille spécialiste devrait maîtriser. En raison de leur interrelation, ils sont regroupés en 6 catégories indépendantes de compétences de base.

1. La gestion des soins primaires:

- gérer le contact primaire avec les patients, traiter les problèmes non sélectionnés
- couvrir toute la gamme des problèmes de santé
- coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires et avec d'autres spécialistes
- maîtriser la prestation efficace et appropriée des soins et l'utilisation des services de santé
- mettre à la disposition du patient les services appropriés au sein du système de santé
- agir en tant que défenseur du patient
- surveiller en permanence, évaluer et améliorer la qualité et la sécurité des soins.

2. Soins centrés sur la personne :

- adopter une approche centrée sur la personne pour traiter les patients et les problèmes dans le contexte de la situation du patient
- élaborer et appliquer la consultation de pratique générale pour établir une relation efficace avec le patient, dans le respect de son autonomie
- communiquer, établir des priorités et agir en partenariat
- promouvoir les objectifs d'autonomisation du patient
- assurer la continuité longitudinale des soins en fonction des besoins du patient, faire référence à la gestion continue et coordonnée des soins.

3. Compétences particulières en résolution de problèmes:

- établir un lien entre les processus décisionnels particuliers et la prévalence et l'incidence de la maladie dans la collectivité
- recueillir et interpréter de façon sélective l'information tirée de la prise d'antécédents, de l'examen physique, et l'appliquer à un plan de gestion approprié en collaboration avec le patient
- adopter des principes de travail appropriés. Par exemple : enquête progressive, utilisation du temps comme outil et tolérance à l'incertitude
- intervention urgente lorsque nécessaire
- gestion des conditions qui peuvent se présenter tôt et de manière indifférenciée
- faire un usage efficace et efficient des interventions diagnostiques et thérapeutiques.

4. Approche globale:

- gérer simultanément de multiples plaintes et pathologies, problèmes de santé aigus et chroniques chez la personne
- promouvoir la santé et le bien-être en appliquant les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies de manière appropriée

- gérer et coordonner la promotion de la santé, la prévention, la guérison, les soins, les soins palliatifs et la réadaptation.

5. Orientation communautaire:

- concilier les besoins de santé des patients individuels et les besoins de santé de la communauté dans laquelle ils vivent en équilibre avec les ressources disponibles.

6. Approche holistique:

- utiliser un modèle bio-psycho-social tenant compte des dimensions culturelles et existentielles.

Annexe 2 : Deuil complexe et persistant : critères diagnostiques DSM-V (2013)

Critères proposés dans la catégorie des diagnostics nécessitant des études supplémentaires :

- A.** L'individu a vécu la mort d'un membre proche de la famille ou d'un ami proche il y a au moins douze mois. Dans le cas d'un enfant, le décès peut avoir eu lieu il y a six mois au moins
- B.** Depuis le décès, au moins un des symptômes suivants a persisté et à un niveau clinique significatif : tristesse intense, douleur émotionnelle, préoccupations en lien avec le décès
- C.** Depuis la mort, au moins six des symptômes suivants sont vécus plus souvent que 50% des jours à un degré cliniquement significatif :

• Détresse réactive à la mort :

- 1. Difficulté marquée à accepter la mort
- 2. Se sentir choqué, abasourdi, ou émotionnellement engourdi par la perte
- 3. Difficulté à se remémorer positivement des événements en lien avec la personne décédée
- 4. Sentiment d'amertume et de colère lié à la perte
- 5. Evaluations inadaptées sur soi-même en relation avec le défunt ou le décès (par exemple : l'auto-accusation)
- 6. Evitement excessif de rappels de la perte

• Perturbation sociale/identitaire :

- 7. Désir de mourir pour être avec la personne décédée
- 8. Difficulté à faire confiance à d'autres personnes depuis le décès
- 9. Sentiment de solitude ou de détachement d'autres personnes depuis le décès
- 10. Sentiment de vacuité sans le défunt, conviction qu'on ne peut pas fonctionner sans la personne décédée
- 11. Confusion au sujet de son rôle dans la vie ou une diminution du sentiment de l'identité
- 12. Difficulté ou réticence à poursuivre des intérêts depuis le décès ou difficulté à planifier l'avenir

D. La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou une détérioration dans le fonctionnement social, occupationnel, ou d'autres aspects importants du fonctionnement de l'individu

E. La réaction de deuil doit être disproportionnée ou en désaccord avec les normes culturelles, religieuses ou de l'âge du patient

Annexe 3 : Etat de stress aigu : critères diagnostiques DSM-V (99)

A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. Vivre directement l'événement traumatique.
2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche.
4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers).

B. Présence de 9 (ou plus) des symptômes suivants, de n'importe laquelle des 5 catégories d'intrusion, d'humeur négative, de dissociation, d'évitement et de niveau d'activation élevé, qui ont débuté ou se sont aggravés après la survenue d'un événement traumatique :

Symptômes d'intrusion :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. Note : Chez les enfants, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. Note : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (ex. flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) Note : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.
4. Détresse psychologique intense ou prolongée ou réactions physiologiques marquées en réponse à des indices internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

Humeur négative :

5. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

Symptômes dissociatifs :

6. Altération du sens la réalité de son environnement ou de soi-même (par exemple, se voir à partir de la perspective de quelqu'un d'autre, être dans un état second, ralentissement du temps).
7. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

Symptômes d'évitement :

8. Efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.
9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.

Symptômes d'activation :

10. Perturbation du sommeil (par exemple, difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).
11. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation), généralement exprimés sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
12. Hypervigilance.
13. Problèmes de concentration.
14. Réaction de sursaut exagérée.

C. La durée de la perturbation (symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme. Note : Les symptômes commencent généralement immédiatement après le traumatisme, mais leur persistance au moins 3 jours et jusqu'à un mois est nécessaire pour répondre aux critères du trouble.

D. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments ou alcool) ou à une autre condition médicale (par exemple, une légère lésion cérébrale traumatique) et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

Annexe 4: Trouble du stress post-traumatique : critères diagnostiques DSM-V (99)

A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. Vivre directement l'événement traumatique.
2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. Note : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). Note : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.

B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. Note : Chez les enfants âgés de plus de 6 ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. Note : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) Note : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.

4. Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique
5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique.
2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde.
3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant.
5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus de 1 mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Spécificateurs du trouble du stress post-traumatique :

Avec symptômes dissociatifs

Les symptômes rencontrent les critères d'un trouble de stress post-traumatique, et en plus, en réponse au stress, la personne vit des symptômes persistants et récurrents tels que l'une des manifestations suivantes :

1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement, et d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment d'irréalité de soi ou de son corps ou que le temps se déroule lentement).
2. Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'irréalité de l'environnement (par exemple, l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain, ou déformé). Note : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple intoxication alcoolique) ou à une autre condition médicale (par exemple crises épileptiques partielles).

Avec expression retardée

Ce spécificateur est utilisé si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que 6 mois après l'événement (bien que l'apparition et l'expression de certains symptômes puissent être immédiates).

Annexe 5: Verbatim

ENTRETIEN MÉDECIN M1

Investigateur : Pour commencer, est-ce que tu peux te présenter s'il te plaît ?

Médecin 1 : Je suis [M1]. 35 ans. Médecin généraliste. Thésée depuis 2015. Exerçant depuis... J'ai commencé les remplacements depuis 2012 et exerçant en médecin collaborateur depuis janvier 2018. En cabinet dans une zone semi-rurale... semi-urbain. Voilà.

Investigateur : Et tu as remplacé combien de temps ?

Médecin 1 : De 2012 à ... 2018 du coup, fin 2017.

Investigateur : Du coup la médecine générale pour toi c'est... Pourquoi cette spécialité ?

Médecin 1 : Parce que j'aimais un peu tout. J'aime prendre en charge les personnes dans leur globalité. Heu... Et c'est ce que je voulais. C'est un choix. Ce n'est pas par défaut, ou quoi que ce soit. J'ai travaillé mon internat pour devenir médecin généraliste. Et ça me plaît toujours (*petit rire*). En médecin de famille, parce qu'on voit vraiment de tout et il y a un contexte très familial, très environnemental aussi qui est important dans cette spécialité. Donc heu c'est pour ça. D'où le choix !

Investigateur : D'accord. Heu. Concernant tes formations, comment tu fais pour te former pour ton exercice de généraliste ?

Médecin 1 : Heu... J'ai fait quelques DU. Heu. Sinon en règle générale dans la vie de tous les jours heu voilà je suis inscrite heu... dans les heu... à Prescrire, Médecine et enfance voilà pour les actualités. Sinon les journées de formation. Surtout ! Et heu... et après on s'entretient avec mes collègues installés ou remplaçants de temps en temps pour parler de nos cas de tous les jours ou nos soucis, ou autre ! (*Petit rire*) Pour partager un peu notre expérience quoi. Mais voilà, principalement les formations, c'est avec la fac et les journées de formation.

Investigateur : Ok. Et tes DU, tu as fait des DU en quoi ?

Médecin 1 : J'ai fait... alors j'ai commencé par médecine infectieuse. Heu... voilà pour pouvoir jongler en fait avec les antibiotiques de l'époque parce qu'en 10 ans, ça a changé. Mais voilà pour pouvoir appliquer tout ça en médecine de ville. Pour pouvoir faire de la prévention, éviter tout ce qui est heu... résistance etc. Et après j'ai fait un DU de diététique. Pareil pour heu... (*Petit rire*) pour m'aider voilà dans ma vie de généraliste de tous les jours. Et un DU de gynéco pour compléter un peu aussi ma formation de gynécologie.

Investigateur : D'accord. Est-ce que tu as suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Médecin 1 : Non.

Investigateur : Est-ce que c'est par choix ? Ou parce que tu n'as pas pu, pas souhaité ?

Médecin 1 : Heu... Je n'ai pas vu où que ce soit en fait ce qu'ils proposaient. Il n'y avait pas de formation proposée à la fac ni autre sur le suicide. Après je ne vois pas beaucoup de représentants médicaux aussi. Donc c'est vrai que souvent c'est pour les médicaments etc., et très peu pour le suicide. En tout cas j'ai pas l'impression qu'ils aient proposé quoi que ce soit aussi par les spécialistes. Ici les psychiatres c'est surtout par rapport à la dépression, enfin avant le suicide, les personnes qui sont plutôt voilà dans le... (*Raclément de gorge*) dans le syndrome dépressif etc. mais jamais le après en fait, vraiment en prévention comment les repérer et en dehors de ça j'ai jamais vu de formation pour la prise charge.

Investigateur : Globalement, on a fini la première partie pour te présenter.

Médecin 1 : Ok.

Investigateur : Heu. Maintenant j'aimerais avoir un petit peu ton ressenti et ta pratique. Est-ce que dans ta patientèle tu as déjà eu une ou des personnes qui se sont suicidées ?

Médecin 1 : Non.

Investigateur : Est-ce que tu as déjà eu des personnes à prendre en charge, des personnes qui étaient de l'entourage d'une personne qui s'est suicidée, dans ton exercice professionnel ?

Médecin 1 : Dans le moyen et long terme oui mais pas juste après. C'est-à-dire qu'en fait dans le passé des personnes qui souffrent encore actuellement etc. heu... c'est arrivé, dans un contexte aussi particulier parce que du coup ce n'est pas... ils ne viennent pas du coup parce que l'entourage enfin, quelqu'un dans l'entourage, s'est suicidé. Mais les personnes voilà pour qui la souffrance est encore là quelques mois et des années après. Mais jamais juste après un suicide de proche.

Investigateur : Est-ce que tu as un patient en tête qui te vient avec des histoires qui te reviennent, des consultations ?

Médecin 1 : Heu... (*Blanc*) Ca fait longtemps parce que j'étais encore remplaçante. Je crois que c'est une maman heu... et le fils. Je crois qu'ils étaient séparés et il me semble que c'est le fils ado qui a retrouvé son papa pendu. Après je n'arrive pas à revoir exactement précisément. Et heu... ça ils me l'ont raconté mais encore dans un autre contexte. Ce n'est pas forcément parce qu'ils n'étaient pas bien pour ça. C'est juste qu'ils étaient venu pour quelque chose et elle m'a raconté ça par rapport à son ado de 16 ans qui l'a découvert et heu... et la maman voilà qui est allé le rejoindre ba du coup pour découvrir le corps avec son fils.

Investigateur : D'accord donc toi tu as suivi en consultation... Tu l'as suivie elle ? Tu as suivi l'adolescent ?

Médecin 1 : C'est plutôt elle qui m'a parlé de l'ado. Ca a été dur etc. Et en même temps je ne les ai jamais vraiment suivis pour ça. Vu que j'étais encore remplaçante, donc en fin de compte c'était à ce moment-là. Ce n'était pas... voilà ce n'était pas la problématique de ce... ce n'était pas le motif de consultation quoi.

Investigateur : D'accord.

Médecin 1 : Donc en dehors de ça, heu... sans forcément de découverte enfin physique hein visuelle etc. il y a quelques histoires mais vu que c'est enfoui dans d'autres motifs voilà c'est l'histoire de la personne dans ces antécédents voilà mais sans vraie nécessité d'être aidée. Ouais ils ne faisaient pas appel à moi pour être aidés quoi.

Investigateur : D'accord. Si je prends par exemple, l'exemple de la maman avec l'adolescent que tu as vu. Est-ce que tu les as vus plusieurs fois en consultation après ? Est-ce que tu as osé aborder le sujet ?

Médecin 1 : Après heu... souvent que ce soit pour celle là ou pour d'autres expériences, je demande toujours s'il y a eu voilà une suite, s'il a été suivi, comment il va et dans ce cas là s'il a eu un suivi psychologique.

Investigateur : Hum hum.

Médecin 1 : Donc très souvent ils ont été pris en charge par l'un des parents ou par heu... enfin par le médecin avec une proposition de suivi psychologique. Et heu... mais en dehors de ça je demande juste comment ça va quoi.

Investigateur : Est-ce que c'est parce que tu n'oses pas poser la question, ou parce que...

Médecin 1 : Le contexte n'y est pas, dans ce cas-là. Souvent je demande comment ça va donc s'ils en parlent voilà ça me permet de mettre un peu le pied à la porte et donc d'aborder le sujet. Mais très souvent ils disent que ça va bon ba voilà ceci cela ou ça va pas donc n'hésitez pas à venir s'il y a besoin. Surtout quand je les connais, que je les ai vus quelques fois, et que j'ai installé une relation de confiance. Mais ça ne me met pas mal à l'aise d'en parler.

Investigateur : Est-ce que tu as un réseau professionnel dans ces situations là avec lequel tu travailles ?

Médecin 1 : Non.

Investigateur : Est-ce que tu le souhaiterais ? Est-ce que... (*Coupée*)

Médecin 1 : Ce serait top! Que ce soit assez réactif et notamment aussi le délai, physiquement enfin concrètement au niveau délai c'est quand même important de pouvoir prendre en charge rapidement ces personnes là. Avec une proposition même d'emblée dès le début mais répéter les propositions parce que des fois ils ne sont pas forcément ouverts dès le début à une aide ou à quoi que ce soit.

Investigateur : D'accord. Et du coup dans la situation d'un suicide, est-ce que tu connais la postvention ?

Médecin 1 : Non.

(Coupure enregistrement pour explications)

Investigateur : Du coup, penses-tu que la postvention soit utile ?

Médecin 1 : Oui.

Investigateur : Et le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'entourage d'une personne qui s'est suicidée, pour toi c'est... c'est quoi ?

Médecin 1 : C'est... je pense voilà qu'on a une place assez importante parce que du coup on est quand même au niveau de... du côté médical en fait pour l'aide psychologique etc le médecin, le médecin généraliste est pour la plupart des familles c'est le médecin de confiance. Par contre il faudrait une formation. Parce que je pense que j'aurais pas, enfin on n'a pas la compétence en fait nécessaire pour faire face à ça, à une famille, à une personne qu'on a probablement suivi etc donc déjà... il y a aussi... on est confronté à ça, à cette part une petit peu personnelle, subjective avec l'empathie aussi qu'on peut avoir envers la famille voilà on était plus ou moins attaché à des patients voilà et des fois on ne comprend pas non plus donc on a aussi cette question de qu'est ce que j'aurais pu faire ou pas etc. donc il y a aussi je pense cette réflexion qu'on peut avoir très intime déjà, professionnelle aussi parce que bon éthiquement on se dit voilà qu'est ce que... et médicalement hein ! Qu'est ce que j'aurai pu faire ? Est-ce qu'il y avait des signes etc. ? Il était venu plusieurs fois parce qu'il avait mal au dos ceci cela, est-ce que ce n'était pas des signes d'alarme ? Voilà. Après voilà donc en plus de ce poids-là, enfin après chacun réagit différemment, mais en plus de ce poids-là et cette réflexion-là, cette réaction-là, aussi pouvoir prendre en charge de manière objective la famille, l'entourage, les enfants, enfin il y a toujours quand même un contexte intime, personnel à chaque suicidé donc heu... cette notion de... de décès brutal, de voilà... aussi de la justice qui est, pour eux aussi, c'est questionnement et tout ça. Il faut savoir y répondre, savoir faire face à tout ça... Je pense qu'il faudrait une formation plus qu'essayer le bon sens dans ces moments là quoi. Parce qu'il y a de quoi faire au niveau médical et professionnel quoi. Plus que des conseils. Personnellement je ne pense pas être compétente dans la prise en charge. C'est pour ça que facilement je propose d'aller voir un psychologue etc. notamment pour les différentes phases pour le deuil aussi mais après une mort brutale et culpabilisante aussi probablement pour l'entourage. Et oui pourquoi pas avoir une formation pour avoir quelques outils en fait pour pouvoir déjà détecter le mal être, parce que tout le monde ne l'exprime pas, on peut aussi réagir différemment et encore plus pour les adultes, pour les enfants aussi, enfants ado etc. ça c'est encore une autre approche et ce n'est pas... Enfin ça touche énormément de personnes et ce n'est pas...

Investigateur : Du coup, si tu veux des formations sur cette problématique là, sous quelle forme tu penses que ce serait le mieux ?

Médecin 1 : Déjà heu... Faire (*Petit soupir*) des trucs très scolaires ! C'est-à-dire, voilà, de quoi on part ? Voilà. Quels éléments à détecter ? Est-ce qu'on ne peut pas faire aussi des... heu... pas forcément des questionnaires parce que ça fait très (*Petit rire*) voilà, mais heu... mince... les trucs info tabac là ! Le conseil minimal, des trucs comme ça. Dans ce genre de... voilà, des petites questions en fait pivot qui pourraient nous orienter si oui ou non il y a plus besoin, le degré de détresse, d'urgence... Voilà des outils vraiment très scolaires au début pour qu'on puisse quand même l'intégrer et comprendre aussi la réaction de chacun. Et savoir aussi combattre nos propres réactions spontanées quoi ! Pour voilà dire voilà heu... professionnellement, légalement... enfin voilà ! Parce qu'après ce qu'il y a aussi dans les suicides etc., ou après un décès brutal, c'est la famille qui revient. Souvent elle ne revient pas forcément parce qu'elle ne va pas bien mais elle revient souvent pour les attestations, les certificats des assurances. Et ça on est confronté à un truc hyper chiant (*Rire*) à gérer c'est-à-dire bon ba le suicidé, quelles sont les conditions de la mort, etc. ? Donc répondre alors est ce que légalement on a le droit de répondre, etc. ? Et en plus de ça aborder... Donc ça on va se prendre la tête ! Et en plus dans la même consultation en plus en profiter pour aborder leur souffrance. Et ça ils viennent pour une paperasse et ne viennent pas forcément parce qu'ils ont besoin à ce moment là, ce n'est pas forcément le motif. Il faut toujours avoir une porte ouverte pour leur proposer... Donc voilà.

Investigateur : Du coup comment tu penses pouvoir apporter, justement dans cette situation-là par exemple, comment tu penses pouvoir apporter un suivi ?

Médecin 1 : Heu... En tout cas personnellement je fonctionne avec des questions entre guillemets ouvertes, des petites questions pour voir comment ça va. Qu'est ce que vous en pensez nana... ? Et si vraiment il y a pas de porte ouverte parce qu'elle n'est pas prête à en parler tout ça, je dis toujours que s'il y a besoin faut pas hésiter à... (*Marmonne*).

Investigateur : D'accord.

Médecin 1 : Après pour le boulot aussi je demande parce que parfois il y a des personnes qui ont besoin de continuer à travailler etc. voilà et des fois qui se réfugient dans tel ou tel domaine et donc du coup je pense que ça permet de savoir s'ils sont en souffrance ou pas, dans le déni... Donc je me sers un peu de ça. Et je propose toujours voilà je dis, s'il y a besoin, faut pas hésiter...

Investigateur : Donc tu laisses une porte ouverte ?

Médecin 1 : Oui, oui.

Investigateur : Pour que le patient te recontacte ?

Médecin 1 : Oui, c'est ça. Et après je me dépêche pour aller chercher les différents réseaux !! (*Rires*) Mais il faudrait d'emblée avoir des numéros de téléphone tout ça pour dire bon si vous avez besoin n'hésitez pas mais vous pouvez aussi appeler tel ou tel numéro, tel ou tel professionnel quoi.

Investigateur : Du coup ces outils dont tu me parles, ces outils que tu aimerais avoir pour les mettre en place lors des consultations, du coup cette formation-là tu aimerais que ce soit quoi ? Des formations hospitalières, une FMC, faire un groupe de pairs, enfin je ne sais pas, qu'est ce qui te paraîtrait le plus adapté ?

Médecin 1 : Plus en libéral donc... je ne suis pas du tout contre les hospitaliers parce que voilà c'est un tout. Ça n'empêche ce qui serait pas mal c'est de voir aussi les psychiatres, les psychologues un peu spécialisés par rapport à ça. Et bosser en ville. Parce que très souvent ceux en hospitalier ils ont

été guidés, ils ont été adressés, etc. alors qu'en ville on est quand même en première ligne. Donc ces outils-là je ne dis pas, enfin, je ne pense pas que ce soit ma place de faire de la thérapie tout ça. Mais bon voilà surtout avoir les outils déjà pour détecter les souffrances, voilà, qui ne se voient pas forcément, parce que c'est assez subtil. Et comment les orienter bien sûr. Mais commencer déjà à voir voilà ce qu'il y a comme problématique pour pouvoir les orienter. Après je pense que voilà les personnes travaillant en libéral peuvent nous aider. Les personnes travaillant dans les hôpitaux, en venant en médecine de ville, pourraient en complément, oui, nous aider. Après groupe de pairs ce serait intéressant parce qu'on est en plus petit comité et ça permet quand même de, voilà, d'être plus interactif. Est-ce que le jeu de rôle, moi je ne suis pas à l'aise avec les jeux de rôle... ? Ça pourrait être bien mais je ne suis pas à l'aise donc heu voilà. Après FMC pourquoi pas aussi parce que encore une fois il y a des intervenants, ça nous donne des outils et comme je disais au début j'aime bien procéder de manière un peu scolaire c'est-à-dire que j'ai ça, ça, ça, ça. Après la mise en pratique c'est avec l'expérience malheureusement. Mais c'est avec l'expérience et c'est de savoir aussi comment une consult' on la mène de manière vraiment différente selon chaque patient, chaque situation. Pour maîtriser ça c'est compliqué mais avoir au moins une voie, voilà ! Donc FMC ou groupe de pairs.

Investigateur : D'accord. Et donc pour travailler avec les psychologues, avec les psychiatres, tu parles du coup en libéral ? En hospitalier ? Au CMP ?

Médecin 1 : C'est ça parce que très souvent les psychologues ne sont pas remboursés. Donc après dans un centre ce serait pas mal. D'autant plus que voilà dans les é... dans les lieux publics d'un suicide il y a quand même une prise en charge qui ne coûte à personne, enfin à personne... entre guillemets, pour les patients, pour ceux qui sont suivis et qui en ont besoin. Et c'est libre d'accès. Et après est-ce qu'on ne peut pas mettre en relation voilà les enfants, qui vont souvent à l'école ? Heu... Mettre en place aussi un suivi à l'école mais par rapport à ses problèmes perso. Sinon, vu qu'il y a des interventions à l'école, pourquoi pas demander aux professionnels de se déplacer à l'école, ou les professionnels de l'école, puisqu'il y a parfois des psychologues sur place, de prendre en charge ces enfants qui ont eu un choc lié à un suicide perso, dans la vie perso et pas forcément un copain du lycée. Et d'accompagner sur place, ça pourrait faciliter les choses aussi. Ou que ce soit aussi les tr... même les personnes heu... les adultes hein ! Au niveau du boulot ça pourrait être pas mal aussi, une psychologue présente qui vaudrait aussi, sans l'obliger non plus voilà mais que ce soit facile pour eux d'accès quoi. Et encore une fois le prix des consultations. Tout le monde ne peut pas payer 50 euros... même s'ils vont chez le micro kiné après ! *(Rires)* Voilà mais que ce soit en complément.

Investigateur : D'accord. As-tu des choses à rajouter ?

Médecin 1 : Non on attend la suite après... *(Rires)* ce qui va se mettre en place, et tout. Mais oui ce serait bien d'avoir... d'avoir tout ça qui se mette heu... même si ça se déclenche pas de manière automatique dans une vie familiale, etc., contrairement voilà à tout ce qui se passe en public. Voilà le médecin traitant, je pense, le médecin généraliste peut déjà de sa place, déclencher et enclencher ce réseau-là.

Investigateur : Très bien. Je te remercie.

ENTRETIEN MÉDECIN M2

Investigateur : Pour commencer, est-ce que tu peux te présenter ?

Médecin 2 : [M2], médecin homme, 48 ans, exerçant en semi-rural, dans une maison pluridisciplinaire même si ça n'en a pas le titre officiel mais bon.

Investigateur : Et du coup tu es installé depuis combien de temps ?

Médecin 2 : Depuis 17 ans.

Investigateur : 17 ans. Et tu as remplacé auparavant ?

Médecin 2 : Oui un médecin qui était parti en médecine du travail. C'est quelqu'un qui était installé depuis 17 ans. J'espère que je vais survivre à cette année !

(Rires généraux)

Investigateur : Et tu as remplacé combien de temps du coup auparavant ?

Médecin 2 : Ha oui pardon. Oui avant j'avais remplacé 3 ans, 3 ans de remplacement en Indre-et-Loire.

Investigateur : Et pourquoi avoir choisi la spécialité de médecine générale ?

Médecin 2 : Heu... déjà parce qu'à l'époque je n'ai pas passé l'internat. *(Petit rire)* Voilà. Donc on n'avait pas trop le choix. Et puis non sinon c'est ce qui me plaisait le mieux, d'avoir une activité variée, voir des jeunes et des plus âgés. Je ne me suis retrouvée vraiment dans aucune spécialité.

Investigateur : Et pour tes formations de médecin généraliste, comment tu fais pour te former ?

Médecin 2 : J'assiste à des formations, 2 ou 3 par an. Voilà. Je lis Prescrire. Je fais un peu de e-Learning quand je vois des publicités passer avec des sujets qui m'intéressent. Et puis même les revues qu'on reçoit ici en échantillon : la revue du Praticien, Egora... les trucs comme ça. Et puis de façon ponctuelle quand j'ai un cas qui me pose souci, je suis abo... enfin l'EMC, une revue microchirurgicale qui ne s'appelle plus comme ça maintenant, je vais chercher dans les articles.

Investigateur : D'accord. Et les formations 2 - 3 fois par an, tu les fais avec les hospitaliers ou ... ?

Médecin 2 : Je fais soit en général, à part aujourd'hui, les formations pédiatrie à Clocheville, ou soit pareil sur ce qu'on reçoit, les MG FORM, les organismes de formation... Hum hum.

Investigateur : Et concernant justement ces formations, est-ce que tu as déjà suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Médecin 2 : Non. Jamais. Hum hum.

Investigateur : Est-ce que c'est parce que tu n'as pas pu ou pas souhaité les suivre ?

Médecin 2 : D'une part c'est vrai que ça ne me dit rien un sujet comme ça... Tout ce qui est formation sur la psychiatrie en général on n'a pas grand-chose. Voilà. Et puis c'est vrai qu'il y a tellement d'autres choses aussi. Hum hum... Mais ce n'est pas un refus de ma part de ne pas me former là-dessus, c'est que ce n'est jamais tombé... ou alors je n'ai pas fait attention ou ce n'est jamais tombé au moment où j'en avais le plus besoin.

Investigateur : Ok. On a fini la première partie de la présentation. Du coup on va passer à la partie plus ciblée sur le suicide. Est-ce que tu as déjà dans ta patientèle une ou des personne(s) qui se sont suicidée(s) ?

Médecin 2 : Oui.

Investigateur : Est-ce qu'il y a un cas particulier qui t'a plus marqué ?

Médecin 2 : Oui. Une histoire un peu drama... enfin c'est forcément dramatique ! Mais parce qu'en plus je suis toute la famille autour donc... c'est un peu marquant. (*Bip extérieur*)

Investigateur : Est-ce que tu peux me raconter cette histoire ?

Médecin 2 : C'était un patient... Je suis les parents depuis le début, depuis 17 ans. Et lui il n'habitait pas directement ici donc je ne le suivais pas au départ. Il a fait une... Donc c'est une famille voilà où il y a les parents qui avaient 4 enfants, 2 garçons aînés et 2 filles. Et il a fait une tentative de suicide à l'âge de 20 ans donc les parents ont été très marqués, les sœurs que je suivais aussi, lui je le suivais pas mais... le climat familial j'imagine que... il avait dû être marqué. Donc j'avais eu des nouvelles, enfin, je le connaissais par le biais de ses parents, il avait un problème, secondaire ou pas à ça, d'alcoolisme. Voilà. Donc il a fait une première tentative de suicide, il s'est tiré un coup de fusil (*Mime un coup de fusil porté verticalement sous le menton*). Il en a réchappé. Il a fait 6 mois à Trousseau en reconstruction diverse et variée. Pendant son hospitalisation, sans jugement, sa femme est partie à ce moment-là et ils ont divorcé. Voilà. Et donc moi j'ai commencé à le suivre une fois qu'il était revenu d'hospitalisation pour ses soucis, parce qu'il avait eu 3 ou 4 reconstructions mais il restait quand même beaucoup de travail à faire. Il avait la cavité buccale qui n'était pas du tout reconstruite, c'était... oui... (*Faciès de dégoût*) même assez terrifiant pour l'entourage. Et même, il m'avait demandé à venir à la fin de la consultation pour ne croiser personne. Enfin bon en tout cas, il ne le vivait pas bien. Il avait toujours été obligé de porter un masque en permanence. Voilà. Il avait un suivi, enfin avec un psychiatre en parallèle bien sûr. Voilà. Donc on avait commencé une relation de soins donc pour traiter les problèmes somatiques, les douleurs, les problèmes d'infection qui étaient assez récurrents. Donc il a eu 1 ou 2 interventions chirurgicales en plus. Voilà. Il ne buvait plus. Il ne buvait plus à l'époque. Et après ba ça n'allait quand même pas tr... enfin d'extérieur, et médicalement, ça n'allait pas trop mal. Il avait quand même un traitement antidépresseur et anxiolytique qui était géré par le psychiatre. Voilà. Et puis un jour, c'était en fin d'après midi, j'ai eu un appel du SAMU : il s'était pendu dans son garage. (*Marmonne*) Je suis allé faire le certificat, le décrocher avec l'aide des pompiers. (*Le ton baisse*)

Investigateur : Oui donc tu étais sur place...

Médecin 2 : Oui... C'était un peu dur.

Investigateur : Oui...

Médecin 2 : C'était un peu dur personnellement. Bon les parents étaient là aussi. Voilà. Et j'ai continué à suivre les parents. Et le père ne s'en est vraiment jamais remis. Il s'est mis à boire après. Il

avait un passé d'alcoolique ancien qui était sevré depuis un moment. Et il s'est remis à boire. Et puis ba son état psychologique et physique a décliné et puis il est décédé l'an dernier. Hum... Hum... Donc il est décédé suite à un problème de surinfection après une chirurgie du canal lombaire étroit. Mais voilà... Mais qui n'a rien à voir avec son problème. Mais en tout cas il ne s'en est jamais sorti. Donc le père était très colérique. Pareil on avait essayé des suivis avec des psychiatres mais ça n'a jamais marché. Enfin peut être que je m'éloigne de, ce n'était peut être pas tout de suite...

Investigateur : Mais si si...

Médecin 2 : Mais voilà ça n'avait jamais marché. Les suivis ne lui convenaient jamais donc on a essayé 2 ou 3 psychiatres différents. Plusieurs traitements différents... Mais voilà il a toujours été dans un état dépressif chronique dont on n'a jamais réussi à le débarrasser. La mère, elle, elle est ... Elle se bat. Elle a porté le deuil de son fils. Elle a porté son mari pendant toutes ces années. Là elle tient le coup encore. Elle a une petite dose filet d'antidépresseur. Elle n'a pas de suivi spécialisé plus que ça.

Investigateur : C'est toi qui la suis ?

Médecin 2 : Oui oui. Il y a une des sœurs qui est fibromyalgique, c'est un peu... (*Petit rire*) tout ce qu'on peut mettre là dedans ! Qui a dû vivre des moments... Elle a plutôt des plaintes somatiques, au niveau des décès, elle avait des douleurs de plus en plus importantes. Là pareil, elle a été stabilisée. Elle a une sœur qui a déménagé.

Investigateur : Je reviens un peu sur l'évènement du suicide. Du coup, tu es intervenu sur place. Comment tu as ressenti après, dans les suites, cette problématique du suicide ?

Médecin 2 : Ba après on... on se pose toujours la question de savoir si on aurait pu l'éviter, s'il n'y avait pas des signes avant coureur. On se remet en question même s'il était suivi avec le psychiatre à côté. C'est surtout une remise en question et puis voir si on aurait rien pu faire en amont pour essayer d'empêcher ça. Hum... (*Air songeur*) De toute façon au niveau professionnel ça c'est de voir si on n'aurait pas pu l'empêcher. Bon puis après quand on est impliqué comme ça dans toute la famille, c'est un peu lourd, c'est un coup de bambou et puis voir comment, surtout au niveau de l'histoire douloureuse qu'il avait eue déjà avant, on va essayer de recoller les morceaux. Après dans un deuxième temps, je me suis vite plongé sur la famille, sur la prise en charge de la famille, voir comment ils allaient tenir.

Investigateur : Du coup dans l'immédiat, dans la situation immédiate du suicide, quelle a été ton approche par rapport à la famille ?

Médecin 2 : Sur le coup ils étaient là donc au moment, le père et la mère en tout cas, étaient là au moment du décès. Donc j'ai fait une consult... un entretien du moins sur place. Voilà. Pour parler, qu'ils expriment ce qu'ils avaient, après essayer de parer au plus vite éventuellement ba... j'ai dû donner un peu de benzo sur le moment voilà et avec... et en leur donnant tout de suite ma... leur dire de revenir me voir 3 ou 4 jours après pour en reparler.

Investigateur : D'accord.

Médecin 2 : En pratique j'ai plus le souvenir mais bon ils sont revenus au pire dans la semaine qui suit. Oui... Hum... Oui...

Investigateur : D'accord.

Médecin 2 : *(Marmonne)* Après ba pareil ça a été beaucoup de... C'est des gens qui parlent bien, et avec qui ça passait plutôt bien déjà avant donc c'est vrai qu'on a eu pas mal de consultations rapprochées. Je pense que, je ne me souviens plus trop, mais je pense que je devais aller chez eux pour avoir les deux en même temps et puis parler. Des paroles comme ça au départ. Voilà. Après effectivement un petit traitement avec. Et puis après ça a été plus compliqué quand le père a commencé vraiment à décrocher. Là je l'ai plus revu, je l'ai adressé. Et puis sa femme en permanence qui n'était jamais bien loin. Après c'est vrai qu'on avait essayé d'avoir les deux en même temps mais c'est vrai que le ton montait vite entre les deux. Elle disait un truc ; non ce n'est pas ça ! Il se rejetait un peu les choses. C'était chaud. Donc j'ai essayé de le voir un peu en clair. Là ça a été au début compliqué. Après je pense aussi qu'il voulait avoir la paix, il me disait que tout allait bien. Quand je l'avais elle, après elle m'appelait toujours pour savoir comment ça s'était passé, elle disait : « il dit que ça va bien mais non ce n'est pas vrai, il ne va pas bien, il boit... ». C'était quelqu'un de plutôt actif, enfin il était à la retraite mais bon il s'occupait de son jardin, de ses machins et que petit à petit il s'occupait de moins en moins. Après voilà, après ce qui était difficile c'était d'être coincé un peu entre les deux, entre lui qui ne voulait plus en entendre parler et el... enfin il voulait que je lui foute la paix quoi en gros, et elle qui me disait « mais non ça va pas, mais non ça va pas ». Là on est un peu toujours dans une impasse.

Investigateur : Et du coup comment tu faisais pour aborder les consultations suivantes avec lui ?

Médecin 2 : Ba je... De toute façon je lui avais dit que sa femme m'appelait et que c'était comme ça. Et qu'elle me disait que c'était comme ça. Enfin bon il se fâchait. Mais bon on n'a jamais perdu le contact et au bout d'un moment j'ai réussi à l'adresser à un psychiatre. Alors ce n'était pas celui qu'il voulait parce qu'en plus ils avaient rencontré, lors des hospitalisations multiples de leur fils, ils avaient rencontré un super psy à l'hôpital mais qui ne fait pas de suivi en externe et donc qui n'a pas pu le suivre. Donc ça, ça l'a beaucoup déçu. C'est peut-être un prétexte. Mais donc les 2 ou 3 psychiatres à qui je l'avais adressé, ce n'est jamais passé. Il a fait quelques séances et il a décrété que ça ne servait à rien et il a arrêté le suivi comme ça. Donc après ba j'ai géré comme j'ai pu. Hum... *(Songeur)*.

Investigateur : Et du coup ces psychiatres à qui tu l'as adressé c'étaient des psychiatres dans quel contexte ? En ville ? Au CMP ?

Médecin 2 : Oui c'était des libéraux. Je regarde... *(Cherche l'information dans l'ordinateur dans le dossier patient)* Oui c'était 3 en ville. J'avais proposé à un moment une hospitalisation à V. ou ... Mais bon ça a toujours été refusé.

Investigateur : Et du coup justement dans ces situations-là, tu as un réseau professionnel avec lequel tu travailles particulièrement ?

Médecin 2 : Ba j'ai quelques psychiatres correspondants avec lesquels je travaille en particulier. Mais c'est tout, ça se limite à la relation vraiment... psychiatre. A ma connaissance il n'y a pas vraiment de réseau d'aide dans ce genre de cas. Sachant qu'on est aussi limité par les délais de rendez-vous, les difficultés à avoir quelqu'un rapidement, à joindre au téléphone. Je comprends dans leur activité en général quand ils consultent ils ne prennent pas de communication. Mais c'est toujours difficile d'avoir... de travailler vraiment... Les comptes rendus des psychiatres en général c'est assez formel. Bon après pour des questions de confidentialité je conçois aussi. Mais c'est vrai que c'est difficile d'avoir... de vraiment savoir ce qu'il se passe dans les consultations de psy. Hum...

Investigateur : Oui.

Médecin 2 : Hum, hum.

Investigateur : Est-ce que tu aimerais avoir un réseau ?

Médecin 2 : Oui ce serait pas mal d'avoir un réseau. Oui d'avoir quelqu'un avec qui on peut parler en direct. Et puis quelqu'un avec qui on peut avoir un interlocuteur du métier rapidement aussi. Et puis un suivi après savoir ce qu'il se passe au suivi, même si c'était... (*Raclement de gorge*) Enfin ça peut peut-être exister à l'hôpital avec les réseaux d'infirmiers de secteur. Déjà ce serait pas mal pour nous. Avoir quelqu'un, oui, un référent à qui on puisse parler rapidement et avoir après une première idée de ce qui se fait.

Investigateur : Du coup dans la problématique justement d'un suicide qui est accompli, est ce que tu connais la postvention ?

Médecin 2 : Non.

(Coupure enregistrement pour explications)

Investigateur : Avec l'explication de la postvention, penses-tu que la postvention soit utile ?

Médecin 2 : Ba oui ! Oui. Oui ce serait utile d'avoir un réseau qui accompagne les familles. Et puis les soignants ! Hum hum ! C'est vrai que même nous moi je pense que dans ces situations on peut être amené aussi à vouloir en parler parce que c'est un peu ... un peu violent aussi le suicide de gens qu'on connaît. Hum. Et puis après ba pour le suivi de la famille, ça pourrait aider aussi parce que les patients ne nous disent pas tout, ne veulent pas tout dire, donc voilà pour avoir un suivi sur des ch..., quand on suit un patient, de voir des changements, savoir si ça peut être imputable aussi à l'expérience traumatisante ou pas, s'ils ont besoin d'en parler à quelqu'un, ça pourrait nous aider aussi.

Investigateur : Quel est selon toi le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'entourage d'une personne suicidée ?

Médecin 2 : Ba c'est d'une part d'être attentif aux premiers signes de deuil entre guillemet anormal. Voir s'il y a un syndrome psychiatrique qui se déclenche derrière, ou des conduites addictives comme on a eu là, ou aussi selon l'âge du suicidé s'il y a des enfants aussi voir s'il y a des décrochages scolaires. On est quand même là en soin de première ligne. Nous on a un rôle comme ça de détection de deuil pathologique pour l'amener après dans un deuxième temps dans des structures pour prendre les patients en charge. Un rôle de dépistage. Hum.

Investigateur : Du coup, est-ce que tu peux me dire comment, dans l'exercice du médecin généraliste, on pourrait améliorer cette prise en charge des endeuillés par suicide ? Comment pourrait-on améliorer à ton sens ?

Médecin 2 : Déjà il faut du temps, parce que ça prend du temps. Beaucoup beaucoup de consultations, beaucoup de paroles... Voilà il faudrait arriver à dégager du temps au médecin. Voilà qu'il y ait plusieurs consultations nécessaires parce qu'au début les patients sont souvent sidérés, sous le coup du décès. Bon là il n'y a pas beaucoup de choses qui sortent sur le moment. Mais après les suivre, il faut qu'on ait un suivi sur le long terme aussi et rien que pour ça. Parce que c'est vrai qu'il y a des gens bon... là sur des patients âgés c'est vrai qu'on les voit régulièrement parce qu'ils ont des traitements mais c'est vrai que les patients jeunes ba ils sont un peu dans la nature après. S'ils n'ont pas d'autres comorbidités, d'autres pathologies et qu'ils sont suivi ba ils sont tout seul et

ils viennent à ce moment-là que quand ils ont vraiment des symptômes ou un syndrome dépressif vraiment installé. Alors je ne sais pas s'il pourrait y avoir au moins des... qu'on... je perds mes mots mais qu'on... Pas stimulé, ce n'est pas le bon terme mais... qu'on dise à la famille « allez voir votre médecin » 2 mois, 3 mois après, 6 mois après pour parler de ça. Et que ce soit une consultation dédiée à ça. Et que les familles soient averties que ce soit possible parce qu'ils ne viennent pas aussi parce qu'ils ne savent pas trop où aller. Parce que nous c'est vrai qu'ils ne nous voient pas trop dans ce rôle là non plus. Les psychiatres, ça fait toujours un peu peur. Les psychologues c'est cher et pas remboursé. Donc ils sont un peu perdus avec ça. Alors après est-ce que si, aussi, il y avait des réseaux entre guillemets « suicide » d'aide à l'entourage aux suicidés qui existaient, si les gens savaient que ça existe aussi peut-être qu'ils iraient aussi plus facilement voir.

Investigateur : Comment on pourrait améliorer du coup ce contact avec l'entourage ?

Médecin 2 : Ba nous s'il y avait des réseaux qui existaient et si on savait qu'ils existent on pourrait aussi leur glisser qu'ils peuvent appeler ba voilà. Même si nous dans ces cas là c'est un plus facile parce qu'on les suit pour autre chose ils reviennent nous voir mais voilà. On propose toujours aux gens de venir discuter s'ils se rendent compte que ça ne va pas. Mais effectivement avoir au moins des plaquettes avec des signes d'alerte pour les patients, s'ils ressentent tel symptôme, s'ils ne dorment pas bien, s'ils ne mangent pas bien, s'ils ont moins de concentration au travail, si on voit que les enfants décrochent s'il y avait des plaquettes d'information ou des livrets pourquoi pas, ça pourrait aussi nous aider. Parce que c'est vrai que ce qu'on leur dit dans les moments comme ça de sidération ils oublient alors que quelque chose d'écrit ça reste. Après voilà je ne sais pas si c'est aussi de passer aussi sur le moment par les entreprises de pompe funèbre, s'il y avait des plaquettes comme ça pour les patients suicidés pourquoi pas. Hum. (*Blanc*)

Investigateur : Et concernant le lien avec les psychiatres ou etc par quel mode ça peut se faire ? Libéral ? Hospitalier ? CMP ? Je ne sais pas... Qu'est ce qui...

Médecin 2 : Alors peut-être plutôt hospitalier. C'est vrai que le libéral... (*Réfléchit*) ou alors il faut qu'ils libèrent des plages d'urgence exprès pour ça... Est-ce que les psychiatres peuvent avoir des créneaux entre guillemets d'urgence pour accueillir les familles ? CMP après c'est des délais qui sont, c'est toujours pareil, qui sont encore pire qu'ailleurs. Est-ce qu'à l'hôpital aussi il peut y avoir une consultation pour ça ? Après je me souviens quand on était aux urgences il y avait une consultation qui venait voir les suicidants du coup. Mais après pour les suicidés, enfin pour l'entourage des suicidés, je ne sais pas si... Je n'ai jamais entendu parler que ça existe... Il y a des gens qui font des suivis pour les maladies chroniques dans les services d'onco, ça existe, ils voient une ou deux fois les familles après. Mais pour les suicidés, ce n'est pas forcément... et même pour les patients dépressifs qui sont suivis par un psychiatre et qui se suicident je ne suis pas sûr que... je n'ai pas eu connaissance que les psychiatres qui suivaient le patient voient les familles après. Enfin ils se protègent. Le secret médical. Mais hum hum. A ma connaissance je n'ai pas entendu parler de ça mais ça pourrait être pas mal que ça existe aussi !

Investigateur : Ca peut être un axe aussi d'amélioration ?

Médecin 2 : Oui ou au moins que les psychiatres qui suivent les suicidés, encore une fois pour une question de confidentialité, ne veulent pas suivre les familles, au moins qu'ils orientent vers un confrère. Et je ne pense pas que ça existe à mon avis non plus à V. ou dans les cliniques psychiatriques, je ne pense pas que ça existe non plus. Mais c'est dommage, ils pourraient... ça pourrait exister !

Investigateur : Et comment penses-tu pouvoir améliorer ta formation pour être plus à l'aise dans ce genre de situation pour la prise en charge de l'entourage d'un suicidé ?

Médecin 2 : Oui il faudrait suivre des formations. Oui...

Investigateur : Quel type de formation tu penserais être utile ?

Médecin 2 : Oui... Déjà les formations classiques ce serait pas mal, en petit groupe, ou alors... oui des formations classiques avec un expert psychiatre qui pourrait nous expliquer ce qu'il faut faire dans ces cas là. Ce serait pas mal. Après pour soi, pour le ressenti du suicide, des choses genre groupe Balint, groupe de pairs seraient sûrement utiles aussi. Après ça c'est plus pour le niveau personnel, pas pour la prise en charge... Oui sinon comme j'ai jamais suivi de formation psychiatrique, je ne sais pas s'il y a des modes de formation particuliers.

Investigateur : Et toi, pour toi, tu penses que...

Médecin 2 : ... oui une formation classique ce serait déjà pas mal.

Investigateur : Oui, c'est ce qui te paraîtrait le plus utile dans ta pratique?

Médecin 2 : Le plus utile dans un premier temps oui.

Investigateur : Ok. Des choses à ajouter ?

Médecin 2 : Non. Mais s'il y a un réseau qui existe je suis preneur ! Vraiment je n'ai jamais entendu...

ENTRETIEN MÉDECIN M3

Investigateur: Donc pour débiter, je voudrais bien que tu te présentes s'il te plait.

Médecin 3: Alors [M3]. Je suis médecin généraliste. Thésé depuis 2017. Installé en médecine générale libérale depuis le 1er juillet 2019. Et avant j'ai fait de la médecine hospitalière à X. et à Y. J'ai fini mon internat en 2017.

Investigateur: Donc là actuellement, ton milieu d'exercice, tu dirais qu'il est plutôt rural ou...

Médecin 3: Rural oui, semi-rural, étant donné qu'il y a une ville pas loin.

Investigateur: Ok. Et pourquoi avoir choisi la spécialité de médecine générale? Est-ce que c'était par choix vraiment ou par défaut?

Médecin 3: C'était plus par défaut. Je ne connaissais pas la spécialité. Je me suis planté aux ECN et du coup j'avais médecine générale ou des trucs qui ne me plaisaient pas. Du coup j'ai fait médecine générale.

Investigateur: Et comment tu fais pour te former quotidiennement dans ton exercice de médecine

générale?

Médecin 3: Alors j'ai deux abonnements. Enfin un abonnement à la Revue du Praticien. Je suis le fil d'actualité sur différentes revues et puis mal d'articles. Globalement toutes les recherches Google tout ça c'est déjà paramétré pour faire des recherches. Je travaille un peu aux urgences du coup je fais aussi un peu mes recherches aux urgences.

Investigateur: Tu fais du e-Learning?

Médecin 3: C'est ça! J'ai mon DPC en cours donc voilà.

Investigateur: Tu fais partie d'un groupe de pairs ici?

Médecin 3: Non, pas encore.

Investigateur: Tu le souhaites?

Médecin 3: Vue la démographie médicale actuelle le groupe de pairs ça va être (*Rire nerveux*) à deux quoi: P-A-I-R-E.

Investigateur: Est-ce que tu as déjà suivi des formations sur la problématique du suicide?

Médecin 3: Non.

Investigateur: Est-ce que c'est parce que tu n'as pas eu l'occasion ou parce que tu n'as pas souhaité...?

Médecin 3: Je n'ai pas encore eu l'occasion. Non. Je n'en ai pas entendu parler pour l'instant.

Investigateur: On va entrer un peu plus dans le sujet du suicide. Est-ce que tu as déjà eu dans ta patientèle, une ou des personne(s) qui se sont suicidée(s)?

Médecin 3: Ba vu que ma patientèle initialement c'est plutôt de l'hospitalier, non. Là depuis que je suis installé en libéral, suicide volontaire, non. J'ai eu des patients qui avaient des attitudes suicidaires mais suicide SUICIDE non. Heu...

Investigateur: Dans tes périodes de remplacement non plus?

Médecin 3: Je ne crois pas. Je pense que je m'en souviendrais!

Investigateur: Est-ce que tu as à prendre en charge l'entourage d'une personne qui s'est suicidée?
... (*Lève les yeux et réfléchit*)

Investigateur: Un patient qui a été en deuil par suicide?

Médecin 3: Heu. Je ne crois pas non plus. Mon expérience n'est pas très étoffée mais heu... je ne crois pas non. Pareil, j'ai eu une patiente qui a eu une attitude suicidaire mais ce n'était pas un suicide. C'était une patiente qui ne voulait pas se faire traiter et qui s'est laissé mourir mais ce n'était pas un acte suicidaire. Mais sinon à part ça... Non pas à ma connaissance.

Investigateur: Ou une personne que tu suis qui aurait pu te raconter une histoire... d'avoir perdu quelqu'un par suicide.

Médecin 3: Si! Une personne qui a perdu quelqu'un par suicide si...

Investigateur: Tu as une histoire qui te vient en tête là?

Médecin 3: Oui! Oui! La meilleure amie de ma femme... La meilleure amie de ma femme qui s'est suicidée quand on était en études de médecine. Du coup elle s'est suicidée en hôpital psychiatrique. C'était il y a 10 ans. Mais je ne l'ai pas vraiment suivie. C'est ma femme, j'ai vu le contrecoup de l'histoire quoi...

Investigateur: C'est une histoire personnelle quoi, que tu as vécu.

Médecin 3: Oui c'est ça... (*Gêné*)

Investigateur: Je ne vais pas te faire raconter une histoire effectivement qui te touche d'un point de vue personnel.

Médecin 3: Ba oui... Ce n'était pas côté médical. Je n'étais pas médecin à l'époque.

Investigateur: Après de manière plus générale, concernant le processus de deuil, comment fais tu pour repérer les deuils qui sont difficiles?

Médecin 3: Alors c'est super difficile en médecine générale. Je trouve qu'on n'a pas vraiment le temps. On ne se donne pas le temps. Mais j'essaie de faire venir les gens. J'essaie de faire parler. Je lance un ballon et j'attends que ça revienne. Alors parfois il y a des silences qui sont super longs. J'ai vu beaucoup de cas en milieu hospitalier où j'ai fait pas mal de soins palliatifs, où il y a beaucoup de décès, ce ne sont pas des suicides mais beaucoup de décès. Je revis des entretiens où clairement il y a des silences de cinq à dix minutes. Et les gens ils étaient dans leur truc et... j'attendais que ça revienne.... et... voilà. Et oui j'essaie de faire parler les gens mais c'est vrai qu'en consult on n'a pas dix à quinze minutes à attendre que les gens digèrent le truc. C'est vrai qu'on essaie de lancer des petites phrases pour essayer de leur faire verbaliser etc. mais bon on revient rapidement au "je ne suis pas psychologue, peut être qu'il faudrait instaurer un suivi ou en parler avec votre entourage". On a moins ce contact là que j'avais à l'hôpital où j'avais le temps. J'avais le temps. Je pouvais prendre une heure...

Investigateur: Quand tu dis "j'essaie de venir vers eux" c'est-à-dire que tu prends contact de quelle manière concrètement?

Médecin 3: Alors généralement je ne les contacte pas directement. Souvent ce sont les gens qui viennent à ma consultation. Alors j'ai une histoire, ce n'était pas un suicide mais c'est des parents qui ont perdu leur fille, et ils sont venus spontanément en consultation parce qu'ils étaient déprimés, ils ne savaient pas quoi faire donc ils sont allés voir leur médecin.

Investigateur: Hum hum.

Médecin 3: Heu... Et ce sont eux qui sont venus, je ne suis pas allé les chercher. Eux ils avaient besoin

de parler principalement. Après je les ai mis sous antidépresseurs. Mais tous les deux je les ai laissés parler pendant une demi-heure et voilà.

Investigateur: Donc là c'est cette consultation et après, comment tu as assuré le suivant derrière? Lors des consultations suivantes?

Médecin 3: Heu là je ne les reconvoque pas. Ce n'est pas terrible de reconvoquer en médecine générale. Mais je leur dis de revenir au bout d'une semaine, ou deux semaines, etc... J'essaie de les revoir fréquemment. J'essaie de leur trouver une place pour les revoir fréquemment. Après le monsieur qui a perdu sa fille, il m'a parlé de suicide etc. donc lui je ne l'ai pas lâché. Je lui ai dit "on se revoit début de semaine et fin de semaine prochaine" etc. Je ne lui prenais pas rendez-vous parce que je ne trouve pas ça très éthique de la part d'un médecin généraliste de dire "ba vous allez revenir là" mais je lui dis "vous revenez, on se voit tel jour" et puis voilà "ou vous venez quand vous pouvez".

Investigateur: Donc tu laisses une porte ouverte avec un timing que tu gères.

Médecin 3: Oui. S'il n'était pas venu en consultation je pense que je l'aurais appelé.

Investigateur: Hum hum.

(Blanc)

Investigateur: Donc du coup on n'est pas obligé de rester forcément dans l'entourage d'une personne qui s'est suicidée. Là tu me parles de deuil. Est-ce que tu as remarqué si les personnes qui avaient un deuil difficile venaient plus ou moins te voir? Est-ce que plus le deuil est difficile plus ils vont te voir ou plus le deuil est difficile moins ils vont te voir? Est-ce qu'il y a une corrélation?

Médecin 3: Je pense que ça dépend de la... Alors ça dépend des personnes, ça dépend aussi du lien qu'ils ont avec leur médecin. Moi je suis leur médecin depuis six mois. Il n'y a pas eu le temps d'avoir l'histoire du médecin de famille qui suit depuis des années etc. Après on sait très bien qu'il y a des gens qui ne viendront pas, quel que soit le deuil, quel que soit le problème. Et il y a des gens qui ont confiance en LE médecin généraliste, même s'ils ne le connaissent pas depuis longtemps et qui vont venir spontanément. Je pense que c'est vraiment variable. Je pense que ce n'est pas forcément en lien avec ...

Investigateur: ... pas forcément en lien avec l'intensité du deuil?

Médecin 3: Non.

Investigateur: Est-ce que tu as un réseau de professionnels du coup avec lequel tu travailles pour la prise en charge des personnes endeuillées?

Médecin 3: On aimerait bien!! *(Rires)* Il y a les psychologues. Je connais deux ou trois noms de psychologues dont une là, dans le couloir *(Montre du doigt derrière son bureau du cabinet médical)*. Il y en a sur X et autour. Mais des réseaux avec lesquels on travaille spécifiquement non il n'y en a pas. Il n'y a pas de contact personnel. On envoie là où l'on sait que ça se passe bien mais après les délais sont tellement longs que...

Investigateur: Tu ne sais pas si elle s'occupe aussi de l'entourage de personne qui s'est suicidée, de

cas spécifique comme ça?

Médecin 3: Je ne pense pas qu'elle ait de travail spécifique, elle peut voir tout le monde dans ce qu'elle nous a parlé. Elle peut faire plein de choses mais je pense que le deuil fait partie de son travail.

Investigateur: Est ce que de manière plus générale dans la situation d'un suicide, tu connais la postvention?

Médecin 3:Heu non!

(Coupure enregistrement pour explications)

Investigateur: Comment tu pourrais éventuellement voir du coup la postvention dans ton exercice quotidien, dans ta pratique quotidienne?

Médecin 3: Il faudrait que j'organise des consult. Je pense qu'il faudrait déjà que la personne vienne une première fois pour ce problème spécifique. Et puis après il faut que je dédie des temps de consultation plus longs et plus adaptés, à des moments de la journée plus adaptés. Si c'est une demi-heure, une heure, on prend une demi-heure, une heure. C'est forcément quelque chose qui prend plus de temps. S'il y a quelqu'un qui vient avec une problématique comme celle-là, probablement qu'il faudrait que je cale directement sur mon agenda des horaires adaptés.

Investigateur: Il y a déjà la problématique de la temporalité pour toi, le temps de consultation.

Médecin 3: Ba oui!

Investigateur: Après si je reprends donc, tu me dis que tu laisserais la personne venir une première fois, et après tu fonctionnerais ...

Médecin 3: Ba en fonction de son besoin psychologique. S'il n'a pas vu d'intérêt à la consultation ou s'il n'a pas envie d'un suivi, ba on peut ne pas faire grand chose. Mais si la personne est dans la demande, si elle demande un suivi et que je vois qu'elle aimerait qu'il se passe quelque chose derrière, je pourrais organiser... après il faut voir comment c'est possible et il faut que la personne l'accepte aussi... voir son médecin traitant ce n'est peut être pas son objectif... mais s'ils ont besoin d'une semaine pour respirer et après ne pas consulter pendant un mois, ba on fait ainsi.

Investigateur: Hum hum hum. D'accord. Et ça, ça pourrait être un axe d'amélioration pour toi de la prise en charge?

Médecin 3: Oui.

Investigateur: Donc concernant le premier contact on a dit laisser la personne faire et après aborder ensemble le suivi. Ok. Prise en charge on a dit également avec un réseau que tu aimerais avoir. Sous quelle forme tu penses que ce serait le mieux? Psychologue, psychiatre, CMP...?

Médecin 3: Dans l'idéal le CMP parce que quand on envoie quelqu'un chez le psychologue malheureusement ce n'est pas pris en charge. Du coup il y a toujours la question du coût. Donc dans l'idéal le CMP. Mais à X ils sont débordés, je pense que c'est partout pareil. Donc quand on les

appelle pour quelque chose d'urgent et ils nous répondent "ba envoyez le aux urgences, on verra comment on peut s'organiser aux urgences", c'est pas du tout adapté. Donc j'envoie aux psychologues libéraux mais les délais sont un peu plus longs. C'est vrai que j'adresse quasiment pas aux psychiatres. C'est peut être un biais hein mais je... sauf grosse pathologie psychiatrique avérée. Mais les syndromes dépressifs, deuil etc je n'adresse pas à eux. Sauf quand ils sont vraiment en crise aigüe j'envoie aux psychiatres. Mais pour des choses un peu plus "légères", même si je n'aime pas dire "léger" mais je n'adresse pas aux psychiatres.

Investigateur: D'accord. Concernant ta formation, si tu voulais être plus à l'aise dans le genre de situation si tu avais l'entourage d'une personne suicidée qui venait te voir, comment tu penserais et aimerais être formé pour être plus à l'aise dans tout ça?

Médecin 3: C'est du contact humain en fait. Alors je ne sais pas si le côté formation c'est évident. Je pense qu'il faut le vivre en fait. Alors au début on fait des conneries hein. J'ai fait pas mal de soins palliatifs et c'est vrai que rétrospectivement il y a des entretiens où j'étais à côté. Au fur et à mesure on apprend. Malheureusement il y a souvent des patients qui en pâtissent vu qu'on n'a pas l'habitude. Mais c'est avec l'expérience. Il n'y a aucune formation spécifique, je pense, à mettre en place. C'est de l'entretien interindividuel et il n'y a pas de moyen de simuler ça.

Investigateur: Oui donc c'est plutôt l'expérience professionnelle.

Médecin 3: Oui.

Investigateur: Est-ce que le fait d'en discuter avec d'autres médecins généralistes ou d'autres psychiatres ça pourrait t'aider?

Médecin 3: Peut être avec des psychiatres oui. Peut être.

(blanc)

Investigateur: Ok. As-tu des choses à ajouter de manière libre?

Médecin 3: Non.

Investigateur: Très bien.

Médecin 3: Je n'ai pas une grande expérience.

ENTRETIEN MÉDECIN M4

Investigateur: Pour débiter, je vais vous demander de vous présenter comme si l'on ne se connaissait pas.

Médecin 4: D'accord. Donc moi je suis [M4]. J'ai 63 ans. Je suis installé à X depuis 1985, ça va faire 35 ans au mois de mars. Voilà. Je suis marié. J'ai trois grands enfants. Dans ma pratique je suis maitre de

stage depuis 25 ans à peu près. J'exerce seul. En libéral exclusif. J'ai un exercice de médecine du sport. Voilà. J'accepte encore des nouveaux patients. Je ne mets pas les gens dehors systématiquement, faut-il le dire. Heu... je ne sais pas... Y a-t-il d'autres questions?

Investigateur: Le milieu d'exercice...

Médecin 4: J'exerce dans une petite ville, dans une ville moyenne. Il y a une agglomération d'environ 25 à 30 000 habitants grosso modo pour l'agglomération de la ville de X.

Investigateur: D'accord donc on dirait plutôt urbain.

Médecin 4: Urbain. Mais il y a quelques gens qui vivent à la campagne qui n'est pas loin, avec quelques agriculteurs.

Investigateur: Et le choix de la spécialité de médecine générale, est-ce que c'était par choix ou par défaut?

Médecin 4: Heu... Je veux croire que c'est par choix. Je n'ai jamais été tenté par des spécialités quelles qu'elles soient. J'ai surtout très vite été repoussé par l'ambiance de l'hôpital quand j'y ai fait mes stages d'externe et d'interne. Donc je n'avais qu'une hâte c'était de sortir de l'hôpital. Voilà. Donc le milieu libéral m'a ouvert les bras et ça me convenait très bien. Voilà.

Investigateur: Ok. Pour votre formation pour votre pratique quotidienne de médecin généraliste, comment faites-vous?

Médecin 4: Alors j'avoue que depuis un an ou deux c'est un petit peu moins. Je fais encore quelques soirées de formation médicale continue organisées sur X ou à l'initiative d'organismes privées. Pendant longtemps on avait un système de formation médicale sur X. On avait une association qui s'appelait l'AMGRF qui organisait une soirée par mois à peu près et ça, ça a duré un certain nombre d'années. Après j'ai intégré un groupe de pairs qui était la continuité en fait de ce groupe de formation médicale continue. Il en est sorti un groupe de pairs, un groupe qualité, on est rentré dans le cadre d'un groupe qualité, auquel j'ai participé pendant de longues années également. Dont je suis sorti il y a trois ans à peu près. Voilà je lis un petit peu. Et puis je me base aussi sur les comptes rendus de mes correspondants spécialistes pour me former. Je ne suis pas un acharné de la formation. J'ai suivi le DU de soins palliatifs à Caen mais je n'ai pas passé l'examen.

Investigateur: Oui.

Médecin 4: Voilà.

Investigateur: Ca fait longtemps?

Médecin 4: Il y a deux ans.

Investigateur: Il y a deux ans, d'accord.

Médecin 4: Et en fait je n'avais pas vraiment le temps de le travailler et de le préparer donc ça ne m'a pas paru nécessaire et indispensable de passer l'examen. Donc j'ai suivi l'enseignement.

Investigateur: Est-ce que vous avez suivi des formations sur la problématique de suicide?

Médecin 4: Non.

Investigateur: C'est parce que vous n'avez pas pu ou pas souhaité en suivre?

Médecin 4: Ca ne s'est pas présenté. J'avoue que la psychiatrie, alors si tant est que le suicide relève de la psychiatrie, n'est pas une spécialité qui m'attire outre mesure. Mais non je n'ai pas eu l'occasion de le faire et je ne l'ai pas fait en tout cas.

Investigateur: Je vais rentrer un petit peu plus dans le sujet du suicide. Est-ce que vous avez déjà eu dans votre patientèle un ou des patient(s) qui se sont suicidés?

Médecin 4: Quelques-uns. Donc ça ne me revient pas... enfin si j'en ai un tout à fait frais et récent qui date du mois d'août dernier. Mais j'en ai eu d'autres. L'autre cas auquel je pense était au contraire au tout début de mon installation. Des gens que je connaissais à peine, que je soignais depuis peu de temps. C'est donc une jeune maman qui s'est pendue dans son grenier. Alors que bon jamais elle n'est venue consulter pour un syndrome dépressif ou quoi que ce soit. Je ne connaissais pas l'histoire de la famille etc. Mais j'ai appris par un confrère qui est allé constater le décès un soir. Heu... Voilà. Après il y a sûrement eu d'autres suicides mais pas forcément une quantité énorme, mais qui ne me viennent pas comme ça à brûle pourpoint. J'en ai moi constaté quelques-uns dans mon exercice de garde.

Investigateur: Hum hum.

Médecin 4: Essentiellement des pendus. Mais voilà. Les deux cas qui me paraissent les plus patents et qui me viennent en mémoire sont celui qui est très récent et celui qui est très ancien.

Investigateur: Est-ce que vous voulez me raconter un petit peu l'histoire récente?

Médecin 4: Alors l'histoire récente c'est une histoire qui de plus défraye la chronique puisque ce suicide a été très médiatisé et continue de l'être. Il s'agit d'un cadre infirmier de l'hôpital de X qui m'a consulté à plusieurs reprises pour des problèmes relationnels avec son encadrement, sa hiérarchie dans le service de psychiatrie de X. Il avait l'air de penser qu'il avait besoin d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, etc... Et puis ce patient a finalement pris la décision de... Bon il vivait et évoluait dans un contexte familial très uni, une femme très proche, un couple très uni, des enfants, quatre enfants qui étaient très avancés... enfin qui ont fait de belles études qui sont avancés dans leur vie et qui sont autonomes, un milieu très intellectuel. Et ce patient s'est pendu sur son lieu de travail un matin du mois d'août en rentrant de vacances, sans prévenir personne. Voilà. Moi j'ai appris ça sur mon lieu de vacances. J'ai été très surpris, d'autant que le problème majeur de ce patient semblait être des difficultés relationnelles au travail ou des difficultés dans la gestion de son travail, des difficultés dans l'acceptation des moyens mis à sa disposition et qu'il avait fait des démarches pour changer de boulot. Mais ses démarches n'avaient pas, à priori, abouti. Et puis voilà.

Investigateur: Et comment avez-vous vécu, vous, cette situation.

Médecin 4: Comment j'ai vécu la situation ou la nouvelle?

Investigateur: Les deux.

Médecin 4: A l'information je suis tombé un peu de ma chaise parce jamais je n'avais mesuré un état dépressif et un passage à l'acte imminent. D'autant que je ne l'avais pas revu récemment pour ce problème-là. Et ce patient me semblait quand même, en tant que cadre infirmier en psychiatrie, avoir quand même la tête sur les épaules et un peu de recul par rapport aux événements. Et donc j'ai eu à gérer son épouse à mon retour de vacances. Elle avait d'abord vu une première fois ma remplaçante qui l'a prise en consultation et une consultation dont elle a été très satisfaite, elle me l'a dit après. Et puis bon à côté du suicide, sur le lieu de travail directement, à mon avis opposé à un fonctionnement d'hôpital et de son service clairement affiché. Bon ba moi j'ai pris en charge effectivement la suite de l'épouse. Moi je n'ai pas pris en charge les enfants qui sont un peu dispatchés sauf le dernier qui vit encore avec sa maman. Mais c'est surtout la maman que j'ai pris en charge et que je prends encore en charge.

Investigateur: Comment ça s'est passé à votre retour de vacances la prise de contact avec la maman?

Médecin 4: Alors la prise de contact elle était motivée d'abord par une prolongation d'arrêt de travail parce que mon remplaçant avait fait un arrêt de travail et avait démarré un traitement anxiolytique. Bon évidemment on a longuement parlé. C'est une femme qui évolue quand même... dans le milieu... Alors elle, elle travaille comme CPE je crois dans un lycée. Mais elle évolue, de par son mari, dans un milieu assez riche en infirmiers et autres spécialistes de psychologie etc. Elle avait l'air très bien entourée. Elle a quand même décidé de faire une psychothérapie, de se faire prendre en charge par une psychologue, ce qu'elle a fait. Et puis on a introduit un antidépresseur au fil des consultations, je pense deux ou trois mois après le décès.

Investigateur: D'accord.

Médecin 4: Un premier antidépresseur qui n'a pas été bien supporté, et un deuxième qui a l'air de porter ses fruits. Ceci dit je pense que le recul aide aussi la patiente. De son côté elle a décidé de porter plainte contre l'hôpital. Donc ce qui participe à la modification des choses. Après on peut avoir un avis là dessus. Moi je ne suis pas convaincu que ce soit la meilleure façon de faire son deuil mais voilà. Si elle considère que c'est le système hospitalier qui lui a enlevé son mari c'est à elle de voir.

Investigateur: C'est sa démarche.

Médecin 4: C'est sa démarche oui.

Investigateur: Comment avez-vous fait au fur et à mesure des consultations pour organiser le suivi?

Médecin 4: Je lui ai un peu laissé la bride sur le cou. Je faisais des prescriptions d'abord de quelques jours, enfin quelques jours... puis un mois non renouvelable de façon à ce que l'on se revoie. Sachant qu'elle avait aussi des contacts en dehors avec des amis, des psychologues. Et surtout après le début de sa psychothérapie, je ne lui fixais pas de rendez-vous d'une fois sur l'autre. Sachant et pensant que de toute façon elle adhérerait à un suivi de son propre chef, ce qu'elle a fait. Et moi je réponds à sa demande, je suis là. Je me suis surtout attaché à prendre des nouvelles des enfants que je ne voyais pas.

Investigateur: D'accord.

Médecin 4: Notamment du dernier qui est le seul présent à la maison et qui donc gère sa mère tout

seul à quinze ans. Donc en insistant bien... Alors en fait l'enfant est aussi pris en charge par tous les amis du père qui sont de la partie et qui jouent un peu le rôle de grand frère ou de... voilà. Mais c'est vrai que l'enfant lui il n'est pas heu...

Investigateur: Il ne fait pas partie de votre patientèle?

Médecin 4: Il fait partie de ma patientèle mais je ne l'ai jamais vu en consultation. Pas pour ça en tout cas. J'ai abordé le sujet une fois avec lui pour une histoire intercurrente. C'est difficile d'enfoncer le clou comme ça unilatéralement. En l'absence de sa mère. Bon j'ai l'impression que le dialogue passe bien entre la mère et le fils. Donc encore une fois il y a l'encadrement qui fait que. Les trois frères et sœurs aînés sont aussi malgré tout très présents pour aider leur petit frère. Voilà.

Investigateur: Comment vous avez fait dans cette consultation, donc pour un événement intercurrent, pour aborder le sujet.

Médecin 4: Ba je lui ai demandé comment ça se passait pour lui.

Investigateur: D'accord.

Médecin 4: "Comment ça se passe pour toi tout de suite?" "Comment ça se passe avec maman?" Alors bon effectivement ça a été vite des faux fuyants, des réponses évasives. J'ai essayé de lui tendre les perches etc... Il y a eu des réponses, encore une fois, très évasives. J'ai revu sa mère depuis et je l'en ai informée. Donc elle sait que je suis à sa disposition. Je ne me sens pas forcément le mieux armé pour l'aider.

Investigateur: Oui.

Médecin 4: Donc je ne suis pas dans l'insistance par rapport à ça. Je lui ai ouvert les mains, je lui ai ouvert les bras, je lui ai tendu la perche. S'il revient je recommencerai. Mais je ne suis pas forcément le mieux armé de mon point de vue.

Investigateur: De manière générale, concernant le processus de deuil, comment vous faites pour repérer les deuils difficiles?

Médecin 4: Comment je fais pour les repérer? Ba je les repère à la façon dont les gens se comportent, de la fréquence des consultations, du mal être, des questions qui se posent, globalement du mal être, de la difficulté à aborder le sujet, de la difficulté à évoquer le défunt, de la difficulté à... oui à parler du sujet. Quand on voit les gens qui viennent une fois parce qu'ils ont mal à la gorge et qu'en fait ils sont encore dans leur travail de deuil. Alors après bon, je ne suis pas convaincu que les médecins soient les seuls à pouvoir aider les gens dans cette situation là. Mon attitude à moi c'est de leur expliquer que le deuil c'est un travail personnel. Qui peut se faire en groupe, il peut y avoir une participation en famille par exemple, ou en groupe quand il s'agit des amis. Mais mon attitude c'est aussi d'ouvrir les yeux des gens sur cet aspect de la question.

Investigateur: Et je ressors un petit peu du cas pour parler plus généralement, est-ce que vous avez repéré si les personnes qui présentent un deuil difficile venaient plus ou moins vous consulter?

Médecin 4: Alors encore une fois je n'ai pas un recrutement énorme en matière de suicide donc voilà. J'ai un cas mais faire des comparaisons ça me paraît compliqué. J'imagine que les gens qui ont

un deuil difficile, parce que l'on peut avoir un deuil en dehors des suicides, il y a des gens qui perdent un être cher...

Investigateur: Tout à fait.

Médecin 4: ... et là c'est quand même beaucoup plus fréquent dans mon activité. Dans certains cas je pense que oui les gens qui ont un deuil difficile consultent plus souvent. Mais pas forcément de façon avouée par rapport à justement cette situation de travail de deuil. Ce n'est pas forcément le motif de consultation premier mais je pense qu'il transparait quand même.

Investigateur: Sur le peu de cas de suicides que vous avez pu avoir, ces endeuillés par suicide, est-ce que vous avez remarqué s'ils développaient d'autres pathologies?

Médecin 4: Je n'ai pas non plus le recul suffisant pour pouvoir le dire. Je n'ai pas un échantillon évidemment suffisant. Pour reprendre le cas qui me préoccupe entre guillemets actuellement, puisque c'est encore une situation active, le fait de rentrer dans une logique de judiciarisation du suicide, en tout cas je m'interroge beaucoup, même si je m'interdis de donner un avis là dessus au patient. Voilà. Je me l'interdis. Personnellement je pense que c'est sujet à pérenniser la situation difficile de deuil. Après quelle est la motivation? Voilà. Je m'interroge aussi.

Investigateur: Hum hum.

Médecin 4: Mais voir se développer d'autres... Alors effectivement dans le cas de cette patiente est-ce qu'on ne risque pas de se voir s'installer ou décompenser d'autres problématiques psychologiques?

Investigateur: Vous êtes dans une période de questionnement.

Médecin 4: Hum.

Investigateur: Et vous travaillez avec un réseau de professionnels pour prendre en charge l'entourage d'une personne suicidée ou pas spécialement?

Médecin 4: Non. A X il faut savoir qu'on est quand même sur le plan des structures psychiatriques en réel déficience... On n'arrive pas à avoir un psychiatre en urgence, c'est impossible. Quand on a des difficultés d'ordre psychiatrique aiguës, on envoie aux urgences et puis on espère que ça se passera bien derrière. Avoir un psychiatre au téléphone c'est inenvisageable. Donc voilà, la prise en charge et le suivi c'est au petit bonheur la chance.

Investigateur: Et est-ce que vous souhaiteriez avoir un autre mode de fonctionnement?

Médecin 4: Bien sûr. Je souhaiterais qu'on ait des psychiatres compétents et accessibles. (*Rire nerveux*) Psychiatres et/ou psychologues de CMP qui sont à des rendez-vous aux calendes grecques quoi. Donc la plupart du temps les psychothérapies sont plutôt assurées par des libéraux en ville.

Investigateur: D'accord, que ce soit psychiatre ou psychologue?

Médecin 4: Non, psychiatre, il n'y a pas de psychiatre libéral à X. Et il y a un psychiatre libéral dans un rayon de 20 ou 30 km. Je ne suis pas forcément très en accord avec sa façon de fonctionner. Donc

j'avoue moi la psychiatrie, quand c'est vraiment un problème urgent, j'adresse les gens à Caen. Mais ça reste exceptionnel.

Investigateur: Et du coup dans la situation d'un suicide, est-ce que vous connaissez la postvention?

Médecin 4: Non. Je ne peux pas dire oui. Non.

(Coupure enregistrement pour explications)

(Mes explications semblent lui avoir fait remémorer des cas de suicides).

Médecin 4: Oui je me remémore tout d'un coup un autre cas d'un patient âgé qui devait avoir entre 80 et 85 ans, qui a décompensé une cirrhose hépatique et qui s'est trouvé à même d'avoir à subir des ponctions d'ascite itératives régulières etc., après lesquelles il râlait pas mal. Mais bon c'est pareil chez ce patient rien ne laissait prévoir quoi que ce soit. Et il est seul avec sa femme. Des gens qui vivaient un peu en vase clos avec des difficultés familiales dans le sens où ils ont perdu un fils du SIDA et qu'ils n'ont plus de relation avec leur petite fille. Et un jour la dame est descendue et a retrouvé son mari pendu. Après avoir fait deux ou trois séances de ponction d'ascite il a clairement exprimé le désir de ne pas continuer ce genre de traitement et il a préféré mettre fin à ses jours. Donc là j'ai eu à gérer effectivement pendant plusieurs années la dépression et le traumatisme psychique de cette femme qui, de consultation en consultation, évoquait l'image de la découverte du corps, du décès. Et la douleur qui était ré-exprimée à chaque fois au fil des consultations m'a amené aussi à prescrire un traitement médicamenteux qui semble avoir eu une certaine efficacité. Encore une fois une dame malgré tout un petit peu entourée par le voisinage mais pas sur le plan familial. Et qui je pense ne s'est jamais réellement remise. Quant à son travail de deuil exactement, c'est difficile de juger dans quelle mesure il a avancé. Quant a-t-on fait son travail de deuil? C'est quand on commence à sourire en évoquant le défunt ou... je ne sais pas. Voilà. Donc là c'est un troisième exemple qui me vient et qui n'est pas très ancien, qui a une dizaine d'années.

Investigateur: Vous l'aviez vu rapidement cette dame dans les suites du suicide?

Médecin 4: Ha oui, je l'ai vue très rapidement. Je l'ai vue très rapidement et je l'ai vue régulièrement aussi. Donc à l'heure qu'il est elle est décédée aussi à son tour mais heu... ça a été heu... ça a été très douloureux et ça a été assez douloureux aussi pour moi parce que cette dame là était l'ancienne femme de ménage de mes beaux-parents. Donc on se connaissait un petit peu, je connaissais le contexte familial etc.

(Coupure enregistrement. M4 doit reprendre ses consultations de l'après-midi et me propose de finir l'entretien le soir même, ce que nous faisons)

Investigateur: Après cette pause, vous me disiez peut-être d'aborder le sujet de la culpabilité.

Médecin 4: Alors le sujet de la culpabilité qui effectivement je pense est rarement évoqué spontanément par les familles du suicidé, qui doit malgré tout, comme toujours dans une disparition et a fortiori dans un suicide, créer des questionnements chez les gens qui restent. Et qui doivent se demander, et qui se demandent très certainement quel rôle ils ont joué dans la décision prise par l'être cher qui s'est donné la mort. Voilà. Je pense que c'est peu... enfin c'est une question qui est rarement, probablement, peu évoquée par les gens. Peut être que nous, médecins, notre travail consisterait à les aiguiller là dessus pour les aider aussi à se disculper, à se déculpabiliser. C'est aussi un travail que l'on fait régulièrement avec les enfants quand ils sont dans le... je dis avec les enfants,

je devrais dire avec tout le monde mais en particulier les enfants, qui ont assez vite ce rôle de culpabilité et qui sont culpabilisés, qui font des bêtises etc. et qui face à la mort peuvent se poser la question de savoir s'ils n'y sont pas un peu pour quelque chose. Voilà. Donc dans le cas du suicide, un conjoint, des enfants, eu égard à des situations un peu conflictuelles qu'il peut y avoir eues dans le passé, ça peut, ça doit de temps en temps un peu tarauder les gens. Voilà. Donc un sujet à aborder. Peut-être à les aider à en parler en tout cas. "Est-ce que vous vous sentez, vous, un peu coupable dans ce qui s'est passé? Est-ce que vous avez un sentiment de culpabilité? Est-ce que vous vous reprochez des choses? "

Investigateur: Poser la question ouvertement...

Médecin 4: Voilà!

Investigateur: D'accord. Sujet de la culpabilité donc abordé. On avait évoqué donc le programme de postvention. Comment verriez-vous la postvention dans votre pratique quotidienne?

Médecin 4: Définis-moi la postvention.

(Coupure enregistrement pour re-explications)

Médecin 4: En fait, je suis rarement là pour faire la période de ventilation ou de débriefing dont tu me parlais. Comment je vois ma place c'est ça?

Investigateur: Oui.

Médecin 4: En fait, c'est ce qu'on fait! On fait de la postvention, comme de la prose sans le savoir!

Investigateur: Quel serait le rôle du médecin généraliste?

Médecin 4: Ba le rôle ce serait, je pense, peut-être d'être un peu mieux informé et mieux formé, à accompagner les gens dans cette postvention, à partir des stades, des périodes suivantes, rarement à la phase aigüe à moins qu'on arrive... qu'on soit appelé pour constater, ce qui doit arriver de temps en temps, mais... Notre rôle ça peut être effectivement de participer à cette postvention. J'en reviens toujours au fait qu'on est quand même très seuls, nous, en matière de prise en charge psychiatrique. Alors moi je n'ai jamais fait d'enseignement, je n'ai jamais aimé, je n'ai pas subi mais suivi d'enseignement psycho etc. Je fais les choses avec mes tripes comme je les ai apprises sur le tas, en ouvrant mes yeux, en ouvrant mes oreilles, en observant les gens, en observant les situations. Et tu apprends à connaître le fonctionnement des gens, de l'Homme avec un grand "H", et de gens en particulier, qu'on ne connaît jamais complètement. Tout ça, ça ne peut se faire qu'à l'occasion d'une consultation qui malheureusement chez nous dure un quart d'heure. Voilà. Moi je me souviens qu'au début de mon installation, j'avais des consultations qui pouvaient durer une demi-heure à trois quart d'heure. Je m'en souviens très très bien. Je travaillais à l'époque en partie sans rendez-vous et ça c'était open bar. Et on avait des consultations qui étaient très intéressantes parce que tu t'aperçois que tu vois des gens qui viennent te consulter, alors je sors complètement du sujet, mais qui viennent te consulter pour un sujet très mal défini, très mal exprimé, une fois, deux fois, trois fois, tu sens qu'il y a un mal être mais tu ne sais pas. Et puis tout d'un coup tu y vas. Ça je l'ai fait plusieurs fois avec des stagiaires. Tu vas à l'attaque, tu cherches, tu poses des questions. "Dites-moi ce qui ne va pas." On commence comme ça et puis heu... Jusqu'à ce que les gens te lâchent le morceau quoi, qu'ils fondent en larme et puis te lâchent le truc. Voilà. Donc ça c'est des choses que malheureusement

maintenant on est plus à même de faire. Alors est-ce qu'il y a un phénomène de... comment dirais-je... tu te dis bon! A quoi bon? Tu es tout le temps en train de regarder ta montre, tu sais ce qu'il te reste à faire comme consultations. Ça participe. Après les choses urgentes, les choses aigües on les perçoit quand même. Les situations difficiles, les gens en danger, les gens en souffrance, on les perçoit et ceux-là tu les revois, tu demandes à ce qu'ils reviennent. Après bon, tu ne regardes plus ta montre, tu prends un peu de temps. Tu essaies de faire passer les messages de façon concise. Mais sans les lâcher.

Investigateur: Donc plus de consultations...

Médecin 4: *(Me coupe)* Que?

Investigateur: C'est à dire pas forcément prendre beaucoup plus de temps mais plus souvent?

Médecin 4: Mais renouveler. Oui oui tout à fait. Voilà. On peut redonner, moi ça m'arrive, je dis "je vous redonne rendez-vous tel jour à telle heure" et on se revoit, on continue la discussion, on continue la consultation.

Investigateur: D'accord. Est-ce qu'il y a des axes qu'on pourrait, que vous pourriez améliorer dans votre exercice pour prendre en charge ces endeuillés par suicide?

Médecin 4: Tous les axes sont améliorables chez moi!

(Rires)

Médecin 4: *(Raclément de gorge)* Ce que je pourrais améliorer c'est de me former, de me former en psychologie, en psychothérapie. Ça c'est un aspect de notre métier effectivement qu'on n'a pas appris à la fac et qui mériterait largement... enfin... C'est un grand aspect de notre profession. Si tu ne perçois pas les gens qui sont en face de toi tu peux leur prescrire des médicaments pendant trente ans et rester à côté de la plaque. Donc *(Raclément de gorge)* voilà les voies d'amélioration pour moi ce serait ça.

Investigateur: Et ces formations-là elles devraient être sous quelle forme dans l'idéal?

Médecin 4: Des cours magistraux, des séminaires, des séances de DPC. Enfin oui ça peut être différentes choses. Je pense qu'effectivement ça ne s'appréhende pas... ça ne s'appréhende pas heu... je pense qu'il faut du temps. On a le terrain, on a la matière, on a l'exercice mais on n'a pas la formation. Quand tu te sens d'aider les gens en psychothérapie, ba on fait de la psychothérapie et puis après tu te dis bon... ba... On dit les choses en fonction de notre propre ressenti. On n'a pas un regard professionnel, on a un regard... enfin moi c'est l'impression que j'ai. Tu m'as peut être vu un peu faire... enfin je ne sais pas si tu as le souvenir de consultations où on fait... Alors malgré tout à chaque consultation ça dérive toujours un peu. Tu renvoies la balance, tu renvoies le miroir aux gens. Tu leur dis "pourquoi vous voulez que je vous prescrive tel truc?" Tu les renvoies dans leurs cordes. Ça je sais faire. Après l'empathie ce n'est pas trop mon truc. Enfin l'empathie, qu'est-ce que c'est que l'empathie? *(Regarde d'un air interrogatif)* Je ne sais pas si j'utilise bien le terme. J'essaie quand même de comprendre les gens mais je ne vais pas les plaindre quoi. Je ne vais pas pleurer sur leur sort. Non. Je ne donne pas beaucoup... Je n'en fais pas des tonnes quoi. Je comprends mais ça ne sert à rien d'être empathique et de pleurer avec la personne qui pleure.

Investigateur: La différence entre l'empathie et la compassion...

Médecin 4: *(Coupe la parole)* J'ai de la compassion mais de l'empathie...

Investigateur: Ou l'inverse!

Médecin 4: J'ai de la sympathie. Je l'exprime dans mes petits messages de condoléances que j'adresse à mes patients ou à leur famille. Ca j'essaie de le faire autant que possible quand je reçois un avis.

Investigateur: D'accord.

Médecin 4: Même quand je ne reçois pas d'avis mais que je suis informé du décès, ce qui n'est pas toujours le cas parce que à l'hôpital on ne nous informe pas du décès de nos patients.

Investigateur: Oui...

Médecin 4: Donc l'empathie ce n'est pas mon truc. Oui... Pleurer avec les gens... Oui "vous n'êtes malheureux, vous avez des raisons de l'être" etc... "Vous êtes condamné à avancer dans votre vie. Vous êtes condamné à... enfin condamné... à vivre!"

Investigateur: D'accord.

Médecin 4: Voilà. Je ne sais pas si j'ai répondu à ta question.

Investigateur: Si, à beaucoup de questions.

Médecin 4: Si je n'ai pas bien répondu à certaines tu peux me les reposer mais...

Investigateur: Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse!

Médecin 4: Et tu vas sortir quelque chose de ce que je t'ai raconté?

Investigateur: Mais j'espère bien!

ENTRETIEN MÉDECIN M5

Investigateur: Pour commencer je vais te demander de te présenter s'il te plait.

Médecin 5: Alors du coup [M5], tu le sais déjà. Médecin généraliste. J'ai 32 ans et je suis installée depuis 4 ans à Y dans un cabinet de groupe. Heu... Qu'est-ce que tu veux que j'ajoute ?

Investigateur: As-tu remplacé avant ton installation ?

Médecin 5: J'ai remplacé déjà pendant une année durant mon internat, j'avais pris une année de disponibilité. Et puis à peine un an à la fin de mon internat. Et je remplaçais aussi les week-ends, les samedis pendant l'internat.

Investigateur: Et là actuellement ton lieu d'installation, tu le définirais plutôt rural, urbain, semi-rural ?

Médecin 5: C'est plutôt semi-rural. Oui.

Investigateur: Le choix de la médecine générale comme spécialité c'était par défaut ou par choix ?

Médecin 5: C'était un choix volontaire. Alors ce n'était pas au tout début de mes études parce qu'au tout début de mes études je voulais faire neurologie. Et puis en fait au fur et à mesure des études je me suis rendu compte que dans la médecine j'aimais tout et que j'aimais aussi beaucoup le relationnel. Donc c'était une évidence après d'aller vers la médecine générale. Donc moi quand j'ai passé le concours de l'internat je savais de toute façon que je ferais médecine générale. Ça ne m'a pas empêché de bien bosser mon concours. Et je n'ai pas choisi ça par dépit. Et je ne le regrette pas d'ailleurs.

Investigateur: D'accord. Et comment fais-tu pour te former dans ton exercice de médecine générale ?

Médecin 5: Alors c'est quelque chose que je ne trouve pas forcément évident parce que quand tu es lancé dans ton activité... On a quand même beaucoup de travail actuellement ! J'ai du mal effectivement à me mettre à jour, à me former. Alors j'ai fait partie d'un groupe qualité pendant du coup juste un an en fait. Après un an, le groupe s'est rompu puisque notre animateur a pris sa retraite et personne n'a voulu prendre son relais puisqu'on est tous ... c'est toujours le même problème, on est tous débordés. Après moi j'ai eu [un enfant] entre deux. C'est vrai que c'est plus compliqué de se libérer le soir. Donc se former actuellement, j'ai fait quelques formations en ligne. J'avais choisi ce modèle là l'année dernière. Et finalement je n'aime pas plus que ça. Donc je repars plutôt sur des formations réelles. Là sur X il y a quelques formations qui sont organisées, notamment jeudi prochain, avec des thématiques. Là ça va être sur l'ECG et la cardio.

Investigateur: C'est organisé par des labo ?

Médecin 5: Non ce n'est pas un labo, là c'est un organisme de formation. Donc ça rentre dans notre formation continue, notre DPC.

Investigateur: D'accord.

Médecin 5: Et puis après oui je lis des articles des choses comme ça mais tu vois là je ne me suis même pas réabonnée aux revues parce que je n'arrive pas à les lire. Je n'ai pas le temps. Peut-être que ça va changer ça avec mon organisation future mais...

Investigateur: Tu fais un peu de e-Learning au besoin quoi ?

Médecin 5: Oui c'est ça. Mais c'est dommage. J'aimerais pouvoir faire plus. Voilà.

Investigateur: Est-ce que tu as suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Médecin 5: Non.

Investigateur: C'est parce que tu n'as pas pu ou pas souhaité ?

Médecin 5: Parce que je n'ai pas eu l'occasion. Mais c'est vrai que dans la psychiatrie en général j'aimerais bien effectivement être un peu plus formée. C'est plutôt une formation... enfin oui ce sont des compétences qu'on acquiert avec l'expérience un petit peu. Après dans la prise en charge du suicide et son entourage c'est un peu différent mais dans la dépression, la prise en charge là tu te sens un petit peu... Mais bon maintenant je pense que je suis un peu plus à l'aise quand même parce que j'aime bien quand même le relationnel avec les patients. Alors ça demande beaucoup de temps, c'est toujours le problème actuel. Comme on est débordé, on a moins de temps. Mais moi c'est des consultations j'aimais bien au début revoir les gens et je prenais le temps, s'il fallait ¼ d'heure à une heure je le faisais au début de mon installation. Alors maintenant c'est un peu plus difficile. Mais après je les connais aussi un peu plus mes patients. Donc on organise des consultations en fin de journée, où je sais que après c'est la dernière consultation et on peut prolonger.

Investigateur: D'accord.

Médecin 5: Mais je n'ai pas de formation spécifique non. Et même pendant nos études, j'estime ne pas avoir été formée sur le sujet.

Investigateur: Et du coup, as-tu déjà eu dans ta patientèle des patients qui se sont suicidés ?

Médecin 5: Alors... Oui ! Alors pour t'expliquer c'est un petit peu particulier parce que moi quand je me suis installée j'ai été un an dans l'algeco, un an dans la nouvelle structure et Mr X est parti en retraite donc en fin d'année 2017 et donc moi je suis tombée enceinte. Donc j'ai été remplacée quand même régulièrement donc pour la patientèle il y a eu une transition qui a été compliquée entre lui et moi. Ils ont vu beaucoup mes remplaçants. Et pendant cette période là effectivement il y a eu des suicides...

Investigateur: D'accord...

Médecin 5: Voilà. Donc des patients du Dr X donc des patients qui n'étaient pas les miens, que je ne connaissais pas. Alors ça a été surtout des personnes âgées. Ce n'est pas dans ton sujet mais moi c'est une problématique que j'ai rencontrée assez souvent : le suicide de la personne âgée. J'ai eu trois cas en trois quatre mois, enfin un an parce que le deuxième ça a été un peu plus loin. Et tout ça des patients que je ne connaissais pas de base. Donc un monsieur de plus de 80 ans... Ce sont des plus de 80 ans hein. Donc un monsieur qui avait consulté plusieurs fois aux urgences parce qu'il faisait des malaises. Alors moi j'ai pas forcément bien suivi parce que c'est quelqu'un que je ne connaissais pas. Donc qui faisait des malaises, qui avait dû aller deux ou trois fois aux urgences. Et puis un jour, il en avait eu marre qu'on ne comprenne pas, enfin de ce que j'en ai compris par la suite, qu'on ne comprenne pas ce qu'il avait et il s'est pendu à sa fenêtre. Donc moi après j'ai récupéré sa femme. Forcément, je n'étais pas forcément au courant parce que je ne la connaissais pas la dame moi au début hein. Donc elle m'annonce que son mari s'est suicidé. Le temps que je comprenne qui c'était... Reprendre un peu l'histoire, pourquoi il en était arrivé jusque là...

Investigateur: Tu l'as vue longtemps après le suicide ?

Médecin 5: Alors je crois qu'il s'est suicidé en janvier et j'ai dû la voir deux mois après je pense. Pas immédiatement tu vois, elle n'est pas venue me voir aussitôt. A priori elle a pris ça plutôt bien entre guillemets. Un petit peu comme si elle se doutait, elle se doutait qu'il allait faire ça. Donc la problématique de la prise en charge de l'entourage là moi je n'ai vu que l'épouse qui n'a pas manifesté de difficulté particulière. Là moi j'ai quand même essayé de pousser un petit peu les

choses et ça se passait plutôt bien. Alors bon forcément c'était quand même un petit peu difficile, tu ne te remets pas comme ça du jour au lendemain mais elle ne s'est pas complètement effondrée.

Investigateur: Donc ça c'était la première consultation avec cette dame.

Médecin 5: Et ba moi je ne savais pas qui c'était au début la dame ! Elle est venue spontanément pour son renouvellement !

Investigateur: D'accord, donc pour un autre motif.

Médecin 5: Pour un autre motif. Renouvellement ou autre, je ne sais plus, mais ce n'était pas pour ça ! Et je l'ai revue à distance. Donc moi j'avais appris le suicide du patient par la secrétaire qui a su que quelqu'un s'était suicidé. J'avais dû le voir une fois le monsieur je pense, au mois de décembre, suite à une consultation aux urgences justement, où il avait fait ce fameux malaise et fait tout un bilan. Il avait dû y retourner deux fois après. Et c'est un monsieur, il me semble, qui avait une maladie de Parkinson débutante. Donc je pense qu'il se voyait certainement diminuer, et il ne supportait pas. Alors est-ce que les malaises étaient déjà liés à la souffrance psychologique ? Moi je pense. Mais après je n'ai pas eu le temps, tu vois... Pour moi ça a été assez difficile parce que je n'ai pas eu le temps de repérer parce que je ne connaissais pas les gens. Pas facile hein ! C'était en pleine transition, avec des patients âgés qui ne montrent pas toujours facilement leur souffrance.

Investigateur: C'est le cas de la dame tu penses ?

Médecin 5: Alors la dame, moi du coup je l'ai revue après... Alors il faut que je t'explique la suite parce que j'ai eu plusieurs cas. Maintenant je me méfie beaucoup. Donc après à chaque fois moi j'ai réinterrogé, je dis « comment ça va ? ». Et là je n'ai pas identifié chez la patiente, chez sa femme de difficulté. Mais chez le monsieur il y en avait certainement mais moi je n'ai pas, sur le moment, identifié parce qu'il n'a pas montré ça et j'ai dû le voir qu'une fois en plus. Et en plus c'était quelqu'un que je ne connaissais pas. Quand tu rencontres comme ça tu ne sais pas. Est-ce qu'il y avait des alertes avant, quand il était suivi avec le Dr X? Après sa femme, moi sur le moment elle n'a pas manifesté. Alors après je vais t'expliquer pourquoi maintenant je me méfie. Donc ça c'était en janvier, où j'ai été remplacée une semaine par mois pendant mon congé maternité. J'avais des remplaçantes que je connaissais et j'ai eu une fois une remplaçante que je ne connaissais pas. Elle m'a remplacée au mois de mars et qui a vu une autre de mes patientes. Une ancienne agricultrice, à la retraite. Donc pareil, une patiente du Dr X donc que je ne connaissais pas, qui est venue une première fois ou deux fois avec ma remplaçante en disant que ça n'allait pas... Voilà... Donc accompagnée par son mari à chaque fois. Un monsieur que j'avais vu, lui je le voyais régulièrement, mais elle je ne la voyais pas. Que ça n'allait pas, qu'elle n'avait envie de rien, tristesse, enfin surtout c'était son entourage qui disait qu'elle sortait moins... Elle a vu ma remplaçante une première fois, qui l'a mise sous anxiolytiques. Là il se passe un mois. La famille me rappelle, enfin le mari reprend rendez-vous, furieux : « oui votre remplaçante n'a rien fait. Ma femme c'est toujours pareil ». Alors pas content du tout de la prise en charge de ma remplaçante. Donc je la vois, je la réévalue. Je prévois un suivi. Alors j'avais dû la mettre sous antidépresseur je pense. Donc on prévoit un suivi à une semaine. Et là au rendez-vous, personne ne se pointe. On appelle, on appelle, ma secrétaire appelle pour demander voilà. Pas de réponse à ce moment-là. On a rappelé le lendemain et là on apprend, alors tu me parles de suicide, qu'elle a fait une tentative de suicide. Elle a mangé de la mort aux rats. Elle a été dans le coma, machin. Elle s'en est sortie mais ça a été de justesse quoi. Donc nouveau coup dur. Voilà. Et là le mari a réagi très mal parce qu'il a estimé qu'on n'avait pas fait correctement notre boulot. Il n'était pas content de ma remplaçante, pas content de moi non plus. Il a demandé le dossier médical pour changer de médecin. Voilà. Donc moi j'avais voulu prendre son

mari justement quand il est venu faire cette demande. Forcément je suis allée vers lui et tout, je lui ai demandé de venir dans mon bureau mais il a refusé, complètement buté. Il ne voulait pas me voir. Enfin... Nouveau coup dur ! Ca n'a pas été facile parce que voilà tu te remets en question : « qu'est-ce que j'aurais pu faire de plus ? Je suis passée à côté de quelque chose ? ». Bon il s'avère que dans la situation, je pense que je n'aurais pas pu faire autre chose. Cette femme elle était mise sous pression par son entourage qui continuait de la faire bosser à la ferme comme une cinglée. Enfin après j'ai su ça par d'autres personnes. Mais finalement ça elle ne me l'a jamais dit en consultation. Et c'est vrai qu'elle venait avec son mari ! Donc si j'avais eu plusieurs consultations... Enfin moi je ne pense pas avoir fait de faute. J'ai quand même organisé un suivi. Après c'est soit qu'il s'est passé un mois entre le début où elle est venue et où elle m'a revue ou le fait que c'était une remplaçante, et moi c'était de nouveau quelqu'un qu'elle ne connaissait pas... Je pense que... Après est-ce qu'on aurait pu identifier... Donc pareil une personne proche de 80 ans aussi. Et après dans l'année... Je ne sais plus si... Donc elle, elle n'est pas morte, elle s'en est sortie. Enfin elle est morte maintenant ! Elle a fait quelques mois après, donc là en fin d'année, une espèce d'occlusion, insuffisance surrénale aigüe, en gros elle avait une tumeur bilatérale des surrénales de début brutal. Elle a été en réa, impossible de la stabiliser et elle est décédée. Est-ce que c'est une conséquence de son truc ? Donc moi je ne l'ai pas revue, je ne sais pas vers qui ils sont allés.

Investigateur: D'accord...

Médecin 5: Voilà... Donc là je n'ai pas pu prendre en charge la famille. Alors moi ça a été hyper dur ! J'étais enceinte, je reprenais une patientèle... Alors deux décès... Bon le premier là je n'avais pas vraiment vu... Le deuxième bon j'avais quand même pris en charge la femme. Et après donc j'ai un deuxième décès donc je vais te réexpliquer aussi. Je suivais le mari. Donc je l'ai vu plusieurs fois le mari, parkinsonien, heu... pff... avec un peu des troubles du comportement, qui fuguait et qui voulait s'en aller. Donc je voyais le mari, avec sa femme, patient du Dr X aussi. Donc je le suivais depuis quelques mois. Donc la femme venait souvent avec son mari. Donc on essayait de mettre en place un traitement pour qu'il soit plus calme, moins embêtant. Donc couple sans enfant, qui habite en pleine campagne, dans la cambrousse. Lui, le mari, parkinsonien donc de temps en temps marchait à petits pas et puis des fois tu le voyais courir. Alors j'avais essayé d'adapter son traitement, peut être un peu trop, du coup il arrivait vachement mieux à marcher donc il se dérobaît beaucoup ! (*Sourire*) Lui voulant venir sur Y pour être plus proche des commodités, sa femme ne voulait pas. Moi je les voyais dans ce contexte-là. J'essayais de le calmer un petit peu parce qu'il était assez nerveux. Donc j'avais organisé un suivi. Mais sa femme je ne la voyais pas. Je ne la voyais qu'accompagnant son mari mais je ne l'avais jamais consultée personnellement.

Investigateur: D'accord.

Médecin 5: Voilà. Et puis un jour, j'apprends par une autre de mes patientes qui est factrice, qui passe chez eux, qu'elle s'est suicidée.

Investigateur: La femme ?

Médecin 5: La femme oui. Elle s'est mis un sac sur la tête. Donc trois patients de 80 ans, dans l'année, décédés. Donc moi je me méfie beaucoup maintenant des patients âgés.

Investigateur: Et du coup le dernier cas dont tu me parles, tu as pris en charge l'entourage de la dame ?

Médecin 5: Ba tu me parles de l'entourage : pas d'enfant. Elle a fait un courrier cette dame-là. Elle ne voyait pas d'issue, elle ne se voyait pas quitter son domicile. Pas d'enfant. Pas d'issue. Les revenus, ce n'était que de son mari, elle n'avait pas de revenu. Donc la seule solution qu'elle a trouvé c'est de mettre fin à ses jours. C'est ce qu'elle a écrit. Donc le mari dépendant, ba il est parti en maison de retraite à Z ! Donc voilà mes trois cas de suicide ! Ba je n'ai pas de prise en charge de l'entourage ! (Rires) Mais effectivement c'est intéressant dans le cadre du suicide des plus de 80 ans. Je me suis renseignée après et effectivement, c'est une population vraiment à risque. Et il faut identifier les prémices et là moi je n'ai pas su identifier du tout !

(Blanc)

Investigateur: En fait tu ne l'as pas vu beaucoup ce monsieur finalement. Tu l'as vu un peu pour son suivi...

Médecin 5: Ba je l'ai vu là pour son suivi de la maladie de Parkinson qui s'est stabilisée, qu'il puisse heu... il avait une marche à petits pas donc moi je l'ai stabilisé voilà au niveau médicamenteux et puis au niveau comportemental aussi. Et sa femme l'accompagnait mais des fois je l'ai vu tout seul. Donc je l'ai vu quoi, 3 ou 4 fois peut-être, c'est tout. Et après c'est vrai qu'on avait instauré, c'est vrai, j'avais demandé une prise en charge sociale. Donc il devait voir l'assistante sociale. Le maire de la commune, qui est mon patient aussi, m'avait un peu alertée et avait pris en charge le dossier. Et je pense que cette dame-là n'a pas accepté qu'on s'imisce dans sa vie privée.

Investigateur: Hum hum.

Médecin 5: Il y avait ça aussi.

Investigateur: Tu ne l'as pas revu après le suicide du coup le monsieur ?

Médecin 5: Non, parce qu'il a tout de suite été placé.

Investigateur: Tout de suite ?

Médecin 5: Oui. Je n'ai pas pu le revoir en fait. C'est dommage.

Investigateur: Tu n'as pas eu de prise de contact du coup ?

Médecin 5: Ba j'ai eu la maison de retraite au téléphone. Du coup comme il a été sur Z après ils ont changé de médecin traitant en fait je pense. Parce que moi je n'ai pas été jusqu'à Z pour le voir. Mais j'ai eu la maison de retraite au téléphone pour savoir ce qu'il avait comme traitement, comme suivi et tout ça. C'est tout.

Investigateur: Ok. Et...

Médecin 5: Après j'ai un autre cas de suicide. Alors c'est pareil c'est hyper compliqué. C'est récent. Heu... Quand est-ce que c'était ? Je pense que c'était au mois de septembre. Donc un de mes patients cette fois-ci qui a été mêlé à une histoire criminelle. Tu en as peut-être entendu parler, je ne sais pas, à C. En gros c'est un mec que moi je suivais parce qu'il avait fait un infarctus coronarien, divorcé, qui avait une fille, qui n'habitait pas loin de Y et qui avait déménagé à C. Et là-bas il a dû faire des mauvaises rencontres, enfin il s'est mis avec une fille qui sortait de prison apparemment, ancienne toxico. Il consommait de l'alcool mais je ne sais pas s'il se droguait ou pas. Enfin bref. Il était copain avec un mec qui habitait Q. et qui avait un petit terrain où il avait des animaux à côté de

C. Et un jour, ils ont dû aller manger ensemble avec cette fille et ce mec sur ce terrain-là, ils ont pique-niqué. Et ce mec-là devait trafiquer, il avait toujours de l'argent sur lui. Il a dû y avoir une dispute, je ne sais pas quoi. Enfin ils lui ont mis un coup de... Je ne sais pas comment ça s'appelle, c'est une espèce de pistolet électrique pour tuer les bêtes.

Investigateur: Ha oui c'est comme un taser un peu ?

Médecin 5: Oui, je ne sais plus comment ça s'appelle. Enfin bref. Ils l'ont tué pour lui piquer son fric. Tout ça c'est une histoire... Il a dû être embringué par la fille. Donc ils se sont débarrassés du corps... Ils ont brûlé la voiture... Et le corps ils l'ont mis dans un taillis je crois. Ils sont allés à sa maison, pour récupérer de l'argent là-bas je crois. Enfin bref c'est tout une histoire sordide. Et du coup cette fille-là, elle l'a fait chanter après avec un mec qui devait être son dealer. Et tous les deux se sont amusés à faire chanter mon patient. Donc ils en ont rajouté une couche, certainement pour lui soutirer de l'argent. Certainement c'était lui qui devait avoir récupéré l'argent. Bref. Et du coup, lui il s'est suicidé. Il est retourné sur son terrain familial où il s'est pendu.

Investigateur: Hum hum...

Médecin 5: Voilà. C'est sympa les cas de suicide hein ?! (*Rires nerveux*) Donc prise en charge familiale, je suis sa mère à ce monsieur-là.

Investigateur: D'accord.

Médecin 5: Mais je ne l'ai pas vue pendant des mois en fait.

Investigateur: Elle n'est pas venue te voir ?

Médecin 5: Elle n'est pas venue non. Bon c'était une histoire sordide. Elle s'était un peu cachée je pense qu'elle ne voyait plus personne. Nous on a su ça dans les journaux donc... Mais quand j'ai su qu'il était décédé, j'ai cru qu'il avait fait un infarctus tu vois! Parce qu'il fumait toujours et il picolait, il ne faisait pas du tout attention à lui. Quand j'ai appris cette histoire, je me suis dit « mais ce n'est pas possible ! ». C'est digne d'un roman. J'étais allée voir sur internet l'histoire, ils donnent tous les détails les journaux !

Investigateur: Et as-tu réussi quand tu as lu la nouvelle à faire le lien avec la maman ?

Médecin 5: Ha oui oui ! Mais tu sais c'est délicat dans ces cas-là parce que elle n'est pas venue me voir. Alors tu ne vas pas aller faire la démarche de les appeler quand même ! Moi j'avais failli l'appeler parce que quand j'ai appris qu'il était décédé... En fait on a su qu'il était décédé parce qu'il n'est pas venu au rendez-vous. J'avais rendez-vous avec lui et Mme H. regarde sur internet, comme elle fait toujours ma secrétaire, et elle a vu qu'il était décédé, il y avait un papillon. Donc ça devait être le rendez-vous le vendredi et il était enterré le mercredi. Elle me dit « ba tiens Mr Untel est décédé ». Je dis « ha bon ! Ba je n'étais pas au courant » donc je pensais qu'il avait fait un infarctus parce que ce monsieur-là avait une fraction d'éjection à 30% et il ne faisait pas attention du tout. Je me suis dit... Je voyais qu'il finirait comme ça un jour donc je pensais à ça. Et puis je ne sais plus comment mais ma secrétaire me dit « Vous avez vu l'article, c'est Mr Untel qui... il y a son nom et tout ! ». Et finalement il n'a pas été enterré le mercredi parce que le corps a été... Et puis les flics ont fait le lien après, ils ont retrouvé la voiture du mec, ils savaient que c'était un ami de Mr Untel donc là ils ont fait la main mise sur le corps et il n'a pas été enterré avant plusieurs semaines ! Donc c'est comme ça qu'on a su que... Donc moi là je me suis dit bon, je suis sa mère mais personne n'est venu me voir.

Investigateur: Pas de nouvelles. Tu l'as vu combien de temps après ?

Médecin 5: Je l'ai vu deux ou trois mois après. Parce que c'est une dame que je suis pour une pseudo-polyarthrite rhizomélique et arthrose diffuse. Donc je la suivais régulièrement, tous les mois, mais elle était sevrée de sa corticothérapie. Elle est revenue me voir pour une récurrence. Et puis parce qu'elle voulait se faire opérer finalement de ses hanches. Donc là, moi je me suis dit quand elle est arrivée « comment je vais lancer le sujet ?! ». Bon, c'était brièvement parce que c'était franchement délicat vu le contexte. Je lui ai demandé comment ça allait. Elle m'a dit que ça avait été difficile mais que ça allait quand même à peu près. Voilà !

Investigateur: Et derrière lors du suivi comment as-tu fait ?

Médecin 5: Ba moi du coup je la revoyais comme j'avais réinstauré une corticothérapie. Je l'ai revue tous les mois. Donc à priori bon... J'ai reposé la question quand même s'il y avait une souffrance psychologique tout ça. Bon c'est pareil ce sont des agriculteurs, c'est toujours très difficile d'avoir leur ressenti. Donc après jusqu'où il faut aller pour creuser ? Bon j'ai creusé un petit peu, ça a l'air d'aller. Là elle se fait opérer de sa hanche. Après je n'ai pas instauré de suivi. Elle n'a pas de suivi psychologique, elle n'a pas été voir de psychologue.

Investigateur: D'accord.

Médecin 5: Elle n'en a pas ressenti le besoin. Mais j'ai proposé. A chaque fois j'ai proposé. Moi je propose quand même un suivi psychologique. Donc voilà, ce sont les cas qui me viennent. Donc là je n'ai pas... J'ai des cas compliqués quand même ! Je ne sais pas ce que les collègues t'ont retranscrit mais c'est assez particulier quand même.

(Rires partagés)

Investigateur: Effectivement ! Et tu me parles justement de suivi psychologique. As-tu un réseau de professionnels avec lesquels tu travailles ?

Médecin 5: Oui alors ça dépend des circonstances. Quand c'est quand même particulier, j'aime bien appeler le CMP.

Investigateur: Oui.

Médecin 5: Et après sinon je travaille avec la psychologue de notre cabinet.

Investigateur: D'accord.

Médecin 5: Alors ça je le fais beaucoup plus maintenant parce que j'ai moins le temps pour faire le suivi et puis on a quand même une psychologue qui est là. Après je vois aussi s'ils sont prêts à financer aussi la consultation. Sinon moi j'organise le suivi. Après dans ce contexte-là je n'ai pas eu beaucoup de suivi parce que malheureusement ce sont des cas particuliers. Je n'ai pas fait là de suivi spécifique mais je le fais avec la dépression, avec la souffrance psychologique. On travaille avec la collègue en collaboration. Et après le CMP j'ai eu... Un gars qui s'est fait braqué. Braquage à main armée, coup de feu je crois... oui coup de feu tiré. Donc là moi j'appelle directement le CMP ou la psy de liaison pour une prise en charge immédiate.

Investigateur: D'accord tu as un contact facilement.

Médecin 5: Oui ça va là. Voilà mes cas de suicide. Je n'en ai pas eu d'autre.

Investigateur: C'est déjà bien !

Médecin 5: Je n'ai pas eu de cas de patient jeune où là vraiment... Tu verras peut être ça avec mes collègues. J'imagine la prise en charge derrière.

Investigateur: Oui on part d'un cas pour essayer de voir comment tu as pu faire...

Médecin 5: Mais je me suis posée la question dans le cas de la maman du dernier suicide. Est-ce qu'on peut se permettre d'appeler nos patients quand on sait qu'ils ont eu un moment difficile s'ils ne viennent pas te voir ? Ba moi je ne l'ai pas fait parce que je n'ai pas osé.

Investigateur: Tu t'es posé la question.

Médecin 5: Oui. Je n'ai pas osé surtout vu le contexte criminel et tout je me suis dit que certainement elle ne voulait peut-être pas trop ébruiter tout ça. J'imagine. Mais elle n'est pas venue me voir spontanément. C'est dommage d'ailleurs parce que je pense que j'aurais pu l'aider. Après ce sont des gens très rustres, de la terre. Mais ce sont ces gens-là chez qui il faut se méfier parce que ce sont ces gens-là qui ne disent rien et qui ont derrière des gestes...

Investigateur: Donc derrière il y a la période de deuil, tu l'as un peu évoqué à un moment donné. Concernant ce processus de deuil, comment fais-tu pour repérer la difficulté du deuil ?

Médecin 5: Ba là après tu questionnes effectivement, à l'interrogatoire, si les gens ont des comportements de repli sur soi, s'ils ne sortent plus, s'ils pleurent sans arrêt, le retentissement au quotidien... Alors là ce sont des personnes retraitées mais j'imagine que s'ils travaillent et qu'ils ne peuvent plus aller au travail. Bon ça fait partie... C'est le même questionnement que le syndrome dépressif. Et puis si ça se prolonge, sur la durée. Un deuil pathologique. Comment de temps dure un deuil ? Tu dois savoir mieux que moi ! (*Rires*) Après voilà il faut instaurer peut être un suivi. Moi j'ouvre toujours la porte, c'est aussi de dire « si ça ne va pas, n'hésitez pas à revenir ». Après est-ce qu'il faut faire ça ou est-ce qu'il faut les faire revenir et mettre des créneaux systématiques parce que tu te dis, dans les cas que j'ai eus, ba non les gens ne reviennent pas forcément ! Ils ne vont pas faire spontanément la démarche.

Investigateur: Donc tu remets en cause le fait de mettre juste une porte ouverte par ton expérience?

Médecin 5: Hum. Est-ce que c'est suffisant de faire ça ? Moi je le fais systématiquement parce que... Mais est-ce que c'est suffisant pour quelqu'un qui est en souffrance qui se renferme, qui est tout seul, il risque de ne pas venir te consulter.

Investigateur: Et du coup as-tu repéré si les gens qui présentaient justement un deuil difficile venaient plus ou moins te consulter que les autres endeuillés ?

Médecin 5: Ba oui je pense. Oui quand même je pense.

Investigateur: Tu penses que spontanément ils vont plus venir te voir ?

Médecin 5: Alors après c'est toujours pareil, ça dépend comment tu évalues parce que ceux qui ne viennent pas te voir, tu ne t'en rends pas forcément compte ! Mais moi je dirais oui parce que si je me rends compte qu'ils ont un deuil pathologique c'est qu'ils sont venus me voir plusieurs fois et que

ça ne va pas. Alors que les autres, ceux pour qui ça va bien, ils ne vont pas venir me voir. Les deuils pathologiques viennent plus tard aussi. Au bout de quelques mois ils se rendent compte que ça ne va toujours pas et ils viennent te voir. Donc je pense qu'ils consultent plus que les autres. On peut dire ça comme ça.

Investigateur: Ok.

Médecin 5: S'ils viennent... Après quand même si, je pense... Bon je n'ai pas non plus une expérience très ancienne mais dans les deuils que j'ai eu, autre que suicide, on voit quand même que si ça ne va pas ils viennent te voir.

(Blanc)

Investigateur: Ce n'est peut être pas facile pour toi mais est-ce que tu as pu repérer si les endeuillés par suicide développaient d'autres pathologies ?

Médecin 5: Heu... non. Après pas pour ceux-là. Après j'ai d'autres patients qui ont connu des suicides dans leur famille. Ha oui c'est vrai ! Ce sont des suicides anciens mais je suis des familles qui ont eu par exemple un conjoint ou un père ou une mère... Et là on voit des difficultés... Bon là j'ai une famille où il y a actuellement un nouveau conjoint mais je suis la fille qui ne va pas bien. C'est un deuil ancien, les enfants étaient tout-petits quand le papa est décédé. Donc là par contre oui ! Donc elle a été suivie longtemps auparavant. Mais là elle m'a fait... C'est une jeune qui a fait des malaises type vagues avec perte de connaissance dans un contexte de migraine avec découverte d'un kyste cérébral. Derrière il y avait un contexte. Elle venait d'être en internat donc éloignement du milieu familial. Une relation avec la mère très compliquée, pas de relation avec la mère en fait. Donc moi j'ai vu tout de suite le truc, je me suis dit elle, elle est en souffrance psychologique. Et là j'ai instauré un suivi. Alors après il y a une relation de confiance qui s'est instaurée. Elle allait beaucoup mieux du fait de parler avec moi. Là maintenant elle s'est sortie de ses migraines, ses malaises, ça va bien. Par contre, elle est suivie quand même par un psychiatre ; c'est le beau-père qui l'emmène. Alors j'ai vu la maman. Moi j'ai le versant fille, le versant du beau-père. Mais moi quand je la vois c'est difficile, je ne vais pas lui dire « votre fille et votre conjoint ont dit ça quoi ». J'essaie de lancer un peu le truc mais je n'y arrive pas. Je n'y arrive pas. J'aimerais bien les voir ensemble mais ce n'est pas facile. J'ai gardé le secret médical. Donc là j'essaie de gérer moi. Donc la souffrance a quand même des retentissements sur la famille à long terme, surtout sur les enfants. Et avec le risque suicidaire aussi parce qu'on sait quand même dans les familles de suicide... Donc ça c'est un cas récent. Mais malheureusement je ne suis pas toujours au courant. Parce que je ne suis pas toujours au courant des histoires des familles !

Investigateur: Je ressors un peu de tes cas. Dans la situation d'un suicide, est-ce que tu connais la postvention ?

Médecin 5: La postvention ? Non ! Je ne sais pas ce que c'est.

(Coupe enregistrement pour explications)

Investigateur: Comment verrais-tu la postvention dans ta pratique quotidienne du coup ? Le rôle du médecin généraliste ?

Médecin 5: Ce n'est pas simple ! Moi déjà si tu les vois immédiatement, tu fais le premier recueil, je ne sais pas trop comment dire, la première évaluation. Moi je pense que j'oriente quand même vers un professionnel. Je ne me sens pas... Je pense que je n'ai pas toutes les clés pour les aider. Après

moi j'aime bien quand même avoir un suivi conjoint parce que je pense que le médecin généraliste il apporte aussi autre chose, quand tu connais bien tes patients. C'est un peu délicat quand tu es installé depuis peu. Mais quand tu as bien le relationnel quand même les gens aiment bien venir te voir aussi parce que tu leur apportes quelque chose de différent que la psychologue qu'il ne connaissait pas. Moi, quand même, dans ce contexte-là, je préfère adresser à un professionnel. Au moins je suis sûre qu'il y a une évaluation et une prise en charge qui va être correcte.

Investigateur: Donc un suivi conjoint quoi.

Médecin 5: Et puis pas être la seule, ça me fait peur derrière... On parle de risque suicidaire, de ne pas pouvoir identifier... Alors moi ça m'arrive quand même régulièrement, quand j'identifie des patients pour lesquels j'estime qu'il y a un risque, de les envoyer en évaluation aux urgences psychiatriques. Souvent ils en sortent, ils ne font pas grand-chose mais au moins je me protège aussi personnellement. Donc moi j'ai tendance quand même à faire beaucoup ça. Après ça dépend, c'est cas par cas aussi, ça dépend à qui tu as à faire. Mais derrière quand même c'est d'organiser un suivi en ville.

Investigateur: D'accord.

Médecin 5: Oui dans la postvention dans la prise en charge immédiate avec le syndrome de stress post-traumatique, ce n'est pas facile à gérer.

Investigateur: Pour finir, on va aborder les axes d'amélioration de la postvention à ton sens. Comment penses-tu pouvoir améliorer la prise en charge de l'entourage d'une personne qui s'est suicidée ? Par exemple pour la prise de contact avec l'entourage ?

Médecin 5: Alors ça moi je pense que ça vient aussi d'un problème. Qui intervient initialement sur les lieux ? Est-ce que la famille est prise en charge aussi par l'hôpital peut-être au début quand ils découvrent le corps ? Le problème c'est le manque d'information, le contact entre l'hôpital et la ville. Parce que ces gens-là souvent quand même ils vont à l'hôpital. Le corps est emmené à l'hôpital et puis les gens sont pris en charge peut-être par la psy de liaison. Et souvent on n'est pas informé. Si l'on était informé, là on pourrait organiser un suivi. Donc je pense que c'est ça aussi qu'il faut améliorer. C'est malheureusement le problème pour plein de choses entre l'hôpital et la ville. Et après, si tu es au courant et que personne ne vient te voir, comment tu sais s'ils ont une prise en charge par quelqu'un d'autre ? Est-ce qu'on peut se permettre de les contacter ? Ce n'est pas facile...

Investigateur: D'accord.

Médecin 5: Et après quand tu les revois tardivement du coup, de revenir sur l'évènement d'il y a plusieurs mois, ce n'est pas évident non plus je trouve. Parce que tu imagines que la personne est déjà dans sa phase où elle a envie de penser à autre chose et d'occulter peut-être. Donc toi tu reviens sur l'évènement. Mais il faut le faire quand même. Si tu veux évaluer, il faut le faire. Ce n'est pas facile je trouve. Donc si tu peux m'apporter des pistes je veux bien !

Investigateur: (*Petit rire*) Et tu me parlais de formation tout au début, comment penses-tu pouvoir être formée pour être plus à l'aise dans ce genre de situation ? Sous quelle forme ?

Médecin 5: La forme concrète ? Ba certainement pas ni dans un bouquin ni dans un... Je pense sous forme physique, avec un intervenant comme un psychiatre qui t'expose ce qu'il faut faire effectivement si tu vois l'entourage immédiatement, ce qu'il faut repérer, ce qui doit t'alerter, comment tu dois les aider et sous quelle forme. Est-ce que c'est sous forme de psychothérapie, sous

forme médicamenteuse peut-être ? Et après au long court aussi. Pour moi ce n'est pas une formation que tu peux avoir par écrit, ça c'est sûr. Et je pense que ça doit être par petits groupes faits localement. Mais ça ce sont des choses qu'on demande déjà depuis longtemps mais il faut savoir déjà que des psychiatres on n'en a presque plus sur X et on n'a jamais de contact.

Investigateur: Ok.

ENTRETIEN MÉDECIN M6

Investigateur: Pour débiter je vais te demander de te présenter s'il te plait.

Médecin 6: Donc du coup [M6], installé en tant que médecin généraliste à S depuis le 16 septembre 2013, après un internat de médecine générale fait à Q de 2008 à 2011. Oui ça fait 3 ans... 2 ans ½ de remplacement dans le secteur de X, Y dans la Manche et Z, principalement dans ces cabinets-là j'ai tourné. Et donc installation en 2013, en cabinet seul. Secrétariat à distance. Informatisé. Donc S, agglomération de 30 000 enfin X aggro on va dire.

Investigateur: Donc urbain ?

Médecin 6: Hum. Densité médicale de médecine générale faible. Un hôpital et un service de psychiatrie à l'hôpital, de la biologie, de l'imagerie. Une clinique jusqu'en 2016... 2017... 2018... Voilà un petit peu le paysage médical dans lequel on travaille.

Investigateur: Ok. Et pourquoi as-tu choisi la spécialité de médecin généraliste ? C'était par choix ou par défaut ?

Médecin 6: Choix personnel. Quand j'ai attaqué mes études de médecine, dès que je me suis lancée dans les études de médecine, si jamais j'arrivais à avoir le concours, je savais ce que je voudrais faire c'était de la médecine générale, et de la médecine générale à X ! J'avais l'expérience paternelle familiale, ce qui fait que je voyais ce que représentait à peu près le métier de médecine générale et c'est là dedans que je me retrouvais le plus dans la médecine. Donc voilà.

Investigateur: Et pour ton exercice quotidien de médecin généraliste, comment te formes-tu ?

Médecin 6: Alors. Les formations jusqu'à l'année dernière on avait le groupe qualité sur le secteur de X qui malheureusement a arrêté son activité parce que le médecin qui s'occupait de ça est parti à la retraite. Personne n'a voulu reprendre le flambeau parce que il y a en a qui étaient trop anciens et qui ne voulaient pas le reprendre et puis les jeunes dont je fais partie ont déjà d'autres... enfin en tout cas moi je suis déjà investi dans d'autres parties de la profession donc on ne peut pas tout faire. Donc personne n'a repris ça. Les autres parties de la formation, moi j'ai fait un DU de soins palliatifs il y a 3 ans. Vu que j'avais l'activité au SSR, on faisait un petit peu de soins palliatifs donc je m'étais formé par rapport à ça. Et puis sinon il y a les formations du DPC. Et puis l'information par les laboratoires, plus que la formation c'est l'information. Que je reçois. Parce qu'il y a beaucoup de confrères et surtout de jeunes confrères qui ne veulent plus recevoir les labos, moi je les reçois. Ils ne sont pas là pour me former, ils sont là pour m'informer. Je sais faire la part des choses.

Investigateur: Est-ce que tu as suivi des formations...

Médecin 6: Et...

Investigateur: Oui pardon.

Médecin 6: Et je reçois des étudiants. Ca ne fait pas partie de ma formation. Mais je trouve que ça fait partie de leur formation à eux. Et ça nous tient à jour, nous, médecins installés. Des échanges qu'on a avec les étudiants... On a commencé avec des externes avec [2 consœurs]. Et depuis 3 semestres on a des internes maintenant.

Investigateur: Ha d'accord !

Médecin 6: On a eu 2 internes de niveau 1 et on a un interne de SASPAS, qui était notre premier interne de niveau 1. Il était déjà chez nous donc ça c'est bien. Et c'est vrai qu'au début on était plutôt partis sur des externes et en fait c'est beaucoup plus enrichissant de travailler avec des internes parce qu'on est vraiment dans l'échange avec nos futurs confrères. Et puis on a la chance d'être tombé sur 2 internes qui sont très compétents donc c'est... qui se projettent dans leur profession de médecine générale et qui sont compétents. On est vraiment plus dans l'échange avec un futur confrère. On est dans la formation forcément mais dans la formation de médecine générale on a quand même une maquette qui est bien foutue et les problèmes qu'ils rencontrent sont rarement d'ordre médical. Ce sont plus des problèmes de prise en charge d'ordre administratif ou général ou d'organisation de la prise en charge, plus que du diagnostic, plus que de la thérapeutique où ils sont calés. Ca c'est parce que on a eu la chance d'en avoir 2 bien. Peut être que tu peux tomber dans des internes un peu plus... un peu moins à l'aise sur ce versant-là où ton côté formateur doit être un peu plus en avant. Et ça, ça fait partie de notre formation.

Investigateur: Bien sûr. Et est-ce que tu as suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Médecin 6: Non. Au-delà de ce qu'on a fait à la fac que ce soit en premier cycle avec les modules de psychiatrie... mais dans le cursus d'interne je ne me souviens pas, ça ne m'a pas frappé en tout cas, je ne sais plus si on a eu un colloque là-dessus, c'était plus sous forme de journée mais de mémoire... en tout cas ça ne m'a pas frappé parce que je ne m'en souviens pas ! (*Sourire*)

Investigateur: Et par la suite après l'internat, est-ce que c'est parce que tu n'en as pas eu l'occasion ou parce que tu n'as pas souhaité ?

Médecin 6: Non, je n'ai pas eu de formation spécifique parce que je n'ai pas eu de sollicitation. Non, je n'ai pas eu de formation spécifique, que ce soit suicide ou psychiatrie.

Investigateur: D'accord. Et est-ce que tu as déjà eu dans ta patientèle une ou des personne(s) qui se sont suicidé(e)s ?

Médecin 6: J'en ai eu une. J'en ai eu une mais c'était quelqu'un... Je cherchais le nom tout à l'heure. Qui avait des antécédents psys et j'ai appris quelques semaines ou quelques mois après par des patients qui étaient des voisins ou famille ou je ne sais pas qui « ba vous avez vu, Mme machin c'est elle qu'on a retrouvé dans le parc » ou je ne sais pas quoi. Enfin il y a avait une histoire sordide. Et effectivement quand j'ai regardé son dossier je l'avais vu quelques fois. Je la voyais pour son renouvellement, je savais qu'elle avait un suivi psy mais je n'avais pas eu moi de signe avant-coureur. Et je l'ai appris par personnes interposées. (*Cherche dans ses dossiers informatiques*) Je me souviens avoir noté dans le dossier « vu famille » ou « vu voisine qui m'apprend le décès ». Vas-y continue, je vais chercher...

Investigateur: D'accord. Et du coup comment as-tu vécu l'annonce ? Quand tu as appris la nouvelle, comment as-tu vécu la situation ?

Médecin 6: Alors le premier versant, je me suis dit « ba tient c'est quand même sympa que je l'apprenne par la famille ! » et non pas par les confrères qui ont géré ça, le SAMU ou la psy ou je ne sais pas quoi, que je ne reçois rien parce que ça permet quand même d'anticiper quand on est au courant des choses. Et après je pense que dans ces situations-là, on se dit toujours « ba merde, est-ce que je n'ai pas loupé quelque chose, moi, dans la prise en charge de cette patiente-là ? Et je ne sais pas si je vais retrouver le nom mais effectivement cette dame je ne l'avais pas vue beaucoup de mémoire. Et le suivi spécifique psy.... Autant des fois on est amené à faire des renouvellements, nous, des traitements psy, mais là je crois que ce n'était même pas moi qui le faisais, c'était le psychiatre. Et donc du coup oui j'ai regardé le dossier pour voir si je n'avais pas marqué quelque chose sur les dernières consultations mais je ne la voyais que pour de l'organique. Et je ne me suis pas senti... En reprenant le dossier je ne me suis pas dit « merde je suis passé à côté de quelque chose ». Je l'ai vu longtemps avant et... Alors si peut-être ! J'aurais peut-être dû aller creuser un peu plus et pas seulement en me disant que c'était le confrère psy qui s'occupait de ça. Mais ce n'est pas comme si je l'avais vu la semaine d'avant et qu'elle m'avait dit « ça va pas » ou un truc comme ça. Je pense que de façon logique, ce sont des questions que l'on se pose quand on a des situations comme ça. Il y a une culpabilité entre guillemets. On va chercher si l'on n'a pas loupé quelque chose. C'est naturel je pense pour l'entourage familial et ça l'est aussi pour le médecin traitant. (*Cherche toujours dans ses dossiers informatiques*). Mais de mémoire les patients ce n'était pas non plus des gens super proches parce que pour rejoindre un peu le sujet de l'entourage ils m'ont juste averti parce qu'ils ont su que c'était moi le médecin traitant quoi. Mais je ne les ai pas senti en besoin de prise en charge spécifique. Je ne sais même plus si c'était des voisins ou des...

Investigateur: C'était des gens de ta patientèle ?

Médecin 6: Oui oui.

Investigateur: Alors du coup, peut-être dans un autre cas, est-ce que tu as déjà eu à prendre en charge l'entourage d'un suicidé ?

Médecin 6: Non. Pour en revenir à cette dame-là je n'avais pas de famille, de conjoint, je ne suivais pas de famille proche. Déjà je n'aurais même pas su qui appeler si je voulais savoir si ça allait, machin ou truc donc il y avait de la distance. Donc après est-ce que dans mes autres patients j'ai pris en charge des gens dont quelqu'un de l'entourage c'était suicidé ? Heu... (*Réfléchit*)

Investigateur: Qui ont été endeuillés par suicide en fait.

Médecin 6: Oui oui. Si oui. Si si j'en ai une. Ha je ne sais plus si c'était un suicide. Non ce n'était pas un suicide. C'était quelqu'un de jeune mais... c'était une maladie, ce n'était pas un suicide. Heu dans d'autres situations... (*Réfléchit*) J'essaie de me remémorer parce que souvent les gens ils se posent la question que je me suis posée tout à l'heure en se disant « ba merde j'ai loupé quelque chose, je n'ai pas pu l'aider, machin ». Je crois que j'en ai eu une mais ce n'était pas moi qui suivais l'autre personne donc on a du mal à se rendre compte dans ce cas-là. On voit bien qu'ils ne sont pas bien mais...

Investigateur: Ca fait partie de la prise en charge, même si tu n'as pas connu la personne suicidée.

Médecin 6: Oui mais des fois quand les gens nous racontent ça, on pourrait se dire qu'il y avait peut-être quelque chose mais entre le ressenti de la personne, entre le lien qu'il y avait et ce qu'ils

auraient pu faire vraiment, des fois en connaissant un peu mieux tout le contexte on arrive mieux à interpréter ce que veut dire la personne. Mais je n'ai pas eu de gros cas. Parce que ce sont des cas compliqués à gérer ça. Ce sont des gens qu'on voit et qu'on revoit. Et je n'ai pas eu de cas vraiment spécifique comme ça pour l'instant.

Investigateur: D'accord.

(Blanc)

Investigateur: Du coup je vais parler de manière un peu plus générale. Forcément on est dans un processus aussi de deuil. Comment fais-tu pour repérer la difficulté du deuil ?

Médecin 6: Heu... Petit 1, c'est bête mais c'est temporellement : depuis combien de temps ? Ca tu ne peux pas t'appuyer que là-dessus mais ça en fait partie quand même. C'est sûr que tu ne vas pas réagir de la même façon, tu ne vas pas proposer la même chose si le deuil, si le décès était il y a 1 mois, 2 mois, 6 mois, 1 an, 10 ans. Tu ne vas pas cibler les mêmes choses et ça ne va pas avoir les mêmes conséquences sur la prise en charge. Au début, tu peux quand même, sur la phase de deuil des fois prendre le temps, dire aux gens que ces éléments-là qui sont présents tout de suite ce sera peut être pathologique dans quelques mois s'ils sont encore là mais on est parfois encore sur la phase normale du deuil. Donc ça c'est par rapport au schéma temporel. Et puis après comment on repère un deuil qui met du temps à avancer ou des choses comme ça ? Ba le retentissement organique, physique. Les choses classiques comme les troubles du sommeil, l'anxiété. Et puis après au niveau psychologique je n'ai pas vraiment de support pour évaluer ça, je fais au ressenti. Et après j'oriente soit vers des psychologues, soit vers des confrères psychiatres selon le degré de retentissement général.

Investigateur: D'accord. Et as-tu un réseau avec lequel tu travailles ? Un réseau de professionnels ?

Médecin 6: Il y a le psychiatre de l'hôpital mais c'est compliqué. Il y a le CMP. Il y a Mr P., à L. Après je prends mon téléphone selon le degré de nécessité de rapidité d'être vu. Avec le CMP quand même qui travaille bien, les psychiatres je parle. Après je leur dis le CMP, ça leur donne une porte d'entrée pour voir le psychiatre, même si c'est l'infirmier psy ou le psychologue. Avec mon courrier plus la première évaluation IDE psy, si jamais il y a un souci, ils ont la porte ouverte du psychiatre plus vite quand même. Donc j'oriente assez vite quand même vers le CMP. (*Cherche encore dans ses dossiers informatiques, petit blanc et...*) Ha !! J'ai trouvé ! (*Lit le dossier*) « Des patients m'apprennent le décès Mme X par pendaison le week-end dernier. » Et la fois d'avant, ha ba tiens ! Tu vois, c'est exactement ce que je te disais ! J'ai vu les voisins le 06/02/2016 où ils m'apprennent le décès le week-end d'avant. Et moi je l'avais vue le 07/01 donc 3 semaines avant. Et j'avais noté « va bien, se sent ralentie, a vu le Dr P. hier, adaptation du traitement. » Donc tu vois elle avait vu le psychiatre la veille donc moi je ne m'étais pas... Et tu vois dans l'ordonnance de son traitement de fond, donc comme je te disais ce n'est pas moi qui gérait sa partie psy, elle avait du Ramipril®, du Levothyrox® et du Tamoxifène®. Le versant psy, ce n'est pas moi qui le gérais. La fois d'avant, donc c'était en octobre 2015, « a arrêté d'elle-même le Loxapac®, se sent mieux... Revoit le psy en fin de semaine ». Donc tu vois ! Ce n'était pas moi, elle revoyait le psy dans la foulée. Et j'avais marqué « renouvellement du traitement organique ». Ce n'est pas moi qui gérais vraiment... Parce que des fois, quand ils revoient le psy de façon très loin donc on est amené à faire des renouvellements. Sur mon 3 mois d'organique, je mets le psy comme ça. Alors moi ce que j'aime bien faire, d'habitude je le fais, je marque quand même leur traitement psy sur leur ordonnance. Parce que ça me permet de savoir tout ce qu'ils prennent. Parce que des fois ils te sortent leur ordonnance de traitement psy comme ça. Et moi j'aime bien que ça centralise les choses, ça évite d'avoir 36 ordonnances. (*Cherche*

toujours dans le dossier informatique de la patiente) « Se sent ensuquée par le traitement psy de la sortie d'hospit ». Alors elle a été hospitalisée 1 an avant et elle est sortie de la psy. Mais sur le versant psy, ce n'est pas moi qui gérais ça. « Hospitalisée en service de psy, soignée pour rupture et accompagnement d'un trouble du comportement dans un état d'excitation hypomaniaque ». Je voulais voir si dans ses antécédents... « Retrouvée dans un état d'excitation hypomaniaque provoqué par une rupture de traitement. A son arrivée aux urgences, la patiente était hyper logorrhéique accompagnée de tachypsychie et une désorganisation de la pensée, et des troubles du sommeil ». Ca c'était en juillet 2015. Ha oui tu vois « prends en fait un gros traitement psy ». Quand je l'avais vue la première fois, c'était juste pour renouveler comme je te disais, Tamoxifène®, Ramipril® et Levothyrox®. Et je l'ai revue un mois après parce qu'elle devait revenir pour son Alprazolam® et en fait le traitement psy était assez conséquent : Dépakote® et Théralène®. Et après ce n'est pas moi qui gérais ça. Est-ce qu'elle avait déjà fait des TS ? Non, elle avait été hospit en psy pour virage hypomaniaque en 2014. Elle a été réhospitalisée en 2015 et elle s'est suicidée début 2016. Et je l'avais vu 3 semaines avant. Mais elle avait vu le psy la veille qui avait adapté le traitement.

Investigateur: Et après tu as appris son décès par les voisins.

Médecin 6: Heu je ne sais plus, non des patients.

Investigateur: Par des patients.

Médecin 6: Je ne sais plus comment, ils ont dû savoir que c'était moi son médecin et... J'avais marqué « des patients m'apprennent le décès de Mme Machin par pendaison le week-end dernier ».

Investigateur: Oui. Mais toi tu ne lui connaissais pas d'entourage.

Médecin 6: A elle ? Non. Ba non, je n'avais rien noté. *(Regarde encore dans le dossier)* «Renouvellement par le psy de nombreux hypnotiques » Ha tu vois j'avais bien noté ! Parce que ça, des fois on est amené à renouveler ça, moi je ne suis pas fier ! Quand je renouvelle certaines ordonnances psy, une fois ou deux j'ai noté « renouvellement en attendant de revoir le psy, je ne cautionne pas toutes les interactions qu'il y a sur cette ordonnance ». *(Rire)* Parce qu'il faut voir tout ce qu'ils bouffent des fois les gens. Des hypnotiques... « Gros problèmes de sommeil avec multiples médications faites par le psy ». Et donc non je n'ai que cette dame-là en tête.

Investigateur: Après sur les endeuillés par suicide que tu pourrais te remettre en mémoire, est-ce que tu as repéré s'ils développaient d'autres pathologies ?

Médecin 6: D'autres pathologies heu... Large ?

Investigateur: Au sens large oui.

Médecin 6: Au sens large. Comme ça non car j'ai du mal à me remémorer des dossiers de cette situation-là.

Investigateur: Globalement, dans la situation d'un suicide, est-ce que tu connais la postvention ?

Médecin 6: Non.

(Coupure enregistrement pour explications).

Investigateur: Avec ces explications, comment tu pourrais voir la postvention dans ta pratique ? Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des endeuillés par suicide ?

Médecin 6: Ba il est primordial ! Parce que ce sont des patients que l'on connaît. Mais je pense que ça c'est déjà fait de manière intuitive dans nos cabinets de médecine générale. Si l'on apprend qu'on a un patient qui a quelqu'un de son entourage qui s'est suicidé, déjà on les voit assez rapidement. Et je ne sais pas mais moi dans ces situations-là, je leur dis toujours que s'il y a besoin on se revoit et même s'il n'y a pas de place, je vous caserai entre deux pour qu'on se revoit parce que ça peut ne pas aller dans les jours qui viennent, ça peut être moins bien, ça peut être mieux. Mais en tout cas il faut laisser la porte ouverte, ça c'est sûr. Et je pense que de façon intuitive, on doit la faire cette postvention. Je pense. J'imagine. En tout cas je pense que... Enfin je n'ai pas de cas spécifique comme ça. Mais en tout cas dans les cas de deuil tout court c'est comme ça que j'ai procédé jusqu'à présent et je pense que je fonctionnerais de façon analogue par rapport à un suicide.

Investigateur: Le premier contact comment tu le verrais ?

Médecin 6: Alors là je n'en sais rien ! Comme je n'y ai pas encore été confronté... Comme beaucoup de choses, on se forme sur le tas. Et là je n'en sais rien. Avec mes 6 ans d'installation et mes quelques années de remplacement, on commence un petit peu à anticiper mieux certaines situations, à mieux réagir, même sur des situations auxquelles on n'a jamais été confronté. Mais avec l'expérience qu'on accumule, je pense qu'on s'adapte de plus en plus. Mais ba écoute je n'en sais rien ! Je ne sais pas comment je gèrerai cette situation-là. Avec l'expérience que j'ai d'avoir géré des situations de décès plus classiques on va dire, de maladie ou de truc comme ça, avec des situations pas très simples chez des gens très jeunes, j'ai été amené à gérer pour l'entourage familial et tout ça. Et cette expérience-là, je pense que j'aborderai les choses avec. Je ne sais pas si c'est bien. Mais déjà ce sont des expériences de 2 ou 3 situations. Alors ce n'était pas un suicide mais j'ai eu un jeune de 20 ans qui est décédé d'un accident de voiture et j'ai eu à gérer les parents et les frères et sœurs qui restaient. Donc la violence est aussi importante je pense que le suicide. Et encore je pense que c'est même pire parce que malheureusement le suicide des fois il y a des antécédents, des fois on peut se dire « ha ba oui ce n'est pas surprenant ». Mais là le gamin il avait 20 ans, il est rentré du boulot et il s'est foutu en bagnole en l'air... C'est encore plus violent en termes d'acceptation de la situation, même si ce n'est pas acceptable non plus un suicide ! Enfin ce n'est pas acceptable... Ce n'est pas la même heu... Enfin du coup je pense que cette expérience-là me servira si jamais je suis confrontée à ça. Mais de là à savoir comment j'aborderai le truc pff je n'en sais rien ! Je m'adapterai.

Investigateur: Et tu penses que tu travaillerais avec ton réseau de professionnels ou pas ?

Médecin 6: Ha oui oui ! Dans des prises en charge assez complexes comme ça il ne faut pas... Enfin sauf si l'on se sent vraiment bien à jour et bien à l'aise pour gérer, il ne faut pas hésiter à s'appuyer sur le CMP et leur travail comme des psychologues, des psychiatres, des IDE psy et des choses comme ça. (*Cherche dans le dossier informatique du jeune décédé par accident de voiture*) Avis CMP, tu vois j'avais fait un courrier, ça c'était le frère du jeune qui s'est tué. Je l'avais fait le 14/11/2016 et c'était 1 mois après le décès.

Investigateur: Pour toi le lien avec le CMP est important ?

Médecin 6: Oui ! Alors il avait 16 ans le frère et le jeune qui est décédé avait 19-20 ans « Y. a malheureusement perdu son frère dans un accident de voiture il y a 1 mois. Depuis il se renferme et parle difficilement. A la demande de ses parents et confirmé par moi-même, je pense qu'une

demande d'aide psychologique s'impose chez ce jeune. » Donc du coup j'avais dû l'adresser vers le CMP.

Investigateur: Oui d'accord.

Médecin 6: Donc oui oui je m'appuierai sur l'aide CMP, sur le réseau local.

Investigateur: Tu parlais de t'appuyer sur ton expérience pour suivre ce type de deuil. Est-ce que tu penserais à une formation pour être plus à l'aise dans ce genre de situation ou pas?

Médecin 6: Oui ce serait mieux de se former oui.

Investigateur: Quel type de formation tu penserais pouvoir t'aider ?

Médecin 6: Les meilleures formations ce sont les DU mais c'est chiant parce que ça prend du temps, il faut y aller... Mais ce sont les plus pertinentes je trouve. Après les formations locales avec des décès, des trucs comme ça oui mais... Il faut se motiver, il faut s'inscrire, il faut avoir le temps de... Oui mais c'est ce qui est le plus performant, enfin pas le plus performant mais le plus adapté quand on veut bien se former. Donc voilà.

Investigateur: D'accord. Je n'ai plus de question sauf si tu veux ajouter des éléments.

Médecin 6: Heu comme ça non. Mais je te dis je n'ai malheureusement pas d'expérience directe dans ma pratique. Les situations de deuil qui ont été plus ou moins compliquées à gérer, c'est ce que je te disais tout à l'heure, ça a été...

Investigateur: La mort violente par accident ?

Médecin 6: Ba oui. Disons que je rapprocherais plus la mort violente accidentelle à ça qu'une maladie. Parce que j'ai eu l'autre cas d'un jeune de 25 ans qui est décédé d'une tumeur cérébrale. J'ai aussi géré sa femme. Et encore ça n'a même pas été compliqué parce qu'elle venait me voir et elle me disait « je viens vous voir parce que tout le monde m'emmerde pour que je vienne vous voir mais je vois que je ne vais pas bien, je sais pourquoi je ne vais pas bien mais j'arrive à avancer quand même un peu ». Ca n'a même pas été pathologique en fait au final. Ca a été compliqué pour elle mais n'a pas été... Alors que l'autre famille avec l'accident...

Investigateur: D'accord.

Médecin 6: Voilà !

ENTRETIEN MÉDECIN M7

Investigateur: Donc on va commencer par les présentations. Je vais te demander de te présenter.

Médecin 7: Alors [M7], thésé depuis 1999, exerçant depuis 1999 sur L. Marié, 2 enfants. Et qu'est-ce que je peux dire encore. J'ai toujours fait de la médecine générale. J'ai commencé à remplacer et j'ai passé ma thèse 2 ans après...

Investigateur: Ton milieu d'exercice actuel il est plutôt rural ? Urbain ?

Médecin 7: Alors je suis en semi-rural, milieu semi-rural, petite ville de 6500 âmes. J'ai exercé en association pendant 15 ans à 2, puis pendant 3 ans à 3, et je suis tout seul en ce moment.

Investigateur: Et pourquoi avoir choisi la médecine générale comme spécialité ? Est-ce que c'était par choix ou par défaut ?

Médecin 7: Pourquoi la médecine générale ? Ca a été par défaut et c'est devenu une évidence. Par défaut parce que je n'ai pas passé l'internat dans les conditions que je souhaitais. Ma femme est tombée enceinte et a eu des problèmes pendant sa grossesse. Et après je ne pouvais pas travailler à l'hôpital, je ne supportais pas la hiérarchie du milieu hospitalier. Donc la médecine générale je l'ai découverte sur le tard parce qu'on n'avait aucun lien avec la médecine générale quand on était à la faculté. Donc ça s'est fait naturellement au fil des remplacements. Au bout de 2 ans, je ne me suis jamais posé la question de savoir ce que j'allais faire d'autre.

Investigateur: D'accord.

Médecin 7: Donc c'est devenu une passion.

Investigateur: Et concernant tes formations, comment fais-tu pour te former pour ton exercice quotidien ?

Médecin 7: Bonne question. Heu... Groupe qualité depuis 5 ans. Donc j'anime un groupe depuis 5 ans sur L avec les médecins qu'il y a autour. Heu... Formation... Des sessions comme ce soir par exemple.

Investigateur: Par quel moyen ? Par quel organisme ?

Médecin 7: C'est un organisme de formation indépendant. Après le week-end je n'ai pas le temps.

Investigateur: Tu fais un peu de lecture je crois.

Médecin 7: Oui un peu de lecture. Prescrire. Et puis c'est toujours par l'intermédiaire des courriers. Dès que j'ai un truc qui ne va pas, je vais sur EM consulte, je l'ai sur ma barre de navigation. Ça fait partie, voilà, de mes logiciels. EMC, EM consulte. Donc dès que j'ai eu un souci, quelque chose que je ne comprends pas, je vais voir. Bon voilà.

Investigateur: Et as-tu suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Médecin 7: Du tout.

Investigateur: Est-ce que c'est parce que tu n'as pas pu ou pas souhaité en suivre ?

Médecin 7: Non proposé. Et la psychiatrie n'est pas un motif de formation, ce n'est pas proposé véritablement. Je n'ai pas l'impression de voir ces items-là. Et est-ce que ce seraient des items choisis, parce qu'on choisit quand même ses sujets, je ne suis pas certain que ce soit pris par les médecins généralistes. Je ne sais pas trop pourquoi mais est-ce que c'est la peur de... de je ne sais pas... de perdre son temps ? Oui peut-être. Et au moment où l'on a à choisir ses thèmes, on va prendre des choses qui nous intéressent... Possible. Alors est-ce que la psychiatrie m'intéresse ? Oui ! Oui en plus ça m'intéresse parce ce que j'en fais pas mal et qu'il n'y a aucun psychiatre de référence avec qui travailler. Donc j'essaie de faire un maximum. Pas lorsqu'on est confronté à un problème de

schizophrénie ou un problème de délire... En revanche les dépressions, sauf quand c'est vraiment problématique, mais globalement à 95% je les gère. Mais oui si, ça m'intéresse. C'est chronophage mais ça m'intéresse. Surtout les syndromes anxieux et les syndromes dépressifs... Ca c'est quelque chose qui s'acquiert avec l'expérience. Comment aborder ? Comment soigner ? Ca c'est intéressant.

Investigateur: Et je ramène un peu au suicide, est-ce que tu as déjà eu dans ta patientèle une ou des personne(s) qui se sont suicidé(s) ?

Médecin 7: Alors j'ai eu des patients qui se sont suicidés. Des patients...

Investigateur: Y-a-t-il une histoire que tu veux me raconter brièvement qui t'a marquée ?

Médecin 7: Alors oui il y a une histoire. Il y a deux suicides, j'ai envie de dire, quasiment inévitables. On savait avec le psychiatre que ça allait se finir comme ça. Il y avait eu une multitude de tentatives de suicide. Et puis plus d'issue. Parce qu'à un moment ça a été un passage à l'acte réussi. Et l'autre c'est... Alors il a échappé au psychiatre. Je le voyais de temps en temps à côté pour des problèmes lombaires mais on revenait rapidement sur ses problèmes psychiatriques. Il était suivi par le psychiatre à côté. Il est passé à l'acte. On sentait bien qu'il était effectivement sur la... Après il exprimait bien un besoin de morphine. Ensuite le troisième c'est un patient que je suis depuis 10 ans, avec qui en plus j'ai fait du vélo en groupe. Et il avait une famille, des enfants. Il est décédé, il était à la retraite depuis peu, 61 ans. Cette histoire date d'il y a 4 ans. Je connaissais ses enfants, ses petits enfants. Là ça m'a vraiment affecté parce que je le connaissais un petit peu en dehors, on avait pas mal de relation ensemble.

Investigateur: Quelles difficultés as-tu rencontré justement dans cette situation ?

Médecin 7: Alors dans cette situation, tu arrives quand même à cloisonner le côté connaissance du côté médical. Ca ce n'est pas... Il n'y a jamais eu de problème sur le fait de l'avoir connu en dehors. La difficulté c'est qu'il a échappé au système. Il était dans un délire de persécution et puis il pensait que sa femme le trompait. Il surveillait sa femme. Elle vivait un enfer. Il était délirant. Et derrière ça, il ne venait pas consulter, il ne prenait pas ses médicaments. Il les a pris un moment et puis... Une quête vis-à-vis de sa femme. C'était une catastrophe. Il la surveillait le jour, la nuit... Elle est partie du domicile, elle a quitté le domicile. Et lui était obnubilé par ça. Il a été hospitalisé à 2 reprises mais il en est parti assez rapidement. Et je l'ai vu après une hospitalisation et il avait encore ses traitements, il prenait ses traitements alors bon... Il était cohérent à ce moment-là. Et ensuite il a arrêté ses médicaments, la phase anxieuse a redémarré, il a arrêté la surveillance et puis à un moment il est passé à l'acte. Seul, il est allé se noyer dans un étang complètement paumé. Oui... Je voyais énormément sa femme qui était à côté, anxieuse, qui ne comprenait pas ce qu'il lui arrivait, qui n'en pouvait plus, qui avait des troubles du sommeil...

Investigateur: Et comment as-tu appris, je reviens sur le moment du suicide, comment as-tu appris son suicide ?

Médecin 7: Comment j'ai appris son suicide... Heu... Je crois que c'est sa femme qui est venue en consultation au moment de son suicide. C'est elle qui est venue...

Investigateur: C'est elle qui a pris contact avec toi ?

Médecin 7: Oui oui oui oui ! Le couple ne fonctionnait plus du tout depuis un moment. Elle n'en pouvait plus. On était dans une espèce de surenchère sans arrêt, dans son délire. Donc voilà comment j'ai appris, oui c'est ça... Et puis j'ai vu la fille, une des filles, après le décès aussi.

Investigateur: C'est elle qui avait pris rendez-vous aussi ou c'est toi qui l'a contactée?

Médecin 7: Oui oui oui. Non non non. Elle a pris rendez-vous dans la journée même.

Investigateur: Donc après tu as suivi sa femme ? Sa fille ?

Médecin 7: Ses deux filles mais surtout sa femme.

Investigateur: Surtout sa femme.

Médecin 7: Il y a une fille que j'ai suivie, qui était plus proche de son père.

Investigateur: Du coup le premier contact s'est fait parce qu'elles ont pris rendez-vous. Et après comment as-tu assuré le suivi derrière ?

Médecin 7: Alors après comment j'ai assuré le suivi... C'était surtout des consultations régulières avec sa femme. Et le travail ça a été de la déculpabiliser. Ca a été très compliqué parce qu'elle voulait comprendre. Et le problème dans tout ça c'est qu'elle s'est laissée déborder. Il n'y avait pas d'issue par rapport à son délire. Il était rentré dans un délire enkysté. C'était vraiment impossible de le remettre dans le droit chemin parce qu'il était sûr de ses faits. Du coup il s'est dit que sa femme le quittait parce qu'elle avait des amants. Et cette histoire est compliquée parce qu'elle aimait danser, lui n'aimait pas danser. Donc elle allait danser une à deux fois par semaine... Et donc après il y a peut-être des choses que je n'ai pas vraiment su. Des histoires qui ont pu effectivement l'amener à croire des choses comme ça... Et elle n'était pas non plus totalement blanche... Non mais oui ! *(Pouffe)* Il y avait sûrement quelque chose mais bon...

Investigateur: Malgré tout un travail de déculpabilisation...

Médecin 7: Un travail de déculpabilisation qui a été long. Ca a été long, pendant 2 ans derrière. Elle revit normalement. Elle n'en parle plus parce qu'elle a tourné la page. Mais globalement le travail de déculpabilisation ça a été de revoir l'histoire en fait. De revoir l'histoire et de ne pas reconstruire l'histoire autrement. C'étaient les faits, ne pas modifier les faits. Parce qu'il y a toujours l'influence des personnes dans l'entourage qui disent « il y a ceci, il y a cela » et c'est transformer l'histoire et la chronologie. C'est-à-dire que la chronologie a vraiment une importance. Moi je dis toujours à mes patients, quand vous êtes à un moment devant un choix dans votre vie, il y a 2 voies : la voie A et la voie B. Vous choisissez la voie A. Pourquoi choisissez-vous la voie A ? Parce que pour vous la voie B pose plus d'inconvénients. On pèse le pour et le contre en se projetant dans l'avenir et on décide à un moment de prendre cette voie-là sans savoir ce qu'il va y avoir plus tard. On fait un choix à un moment ou à un autre et il faut apprendre à l'assumer ce choix-là. Donc voilà ça c'est le discours. Ce qui est important c'est toujours de refixer pour moi le... On fait un choix à un moment. Parce que pour elle, c'était elle ou lui à un moment. Donc quand elle a quitté la maison, c'était elle ou lui.

Investigateur: Donc tu as recadré.

Médecin 7: Oui j'essaie toujours de recadrer l'histoire par rapport à ça. Donc LA CHRONOLOGIE. C'était un gars que j'aimais bien mais je ne peux pas prendre position là-dessus. Je n'avais pas à prendre position sur un choix à faire ou quoi que ce soit. Ce n'est pas notre boulot. On n'est pas sur le jugement. On est sur les éléments où on doit faire un choix. Ca nous arrive de dire : « Là ce n'est pas possible, là non ! On ne peut pas continuer comme ça. A un moment il faut changer ». Mais là c'est un choix de vie : on continue ensemble ou pas. Là on ne peut pas dire quoi que ce soit. Donc situer la chronologie je crois que c'est important. Là il s'est suicidé. On savait pourquoi. Il n'y avait

pas de questionnement sur le motif. Ce n'était pas un suicide survenu de manière inopinée. Il avait exprimé plusieurs fois le besoin d'en finir. Il l'avait dit avant. Même chose parmi mes 3 suicides, à chaque fois il y avait une expression forte de l'envie d'en finir.

Investigateur: Et la fille, tu l'as suivie aussi un peu tu me dis.

Médecin 7: Alors ça n'a pas duré très longtemps en fait. Elle a fait un syndrome dépressif, l'une des 2 filles, l'autre non. L'une des 2 filles oui...

Investigateur: Elle est venue du coup tout de suite après le suicide te consulter.

Médecin 7: Oui mais ça a été dans les 2 ou 3 mois suivant le suicide. Elle est venue me consulter pour arriver à dormir, des trucs comme ça. Et après... Elle était très proche de son père, elle. Mais...

Investigateur: Comment as-tu abordé les consultations suivantes avec elle ? Tu te rappelles ?

Médecin 7: Ca c'est par rapport au trouble anxieux. Mais quand même elle avait des questionnements auxquels on n'avait pas forcément de réponse parce que c'était plus sur la maladie psychotique. Sur la fin, pourquoi il avait échappé au système ?! Mais parce qu'il n'y avait pas de moyen. Le système est ainsi constitué. Il n'avait pas à être enfermé de façon prolongée. Il était calme quand il s'est décidé. Il n'était pas délirant heu... C'était un délire organisé. Je ne sais pas comment on peut l'appeler.

Investigateur: Un délire paranoïaque ?

Médecin 7: Un délire paranoïaque oui. Il est devenu comme ça. Il a glissé en un an. Avant il avait une personnalité relativement sociable. Son meilleur ami n'a pas vu le signal. Ah oui oui oui. C'est un couple qui a été affecté par sa disparition, qui n'a pas compris et qui a été complètement dépassé.

Investigateur: Donc tu l'as suivi un peu aussi.

Médecin 7: Ah oui oui oui. Oui oui. Ha non c'était... On en a reparlé...

Investigateur: Tu me dis après tu en as reparlé régulièrement. Comment fais-tu justement pour aborder le sujet ?

Médecin 7: Ha je n'aborde pas moi ! Je n'aborde pas. On discute et ça vient sur le tapis. Il y a des événements qui le rappelaient justement. Si après justement... Entre sa femme et puis le copain... Des histoires, je ne connais pas tous les faits de l'histoire mais par la suite, ils se sont rapprochés. Le copain marchait beaucoup, ils allaient faire le tour du plan d'eau, tous les matins ils allaient marcher ensemble. Et puis à un moment il y a eu un clash, je ne sais pas quoi, et ils ne se voient plus avec ce couple d'amis. Ils se sont fâchés. Donc il y a eu des histoires après, un an après. Mais ce n'était pas des histoires de reproche par rapport au fait de l'avoir quitté ou quoi. Voilà cette histoire.

Investigateur: Et on va sortir du cas, concernant le processus de deuil, comment fais-tu pour repérer la difficulté du deuil ? Dans ce cas-là ou dans les autres cas de manière plus générale.

Médecin 7: La difficulté du deuil... Heu... (*Se gratte le menton et soupire*) Le pire c'est quand même le 6^e mois. A partir du 4^e mois, la tristesse. Dans le deuil d'un conjoint, d'un... ?

Investigateur: L'entourage d'une personne qui s'est suicidée au sens large.

Médecin 7: Heu... Je cherche d'autres cas. Je n'ai pas eu de patient ayant perdu un proche... Non je ne vois pas trop. A part la tristesse, le fait que ça revienne. Il faut que ce soit toujours marqué dans le dossier de toute façon. Et puis il y a les éléments extérieurs : lombalgies... Alors est-ce qu'ils viennent obligatoirement consulter ? Non parce que ce sera jamais vraiment... pas toujours exprimé. Alors je me trompe peut-être mais je n'ai pas de cas dans ma mémoire de patient parlant...

Investigateur: Je veux dire ta manière à toi de les repérer.

Médecin 7: Oui oui. Non mais après c'est plus la tristesse, les troubles anxieux, l'intérêt/désintérêt, l'isolement affectif et social, moins d'activité... Je pose toujours la question de marcher, sortir dehors... Ca va assez vite s'ils ont envie de dégoupiller par rapport à leur mal-être. En général, ça vient assez vite. Dans le cadre d'un proche qui s'est suicidé... Heu... Le fait qu'ils aient exprimé à un moment ou à un autre, ça je le mets dans le dossier. Après quand ça revient 6 mois après... Ils l'expriment quand même relativement vite la culpabilité ou de ne pas comprendre le geste. Après c'est de savoir s'ils ont fait complètement leur deuil. Ba oui en fait j'ai l'impression. J'ai l'impression que le deuil est fait. Parce qu'on est, en semi rural, peut-être plus versé sur le fatalisme. Oui... Je ne sais pas. C'est comme ça et voilà ! Et l'explication, on sait qu'on n'aura pas d'explication rationnelle sur le passage à l'acte.

Investigateur: Donc tu penses que le milieu semi rural influence dans la manière de voir les choses ?

Médecin 7: Peut-être. C'est difficile de parler de lien mais dans le milieu rural il y a sûrement plus de fatalisme. Je me pose la question. Mais c'est plus une impression.

Investigateur: D'accord.

Médecin 7: C'est plus une impression. Que dans des familles aisées où on essaie de tout faire bien, et puis tout bien, et on ne comprend pas tout d'un coup tout s'écroule parce qu'il s'est passé quelque chose. Alors que tu as tout fait bien dans la vie, tu as tout lissé, tu as essayé d'empêcher, de protéger et il se passe quelque chose... J'ai tout fait bien, pourquoi ? Dans le milieu rural, ce n'est pas toujours ça. On donne de l'amour ou on n'en donne pas mais voilà on sait pourquoi les choses... On peut voir ça comme ça. Je ne sais pas.

Investigateur: Hum hum.

Médecin 7: Mais... Dans la population... Hum hum.

Investigateur: Ca va peut-être être un peu difficile comme question d'après ce que tu me dis. Mais est-ce que tu as repéré si les personnes qui avaient un deuil difficile venaient plus ou moins te consulter que les autres endeuillés ?

Médecin 7: C'est difficile à dire. C'est très complexe là. En fait globalement j'ai l'impression que quand ça vient après ça ne fait pas partie du motif principal de la consultation. C'est plus ça.

Investigateur: Tu veux dire que ceux qui ont un deuil difficile vont venir plus tard et pour d'autres motifs ?

Médecin 7: Oui c'est tout le problème de la prise en charge. Il y a un refus de prise en charge. C'est leur problème. Est-ce que je dois ... ? « J'en souffre mais est-ce que je dois passer par une phase de souffrance ? » C'est quoi faire un deuil ? C'est quoi faire un deuil ? C'est à un moment accepter la disparition d'un être proche et aimé et derrière, que ce soit dans une mort brutale ou suicide,

trouver une explication qui permet d'avancer. Mais il n'y a pas d'explication. Ca tu vois c'est plus par mon expérience personnelle. Mais professionnelle, les suicides non expliqués... Je n'ai pas de souvenir de deuil compliqué et difficile.

Investigateur: Et est-ce que tu as repéré, sur tes cas de suicide, s'il y avait un développement d'autres pathologies chez les endeuillés par suicide ?

Médecin 7: Globalement ce qui ressort, c'est surtout les troubles du sommeil. Troubles du sommeil. Alors là dans le cas présent, pour une des filles c'est net. Trouble du sommeil, travail en usine et fatigue musculaire, limite fibromyalgie mais on est plus sur des TMS là. TMS et troubles psychosociaux aussi. C'est plus à ce niveau-là. Sinon je ne vois pas ce qu'ils peuvent développer.

Investigateur: Et pour la prise charge des endeuillés par suicide, as-tu un réseau de professionnels avec lesquels tu as travaillé ou pas ?

Médecin 7: Non. Rien.

Investigateur: Tu l'aurais souhaité ?

Médecin 7: Heu... Alors moi personnellement est-ce que je l'aurais souhaité ? Le souci, c'est quand on... Refiler le cas à d'autres... Ce qui m'embête c'est ça : tu vas gérer les... A mon avis on peut gérer 60 à 70% des cas. Ce sont les 30% qui sont des cas compliqués qui débordent... Et ce qui m'embête c'est qu'on m'enlève une partie de ma tâche. Et le problème des réseaux, c'est que tu ne fais plus partie du circuit. C'est ce qui me dérange. Donc faire intervenir un réseau, ok. Maintenant il faut que ce soit un travail non pas de psychiatre mais de psychologue. Il y a un psychiatre référent qui permettrait de prendre en charge les cas compliqués, oui, probablement. Mais le deuil il doit se faire aussi au cabinet. Il faut du temps. Alors les gens s'en sortent. Mais est-ce qu'il faut un réseau dédié au suicide uniquement ? Moi à mon avis non. Qu'aider les familles de suicidés... Il faut ajouter les victimes dans la douleur, les parents qui ont perdu un enfant, heu... C'est à mon avis aussi compliqué, par rapport à la maladie et puis le suicide, le questionnement du pourquoi du suicide. Pff. Je reste... Ca se fait le deuil par rapport à un suicide. C'est une blessure. Mais est-ce qu'on va voir émerger des années après des problèmes liés à cette histoire-là ? Des non-dits installés ? Alors est-ce qu'il y a plus de suicide dans les familles de suicidé ? Oui, beaucoup plus. Mais il faut arriver à isoler. Il y a plus de suicide dans les familles de suicidé dans lesquelles il y a un questionnement, pas quand c'est lié à un chemin de vie compliqué comme l'histoire que je viens de te raconter. Ou un syndrome dépressif vraiment important, une mélancolie importante. Peut-être que dans la mélancolie il peut y avoir de la génétique, peut-être. Hum hum. Quand on suit un patient, est-ce qu'on met qu'il y a un suicide dans le dossier et à quel degré dans la fratrie, et jusqu'à quelle génération on doit remonter ? La bonne question c'est « y-a-t-il des suicidés dans votre famille ? » lorsque tu suis quelqu'un de dépressif ?

Investigateur: Ce serait une question à poser ?

Médecin 7: Oui. Probablement que c'est une question qu'on devrait mieux poser. Ca devrait être systématique dans l'interrogatoire, sur l'entourage, la famille... Hum.

Investigateur: Dans la situation du suicide, connais-tu la postvention ?

Médecin 7: La post... ?

Investigateur: Postvention.

Médecin 7: Non, je n'en ai jamais entendu parler.

(Coupure enregistrement pour explications) (Pendant mes explications, un autre cas de suicide lui revient en mémoire)

Médecin 7: Attends je pense à un autre suicide !

Investigateur: Oui.

Médecin 7: J'ai aussi un petit papi qui s'est suicidé en novembre dernier. C'était un patient que je suivais depuis un an. Je suivais et je suis ses fils et sa famille, sa petite fille. Il s'est suicidé, il avait des problèmes de lombalgie sur canal lombaire étroit. Il devait se faire opérer. Et avant la date de l'opération il a décidé de mettre fin à sa vie. Il avait perdu sa femme un an et demi avant. Son fils partait, il quittait L. pour aller s'installer sur Z. Et il s'est pendu. Derrière le questionnement des enfants... Pourquoi on n'avait pas réussi à le soulager ? Pourquoi ? Il avait le schéma normal de prise en charge du canal lombaire étroit. Il était sous morphiniques, je le voyais pour renouveler ses médicaments. Et les enfants ont compris. Mais le souci c'est sa petite fille qui l'a découvert.

Investigateur: Donc toi tu es intervenu sur les lieux pour faire le constat de décès ?

Médecin 7: Oui.

Investigateur: Et tu as vu sa petite fille ?

Médecin 7: Alors elle était partie quand je suis arrivé. Il y avait les gendarmes et un des fils.

Investigateur: Quelle a été ton attitude avec le fils qui était là ?

Médecin 7: C'est la discussion hein. Lui, il l'avait accompagné pour sa consultation en neurochir. Le père en avait parlé à la consultation de mettre fin à sa vie... Donc ça ne l'a pas surpris plus que ça. Il en parlait mais le fils ne pensait pas qu'il allait passer à l'acte. Est-ce qu'il m'en a parlé le patient ? A la fin d'une consultation oui probablement, cette phrase c'était « il vaudrait mieux en finir de toute façon ». Une phrase glissée à la fin en ouvrant la porte quoi. Oui... Mais même chose, là on avait l'explication. Un suicide d'un père dans l'isolement, il n'y avait pas que la douleur, il y avait une souffrance par rapport au départ. C'est ce qui a été le plus dur à vivre dans le deuil du fils. Ils sont partis juste après. Ils ont quitté L. Donc je ne les ai pas suivis.

Investigateur: D'accord.

Médecin 7: Ils sont partis oui... Ils ont vendu leur maison un mois avant le suicide du papi... Ou acheté sur Z. Ils n'avaient pas encore vendu mais acheté sur Z. Et sa femme c'était... En revanche sa petite fille je l'ai revue il y a pas longtemps. Elle va bien.

Investigateur: Tu as abordé le sujet ?

Médecin 7: Je ne sais pas si j'ai abordé le sujet. C'est ça qui m'embête. Heu... Je ne sais pas. Mais bon elle n'a pas de syndrome dépressif, pas de trouble du sommeil. Justement c'est peut être cette fatalité très rurale.

Investigateur: On y revient oui.

Médecin 7: Bon papi c'était un agriculteur mais bon après les enfants sont... caissière, cadre... Ils ne sont plus du tout dans le milieu rural mais il y a quand même une culture très rurale. Papi c'était papi rural, casquette et tout. Sa vie c'était ses bœufs et la terre. Donc les enfants, même s'ils n'appartiennent plus au milieu agricole, ils ont quand même une influence forte là-dessus. Non je pense qu'ils ont été très fatalistes. Et c'était un choix de vie, l'idée c'est ça, c'est qu'il a fait un choix.

Investigateur: Et du coup cette postvention comment la verrais-tu dans ta pratique ?

Médecin 7: Comment je la verrais dans ma pratique ?

Investigateur: Oui et quel serait le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'entourage d'une personne qui s'est suicidée ?

Médecin 7: Probablement, c'est plus la parole. Après tout dépend des patients. C'est le désir de parler ou pas. Les groupes c'est bien quand on a des gens qui veulent s'exprimer et qui acceptent de ne pas se renfermer sur eux-mêmes. Probablement que si on veut mettre quelque chose en place, il faut le mettre assez rapidement. Assez rapidement dans leur suivi. Si tu le mets un petit peu derrière, il y a un isolement qui se crée, les gens se referment sur eux-mêmes. Et ils ont déjà mis en place des moyens de défense qui ne sont pas obligatoirement corrects. Donc oui s'il y a quelque chose à mettre en place dans les familles, c'est tout de suite. Tout de suite. C'est le choc post traumatique. Mettre quelque chose en place dans les 2 mois qui suivent ça me paraît déjà trop loin.

Investigateur: Comment pourrait se faire la prise de contact du coup à ton sens ?

Médecin 7: Ha exact, très bonne question ! Comment un réseau de psychologues ou autres pourrait identifier tout de suite ? Alors en fait il faut que ce soient tous les acteurs, aussi bien le médecin généraliste que le maire d'une commune... Parce que je pense que sur un territoire, il pourrait être mis une cellule... On pourrait détacher 2 ou 3 personnes pour sillonner un peu le territoire aussi bien familial que le milieu professionnel et amical. Le suicide l'année dernière au CAT, le gars il devait partir en vacances à la fin de la semaine avec des copains, rien ne laissait prévoir et personne n'a compris le geste. Là dans le CAT j'ai 2 patients fragiles psychologiquement et déficients mineurs mais qui ne sont pas vraiment autonomes dans la vie de tous les jours, avec une grande anxiété. Alors là voir ce type qui était le référent au milieu du CAT, qui était vraiment une lumière pour eux, le voir disparaître sans comprendre pourquoi...

Investigateur: Donc dans une situation comme celle-ci tu penses qu'il serait bien qu'il y ait une intervention ? Une intervention du maire ?

Médecin 7: Intervention du maire ou... Alors dès qu'il y a un profil particuliers, comment amener à faire intervenir ces gens-là sur place ? Oui... Comment désamorcer tout de suite au moment de la découverte du corps par souvent la famille...

Investigateur: Donc qui pourrait intervenir alors dans ces moments-là ?

Médecin 7: J'ai été confronté en garde plusieurs fois au constat des suicides. J'en ai décroché un dans une ferme complètement abandonnée au milieu de nulle part. Après j'ai été voir les parents, la famille que je ne connaissais pas. Puis une autre fois en garde le suicide d'un jeune. Sa mère m'a appelé... mais là effectivement on pourrait voir tout de suite, essayer de voir un peu la ramification sur le plan familial, amical... Pourrait-on prévenir d'autres suicides par ce biais-là ? Je ne sais pas. Mais après c'est surtout le choc post traumatique et les problèmes inhérents à la cette phase de deuil...

Investigateur: Donc pour toi le moment clé, il est dans la rapidité de l'intervention.

Médecin 7: Oui, il est juste après, pas à distance. Les gens se renferment sur eux-mêmes et ils perdent tout le noyau de mal-être. Les gens oublient, ils passent à autre chose dans leur vie et ils peuvent avoir des traces. Donc simplement d'exprimer, exprimer le désarroi. Et qu'ils soient pris en charge de façon un peu collective effectivement, dans une entreprise...

Investigateur: Donc si je résume les axes d'amélioration pour toi de la postvention, c'est une prise de contact initiale, la manière d'identifier l'entourage pour assurer le suivi derrière rapidement.

Médecin 7: Oui et pouvoir les amener éventuellement à reconsulter après. Comprendre qu'il y a un truc qui ne va pas, que c'est normal mais qu'il faut savoir se faire aider. Si dans la période aigüe de la sidération, comme tu dis, il faut plus faire prendre conscience que... Après je te dis, ils mettent leurs propres moyens de défense en place avec plus ou moins de réussite parce qu'ils n'ont pas toujours exprimé correctement leur souffrance. Ils sont dans leur questionnement et je dirais que c'est humain.

Investigateur: Est-ce qu'il y a d'autres axes d'amélioration selon toi ?

Médecin 7: Comme ça de but en blanc...

Investigateur: Sur la prise en charge avec le CMP, le psychiatre libéral, le centre hospitalier... ?

Médecin 7: Moi je ne souhaite qu'une chose c'est avoir un psychiatre référent, avoir accès probablement plus facilement à un psychologue. C'est compliqué. Les infirmières du CMP sont bien mais ça ne va pas... Ça ne travaille pas en profondeur. Le problème du CMP c'est qu'on t'impose ton soignant. Ce n'est pas toujours évident.

Investigateur: Donc plutôt psychologue et psychiatre hors CMP, libéral ?

Médecin 7: Ba on en est là parce qu'il y a un délitement de la psychiatrie... Je trouve que depuis que je suis installé, ce n'est pas terrible. Il y a 20 ans... Il n'y a pas de lien, il n'y a pas de lien avec le CMP. On ne connaît pas les intervenants et nous en médecine générale on a besoin de connaître les intervenants. On a besoin, soit par la discussion au téléphone soit par les écrits, de voir la qualité de la personne qu'il y a en face. Comme en psychiatrie il n'y a jamais de compte rendu ou quoi que ce soit, ni de téléphone... Après le retour ce n'est que le retour des patients et c'est problématique. C'est vraiment problématique parce que ça ne m'amène même pas à penser à eux quand j'en ai besoin et ça ne me pousse pas à eux non plus quand je devrais...

Investigateur: Donc nécessité d'un lien...

Médecin 7: ... plus fort avec eux. Moi ça me déchargerait. Mais bon ça m'enlèverait quelque chose que j'aime bien faire mais pour lequel je ne suis pas sensé non plus avoir de compétence.

Investigateur: Alors justement comment penses-tu pouvoir améliorer ta formation pour être plus à l'aise dans la prise en charge de ces endeuillés par suicide ?

Médecin 7: Ha ha. Je pense que simplement une formation sur les endeuillés... Non. Ce serait plus... Je pense que ça devrait faire partie d'un... Si je voulais m'amener à me former, il faudrait que ça fasse partie d'un module avec un sujet global : prise en charge au sein du deuil en général. Voilà.

Deuil après maladie, deuil brutal après accident, deuil par suicide... Mais uniquement le deuil sur le suicide...

Investigateur: Sur le deuil en général. Sous quelle forme penses-tu que ce serait adapté ?

Médecin 7: Adapté, il n'y a que le DPC qui puisse amener ça. Mais est-ce que justement tu vas cocher la case deuil si tu ne t'y intéresses pas ? C'est tout le problème de mettre... On a tellement de sujets vastes sur lesquels on pourrait s'améliorer... Est-ce qu'on va choisir... ? C'est ce que je te disais au début. On fait de la médecine générale et dans « général » il y a tellement de choses que... C'est pour ça que si l'on fait un sujet qui est uniquement axé sur le suicide... Ca ne nous touche pas non plus fréquemment. Sur la prise en charge, je pense qu'il vaudrait mieux un module au sein d'un sujet en appuyant sur des choses fortes qui restent. Voilà. Qu'est-ce que l'on doit faire ? A quel moment on doit passer la main ? Comment aborder la sidération de l'annonce ? La base de tout c'est l'empathie. L'empathie mais avec le recul du soignant. C'est ce qui est compliqué dans les familles, quand c'est en plus quelqu'un que tu connais. C'est vrai que c'est là où tu es soignant mais tu es aussi dans la sidération ! C'est ce qui est compliqué. Est-ce que j'ai bien fait les choses ? Est-ce que je n'ai pas oublié quelque chose ? Est-ce qu'il y a un signe d'alerte qui m'a échappé ? Est-ce que j'aurais pu améliorer la prise en charge avant ? Donc oui tu fais partie de la sidération. Mais bon après tu réalises que là non, là non... Ca ne dépend pas que de toi. Voilà chère amie.

Investigateur: Merci.

ENTRETIEN MÉDECIN M8

Investigateur: Dans un premier temps, je vais te demander de te présenter s'il te plait.

Médecin 8: Donc [M8], en retraite active, diplômé de la faculté de médecine de Paris XII Créteil en 1983 si je ne me trompe pas, non c'est avant, c'est en 1981 ! Peu importe. Heu qu'est-ce que tu veux savoir d'autre sur moi ? Que j'étais médecin généraliste installé à Y pendant 36 ans. Donc médecine générale. Egalement actif au niveau du réseau diabète. Membre du groupe de pairs. Membre de la FMC de X quand elle existait. Je pense que j'ai dit l'essentiel.

Investigateur: Oui. Avant de t'installer as-tu remplacé ?

Médecin 8: J'ai remplacé de 1979 à 1983. Et je me suis installé le 11 avril 1983. Donc premier remplacement en juin 1979.

Investigateur: *(Sourire devant la précision des dates)* D'accord.

Médecin 8: *(Petit rire)* C'est encore précis dans ma tête ! La maladie d'Alzheimer c'est...

(Rires partagés)

Investigateur: Et donc à la retraite depuis quand ?

Médecin 8: Depuis le 1^{er} juillet 2019.

Investigateur: Et actif puisque... ?

Médecin 8: Et actif puisque je travaille encore 2 jours par semaine au CH de L, pratique de consultations de médecine générale compte tenu du manque de médecins traitants en local.

Investigateur: Et le milieu d'activité là, il serait défini comment ? Urbain, rural, semi-rural ?

Médecin 8: A L c'est plutôt du rural, ça me semble être rural.

Investigateur: Et pendant tes années d'installation ?

Médecin 8: Je dirais semi-rural parce que la proximité de X fait quand même qu'on voyait des gens qui n'avaient même pas de jardin pour certains.

Investigateur: Ok. Et pourquoi avoir choisi la médecine générale comme spécialité ? Est-ce que c'était un choix ou par défaut ?

Médecin 8: Non c'est un choix, un choix délibéré qui faisait beaucoup sourire mes collègues étudiants en médecine dans les années 70. J'ai eu l'opportunité de faire une spécialité de pneumo que j'ai refusée, on était venu me chercher pour faire de la pneumo mais je n'ai pas voulu. Je voulais être médecin de campagne. Ce n'est pas médecin généraliste, c'est médecin de campagne.

Investigateur: D'accord. Et pour te former dans ton exercice de médecin généraliste, tu me parlais du fait que tu étais membre de la FMC. Et...

Médecin 8: Oui donc j'ai été membre de la FMC de X. Donc c'était X et les environs, ça couvrait A, T, D, enfin c'était toute la région, L ... En fait c'est un petit peu le découpage des tours de garde du département maintenant. J'ai été trésorier un peu, secrétaire pas mal. Et puis donc on organisait chacun notre tour des formations en allant chercher des intervenants au CHU ou ailleurs en fonction du sujet choisi.

Investigateur: Des intervenants spécialistes ?

Médecin 8: Oui. On avait essayé de faire une FMC non dépendante des laboratoires c'est-à-dire qu'ils pouvaient venir s'ils voulaient mais ils n'avaient aucune intervention dans nos sujets ni sur le choix des intervenants spécialistes. Hum.

Investigateur: D'autres types de formation ?

Médecin 8: Et après il y a eu le groupe de pairs. Donc groupe de pairs sur X qui a été la suite de la première FMC qui existait et qui a été passée en même temps, à l'époque il fallait se faire... Pas certifier mais il fallait passer une espèce d'audit pour savoir à quel niveau on était... Et donc c'est ce qu'on a fait et c'est ce qui a fait le groupe de pairs après. On était une dizaine à avoir... Ca portait un nom mais je ne m'en rappelle plus. On avait une évaluation de notre pratique médicale et cette évaluation aurait dû être faite tous les 5 ans mais les différentes réformes et autres font que ça n'a jamais été mis en place. Mais ça va finir par arriver de toute façon. Alors une certification, ce ne sera plus la même chose.

Investigateur: On a fait le tour pour les formations ?

Médecin 8: Oui. Ho de façon anecdotique j'ai été médecin grand prix de Monaco pendant une dizaine d'années mais ça c'était plus pour le plaisir.

Investigateur: Et il y a eu d'autres activités parallèles ?

Médecin 8: Alors si ! Il y a eu le réseau diabète. Donc le réseau diabète j'étais à la création avec J et P. Donc moi j'étais secrétaire, encore. Et puis on a mis en place l'éducation thérapeutique en local jusqu'à ce que le réseau soit fermé par une décision de l'ARS.

Investigateur: Hum.

Médecin 8: Nous on n'était pas d'accord mais bon. Ca continue, ça persiste sous un autre nom, c'est l'ERET. Mais ce n'est plus local mais en départemental voire régional que ça se passe.

Investigateur: D'accord.

Médecin 8: J'ai été maitre de stage aussi, je ne sais pas si ça fait partie de la fonction qu'il faut signaler.

Investigateur: Oui.

Médecin 8: Donc maitre de stage pendant 11 ans ou 12 ans. Avec beaucoup de plaisir, vraiment ! Ca m'a permis de rencontrer plein de gens très agréables avec qui je me suis bien plu.

Investigateur: Des internes et des externes je crois ?

Médecin 8: J'ai eu les 2. Plus d'internes que d'externes mais... J'ai commencé par des externes mais c'était des stages courts de l'ordre d'une semaine ou 2 semaines. Et après suite à une mauvaise expérience avec un externe qui a oublié de se présenter, qui a oublié qu'il était étudiant en médecine ou qui préférait la planche à voile, je n'ai pas été... Enfin j'ai été recontacté par la fac qui était désolée que cet externe ne se soit pas présenté à son stage et ils n'ont peut-être pas osé me solliciter après mais bon. Je me suis réorienté vers les internes.

Investigateur: D'accord.

Médecin 8: Ce fut une histoire de chasse quand même, c'était assez cocasse. Il y en a qui ne manquent pas d'air parmi nos collègues. Je suppose que maintenant il est médecin parce que ça remonte à loin. Mais quand même, quand il m'a dit « Ho j'ai complètement oublié que j'avais un stage ! Je suis à Biarritz en train de faire de la planche à voile ! » je me suis dit j'espère qu'il n'oubliera pas qu'il est de garde parce que... C'est vraiment l'anecdote.

Investigateur: *(Rires)*

Médecin 8: C'est une histoire vraie hein ! Quand j'ai eu le doyen, il n'en revenait pas ! Voilà. *(Rires)* Je ne sais pas mais ça a dû lui chauffer aux fesses quand même.

Investigateur: J'imagine. *(Rires)* Et as-tu suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Médecin 8: Non.

Investigateur: Est-ce que c'est parce que tu n'as pas pu ou pas souhaité suivre de formation sur cette problématique ?

Médecin 8: Non ce n'est pas que je n'ai pas souhaité mais je n'ai pas eu l'opportunité de suivre de formation.

Investigateur: D'accord. Dans ta patientèle, est-ce que tu as déjà eu une ou des personnes qui se sont suicidées ?

Médecin 8: Oui. Oui bien sûr.

Investigateur: Peux-tu me raconter une histoire brièvement qui t'a marquée ?

Médecin 8: Alors brièvement... Alors il y en a plusieurs. Alors il y en a une qui m'a beaucoup choqué. C'est une femme que j'avais hospitalisée pour risque... enfin que moi j'avais étiquetée pour risque suicidaire. Donc je l'avais hospitalisée. Qui a été relâchée au bout de quelques jours d'hospitalisation. Et on m'a appelé pour signer son certificat de décès parce qu'elle s'était suicidée chez elle. Or j'ignorais qu'elle était sortie. Quand j'ai appelé les services spécialisés, on m'a dit « normalement elle n'aurait pas dû se suicider ». Donc j'ai trouvé ça un petit peu décevant comme prise en charge, autant par eux que par moi, parce que j'aurais aimé savoir que cette femme était sortante. Parce que bon, en l'occurrence elle n'était pas bien du tout pour qu'elle se suicide dans les quelques heures qui suivent sa sortie d'hôpital... Autrement des suicides, oui, à titre personnel j'en ai vu beaucoup. J'ai toujours très mal vécu les suicides. C'est quelque chose que j'ai toujours vécu, parmi les patients, comme un échec dans la mesure où je n'ai peut-être pas été suffisamment à l'écoute ou pas su leur faire percevoir un mieux-être quelque part. Il y a eu des suicides inattendus, c'est-à-dire quelqu'un qui était en pleine forme, qui va bien, qui vous sourit et qui se suicide le lendemain matin. Ca s'est vu. Mais bon... Je t'en parlerai après de ça parce que c'est hors exercice professionnel.

Investigateur: Bien d'accord.

Médecin 8: Alors un suicide très particulier dans ma patientèle... Heu je ne sais pas. Oui j'en vois un. C'était un monsieur qui habitait à côté qui a organisé son suicide. Il était suivi par une équipe, c'est-à-dire qu'il y avait l'équipe de psychiatrie et psychologues, il y avait moi, il y avait l'entourage, il y avait tout le monde qui essayait de l'entourer correctement. Mais je crois qu'il était... Il n'y avait pas d'issue. En tout cas lui n'en voyait pas. Donc c'est un monsieur qui a organisé son suicide froidement puisqu'il s'est suicidé au gaz butane chez lui en prenant la précaution de donner son chien à sa belle-mère puisque son épouse travaillait en déplacement. Donc il était seul. Donc il avait donné son chien. Il avait disjoncté toute la maison. Il avait fait de telle manière pour qu'il n'y ait pas d'étincelle qui fasse sauter la maison lorsqu'on arriverait. Et donc on l'a trouvé... Enfin ce sont les pompiers qui m'ont appelé. J'ai vu ce monsieur de son vivant et je l'ai vu suicidé au gaz butane. Il avait triplé de volume. Ce n'est pas... C'est difficile à vivre. Alors après il faut gérer la famille donc ce n'est pas simple.

Investigateur: Tu suivais la famille ?

Médecin 8: Ha je suivais la famille oui ! Le suivi c'est ba... On parle, on est disponible, on prend du temps... Beaucoup de temps. Et on essaie tous ensemble de passer le cap. Parce que souvent la décision de se suicider c'est le suicidant qui l'a. Enfin je ne sais pas si c'est une décision mais c'est lui qui passe à l'acte quoi.

Investigateur: Donc tu es intervenu sur les lieux pour le constat de décès ?

Médecin 8: Sur les lieux oui, pour le constat de décès, appelé par les pompiers. Mais quand ils m'ont appelé, ils avaient déjà ouvert la maison. Parce que ce sont les voisins qui, ne voyant pas les volets s'ouvrir, ont trouvé bizarre... Et puis je crois que c'est aussi la belle-mère qui attendait qu'on récupère le chien. Il a dû lui raconter je ne sais pas quoi... Je ne sais pas ce qu'il lui a dit à la belle-

mère ! Mais il voulait vraiment ne faire de mal à personne. C'était vraiment un monsieur qui avait organisé son suicide froidement. Avec la lettre, le courrier, enfin un mot d'excuse, qu'il avait emmerdé tout le monde et que sa vie ne valait pas qu'elle continue. Hum.

Investigateur: Donc derrière tu as suivi l'entourage. Sur les lieux ?

Médecin 8: Alors sur les lieux oui il y a eu les voisins déjà. Parce que malgré tout c'étaient les premiers... Quand on voit les gyrophares et tout. C'étaient les premiers arrivés. Et puis après il a fallu contacter son épouse qui n'était pas là, qui est revenue. Heu...

Investigateur: C'est toi qui l'as contactée ?

Médecin 8: Non je crois que c'est plutôt le maire de la commune qui a dû l'appeler. Mais j'étais dispo de toute façon ! Je ne me suis jamais défilé de quoi que ce soit quand c'était comme ça, bien au contraire. S'ils ne m'appelaient pas, j'aurais eu plutôt tendance à les contacter pour savoir s'ils avaient besoin de mes services. Enfin mes services, ce n'est peut-être pas le mot exact. Mais s'ils avaient besoin d'une aide quelconque, j'étais à leur disposition.

Investigateur: Et comment as-tu assuré la suite des consultations avec l'entourage de cette personne suicidée ?

Médecin 8: La suite des consultations. Comment j'ai... C'est-à-dire le rythme ? Le... ?

Investigateur: Oui. Est-ce qu'il y a eu un suivi que tu as organisé ? Est-ce qu'ils sont venus te voir ?

Médecin 8: Ha oui ! Alors je les ai vus une première fois en leur disant « dès que vous êtes dispo, si vous avez besoin, vous venez ». Je ne leur ai pas imposé de venir, après tout ils sont libres de faire ce qu'ils veulent. Le premier entretien est souvent un entretien long. Enfin moi c'est comme ça que... Donc je m'arrangeais pour mettre plutôt l'entretien en fin de journée, de manière à ne plus avoir personne dans la salle d'attente. Il y en a qui trépignent et qui trouvent que ce n'est pas normal. Et je leur laissais toujours la porte grande ouverte. Et je leur disais « Ecoutez on se revoit dans 8 jours ou dans 10 jours en fonction de vos désirs, ou avant s'il y a besoin. Mais n'hésitez pas à me contacter. Mais dans 10 jours il faudrait quand même qu'on discute un petit peu, qu'on voit comment vont les choses, comment on peut vous aider, comment on peut vous apporter un soutien » enfin c'est... Parce qu'il faut être disponible quand c'est comme ça. Il ne faut pas chercher à être purement médecin. Ils n'ont pas besoin de comprimés, même si ça peut jouer. Je pense qu'ils ont besoin d'écoute. Ils ont besoin de comprendre, ils ont besoin de déculpabiliser. Ils ont besoin de comprendre. Je pense que c'est ça parce que souvent il y a une incompréhension dans ce qui se passe. J'ai remarqué il y a beaucoup de familles, beaucoup de proches qui sont surpris que telle personne soit passée à l'acte. C'est-à-dire qu'il y a quand des suicidants, même s'il y a eu des appels du pied, s'il y a eu des signes d'alerte, parfois c'est simplement lâché comme ça « il vaudrait mieux être mort » et ils n'attachent pas plus d'importance à une phrase qui a l'air tout à fait banale alors qu'en fait c'est plus important que ça. Je pense qu'il y a des couples qui tombent dans la routine. On ne se rend pas toujours compte que l'autre ne va pas forcément bien.

Investigateur: Donc il y a une prise en charge par rapport à ce questionnement, cette culpabilité.

Médecin 8: Oui. C'est le plus fréquent, la culpabilité. L'autre se sent coupable de... De manque, de ne pas avoir su, d'avoir fait trop, parce que ça peut être aussi l'inverse, de ne pas avoir été là « pourquoi j'étais parti pour mon travail ? ». Ba oui il y a tout un tas de choses auxquelles il n'y a pas de réponse

de toute façon. Ce n'est pas pour autant qu'il ne faut pas les écouter. Et puis avec le temps, la vie suit son cours après...

Investigateur: Donc tu les as suivis au moyen, au long terme ?

Médecin 8: Oui ça dépend. Il y en a qui ne s'en sont jamais remis. Il y en a qui se remet plus vite. Ça dépend de chacun. Chacun fait son deuil avec son caractère, son vécu, ses croyances, ses us et coutumes je dirais. Hum.

Investigateur: Alors justement concernant le processus de deuil, comment fais-tu pour repérer les deuils difficiles ?

Médecin 8: Comment je fais pour repérer les deuils difficiles. Alors il y a la tristesse sur le visage, il y a des gens qui restent tristes, qui ne retrouvent pas le goût à faire. Le manque de projet. J'essaie de voir s'ils ont des projets. Alors ce n'est pas un questionnement que je leur fais hein. Mais quand on discute, on essaie de voir un peu comment leur vie s'organise et comment vont les enfants. Alors on essaie de les ramener à discuter sur l'avenir proche et lointain. Quand les gens ne se projettent pas en général ce n'est pas bon signe. A l'inverse il y a celui pour qui tout va bien, trop gai. Je n'aime pas trop. Enfin trop gai rapidement. Quand il y a un proche qui commence à se marrer comme un petit fou et pour qui tout va bien au bout de 3 semaines à un mois ce n'est pas bon signe non plus. C'est souvent qu'il se voile la face et qu'il donne une image qui n'est pas la sienne. Il ne veut pas paraître plus faible que les autres, même si certains ont peur du regard de l'autre par rapport au décès. Donc c'est très subjectif tout ça mais c'est l'avantage d'être leur médecin. C'est plus facile quand on connaît bien ses patients, parce qu'on connaît leur caractère, on connaît leurs mimiques. On connaît si c'est le blagueur, le pas blagueur, le souriant, l'aimable, le tristounet. On voit s'il y a un changement de comportement même s'il ne l'exprime pas, on le voit dans le comportement. On peut toujours essayer de savoir par un membre, par un voisin, par machin... Mais bon ça c'est plus délicat parce qu'il y a le secret médical. Moi je fais comme ça.

Investigateur: Et as-tu remarqué, repéré, si les personnes présentant un deuil difficile venaient plus ou moins te consulter ?

Médecin 8: Ce n'est pas sûr que ceux qui ont un deuil difficile viennent plus que les autres. Ça ce n'est pas certain parce que justement ils sont dans leur tristesse et ils cherchent la solitude. Ils ne cherchent pas forcément l'autre à ce moment-là, dans le deuil difficile. Non je ne pense pas que ce soit ceux qui consultent le plus. Ou quand ils consultent, leur premier motif de consultation n'est pas forcément le bon en tout cas. Il faut peut-être un peu plus gratter, ce n'est peut-être pas juste parce qu'elle a 3 boutons ou qu'elle a un peu mal dans le dos. Ça peut être aussi le signe d'appel. Donc après on discute en connaissant le passé. C'est peut-être aussi à nous de savoir attraper la ficelle qu'on nous tend pour discuter avec eux ou elle.

Investigateur: Donc s'il y a un motif différent, tu essaies d'aborder...

Médecin 8: Oui si l'on voit qu'il y a un décalage entre le motif de la consultation et... Enfin je veux dire, on connaît bien nos patients, enfin je connaissais bien mes patients. Et quand quelqu'un venait, qui n'est pas quelqu'un qui consulte habituellement et qui vient pour quelque chose qui ne semble pas fondamentalement nécessiter une consultation et sachant qu'il y a quelque chose avant qui s'est passé, on a tendance spontanément à prendre des nouvelles. Alors autre chose qui n'a rien à voir avec la consultation vraiment, en tant que médecin dans un petit village comme nous, moi si je rencontrais cette personne de la famille ou l'épouse ou le gamin ou autre, je n'hésitais pas à prendre

des nouvelles quand même. Je ne suis pas en consultation, je suis hors consultation mais pour nous ça nous est quand même facile. On croise les gens chez le boulanger, on va marcher sur la voie verte on les voit alors on ne va pas les éviter et puis faire comme si de rien n'était, moi je ne peux pas. Donc je ne sais pas si je répons à ta question là.

Investigateur: Bien sûr. Toujours chez les endeuillés par suicide, as-tu repéré s'ils développaient d'autres pathologies ?

Médecin 8: Les survivants tu parles ?

Investigateur: Oui.

Médecin 8: Oui oui. Heu... D'autres pathologies. Alors comme ça c'est une question qui n'est pas facile. J'avoue que... D'autres pathologies autres que psychiatriques quoi ? Des pathologies organiques ou... ?

Investigateur: Les deux. D'autres pathologies au sens large, ça peut être psychiatrique ou organique.

Médecin 8: Psychiatrique pas forcément. Alors il y en a qui resteront des gens tristes, d'autres plus gais, qui manqueront d'entrain. Alors qu'est-ce qui peut se développer ? Ce n'est pas évident. Parce que c'est tellement banal, ils peuvent avoir de la tension, des rhumatismes... Non. Il est facile de dire « avec ce qu'elle a vécu, il est normal qu'elle ait son cancer, son infarctus, son truc ou son machin ». Mais non. Là honnêtement je ne saurais pas répondre. Je n'ai pas...

Investigateur: Pas spécialement remarqué.

Médecin 8: Non je n'ai pas remarqué. C'est possible mais bon. Tout ça survient aussi dans le contexte de la vie du survivant. Si c'est un homme qui survit qui fume comme un sapeur. Alors si, peut-être pour certains l'addiction. Certains vont attaquer peut-être plus régulièrement le petit whisky le soir pour oublier, ou s'ils sont seuls. Peut-être ça. Je dirais peut-être certains peuvent avoir des addictions : alcool, tabac, ou jeux peut-être. Je ne sais pas. Ce n'est pas la majorité quand même. Ce n'est pas mon ressenti en tout cas.

Investigateur: Et est-ce que tu as un réseau de professionnels avec lesquels tu travailles pour la prise en charge de ces endeuillés par suicide ?

Médecin 8: C'est difficile. Souvent on a l'équipe psycho du coin mais le problème c'est leur disponibilité. Ils ne sont pas disponibles sur le moment donc il faut quand même... Enfin ça ne m'empêche pas de travailler avec eux mais... Alors il y a une équipe d'urgence qui est toujours présente aux urgences mais qui voit ponctuellement quand on est vraiment dans une situation d'extr... enfin où l'on suspecte que le survivant risquerait aussi d'être suicidant. Donc là on peut faire appel à eux, on est sûr qu'ils vont être vus. Mais si on veut un suivi, on peut l'avoir mais pas dans le cadre de l'urgence, c'est-à-dire que... L'urgence enfin le suivi à 10 ou 15 jours, ce n'est même pas la peine d'y compter. Alors après il peut y avoir un suivi ensemble mais les retours de courriers en général il n'y en a pas. On n'a aucun compte rendu donc en tant que médecin généraliste on a l'impression de travailler un peu tout seul quand même. Je ne dis pas qu'ils ne sont pas là mais ils ne sont pas dans l'échange. Quand tu n'as pas de courrier de sortie, que tu n'as pas de courrier de consultation, que tu ne sais même pas ce qu'ils en pensent... On ne demande pas des détails mais qu'ils nous disent au moins il est comme ci ou il est comme ça, on lui a prescrit ci ou on lui a prescrit ça, je le revois à 10 jours. Enfin ça on ne l'a pas, ou exceptionnellement. On a eu mais on n'a plus.

Investigateur: Dans la situation d'un suicide justement, est-ce que tu connais la postvention ?

Médecin 8: Pas vraiment. Honnêtement !

(Coupure enregistrement pour explications)

Investigateur: Du coup, en sachant un petit peu plus sur la postvention, comment verrais-tu la postvention dans ta pratique professionnelle ?

Médecin 8: Alors il faudrait déjà une cellule facilement mobilisable. Parce qu'en tant que généraliste, on est sur le terrain. Alors ce qu'il faut voir déjà c'est que la pratique médicale s'est modifiée. Je ne suis pas certain que maintenant, beaucoup de généralistes soient en contact direct, au moment du constat du décès, avec la famille. Ça c'était monnaie courante il y a quelques années en tant que médecin généraliste où l'on appelait le médecin généraliste avant de faire le 15. Donc le problème je pense sur le terrain immédiat se pose moins pour le médecin généraliste que pour l'équipe qui va intervenir. Maintenant il faut que nous, en tant que médecin généraliste, ce sont des numéros de téléphone qu'il faudrait qu'on puisse avoir s'il y a des équipes qui peuvent gérer rapidement tout ça. Il faut des équipes disponibles. Il ne faut pas qu'il y ait des équipes d'urgence disponible pour parce que ça c'est imprévisible. On ne peut pas savoir à quel moment on va être confronté au suicide dans notre patientèle. Et il faudrait que le médecin généraliste soit lui-même impliqué et écouté. Parce que même si l'on est plus en première ligne, il faut savoir quand même qu'on vit nous aussi un stress, enfin moi personnellement en tout cas. On vit ce stress. Ce sont quasiment des proches quand ce sont nos patients de longue date qui se suicident. Donc oui il faudrait que ce soit pluridisciplinaire. Il faudrait qu'on ait des gens à portée de main et formés sans doute aussi à l'écoute et à la prise en charge des... je ne sais pas comment dire ça... des survivants.

Investigateur: En fait si je reprends tu souhaiterais un travail conjoint entre le médecin généraliste et une équipe spécialisée.

Médecin 8: Oui parce que je pense que l'équipe spécialisée ils ont une formation vraiment ad hoc à un certain nombre de choses qu'il faut dire, faire, ou ne pas faire, alors que nous on est peut-être plus dans l'émotif et surtout dans le rapide. Parce que tout ça se fait dans un temps où, à côté, il y a les consultations et le reste de la journée qui continue. Donc il faut qu'on ait les mots justes, je vais dire pas rapidement mais au moins que ça vienne spontanément assez vite. Je ne sais pas comment exprimer cette difficulté de prise en charge. Parce qu'en tant que généraliste sur le terrain je pense qu'on va être plus considéré aux yeux de la famille qui est là, ou le noyau familial, on est plus considéré comme des confidents, comme presque quelqu'un de la famille, que comme quelqu'un de l'extérieur. Donc on risque de ce fait-là, alors ça dépend du tempérament de chaque médecin aussi, mais on risque d'être également mal psychologiquement et on nous demande en étant pas forcément bien psychologiquement d'aider les autres ! Donc on est un peu dans une situation le cul assis entre deux chaises où il faut qu'on soit professionnel mais en même temps, tout en essayant de le faire, on n'est pas bien. Voilà. Donc si on sait qu'on peut tabler sur une équipe qui est neutre et qui va être à l'écoute, ce serait quand même pas mal. Moi j'ai eu l'exemple. Ce n'était pas un suicide. C'était une dame qui est morte d'un accident de voiture et quand ils ont envoyé une équipe de pompiers pour intervenir, quand ils sont arrivés sur l'intervention il y en a un qui a attrapé un des pompiers immédiatement par l'épaule et l'a viré parce que c'était sa femme qui était morte ! Heu... Quelque part c'est un petit peu ça en tant que médecin généraliste. Si l'on arrive et que c'est vraiment des... Parce que même si l'on apprend que l'on doit prendre de la distance par rapport à nos patients, cette distance au fil des années elle existe de moins en moins et le risque c'est qu'on ne soit pas bien quand on arrive sur un truc comme ça. Déjà, le temps d'y arriver, dans la voiture on y

pense. On essaie d'échafauder un scénario et puis souvent le scénario ce n'est pas comme ça que ça se passe. Sur le terrain, sur le moment, tu n'es pas seul ; tu as les pompiers, les gendarmes, tu as les curieux. Mais à un moment donné tu te retrouves en tête à tête avec ces gens-là.

Investigateur: Donc finalement à l'heure actuelle, le médecin généraliste pour toi a un rôle de confident en fin de compte...

Médecin 8: Oui...

Investigateur: Alors que son rôle dans l'absolu ça devrait être quoi ?

Médecin 8: Je ne sais pas. Si on apporte quelque chose au patient en étant leur confident c'est bien. Mais ce que je crains c'est qu'on soit nous-mêmes un peu trop perturbés. Enfin je ne sais pas comment exprimer ça. Mais on peut aussi avoir une difficulté de comprendre et en plus on peut aussi se sentir en situation d'échec. C'est-à-dire que, au début si cette personne on la suivait pour un syndrome dépressif ou un problème psychologique important et qu'on n'a pas vu venir le suicide on peut se dire « je suis peut-être un peu responsable de ce qui se passe ». Donc se sentir un peu, pas coupable, mais ne pas avoir été à la hauteur et puis en même temps vouloir remonter, si j'ose dire, le moral de la famille ou des survivants, c'est quand même une situation un petit peu ambiguë, au départ en tout cas.

Investigateur: Hum hum.

Médecin 8: Souvent on a fait notre boulot. Mais on peut aussi être passé à côté de quelque chose.

Investigateur: Je ne sais pas si...

Médecin 8: Hum je comprends.

Investigateur: Je ne suis peut-être pas tout à fait dans le sujet, je n'en sais rien.

Médecin 8: Si si.

(Petits rires)

Investigateur: On va aborder les axes d'amélioration de la postvention à ton sens. Comment, dans ton exercice, tu pourrais améliorer la prise en charge des endeuillés par suicide, d'abord lors de la prise de contact avec l'entourage ?

Médecin 8: Alors les axes d'amélioration heu... Peut-être d'abord une formation hein, tout simplement, ou une remise à niveau sur un certain nombre de choses. Parce qu'au fil des années on n'est plus dans la pratique que dans le scolaire je vais dire. Deuxièmement pour améliorer la prise en charge du médecin, il faudrait peut-être que le médecin lui-même puisse être écouté un jour. J'ai fait une carrière où j'ai vu des suicides de ma patientèle mais j'ai vu beaucoup plus de suicides qui n'étaient pas de ma patientèle. J'ai vu des choses, plein de choses qui sont toujours dans ma tête et que je n'ai pas oubliées. Des situations... En fait je pense qu'on n'oublie pas nous-mêmes tous les suicidés qu'on a vus... Je pense que ça ce serait bien que les médecins, s'ils le désirent évidemment, ce n'est pas question à chaque fois, mais si on en éprouvait le besoin, qu'on puisse nous, médecins, avoir... Alors on peut le faire, on peut le faire à titre individuel, on peut toujours aller voir le psychologue du coin ou le psychiatre ou je n'en sais rien. Mais il faudrait que ce soit quelque chose de simple pour nous. Il ne faudrait pas que ce soit... Comment dirais-je ? Il faudrait qu'on ait

quelqu'un qui soit neutre. Par exemple, là nous on a une psychologue à M. mais si je vais voir cette psychologue qui suit elle-même éventuellement le patient qui vient de se suicider, on peut aussi mettre la psychologue dans une position qui va être ambiguë. Mais je pense qu'il y aurait besoin que les médecins soient un peu écoutés. Parce que je pense qu'on n'est pas tous très bien dans notre peau quand même dans des situations comme ça. Qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre pour nous améliorer ? Savoir que derrière on peut compter sur une équipe qui sera là pour la famille.

Investigateur: Travailler avec une équipe de professionnels.

Médecin 8: Avec des échanges. C'est toujours pareil, il faut qu'il y ait des échanges, un retour d'information. Parce que parfois on l'a l'équipe, ils nous rendent service mais derrière on a peu ou pas de retour. Et si on veut s'améliorer, il faut savoir aussi ce qui a été bien fait et ce qui a été mal fait. Parce que parfois on veut bien faire et puis on dit un mot qui casse tout, et ce n'était pas celui-là qu'il fallait dire. Si l'on n'a pas de retour, ba on n'a pas de retour quoi ! Alors voilà.

Investigateur: Et tu me parlais de formation un peu plus scolaire pour reprendre tes mots. De quelle manière tu souhaiterais être formé ?

Médecin 8: Alors je pense que dans toute formation il y a des trucs qui sont des incontournables qu'on devrait faire et ne pas faire qu'on n'a pas forcément eus. Moi j'ai été à la fac, ça remonte à 40 ans... Honnêtement le suicide... Je n'ai pas souvenir d'avoir eu un cours sur le suicide ou alors ça a été cité comme ça à la va-vite entre deux machins et puis c'est tout. Et en formation continue, ce n'était pas les sujets abordés. Les sujets abordés c'était l'obésité, l'hypertension, l'asthme, le diabète... Des trucs je dirais de tout venant. Je n'ai pas souvenir d'avoir eu de formation sur le suicide en tout cas. Donc je pense qu'on aurait besoin. Je pense qu'il y a certainement un psychiatre ou une psychologue ou autre professionnel du domaine mental qui pourrait nous apprendre. Enfin moi je reste ouvert à ça.

Investigateur: As-tu des choses à ajouter ?

Médecin 8: A ajouter... Oui. La mort d'un patient c'est quelque chose de difficile à vivre, que ce soit par suicide ou pas. Ce n'est pas quelque chose qui est facile à gérer. Je n'ai jamais su très bien... Enfin je n'ai jamais su... Il est toujours très difficile d'avoir les mots justes. Et parfois je pense qu'un silence et une présence ça aide bien aussi les patients, de savoir qu'on est là. Ce sera tout.

Investigateur: Je te remercie.

ENTRETIEN MÉDECIN M9

Investigateur: Donc pour commencer, je vais vous demander de vous présenter s'il vous plaît.

Médecin 9: Alors [M9], médecin généraliste, installé depuis le 3 juillet 1978 ici, à X. J'ai fait mes études à la Salpêtrière donc dans le berceau de Charcot donc de la neuropsychiatrie, le berceau de la neuropsychiatrie européenne. Donc j'ai fait pas mal de psy et de neurologie aussi parce que c'est vraiment aussi le berceau de la neurologie. Donc je pratique aussi en parallèle de la médecine générale de l'hypnose ericksonienne. J'ai appris d'une part à Paris et d'autre part à Caen avec quelques incursions au Canada. J'ai appris un peu ces techniques de thérapie courte, en opposition

un peu avec les thérapies longues qu'est la psychanalyse. C'est un peu démodé on va dire, pas inutile mais pour certains très critiqué. On le voit pour Onfray par exemple, on cogne comme un sourd sur Freud. Donc moi je suis parti dans les thérapies courtes parce que je trouve qu'aujourd'hui ça répond à la demande du monde moderne. On ne peut pas dire au patient « je vais vous prendre pendant 7 ans toutes les semaines à 100 euros la séance », ça ne marche pas. Ça n'a aucun succès, surtout dans nos régions. Donc je pratique aussi ça pour un certain nombre d'indications qui sont bien ciblées. Un peu de sophrologie aussi. Un peu d'analyse transactionnelle. Mais surtout de l'hypnose ericksonienne.

Investigateur: Votre milieu d'exercice actuellement vous diriez qu'il est plutôt urbain ? Semi-rural ?

Médecin 9: C'est surtout multiculturel. Selon les années j'ai environ 43 à 45 nationalités différentes dans ma patientèle. Ce qui exige de ma part une adaptation à l'univers de ces personnes-là. Donc je rentre dans leur monde. Alors leurs cultures, leurs origines, leurs façons différentes d'aborder la souffrance, la maladie... Donc il faut vraiment s'adapter. Le gros problème évidemment avec ces personnes-là c'est le communautarisme, c'est-à-dire qu'il y a beaucoup de personnes qui sont repliées sur leur communauté, contre lequel je lutte depuis 40 ans pour essayer qu'ils s'intègrent. Et le meilleur facteur d'intégration des personnes c'est la langue. Il faut se battre pour qu'ils apprennent le français. C'est très bête ce que je dis, c'est très basique. Mais il faut qu'ils apprennent le français pour s'intégrer. Il faut éviter, ça aussi c'est au niveau de l'urbanisme, de créer des ghettos. On n'est pas aux Etats-Unis, il n'y a pas le quartier chinois, le quartier juif, le quartier black, le quartier sud-américain, portoricain ou je ne sais pas quoi. On n'est pas à New York. Il faut que les gens se répartissent dans la ville pour s'intégrer à la culture. Et ça c'est compliqué de lutter contre le communautarisme.

Investigateur: Vous avez beaucoup de patients qui ne parlent pas français ?

Médecin 9: Oui j'ai beaucoup de patients qui ne parlent pas français. Alors moi je parle français, anglais, allemand. Alors avec certains turcs... un allemand à deux balles mais... on arrive à s'entendre quand même. Certains turcs parlent allemand parce que beaucoup viennent d'Allemagne, à un moment où l'Allemagne s'est déchargée d'une énorme communauté turque. Donc là parfois actuellement et surtout avec des interprètes, soit des jeunes qui sont nés ici et qui parlent parfaitement français et qui interprètent pour leur famille, soit des associations comme l'ASTI qui m'envoie des interprètes avec la patient. L'arabe je le comprends un peu. On a moins de problème parce que là on en est à la troisième génération de maghrébins donc ça va. En général ça se débrouille bien. Les pakistanais c'est en anglais. Toutes les autres nationalités, il y a les gens des pays de l'Est aussi c'est un peu compliqué. Là c'est pareil il y a toujours un interprète. Et puis il y a ceux qui apprennent le français aussi ! Il y en a qui s'accrochent, surtout quand ils sont jeunes c'est plus facile. Les gens des pays de l'Est ont une grande facilité avec les langues, j'ai remarqué ça, beaucoup plus que les autres. Très rapidement on voit des jeunes qui arrivent, je parle des gens qui ont une trentaine d'années, en 6 mois à un an ils parlent parfaitement français.

Investigateur: Donc du coup vous exercez le métier de médecin généraliste depuis 40 ans, c'est ça ?

Médecin 9: Oui.

Investigateur: Et pourquoi le choix de la médecine générale comme spécialité ? Est-ce que c'était un choix ou par défaut ?

Médecin 9: Un peu les deux. (*Rire*). Un peu les deux. Au départ je voulais être neuro, je voulais être neurologue. Mais il y avait très peu de postes hospitaliers. Et comme je te dis j'étais à la Salpêtrière et mes patrons m'avaient dit « tu n'es ni fils de chef de service, ni fils de ministre donc tu n'as aucune chance ». C'est un chef de service qui m'a dit ça un jour. Je me suis dit bon, qu'il fallait bien faire quelque chose. Donc voilà je me suis installé comme médecin généraliste. Et ça me convient parfaitement. Je n'ai aucun regret mais alors AUCUN regret à faire ce métier-là. C'est compliqué parce que c'est évidemment très varié, il faut être très disponible pour beaucoup de choses. Le plus difficile, quand on est un médecin vieillissant, c'est de s'adapter à la rapidité, comme dans tous les domaines d'ailleurs, que ce soit l'informatique, les appareils photo comme la médecine, de s'adapter aux nouvelles technologies, notamment l'imagerie. Quand j'ai débuté, c'était le début de l'échographie. Moi j'auscultais avec un stéthoscope de pinard, c'est-à-dire un truc en bois qui ressemblait au machin du professeur Tournesol !

Investigateur: (*Rires*) J'en ai vu encore oui !

Médecin 9: J'en ai vu encore hein ! Dans ma cave... Dans ma cave naturellement ! Alors on a découvert l'échographie. On a découvert aussi au niveau cardiovasculaire... Autrefois c'était l'électro avec 3 pistes, 3 dérivations... Maintenant on a l'écho cardiaque, la scinti cardiaque, les épreuves d'effort, les holters... Ba il faut s'adapter à tout ça et ça va très vite !

Investigateur: Alors justement comment faites-vous pour vous former au fur et à mesure pour votre exercice en médecine générale ?

Médecin 9: Alors pour se former il y a plein de sources. Il y a d'abord les lettres des spécialistes. C'est une excellente formation. Il faut les lire, c'est tout. Et quand on ne comprend pas un truc, on va sur internet. On a cet outil merveilleux, quand même. On pourra dire tout ce qu'on veut mais ça rend bien service quand même d'être abonné à des sites comme Medline ou sur des sites médicaux. Quand on ne sait pas on regarde. Alors les formations institutionnelles moi j'en fais très peu par manque de temps. Quelques soirées de formation. Le week-end dernier, je suis allé à une formation pour une mise à jour sur les connaissances sur l'asthme, c'est fait par des pneumologues de l'hôpital qui sont des gens adorables. Une espèce de mise à jour comme ça des connaissances. Les revues médicales naturellement. La Revue du Prat et Concours Médical qui sont à mon avis les deux revues les plus pertinentes. Le reste c'est un peu de la daube parce que c'est un peu payé par les labos donc c'est bien moyen. Moi ce sont les deux revues que je lis. Et puis le quotidien du médecin pour être à jour sur les choses qui se passent dans le monde médical, c'est assez sympa. Mais les deux revues que je feuillète c'est... Et puis je m'impose une discipline de fer, souvent le dimanche matin ou le samedi après-midi, 2 heures de lecture. Donc je mets à jour mes connaissances comme ça. Et puis les collègues spécialistes avec leurs courriers, ou le téléphone aussi ! « Je ne comprends rien à toutes ces abréviations, je ne comprends pas tout ce qui m'arrive ! ». (*Rires partagés*) Alors je leur demande. Et puis les revues médicales, internet... On arrive à mettre à jour. Mais il faut le faire !

Investigateur: D'accord.

Médecin 9: Il ne faut pas se laisser embarquer par « pff je le sais ». Non non, ça évolue vite. Il faut vraiment être au fait des choses. Alors plus on vieillit moins on apprend vite. (*Rires partagés*) C'est clair ! Mais on a aussi, comment dirais-je, la pêche ! Mais il faut le faire, c'est sympa.

Investigateur: Et est-ce que vous avez suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Médecin 9: Non.

Investigateur: Parce que vous n'avez pas pu ou pas souhaité ?

Médecin 9: Parce que je n'ai pas pu. Et en fait on en a peu. En fait on en a peu de suicide. Je repensais à ton sujet. Quel dossier je vais pouvoir lui sortir ? C'est ce que je pensais ! Je n'en ai pas tant que ça.

Investigateur: Alors on y vient justement...

Médecin 9: Alors le suicide on n'en a pas tant que ça. Le suicide en Basse-Normandie est peut-être un peu particulier parce que c'est un monde rural donc ce sont souvent des suicides assez violents. Ils se jettent dans le puits, dans la marre, ils se pendent beaucoup naturellement, la pendaison c'est courant... Enfin par ici. Ce qu'on voit probablement moins dans le milieu urbain. Le milieu urbain ils doivent sûrement plus boulotter du Seresta® ou je ne sais pas trop quoi ! Manger des médicaments. Ici c'est vraiment des suicides, et en général, comme ce sont parfois des gens assez rustres, des suicides réussis. Ce ne sont pas que des appels, ce ne sont pas que des suicides « appels à l'aide, au secours, je ne vais pas bien » tout en sachant qu'ils vont être retrouvés. Là ce n'est pas ça. Le cultivateur qui se suicide, il ne loupe pas son coup. D'ailleurs il ne dit rien à personne, tout va bien, et puis on le retrouve pendu le lendemain matin ! C'est souvent comme ça.

Investigateur: Et vous en avez déjà eu dans votre patientèle des cas de suicide ?

Médecin 9: Oui.

Investigateur: Est-ce que vous avez une histoire que vous avez vécue et qui vous a marqué à me raconter brièvement ?

Médecin 9: Il y en a une qui m'a beaucoup marqué. Une anecdote qui m'a beaucoup marqué. C'était un éducateur spécialisé, avec qui j'avais... C'était ma dernière visite un soir à S. Le gars faisait pas mal de psy avec les handicapés. On avait parlé de mettre en place une structure de musicothérapie pour les handicapés. Alors comme il savait que j'aimais bien la musique, on avait dit « on va monter ça tous les deux, c'est sympa ! ». Et il s'est pendu dans la nuit. Et je n'ai jamais su pourquoi. Il ne m'avait parlé de rien. Il semblait aller bien. C'est quand même un paradoxe parce qu'il avait un projet en plus. Il n'avait pas du tout l'air d'un mec au bout du rouleau. Je sais que ce soir-là, je l'ai su par son épouse, après qu'on se soit rencontré moi je suis rentré chez moi et lui il est sorti avec des copains. D'après ce que j'ai cru comprendre il avait pas mal consommé d'alcool. Et sa femme l'a retrouvé pendu dans le garage le lendemain matin. Et on n'a jamais su pourquoi.

Investigateur: Comment avez-vous vécu cette situation ?

Médecin 9: Ba j'ai eu de la peine. J'ai eu de la peine. Et puis je me suis demandé ce que j'avais raté. J'aurais peut-être pu lui tendre la main et lui dire « ne fais pas le con » parce que c'est ça. « Ne fais pas de bêtise, on est là. » Il n'avait exprimé aucune détresse particulière à part bon « c'est un métier difficile qui n'est pas commode » enfin bon comme nous tous quoi ! Il n'y avait pas de signe d'alerte évident de syndrome dépressif. Il n'y avait vraiment pas d'élément dépressif. Je pense qu'il avait dû mûrir son suicide. Alors on a cherché avec son épouse s'il n'y avait pas une histoire de cœur, une histoire d'amour ou je ne sais pas quoi, une histoire personnelle que... J'étais complètement passé à côté, elle aussi d'ailleurs ! On n'a jamais éclairci le problème, on n'a jamais su. Alors ça c'est une histoire qui m'a marqué parce que c'est quand même un suicide un peu spécial. Voilà une anecdote.

Investigateur: Et est-ce que vous avez eu, au cours de votre exercice professionnel, à prendre en charge l'entourage d'une personne qui s'est suicidée ?

Médecin 9: Alors toujours, à tous les coups ! Alors il faut gérer la culpabilité parce qu'ils se sentent tous coupables. « Qu'est-ce qu'on n'a pas vu ? On est passé à côté. Mais docteur on ne comprend pas. C'est vrai qu'il n'allait pas bien depuis quelques temps, il avait l'air fatigué. » On cherche toujours tout un tas de causes. Est-ce qu'il avait des problèmes d'argent, affectifs, de cœur ? Voilà on cherche toujours, on farfouille. Et souvent on ne trouve pas grand-chose.

Investigateur: Vous avez une histoire en particulier de suivi des endeuillés par suicide ?

Médecin 9: Alors j'ai une autre anecdote aussi, très très douloureuse, d'un dissocié, d'un schizophrène. Alors ça c'était il y a très longtemps. Il était interné à vie à Mayenne. Et il avait une permission tous les dimanches pour aller voir son père qui d'ailleurs lui tapait dessus à coup de canne, je m'en rappelle très bien, c'était un fou furieux. Et ce mec faisait une tentative de suicide tous les week-ends, par tous les moyens. Un jour je l'ai vu arriver à mon cabinet un dimanche avec les veines coupées. Alors c'était des signes, des demandes d'aide à chaque fois parce qu'un jour je l'ai retrouvé debout sur le pont de D, sur le parapet du pont de D. Il m'avait appelé avant quand même. Donc j'allais le chercher. Mais au bout d'un moment j'en ai eu tellement ras le bol de passer mes dimanches à lui courir après que j'ai appelé son psychiatre et je lui ai dit : « maintenant tu ne le laisses plus sortir parce que ça va mal finir ! ». Je ne pouvais pas arriver toujours au bon moment sur le pont de D, ou sous le train... Et il a fini par se suicider ce type-là avec la cravate je crois, ou une manche de chemise d'un de ses co-malades, d'un résident de l'hôpital psychiatrique de Mayenne. Il s'est pendu à la fenêtre et il ne s'est pas loupé. Alors voilà aussi une anecdote. Comme quoi il y a toute sorte de suicide. Entre l'éducateur, le grand dissocié qui se fout en l'air ou le paysan qui se pend parce qu'il n'y arrive plus au niveau de l'argent, c'est comme ça qu'ils se suicident, c'est marqué dans les journaux, ce n'est pas moi qui l'invente. Il a des problèmes d'argent, il n'arrive plus à s'en sortir, il se pend. Il y a toute sorte de suicide. Alors après il faut prendre en charge la famille. Bon la première chose à gérer c'est effectivement qu'ils se sentent tous coupables d'être passés à côté. « Qu'est-ce qu'on n'a pas vu docteur, vous comprenez ? Il ne nous avait rien dit. » Enfin c'est souvent ça. Donc après il faut effectivement remettre les gens dans la pensée positive et leur permettre de faire leur deuil, de retrouver leur résilience, et de leur montrer que la vie c'est très beau et qu'il faut la continuer. Parce qu'ils ont des responsabilités d'entreprise ou agricole ou autre, un travail, des enfants. Donc on travaille pour les remettre sur les rails.

Investigateur: Comment faites-vous quand vous apprenez qu'un de vos patients a un proche qui s'est suicidé ? Qu'est-ce que vous faites dans les jours qui suivent ? Avez-vous une démarche particulière ?

Médecin 9: Je me rends disponible. Je crois que l'essentiel c'est d'être là pour eux. Alors il faut être solide. Je disais toujours quand j'avais des étudiants « si vous avez à pleurer c'est dans votre bagnole, pas devant les malades parce qu'ils comptent sur vous. » Si le pilier référent qu'est le médecin s'effondre, ils sont perdus. Le bateau n'a plus la bite d'amarrage sur le quai. Donc il faut être solide. Il ne faut pas montrer qu'on a de la peine. Parce qu'on est des hommes ou des femmes, en souffrance, naturellement, ou alors on ne fait pas ce métier-là et on fait autre chose, on vend des salades sur le marché, donc on a une souffrance naturellement. Il faut avoir la capacité de, un peu, la garder pour nous, nos problèmes de souffrance, de peine pour rester serein, respectueux de la souffrance de la famille. Et puis être disponible pour eux. Les aider. Comme à chaque fois qu'on a un décès d'ailleurs. Je leur dis des choses très simples : « j'ai un secrétariat, j'ai internet, si vous êtes perdus dans les papiers... ». Parce que souvent dans les décès les pauvres gens sont noyés dans le truc et ne comprennent rien. Donc je leur dis de voir ça avec ma secrétaire ou moi. On les aide dans les démarches, tout ça. Il faut les soutenir. Déjà ça c'est un signe d'empathie, de gentillesse. Alors on les aide et puis on les écoute. Il faut avoir ce qu'on appelle une écoute bienveillante. Parce

qu'écouter c'est les laisser parler, c'est les débriefier comme on dit. C'est-à-dire leur permettre d'évacuer toute leur souffrance à travers le discours, même si on leur demande, même s'ils viennent parfois répéter 3 fois les mêmes choses. A chaque fois qu'ils en parlent, ils déchargent la partie souffrance de l'anecdote. Donc ils parlent. Il faut être très patient. Il faut les écouter. Je pense que la disponibilité du praticien c'est une marque d'empathie et de respect par rapport à eux. On n'a pas le droit de les expédier ceux-là. Un vaccin on s'en fout, ça prend 2 minutes ! On peut les expédier ceux-là. Mais les gens en souffrance il faut d'abord les écouter.

Investigateur: Donc c'est eux qui font la démarche de revenir vous voir ?

Médecin 9: Non je leur redonne des rendez-vous. Quand ils osent c'est bon. Mais souvent ils n'osent pas. « Je veux vous voir toutes les semaines pendant 15 jours ou pendant 3 semaines. Ou pas ! La porte est ouverte ! Si vous n'avez pas envie de venir ne venez pas. On ne va pas non plus vous prier. Mais on est là ! ». Ca marche bien. Moi je fais comme ça. Et puis j'envoie une petite fleur s'ils m'envoient un faire-part.

Investigateur: Ha d'accord !

Médecin 9: *(Sourire)*

Investigateur: Et concernant le processus de deuil, vous me parliez d'accompagnement dans le deuil, comment faites-vous pour repérer la difficulté du deuil ? Le deuil difficile ?

Médecin 9: Pff. Alors... La difficulté du deuil alors c'est... Les gens qui sont complètement prostrés, qui ne veulent plus aller au travail... Alors on leur donne les 3 jours de deuil qu'il y a, et ils viennent tout le temps demander des arrêts... Alors le pire c'est quand ils ne parlent pas. Les arrêts de travail, moi je dis « non il faut retourner au boulot là ! ». Ce n'est pas parce que je suis méchant mais parce que s'ils arrêtent le boulot c'est fini. Vous allez rentrer dans votre coquille et c'est la mort, c'est une petite mort. Donc il faut les remettre au travail, pas forcément le lendemain non plus ! Mais il ne faut pas les entretenir dans un isolement. Ben le deuil difficile aussi c'est quand il n'y a pas de famille autour. Ce n'est pas que pour le suicide, c'est valable pour tous les deuils quand les enfants sont à mille kilomètres où je ne sais pas où... J'ai eu il n'y a pas longtemps un décès, pas par suicide, avec une dame qui s'est retrouvée seule et dont les enfants travaillent en Australie. C'est un peu plus difficile quand même. Elle est toute seule. Alors la difficulté du deuil aussi ça dépend, quand c'est un monsieur qui décède par exemple, et que sa femme comptait beaucoup sur lui pour ce qui est gestion de la maison, comptabilité... Plus le niveau culturel est bas plus c'est dur aussi. Le niveau culturel. C'est beaucoup plus compliqué chez les gens un peu... Et alors très dépendant d'un mari qui décède... Les petites mamies qui n'ont pas de permis de conduire par exemple. C'est très basique ce que je dis mais nous on fait une médecine de la base, on ne fait pas de la recherche...

Investigateur: Tout à fait.

Médecin 9: On n'est pas des intellectuels, on est des officiers de santé dans ce truc-là. Donc on gère la vie pratique des gens. Et les petites mémés dans les petits villages qui se retrouvent toutes seules, qui n'ont pas de permis de conduire ont un deuil beaucoup plus difficile. Et qui ont des enfants à l'autre bout de la France... Alors là il faut mettre en place des structures d'aide. Alors ça peut être le portage des repas à domicile, la petite aide ménagère qui vient... Et en plus ça leur fait du bien ! La petite aide ménagère, souvent c'est pour papoter ! Elle ne fait pas très bien le ménage des fois, ça s'est moyen ! Mais au moins elles viennent papoter ou boire un café et c'est très important. On voit des... Ca me fait penser... Tu me dis un deuil difficile. J'ai le cas d'une mémé qui a perdu son mari et

alors elle s'est mise à acheter, ce sont des anecdotes, tout un tas de trucs par correspondance. Alors des machins Damart, ou je ne sais pas quoi, enfin des tas de trucs dont elle n'avait strictement pas besoin. Je lui ai dit « mais arrêtez de dépenser votre argent, c'est idiot ! ». Ca ne va pas le faire, un jour ça ne va pas aller avec le banquier. Et elle me dit « mais je m'en fous des Damart moi, c'est pour voir le facteur ! ».

Investigateur: *(Sourire)*

Médecin 9: C'est mignon comme histoire.

Investigateur: Ha oui !

Médecin 9: Parce qu'elle papotait avec le facteur ou le gars qui vient livrer.

Investigateur: La recherche de lien social.

Médecin 9: Oui la recherche de lien social, naturellement.

Investigateur: Et est-ce que vous avez repéré si ces personnes qui ont un deuil difficile venaient plus ou moins vous consulter ?

Médecin 9: Je dirais plutôt moins. Elles s'isolent très vite. Elles rentrent dans leur coquille. Il faut d'ailleurs aussi les dynamiser avec des activités associatives. Ca, ça peut être sympa. Il y en a plein des associations très sympas. Moi j'appartiens, d'ailleurs j'avais une réunion hier soir, j'appartiens au conseil citoyen. Alors c'est un petit conseil de quartier où l'on gère un peu de tout. Ca peut être la délinquance dans les halls d'immeuble, un mauvais éclairage dans un jardin. On parle de tout. Mais en fait c'est une réunion qui crée du lien social. Moi je fais partie de ce truc-là parce que je fais partie du quartier depuis longtemps donc ils m'ont tout de suite invité. Donc je leur parle évidemment des déserts médicaux et de l'avancée de ce pôle de santé qui les inquiète beaucoup, d'autant qu'ils sont un peu âgés donc ils ont besoin d'un médecin. Je les rassure. Mais il y a plein de trucs. Pour les gens un peu âgés il y a tous les clubs où l'on joue au triomino une fois la semaine, ce n'est pas si mal que ça. Université Inter-Ages aussi. C'est une espèce de structure où on leur fait faire... Ca peut être des cours d'histoire, ça peut être de l'anglais, ça peut être du macramé, ça peut être... Donc ça ces trucs-là ça marche pas mal. Il y a toutes les associations humanitaires : le secours populaire, le secours catholique, les restos du cœur... Tous ces trucs-là. Donc souvent ils rendent service donc ça les valorise et en plus ils se font des copains. Alors pour les plus jeunes il y a aussi le sport. Il y a des salles de sport, ça c'est sympa mais il faut le budget. Moi je dis toujours que le sport c'est vachement bien. Moi je fais du sport. Si je ne faisais pas mon sport où je retrouve mes copains, je prendrais du Prozac®. Moi c'est mon Prozac® le sport ! Ha si c'est vachement bien !

Investigateur: Je comprends !

Médecin 9: Parce que quand on est au sport on est à ce qu'on fait. On est dans l'ici et maintenant. On est à ce qu'on fait. On est obligé d'évacuer, de ne pas se faire parasiter par les pensées du souci du taf, du contrôle fiscal, ou je ne sais pas quoi. Si on n'est pas à ce qu'on fait, on joue mal. Donc si on veut bien jouer, on est obligé de se mettre dans l'ici et maintenant donc dans ce qu'on fait. Et puis en plus on rencontre des gens qui sont ni de ta famille, ni tes clients, enfin parfois si mais on ne parle pas de ça, et ça c'est très bien. Ca fait beaucoup de bien. Ca permet d'évacuer tout ce qu'on a à gérer. Même dans l'univers professionnel. Donc il faut faire du sport !

Investigateur: Message à passer !

Médecin 9: Non mais je te jure, c'est vrai. Dès qu'il fait beau moi je fais un entrainement tous les mercredis et puis le week-end de temps en temps une compét'.

Investigateur: Vous faites quoi comme activité ?

Médecin 9: Du golf. Ba maintenant je fais du golf parce qu'à mon âge si je me mets au squash il faut que j'arrête le camion du SMUR ! Je me pète une coronaire... Et je le fais aussi avec mon épouse qui travaille aussi, donc c'est un moyen d'être ensemble. Sinon le couple part en vrille aussi et on ne se voit plus jamais. Et au bout de 10 ans de mariage on se rend compte qu'on ne se connaît plus. C'est dramatique. Donc il faut faire des trucs ensemble. Il faut partager. Et j'en fais aussi avec ma fille. Donc dans le cas des gens qui sont en souffrance, à travers le sport, ils font du bien à leur corps, ils prennent conscience de leur corps et de ce qu'ils peuvent faire avec leur corps, et ils rencontrent des gens. Ils sont bien.

Investigateur: Donc tout ce réseau social. D'autre part, est-ce que vous avez un réseau professionnel avec lequel vous travaillez pour prendre en charge ces endeuillés par suicide ou pas ?

Médecin 9: Ha non ! Je m'en occupe tout seul. Par rapport au suicide je m'en occupe tout seul. Alors moi j'aime bien les psychologues, j'aime beaucoup les psychologues parce que je trouve que c'est eux qui font le boulot. Malheureusement il y a deux catégories de psychologues : il y a ceux qui sont entre guillemets remboursés et qui appartiennent à des structures, et ceux-là il y a un an d'attente donc c'est un problème pratique, et il y a les psychologues de ville qui eux ne sont pas remboursés. Comme j'ai 80% de ma clientèle à la CMU, ça c'est foutu. Donc je fais le boulot. Mais j'aimerais bien effectivement pouvoir être aidé par les psychologues. Alors les psychiatres, malheureusement aujourd'hui, je ne sais pas si tu lis des articles sur la dégradation de la psychiatrie française, ils ne font plus de psychothérapie, ils distribuent des ordonnances malheureusement. Je n'ai rien contre eux. Je connais des tas de psychiatres qui sont des amis. Et ils sont gentils comme tout. Mais quand même les patients le disent : « quand on va chez le psy, il nous refait l'ordonnance, « ça va ? Je vous revois dans 3 mois, au revoir » et voilà ». Donc il faut le faire. Donc aujourd'hui il se trouve que les psychiatres manquent un peu à leur mission, pour des raisons qui ne sont pas des raisons forcément parce qu'ils sont méchants ou parce qu'ils sont incompetents, mais parce que c'est un problème de temps. Il y a peut-être des problèmes de formation. Ils sont débordés. Ils ne sont pas assez nombreux. Et ils font de l'abatage. Ils n'ont plus le temps de dire « on va vous prendre pendant une heure ». Ne serait-ce que faire une psychothérapie de soutien, pas faire une psychanalyse mais...

Investigateur: Dans l'idéal vous aimeriez avoir un contact facile avec des psychologues de CMP ?

Médecin 9: Ba voilà ! J'ai des contacts faciles mais on me dit « rendez-vous dans 8 mois ».

Investigateur: Oui, faciles et rapides.

Médecin 9: Faciles et rapides oui. Alors je sais que Buzyn, dans son projet de santé 2022, elle le montre, je pense qu'elle est assez consciente de la crise de la psychiatrie, notamment de la pédopsychiatrie qui est dans une espèce d'indignement total. Je pense d'ailleurs que pour les jeunes internes, il y aura des places en pédopsychiatrie ! C'est dans les tuyaux. Dans combien de temps ? Je n'en sais rien, je ne suis pas ministre ! (*Rires partagés*) Ce n'est pas mon truc mais bon...

Investigateur: Je reviens un peu sur les endeuillés par suicide que vous avez pu avoir à suivre. Est-ce que vous avez remarqué s'ils développaient d'autres pathologies ?

Médecin 9: L'entourage du suicidé ?

Investigateur: Les endeuillés oui, l'entourage du suicidé.

Médecin 9: Alors dans une souffrance mentale, quelle qu'elle soit, il peut toujours y avoir effectivement des somatisations bien sûr. Ils découvrent tout d'un coup qu'ils ont des douleurs dans la poitrine et... « Faites-moi faire un électro ». Non « faites-moi faire un bilan complet » ! Oui c'est ça. « Un bilan complet et un scanner général ». On entend ça. (*Rires*) Alors tout d'un coup, ils prennent conscience qu'on peut être malade. Ils sont un peu demandeurs d'une assurance par rapport à leur santé. Donc on les rassure. Ce n'est pas interdit de faire une prise de sang, surtout s'ils n'en ont pas fait depuis 5 ans. On est autorisé à demander s'ils n'ont pas une thyroïde qui fout le camp ou... Et puis ils sont rassurés. « Vous n'avez rien ». Bon. Voilà.

Investigateur: Et dans la situation d'un suicide, est-ce que vous connaissez ce que l'on appelle la postvention ?

Médecin 9: Non.

(Coupeure enregistrement pour explications)

Médecin 9: Tu me parles de groupe de soutien, c'est très bien. Ça m'a fait penser tout de suite à ce qu'on a eu à X : la maison du diabète, qui marchait très bien. On avait même fait éditer des modes d'emploi en arabe pour les appareils d'auto mesure de glycémie, et en turc. C'était super bien, je trouve que ça marchait bien. Mais ça a coulé par manque de moyen. Alors ils ont des questionnaires internet à l'ERET ou je ne sais pas quoi là. Pff. Ils ne le font jamais ! Ils reçoivent un papier de la sécu « connectez-vous sur le site ». Déjà ils ne savent pas utiliser un portable alors il ne faut pas déconner. Non mais ça ne marche pas. Alors tous ces groupes de paroles effectivement c'est très bien, dans beaucoup de domaines : dans les addictions... Les alcooliques anonymes ce sont les premiers qui ont fait ça. Il y a la Croix Bleue. C'est vachement bien. Mais alors il faut du monde pour faire tourner ça. Il n'y a déjà pas de monde pour la médecine de base. Ça c'est la Rolls de la médecine. Mais c'est bien !

Investigateur: Et ...

Médecin 9: Notamment pour les médecins. Tu me fais penser à un truc au Canada. J'ai vu ça au Canada, alors je ne sais pas si c'est toujours d'actualité parce que ça fait longtemps. Mais les médecins dépriment aussi parfois. Les médecins ont le droit d'avoir une pathologie, notamment dépressive, ou burn-out... Et au Canada, les médecins, notamment généralistes, ont un correspondant psy, dans un autre endroit que là où il exerce pour ne pas se retrouver dans la même salle d'attente que ses malades. Mais s'il est en détresse, il fait appel à une aide. Il peut être aidé. Parce que c'est vrai que le médecin, par rapport à sa santé, est particulièrement isolé. On n'a pas de médecine du travail. Moi je vais à l'IRSA comme mes patients ! Je vais faire ma prise de sang, je souffle dans un biniou, et puis l'électro. J'y vais tous les 3 ans ! Je fais mon truc. Et je dois être un des seuls médecins à faire ça. J'y ai droit ! Merde je paye bien assez de cotisations à la sécu, donc j'y vais. Donc c'est amusant ! Sinon on n'a pas de médecine du travail. Et ce truc au Canada où le médecin à un correspondant bienveillant en cas de difficulté, c'est pas mal. Mais ça aussi c'est un luxe. Tout le monde est débordé en France, tout le monde est noyé. On n'a le temps de rien. Comme je dis toujours à mes patients : « le plus beau cadeau que je puisse vous faire c'est vous donner de mon temps ». Quand je prends le temps, quand je fais de la psy, je les prends en dehors de mes consultations naturellement parce qu'une séance de psy ça prend au moins ½ heure. Alors des fois ils me disent merci quand ils sont contents. « Le plus beau cadeau que je puisse vous faire, ce n'est pas une montre en or, ce n'est pas une Rolex, c'est mon temps parce que j'en ai pas beaucoup ».

Investigateur: Et du coup comment vous verriez cette postvention dans votre exercice professionnel à vous ?

Médecin 9: Moi c'est... Il faudrait être une équipe. Il faudrait être pluridisciplinaire. Quand je parlais, ne serait-ce que travailler en binôme avec une psychologue ou un psychologue d'ailleurs. Ca me fait penser à un truc. Certaines grandes entreprises, suite à des vagues de suicide, notamment je crois que c'est à Orange ou je ne sais plus où, dans les banques ou je ne sais pas quoi où les mecs se foutaient par la fenêtre, il y a eu quand même une revalorisation et une mise en place de psychologues du travail, payés par l'entreprise. Et quand les employés, les gens qui travaillent, ne se sentent pas bien, ils ont droit à 3 ou 4 consultations gratuites auprès d'un psychologue du travail. Alors voilà ça ce sont des bons plans ! Moi je travaillerais bien en binôme dans un cas aussi pénible qu'un suicide où il faut prendre en charge la famille. Ca prend beaucoup de temps, c'est compliqué. On serait épaulé effectivement par une collaboratrice ou un collaborateur psychologue, on tirerait la charrette à deux.

Investigateur: Donc dans l'idéal ce serait un travail conjoint entre le médecin généraliste et un psychologue.

Médecin 9: Ha oui, je pense que ce serait bien. Alors mettre ça en place... Agnès Buzyn ou autre va se faire un ulcère à l'estomac si on lui demande ça ! Elle va nous péter une artère ! (*Rires*) Déjà qu'ils ont les hôpitaux sur le dos qui... Moi je ne lui en veux pas à Agnès Buzyn. Pour une fois elle est médecin. Et je pense qu'elle n'est pas si mal que ça. Mais elle hérite de 40 ans de connerie. On a eu des ministres de la Santé catastrophiques. Tu n'étais peut-être pas née...

Investigateur: (*Rires*)

Médecin 9: Non mais c'est peut-être bête ce que je vais dire mais le seul qui était bien c'était Jack Ralite en 1981, premier gouvernement Mauroy quand Mitterrand entrait au pouvoir. Et bien celui-là il avait du bon sens. C'était un communiste et Dieu sait que je ne suis pas communiste, et de loin, pour plein de bonnes raisons. Mais ce type-là il avait du bon sens. Parce qu'il venait du peuple, il savait ce que c'était que le terrain. Il a dit plein de bonnes choses. Il n'est resté que 2 ans et après on nous a mis que des quiches pendant 30 ans. Alors Bachelot... qui fait de la téléch à 2 balles maintenant... Mattei il était complètement à l'ouest... Enfin on en a eu... Je ne m'en rappelle même plus, tellement ils m'ont marqué. Mais le projet de Santé 2022 d'Agnès Buzyn il n'est pas si mal planché que ça, il est très ambitieux. Je ne sais pas si on va y arriver mais...

Investigateur: On en reparlera.

Médecin 9: Par contre la réforme du PACES je ne comprends pas tout. Très honnêtement je ne comprends pas.

Investigateur: Oui... Donc je reviens juste sur les axes d'amélioration de la postvention. Vous me parlez du travail conjoint du médecin généraliste avec une psychologue.

Médecin 9: Moi je trouve que ce serait pas mal.

Investigateur: Dans les débuts, dans la prise de contact avec l'entourage du suicidé, est-ce qu'il y a des choses que l'on pourrait améliorer selon vous ?

Médecin 9: Alors ce qu'on pourrait sûrement améliorer, c'est la formation en psychiatrie des médecins généralistes. Parce que les souvenirs que j'ai de la faculté, encore une fois c'est une autre

époque, mais c'est que... Moi je suis de la génération Cabrol c'est-à-dire que ce qui était très valorisé c'était la chirurgie cardiaque, c'était la cardiologie... Un peu parce qu'on est tous sélectionnés sur les mathématiques, la physique, la biophysique et tout ça, la biochimie. Et tout l'aspect psychologique, même globalement, était relativement mal enseigné, ou par des gens trop brillants et on ne comprenait pas ce qu'ils disaient. Mais les cours de psy ça a toujours été le foutoir, ça a toujours été le chahut, ça a toujours été le bordel. Je ne sais pas si c'est toujours comme ça mais...

Investigateur: (*Sourire d'acquiescement*)

Médecin 9: Si ? Bon d'accord, ça n'a pas changé. La psy ça a toujours été le grand chahut, la grande rigolade. Les psys n'étaient pas du tout pris au sérieux. Je pense que le grand regret que j'ai dans la formation médicale, c'est que les jeunes sont sélectionnés sur des QCM, et essentiellement sur des matières scientifiques. Or la médecine ce n'est pas une science exacte, c'est d'abord une science humaine. Mais c'est tellement plus difficile de corriger une copie de philo que de corriger des QCM de maths qu'ils ont choisi les QCM de maths. Je pense qu'il faut apprendre à nos jeunes collègues que l'être humain, il faut le prendre dans sa globalité. L'aspect technique, évidemment. Une artère qui est bouchée, on a beau faire une psychothérapie, elle ne va pas se déboucher comme ça ! Bon. L'aspect psychologique naturellement. A la fois dans sa vie mais la façon dont il aborde sa maladie. Et puis aussi tout l'aspect social. On a un rôle social ! D'aide à ce que les gens trouvent leur place dans la société pour apporter la petite pierre à l'édifice. Et c'est aussi un peu le rôle du médecin, c'est-à-dire de prendre le patient dans sa globalité. Moi je le vois comme ça mais je suis un peu de la vieille école, je suis un peu un dinosaure.

Investigateur: C'est votre avis qui m'intéresse. Donc former dès les études sur la psychologie. Et sur le social également !

Médecin 9: Oui bien sûr.

Investigateur: D'accord. Et à l'heure actuelle, comment vous pensez que vous pourriez avoir une amélioration dans votre formation actuelle pour être plus à l'aise pour prendre en charge ces personnes ? Quel type de formation ? Parce que maintenant les études sont passées, on ne peut plus intervenir.

Médecin 9: Ho et puis de loin ! J'ai passé ma thèse en 1977 hein. Je te donne des dates quoi.

(*Rires partagés*)

Investigateur: Je n'étais pas née encore.

Médecin 9: Tu n'étais pas née ! C'est pour ça ! (*Rires*) Le vieillissement c'est horrible. Alors De Gaulle disait : « la vieillese quel naufrage ! ». Je pense que ce n'est pas vrai. Il ne faut pas que ce soit vrai. Ce n'est pas que ce n'est pas vrai, c'est que je pense qu'il ne faut pas que ce soit vrai ! On a sa place. Il faut faire bénéficier de notre expertise justement aux jeunes collègues. Heu... On peut encore rendre service d'une autre façon. Par contre je pense que le jour où l'on ne rend plus service, là on risque de s'isoler et de déprimer, et de s'emmenner vers un suicide. Quand on ne sert plus à rien, c'est dramatique. Mais je pense qu'on peut encore apporter des choses par notre expertise. Faire autre chose que de l'abatage médical. Parce que moi ce qui me pèse ce sont mes 50 malades par jour, en vieillissant. C'est épouvantable et c'est générateur d'angoisse, de stress. Parce qu'on est un peu moins performant l'âge venant. Ma grande peur c'est que je sais que le premier malade de la journée sera très bien soigné et j'ai peur de rater le dernier, parce que j'ai faim, j'ai la tête lourde, mon estomac crie famine et puis j'ai envie de rentrer chez moi. Et celui-là il va me faire un cancer du

pancréas, le vilain ! Ma grande angoisse en vieillissant c'est de rater le dernier. Le dernier malade du vendredi soir, celui-là il ne faut pas que je le loupe. Alors j'ai une alerte qui s'allume dans ma tête naturellement, parce que je suis conscient de la chose. Alors je me dis « fais gaffe, celui-là va te faire un coup. Il va te faire une saloperie. » Donc je fais gaffe, je fais attention.

Investigateur: Ok. Vous voulez rajouter des choses ?

Médecin 9: Non.

ENTRETIEN MÉDECIN M10

Investigateur: Donc dans un premier, je vais vous demander de vous présenter si vous le voulez bien, s'il vous plait.

Médecin 10: Alors moi je suis [M10], j'ai 60 ans. Je suis installé à S depuis 32 ans. Et je suis dans le cabinet médical de groupe depuis 6 mois. Donc j'ai eu une pratique individuelle depuis le début mais là on est regroupé. Donc j'ai toujours travaillé seul. Voilà. Pratique de médecine générale exclusive. Je ne fais pas d'autre spécialité.

Investigateur: D'accord. Votre milieu d'exercice vous diriez qu'il est plutôt urbain, semi-rural, rural ?

Médecin 10: Ho si je dis urbain ça ne va pas le faire. Mais semi-rural. Je n'ai pas l'impression d'être en rural mais semi-rural oui. On est sur X, c'est une petite ville. Mais il y a aussi la campagne à côté.

Investigateur: Oui. Et le choix de la médecine générale comme spécialité... C'était un choix ou c'était par défaut ?

Médecin 10: Oui oui c'était un choix. Ce n'était pas par défaut. Non. A l'époque... Alors ça a bien changé, c'était il y a 35 ans, c'était une autre époque. Mais moi j'ai toujours... Ce n'était pas par défaut. Et effectivement c'est très important. Non mais moi j'ai toujours voulu faire médecine générale. J'ai fait carrière et ça correspond tout à fait à ce que je souhaitais. Je n'ai pas du tout été déçu. Avec le recul, ça m'a toujours passionné et ça me passionne encore, même si la pratique devient un peu plus difficile je trouve. Parce qu'on est moins nombreux, c'est compliqué. Mais autrement non non. Ça correspond bien à l'idée que je m'en faisais. Parce que les études à l'époque, on ne savait pas trop ce à quoi on s'attendait. On n'avait pas l'accompagnement qu'on a maintenant. C'est vrai que mes premières armes, je les ai faites en remplacement donc c'était sur le tas. A l'époque c'est comme ça que ça se passait.

Investigateur: D'accord. Et comment faites-vous pour vous former dans votre exercice de médecin généraliste ?

Médecin 10: Alors je fais beaucoup de... Je lis Prescrire. Je fais les tests mensuels. Je suis aussi un autre test que j'ai fait il n'y a pas longtemps (*Cherche dans sa bibliothèque*) : thématique Prescrire.

Investigateur: D'accord thématique Prescrire.

Médecin 10: Maintenant je fais du e-Learning. Ca m'évite de sortir le soir. J'ai fait un certain nombre d'années des DPU mais je sors moins maintenant. J'allais quelquefois à des Congrès, une fois par an. Mais c'est terminé ça. Mais j'avoue que c'est Prescrire qui est ma principale source. Et puis il y a des formations des fois en local. Jusqu'à ces dernières années j'allais aussi à des formations de 24 à 48h, sur 1 ou 2 jours qui étaient rémunérées.

Investigateur: Oui. D'accord.

Médecin 10: Mais j'ai freiné un peu depuis quelques temps, d'abord par manque de temps et puis... Donc les formations e-Learning c'est pas mal. Enfin ça dépend, c'est très variable. Là j'ai eu une formation sur la dermato qui était très intéressante, que j'aurais aimé avoir au début ! Enfin bref. Moi je suis en fin de carrière.

Investigateur: Et vous avez suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Médecin 10: Absolument pas. Alors là non. Mais il y a plein de sujets sur lesquels je me suis formé moi-même.

Investigateur: C'est parce que vous n'avez pas pu ou pas souhaité en suivre ?

Médecin 10: Pff. Le suicide c'est un sujet... Ce n'est pas une question de volonté. Mais en même temps on n'est pas confronté heureusement... C'est relativement rare et heureusement. Enfin c'est par période aussi. Moi quand j'ai débuté, j'ai connu dans mon quartier d'ailleurs, c'est difficile, à plusieurs cas de suicides dans mon voisinage. Alors il y en avait qui étaient mes patients, d'autres qui n'étaient pas mes patients. Mais ça m'avait beaucoup ébranlé parce qu'à l'époque je ne comprenais pas forcément. Je ne savais pas quels étaient les motifs forcément de leur acte. Quand on les connaît ce n'est pas toujours évident mais quand on ne les connaît pas c'est encore moins évident. Au bout de 6 mois, mon voisin qui s'est pendu dans son garage. C'était un soir. Enfin j'ai eu quelques cas très difficiles. Des voisins proches. J'étais là donc ils sont venus me chercher mais... Donc ce n'était pas forcément évident. Et parmi ma patientèle aussi. Et là ça questionne beaucoup parce que... Alors avec le recul... Alors j'ai eu une période comme ça pendant 2 ou 3 ans avec un certain nombre de suicides. Et puis après c'est très variable. Enfin quand on faisait des gardes si, on y était confronté. On faisait des gardes dans la journée alors des fois on était appelé pour faire des certificats médicaux. Donc là on y était confronté en direct. Alors bon.

Investigateur: Est-ce qu'il y a une histoire de suicide au sein de votre patientèle que vous avez vécue et qui vous a marqué ?

Médecin 10: Heu... Je réfléchissais parce que... Ba les suicides ça interpelle toujours. Je veux dire il y a des patients qui ont des antécédents dépressifs pour lequel on se dit bon c'était quand même quelque chose d'attendu. Bon heureusement tous les dépressifs ne se suicident pas. Le plus troublant, moi ce qui m'a le plus troublé ce sont les suicides pour des patients qui n'avaient pas d'antécédent. Le passage à l'acte chez les sujets qui n'ont aucun antécédent, qui n'ont pas de plainte. Et ça, ça m'a beaucoup troublé et ça me trouble encore. J'ai eu un voisin, un jour... Mon voisin... Bon c'est dans l'entourage... Mais un jour il vient me voir et il me dit « bon Dr, ça va pas, ce matin j'ai... Je suis venu vous voir mais ce matin j'ai... ». Alors il ne s'était pas suicidé mais il s'était passé la corde autour du cou et puis il n'est pas passé à l'acte mais... Alors que c'était quelqu'un qui n'avait pas d'antécédent particulier. Simplement il avait des soucis à l'époque avec son travail, ce que l'on appellerait aujourd'hui un burn-out. Alors ça peut expliquer. Mais il n'avait pas le profil de patient... Et il a failli passer à l'acte, mais vraiment de très peu. Et j'ai eu des patients comme ça qui

sont passés à l'acte et qui n'avaient pas d'antécédent. Alors ça c'est très difficile pour l'entourage parce qu'on ne peut pas expliquer, c'est inexplicable. Et j'en ai parlé à un psychiatre mais sa réponse ne m'avait pas du tout satisfait... Pour lui non, même si l'on n'avait pas trouvé, il y avait toujours un terrain dépressif pour expliquer des actes comme ça. Et moi je n'étais pas du tout persuadé. Je pense que tout un chacun, n'importe qui, alors pas n'importe qui il faut espérer, mais on peut à un certain moment dans sa vie, dans certaines circonstances, être confronté à des situations qui nous dépassent et pour lesquelles on n'a pas le ressort et qui font que on peut se retrouver en grande difficulté sur des périodes relativement courtes. Et si on ne trouve pas de solution, il peut y avoir un passage à l'acte. Moi je m'explique ça comme ça. Alors j'ai quelques cas. Alors j'en n'ai pas non plus une dizaine mais c'est très troublant. Des patients qui mettent fin à leurs jours alors que rien ne laissait le penser.

Investigateur: Hum hum.

Médecin 10: Bon c'est, je dirais, un cas particulier. Mais c'est vrai que depuis quelques temps, je n'en ai pas eu. Mais si, j'ai eu un père de famille qui a perdu son fils, qui était un de mes patients mais qui était parti à R, un infirmier anesthésiste. Il était originaire de S et il est parti il y a plusieurs années vivre à R. Il était marié, avec 2 enfants. Et fin d'année dernière, suite à des problèmes de couple, ils étaient en séparation, il allait rentrer. Donc tout était prêt pour qu'il rentre et il est décédé. Il a mis fin à ses jours à l'hôpital où il travaillait en plus. Donc un infirmier anesthésiste, il ne s'est pas raté. Donc j'ai vu le père... Donc ça s'est passé pendant les vacances donc je n'étais pas là. Mais au retour il est venu consulter et il est venu m'en parler. Donc ça c'est le dernier cas qui...

Investigateur: C'est lui qui est venu vous voir spontanément ?

Médecin 10: Même pas non. Il est venu comme ça. Bon moi je l'avais appelé parce que quand même. Je l'avais appelé pour prendre des nouvelles parce que j'avais appris, ce n'était pas paru dans la presse. Donc je l'avais appelé et puis après il était passé me voir. Donc là...

Investigateur: Donc vous l'avez appelé...

Médecin 10: Donc moi je l'avais appelé parce que je l'ai appris par connaissance. Moi à partir du moment où j'ai eu l'information par la bande, parce qu'en fait c'était par quelqu'un d'autre... j'ai appelé. Moi je trouve ça important, quand on a notion d'un décès. Pour un médecin, c'est le problème de l'information. On n'a pas toujours l'information et ça c'est très désagréable. Quand on a des décès à l'hôpital... Alors là ce n'était pas le cas là. Mais quand on n'a pas l'information c'est très gênant. Quand on apprend par le journal, c'est très gênant. Et des fois les familles pensent que, enfin là c'est différent, mais par exemple à l'hôpital les familles pensent que l'hôpital va nous appeler. Et non ! Donc quand on a l'information, moi j'appelle volontiers la famille. Ca c'est très important parce qu'ils ont besoin de soutien en fait. Il n'y a rien de pire que de ne pas avoir d'écoute. Enfin les patients il y a 2 cas de figure : soit ils viennent en consultation, ou ils ne consultent pas. Ce n'est pas toujours, enfin du moins pas d'emblée. Donc ils appellent des fois parce qu'ils sont poussés par l'entourage aussi, même s'il n'y a pas forcément un besoin propre. Mais bon chaque cas est particulier. Mais ils ne vont pas toujours venir, au contraire.

Investigateur: Donc là ce père, vous l'avez revu plus tard.

Médecin 10: Ha oui, oui.

Investigateur: Et comment avez-vous abordé les consultations suivantes ?

Médecin 10: Ba la première consultation c'était quelques semaines après... Je cherche... (*Cherche dans ses dossiers informatiques*). Je ne sais même pas si je l'ai vu pour ça... Enfin bon on a abordé le sujet et puis pour savoir quel type de traitement je pouvais lui donner. Je pense que c'est ça qui t'intéresse...

Investigateur: C'est toute la prise en charge.

Médecin 10: Alors là c'était surtout dans un premier temps une écoute. Après il n'y a pas forcément une demande. Les gens ne sont pas forcément... Ils sont choqués. Ils ne débute pas forcément une dépression. Alors on peut débute une dépression après. Mais il faut d'abord qu'ils fassent leur deuil, il y a une phase de... Les gens sont un peu... Alors son épouse, que j'avais soignée il y a longtemps et que je ne voyais plus, elle était complètement sidérée. Elle est restée cloîtrée longtemps. Mais ce n'est pas moi qui la soigne donc je ne peux pas trop en parler. Mais il m'expliquait qu'il était inquiet pour sa femme. (*Cherche toujours dans ses dossiers informatiques et trouve*). Ha oui c'est ça. Il est venu me voir 2 mois après. Oui 2 mois après. Donc c'était tombé pendant les vacances et donc je ne l'ai vu que 2 mois après. Mais il n'avait pas une demande immédiate.

Investigateur: Et avez-vous abordé le sujet du suicide de son fils à ce moment-là ?

Médecin 10: Ha oui bien sûr.

Investigateur: Comment avez-vous fait pour aborder le sujet?

Médecin 10: Ba non mais je l'avais déjà eu par téléphone. Mais là il était venu pour un renouvellement d'ordonnance finalement. Il n'avait pas jugé utile de me consulter. Et ça c'est quand même, enfin je veux dire... Les patients ne vont pas forcément venir. Certains vont venir et d'autres pas. Là c'était un cas de figure où les gens ne viennent pas. Ils ne viennent pas. Donc là ça me paraît évident que je n'allais pas occulter. Ça fait partie des événements donc je n'allais pas faire comme si de rien ne s'était passé. Enfin ça me paraît évident !

Investigateur: Hum hum.

Médecin 10: Pourquoi ? Parce qu'il y a des médecins qui n'auraient rien dit ?!

Investigateur: Ha mais je vous pose la question !

Médecin 10: Non mais moi... Moi ce sont des patients que je connais depuis 20 ans ou 30 ans donc... C'est vrai que ce sont des consultations qui prennent du temps donc ce n'est pas quelque chose... Les gens viennent pour une consultation, ils viennent parce qu'ils... Là il avait des problèmes de paresthésie du membre, il venait pour ça et puis pour son renouvellement. Et puis on a discuté. Mais ça prend du temps. C'est normal. Alors comment j'ai abordé ça ? Simplement. Là c'était au mois d'octobre donc ça fait maintenant 7 mois. Je n'ai plus le souvenir exact. Mais bon on a abordé le sujet et il m'a expliqué tout le déroulé de ce qui s'était passé. C'était important. Il avait des troubles du sommeil, mais finalement, non il n'y a pas eu de traitement. Ce n'est pas forcément non plus à médicaliser. Bon voilà. Mais dans un certain nombre de cas je suis amené à utiliser des anxiolytiques, pour que les gens puissent dormir, des benzodiazépines. Mais là, ce n'est pas le cas, il avait surtout besoin d'en parler. Et depuis il est revenu et on en reparle. Enfin je lui demande comment il va. Mais bon on y passe moins de temps qu'à la première consultation, c'est normal.

Investigateur: Oui oui. Vous abordez toujours le sujet.

Médecin 10: Ha oui. Maintenant il s'inquiète surtout par rapport à son épouse. Ça a été très compliqué parce qu'à La Réunion, avec leur belle-fille ça ne se passe pas très bien maintenant. Ça a été très rapide. Ils ont été prévenus assez tard les parents. Leur fils a été incinéré sans qu'ils ne soient au courant. Donc il a fallu faire les démarches pour rapatrier l'urne. Il y avait ce côté-là qui était très difficile à vivre aussi. C'est ce qui est venu de rajouter. Mais ici c'est un cas particulier.

Investigateur: Hum hum.

Médecin 10: Voilà.

Investigateur: Et on va ressortir un peu de ce cas-là. Vous me parliez du travail de deuil. Donc concernant le processus de deuil, comment faites-vous pour repérer la difficulté du deuil ?

Médecin 10: Comment... (*Soupire*). Ba... C'est difficile de répondre comme ça. Je dirais que chaque cas est particulier. Je veux dire en médecine, si on voit 2 patients différents dans les mêmes circonstances... Moi je dirais que c'est un traitement adapté, enfin adapté, personnalisé ! Il y a des patients qui auront besoin de... Enfin une écoute, ça, ça me paraît le plus important d'abord. Après médicaliser pas forcément, mais dans un certain nombre de cas oui quand même. Donc moi j'utilise, si je vois que les patients ont des troubles... C'est-à-dire que c'est par rapport à la façon dont les gens réagissent, s'ils ont un syndrome anxieux ou des troubles du sommeil, et surtout si ça dure. Parce que si on a des patients qui viennent juste après l'annonce ou avant les obsèques, là ils sont dans un état parfois de choc et ils viennent parce qu'ils sont en grosse difficulté. C'est normal, ils sont choqués. Donc là moi j'utilise volontiers des médicaments pour les aider à passer le cap pendant quelques jours, c'est là que j'utilise volontiers des benzodiazépines. Ce n'est pas forcément pour des longues périodes. Mais je n'ai pas une démarche systématique. C'est l'intérêt de la médecine, il n'y a pas de recette. Chaque cas, c'est au médecin de juger quel type de prise en charge il fait. Elle n'est pas la même pour tout le monde. Je ne sais pas...

Investigateur: Oui je comprends. Et est-ce que vous avez repéré si les personnes qui présentaient un deuil difficile venaient plus ou moins vous consulter ?

Médecin 10: Je dirais plus quand même. Parce qu'il y a des personnes qui ne viennent absolument pas consulter. Alors dans le cadre des deuils difficiles, il faut revenir au suicide, parce que c'est quand même un cas bien particulier. Heureusement il n'y en a pas tant que ça.

Investigateur: C'est surtout dans le cadre des deuils difficiles.

Médecin 10: Oui quand même. Peut-être plus que dans un deuil normal entre guillemets.

Investigateur: Et toujours chez les endeuillés par suicide, est-ce que vous avez repéré s'ils développaient d'autres pathologies ?

Médecin 10: Non. Ça ne m'a pas... Non non. Encore une fois c'est difficile de généraliser. Je ne pourrais pas dire sur 30 ans combien de personnes ont... On peut être plusieurs mois sans avoir de suicide et heureusement. C'est un cas de figure difficile à gérer, pour tout le monde d'ailleurs, même pour le médecin. J'ai le souvenir dans mes débuts de carrière qui étaient difficiles parce qu'il y a eu beaucoup de cas dans mon entourage, qui n'étaient pas forcément professionnels, mais qui sont marquants. Après ça dépend à quel âge aussi, ça dépend dans quelles circonstances, ça dépend... Il y a des suicides chez des sujets jeunes et pour les parents... C'est vrai que pour l'entourage c'est dramatique et ça reste marqué. Alors dans tous les cas ça reste marqué à vie mais quand on perd un enfant, jeune de surcroît, c'est encore plus difficile. Donc voilà. Mais pour autant les patients ne font

pas toujours une demande. Alors j'entends, plus par les médecins généralistes que par les psychiatres, ici ce n'est pas toujours... C'est mal perçu. Vous avez remplacé par ici ?

Investigateur: Oui.

Médecin 10: Vous connaissez un peu les patients. Je ne sais pas si en Touraine c'est la même chose mais on n'est pas dans une grande ville et ça reste de ce côté-là un peu rural, où aller voir un psy ce n'est pas forcément évident...

Investigateur: Et justement est-ce que vous travaillez avec un réseau de professionnels pour prendre en charge ces patients ?

Médecin 10: Alors ici c'est très compliqué. On n'a pas l'environnement... Alors les délais sont très longs. Quand on a besoin de prendre rendez-vous c'est 6 mois après donc ça ne répond pas à la demande. Non je ne peux pas dire que j'ai de réseau. On avait des psychiatres en ville donc là oui. Mais ils sont partis tous les 2, c'est très dommageable. Autrement oui j'adressais quand ils étaient là mais comme il n'y en a plus...

Investigateur: C'est quelque chose que vous souhaiteriez ?

Médecin 10: Ho bien sûr. C'est quand même bien d'avoir quelqu'un sur qui on peut s'appuyer, pour les patients qui sont demandeurs.

Investigateur: Donc dans votre souhait, ce serait plutôt une prise en charge avec un psychiatre.

Médecin 10: Ha psychiatre ou psychologue ! Alors psychologue il n'y en a pas... Alors maintenant il y en a un peu plus mais pendant une période... Il y en a très peu ! Et puis le problème c'est qu'en ville ce sont des libéraux alors il n'y a pas de prise en charge. Et ça c'est terrible parce que c'est un coût !

Investigateur: Financier ?

Médecin 10: Oui. Et ça c'est un frein. Ça c'est dommageable. Autrement après il y a les prises en charges par le CMP qui a des psychologues mais pareil pour les délais, ça ne répond pas à la demande. Donc dans un certain nombre de cas on est amené à gérer ça par soi-même. Ou diriger après. Mais encore une fois ça fait... Mais non il n'y a pas de personne à qui adresser directement.

Investigateur: Dans la situation d'un suicide, est-ce que vous connaissez la postvention ?

Médecin 10: La... ?

Investigateur: La postvention.

Médecin 10: Ha non ! Jamais entendu parler ! Si je vous dis oui, vous n'allez pas me croire ! *(Rires)*

(Coupure enregistrement pour explications)

Médecin 10: Donc non je ne connais pas.

Investigateur: Donc du coup comment vous verriez la postvention dans votre pratique ?

Médecin 10: Heu...

Investigateur: Et quel serait le rôle du médecin généraliste du coup ?

Médecin 10: Ba sur le papier ça paraît bien. Mais dans la pratique, vu le contexte actuel, je ne vois absolument pas comment, à l'échelle locale... Je ne vois pas du tout. On est dans un tel état de délabrement au niveau même des spécialistes. Des psychiatres, on en avait 2 en ville qui sont partis. On est quand même très démunis. On ne peut pas s'appuyer sur un réseau relativement simple et court, même au niveau des psychologues. Donc un système qui implique dans l'idéal... Enfin dans l'absolu ce serait idéal mais je ne vois pas bien comment... Non franchement, en l'état actuel ça me paraît complètement irréaliste. Ou alors dans un futur que je ne connais pas en tout cas, en tout cas pas sur le plan professionnel. Mais autrement bien sûr, un système de réseau oui.

Investigateur: Après quel rôle le médecin généraliste peut avoir selon vous dans la prise en charge de ces endeuillés par suicide ?

Médecin 10: C'est quand même important parce qu'on est quand même un des relais. UN des relais, on n'est pas forcément le seul parce qu'il y a l'entourage, il y a la famille. Mais sur le plan médical on est parfois les seules personnes référentes sur le plan médical, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de prise en charge psychologique ou par les psychiatres. Donc se faire aider, oui, ça me paraît logique quand même parce que connaître les antécédents, savoir ce qu'il s'est passé, ça pourrait être... Enfin ça paraît logique que le médecin soit associé. Enfin sous réserve que les patients et les familles veuillent bien adhérer à ça.

Investigateur: Oui.

Médecin 10: Parce qu'il y a des gens qui n'ont pas envie. Mais pour ceux qui adhèrent à ça, oui. Ba oui le médecin généraliste a sa place quand même, ça me paraît évident. Mais on n'est pas trop habitué à ça ici. Chacun fait comme il peut pour les patients.

Investigateur: Dans les axes d'amélioration de la postvention, comment vous pensez, dans votre exercice, pouvoir améliorer la prise en charge des endeuillés par suicide ?

Médecin 10: Je dis l'objectif c'est l'amélioration du réseau actuel. On revient toujours à ça. Parce qu'on est en grande difficulté. Ce n'est pas propre à ici, je ne sais pas comment c'est en Touraine mais c'est général. Et c'est dramatique. Il faut des spécialistes, des psychologues et des psychiatres. Et il faut des gens qui soient impliqués aussi, qui soient intéressés par ce sujet-là. Parce que ça existe ces systèmes de réseau pour le diabète ou voilà. La difficulté c'est qu'on n'en a pas tant que ça. Et à l'échelle d'une ville comme X. je me dis que ce n'est pas évident par rapport à des grosses structures. Je me dis qu'il faut avoir des grandes villes pour réunir tous les intervenants.

Investigateur: Et est-ce que vous pensez pouvoir améliorer votre formation pour être plus à l'aise dans ce genre de situation ?

Médecin 10: Moi personnellement ? Moi je suis en fin de carrière en fait. Non pas que je sois contre le changement mais vu le contexte actuel je ne vois pas... Même si j'ai lu des articles sur le sujet, par Prescrire, je reviens à ça, je ne vois pas comment je pourrais changer ma pratique. Non. Actuellement, non. Mais c'est un peu un constat. C'est le constat actuel. Mais pour les jeunes peut-être qu'effectivement... Ils sont peut-être plus demandeurs. Moi je suis un peu... Je ne suis pas fataliste mais on fait comme on peut et je suis un peu pessimiste par rapport à l'avenir parce qu'on voit bien que tout se délite et qu'on manque de quelqu'un à tous les niveaux.

Investigateur: Ouais...

Médecin 10: Donc voilà. Mais je ne suis pas contre le changement.

Investigateur: *(Sourire)*

Médecin 10: Mais ça dépend aussi des interlocuteurs parce que vous avez des personnes qui sont... C'est un sujet qui est intéressant, qui est passionnant. Mais il faut des gens qui s'y intéressent parce que vous pouvez tomber sur un psychiatre, comme le psychiatre que j'avais appelé... Sa réponse avait été très nette, franche. Pour lui, ma question était... Moi ça m'intéressait la question des suicidés sans aucun signe précurseur. Ça c'est très troublant. Et ça c'est très difficile pour l'entourage. Il y a la perte d'un être proche et en plus l'incompréhension. Quelqu'un qui a passé sa vie sous traitement antidépresseur, il n'y a pas une espèce de logique mais on peut avoir une explication. Quand il ne se passe rien quasiment, qu'il n'y a pas d'explication et que les gens passent à l'acte, là c'est très très difficile. Moi c'est toujours un sujet pour lequel ça m'aurait intéressé d'avoir des gens impliqués. Mais là, lui le psychiatre qui m'a répondu était dans sa logique suicide = dépression. Il ne concevait pas que... Moi je posais la question de savoir, honnêtement « est-ce que vous avez déjà vu quelqu'un passer à l'acte sans aucun signe ? ». Et ça c'est très troublant. C'est tout. C'est la question que je me pose. Je n'ai pas de réponse. Ce n'est pas très grave. Mais c'est vrai que c'est un sujet qui est très intéressant. Voilà.

Investigateur: Très bien. Vous voulez rajouter quelque chose ?

Médecin 10: Non.

ENTRETIEN MÉDECIN M11

Investigateur: Je vais te demander de te présenter tout d'abord.

Médecin 11: [M11], médecin généraliste depuis 2013, installée depuis 2017. Voilà.

Investigateur: Donc entre 2013 et 2017 tu as fait des remplacements ?

Médecin 11: Oui, 4 ans de remplacements fixes. Puis je me suis installée 2 ans toute seule. Et depuis 6 mois en pôle de santé. Donc exercice en commun. J'ai 34 ans, 35 bientôt.

Investigateur: Et ton milieu d'exercice, tu dirais qu'il est rural, semi-rural, urbain ?

Médecin 11: Il est semi-rural. Oui.

Investigateur: Et pourquoi avoir choisi la médecine générale comme spécialité ? Est-ce que c'était un choix ? Est-ce que c'était par défaut ?

Médecin 11: Non c'était un choix. C'était un choix d'une médecine de proximité, globale. Voilà.

Investigateur: D'accord. Et comment fais-tu pour te former pour ton exercice de médecin généraliste ?

Médecin 11: J'ai la lecture de la revue Prescrire. Je participe à des formations très anciennes aussi, de FMC. Qu'est-ce que je fais d'autre ? Parfois un congrès. Voilà. Et puis sinon quand j'ai des

problèmes précis c'est quand même beaucoup de recherches sur informatique, sur société savante ou des choses comme ça. Voilà.

Investigateur: D'accord. Est-ce que tu as déjà suivi des formations sur la problématique du suicide ?

Médecin 11: Pas du tout. Non.

Investigateur: Parce que tu n'as pas pu ou pas souhaité ?

Médecin 11: Heu... Parce que je n'ai jamais cherché. Et parce qu'il y avait d'autres thèmes qui m'intéressaient et on ne peut pas être partout !

Investigateur: Oui d'accord.

Médecin 11: Donc non jusqu'à présent, au départ de ma pratique, j'avais pris des formations très précises : dermato, gynéco, gestes techniques en médecine générale. Voilà j'avais besoin d'être rassurée. Et là dernièrement j'ai plutôt fait des formations pour me développer moi. Donc j'avais fait « affirmation de soi » pour mieux gérer les consultations. Et puis pour être maître de stage. Donc voilà. Du coup le temps étant limité... (*Sourire*). Je n'ai pas fait d'autre... Et je n'ai pas une appétence spécifique pour la psychiatrie. Enfin voilà.

Investigateur: Hum. Et est-ce que tu as déjà eu dans ta patientèle une ou des personne(s) qui se sont suicidée(s) ?

Médecin 11: Alors. Il faut que je réfléchisse. Ba je ne crois pas. Je ne pense pas. Parce qu'on n'est pas toujours au courant de tout pour le coup. Des fois on apprend les décès tardivement... Non, je n'ai pas eu de suicide dans ma patientèle jusqu'à présent, enfin depuis 2 ans et demi quoi.

Investigateur: Oui. Et est-ce que tu as déjà eu à prendre en charge des endeuillés par suicide ? Des personnes qui ont perdu un proche par suicide.

Médecin 11: Alors oui. Par contre là j'ai récemment une dame qui a perdu son frère. Donc j'avais vu ses enfants à elle, ses neveux et nièces.

Investigateur: Tu peux me raconter l'histoire ?

Médecin 11: Alors contexte très particulier puisqu'il s'est suicidé dans un contexte où il était suspecté de meurtre. Donc contexte difficile. Voilà il y avait une enquête pour une personne disparue. Il a été suspecté et il s'est suicidé. Et donc c'est son neveu, le fils de ma patiente, qui l'a trouvé, avec sa compagne. Donc c'est moi qui l'ai vue ensuite, dans les jours qui ont suivi parce qu'il y avait des cauchemars, des troubles du sommeil.

Investigateur: Alors tu as vu la maman et tu as vu le neveu aussi ?

Médecin 11: Alors j'ai vu d'abord le neveu et sa compagne qui l'ont trouvé. Et ensuite une semaine plus tard j'ai vu la sœur du suicidant, la mère des premiers patients que j'avais vus, qui était en colère. En colère parce qu'elle était dans les ennuis judiciaires et en lien avec la police pour savoir ce qu'il s'était passé exactement, et qu'elle était à peu près persuadée qu'il était le meurtrier d'une personne. Et voilà. Il y avait aussi tous les on-dit autour à gérer à côté... Et le fait qu'ils n'étaient pas tous sur la même longueur d'onde dans la famille avec la maman à elle qui défendait son fils coûte que coûte même une fois décédé, et elle qui lui en voulait d'avoir porté atteinte à la vie de

quelqu'un d'autre. Donc elle était très très en colère. Sachant qu'elle-même avait déjà fait des tentatives de suicide avec un passé dépressif. Donc compliqué. Et encore difficile actuellement. Le suicide date du mois d'octobre. Je la vois encore. La reprise du travail et tout ça, pour l'instant elle ne s'en sent pas capable.

Investigateur: Et comment tu as fait au cours des consultations suivantes ? Après la première consultation ? Comment as-tu abordé le sujet ?

Médecin 11: Alors après c'était surtout pour savoir pour elle, par rapport à son syndrome dépressif à elle. Savoir où elle en était par rapport au suivi judiciaire parce qu'en fait c'est ça qui comptait pour elle. Elle voulait savoir la vérité, savoir ce qu'il s'était passé... Et puis le fait qu'elle aussi était mise en cause par la justice parce qu'ils cherchaient du coup. Comme la personne s'est suicidée, ils cherchaient les infos dans l'entourage. Donc difficile. Après c'est vrai que je ne suis pas revenue sur ses antécédents à elle, de tentative de suicide. C'est elle qui m'a dit que les relations avec ses enfants étaient difficiles et notamment qu'ils lui en voulaient de la période où elle était très déprimée et où elle avait fait des tentatives de suicide. Et ça, ça revenait en fait. Dans cette période-là actuelle en fait, ses enfants étaient capables de verbaliser qu'ils lui en voulaient pour ce qu'elle avait pu porter atteinte à sa vie antérieurement.

Investigateur: D'accord.

Médecin 11: Voilà. Après je ne sais pas si j'ai fait une approche spécifique par rapport au fait que ce soit un suicide chez son frère. On était plus sur la problématique judiciaire. Certes il s'est suicidé, mais il a fait des choses avant. Oui. Et puis ça faisait remonter tous les conflits familiaux qui étaient déjà latents. Donc beaucoup de relations difficiles avec le reste de la famille. Parce qu'elle, elle n'est pas dans le même état d'esprit par rapport au suicide de son frère justement, par rapport à son frère et au reste de la famille. Donc voilà.

Investigateur: Et tu as suivi également la maman ?

Médecin 11: Non. La maman ne fait pas partie de ma patientèle.

Investigateur: Ok.

Médecin 11: Et par contre je n'ai pas revu son fils et sa jeune belle-fille. Je ne les ai pas revus pour ce souci-là. Je leur ai dit que la porte était ouverte, s'il y avait trop de cauchemars, si c'étaient des choses qui persistaient. Mais voilà. C'était surtout la jeune belle-fille qui ne supportait pas d'être toute seule. Les deux premières semaines, elle était surtout très angoissée. Voilà.

Investigateur: Donc gestion de cette angoisse, du stress.

Médecin 11: Oui c'est ça. Et puis finalement, j'ai eu l'impression, enfin d'après les dires de la maman, qu'une fois l'enterrement fait ça a permis de poser un peu plus les choses, d'apaiser les choses. Mais non je ne les ai pas revus. Voilà.

Investigateur: D'accord. Et je sors un peu de ce cas-là, concernant le processus de deuil, comment fais-tu pour repérer les deuils difficiles ? La difficulté du deuil ?

Médecin 11: Alors bonne question ! Heu... Je réfléchis parce que j'ai plusieurs patients endeuillés et en fait j'ai la sensation que c'est plus eux qui m'apportaient des... Une dame qui avait pas mal de troubles somatoformes quand même. Après qu'elle arrivait aussi à interpréter, à rapporter à la perte

de son mari. Troubles de sommeil, perte d'appétit. Et ça plus de 6 mois après. Enfin il y a aussi la durée. J'avais un peu en tête la durée de 6 mois qui peut être compliquée mais après en termes de poids et tout ça il faut que les choses se stabilisent sur le plan somatique en tout cas. Et puis... Je réfléchis ce que j'ai eu... Les deuils difficiles... Oui une autre jeune femme, à plus de 9 mois du décès de son beau-père, qui avait des douleurs abdominales, plutôt en mode somatique. Je l'ai revue plusieurs fois parce qu'on a quand même exploré le somatique parce que je ne savais pas qu'elle était endeuillée d'ailleurs. Et puis c'est après, quand j'ai évoqué le fait que pour moi ça semblait être une contracture musculaire, c'est elle qui m'a rapporté qu'il y avait eu un deuil et que c'était difficile pour toute la famille. Et comme elle n'était entre guillemets que la belle-fille, sachant que son mari et sa belle-mère n'étaient pas bien, elle ne s'était pas forcément autorisée à montrer qu'elle n'allait pas bien non plus. Elle était plutôt dans le soutien. Et ça du coup, elle a réussi à... Du coup quand on avait évoqué le fait qu'il n'y avait pas de choses organiques et qu'il y avait sûrement une tension musculaire, c'est elle qui m'a apporté cet événement-là. Et du coup après je ne l'ai pas revue. Il n'y a pas eu d'autre plainte. Alors soit elle est encore embêtée et elle rationalise, soit elle n'est plus embêtée parce qu'elle a réussi à faire le lien. Et je lui avais dit que s'il y avait une tristesse importante, si ça entravait son fonctionnement, il ne fallait pas qu'elle hésite quand même à aller voir une psychologue. Mais en fait elle ne se l'autorisait pas. Elle disait « ils sont plus tristes que moi ».

Investigateur: Elle se donnait ce rôle de pilier.

Médecin 11: Oui c'est ça. Il fallait qu'elle tienne. Il ne fallait pas qu'elle montre qu'elle était affectée. Donc voilà.

Investigateur: Et est-ce que tu as repéré si les personnes qui présentent un deuil difficile venaient plus ou moins te consulter ?

Médecin 11: En termes de fréquence de consultation ?

Investigateur: En termes de fréquence, de délai...

Médecin 11: Pff. Je pense qu'il y a plus de consultations mais pas forcément pour le motif de... Enfin plutôt sur des plaintes somatiques du coup. Vraiment c'est d'abord le côté somatique et dans un deuxième temps « c'est dur quand même, dur d'être tout seul, dur... ».

Investigateur: Donc les deuils difficiles, ils vont venir plus te consulter mais finalement pour des troubles somatiques.

Médecin 11: Oui, j'ai l'impression. J'ai l'impression que j'ai rarement quelqu'un qui... Je n'ai pas en tête un patient qui arrive et qui me dise « je n'arrive pas à passer le cap ». Alors que ça, je l'ai dans des séparations par exemple. J'ai en tête des séparations où les personnes viennent me voir en me disant « je n'arrive pas à avancer ».

Investigateur: Ok. Et après dans le cadre des endeuillés par suicide que tu as pu avoir, est-ce que tu as repéré s'ils développaient d'autres pathologies ?

Médecin 11: Je n'ai pas assez de recul. Et puis le cas que j'ai en tête, comme il avait déjà des antécédents, je n'ai pas... Alors si quand même ! En parlant de ça ! Cette dame elle a eu un frottis anormal. Donc elle doit avoir une colposcopie. Et elle a eu une mammographie anormale. Elle a eu des biopsies et au final c'est une mastopathie fibrokystique. Mais ça l'a bien inquiétée quand même. Donc deuil en septembre octobre et en décembre bim ! Mammo de dépistage classique pas bonne,

même si au final bénin. Et puis frottis à reconstruire par colposcopie. C'est juste l'enchaînement. Donc Voilà.

Investigateur: Ok. Et tout à l'heure tu me parlais de ta patiente, tu disais si les douleurs abdominales ne passent pas, aller voir un psychologue. Est-ce que tu as un réseau de professionnels avec lesquels tu travailles pour la prise en charge de ces endeuillés par suicide ?

Médecin 11: Non. Ce sont les psychologues... Je donne les noms des psychologues locaux que je donne habituellement, pas spécifiquement sur ce thème-là.

Investigateur: Et tu souhaiterais avoir un vrai réseau ou pas ?

Médecin 11: Je trouve que c'est bien quand même de connaître les spécialités en termes de psychothérapie de chacun. Mais alors en termes de dispo... Pff. Enfin voilà !

Investigateur: Donc dans l'idéal oui mais le problème c'est le délai ?

Médecin 11: Oui. Et puis surtout savoir quelle sorte de thérapie ils font parce qu'on sent bien qu'il y a certains patients qui accrocheraient sur certaines et pas sur d'autres. Donc du coup, pouvoir les orienter sur ce qu'on pense, ou avec quel professionnel on pense que ça accrocherait plus. Mais non je n'ai pas de réseau spécifique. Après oui ce serait intéressant. Mais on a tellement d'autres pathologies fréquentes que...

(Coupure pour téléphone qui sonne)

Investigateur: Dans le cadre d'un suicide, connais-tu la postvention ?

Médecin 11: Non pas du tout.

(Coupure enregistrement pour explications)

Investigateur: Du coup comment tu verrais la postvention dans ta pratique quotidienne ? Dans ta pratique concrète ?

Médecin 11: Savoir qu'il faut les voir vite. Moi j'aurais plutôt tendance à dire qu'il faut les laisser un peu digérer. Alors laisser du temps avant de les revoir. Et en fait oui savoir qu'on peut les voir très rapidement juste pour la phase de sidération. Jusqu'à présent je n'avais pas trop envisagé. Après la question c'est qui dans l'entourage ? Ca concerne qui ? La personne qui l'a trouvé ? La famille proche ?

Investigateur: Ca concerne TOUT l'entourage, au sens large.

Médecin 11: Donc ça peut être très large effectivement.

Investigateur: Oui. Comme tu disais ça peut être la famille, la personne qui l'a découvert, ça peut être... à partir du moment où tu fais partie d'une communauté. Tu vois un suicide dans un milieu scolaire. Ca peut être une identification professionnelle aussi, au sein d'une même profession. L'entourage c'est effectivement au sens large. A partir du moment où la personne identifie un lien significatif avec le suicidé, il fait partie de l'entourage.

Médecin 11: Oui donc...

Investigateur: Et après, le rôle du médecin généraliste dans tout ça, quel serait-il selon toi ? A ton sens ?

Médecin 11: D'accueil et d'écoute. Et puis effectivement si ça a du mal à sortir initialement, de voir si on peut réussir à faire verbaliser. Et puis c'est le fait aussi que l'on connaît le patient et qu'on sache dans son fonctionnement ce qui peut interférer... C'est peut-être le plus par rapport à une psychologue. Et puis surtout, nous c'est la disponibilité. Pour voir quelqu'un rapidement, le mieux c'est la médecine générale. A part une psychologue scolaire ou quoi que ce soit qui peut intervenir mais bon... Je ne sais pas si c'est rapide quand il y a toute une école à prendre individuellement.

Investigateur: Donc le médecin généraliste a un rôle de premier recours pour toi ?

Médecin 11: Oui je pense. Après je ne sais pas si je suis suffisamment armée si j'ai une consultation où je sais d'emblée « vient parce qu'il y a eu un suicide dans son entourage » je ne sais pas trop... Je n'ai pas d'attitude bien déterminée sur ce que je ferais. Mais je verrais en fonction du patient. Et puis c'est quand même de s'assurer sur le sommeil, qu'il n'y ait pas trop de retentissement, et de laisser la porte ouverte pour le besoin. S'il y a besoin de médicaments pour éviter que le sommeil soit perturbé trop longtemps et que ça altère le fonctionnement en journée aussi. Voilà.

Investigateur: Donc repérer aussi l'altération du fonctionnement quotidien du patient.

Médecin 11: Oui. Pouvoir le réévaluer, le revoir une semaine après, revoir où il en est.

Investigateur: Notion de suivi temporel.

Médecin 11: Oui. Oui...

Investigateur: On va aborder les axes possibles d'amélioration selon toi. Est-ce que tu peux me dire comment, dans ton exercice, tu pourrais améliorer la prise en charge des endeuillés par suicide ? Peut-être déjà à la phase initiale de prise de contact avec le patient ?

Médecin 11: Ba déjà que moi je sois plus au clair sur le mécanisme de deuil parce que c'est un peu loin et je ne me suis pas replongée dedans. Entre le rejet, la colère, l'acceptation, le déni... Une mise à jour serait pas mal pour que moi je me sente plus à l'aise sur les enjeux, les mécanismes, etc.

Investigateur: Une formation sous quelle forme tu penses que ça te serait utile ?

Médecin 11: Toujours pour des problèmes de disponibilité, je pense que déjà une relecture. Après c'est toujours plus intéressant d'avoir un intervenant qui nous explique bien les tenants et les aboutissants parce que ça reste très théorique quand on lit. Mais oui ça pourrait être intéressant d'avoir une formation en direct. Après qu'est-ce que je pourrais améliorer ? Oui si je me sens plus à l'aise et en capacité d'expliquer aussi, ce qui se joue, et comment ça va se dérouler aux personnes qui n'ont jamais vécu le deuil, en quoi ce deuil est différent d'un deuil classique. Voilà.

Investigateur: Donc connaître un peu mieux ce deuil pour pouvoir l'expliquer au patient.

Médecin 11: Oui c'est ça. Pouvoir être en capacité de l'expliquer. Oui dans les axes d'amélioration je pense que ce serait ça. Après oui effectivement oui le réseau. Moi quand je ne me sens pas capable de gérer je passe la main. Là le problème c'est de passer la main à qui ? Comment ? Dans quel délai ?

Investigateur: Oui. Donc dans l'idéal améliorer ce réseau.

Médecin 11: Oui là par exemple pour orienter pas mal vers les infirmières du CMP. Parce qu'ils y a des rendez-vous assez rapides, et qu'elles revoient les patients toutes les semaines ou tous les 15 jours. Voilà. Et puis parce que les psychiatres c'est très délicat, et parce qu'en termes de disponibilités on n'y est pas du tout ! Et du coup, je préfère moi gérer et s'il y a besoin de médicaments, rester sur des choses assez légères, et par contre le soutien psychologique avec des infirmières qui seraient habituées, ce serait pas mal.

Investigateur: D'accord.

Médecin 11: Voilà. Il y a le problème du coût avec les psychologues. Alors que les infirmières c'est pris en charge au CMP.

Investigateur: C'est important pour tes patients ?

Médecin 11: He oui ! Parce qu'une bonne partie de la population ne peut pas se le permettre !

Investigateur: Très bien. Tu veux rajouter des choses ?

Médecin 11: Non non.

Investigateur: Je te remercie.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer

en référence à la délibération

du Conseil d'Université

en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président

de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

CONNAISSANCE DE LA POSTVENTION PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LEUR PRISE EN CHARGE DE L'ENTOURAGE D'UN SUICIDÉ.

Contexte : En France, 220 000 personnes sont endeuillées par le suicide d'un proche chaque année, et 22% de la population a été exposée au suicide d'un proche au cours de sa vie. L'impact d'un tel évènement traumatique justifie une prise en charge spécifique par la postvention. En tant que médecin de famille, le généraliste est un interlocuteur privilégié pour ces endeuillés.

Objectif : Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge ces endeuillés du suicide ?

Méthode : Une étude qualitative était menée via des entretiens semi-dirigés auprès de généralistes. Le verbatim était analysé horizontalement et verticalement.

Résultats : Si aucun des médecins généralistes interviewés ne connaissait la postvention, ils considéraient y participer intuitivement. En premier recours aux soins et en coordonnateur de soins, les généralistes s'attelaient à répondre aux besoins de prise en charge de ces endeuillés dans le domaine psychologique, dans le repérage de complications psychiatriques et somatiques, ainsi que dans le domaine social. Si bien connaître ses patients permettait aux médecins traitants d'avoir une prise en charge personnalisée des endeuillés, elle posait une autre problématique : le médecin peut lui-même être endeuillé du suicide de son patient comme un proche et ainsi être dans le questionnement, l'incompréhension, la remise en cause, la culpabilité et la douleur émotionnelle.

Conclusion : Il semblerait donc nécessaire d'apporter un soutien et une écoute aux médecins traitants au sein de la postvention. Les généralistes souhaitaient également pouvoir s'appuyer sur une équipe de professionnels psycho-psychiatriques facilement accessible et communicante.

MOTS-CLÉS : médecine générale, médecine familiale, suicide, deuil, famille, amis

KNOWLEDGE OF POSTVENTION BY GENERAL PRACTITIONERS AND THEIR MANAGEMENT OF THE SUICIDE VICTIM'S RELATIVES.

Background: In France, 220,000 people are bereaved because of the suicide of a loved-one each year, and 22% of the population is exposed to the suicide of a loved-one in their lifetime. The effect of such a traumatic event justifies a specific management by postvention. As a family practitioner, the general practitioner is the preferred intermediary for these grieving people.

Aim: How do general practitioners deal with these bereaved ones?

Method: A qualitative study was conducted through half-structured interviews with general practitioners. The verbatim was analyzed both horizontally and vertically.

Results: None of the omnipractitioners interviewed heard about the postvention, but they considered doing it intuitively. As a primary care provider and care coordinator, they knuckled down to respond to the needs of their patient in three different fields: psychological, social and in the somatic and psychiatric complications possibly involved. Being familiar with their patients allowed the general practitioners to have a personalized management of these grieving patients, but it gives rise to another problematic: the family practitioner might himself be bereaved of the suicide of his patient like a relative one and thus be in the questioning, misunderstanding, guilt and emotional pain.

Conclusion: It would therefore seem necessary to provide support and listening to family practitioners within the postvention. The general practitioners also wished they could lean on a professional psycho-psychiatric easily reachable and communicating.

KEY WORDS : general practice, family practice, suicide, bereavement, grief, family, friends