HAL
open science

Recueil de l'opinion des médecins généralistes d'Isère, Savoie et Haute-Savoie sur la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

Florian Dhondt, Jean-Tony Vittori

To cite this version:

Florian Dhondt, Jean-Tony Vittori. Recueil de l'opinion des médecins généralistes d'Isère, Savoie et Haute-Savoie sur la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03649122

HAL Id: dumas-03649122

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03649122

Submitted on 22 Apr 2022

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2022

RECUEIL DE L'OPINION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'ISÈRE, SAVOIE et HAUTE-SAVOIE SUR LA GRILLE D'ESTIMATION DE LA DANGEROSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. Florian DHONDT

[Données à caractère personnel]

et M. Jean-Tony VITTORI

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

le 14/04/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres du jury :

M. le Dr Kévin BRUTIN (directeur de thèse)

M. le Dr Marc DUBUC

Mme le Dr Christel ODDOU

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

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2021-2022

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Alban	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thiery	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARIE Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

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

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

Mis à jour le 01 Octobre 2021 Page 4 sur 4

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”

SECTEUR SANTÉ
Université Grenoble Alpes

RÉSUMÉ

Titre : Évaluation de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire par les médecins généralistes d'Isère, de Savoie et de Haute Savoie.

Contexte : : Le médecin généraliste est de plus en plus sollicité pour des problématiques d'ordre psychiatrique et notamment des syndromes anxio-dépressifs ; il doit faire face à des situations complexes et intriquées.
Les données épidémiologiques montrent que les taux de tentatives de suicides restent élevés dans la plupart des pays occidentaux, alors que les patients ne demandent que peu d'aide directement, même lorsqu'ils se rendent chez le médecin dans les semaines précédentes.
Il a été suggéré par une étude de revue de la littérature, l'exploitation de la Grille d'Estimation de la Dangerosité d'un Passage à l'Acte Suicidaire (GEDPAS), outil conçu au Québec, en français, et utilisé par les travailleurs sociaux dans cette province. L'objectif étant d'évaluer sa possible utilisation en soins primaires et son apport potentiel à la médecine générale. Une autre revue de la littérature décrivait justement l'absence d'outil de dépistage et de prise en charge (PEC) du risque suicidaire (RS) en médecine générale (MG).

Objectifs
L'objectif principal était de réunir les opinions de médecins à propos de l'utilité de la GEDPAS en médecine générale et de sa mise en place en pratique. En outre, cela a permis de faire connaître cet outil à des médecins généralistes.

Méthode : Une étude qualitative d'évaluation de cette grille a été menée auprès de 18 médecins de Savoie, Haute-Savoie et Isère, en focus group. Ces entretiens semi-directifs, orientés selon un guide d'entretien travaillé en amont, devaient permettre aux participants de discuter de leur mode de raisonnement et de pratique habituels face aux problématiques d'évaluation et de gestion du risque suicidaire.

Résultats : La grille a été accueillie favorablement, jugée claire, concise et pertinente. Elle peut permettre de mieux organiser la consultation au travers d'une évaluation complète sans oubli, et donner des leviers de travail pour les consultations futures.
Mais son système de cotation par couleur la rend inutilisable sans complément d'explication selon certains médecins interrogés. Elle présente des carences, principalement un manque de définition claire du moyen létal et ne renseigne que peu sur la suite de la prise en charge.
Surtout, elle ne peut fonctionner sans établissement du lien thérapeutique entre le médecin et son patient, qui est et doit rester à la base de la consultation. La grille est un outil complémentaire mais pas l'enjeu primordial de la consultation.

Conclusion : La GEDPAS peut devenir un outil supplémentaire en médecine générale pour l'évaluation et la gestion du RS. Utilisable sur divers supports et pouvant donner un langage commun à diverses professions de santé, elle ne pourra jamais se substituer au lien thérapeutique primordial entre le médecin et son patient. De futures études, permettant d'affilier un protocole au code douleur, permettraient de rendre cette grille plus attractive et d'améliorer la prise en charge du risque suicidaire, notamment par une meilleure communication entre les services de santé.

Mots clés : syndrome dépressif, crise suicidaire, grille d'évaluation, lien thérapeutique, outil clinique.

SUMMARY

Title : Evaluation of the GEDPAS by GPs (general practitioners) from Isère, Savoie and Haute Savoie.

Context : GPs are more and more often consulted for psychiatric problematics, especially linked with anxiety and depression : they have to face complex and intricated situations.
The danger of a depressive syndrom maintaining itself in time is the apparition of suicidal ideas, which can lead to a suicide attempt. This constitutes the most absolute emergency a doctor can be confronted with.
Epidemiologic data show that suicide attempt rates stay elevated, associated with the fact that patients rarely ask for help directly, even when they visit their doctor during the weeks preceding the attempt.
GPs must then accentuate their search for suicidal ideas and explore them in the most efficient way once they are detected.

Objectives : It has been suggested by a literature review the exploitation of the GEDPAS, a tool built in Quebec, in french, and used by the social workers of this province, to evaluate the possibility of its use in primary care and potential contribution to general medicine.

Method : The researchers have reunited eighteen doctors from Isère, Savoie and Haute Savoie in focus groups to lead a qualitative study in order to evaluate this Grid and discuss the way they usually reason and behave when faced with problematics of evaluation and gestion of suicidal risk ; by using a semi-directive interview lead with a guide built in advance.

Results : The Grid was greeted favorably, judged as clear, concise and pertinent. It allows to better organize the consultation thanks to a full evaluation without omission, and to give means of intervention for future consultations.
But the color-coded cotation system makes it unusable without complementary explanations according to some of the interviewed doctors. It presents deficiency, principally a lack of a clear definition of the lethal mean, and doesn't really provide help for the pursuit of the care process.
Above all, it can not be efficient without the therapeutic link between the doctor and his patient, which is and must stay the base of the consultation. The Grid is a complementary tool but not the main stake of the consultation.

Conclusion : The GEDPAS can become a supplementary tool for GPs to help them for evaluation and gestion of suicidal risk. Usable on several supports and able to give a common language to diverse health professions, it can however never substitute itself to the therapeutic link. Putting in touch french health authorities and their equivalent in Quebec could permit the instauration of trainings to help its understanding and its use.

Keywords : depressive syndrome, suicidal crisis, assessment grid, therapeutic link, therapeutic tool.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Patrick IMBERT,
Merci d'avoir accepté de présider cette thèse. Merci pour votre soutien, votre bienveillance et votre réactivité malgré vos obligations.

Au Docteur Christel ODDOU,
Merci pour votre présence qui nous honore et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Au Docteur Marc DUBUC,
Merci de nous avoir soutenu depuis le début de notre travail.
Votre regard est essentiel pour nous, en tant que Psychiatre,
Référent de l'Isère dans le suicide.

Au Docteur Kévin BRUTIN,
Merci d'avoir accepté d'être notre directeur de thèse, de nous avoir consacré du temps et de nous avoir encadré dans ce chemin difficile qu'est l'élaboration de la thèse.

Aux médecins qui ont participé à cette thèse,
Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez accordé, votre sincérité et vos précieux questionnements.

Une mention particulière, **à P.E. ROUGNY et au Docteur Maxime NIVON**,
qui ont été nos relecteurs
et à l'équipe de cardiologie de Chambéry et à nos co-internes pour ce beau semestre.

Table des matières

RÉSUMÉ 7
SUMMARY 8
REMERCIEMENTS 9
ABRÉVIATIONS 13
INTRODUCTION 14
I. Le médecin généraliste en première ligne 14
II. L'isolement des médecins généralistes 15
III. L'absence d'outil pour l'évaluation du risque suicidaire en médecine générale. 16
MATERIEL et METHODE 18
I. La grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire 18
II. Type d'étude et objectifs 19
III. Participants 19
IV. Guide d'entretien 20
V. Recueil des données 20
VI. Analyse 21
VII. Aspects éthiques 22
RÉSULTATS 23
I. L'évaluation du risque suicidaire en médecine générale 25
A. Caractéristiques des consultations sur le risque suicidaire 25
1. Des consultations fréquentes en médecine générales 25
2. Des consultations toujours complexes 25
B. Le dépistage du risque suicidaire 26
1. Le contexte et l'environnement du patient 26
2. Les éléments alarmants sur le risque suicidaire 26
C. Les modalités de l'évaluation du risque suicidaire 27
1. Les ressources utilisées par le médecin. 27
2. Les critères recherchés pour le risque suicidaire 27
D. Les difficultés de l'évaluation du risque suicidaire 27
1. Les difficultés inhérentes au médecin généraliste 27
2. Les difficultés inhérentes au patient 28
3. Liées à la relation médecin-patient 29
E. La prise en charge du risque suicidaire 30
1. Prise en charge ambulatoire 30
2. L'adressage aux urgences et la suite de la prise en charge hospitalière 31
3. Le vécu des médecins face au suicide 32

II. La grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire 32
A. Les atouts de la GEDPAS selon les médecins généralistes 32
1. Une construction rigoureuse et rassurante 32
2. Une grille semblant simple d'utilisation en pratique 33
3. Une aide supplémentaire à la prise en charge 33
B. Les limites de la GEDPAS 34
1. Une cotation complexe 34
2. Un apport négligeable voir délétère 34
3. Un manque de protocole selon le score. 35
4. Un outil un peu trop scolaire 35
5. L'exploration du moyen létal, un item lacunaire 35
C. En comparaison à d'autres outils 35
III. L'utilisation de la GEDPAS en pratique 36
A. Modalité d'utilisation au cabinet de médecin générale 36
B. Une appropriation fondamentale à l'utilisation. 36
C. Les supports d'utilisation 36
DISCUSSION 38
I. Matériel et méthode 38
1 Choix d'une étude qualitative 38
2 Le mode de recueil et les entretiens 38
3 Les biais de l'analyse 39
4 Manque de connaissance de l'outil 39
II. Les atouts de la GEDPAS. 40
A. Le risque suicidaire, problématique courante en médecine générale 40
B. Un outil accessible et complet 41
C. Une aide pour le suivi 41
III. Les limites de la GEDPAS 43
A. Un apport qui reste modéré 43
B. Des items parfois incomplets. 43
C. La persistante subjectivité de la cotation. 44
D. Un manque de protocole après l'estimation du risque suicidaire 45
IV. Comparaison avec les autres outils 46
V. L'utilisation de la grille en pratique 46
A. Une formation et appropriation nécessaires 46
B. Intégration à un réseau de soins 47
C. Développement d'un support informatique 49

D. L'importance de l'alliance thérapeutique et les voies d'amélioration 50
CONCLUSION 52
BIBLIOGRAPHIE 55
Annexe 1 : Formulaire d'information – Thèse sur la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire 57
Annexe 2 : Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire 59
Annexe 3 : Grille d'entretien de la thèse 99
Annexe 4 : Entretien en Focus Groupe 1 100
Annexe 5 : Entretien en Focus Groupe 2 122
Annexe 6 : Entretien en Focus Groupe 3 153
Annexe 7 : Entretien en Focus Groupe 4 172
Annexe 8 : Entretien individuel 182
Annexe 9 : Item de l'arbre de codage 189
Remerciements - Jean-Tony 197
Remerciements - Florian 198

ABRÉVIATIONS

AP : Administration Pénitentiaire

CLIPP : Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociale

CMP : Centre Médico-psychologique

GEDPAS : Grille d'Estimation de la Dangerosité d'un Passage à l'Acte Suicidaire

HAS : Haute Autorité de Santé.

HO : Hospitalisation Obligatoire

PDF : Portable Document Format

RS : Risque Suicidaire

RUD : Risque, Urgence, Dangerosité

SAM : Suicide Action Montréal

INTRODUCTION

I. Le médecin généraliste en première ligne

Les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour des problématiques d'ordre psychiatrique, notamment des baisses d'humeurs et des troubles anxieux. Une étude anglo-saxonne publiée en 2007 estimait que 58% des patients souffrant de problématiques d'ordre psychiatrique préféraient consulter initialement leur généraliste et 46% préféraient qu'il ou elle effectue son suivi (1). Une autre étude canadienne de 2009 estime d'ailleurs qu'entre 20 à 40% des consultations des généralistes sont dédiées à des problématiques psychiatriques et que celles-ci concernent majoritairement des troubles anxieux et dépressifs (2). En France, le rapport d'enquête ANADEP sur la dépression de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en 2005(3), exprime que sur un échantillon de 1608 patients ayant eu recours à un professionnel de santé pour trouble de santé mentale, 62.7 % ont consulté au moins une fois un généraliste et 31 % n'ont consulté exclusivement que celui-ci. Généralement les troubles psychiques (dépression, anxiété, troubles du sommeil) constituent 13 à 15 % des motifs de consultations des médecins généralistes et jusqu'à 25 % des motifs de visites à domicile (4).

La France présente un des taux de suicide par habitant parmi les plus élevés d'Europe. En 2017, près de 5% des 18-75 ans interrogés déclarent avoir effectué une TS dans les 12 mois précédents et 7% au cours de leur vie. On estime à 9000 le nombre de décès par suicide par an en France(5). Le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué entre 2008 et 2017, passant de plus de 100 000 par an à environ 89 000 en 2017, cette baisse étant plus marquée chez les femmes. En revanche, le taux annuel de récidives de TS hospitalisées est resté constant(5).

La majorité des patients effectuant une TS présentent une pathologie psychiatrique sous-

jacente, en particulier une dépression(6).

Par ailleurs la moitié des personnes ayant effectué une tentative de suicide consultent leur médecin habituel au cours du mois précédent, mais il semble que la question du suicide soit rarement discutée au cours de l'entretien(7). Les patients n'osent l'évoquer d'eux-mêmes et parfois ce sont les médecins qui préfèrent éviter le sujet.

Une étude évoque l'analogie entre la question du suicide et le mythe de la boite de Pandore, comme un sujet à ne surtout pas aborder de peur d'être le déclencheur du passage à l'acte, alors que pour la déceler et la traiter, il faut en provoquer la discussion(7).

II. L'isolement des médecins généralistes

L'accès aux spécialistes, notamment aux psychiatres peut être compliqué, seuls 40% des médecins généralistes rapportent pouvoir contacter le secteur psychiatrique facilement, d'après un rapport de la commission des comptes publié en 2020. Il précisent également que les généralistes sont donc les acteurs de premier recours et prescrivent 85% des psychotropes(9). De plus d'après une étude de la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques, datant de 2012 plusieurs freins à l'accès aux psychothérapies sont soulignés par les médecins, le plus fréquemment cité étant le non remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non médecin(10).

Une étude qualitative récente de 2019, interrogeant des médecins généralistes de Haute-Savoie, portant sur leur ressenti dans leur rôle de prise en charge de la santé mentale, révèle des professionnels qui ont conscience de leur position de première ligne pour gérer ces questions, mais qui décrivent également un certain manque de compétences, des difficultés à créer un réseau professionnel et par conséquent un accès aux soins spécialisés compliqué(11).

III. L’absence d’outil pour l’évaluation du risque suicidaire en médecine générale.

Les critères proposés par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour l’évaluation de la crise suicidaire sont le niveau de souffrance, le degré d’intentionnalité, les éléments d’impulsivité, un éventuel événement précipitant, la présence de moyens létaux à disposition et la qualité du soutien de l’entourage proche(12).

Une conférence de consensus tenue par la fédération française de psychiatrie, en association avec la direction générale de la santé, souligne le fait qu'il ne s'agit pas d'un diagnostic que l'on puisse poser formellement mais d'une association de signes permettant de la repérer(6).

L'évaluation du danger du passage à l'acte ne se base pas sur un modèle additif mesurant le risque final à partir d’une somme des différents facteurs de risque, mais utilise plutôt un modèle intégratif permettant de mesurer l’impact de chacun d’eux selon la présence ou de l’absence d’autres éléments aggravants ou au contraire protecteurs .

Cette conception est confirmée par l'étude "Psychiatric emergencies" (13), une étude américaine qui décrit la crise suicidaire comme l'une des trois urgences psychiatriques à prendre en charge et confirme les chiffres élevés de fréquentation de leurs médecins par les patients à risque suicidaire avant leur passage à l'acte. L'étude exprime donc que pour déceler et désamorcer cette crise il existe plusieurs critères à rechercher et évaluer au cours de l'entretien. Elle décrit également le manque d'outils à disposition en soins primaires pour faciliter la prise en charge et l'évaluation de ces personnes.

Les investigateurs se sont renseignés sur le panel des scores et autres échelles d'évaluation connues et existantes permettant une évaluation de ce risque de passage à l'acte suicidaire.

Ils sont nombreux : score RSD, échelle du désespoir de Beck, et l'échelle de RUD qui fait référence à l'hôpital et est utilisée aux urgences pour une prise en charge rapide de la crise suicidaire en évaluant les facteurs d'alerte et de gravité.

Une thèse de médecine générale sous forme de revue de la littérature de 2019, montrait qu'il existait peu d'outils parmi ceux répertoriés permettant d'évaluer le risque suicidaire en soins primaires, et aucun qui ne soit réellement validé en soins primaires (14).

Par ailleurs, une autre thèse de 2012 analysant les outils cliniques d'évaluation proposait une évaluation de la Grille d'Estimation de la Dangerosité d'un Passage à l'Acte Suicidaire, validée en soins primaires à Québec, qui explore le risque suicidaire en se basant sur un entretien semi-directif(15).

Les chercheurs ont donc souhaité la présenter à plusieurs médecins généralistes pour recueillir leurs impressions concernant cette grille, sa structure, son applicabilité, son utilité même, pour élargir sur les outils déjà connus et sur la gestion plus globale du risque suicidaire en médecine générale.

MATERIEL et METHODE

I. La grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances ont créé en 2009 la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire*. Cette grille s'inscrivait en 2010 dans un projet national visant un rehaussement de la de la prise en charge du risque suicidaire et comportant plusieurs stratégies afin de réduire les décès par suicide. Les chercheurs ont eu la possibilité d'interroger les acteurs sociaux du SAM, afin d'en savoir plus.

L'intention initiale de la grille était d'évaluer le degré de dangerosité, en évaluant les facteurs de risque et de protection ainsi que leurs interactions, là où seuls les éléments de la planification du suicide étaient pris en compte par le passé. L'outil est clinique avant tout et s'inscrit dans une démarche qui se veut proactive voire interventionniste auprès de la personne suicidaire en repérant les facteurs de risque et en usant des leviers d'intervention. L'évaluation se fait en intégrant les critères dans une discussion, avec bien sûr des éléments à vérifier et à quantifier, tout en essayant d'avoir une trame la plus libre possible et surtout en permettant d'avoir les grandes lignes devant guider l'entretien sans constituer un carcan trop restreint pour autant. Les critères évalués par la grille sont pondérés par un guide consistant en un code couleur applicable à chaque critère et qui permet ensuite une pondération globale.

Le but de la grille était aussi de donner un langage commun à tous les intervenants sociaux. La vision commune de la prévention du suicide et la collaboration entre les secteurs a permis d'établir un maillage de formation, de détection et de prise en charge au Québec. La GEDPAS y est à ce jour l'outil de référence pour les intervenants sociaux, et les journées de formation

font partie intégrante du système de prévention du suicide.

II. Type d'étude et objectifs

Cette étude avait pour but de recueillir l'opinion de médecins généralistes d'Isère, de Savoie et de Haute-Savoie sur la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire et son utilisation en cabinet.

Les objectifs étaient dans un premier temps de collecter les difficultés à l'évaluation du risque suicidaire et de sa prise en charge, puis d'évaluer l'opinion vis-à-vis de l'outil par des médecins généralistes, en relevant ses atouts et ses défauts.

Pour cela l'étude s'est déroulée en entretien de groupes focalisés, " focus groups " selon l'appellation anglophone, afin de recueillir plusieurs avis mais aussi de créer des échanges d'idées et interactions rendant le contenu de discussion plus riche.

La grille Consolidated criteria for reporting qualitative research ou grille COREQ(16) a été utilisée pour établir le protocole de cette étude, permettant un meilleur contrôle scientifique.

III. Participants

La composition des groupes était de quatre à six médecins généralistes, afin d'assurer une communication fluide et des interactions soutenues.

Les participants étaient des médecins généralistes thésés en Isère, Savoie et Haute Savoie.

Le recrutement s'est fait par téléphone et par email, auprès d'anciens maîtres de stage universitaires ainsi que leurs collègues. La présentation de la démarche de recherche était sous forme d'une fiche informative associée à une demande officielle. La grille (version de la

Grille d'Estimation de Dangerosité d'un Passage à l'Acte Suicidaire datée de 2012 et réalisée au Québec, disponible librement sur internet, cf annexe 2) a été envoyée en pièce jointe entre une semaine et un mois avant les focus groupes par email.

IV. Guide d'entretien

Les focus group se sont déroulés selon un guide d'entretien (Cf Annexe 3), travaillé en amont par les investigateurs. Les questions étaient centrées sur l'évaluation du risque suicidaire avant d'amener les participants sur leurs avis concernant la grille d'évaluation. Une première question a été choisie pour mettre en confiance les participants, aussi appelée question " brise-glace ". Des questions de relance ont été planifiées pour permettre d'étayer chaque question.

Un pilote a été testé afin de valider et d'améliorer le guide. Ce guide d'entretien a été réévalué et modifié après chaque groupe pour assurer une optimisation du recueil de données. Le recueil des données sociodémographiques a été effectué à la fin des entretiens.

V. Recueil des données

Quatre entretiens par Focus Groupe se sont tenus entre mai 2021 et juin 2021. Trois d'entre eux se sont tenus en distanciel et un s'est tenu en présentiel.

Chaque focus group s'est déroulé avec un modérateur et un observateur, qui sont les investigateurs de l'étude.

Dans ce contexte de pandémie, trois focus groups ont été en distanciel sur l'application ZOOM via un compte de l'université de Grenoble-Alpes, les entretiens étaient enregistrés à l'aide de l'outil d'enregistrement vidéo et audio de l'application. Lors des entretiens, les

praticiens étaient chez eux ou à leur cabinet professionnel.

En présentiel, l'enregistrement audio était réalisé avec deux dictaphones et l'observateur notait le verbatim de la session.

Le lieu du présentiel a été fixé en avance avec les médecins concernés. L'entretien en présentiel s'est déroulé dans une salle de réunion de l'hôpital de Chambéry.

Il n'y a pas eu de personne extérieure à l'étude au cours des entretiens.

L'enregistrement des entretiens a duré entre cinquante et quatre-vingt-huit minutes pour une durée totale de 284 minutes, soit presque cinq heures.

Les retranscriptions des entretiens ont été renvoyées aux participants, il n'y a pas eu de retour pour d'éventuel changement.

La saturation des données a été obtenue après le quatrième focus group, un entretien individuel a ensuite été réalisé en juillet 2021 pour la confirmer (durée : 35 minutes).

Les investigateurs, un étudiant de troisième cycle et un médecin remplaçant non thésé, n'avaient pas d'expérience en recherche clinique.

VI. Analyse

Les entretiens ont été retranscrits intégralement à partir des enregistrements vidéo et audio effectués. Les praticiens étaient anonymisés.

Le Verbatim était ensuite consigné dans un code ouvert afin de collecter le plus d'idées possibles. Le logiciel Quality Data Analysis Miner a été utilisé afin d'effectuer le codage plus efficacement et rapidement. Les codes ont ensuite été regroupés en sous-catégories puis en catégories qui ont formé les principaux axes de développement de l'analyse.

Chacun des deux chercheurs a effectué ce codage avec une triangulation des données de

façon individuelle via tous les supports de recueil. La mise en commun des résultats a permis de comparer et de discuter des divergences, cela afin de limiter l'interprétation de chacun. Les thèmes ont été fixés suivant l'étude des données et non à l'avance.

VII. Aspects éthiques

L'étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Pour garantir l'anonymat, chaque médecin a été identifié par une lettre reliée à son focus group avec un numéro correspondant.

Le consentement oral et écrit des médecins a été recueilli après les avoir informés de l'anonymisation des données et de la destruction des supports numériques une fois ceux-ci exploités. Toutes les données permettant d'identifier les lieux et les personnes ont été remplacées par des formules anonymes.

L'étude était une recherche n'impliquant pas la personne humaine au sens de la loi du 5 mars 2012 dite Loi Jardé et n'entrait donc pas sous le coup de celle-ci.

RÉSULTATS

Descriptif de la population

Vingt-sept médecins ont été contactés. Deux d'entre eux n'ont pas répondu à la sollicitation.

Deux ont répondu favorablement mais aucune des dates proposées ne leur convenait.

Trois ont répondu négativement par manque de temps. Il y a eu un abandon après accord.

L'étude a donc inclus dix-neuf médecins.

N° anonymisé	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	B5	B6	C1	C2	C3	C4	D1	D2	D3	D4	E1
Age (années)	60	40	60	35	40	45	50	30	35	30	30	45	55	50	35	30	30	35	<30
Genre	F	H	H	F	H	F	F	F	F	F	H	H	F	F	H	F	F	H	H
Expérience (années)	30	10	30	10	10	15	20	5	10	5	5	15	25	25	5	5	5	10	5
Activité	salariée	libérale	libérale	libérale	libérale	salariée	salariée	libérale	libérale	salariée	libérale	libérale	libérale	libérale	libérale	libérale	libérale	libérale	libérale
Lieu d'exercice	Isère	Isère	Isère	Isère	Savoie	Savoie	Savoie	Isère	Savoie	Haute Savoie	Isère	Isère	Isère	Isère	Isère	Isère	Haute Savoie	Isère	Isère
Médecine carcérale	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Type d'exercice	Rurale	Rurale	Urbain	Urbain	Semi-rurale	Hospitalière	Urbain	semi-rurale	semi-rurale	Urbain	Semi-rurale	Semi-rurale	Semi-rurale	Semi-rurale	Rurale	Urbain	Urbain	Rurale	Rurale

Tableau 1. Caractéristiques des participants

I. L'évaluation du risque suicidaire en médecine générale

A. Caractéristiques des consultations sur le risque suicidaire

1. Des consultations fréquentes en médecine générales

Les consultations concernant le risque suicidaire et son évaluation sont relativement fréquentes en médecine générale (*A1 :c'est quelque chose de régulier*). Les médecins ont pu remarquer une augmentation selon le contexte (*B5 : […] au moment des premières vagues de covid, où c'était à 50 % des problèmes psy*) ou certaines zones (*A3 :[…] en...zone rurale semi-rurale en tout cas c'est quelque chose qui revient assez régulièrement et çç…*).

2. Des consultations toujours complexes

On trouve un consensus sur la difficulté de ces consultations (*C2 : C'est toujours difficile*), avec de nombreuses variables (*A1 : (…) Il y a plein de choses qui se passent, autour de la famille, des accompagnants, du mec, du boulot, du truc).*

Les consultations peuvent être d'une grande disparité (*A1 : on a tous les cas de figure de la dépression potentielle avec tous ses grades, ses gradations)*. Ce sont des consultations le plus souvent urgentes et longues en termes de temps (*A2 : j'en ai pour une heure quoi*), et (*A3 : c'est un temps de consultation qui n'est pas valorisé*).

Les difficultés sont aussi liées à la charge émotionnelle que ces consultations peuvent avoir (*C1 : c'est déjà des consultations qui sont très chargées*).

B. **Le dépistage du risque suicidaire**

1. Le contexte et l'environnement du patient

Pour les médecins interrogés, le contexte du patient et donc son suivi sont essentiels afin de garantir un bon dépistage et une bonne évaluation du risque suicidaire (*A4 : on pressent les choses*". Certains événements sont aussi de bons éléments afin de mettre le médecin en alerte (*A2 : dans le repérage de la crise suicidaire en médecine générale, c'est beaucoup […] par des événements de vie*), comme des caractéristiques de la vie du patients, telles que son métier (*A3 : plus prudent, avec certains publics et certains corps de métier, agriculteur, ancien pompier, ancien policier …*).

Les proches avaient aussi un rôle dans le déclenchement du dépistage, en avertissant en amont de la consultation, en accompagnant le patient (*A3 : les parents qui appellent pour un adulte ou les conjoints/conjointes pour signaler que : " au fait, il ne vous dit pas tout, mais y'a ça* ») ou même en venant demander des conseils en consultation.

2. Les éléments alarmants sur le risque suicidaire

Les éléments retrouvés qui menaient à un dépistage étaient la détresse exprimée, les idées suicidaires, le changement de comportement, les symptômes somatiques sans élément objectif en seconde intention, et enfin toutes les formes de communication du patient (A2 : *c'est que si jamais, on, on avait une petite (…) du non verbal, de la façon de se présenter, de maintenir le regard, (…) on a plein de petits indices)*.

Le dépistage chez de nombreux médecins était systématique lors du diagnostic de dépression, selon l'évaluation addictologique ou selon l'évaluation de la sexualité du patient.

Un médecin a notamment mis en lumière les patients vivant une situation particulière (*A2 : des personnes " trans " dans les parcours de transitions de genre (...) à un moment donné, il y aura, les questions précises, idées noires, idées suicidaires, plan d'action)*.

C. Les modalités de l'évaluation du risque suicidaire

1. Les ressources utilisées par le médecin.

L'évaluation du risque suicidaire chez les professionnels interrogés reposait parfois sur le référentiel de psychiatrie, pour d'autres sur des bases bibliographiques (*C1 : (…) j'essaye d'interroger sur ce que j'ai trouvé dans les bouquins*).

Pour une grande majorité d'entre eux, l'expérience (*A4 : On se retrouve dans cette grille de manière concrète mais autrement, il y a avait une sorte de, oui de bon sens, d'expérience enfin voilà…*) et le suivi du patient, composent le socle utilisé pour évaluer au mieux le risque suicidaire de leur patient.

Enfin, peu d'entre eux utilisaient un outil dédié afin d'évaluer le risque suicidaire, uniquement une personne utilisait un outil l'aidant à l'évaluation du risque suicidaire, qui s'apparenterait d'après la description faite au RUD (1), utilisé aux urgences (*C3 : une grille (…) qui classe la dangerosité l'urgence en fonction des moyens que le patient décrit*).

2. Les critères recherchés pour le risque suicidaire

Parmi les critères cités par les participants, tous étaient présents dans la grille : le scénario, les facteurs protecteurs, l'isolement, la projection dans le futur, la personnalité psychiatrique, l'impulsivité et les antécédents.

D. Les difficultés de l'évaluation du risque suicidaire

1. Les difficultés inhérentes au médecin généraliste

a) L'enjeu de la communication

Parmi les difficultés communicationnelles rencontrées, on retrouve majoritairement la présence de motifs cachés, qui peuvent parfois demeurer peu clairs pour le médecin, ce qui empêche une bonne évaluation de la part de ce dernier (*D1 : Mais au cabinet il n'arrive pas forcément pour ce motif là et il faut aller creuser à ce moment-là et...et voilà*). Par ailleurs, l'intentionnalité

exprimée chez une personne qui refuse l'aide proposée a été citée parmi ces difficultés.

Une personne a également pointé du doigt le manque de formation à la communication dans ce genre de situation, notamment pendant le cursus médical. Ceci explique les inquiétudes d'autres médecins de notre échantillon (*D1 : moi ça me met assez mal à l'aise ce genre de consultation, j'ai peur de mal évaluer et laisser partir la personne alors qu'il y avait un réel risque et de pas avoir su quoi lui dire).*

b) La quantification du risque

La quantification du risque suicidaire faisait aussi partie des difficultés inhérentes au médecin généraliste dans l'évaluation du risque suicidaire, notamment lorsque celui-ci n'est pas imminent, mais qu'il est sévère a modéré, matérialisé par les couleurs orange et jaune dans la GEDPAS (*D3 : Est-ce que le risque est relativement faible et je suis assez tranquille, ou est-ce qu'il est élevé et je l'adresse aux urgences. Et quand il est intermédiaire, que faire ?*).

c) Le manque de maîtrise ou d'expérience

Le fait d'être parfois peu à l'aise dans l'évaluation voire même la peur d'un manque de maîtrise sont revenus de nombreuses fois lors des entretiens, associés à une sensation d'évaluation limitée par les questions posées (*D1:(...) j'ai l'impression d'être assez vite limité dans les questions*).

Les jeunes médecins interrogés ont aussi fait part d'un manque d'expérience face à ces situations, jouant grandement sur la perception de leur ressenti face aux risques suicidaires.

2. Les difficultés inhérentes au patient

a) Les caractéristiques du patient

Une des difficultés de l'évaluation du risque suicidaire est si le patient est un enfant (*A3 : mis en difficultés(...), c'était des enfants).*

b) Les antécédents

Pour reprendre le précédent chapitre, cette difficulté est majorée s'il s'agit d'un enfant présentant des troubles de l'apprentissage ou troubles du spectre autistique.

Certains antécédents compliquent aussi l'évaluation (*B5 : Quand on voit (...) des antécédents de tentative de suicide, et ben je trouve que c'est des fois difficile*).

c) La présentation du patient

Si celle-ci est discordante par rapport à la situation, même si elle peut orienter le médecin, la consultation peut s'avérer plus complexe (*B1 : Et ce qui était difficile c'est que du coup il arrive très jovial*).

3. Liées à la relation médecin-patient

a) L'alliance thérapeutique

Il est essentiel pour les médecins interrogés qu'une alliance thérapeutique soit construite afin d'évaluer au mieux le risque suicidaire, tout comme elle doit l'être pour la suite de la prise en charge (Cf. chapitre II.1.c). Cette notion a été discutée et a fait consensus dans chaque groupe. L'emploi de questions ouvertes et claires paraissait nécessaire afin de dépister au mieux le risque suicidaire (*A3 : je pense qu'il faut être vraiment dans les questions ouvertes là pour le coup*).

b) Les patients non suivis

Les patients non suivis habituellement rendent compliquée l'évaluation *(B3 : Surtout quand on les connaît pas du tout, enfin quand il n'y a pas d'antécédents connus*) et encore plus s'il n'était pas présent lors de la consultation, ce qui a été rapporté par un médecin (*A3 : (...) propos suicidaires, exprimés la veille par l'enfant, que je n'avais pas en face de moi, donc c'était quand même un peu complexe à devoir gérer*).

c) *Un bénéfice secondaire parfois recherché*

Cette notion n'a été retrouvée que dans un seul groupe et dans le cas particulier de la prison, ou le détenu peut chercher à bénéficier d'une extraction ou d'utiliser la tentative de suicide comme un moyen de communication avec l'administration pénitentiaire ou le médical (*B3 : recherche d'un bénéfice secondaire (...) c'est vrai que c'est pas clair*).

E. La prise en charge du risque suicidaire

1. Prise en charge ambulatoire

a) *Les conditions à la prise en charge ambulatoire*

Les conditions à la prise en charge ambulatoire sont que le patient ne soit pas dans un risque imminent ou parfois le refus du patient de se rendre aux urgences (*A3 : la consultation aux urgences, maintenant c'est pas, c'est pas accepté à chaque fois et, parfois on n'a pas suffisamment d'éléments pour pouvoir aller jusqu'à l'hospitalisation sous contrainte*).

b) *Les moyens mis en place*

L'importance de mettre en place une alliance thérapeutique lors de la consultation a été évoqué dans tous les groupes, avec plusieurs façons de l'exprimer, notamment les termes " *contrat* ", " *lien* " ou encore " *construire […] autour du patient* ".

Pour compléter cela, la réévaluation précoce était la règle pour la majorité des médecins interrogés (*C1 :je reconvoque les patients à 7 jours* " avec des temps plus ou moins courts qui s'espacent avec la sortie de la crise suicidaire).

L'éloignement du moyen létal est revenu de nombreuses fois.

Enfin l'initiation d'un traitement pharmacologique a été cité, une unique fois, dans les moyens mis en place lors d'une consultation traitant du risque suicidaire.

c) Les outils communicationnels utilisés

Plusieurs outils sont utilisés par les médecins tels que l'écoute active, l'utilisation du non verbal (*A4 : Des repères (...) enfin c'est du non verbal*).

d) Les intervenants en ambulatoire

Les interrogés avaient le plus souvent recours aux psychologues de par leur disponibilité (facilité d'accès) et pour permettre une surveillance rapprochée, avec un bémol sur le fait que l'aspect payant de ce service ne pouvait pas convenir à tous les patients (C*4 : Et puis suivi psychologique malheureusement ça pêche pour des questions financières en fait*).

Les centres médico-psychologiques leurs paraissent plus adaptés pour les pathologies psychiatriques et difficilement accessibles (*C4 : Oui ou alors faudrait aller sur les CMP mais les CMP ils prennent que des pathologies exceptionnelles, des psychoses chroniques*).

Les psychiatres étaient très peu consultés dans la prise en charge ambulatoire et pas en première intention avec comme motif le manque d'offres de soins ou le manque d'indication chez des patients ne présentant pas d'antécédents psychiatriques.

2. L'adressage aux urgences et la suite de la prise en charge hospitalière

a) Les conditions de l'adressage aux urgences

Les conditions à l'adressage aux urgences étaient pour de nombreux médecins le passage à l'acte imminent, si un scénario était présent, si une réévaluation précoce du patient n'était pas possible et l'antécédent de troubles psychiatriques motivaient cette demande de prise en charge du service d'accueil des urgences (*B3 : Si quand il y a tout ça on peut pas se revoir dans les 48h, ouais là je propose une hospitalisation sous contrainte*).

Certains médecins n'adressaient jamais ou très peu aux urgences.

b) *L'opinion des médecins concernant la prise en charge hospitalière*

On peut noter que certains des médecins interrogés étaient peu satisfaits de la prise en charge des urgences la nuit, ne bénéficiant d'un avis psychiatrique que le lendemain.

L'adressage aux urgences était perçu comme violent (*A4 : Parce que l'hospitalisation c'est aussi violent je trouve)* et les psychiatres des urgences difficilement joignables.

3. Le vécu des médecins face au suicide

La prise en charge du risque suicidaire a un fort impact sur les médecins généralistes qui les prennent en charge, avec un changement d'atmosphère lors des séances lorsque l'on arrive au suicide "réussi" : *(C4 : Et des expériences malheureuses j'en ai eu au moins deux) et* (*C3 : Voilà, mon expérience c'est aussi que j'étais pas là à Noël mais malheureusement il est arrivé à se suicider pendant que j'étais pas là).*

II. La grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

A. Les atouts de la GEDPAS selon les médecins généralistes

1. Une construction rigoureuse et rassurante

La construction de la grille est apparue comme rigoureuse, complète, explorant des critères pertinents et permettant un suivi du patient dans le temps (*A2 : la construction de la grille qui est hyper détaillée (...), enfin la qualité de la réflexion*).

Les items sont jugés peu nombreux et bien détaillés pour une compréhension plus efficace.

Un des praticiens ayant testé les items rétrospectivement après une TS réussie d'un de ses patients (*D2 : on a retrouvé finalement peut-être un risque qui était élevé si on avait fait la*

grille) retrouve une pertinence à la grille.

Elle renforce donc l'interrogatoire et rassure en aidant à aborder le sujet (*A2 : Donc moi je trouve que ça c'est très rassurant*), notamment en ajoutant de l'objectivité. De plus, elle permet de donner une trame à la consultation.

2. Une grille semblant simple d'utilisation en pratique

La grille semble utilisable par tout public, rapide d'utilisation, simple à maîtriser. Elle ne nuit pas à la communication et peut au contraire facilement s'intégrer à l'entretien (*C1 : la simplicité apparente aussi qu'elle a et l'aspect convivial, je crois qu'il parlait de convivialité, dans le dans le texte*).

3. Une aide supplémentaire à la prise en charge

a) Explore des items non recherchés

Quatorze médecins sur les dix-neuf (73%) ont verbalisé le fait qu'ils n'utilisaient pas tous les items de la grille.

En effet, la capacité à se contrôler, le statut psychiatrique, l'impulsivité, la capacité à prendre soin de soi, les facteurs protecteurs comme la présence de proches, la prise de toxiques, l'alimentation, les antécédents familiaux sont autant de champs d'exploration qui n'étaient habituellement pas utilisés par certains praticiens.

b) Donne des axes de travail

Elle permet en outre d'axer le travail de suivi sur les items et de faire prendre conscience au patient des objectifs. Elle permet de ce fait une posture motivationnelle (*A1 : cette grille elle propose de, justement, de s'appuyer dessus pour pouvoir avoir un levier… de travail*).

c) S'intègre dans le suivi

Huit médecins sur dix-neuf ont soulevé l'intérêt d'utiliser cet outil dans le cadre du suivi (*C1 : le fait d'avoir un outil plus objectif me paraît assez intéressant... pour le suivi ouais*).

Certains membres des focus groups étaient intéressés par l'évaluation de son inter-reproductibilité entre différents praticiens, permettant des suivis collaboratifs.

B. Les limites de la GEDPAS

1. Une cotation complexe

La cotation des items a été jugée globalement compliquée à comprendre, par la majorité des médecins avec 12/19 soit 63% des participants.

Dans le détail, ce sont notamment les items "capacité à se contrôler" et l'item "antécédent de tentative de suicide" qui ont été jugés difficiles à coter.

L'item « Prendre soin de soi » a également été jugé difficile à coter malgré son détail donné dans le PDF.

De fait, la cotation finale a également été jugée difficile à placer car pas assez détaillée par les concepteurs de la grille (*C1 : Effectivement pour l'estimation finale je vois pas comment on fait la somme des différentes cotations*).

2. Un apport négligeable voir délétère

Il y a eu des mises en garde sur l'utilisation de l'outil, manquant parfois de subtilité (*A1 : nous on est dans la clinique, on est dans un parcours très long, ou pas, mais en tout cas nous notre base c'est la clinique, alors que là…*), de fait, l'apport de la grille a été alors estimé négligeable par une participante en début de séance.

Elle peut, en sus, s'avérer délétère, l'utilisation d'une grille pouvant nuire au lien (*B1 : Mais c'est très impersonnel de faire des grilles. Et en termes de lien enfin…*), d'après deux participants.

3. Un manque de protocole selon le score.

Le protocole de prise en charge a été jugé insuffisamment décrit (*D1 : par contre après qu'est-ce que tu en fais ? Comment tu l'as, selon le score qu'est-ce que tu fais* ?), par six médecins sur dix neufs.

Il n'y a pas assez d'aide à la prise en charge du risque intermédiaire.

4. Un outil un peu trop scolaire

Certains praticiens ont décrit un outil long à mettre en place, trop scolaire. L'inverse a aussi été dit. (*D1 : ouais non mais je pense que les items sont finalement, après réflexion avec ce groupe, je pense que ce serait utilisable et finalement assez rapide quand on connaît nos patients*).

5. L'exploration du moyen létal, un item lacunaire

Identifiée par trois des participants à l'étude, le manque de définition claire du moyen létal fait partie des lacunes de la grille (*C3 : Du coup, je trouve pas de classification de la dangerosité. Tu vois si il te dit je vais prendre mon tube de Lexo, c'est moins grave que si il te met la balle sur la table).*

C. En comparaison à d'autres outils

Il a été décrit un manque d'outil d'évaluation du risque suicidaire en médecine générale.

Certains se réfèrent au collège de psychiatrie (*D1 : Si je me basais sur un support c'était sur le collège de psy*), certains n'ont pas de référentiel.

La plupart ont cité le RUD qui sert de base aux interrogatoires et évaluations, (*D1 : c'est un peu plus complet comme ils le décrivent que le RUD*), deux participants ont aussi cité TSTS Cafard sans plus de précision, enfin un dernier participant nous a parlé d'un autre outil dont nous n'avons pas retrouvé l'origine mais qui semblait dérivé du RUD.

L'échelle de dépression de Hamilton a également souvent été citée (*C1 : c'est un questionnaire qui est un peu lourd, qui est un peu long (...) ; qui enlève la part humaine de la consultation)*.

III. L'utilisation de la GEDPAS en pratique

A. Modalité d'utilisation au cabinet de médecin générale

La majorité des praticiens ont décrit la nécessité d'un entretien semi-directif.

D'autres ont proposé de remplir la grille à deux en collaboration avec le patient.

Fournir la grille au patient en auto-questionnaire a aussi été évoqué mais estimé dangereux par la plupart des praticiens.

Le fait de noter le risque final dans le dossier est apparu comme la pratique la plus rigoureuse.

B. Une appropriation fondamentale à l'utilisation.

Elle nécessiterait une appropriation, une adaptation de l'outil à sa pratique, des entraînements successifs pour la majorité d'entre eux (*C2 : En fait je pense que la grille il faut aussi l'utiliser, enfin, se l'approprier pour voir effectivement de quelle façon, effectivement elle nous convient mieux pour l'utiliser).*

Une demande de formation complémentaire, telle que fournie au Québec, a été formulée.

C. Les supports d'utilisation

Plusieurs supports ont été proposés pour accéder facilement et rapidement à la grille (*C2 : Voilà tout à fait. Il peut y avoir effectivement plusieurs supports, oui, oui, plusieurs supports utilisables).*

Certains voulaient l'avoir sous les yeux, mais l'idée prédominante était de la connaître et de s'y référer ensuite pour jauger le risque selon le contenu de l'entretien.

1. Intégration à un logiciel

Il a été proposé d'intégrer la Grille à un logiciel dédié pour la sortir et l'utiliser le plus rapidement possible (*A2 : que ça soit implémenté dans les logiciels et qu'on puisse la remplir*).

2. Site interactif

L'intégration à un site interactif qui calculerait le risque suicidaire directement a aussi été évoquée, mais ne fait pas l'unanimité (*C3 : En fait, je trouve que ça n'irait pas. Parce que, antibioclic te fait, d'une réponse en dépend une autre).*

3. En PDF sur un site dédié

Le stockage sur un site internet dédié aux scores d'évaluation et outils médicaux, a aussi été cité (*A3 : Une solution intermédiaire (...) serait qu'elle puisse être implémentée dans, des ressources type Kit Médical).*

DISCUSSION

I. Matériel et méthode

1 Choix d'une étude qualitative

Cette méthode a été choisie afin d'introduire un nouvel outil dans la pratique médicale française et obtenir des avis divers (17).

Le but était ensuite de pouvoir cerner au mieux les besoins des généralistes que la grille pourrait combler ainsi que leurs réticences éventuelles à son emploi, et donc identifier et exploiter les voies d'amélioration.

L'emploi de la grille de critères COREQ à toutes les étapes de conception de l'étude et son respect a permis d'assurer une validité interne forte de l'étude(16).

2 Le mode de recueil et les entretiens

La réalisation d'entretiens groupés a permis de recruter un maximum de participants afin d'avoir plus d'avis, favorables ou défavorables, sur la grille et leur justification, un des objectifs de l'étude étant également de démocratiser son usage et donc de la faire connaître au maximum.

L'idée était aussi de créer une dynamique de groupe dans les discussions et de générer le plus d'idées et de pistes de réflexion.

Les chercheurs ont tenté de répartir au mieux la parole entre les différents participants pour compenser un éventuel déséquilibre. Le fait que tous les participants soient des médecins généralistes thésés a permis d'éviter un éventuel biais professionnel, chacun étant sur un pied d'égalité.

Parmi les quatre groupes d'entretien, trois se sont déroulés sur la plateforme Zoom, donc en

visioconférence. Ceci a permis une plus grande flexibilité des disponibilités de chacun et donc un recrutement plus vaste. De même qu'en période de crise sanitaire elle a permis de poursuivre le travail en respectant les mesures de restrictions.

Un entretien individuel s'est déroulé, après le quatrième groupe, pour garantir la saturation des données avec une variation maximum de l'échantillonnage.

3 Les biais de l'analyse

L'analyse du verbatim et le codage comprennent un risque de subjectivité et d'interprétation des données à priori.

Pour limiter cela, les deux enquêteurs ont donc effectué cette tâche indépendamment en effectuant une triangulation des données et ont ensuite mis en commun et croisé leurs résultats.

Cela a permis une meilleure validité interne de l'étude et donc de sa qualité globale.

La vidéo a permis de percevoir les expressions de chacun et leurs attitudes mais de façon moins précise qu'en contact direct ce qui peut induire un biais d'interprétation.

Il peut être discuté également d'un biais d'influence induit par la dynamique de groupe puisque certains des participants ont pu changer leur avis initial au cours de la discussion. Mais cela peut aussi être interprété comme un changement de réflexion secondaire à la discussion sans qu'il y ait nécessairement d'influences.

4 Manque de connaissance de l'outil

Les deux chercheurs n'avaient eux-mêmes pas suivi la formation, ce qui a posteriori, après en avoir discuté avec les membres de l'association, aurait pu apporter des réponses aux questions

des participants et apporter des éclaircissements sur l'utilisation de la grille et sa connaissance. Cependant, ceci a permis une discussion non orientée avec les participants et axée uniquement sur le PDF, donc une objectivité meilleure sur la qualité du support et sa compréhension.

II. Les atouts de la GEDPAS.

A. Le risque suicidaire, problématique courante en médecine générale

Tous les médecins interrogés dans l'étude ont décrit un contact fréquent avec les problématiques d'évaluation et de gestion du risque suicidaire au cabinet.

Les syndromes anxiodépressifs sont selon leurs témoignages un motif commun de consultation en médecine générale comme le décrit la littérature (1,2).

L'évaluation d'une situation à risque de passage à l'acte suicidaire est elle aussi par conséquent un enjeu fréquent face auquel ils sont certes formés, mais se sentent parfois démunis, avec une évaluation incomplète, comme déjà décrit dans la thèse d'étude qualitative sur le ressenti de médecins généralistes de Haute Savoie face aux problématiques de santé mentale(11).

Il a été retrouvé dans les entretiens une forte concordance entre les données de la littérature citées dans l'introduction, c'est à dire la place du généraliste dans la gestion de ces problématiques(1), le fait que les patients effectuant des passages à l'acte se présentaient souvent en consultation dans les semaines précédentes et parfois pour des motifs cachés(7), et bien sûr l'importance de discuter de ces problématiques via des entretiens les plus ouverts possible pour proposer la meilleure prise en charge(8).

Comme cité dans un article médical récent(18), la médecine générale a développé depuis maintenant une vingtaine d'années un formidable panel d'outils dans tous les domaines techniques cliniques ou de communication. Il paraît normal que la problématique de gestion du risque suicidaire acquière elle aussi un nouvel instrument.

De même que décrit dans une étude anglo-saxonne(19), les médecins interrogés ont exprimé

cette volonté d'améliorer leurs connaissances, leurs pratiques et leurs prises en charge, pour aider au mieux leurs patients et gagner en assurance.

B. Un outil accessible et complet

Cette grille a été créée, comme le décrit le document (cf annexe 2) à partir de fondements théoriques et pratiques pour élargir le champ des évaluations. Elle a été conçue selon les données de la science et les outils d'évaluation du risque suicidaire préexistants disponibles.

L'accueil qu'elle a reçu par les médecins interrogés a été globalement favorable.

Tous l'ont trouvé claire dans sa présentation, facilement lisible et rapide.

Les items présentés ont semblé pertinents à tous, aucun n'en a trouvé un en trop ou inadapté.

La base scientifique et littéraire de la grille a été largement perçue et appréciée, puisqu'elle comprend des items déjà identifiés par les médecins comme importants dans l'estimation du risque suicidaire, elle a été facilement comprise et son intégration mémorielle ne semblait pas problématique.

Son côté estimé accessible est une force et un atout indispensables pour espérer une diffusion et une utilisation qui soient les plus larges possible.

Sa démocratisation étant un des objectifs de l'étude, les chercheurs espèrent qu'elle pourra ainsi être utilisée en situation réelle de médecine générale et être encore affinée et perfectionnée.

Grâce à son exhaustivité, elle permet une meilleure estimation du risque suicidaire en identifiant un risque jugé imminent ou très préoccupant et donc d'y répondre en proposant une prise en charge hospitalière rapide et en fournissant au spécialiste les arguments la justifiant.

C. Une aide pour le suivi

La cotation par couleur permet de visualiser l'évolution de tous les critères et donc les progrès du patient ou son aggravation. Ceci rend plus facile le suivi et permet d'axer les critères de travail et de surveillance. En identifiant les facteurs protecteurs et ceux fragilisant, elle donne des

leviers d'interventions. Les enjeux de consultations sont alors ciblés et les interventions possibles. Travailler sur les consommations, le soin que l'on se porte, discuter des projets, de la présence des proches et du type de relation en place, sont des voies d'exploitation des dangers et des possibilités mais aussi des vecteurs de création du lien thérapeutique.

Les médecins interrogés dans l'étude ont parfois décrit des sentiments d'impuissance ou de manque de ressources quant au discours à tenir dans ce type de consultation.

Le fait d'ouvrir la discussion avec des sujets simples mais indispensables pour mieux appréhender les problématiques et l'environnement des patients peut constituer un vrai plus. De même, ils permettent de fixer des objectifs à tenir et à investir. Le lien avec les consultations suivantes sera alors plus facile.

La présence des proches quant à elle, semble être importante à plusieurs niveaux.

Les proches constituent à la fois un facteur protecteur mais aussi potentiellement un facteur de fragilité. Il a été évoqué l'importance d'évaluer le lien qu'il existe avec les personnes de l'entourage direct et la nature de ce lien. Il faut aussi bien distinguer, ainsi que cela a été discuté dans les entretiens, la différence entre isolement physique et isolement ressenti.

Aussi, les proches sont à intégrer dans la prise en charge. Ils peuvent aider en donnant l'alerte, aider à repérer et retirer un moyen létal, appuyer des demandes ou des réflexions que ferait le patient ou fournir plus d'informations quant à l'évolution de la situation clinique.

C'est un aspect très important de la GEDPAS de pouvoir visualiser l'évolution avec le temps. Il a été suggéré de remplir la grille à deux avec le patient. Celui-ci peut alors voire directement par l'échelle de couleurs l'amélioration des différents critères tels qu'ils ont été évalués par le clinicien ou au contraire, en cas d'aggravation, les motifs et les arguments d'inquiétude. Cela peut favoriser un travail associatif et pourrait rentrer dans le champ des explorations possibles.

III. Les limites de la GEDPAS

A. Un apport qui reste modéré

Les critères présents dans la grille ont paru pertinents et adaptés à l'évaluation. Certains étaient d'ailleurs clairement évalués mais formulés différemment. On pourra citer la présence de proches, fréquemment investigué par le MG, ou la capacité à prendre soin de soi qui est souvent évoquée en lien avec le suivi de dépression.

Pour la plupart, les médecins savaient que tous ces critères étaient à évaluer dans l'estimation du RS et donc qu'elle apportait peu à la pratique clinique. Toutefois, au décours des entretiens, l'idée que sans support de rappel les items étaient parfois oubliés ou cotés incomplètement dominait.

B. Des items parfois incomplets.

Bien que jugée globalement complète, des carences de la grille ont malgré tout été mises en lumière dans son évaluation du risque suicidaire. La principale identifiée par plusieurs des participants à l'étude a été le manque de définition claire du moyen létal. En effet, si celui-ci est évalué dans l'item "planification", sa caractérisation ne semble pas assez importante.

Identifier le moyen est primordial pour quantifier le risque mais constitue aussi un enjeu important. Si un moyen létal est accessible il faudra alors le mettre hors de portée du patient.

Dans la GEDPAS la caractérisation du moyen fait partie de la planification, mais elle n'est pas assez singularisée et est un critère parmi d'autres, ce qui n'est pas pertinent.

Un autre défaut relevé par certains des médecins interrogés de façon directe ou indirecte est celui des événements de vie. En effet les critères HAS de l'évaluation de la crise suicidaire incluent les événements de vie dans l'évaluation de la crise. Cela n'est pas retrouvé dans un des items de la grille en tant que tel.

Cependant, en explorant la souffrance psychique et le désespoir dans l'item "Capacité à espérer un changement", l'événement de vie serait probablement aussi recherché ou du moins révélé s'il a un impact.

C. La persistante subjectivité de la cotation.

La grille présente cette particularité parmi la plupart des autres outils diagnostics de ne pas se baser sur un système de cotation chiffré mais à l'aide d'un code couleur. Celui-ci code une intensité du risque allant de faible à très urgent pour chaque item, puis pour une intensité globale de dangerosité.

Certains ont apprécié son côté maniable et souple. L'absence de carcan habituellement présent dans les scores d'évaluation a été perçue comme laissant le champ libre à l'interprétation du médecin. Mais si certains dans les entretiens ont trouvé ce système innovant, clair et adapté, d'autres s'en sont au contraire inquiétés et se sentent incapables de l'utiliser.

D'après le concept de création de la grille, la subjectivité doit être intégrée dans la quantification du risque. Les champs de discussion sont trop vastes pour vouloir tout faire rentrer dans quatre cases. Ce travail est à effectuer par le praticien lui-même, c'est aussi cela être capable de maîtriser la grille. C'est à lui de se positionner et de coter selon ce qu'il a déduit de l'entretien et avec son propre système de valeurs. Le système progressif avec les couleurs permet alors d'intégrer toutes les nuances existantes en rendant le niveau de risque facilement identifiable.

Le défaut majeur est celui de l'évaluation du risque final. Si le risque est jugé imminent, il faut alors mettre le patient en sécurité et rapidement, l'évaluation des autres items n'apparaît plus comme une priorité. Mais si la planification ne soulève pas un danger immédiat, il faut alors évaluer chaque item individuellement pour ensuite définir un risque global. La somme des items n'est pas clairement définie, ce qui se répercute sur l'évaluation du risque global, d'autant plus pour un risque intermédiaire entre le jaune et l'orange.

De plus, certains auraient voulu en effet une définition précise de chaque niveau de risque et

pour chaque item. Un détail qui est donné en exemple pour l'item " Capacité à prendre soin de soi " et qui a été plusieurs fois souligné. Beaucoup auraient voulu ce développement pour chaque item.

Il leur était alors difficile de se positionner sur le niveau de risque sans savoir à quoi chacun correspond selon les concepteurs de l'étude.

Cette trop grande subjectivité a aussi été reprochée, pour la reproductibilité inter-médecins : puisque chacun a sa propre façon de coter le risque, reprendre le cours de la consultation d'un autre, par exemple dans un cabinet d'associés, pourrait constituer en soi un biais.

D. Un manque de protocole après l'estimation du risque suicidaire

Il est apparu dans les divers entretiens qu'il n'y avait pas de protocole clairement défini par les médecins interrogés pour l'évaluation et parfois la prise en charge du risque suicidaire.

La Grille donne des indications, et propose notamment un contact avec un psychiatre à partir d'un risque jugé élevé, et un envoi aux urgences ou en hospitalisation spécialisée pour un péril jugé imminent.

D'une part l'outil donne des indications, mais ne peut se substituer à la décision finale qui appartient au médecin en fonction de la personne qu'il a face à lui et de sa connaissance de la situation clinique. Deux patients ayant un risque jugé similaire peuvent en effet ne pas être pris en charge de façon équivalente selon les situations. La décision incombe au médecin en fonction de son estimation, c'est pour cela que certains médecins insistaient sur la prévalence du jugement clinique au résultat de la grille.

D'autre part, pour les risques intermédiaires, de couleur jaune et orange, le protocole n'est pas indiqué sur le document (Cf Annexe 2) et n'est disponible qu'avec la formation, qui est centrée sur le modèle québécois. Ce manque de protocole pour ces risques était une des premières problématiques soumises par les médecins lors de la question brise-glace.

IV. Comparaison avec les autres outils

Le score RUD, qui est présent dans la littérature du 2ème cycle des études médicales françaises, a été cité dans tous les groupes. Un participant a fait part d'une autre grille québécoise qui comprend les mêmes critères, mais sans plus de précision.

Or, si le RUD permet une bonne exploration de la planification, et notamment permet d'identifier clairement le moyen, il ne va pas au-delà. Les facteurs protecteurs et facteurs favorisants sont alors potentiellement négligés ou incomplètement pris en compte.

En comparaison avec le RUD ou l'échelle de Hamilton, la grille a été jugée plutôt simple à mettre en place, là où certains outils peuvent déshumaniser la consultation, compliquer l'alliance thérapeutique et donc parfois échouer à une bonne prise en charge.

Le TSTS cafard a été uniquement cité par deux participants, sans qu'ils s'en servent.

Cela va dans le sens de la revue de littérature, où il est décrit l'absence d'outil de référence en soins primaires (14).

L'un des objectifs de cette étude était de faire connaître un outil d'aide à ces professionnels qui soit utile dans leur pratique quotidienne. Les médecins interrogés ont tous découvert la grille à la suite de la sollicitation des chercheurs à participer à l'étude. La grille a été plutôt favorablement accueillie dans ce contexte pour combler un manque ou aider à améliorer les prises en charge selon les réserves et les conditions énumérées dans cette discussion.

V. L'utilisation de la grille en pratique

A. Une formation et appropriation nécessaires

Tous les médecins de l'étude se sont accordés sur la nécessité d'explorer la grille individuellement avant son application en consultation. Il paraît impossible et inadapté de la

découvrir en même temps qu'on la soumet à un patient, elle est trop vaste et structurée pour laisser place à trop d'improvisation. Il faut donc la déchiffrer au préalable pour mieux s'en servir. Là encore, son côté accessible et rapidement compréhensible a rapidement été mis en avant par les praticiens, mais celle-ci nécessite un entraînement pour se l'approprier.

Il est apparu dans les entretiens et de façon répétée mais non unanime, que la grille telle que présentée dans le document (cf annexe 2) n'était en soi pas utilisable. En effet, pour les difficultés que l'on a précédemment évoluées, certains des médecins interrogés ne se sentaient pas capables d'effectuer une évaluation fiable. Plusieurs médecins se sont montrés intéressés par la formation.

La formation dure 21 heures, elle vise à présenter la grille et ses objectifs mais aussi à développer le jugement clinique (groupes de 10 à 12 personnes).

Des versions différentes de la formation existent selon les corps de métiers (public adolescents, milieu carcéral, communauté Inuits...). Les formateurs doivent également connaître le public auquel ils s'adressent pour pouvoir adapter leur discours, ils doivent connaître les attentes et les problématiques principales des groupes de métier qu'ils forment.

Les formateurs ont un contrat donné par une organisation accréditée par l'Association québécoise de prévention du suicide avec pour mission d'organiser la prévention du suicide et de former les acteurs de cette prévention. Les médecins ne sont pas la population ciblée initialement pour l'utilisation de cette grille.

B. Intégration à un réseau de soins

L'entretien avec deux des acteurs du SAM a laissé transparaître que, malgré un maillage fourni, il y avait peu de communication entre le monde associatif et le monde médical ou paramédical. Faire un parallèle entre le modèle associatif québécois et le modèle médical français paraît donc inapproprié, notamment sur le plan de la prise en charge, ce qui avait été soulevé dans les focus

groups.

Néanmoins la formation plus accrue des infirmières, notamment des infirmières travaillant en psychiatrie, ainsi que celle des médecins est un objectif des prochaines années.

La difficulté pour les généralistes face à la gestion du risque suicidaire qui a été largement évoquée dans les entretiens comme dans la littérature, est l'isolement face auquel ils sont confrontés notamment hors des zones urbaines(11).

Il a été décrit dans les discussions un manque de lien avec les psychiatres, des difficultés à les joindre rapidement et à obtenir des avis clairs.

Ceci avait déjà été relevé dans une étude anglo-saxonne(20) qui décrivait de mauvais rapports professionnels avec les psychiatres selon les généralistes tout en ayant une forte part de leur activité liée à des problématiques d'ordre psychiatrique.

Il a même été relevé une certaine défiance de certains généralistes vis-à-vis des psychiatres, notamment pour la gestion d'un danger important, le spécialiste étant vu comme un intermédiaire supplémentaire qui ajoute de la confusion et des perturbations pour le patient sans réel bénéfice.

Certains préfèrent le dialogue et le suivi conjoint avec les psychologues qui sont plus disponibles et faciles d'accès. Une étude française(21) sur les relations entre médecins et psychologues souligne l'importance de développer ce lien dans les années futures même si les interactions doivent être mieux caractérisées et le rôle de chacun mieux défini.

A l'intérieur d'un suivi concomitant entre médecin et psychologue comme l'ont décrit les participants de cette étude, les axes de travail peuvent donc être discutés en s'appuyant sur la grille, elle peut donner une base commune facilitant le suivi et les échanges.

Une étude australienne(22) évoque des réseaux CLIPP, qui fonctionnent comme des CMP en France, où le patient voit le psychiatre une à deux fois par an, celui-ci donnant une feuille de route à suivre, étant en discussion avec le médecin traitant, ce qui nécessite une confiance et une transparence mutuelles. Ce genre de pratique existe en France et mérite d'être développé.

Au Québec, la stratégie de prise en charge du risque suicidaire a été institutionnalisée et organisée par les pouvoirs publics afin d'avoir un réseau plus efficace et plus ramifié.
On pourrait se servir de cette accessibilité décrite par les généralistes de l'étude pour tenter de la diffuser aux autres intervenants de santé concernés, ce qui pourrait enrichir le réseau français de la même manière.

Au Québec, cela a permis de donner un langage commun à différentes professions et justifie les alertes données par les travailleurs sociaux devant un patient jugé à risque.
Un travail complémentaire sur le protocole selon les risques, en accord avec des acteurs du réseaux de santé mentale serait nécessaire. Cela pourrait aussi augmenter l'adhésion à l'utilisation de cette grille, afin d'améliorer la communication des acteurs du réseau sanitaire et social.

C. Développement d'un support informatique

Le support fourni aux médecins interrogés pour cette étude était un document PDF qu'il ont pu ensuite imprimer. Certains ont proposé de garder ce support papier afin de remplir la grille avec le patient. D'autres auraient préféré un support informatique pour remplir la grille plus efficacement et rapidement.
A l'inverse certains ont craint que remplir la grille sur le même temps que la discussion ne rompe le lien thérapeutique et ne soit délétère à l'entretien.
Il convient à chacun de choisir son support et la façon de l'utiliser selon ses avantages et inconvénients. Certains préfèrent avoir un support papier physique mais celui-ci demande une manipulation supplémentaire en scannant et en rangeant l'évaluation dans le dossier patient.
Le support informatique a été plébiscité et semble plus adapté aux nouvelles pratiques. En effet, une étude française(23) relève peu de freins à l'utilisation des supports informatiques et à l'utilisation d'internet par les généralistes. Internet permet de répondre rapidement aux

interrogations et comble un manque d'information à un moment donné.

Une idée soumise serait de ranger la grille sur des plateformes ou des moteurs de recherches facilement accessibles via internet, comme peuvent l'être les fiches d'auto mesure tensionnelle ou les calendriers de vaccination, type "kit médical". Dans ce cas, il permettrait un potentiel stockage de l'outil et de l'information.

Le développement et la mise en œuvre du support informatique dans différents formats de cette grille pourrait faire l'objet d'une future étude.

Ce genre de consultations, d'après les médecins interrogés, nécessite de mettre en place une alliance thérapeutique forte. Il faut, selon eux, être capable d'instaurer un climat de confiance pour envisager une évaluation fiable et enclencher un processus de guérison. Le fait de regarder sur son écran ou une feuille de papier pourrait nuire à la qualité du lien, créer une distance et mettre en échec des soins de qualité.

Le consensus était donc la maîtrise totale de la grille pour pouvoir l'intégrer à l'entretien avec le patient et ensuite la remplir au calme et évaluer le risque et les principaux enjeux de travail de la prochaine consultation.

D. L'importance de l'alliance thérapeutique et les voies d'amélioration

Même si l'impression globale sur la grille est revenue positive, la discussion autour de la gestion du risque suicidaire en médecine générale a plusieurs fois évoqué l'importance de l'alliance, aussi appelée lien thérapeutique.

Le lien thérapeutique découle de la relation de confiance que le médecin doit tenter de tisser avec son patient. Il est à la base de l'échange et de la relation médecin-patient, rien ne peut se concevoir ni s'envisager sans lui. Il est étudié depuis de nombreuses années dans les sciences

sociales et médicales et décrit dans la littérature(24).

Une grande partie des discussions de l'étude a tourné autour de cette importance capitale du lien thérapeutique en médecine générale, de son caractère indispensable qui en fait même l'essence de la profession.

Une étude française de 2008 relevait que, pour la quasi unanimité des médecins généralistes interrogés, la qualité relationnelle était primordiale à l'efficacité de la rémission et pierre angulaire du traitement et suivi de la dépression(24).

L'alliance thérapeutique peut prendre différentes formes et conditionne alors grandement l'évolution de la maladie et le vécu par le malade et le médecin de leur relation.

La conclusion qui en découle est que la GEDPAS n'est et ne doit rester qu'un outil, une aide. C'est ce qui est d'ailleurs stipulé dans le document de présentation et qui a été répété à plusieurs reprises dans les différents entretiens.

Elle ne se substitue pas à l'alliance thérapeutique ; pour la plupart des participants de l'étude elle ne fonctionnera que mieux si elle est intégrée à une discussion de façon fluide et non posée mécaniquement.

Elle peut permettre un interrogatoire quasi complet sur les facteurs de risque et protecteurs, elle peut permettre de déceler des leviers d'intervention, elle peut rassurer le praticien sur son évaluation, elle donne un gage de sécurité quant à l'exhaustivité des questions qu'il explore, et de ce fait elle pourrait permettre de mieux comprendre le patient et donc de construire une alliance plus solide.

Mais elle doit continuer à évoluer, elle doit être évaluée en situation et confrontée à la réalité des consultations. Un travail de recherche pourrait être centré sur l'efficacité de cette grille, par rapport à une consultation sans cet outil en médecine générale, mais cela nécessite aussi que la grille soit mieux connue. Elle pourrait peut-être combler un manque qui a été plusieurs fois décrit dans les entretiens et dans la littérature et permettre des avancées dans la gestion du risque suicidaire en médecine.

CONCLUSION

La crise suicidaire est un motif de consultation fréquent et complexe en médecine générale, le contexte du covid n'a fait que majorer cette incidence. De plus, la diminution de l'offre de soins aux niveaux médical et paramédical dans le domaine psychiatrique accentue cette difficulté, d'autant plus avec les freins d'accessibilité tels que l'aspect financier et les représentations de la santé mentale.

Bien qu'initialement non destinée à des médecins, la GEDPAS s'avère être un bon outil pour le dépistage de la crise suicidaire et sa prise en charge, de par sa construction, sa validation au Québec et ainsi que le suggèrent les médecins interrogés.

Elle permet de rassurer les médecins peu expérimentés avec ce type de consultation en donnant des critères objectifs. Elle fait office de rappel sur certains items qui n'étaient pas explorés par méconnaissance ou oubli.
Elle peut aussi s'intégrer dans un suivi et donner des axes de travail sur des items, quand certains médecins n'avaient pas vraiment d'objectifs de prise en charge.

Cet outil présente aussi des faiblesses avec une cotation inhabituelle nécessitant une appropriation de la grille voire même une formation qui a déjà lieu au Québec, sur un territoire qui ne présente pas forcément la même approche ou la même réalité de terrain en termes associatif, paramédical et médical.

Par ailleurs, les médecins interrogés aimeraient que l'aide à la prise en charge soit plus protocolisée, afin de faciliter la mise en place l'interdisciplinarité dont le médecin généraliste a

parfois besoin, dans un réseau qui semble difficile d'accès.

La suite d'un travail portant sur des protocoles, selon les résultats obtenus avec l'utilisation de la grille d'estimation du risque suicidaire, en lien avec des psychologues, des psychiatres et les services d'urgences, serait intéressante et pourrait montrer un intérêt supplémentaire majeur à l'utilisation de la grille.

Enfin, elle est, et ne doit rester qu'un outil pour certains des médecins interrogés, puisqu'elle ne peut se substituer au lien thérapeutique qui est primordial et qui reste au centre de la consultation, ce qui est en accord avec le support de la grille transmis aux participants.

Au terme de cette étude la grille mériterait d'être plus connue et accessible, stockée dans un site d'outils médical, tel que "kit médical", téléchargeable et imprimable afin de pouvoir l'utiliser sur plusieurs supports.

THÈSE SOUTENUE PAR : Jean-Tony VITTORI | Florian DHONDT

TITRE :

RECUEIL DE L'OPINION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'ISÈRE, SAVOIE et HAUTE SAVOIE SUR LA GRILLE D'ESTIMATION DE LA DANGEROSITÉ D'UN PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

CONCLUSION :

La crise suicidaire est un motif de consultation fréquent et complexe en médecine générale, le contexte du covid n'a fait que majorer cette incidence. De plus, la diminution de l'offre de soins aux niveaux médical et paramédical dans le domaine psychiatrique accentue cette difficulté, d'autant plus avec les freins d'accessibilité tels que l'aspect financier et les représentations de la santé mentale.

Bien qu'initialement non destinée à des médecins, la GEDPAS s'avère être un bon outil pour le dépistage de la crise suicidaire et sa prise en charge, de par sa construction, sa validation au Québec et ainsi que le suggèrent les médecins interrogés.

Elle permet de rassurer les médecins peu expérimentés avec ce type de consultation en donnant des critères objectifs. Elle fait office de rappel sur certains items qui n'étaient pas explorés par méconnaissance ou oubli.
Elle peut aussi s'intégrer dans un suivi et donner des axes de travail sur des items, quand certains médecins n'avaient pas vraiment d'objectifs de prise en charge.

Cet outil présente aussi des faiblesses avec une cotation inhabituelle nécessitant une appropriation de la grille voire même une formation qui a déjà lieu au Québec, sur un territoire qui ne présente pas forcément la même approche ou la même réalité de terrain en termes associatif, paramédical et médical.

Par ailleurs, les médecins interrogés aimeraient que l'aide à la prise en charge soit plus protocolisée, afin de faciliter la mise en place l'interdisciplinarité dont le médecin généraliste a parfois besoin, dans un réseau qui semble difficile d'accès.
La suite d'un travail portant sur des protocoles, selon les résultats obtenus avec l'utilisation de la grille d'estimation du risque suicidaire, en lien avec des psychologues, des psychiatres et les services d'urgences, serait intéressante et pourrait montrer un intérêt supplémentaire majeur à l'utilisation de la grille.

Enfin, elle est, et ne doit rester qu'un outil pour certains des médecins interrogés, puisqu'elle ne peut se substituer au lien thérapeutique qui est primordial et qui reste au centre de la consultation, ce qui est en accord avec le support de la grille transmis aux participants.

Au terme de cette étude la grille mériterait d'être plus connue et accessible, stockée dans un site d'outils médical, tel que "kit médical", téléchargeable et imprimable afin de pouvoir l'utiliser sur plusieurs supports.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 4/04/22

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE

Pr. Patrice MORAND

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

LE PRÉSIDENT DU JURY

Pr. Patrick IMBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. BMC Public Health. 31 juill 2007;7(1):188.

2. Fleury M-J, Bamvita J-M, Tremblay J. Variables associated with general practitioners taking on serious mental disorder patients. BMC Fam Pract. déc 2009;10(1):41.

3. Beck FGE, Sapinho D, Chan Chee C, Briffault X, Lamboy B. Méthodologie de l'enquête ANADEP. In: Chee CC, Beck F, Sapinho D, dir.) PG (sous la, éditeurs. La dépression en France Enquête Anadep 2005 [Internet]. Inpes; 2009 [cité 13 mars 2022]. p. 19-34. (Etudes Santé). Disponible sur: https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00574769

4. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Études et résultats. 2004;(315).

5. publique France S. Suicide et tentatives de suicide: données épidémiologiques récentes. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2019;(3-4):5.

6. Santé AN d'Accréditation et d'Évaluation en. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. In: Conférence de consensus. 2000. p. 19-20.

7. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry. juin 2002;159(6):909-16.

8. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's Not Talk About It: Suicide Inquiry in Primary Care. Ann Fam Med. sept 2007;5(5):412-8.

9. des Comptes C. L'organisation des soins psychiatriques; les effets du plan «Psychiatrie et santé mentale» 2005-2010. Synthèse du rapport public thématique. 2011;

10. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. L'information psychiatrique. 2014;90(5):341-52.

11. Ydema A, Valli A. Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes de Haute-Savoie face à leur rôle et à leur place dans le parcours de soins en santé mentale [Internet]. undefined. 2019 [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: /paper/%C3%89tude-qualitative-sur-le-ressenti-des-m%C3%A9decins-de-%C3%A0-Ydema-Valli/949e597d9a59afca1d8d803a4110c33bb535c7ee

12. Haute Autorité de Santé HAS. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2000. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

13. Wheat S, Dschida D, Talen MR. Psychiatric Emergencies. Primary Care: Clinics in Office Practice. juin 2016;43(2):341-54.

14. Blanchet M. Revue de la littérature: les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en soins primaires. :63.

15. Peyron P-A. Les Outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en Médecine Générale: Revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Faculté de médecine; 2012.

16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. déc 2007;19(6):349-57.

17. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

18. Aubert J. [The extraordinary development of a toolbox in general medicine. Technical, clinical and communication tools]. Rev Med Suisse. 16 oct 2013;9(402):1917-20.

19. Phongsavan P, Oldenburg BF, Ward JE, Gordon JJ. Mental health care practices and educational needs of general practitioners. Medical Journal of Australia. 1995;162(3):139-42.

20. Dumesnil H, Cortaredona S, Verdoux H, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P. General Practitioners' Choices and Their Determinants When Starting Treatment for Major Depression: A Cross Sectional, Randomized Case-Vignette Survey. PLOS ONE. 18 déc 2012;7(12):e52429.

21. Vergès Y, Vernhes S, Vanneste P, Braun É, Poutrain J-C, Dupouy J, et al. Collaboration entre médecins généralistes et psychologues en libéral. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 oct 2021;179(8):757-67.

22. Meadows GN. Establishing a collaborative service model for primary mental health care. Medical Journal of Australia. févr 1998;168(4):162-5.

23. Bernard E, Arnould M, Saint-Lary O, Duhot D, Hebbrecht G. Internet use for information seeking in clinical practice: A cross-sectional survey among French general practitioners. International Journal of Medical Informatics. 1 juill 2012;81(7):493-9.

24. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspectives Psy. 2010;Vol. 49(4):317-26.

Annexe 1 : Formulaire d'information – Thèse sur la grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du travail de notre thèse nous souhaiterions vous présenter un outil d'estimation de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire existant sous la forme d'une grille.

Cette lettre d'information vise à vous informer des objectifs et du déroulement de cette étude, pour nous assurer que vous n'y êtes pas opposé(e).
Vous pouvez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, réfléchir à votre participation, et demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Étude sous la direction : Dr Kevin Brutin, directeur de thèse.
Responsable : CHU de Grenoble
Investigateurs principaux : Florian DHONDT, co-investigateur et Jean-Tony VITTORI co-investigateur
Buts de l'étude : Cette étude, via un questionnaire ouvert doit nous permettre d'enregistrer le ressenti et les impressions des médecins qui la découvrent et d'aborder le sujet de la gestion de l'urgence psychiatrique et en particulier du risque suicidaire en médecine générale.
Engagement du participant :
Participer à un focus groups, comprenant 4 à 8 médecins généralistes de la région Isère et Savoie, afin de discuter du sujet de l'étude, en la présence d'un modérateur et d'un observateur qui sont les investigateurs principaux.

Les focus groups se dérouleront à l'aide d'un questionnaire préalablement établi afin d'explorer votre ressenti concernant le risque suicidaire en tant que médecin généraliste, ainsi que votre avis concernant la grille d'estimation du risque suicidaire, envoyée conjointement dans le mail.
Les entretiens en groupes permettront d'établir une dynamique et de favoriser l'émergence des idées.

Accepter d'être inclus dans cette étude signifie accepter que vos données concernant votre Age, votre sexe et votre activité et que les entretiens en focus groups soient recueillies et analysées de façon pseudonymisée.

Les données vous concernant seront recueillies lors des entretiens et seront rendues publiques lors de la publication de la thèse.Les données recueillies ne permettront pas de vous identifier, votre anonymat sera préservé.

Liberté du participant :
Votre consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

Confidentialité des informations :
Vos données seront utilisées uniquement pour répondre aux objectifs de la recherche.
En tout état de cause, toutes les parties impliquées dans cette recherche sont tenues de respecter la confidentialité de vos données personnelles.
Les données permettant de retrouver les participants seront anonymisées ou généralisées.

Législation :

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement
- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées
- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli

Néanmoins, conformément aux articles 17.3.c et 17.3.d du RGPD, ce droit ne s'applique pas dans la mesure où le traitement des données est nécessaire à des fins statistiques et pouvant rendre impossible ou compromettre gravement la réalisation des objectifs du dit traitement. Le cas échéant, pour ne pas mettre en péril les résultats de l'étude, nous conserverons donc vos données.

- vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Pour exercer ces droits, veuillez contacter les responsables de l'étude à l'adresse mail : Le responsable projet Kevin BRUTIN
kevin.brutin@univ-grenoble-alpes.fr
kevin.brutin@gmail.com

Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Nous vous remercions par avance pour votre participation, et nous sommes En vous remerciant d'avance pour le temps dédié et en attente de votre réponse, je vous prie d'agréer
Docteur, nos respectueuses salutations.

DHONDT Florian
VITTORI Jean Tony

Annexe 2 : Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

Fondements théoriques et pratiques

12 décembre 2012

Rédaction

Brigitte Lavoie
Conseillère clinique, Suicide Action Montréal

Marie Lecavalier
Adjointe à la direction des services à la clientèle, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Philippe Angers
Coordonnateur clinique, Suicide Action Montréal

Janie Houle
Professeure-chercheuse, Université du Québec à Montréal

Collaboration à la rédaction

Josée Thiffault
Formatrice-conseillère, Suicide Action Montréal

Véronique Landry
Coordonnatrice au partenariat et à la formation, Suicide Action Montréal

Soutien à la révision

Françoise Roy
Consultante en prévention du suicide, Association québécoise de prévention du suicide

Julie Lane
Chercheuse, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Révision scientifique

Janie Houle
Professeure-chercheuse, Université du Québec à Montréal

Révision bibliographique

Karine Bélanger
Bibliothécaire, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Révision linguistique

Sarah Bernard Correctrice-réviseure

A. Référence complète pour citation

Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P., Houle, J. (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques*. Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.

A. Droit d'auteur

Il est interdit de modifier la *Grille* et les outils qui l'accompagnent sans une autorisation écrite des auteurs.

© Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal

« L'idée du suicide se construit quand la douleur est jugée intolérable, interminable et inévitable. »

Chiles et Strosahl (2005)

« L'atteinte d'un résultat positif augmente quand le client perçoit que son intervenant entretient de l'espoir envers lui. »

Snyder, Ilardi, Michael et Cheavens (2000)

Table des matières

Remerciements vi

Liste des acronymes vii

Introduction 1

Conditions d'utilisation et limites de l'outil 1

Contexte d'origine 2

Principes directeurs 3

Élargir l'estimation du danger à d'autres facteurs que le COQ 4

Privilégier les facteurs proximaux, ceux les plus près du passage à l'acte 5

Situer sur un continuum les facteurs de risque et de protection 6

Tenir compte des symptômes liés aux problèmes de santé mentale 7

Favoriser le jugement clinique dans la prise de décision 8

Démarche de validation 9

Recension des écrits et des outils existants 10

Échanges avec des chercheurs mandatés pour recenser les bonnes pratiques 11

Consultations d'experts et groupes de discussion avec des professionnels 12

Utilisation de vignettes cliniques et comparaison des cotes obtenues entre différents évaluateurs 13

Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire 14

Planification du suicide 14

Tentative de suicide 15

Capacité à espérer un changement 17

Usage de substances 18

Capacité à se contrôler 20

Présence de proches 22

Capacité à prendre soin de soi 23

Estimation finale 24

Vue d'ensemble 25

Conclusion 26

Un travail de collaboration 26

Des partenaires pour prévenir le suicide 26

Références 27

Annexes : Diverses grilles d'évaluation en prévention du suicide 34

I. Remerciements

Le présent projet n'aurait pu voir le jour sans la participation de plusieurs acteurs qui ont su mettre à profit leurs talents et leurs connaissances dans un climat de générosité orienté vers l'atteinte d'un idéal commun, soit de mieux desservir les personnes en détresse suicidaire. Nous tenons à remercier chaleureusement nos deux établissements pour avoir cru au projet et mis en place les conditions gagnantes à ce partenariat réussi. Il est à ce titre important de souligner le soutien d'André Landry, directeur général de Suicide Action Montréal (SAM), et de France Lecompte, directrice des services à la clientèle au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD), qui ont appuyé ce projet afin d'offrir à la clientèle des services de plus grande qualité.

Pour SAM, nos remerciements s'adressent d'abord au comité interne : Philippe Angers et Yannick Arsenault, coordonnateurs des services à l'entourage et aux intervenants; Isabelle Bélanger et Melissa Lutchman, responsables du service d'intervention téléphonique; Valérie Briançon et Vanessa Legault, responsables de la formation des bénévoles; et Martine Grondin, formatrice aux intervenants. Votre engagement, votre savoir, votre créativité et votre ouverture d'esprit à remettre en question les acquis ont été le moteur de ce dépassement. Il faut également remercier tous les employés qui ont testé les premiers prototypes et formulé des critiques permettant des améliorations. Merci également aux bénévoles formateurs dont l'enthousiasme est toujours une source d'inspiration pour améliorer les pratiques. Un merci spécial doit être adressé aux formatrices- conseillères, Sharon Casey, Joanne Lemay et Josée Thiffault, qui ont mis les contenus à l'épreuve en les expérimentant auprès des intervenants du CDC-IUD et qui ont aidé à préciser les consignes d'utilisation des outils.

Pour le CDC-IUD, un merci spécial à Danielle Duhamel, psychologue, qui a été une source d'inspiration; au Dr Richard Cloutier, médecin psychiatre à la Clinique Cormier-Lafontaine; à la Dre Marie-Ève Goyer, médecin au Centre hospitalier universitaire de Montréal; à Marie-France Bastien, coordonnatrice de l'équipe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ) et de l'infrastructure de recherche du CDC-IUD; à Michel Landry, codirecteur du RISQ et conseiller à la recherche au CDC-IUD; aux membres de l'équipe de l'Urgence-Toxicomanie et du service de désintoxication; ainsi qu'aux membres des groupes de discussion, qui n'ont jamais hésité à répondre à nos questions et à orienter notre réflexion. Vos commentaires ont été précieux. Merci à Karine Bélanger, bibliothécaire au CDC-IUD, pour la révision de la bibliographie; grâce à toi, les règles de l'art ont été respectées.

Enfin, nous ne pouvons passer sous silence toutes ces personnes consultées au fil du projet : Brian Mishara, directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie et professeur à l'Université du Québec à Montréal (UQAM); Janie Houle, professeure-chercheuse à l'UQAM; Louise Nadeau, professeure à l'Université de Montréal; Sylvaine Raymond, psychologue; Françoise Roy, consultante pour l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS); Hélène Simoneau, chercheuse au CDC-IUD; les directeurs généraux des Centres de prévention du suicide; les superviseurs cliniques et les formateurs accrédités de l'AQPS dont les questions et commentaires nous ont toujours fait avancer. Merci à Johanne Archambault, directrice à la Direction de la coordination et des affaires académiques du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS); Julie Gauthier, agente de recherche à la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS); Marthe Hamel, chef de service à la Direction générale de la santé publique du MSSS; et Julie Lane, chercheuse au CSSS-IUGS, pour la confiance qu'elles ont accordée à nos équipes de cliniciens et d'intervenants.

La liste serait trop longue si nous énumérions toutes les personnes qui nous ont aidés; vous saurez vous reconnaître et nous tenons à vous assurer de notre reconnaissance. Nous espérons qu'en sachant mieux estimer et intervenir, nous contribuerons à cet effort collectif de prévenir le suicide.

Brigitte Lavoie **Marie Lecavalier**
Conseillère clinique Adjointe à la direction des services à la clientèle
SAM CDC-IUD

Liste des acronymes

AQPS Association québécoise de prévention du suicide

CDC-IUD Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dé-

pendances CSSS Centre de santé et de services sociaux

IUGS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux du

Québec NSPL National Suicide Prevention Lifeline

RISQ Recherche et intervention sur les substances psychoactives –

Québec SAM Suicide Action Montréal

UQAM Université du Québec à Montréal

A. Notes

I. Dans le présent document, la forme masculine est utilisée sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

II. Dans cette optique, la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire* est simplement nommée la *Grille*.

Introduction

Au Québec, une démarche d'amélioration des pratiques en prévention du suicide est en cours de réalisation depuis 2010. Ce projet national vise un rehaussement de la qualité et comporte plusieurs stratégies afin de réduire les décès par suicide. Parallèlement, Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances ont créé en 2009 la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire*.

Cette *Grille* vise à soutenir le jugement clinique de l'intervenant pour estimer la dangerosité suicidaire, cibler des leviers d'intervention et prendre une décision afin d'assurer la sécurité de la personne. Elle facilite également l'instauration d'un langage commun entre les intervenants engagés auprès de la personne suicidaire et s'inscrit en cohérence avec les bonnes pratiques recommandées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (Lane, Archambault, Collins-Poulette et Camirand, 2010).

Le présent document a été réalisé afin d'exposer les fondements théoriques et pratiques à la base de la *Grille*. Il s'adresse aux intervenants des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, aux équipes des centres de prévention du suicide, aux formateurs accrédités par l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), ainsi qu'à tous les professionnels (ex. : gestionnaires, superviseurs, chercheurs) intéressés à comprendre le raisonnement ayant soutenu les choix effectués. Certaines décisions ont été influencées par l'état des connaissances scientifiques et les savoirs d'expérience, tandis que d'autres ont été prises pour des questions d'ordre pratique.

La première section expose le contexte existant au moment où cet outil a été créé. Les principes directeurs sont ensuite abordés, de même que les enjeux ayant marqué la démarche de validation. Enfin, la *Grille* est présentée, avec le raisonnement théorique ayant soutenu le choix des critères.

A. Conditions d'utilisation et limites de l'outil

La *Grille* ne s'applique qu'aux personnes de 14 ans et plus. Elle ne doit pas être utilisée auprès des enfants. Il est également important de faire une mise en garde : l'utilisation de l'outil doit s'inscrire à l'intérieur d'une alliance thérapeutique et ne doit en aucun cas être administré uniquement comme un questionnaire, sans une intervention en simultanée. L'intervenant doit aider la personne suicidaire à retrouver l'espoir en même temps qu'il estime la dangerosité et intervenir sur les facteurs de protection. Aucun outil ne peut remplacer une formation pertinente, une supervision clinique continue et des protocoles sécuritaires qui permettent aux intervenants d'être proactifs dans les situations qui l'exigent.

Afin d'assurer la qualité des interventions, il est essentiel de développer les compétences nécessaires à la bonne utilisation de la *Grille*. À cet effet, les intervenants reçoivent une formation de 21 heures. Cette formation, offerte par des formateurs accrédités par l'AQPS, est mise à jour de façon cohérente avec le *Guide de bonnes pratiques* du MSSS (Lane *et al.*, 2010).

Contexte d'origine

Malgré les importantes avancées en matière de prévention, le suicide demeure un grave problème de santé publique au Québec. En 2009, 1068 décès par suicide ont été répertoriés dans la province, ce qui signifie que trois Québécois meurent chaque jour à la suite d'un geste suicidaire. Ces personnes souffrent très souvent de troubles mentaux, tels que la dépression, l'abus de substances et les troubles de la personnalité (Kim *et al.*, 2003).

En 2006, le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) a été confronté, sur une période de six mois, à quatre décès par suicide de personnes étant dans la phase active de leur suivi, ce qui représente un nombre anormalement élevé au CDC-IUD. L'étude des dossiers a permis de mettre en évidence que, dans les heures qui ont précédé le passage à l'acte, **seuls les éléments de la planification du suicide étaient pris en compte, sans considérer l'influence des facteurs de risque et de protection**.

Bien que les formations en prévention du suicide (dont celles offertes par Suicide Action Montréal et par l'Association québécoise de prévention du suicide) aient recommandé aux intervenants de considérer ces facteurs dans leur évaluation du risque de passage à l'acte, cette consigne était probablement oubliée en l'absence de formalisation au sein d'un outil d'estimation. Autre fait important, devant un tableau de consommation s'étant amélioré, les intervenants ne vérifiaient pas systématiquement les idées de suicide. Une profonde réflexion s'imposait donc quant à nos pratiques, et la recherche d'outils d'évaluation plus efficients apparaissait incontournable.

Principes directeurs

Les questions suivantes ont orienté la prise de décision tout au long de la démarche :

I. Les choix effectués dans le développement de la *Grille* reflètent-ils l'état des connaissances scientifiques et cliniques?

I. L'outil est-il suffisamment concret et pratique pour que les intervenants l'utilisent?

I. Permet-il de prendre des décisions et d'ajuster l'intensité des services qui doivent être offerts en fonction du niveau de danger?

À l'intérieur de ces balises, **cinq principes directeurs** ont été définis :

A. Élargir l'estimation du danger à d'autres facteurs que le COQ (comment, où, quand);

A. Privilégier les facteurs proximaux, ceux les plus près du passage à l'acte;

A. Situer sur un continuum les facteurs de risque et de protection;

A. Tenir compte des symptômes liés aux problèmes de santé mentale;

A. Favoriser le jugement clinique dans la prise de décision.

Élargir l'estimation du danger à d'autres facteurs que le COQ

Les termes employés pour décrire l'évaluation que l'on pose dans un contexte de suicidabilité sont nombreux (ex. : dangerosité, facteurs associés au suicide, facteurs de risque, potentiel suicidaire, présence d'idées suicidaires, risque suicidaire, urgence suicidaire). Cette diversité d'expressions complexifie le partage d'un langage commun entre les intervenants.

Basée sur le COQ, la notion d'*urgence suicidaire*, soit la probabilité de passage à l'acte dans les 48 heures, est souvent statuée uniquement en fonction de la précision du plan suicidaire (Lane et Archambault, 2010). Certains intervenants ne modulent donc pas cette information en considérant la présence de facteurs associés au suicide ou de facteurs de protection (Lane et Archambault, 2010). Quant au concept de *risque suicidaire*, soit la probabilité qu'une personne se suicide à l'intérieur d'une période de deux ans (Daigle et Côté, 2003), il rend difficile la prise de décision à court terme, alors qu'il s'agit d'un enjeu de vie ou de mort.

Comme il a été constaté, le fait que les facteurs de risque et de protection soient précisés en formation ne s'avère pas suffisant. Ce phénomène se comprend facilement, car le contact avec une personne suicidaire induit une pression importante. L'intervenant doit juger rapidement et convenablement de la situation tout en créant un lien de confiance. Dans ce contexte exigeant, il est normal que le clinicien ne puisse pas se rappeler des distinctions fines sur le plan théorique, de sorte que l'urgence, le risque et le potentiel deviennent synonymes. Il importait donc de choisir une expression directement en lien avec les actions à poser.

L'expression « **dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire** » a été privilégiée pour deux raisons :

1. Le terme *dangerosité* est plus précis sur le plan sémantique : « Fait d'être dangereux, caractère de danger que présente quelque chose » (*Le petit Larousse illustré*, 2007,
   p. 327). Il est clair que cette définition représente ce dont il est question. En un seul et même outil, la *Grille* formalise donc l'urgence suicidaire, les facteurs associés au suicide et les facteurs de protection.

1. En utilisant le même terme (*dangerosité*), on simplifie la tâche de l'intervenant en lui évitant d'avoir à apprendre deux langages différents. Au Québec, il existe en effet une loi qui permet exceptionnellement de protéger une personne contre son gré lorsqu'elle représente un *danger grave* pour elle-même ou pour autrui, soit la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001). L'intervenant emploie donc le mot *dangerosité* dans des contextes où cette loi s'applique, mais également lorsqu'un danger grave plane sans qu'il ne soit circonscrit dans le temps.

Privilégier les facteurs proximaux, ceux les plus près du passage à l'acte

Il est possible de dénombrer plus de 75 facteurs associés au suicide (Lane et Archambault, 2010). Dans le cadre de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, il s'avère impossible d'investiguer la présence de chacun d'eux (Wingate, Joiner, Walker, Rudd et Jobes, 2004). L'ensemble de ces éléments illustre la complexité du phénomène, mais rend difficile la prise de décision.

Il importe donc que les intervenants se concentrent sur les facteurs les plus déterminants d'un éventuel passage à l'acte suicidaire (Wingate *et al.*, 2004). Certains critères incontournables ont été établis, afin de faciliter la prise de décision concernant les actions à mettre en place à court terme (ex. : hospitaliser, offrir un suivi plus intense, adopter une attitude proactive). Les facteurs proximaux ont été privilégiés, soient ceux les plus près du passage à l'acte, mais également ceux pouvant servir de leviers pour travailler l'ambivalence pendant l'intervention.

La *Grille* se compose ainsi de <u>sept critères</u> :

Planification du suicide;

Tentative de suicide;

Capacité à espérer un changement;

Usage de substances;

Capacité à se contrôler;

Présence de proches;

Capacité à prendre soin de soi.

Il est à noter que la *Grille* ne se veut pas un outil de détection, même s'il s'avère nécessaire de mieux repérer les personnes vulnérables au suicide. Des éléments augmentant la vulnérabilité peuvent être décelés pour diverses problématiques liées à la détresse suicidaire. Lorsqu'ils sont présents, l'intervenant doit être proactif en allant vérifier si la personne est suicidaire ou non. Permettant d'intensifier le repérage, ces « moments critiques » se trouvent en amont et justifient d'estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire à l'aide de la *Grille*.

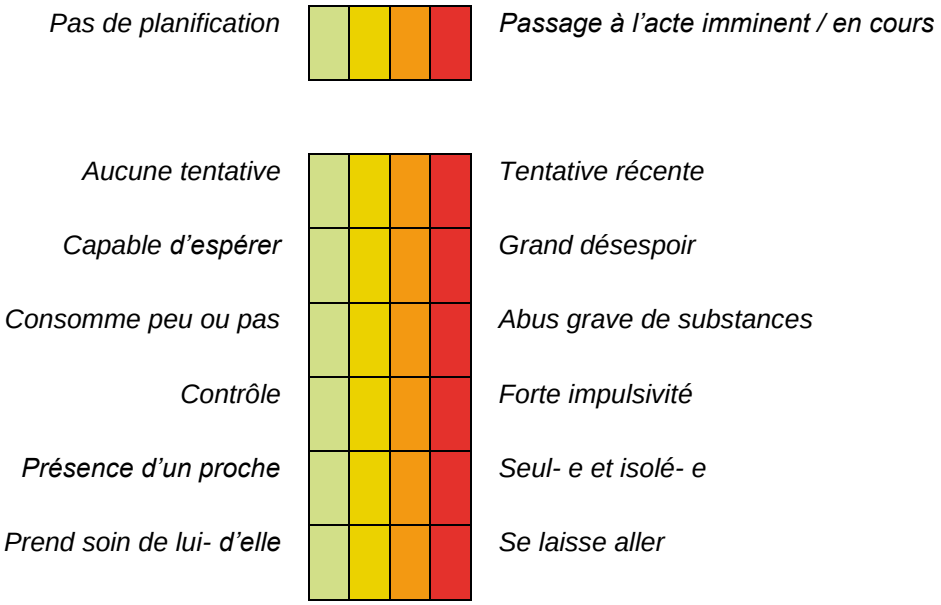
Par exemple, devant un homme qui vit une rupture amoureuse, il est recommandé d'aller vérifier systématiquement s'il pense au suicide. De la même façon, si un professionnel du jeu pathologique assure un suivi avec une personne qui vient de perdre un important montant d'argent, il est nécessaire d'investiguer la présence d'idéations suicidaires. Également, les personnes présentant des symptômes de dépression doivent être mieux détectées et des traitements appropriés devraient leur être offerts.

Situer sur un continuum les facteurs de risque et de protection

L'option d'utiliser un continuum plutôt qu'une cote statique pour estimer la dangerosité a rapidement été retenue. Différents éléments ont justifié cette décision. Le continuum permet d'appuyer l'idée que l'état de la personne peut changer pendant l'entrevue. Il favorise ainsi une lecture dynamique des enjeux et laisse place au jugement clinique. En évitant l'emploi d'un algorithme tellement difficile d'utilisation qu'il engendre des erreurs d'interprétation et des cotes erronées, la *Grille* demeure conviviale. Un outil performant, mais trop complexe, n'apporterait aucun avantage pour la prévention du suicide.

Tout en recueillant l'information permettant de mieux estimer, il est essentiel de préserver la qualité du lien avec la personne, de valider sa souffrance, de faire grandir l'espoir et les raisons de vivre. Dans cette perspective, l'ambivalence est un concept-clé dans l'intervention auprès de la personne suicidaire. Sans la considérer de façon exclusive, l'approche orientée vers les solutions représente un modèle prometteur pour stimuler les facteurs de protection à la source de cette ambivalence (Fiske, 2008). Mishara (2003) émet d'ailleurs l'hypothèse que ces derniers ont probablement autant de poids, sinon plus, que les facteurs de risque.

Le continuum de couleurs permet d'exposer les facteurs de protection à gauche (dans le vert et le jaune) et les facteurs de risque à droite (dans l'orange et le rouge). Le clinicien qui cote peut ainsi visualiser clairement ce qui protège la personne et ce qui la met en danger. Cette première lecture aide à dégager rapidement les enjeux les plus importants dans chaque situation.



Tenir compte des symptômes liés aux problèmes de santé mentale

Les personnes décédées par suicide présentaient un trouble mental dans une proportion de 90 % (Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki, 2004). Les problèmes les plus fréquemment associés à la mortalité par suicide chez la population adulte correspondent aux troubles affectifs (dépression majeure), à l'abus de substances et aux troubles de la personnalité limite et antisociale (Dumais *et al.*, 2005). Bien que la grande majorité des gens atteints d'un trouble mental ne meurent pas par suicide, cette population mérite une attention particulière en raison de cette forte prévalence dans l'analyse des décès par suicide.

Dans le contexte québécois de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (projet de loi 21), le diagnostic demeure un acte réservé à certains professionnels. Face à ce défi, les critères diagnostiques propres aux maladies mentales les plus associées au suicide ont été opérationnalisés à partir des comportements ou d'indicateurs observables et significatifs sur le plan clinique. La *Grille* ne requiert pas de travailler avec des diagnostics pour cibler les enjeux d'un passage à l'acte suicidaire et demeure accessible à toutes les personnes formées à son utilisation.

Afin de guider le jugement de l'intervenant, la *Grille* est accompagnée d'une pondération, ce qui permet de nuancer les facteurs associés au suicide à l'intérieur de chacun des critères. À titre d'exemple, voici un des éléments de la pondération qui expose comment les symptômes neuro-végétatifs liés à la dépression sont gradués pour l'estimation :

Extrait du critère « Capacité à prendre soin de soi »

Répond bien à ses besoins, fait des activités qui apportent satisfaction	Répond à ses besoins de base (dormir, manger, se laver)	Répond peu à ses besoins de base (ne dort pas bien, ne mange pas bien)	Ne répond plus à ses besoins de base (ne dort plus, ne mange plus depuis plusieurs jours)

Favoriser le jugement clinique dans la prise de décision

En cours d'intervention, les cliniciens doivent prendre des décisions qui reposent sur une estimation de la dangerosité la plus juste possible. Cette évaluation oriente par la suite les interventions à mettre en place (ex. : contacter le 9-1-1, activer un suivi étroit, mobiliser un proche). Dans cette perspective, la *Grille* se veut un outil d'aide à la décision, à partir de quatre niveaux de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire :

Absence d'indice de danger	**Indices de danger (faible)**	**Danger grave à court terme**	**Danger grave et imminent**

Largement connu en circulation routière, le code de couleur « vert – jaune – rouge » s'avérait idéal pour graduer les différents éléments à estimer. Tant dans l'univers des dépendances que dans le milieu médical, cette convention universelle s'observe dans plusieurs instruments afin d'évaluer et de recommander des actions adaptées. L'originalité de la *Grille* est d'ajouter la couleur « **orange** », ce qui facilite l'identification et le suivi de certaines personnes plus vulnérables. En outre, une meilleure perception de cette clientèle aide les gestionnaires à bien évaluer le volume de personnes qui doivent bénéficier d'une offre de services plus intensive.

Ce n'est pas lorsque la personne est en « rouge », soit en *danger grave et imminent*, que l'intervention s'avère plus difficile. Dans ces situations, la prise de décision est souvent faite avec assurance et rapidité. Par contre, certaines personnes suicidaires ne répondent pas aux critères justifiant une hospitalisation, une surveillance constante ou un arrêt d'agir, même si le tableau clinique s'avère inquiétant. Dans un contexte de *danger grave à court terme*, les cliniciens ont pourtant d'autres solutions de rechange : ils peuvent travailler davantage avec les proches, devancer un prochain rendez-vous, relancer la personne ou faire un suivi plus étroit.

Ces actions doivent toutefois s'appuyer sur des procédures internes qui précisent les actions à poser pour assurer la sécurité. Malgré la complexité des situations où plane un danger de suicide à court terme, peu d'organisations disposent de protocoles spécifiques. Ce sont pourtant ces situations qui représentent le plus grand défi. Face à un danger de vie ou de mort, les organisations ont la responsabilité d'établir des lignes directrices qui encadrent la marche à suivre (ex. : incendies, attaques terroristes, violence, pandémie). La mise en place de protocoles diminue le risque d'erreurs et protège les employés et professionnels qui doivent poser des actions.

Il est à noter qu'en plus d'être recommandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, la *Grille* répond aux normes d'Agrément Canada en ce qui a trait aux pratiques organisationnelles requises de gestion du risque suicidaire.

Démarche de validation

La validité prédictive des instruments d'évaluation du risque suicidaire est difficile à établir et la démarche scientifique nécessaire pose des problèmes éthiques importants (Mishara et Weisstub, 2005). En effet, cette démarche impliquerait d'administrer l'instrument à des personnes à risque, puis d'attendre sans intervenir qu'elles posent un geste suicidaire. Des solutions de remplacement méthodologiques permettent néanmoins de s'assurer de la rigueur scientifique d'un instrument. Afin qu'un outil d'évaluation clinique respecte une certaine rigueur scientifique, il est nécessaire de :

1. s'assurer que les éléments retenus reflètent l'état des connaissances scientifiques;

1. soumettre l'outil à un minutieux examen par des experts et des utilisateurs;

1. réussir des tests de fidélité interjuges, c'est-à-dire s'assurer que deux évaluateurs indépendants parviennent à une cote identique.

Au cours de la démarche de validation de la *Grille*, Suicide Action Montréal (SAM) et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) ont procédé à quatre étapes successives :

1. Recension des écrits et des outils existants;

1. Échanges avec des chercheurs mandatés pour recenser les bonnes pratiques;

1. Consultations d'experts et groupes de discussion avec des professionnels;

1. Utilisation de vignettes cliniques et comparaison des cotes obtenues entre différents évaluateurs.

Recension des écrits et des outils existants

Ayant été mandatée pour réaliser une recension des écrits sur la toxicomanie et la sphère suicidaire, Danielle Duhamel, psychologue à la Clinique Cormier-Lafontaine, a posé en 2007 un premier jalon au projet. Cette recension étant étroitement liée à la démarche de création de la *Grille*, il est fortement suggéré de consulter le document *Toxicomanie et phénomènes suicidaires : Savoir pour mieux intervenir* (Duhamel, 2007), disponible sur commande au CDC-IUD.

En complément de cette base de travail, un inventaire des instruments d'évaluation existants en prévention du suicide a été rassemblé. En annexe, il est d'ailleurs possible de consulter les principaux outils recensés. Au terme de l'analyse, comme ces derniers étaient incomplets en regard de l'état des connaissances ou, à l'opposé, surchargés et d'utilisation peu conviviale, il est vite apparu que le développement d'un nouvel outil s'imposait.

À la même époque, le National Suicide Prevention Lifeline (NSPL) publiait ses conclusions quant aux différents facteurs devant être intégrés à tout outil visant l'évaluation du risque suicidaire (NSPL, 2007). Relié à plus de 150 centres de crise aux États-Unis, le NSPL est doté de structures lui permettant d'établir et de recommander des normes de qualité, basées sur des données probantes.

La principale recommandation du NSPL est que chaque client doit être questionné sur ses intentions suicidaires à l'aide de trois questions :

1. Envisagez-vous de vous suicider?

1. Avez-vous pensé au suicide au cours des deux derniers mois?

1. Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie?

Dans l'affirmative, il est impératif de procéder à une évaluation complète avec la personne. Leurs lignes directrices proposent l'investigation de variables précises regroupées en quatre catégories (le désir de se suicider, l'intention suicidaire, la capacité à se donner la mort et les facteurs de protection). Il est possible pour chaque organisme d'utiliser son propre instrument d'évaluation, à la condition que chacun des principes de base et des sous-composantes soient évalués. La version initiale de la *Grille* intégrait déjà la majorité des variables recommandées et les quelques variables manquantes ont été ajoutées. Dans sa version actuelle, la *Grille* répond donc aux critères de qualité et de rigueur scientifique établis par le NSPL (2007).

Échanges avec des chercheurs mandatés pour recenser les bonnes pratiques

En 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) mandate le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) afin de procéder à une large consultation dans les CSSS du Québec. Cette analyse des besoins révèle que certains CSSS n'utilisent pas d'outil standardisé pour évaluer la personne suicidaire, alors que d'autres utilisent un outil de manière non systématique (Lane et Archambault, 2010). Il est même possible d'observer une diversité de façons d'évaluer au sein d'un même établissement, ce qui ne favorise pas l'instauration d'un langage commun. Après avoir pris connaissance des travaux de SAM et du CDC-IUD, le MSSS a considéré que la *Grille* venait répondre à ce problème. La *Grille* a donc été recommandée comme outil d'évaluation dans le *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide* (Lane *et al.*, 2010).

De façon parallèle, le MSSS a décidé de privilégier l'utilisation de l'approche orientée vers les solutions dans l'intervention auprès des personnes suicidaires. Cette décision a été motivée, notamment, par les résultats d'une recension des écrits empiriques faisant état des effets positifs obtenus par cette approche clinique (Trepper, Dolan, McCollum et Nelson, 2006). Cependant, sans la considérer de façon exclusive, l'approche orientée vers les solutions offre des moyens pour travailler l'ambivalence, les raisons de vivre et un avenir qui vaut la peine de rester en vie (Fiske, 2008; Sharry, Darmody et Madden, 2002).

S'appuyant sur un ensemble de postulats selon lesquels toute personne dispose de ressources et de forces lui permettant de surmonter les difficultés qu'elle éprouve, l'approche orientée vers les solutions favorise une intervention concrète, par l'utilisation d'échelles et de plans d'action. SAM avait depuis 1999 fait le choix de l'utiliser puisqu'elle semblait mieux répondre aux besoins des hommes, qui représentent près de 80 % des personnes qui meurent par suicide (Gagné, Légaré, Perron et St-Laurent, 2011). Bien qu'il ne soit pas obligatoire d'intervenir avec cette approche clinique, la *Grille* est cependant plus performante et l'intervention est plus fluide lorsqu'elles sont utilisées ensemble.

Consultations d'experts et groupes de discussion avec des professionnels

Le premier prototype de la *Grille* a été produit à l'automne 2006. Cette version originale a été présentée en 2007 lors de l'Institut d'été du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, ayant pour thème *Suicide et alcool*. Des partenaires provenant de différents milieux ont confirmé la pertinence d'un tel outil et ont fait la suggestion d'une diffusion plus large. Ces consultations ont motivé la poursuite du travail déjà amorcé. À ce moment de la démarche, un relevé de littérature ayant déjà été complété, des consultations formelles ont été organisées.

Au cours de l'année 2007, deux groupes de discussion se sont tenus, réunissant 20 professionnels de la prévention du suicide, du champ des dépendances, de la psychiatrie ainsi que de la médecine des toxicomanies. Les objectifs poursuivis visaient à valider le choix des critères de la *Grille*, ainsi qu'à consolider les variables retenues dans la pondération.

Au terme des échanges, les participants étaient d'accord avec le choix des sept critères. Aucun changement n'a été proposé en ce qui a trait à la planification suicidaire. Pour les tentatives antérieures, il a été suggéré d'approfondir l'investigation de la dernière tentative ainsi que de celle ayant été la plus grave. En outre, certains aspects liés à la désorganisation méritaient d'être mieux définis dans la pondération, notamment par une référence au fonctionnement de base de la personne. Cependant, tous recommandaient une présentation plus conviviale, car l'aspect psychométrique du prototype initial apparaissait trop lourd.

Le changement le plus important instauré à la suite de la tenue de ces groupes de discussion auprès des professionnels a été de modifier la cotation statique proposée initialement en une estimation se présentant sur un continuum. Cette amélioration rendait possible un déplacement des cotes pendant l'intervention. Certaines variables ont dû être raffinées afin de rendre compte de cet aspect dynamique, dont « les raisons de vivre, la toxicomanie, le sentiment de contrôle, les pertes et la dépression ». Des critères ont également été renommés afin de permettre d'estimer l'état actuel de la personne tout en visant l'augmentation de ses capacités, comme « capacité à espérer un changement, à se contrôler, à prendre soin de soi ».

En 2010 et 2011, la formation des formateurs accrédités par l'Association québécoise de prévention du suicide a eu comme effet d'intégrer d'autres nuances à l'intérieur de la pondération. Ces experts chevronnés en prévention du suicide ont confirmé la solidité de la *Grille*. Encore aujourd'hui, leurs commentaires et réflexions permettent de cerner les éléments de contenu qui mériteront un regard plus approfondi au cours des prochaines années.

Utilisation de vignettes cliniques et comparaison des cotes obtenues entre différents évaluateurs

Afin de s'assurer que la pondération était suffisamment claire pour permettre à différents évaluateurs d'obtenir une cote identique concernant un cas donné, plus d'une dizaine de vignettes cliniques ont été conçues. Chacune de ces vignettes devait provenir d'une situation réelle, ne pas être un amalgame de plusieurs cas et être dénominalisée afin de protéger l'anonymat. Le processus de validation de la *Grille* à l'aide des vignettes cliniques consistait à réunir au moins 10 intervenants déjà formés à son utilisation. Puis, les consignes de l'exercice étaient présentées de la manière suivante :

1. *Bien que ce cas clinique soit tiré d'une situation réelle, cet exercice est fictif et sort donc du contexte d'intervention; le but visé est de coter chacun des 7 critères, puis de déterminer une cote finale;*

1. *Ne cotez qu'à partir du texte de la vignette, du discours du client ou de faits observables;*

1. *Pour déterminer votre cote, référez-vous à la pondération;*

1. *Il est possible d'inscrire votre X entre 2 cases, sauf à l'estimation finale.*

En discussion plénière, l'animateur questionnait les évaluateurs sur les éléments ayant guidé leurs choix, puis il comptabilisait les cotes de chacun des critères ainsi que l'estimation finale. Lorsqu'une divergence significative entre vert-jaune et orange-rouge était observée au sein des membres du groupe, cela indiquait la nécessité d'ajuster les consignes d'utilisation de la *Grille* ou de préciser les renseignements contenus dans la vignette.

Cette démarche rigoureuse et systématique a résulté en une amélioration significative de l'instrument, de sorte qu'il est désormais possible pour plusieurs intervenants différents de parvenir à la même estimation finale. À ce titre, la *Grille* soutient le développement d'un langage commun, le travail en collaboration et le partage du risque, lesquels sont des pratiques exemplaires en prévention du suicide.

- **Planification du suicide**

Variables du NSPL (2007) liées au critère

- Tentative de suicide en cours
- Préparatifs en vue de passer à l'acte
- Moyens accessibles pour se suicider ou tuer quelqu'un d'autre
- Planification pour se suicider ou tuer quelqu'un d'autre (moyen connu)
- Idées suicidaires (se suicider ou tuer quelqu'un d'autre)
- Avoir exprimé l'intention de mourir

Au Québec, les intervenants ont appris depuis plusieurs années à évaluer l'urgence suicidaire en posant des questions liées au COQ (comment, où, quand) et à l'accessibilité d'un moyen pour se suicider. Bien que la présence d'un plan défini soit associée à un risque accru de passage à l'acte, son absence ne doit pourtant pas être interprétée comme un indicateur d'une faible dangerosité. En effet, la planification d'un geste suicidaire peut s'effectuer en quelques minutes et plusieurs tentatives de suicide sont réalisées sans aucune planification (Dube, Kurt, Bair, Theobald et Williams, 2010; Jeon *et al.*, 2010; Hall, Platt et Hall, 1999; Houle, 2005). Par exemple, une étude auprès de 100 patients ayant commis une tentative de suicide sévère indique que seulement 14 d'entre eux avaient planifié leur geste (Hall *et al.*, 1999). Dans une étude québécoise réalisée auprès de 40 hommes admis à l'urgence après une tentative de suicide, 29 (73 %) rapportent avoir agi sous l'impulsion du moment et seulement 4 (10 %) ont choisi sciemment le moment de leur tentative (Houle, 2005).

Face à une personne suicidaire, il est essentiel d'investiguer rapidement l'imminence du passage à l'acte. D'abord, il est impératif de vérifier si une tentative est en cours, auquel cas des secours doivent être offerts. Deuxièmement, il convient d'aborder l'intention suicidaire au début de l'exploration des critères d'estimation, tout en créant une bonne alliance thérapeutique. La vérification des préparatifs (ex. : achat du moyen, lettre, testament) représente aussi un élément important puisqu'ils peuvent être un indice comportemental de l'intention suicidaire. Cependant, il est important de poursuivre l'estimation en l'absence de ces indices, car une personne qui présente plusieurs facteurs de risque et peu de facteurs de protection pourrait être en danger en dépit d'une planification inexistante.

Tentative de suicide

Variables du NSPL (2007) liées au critère

- Historique de tentatives de suicide
- Ambivalence à propos de vivre ou mourir

La tentative de suicide antérieure est le facteur de risque le plus important du décès par suicide (Brown, Beck, Steer et Grisham, 2000; Yoshimasu, Kiyohara et Miyashita, 2008). Une recension de 90 études longitudinales révèle que 15 % des personnes qui ont fait une tentative en commettront une autre dans l'année suivante (Owens, Horrocks et House, 2002). Le taux de décès par suicide chez cette population varie de 0,5 % à 2 % au cours de la première année et est supérieur à 5 % après neuf ans (Owens *et al.*, 2002). Dans la première année suivant la tentative, le taux de suicide serait de 50 à 100 fois plus élevé que celui que l'on retrouve dans la population générale.

Les premières semaines suivant le congé de l'urgence sont particulièrement à risque pour les récidives. Dans une étude réalisée en Angleterre, la dernière visite à l'urgence pour tentative de suicide s'était produite peu de temps avant le décès (médiane de 38 jours) (Gairin, House et Owen, 2003). Selon des données irlandaises, 45 % des récidives se produisent dans les trois premiers mois suivant la tentative de suicide (Perry *et al.*, 2012). Dans une étude suédoise, tous les suicides ont été commis moins de quatre mois après le congé de l'hôpital à la suite de la tentative (Cedereke et Öjehagen, 2005). Au Royaume-Uni, 11 % des personnes qui ont fait une tentative de suicide, mais qui n'ont pas eu d'évaluation psychosociale à l'hôpital avant leur congé, ont récidivé dans les 100 jours, comparativement à 6 % des personnes qui ont été évaluées (Bergen, Hawton, Waters, Cooper et Kapur, 2010). En outre, plus une personne a commis de tentatives de suicide dans le passé, plus ses risques de récidiver rapidement sont élevés (Perry *et al.*, 2012; Bergen *et al.*, 2010) et plus la probabilité qu'elle meure par suicide est grande (Zahl et Hawton, 2004).

Pour le National Suicide Prevention Lifeline (NSPL, 2007), la capacité à se donner la mort demeure un enjeu central dans le passage à l'acte suicidaire. Le fait qu'une personne ait déjà tenté de se suicider indique que ce geste fait partie de son répertoire de solutions et augmente sa capacité à le répéter dans un contexte similaire. Lorsque la tentative de suicide est devenue une stratégie privilégiée pour mettre fin à sa souffrance, la personne devient moins capable d'utiliser d'autres stratégies plus adaptées et moins dangereuses (Rudd, Mandrusiak et Joiner, 2006). La peur et la perspective de ressentir de la douleur physique protègent parfois du geste. Lorsqu'une personne fait une tentative, elle a pu apprivoiser et dépasser cette peur, ce qui la rend plus vulnérable.

Une personne qui a pris des précautions pour éviter d'être secourue au moment de la tentative de suicide, de même qu'une personne qui est déçue ou fâchée d'être encore en vie est plus à risque de récidive et de décès par suicide (Wenzel *et al.*, 2011). Dans l'intervention, il est nécessaire de vérifier si la personne qui vient de faire une tentative de suicide est heureuse d'être en vie ou si son désir de mourir est encore présent. Lorsqu'une personne a commis plusieurs tentatives de suicide anté-

rieures, il importe d'explorer la plus récente ainsi que la plus sévère. Cela peut permettre de déceler des similitudes entre le contexte des ^passages à l'acte précédents et la situation actuelle (Shea, 2002).

Plusieurs experts québécois observent des lacunes importantes en ce qui concerne la prise en charge et le suivi des personnes se présentant à l'urgence à la suite d'une tentative de suicide (Lessard, Trickey et Perron, 2002; Gagné *et al.*, 2004; Potvin, 2004). Une étude exploratoire réalisée par la Direction de santé publique de Montréal montre que près du tiers des personnes admises à l'urgence à la suite d'une tentative ont obtenu leur congé sans avoir été dirigées vers un autre professionnel pour un suivi, et qu'une proportion similaire devaient téléphoner elles-mêmes à une ressource pour obtenir un rendez-vous (Houle et Poulin, 2009). Pourtant, l'état de désorganisation associé à la tentative de suicide requiert une vigilance accrue pour au moins huit semaines, le temps habituellement nécessaire pour que les mécanismes d'adaptation favorisent un retour à l'état d'équilibre.

Capacité à espérer un changement

Variables du NSPL (2007) liées au critère

- Désespoir
- Souffrance psychologique
- Sentiment d'impasse
- Impuissance
- Avoir été touché par le suicide de quelqu'un d'autre
- Ambivalence à propos de vivre ou mourir
- Planification pour l'avenir
- Sentiment d'utilité
- Valeurs ou croyances bien ancrées

Le désespoir joue un rôle central dans la détresse suicidaire (Acosta *et al.*, 2012; Klonsky, Kotov, Bakst, Rabinowitz et Bromet, 2012; Kuo, Gallo et Eaton, 2004; McMillan, Gilbody, Beresford et Neilly, 2007). On associe spontanément le désespoir avec la dépression, mais il ne lui est ni exclusif, ni équivalent (Duhamel, 2007). Selon Chiles et Strosahl (2005), l'idée du suicide se construit quand la douleur est jugée intolérable, interminable et inévitable. Pour Mann, Waternaux, Hass et Malone (1999), les personnes décédées par suicide se distinguent non pas par leur diagnostic, mais par la présence d'un grand désespoir. Les personnes suicidaires ont une vision défaitiste de l'avenir et portent un regard pessimiste sur les possibilités d'amélioration de leur situation actuelle (Chiles et Strosahl, 2005; Weishaar et Beck, 2003). Les tentatives infructueuses de se sortir d'une situation douloureuse entraînent progressivement un sentiment d'impasse. Le suicide apparaît alors comme la seule option possible (Maltsberger et Weinberg, 2005).

Un autre aspect important concerne la notion de souffrance. Avec la détresse, l'intention de mourir émerge, le désespoir s'installe (Rudd, Joiner et Rajab, 2001) et la souffrance s'intensifie au fur et à mesure que le suicide est perçu comme la seule option. Shneidman (1998) parle aussi de douleur psychologique, la décrivant comme le sentiment d'être sans valeur, intensément honteux. On peut donc résumer l'expérience subjective de la personne suicidaire par la présence d'une douleur psychologique intense accompagnée d'un sentiment d'impasse, ce qui lui donne l'impression de se sentir piégée, sans espoir de s'en sortir.

La personne suicidaire est susceptible de vivre un débat intérieur entre ses raisons de vivre et ses raisons de mourir (Harris, McLean, Sheffield et Jobes, 2010). Le fait d'avoir peu de raisons de vivre accroît la vulnérabilité aux idéations suicidaires (Britton *et al.*, 2008; Zhang, Law et Yip, 2011) et au passage à l'acte suicidaire (Edelstein *et al.*, 2009; Lizardi *et al.*, 2007). Le fait d'avoir un projet, un sens du devoir ou une mission à réaliser protège contre le suicide. Au moment de la demande d'aide, la personne peut avoir perdu contact avec ses ressources et ce qui l'a gardée en vie jusqu'ici. Une bonne partie de l'intervention doit être consacrée à vérifier le poids et la force de ce qui maintient la personne en vie, mais surtout à faire grandir cette partie d'elle qui veut vivre.

Usage de substances

Variables du NSPL (2007) liées au critère

- Actuellement intoxiqué
- Abus de substances

La relation entre les troubles liés à la consommation d'une substance et le suicide est très bien établie dans la littérature scientifique (Pompilil *et al.*, 2012; Vijayakumar, Jumar et Vijayakumar, 2011; Wilcox, Conner et Caine, 2004). À titre d'exemple, le « taux annuel de suicide chez les alcooliques est d'environ 140 pour 100 000, alors qu'il est de 70 pour la population avec un diagnostic psychiatrique sans alcoolisme » (Elineau, 2008). Le risque de décès par suicide est 14 fois supérieur à celui de la population générale chez les consommateurs d'opiacés et 17 fois supérieur chez les polytoxicomanes. Les personnes qui consomment à la fois des drogues illicites et des sédatifs (somnifères) présenteraient un risque de suicide 40 fois plus élevé que la population générale (Delile, 2009, p. 58-59).

Les études par autopsies psychologiques indiquent notamment que de 19 % à 63 % des personnes qui se sont enlevé la vie avaient un problème d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive au moment du décès (Schneider, 2009). Selon l'Observatoire montréalais sur le suicide (déc. 2010), la cocaïne et l'alcool sont les deux produits les plus souvent décelés dans les décès par suicide. De plus, l'étude des dossiers du coroner révélait qu'une personne sur deux avait consommé de l'alcool avant de se suicider.

Malgré ces évidences, il existe peu d'écrits établissant les liens précis entre les substances psychoactives et les conduites suicidaires. Une étude en cours au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) nous permettra bientôt de mieux les comprendre. Selon cette recherche, le nombre de substances aurait une plus grande incidence sur le risque suicidaire que le type de produit. En attendant, le relevé de littérature effectué par Duhamel (2007) met en lumière l'état des connaissances sur le sujet, le texte complet se retrouvant dans le cahier *Toxicomanie et phénomènes suicidaires : Savoir pour mieux intervenir*.

Les substances psychoactives et les dangers de l'intoxication aiguë

Tous les produits dans la classe des dépresseurs du système nerveux central peuvent causer des intoxications aiguës qui ont le potentiel de causer la mort, comme l'alcool, les benzodiazépines, les barbituriques et le gammahydroxybutyrate de sodium (GHB). Certains produits utilisés de façon concomitante potentialisent les effets dépresseurs du système nerveux central, notamment sur le plan respiratoire (Léonard et Ben Amar, 2002). Faisant partie de la classe des analgésiques narcotiques, les opioïdes entraînent eux aussi des effets sur le système nerveux central, notamment sur la respiration.

Pour les stimulants du système nerveux central, tels que la cocaïne et les amphétamines, l'intoxication aiguë peut entraîner un arrêt cardiaque. En outre, la descente rapide de

l'euphorie causée par cette consommation peut induire temporairement une dépression de l'humeur, plaçant le consommateur dans un désespoir qui augmente le danger de passage à l'acte suicidaire.

Les intervenants doivent prêter une attention particulière à l'état dépressif (*down*) suivant la consommation de stimulants, à une dégradation dans le profil (*pattern*) de consommation et à la rechute qui peuvent augmenter le danger. Une meilleure connaissance de l'effet des substances peut aussi prévenir des décès par overdose. En présence d'une intoxication aiguë ou d'une interaction dangereuse, il est impératif que des soins médicaux soient offerts.

- **Les trajectoires de vie sont remplies d'adversité et de moments critiques à surveiller**

Dans le parcours des personnes dépendantes, l'expérience clinique permet de constater qu'il est très fréquent d'observer de l'isolement, de la honte et de la culpabilité liés à leur conduite. Dans la trajectoire de cette population, la recherche d'aide est un moment où l'espoir est permis. L'échec des tentatives de traitement peut induire un grand désespoir. Il en est de même avec la rechute, notamment lorsque celle-ci fait perdre des acquis (ex. : perte de son travail, rupture d'un lien significatif).

Les chercheurs suggèrent que les toxicomanes auraient une manière de faire face au désespoir qui leur serait spécifique : dès son apparition, ils commencent à consommer. Le désespoir étant reconnu, mais immédiatement évacué, il est donc susceptible de réapparaître rapidement (Duhamel, 2007). Les toxicomanes qui amorcent un traitement vont perdre l'effet
« protecteur » de la consommation. Ils peuvent alors ressentir douleur et désespoir de façon plus intense.

Les **intervenants qui travaillent auprès de la clientèle toxicomane** doivent vérifier systématiquement les idées de suicide à l'évaluation, en cours de suivi et à la fin d'un traitement. En effet, ce n'est pas parce le tableau de consommation s'est amélioré que la personne n'est plus en danger. Également, il importe d'être vigilant à la fin d'une cure fermée car, en sortant d'un milieu protégé, la personne perd un encadrement qui la soutenait.

Pour les **intervenants qui travaillent avec tout type de clientèle**, il faut vérifier plus systématiquement l'effet de la consommation sur les idées suicidaires. On augmente la probabilité d'obtenir des réponses plus justes en normalisant le fait de consommer pour engourdir la souffrance. Il ne s'agit pas ici de faire une évaluation de la gravité de la toxicomanie, mais plutôt de vérifier l'incidence de la consommation sur la probabilité d'un passage à l'acte suicidaire. À cet effet, l'usage de substances et la capacité à se contrôler doivent souvent être considérés simultanément.

Capacité à se contrôler

Variables du NSPL (2007) liées au critère

- Perte de contact avec la réalité
- Agitation importante et rage
- Historique ou manifestation actuelle de violence envers autrui
- Changement d'humeur soudain et draconien
- Augmentation du niveau d'anxiété

La littérature scientifique démontre clairement un lien entre l'impulsivité, l'agressivité et le suicide (Dumais *et al.*, 2005; Gvion et Apter, 2011; Turecki, 2005; Wu *et al.*, 2009). Lors d'une crise aiguë assortie d'une intentionnalité élevée, la personne présente souvent une agitation importante qui témoigne d'un contrôle interne plus faible (Joiner, 2005). Il en serait de même avec les personnes aux prises avec une maladie mentale sévère et persistante, telle la schizophrénie (Hor et Taylor, 2010). La perte de contact avec la réalité, particulièrement en présence de voix mandatoires et impératives disant de se tuer ou de tuer quelqu'un, affaiblit gravement la capacité de la personne à se protéger d'un passage à l'acte.

L'impulsivité augmente particulièrement le risque de suicide chez les jeunes adultes et les adolescents (Gorlyn, 2005; McGirr *et al.*, 2008; Parellada *et al.*, 2008). Les comparaisons selon le genre suggèrent que l'impulsivité serait davantage corrélée aux manifestations suicidaires des garçons que des filles (Chagnon, Houle et Renaud, 2002). Le caractère parfois impulsif des gestes suicidaires ne signifie pourtant pas qu'ils ne puissent être évités.

Afin de juger de la présence d'agressivité, l'échelle d'observation des comportements agressifs (Kaision, Camus et Cossy, 2001) propose l'analyse de quatre dimensions :

Agressions verbales (crier, insulter, menacer d'agir avec violence…);

Agressions envers les objets (claquer la porte, frapper, lancer ou casser des objets…);

Autoagressions physiques (se griffer, se frapper, se cogner, se couper, s'automutiler…);

Hétéroagressivité physique (bousculer, frapper, donner des coups, attaquer…).

L'intervenant doit poser un jugement clinique en fonction de l'état actuel au moment de l'entretien, mais aussi tenir compte des gestes antérieurs où la personne rapporte que, malgré son désir de se contrôler, elle n'a pas été en mesure de le faire. La perte de contrôle peut survenir lorsqu'elle ressent des émotions intenses et envahissantes (colère, peur…), en raison d'une agitation importante ou parce que son état mental se trouve altéré par l'alcool ou les drogues.

Il est également utile de demander à la personne d'évaluer sa capacité à contenir son envie de passer à l'acte. Le contrôle est une variable subjective tout comme la douleur physique. Dans ce contexte, une question d'échelle de 1 à 10 peut permettre de vérifier à quel point la personne perçoit qu'elle aura la capacité de se contrôler face à un

geste suicidaire, tout en cherchant avec elle ce qui peut être mis en place pour augmenter son contrôle.

Présence de proches

Variables du NSPL (2007) liées au critère

- Sentiment d'isolement intolérable
- Perception d'être un fardeau pour les autres
- Réseau de soutien social
- Soutien dans l'immédiat

La disponibilité de soutien social dans l'entourage, de même que le sentiment d'être connecté à autrui sont des facteurs de protection importants des tentatives de suicide et des suicides complétés (Czyz, Liu et King, 2012; Fässberg *et al.*, 2012; Houle, Mishara et Chagnon, 2005; Poudel-Tandukar *et al.*, 2011; You, Van Orden et Conner, 2011). Les personnes qui vivent seules présentent un risque plus élevé de décès par suicide (Kan, Ho, Dong et Dunn, 2007; Silventoinen, Moustgaard, Peltonen et Martikainen, 2012; Sinclair, Harriss, Baldwin et King, 2005). D'ailleurs, les personnes qui s'enlèvent la vie étaient la plupart du temps seules lorsqu'elles sont passées à l'acte (Bureau du coroner, 2003).

Les personnes suicidaires se perçoivent souvent comme étant inadéquates et ont le sentiment d'être un fardeau pour leur entourage (Stellrecht *et al.*, 2006). Elles peuvent également développer une hypersensibilité au regard des autres, ressentir un sentiment intense de honte, ce qui les amène à s'isoler socialement. Elles ont l'impression que cet état est permanent et la solitude devient alors intolérable.

Les proches (famille, amis, collègues, connaissances) constituent de précieux alliés en prévention du suicide. Ils sont des raisons de vivre, des intermédiaires souvent essentiels entre la personne en détresse et les services d'aide, ainsi qu'une source de soutien déterminante (Mishara et Houle, 2008). Concrètement, les proches peuvent sécuriser l'environnement (ex. : retirer l'arme à feu ou la corde), superviser la prise de la médication, accompagner à un rendez-vous médical, divertir la personne, lui donner le sentiment qu'elle est importante, etc.

Dans l'accomplissement de leur rôle, les proches ont besoin d'éducation, d'information, de soutien et d'être impliqués dans les interventions et les suivis (Beautrais, 2004). Par des interventions appropriées, il est possible de diminuer la détresse des proches, d'améliorer leurs stratégies d'adaptation et de faire en sorte qu'ils communiquent de façon plus aidante avec la personne suicidaire, ce qui est susceptible de contribuer à prévenir les passages à l'acte suicidaire (Mishara, Houle et Lavoie, 2005).

Capacité à prendre soin de soi

Variables du NSPL (2007) liées au critère

- Manque de sommeil
- Engagement avec l'intervenant

Parmi les symptômes les plus souvent observés peu de temps avant un décès par suicide, plusieurs experts mentionnent les symptômes neuro-végétatifs, tels qu'un dérèglement du sommeil, de l'appétit et du niveau d'énergie (McGirr *et al.*, 2007; Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003; Sabo, Reynolds, Kupfer et Berman, 1990). Par conséquent, on devrait prêter une attention particulière aux personnes qui vivent de l'insomnie ou de l'hypersomnie, une perte d'appétit, un manque d'énergie ou un désinvestissement des activités courantes. Ces changements contribuent à l'aggravation du risque de suicide en altérant le jugement, la capacité à envisager des solutions et à s'engager dans des activités qui pourraient améliorer l'état général.

L'adhésion au traitement (pharmacologique ou psychothérapeutique) est un facteur déterminant du rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux (Akerblad, Bengtsson, von Knorring et Ekselius, 2006; Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010), tout comme l'alliance thérapeutique (De Bolle, Johnson et De Fruyt, 2010; Garcia-Ribera et Bulbena, 2011; Gaudiano et Miller, 2006). Il est nécessaire d'amener les personnes à risque de suicide à accepter l'aide requise pour assurer leur sécurité, ainsi que les soins appropriés à leur condition. Plus une personne présente une symptomatologie sévère, moins elle a d'énergie pour prendre soin d'elle et de capacité à se mobiliser dans l'action. Le défi consiste pour l'intervenant à adapter ses décisions au niveau de sévérité des symptômes.

Estimation finale

Afin de prendre des décisions adaptées au danger réel de passage à l'acte, un certain consensus se dégage au sujet d'estimer de façon simultanée la planification suicidaire, et la présence de facteurs associés au suicide et de facteurs de protection (Lane *et al.*, 2010). Cette estimation s'avère plus précise à la suite de l'investigation des sept critères de la *Grille* et doit toujours s'inscrire à l'intérieur d'une structure d'intervention globale.

En regard des bonnes pratiques en prévention du suicide, il est possible de juger du niveau de dangerosité à l'issue de ces étapes cruciales :

A. Explorer les critères d'estimation de la dangerosité;

A. Travailler l'ambivalence et le repositionnement;

A. Convenir d'un plan d'action.

Avant l'étape de l'estimation finale, il faut donc déterminer ce que la personne est capable de faire pour :

A. raviver ou préserver la partie d'elle-même qui veut vivre;

A. se protéger face à ses idées suicidaires;

A. réaliser le plus petit pas à faire pour rester en vie.

En tenant compte de ces éléments, une cote est déterminée selon quatre niveaux de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire :

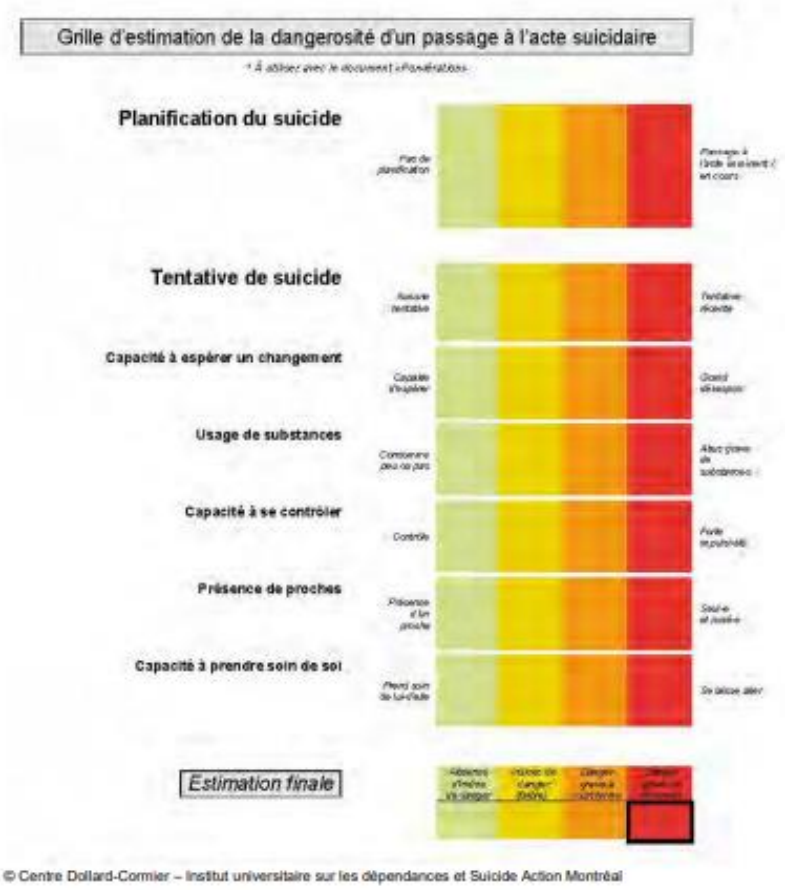
Absence d'indice de danger	**Indices de danger (faible)**	**Danger grave à court terme**	**Danger grave et imminent**

Cette décision oriente les actions à mettre en place pour assurer la sécurité de la personne en considérant l'application des protocoles et lois en vigueur, dont la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001), ainsi que pour faciliter l'accès aux services et suivis requis.

Vue d'ensemble

Créée par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, la *Grille* formalise, à l'intérieur d'un même outil, les éléments liés à la planification du suicide, ainsi qu'aux facteurs de risque et de protection. Elle vise à soutenir le jugement clinique pour estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, cibler rapidement des leviers d'intervention incontournables et prendre des décisions. La synthèse des sept critères, liée au plan d'action convenu pour assurer la sécurité, permet de préciser l'estimation finale.

La *Grille* ne s'applique qu'aux personnes de 14 ans et plus. Son utilisation s'inscrit à l'intérieur d'une alliance thérapeutique et ne doit en aucun cas être administrée comme un questionnaire. L'intervenant doit aider la personne suicidaire à retrouver l'espoir en même temps qu'il estime la dangerosité.



© Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal

- Peut être utilisée de façon ponctuelle et en suivi.
- Permet une lecture rapide et dynamique des éléments de danger et de protection.
- Offre une attention particulière aux troubles mentaux et à l'abus de substances.
- Favorise le recours à des leviers d'intervention et permet de mesurer l'effet immédiat sur la personne.
- Oriente les actions à poser en facilitant la création de protocoles harmonisés pour assurer la sécurité (en cohérence avec le projet de loi P-38).

La *Grille* est indissociable de la **pondération** qui précise les variables permettant de coter. Dispensée par les formateurs accrédités par l'Association québécoise de prévention du suicide, la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques* est nécessaire pour l'utiliser de façon appropriée.

CONCLUSION

- **Un travail de collaboration**

Plusieurs années de partenariat soutenu ont mené à la création de la *Grille* et de la pondération, mais aussi au développement d'outils complémentaires qui facilitent son utilisation. Suicide Action Montréal (SAM) a répertorié des questions qui guident l'estimation, en cohérence avec l'approche orientée vers les solutions, puis a réalisé un protocole précisant la conduite à tenir pour assurer la sécurité. Le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) a personnalisé ce protocole en l'adaptant à sa structure de soins. Aujourd'hui, les employés et bénévoles de SAM et du CDC-IUD profitent de formations et de supervision clinique qui leur permettent d'utiliser quotidiennement l'ensemble de ces outils.

Afin de rester « vivant », tout instrument de travail doit être révisé régulièrement pour s'enrichir de données appuyées par les connaissances scientifiques et les savoirs d'expérience. Dans cet esprit, un comité de suivi est actuellement en place pour apporter les ajustements permettant aux intervenants de prendre de meilleures décisions, d'offrir des services en intensité suffisante et de prêter attention à ce qui peut vraiment faire une différence pour la personne suicidaire et son entourage.

- **Des partenaires pour prévenir le suicide**

Conscients des défis liés aux problèmes de comorbidité, les organisations qui souhaitent atteindre une plus grande efficience ont avantage à créer des ponts entre les domaines traditionnels de la santé mentale, des dépendances et de la prévention du suicide. Le projet de déploiement de la *Grille* met également en lumière le besoin de nourrir une collaboration étroite entre la recherche et les milieux de pratique. Un avenir prometteur se dessine en une plus grande intégration des services et un partage continu de nos expertises respectives.

De 1999 à 2008, les taux ajustés de suicide au Québec indiquent une diminution en moyenne de 4 % par année (Gagné *et al.*, 2010), ce qui renforce l'idée qu'il est possible de prévenir le suicide. Avec la ferme volonté de poursuivre cette réduction des décès, les efforts investis par SAM et le CDC-IUD, de même que l'énergie déployée par tous les partenaires, en valent assurément la peine.

Références

Acosta, F. J., Vega, D., Torralba, L., Navarro, S., Ramallo-Farina, Y., Fiuza, D., … Siris, S. G. (2012). Hopelessness and suicidal risk in bipolar disorder. A study in clinically nonsyndromal patients. *Comprehensive Psychiatry, 53*(8), 1103-1109.

Akerblad, A. C., Bengtsson, F., von Knorring, L., et Ekselius, L. (2006). Response, remission, and relapse in relation to adherence in primary care treatment of depression: A 2-year outcome study. *International Clinical Psychopharmacology*, *21*(2), 117-124.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., et Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry, 4*(37). doi:10.1186/1471-244X-4-37

Beautrais, A. L. (2004). *Suicide postvention: Support for families, Whānau and significant others after a suicide: A literature review and synthesis of evidence*. Repéré à http://www.moh.govt.nz/note-book/nbbooks.nsf/0/2C90B8D48CDCA34DCC257893007E7EFB /$file/bereavedbysuicide-litreview.pdf.

Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., et Kapur, N. (2010). Psychosocial assessment and repetition of self-harm: The significance of single and multiple repeat episode analyses. *Journal of Affective Disorders*, *127*(1-3), 257-265.

Britton, P. C., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Heisel, M. J., Hirsch, J. K., et Conwell, Y. (2008). Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*(9), 736-741.

Brown, G. K, Beck, A. T, Steer, R. A., et Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 371-377.

Bureau du coroner. (2003). *Rapport annuel de gestion 2002-2003*. Sainte-Foy, Québec : Bureau du coroner.

Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., et Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine, 33*(3), 395-405.

Cedereke, M., et Öjehagen, A. (2005). Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months.
European Psychiatry, 20(2), 101-109.

Chagnon, F., Houle, J., et Renaud, J. (2002). *Que savons-nous des éléments pouvant influencer le processus suicidaire chez les adolescents? : projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté à Montréal.* Montréal, Québec : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

Chiles, J., et Strosahl, K. (2005). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients.* Washington, DC : American Psychiatric Pub.

Czyz, E. K., Liu, Z., et King, C. A. (2012). Social connectedness and one-year trajectories among suicidal adolescents following psychiatric hospitalization. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 41*(2), 214-226.

Daigle, M., et Côté, G. (2003). *Troubles mentaux et problématique suicidaire chez les femmes incarcérées dans un établissement de détention provincial.* Montréal, Québec : Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.

De Bolle, M., Johnson, J. G., et De Fruyt, F. (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*(6), 378-385.

Delile, J.-M. (2009). Toxicomanies et suicides. *Alcoologie et addictologie, 31*(1), 57-62. Dangerosité. (2007). *Le petit Larousse illustré*. Paris, France : Larousse.

Dube, P., Kurt, K., Bair, M. J., Theobald, D., et Williams, L. S. (2010). The P4 screener: Evaluation of a brief measure for assessing potential suicidal risk in 2 randomized effectiveness trials of primary care and oncology patients. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 12*(6). doi: 10.4088/PCC.10m00978blu.

Duhamel, D. (2007). *Toxicomanie et phénomène suicidaire : savoir pour mieux intervenir.* Montréal, Québec : Centre Dollard-Cormier.

Dumais, A., Lesage, A., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., … Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and agressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*, *162*(11), 2116- 2124.

Edelstein, B. A., Heisel, M. J., McKee, D. R., Martin, R. R., Koven, L. P., Duberstein, P. R., et Britton, P. C. (2009). Development and psychometric evaluation of the Reasons for living – Older adults scale: A suicide risk assessment inventory. *Gerontologist*, *49*(6), 736-745.

Elineau, P. (2008). Suicide et addictions [Numéro thématique]. *Addictions, 21*.

Fässberg M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlanger, A., Lapierre, S., Bodner, E., … Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(3), 722-745.

Fiske, H. (2008). *Hope in action*: *Solution-focused conversations about suicide*. New York, NY : Routledge.

Gagné, M., Légaré, G., Perron, P. A., et St-Laurent, D. (2010). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009 : mise à jour 2011.* [Québec, Québec] : Institut national de santé publique du Québec.

Gagné, P., Côté, G., Desjardins, P., Fradet, H., Gagnon, F., Gauthier, D., Lalonde, P., ... Yale, P.-P. (2004). *Rapport du comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale : accessibilité aux soins et services : clientèles jeunesse*. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/rapports/comite_experts_jeuness e.pdf.

Gairin, I., House, A., et Owen, D. (2003). Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: Retrospective study. *British Journal of Psychiatry, 183*, 28-33.

Garcia-Ribera, C., et Bulbena, A. (2011). Determinants of medicine-taking in psychiatric patients. *Current Clinical Pharmacology, 6*(2), 100-107.

Gaudiano, B. A., et Miller, I. W. (2006). Patients' expectancies, the alliance in pharmacotherapy and treatment outcomes in bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 671-676.

Gorlyn, M. (2005). Impulsivity in the prediction of suicidal behavior in adolescent populations.
International Journal of Adolescent Medicine and Health, 17(3), 205-209.

Gvion, Y., et Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, *15*(2), 93-112.

Hall, R. C., Platt, D. E., et Hall, R. C. W. (1999). Suicide Risk Assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. *Psychosomatics, 40*(18), 18-27.

Harris, K. M., McLean, J. P., Sheffield, J., et Jobes, D. (2010). The internal suicide debate hypothesis: Exploring the life versus death struggle. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *40*(2), 181-192.

Hor, K., et Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, *24*(11), 81-90.

Houle, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide* (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal). Repéré à http://www.crise.ca/e-docs/jhoule_these_2005.pdf.

Houle, J., et Poulin, C. (2009). *Le suivi des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide.* Montréal, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Houle, J., Mishara, B. L., et Chagnon, F. (2005*).* Le soutien social peut-il protéger les hommes des tentatives de suicide? *Santé mentale au Québec, 30*(2), 61-84.
Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide.* Cambridge, MA : Harvard University

Press. Jeon, H. J., Lee, J. Y., Lee, Y. M., Hong, J. P., Won, S. H., Cho, S. J., … Cho,

M. J. (2010).

Unplanned versus planned suicide attempters, precipitants, methods, and an association with
mental disorders in a Korea-based community sample. *Journal of Affective Disorders*,*127*(1- 3), 274-280.

Kaision, J.-M., Camus, D., et Cossy Y. (2001). *Observation des comportements agressifs des patients hospitalisés : entre devoir d'identification précoce de l'agressivité, risques de stigmatisation et exigences thérapeutiques*. Repéré à http://www.psychiatrieviolence.ca/ articles/kaision.pdf.

Kan, C. K., Ho, T. P., Dong, J. Y. S., et Dunn, E. L. W. (2007). Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(3), 208- 214.

Kim, C., Lesage, A., Séguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., et Turecki, G. (2003). Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine*, *33*(7), 1299- 1309.

Klonsky, E. D., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J., et Bromet, E. J. (2012). Hopelessness as a Predictor of Attempted suicide among first admission patients with psychosis: A 10-year cohort study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *42*(1), *1-10.*

Kuo, W. H., Gallo, J. J., et Eaton, W. W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(6), 497-501.

Lane, J., et Archambault, J. (2010). *Prévention du suicide dans les centres de services sociaux : analyse des besoins*. Québec, Québec : Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., et Camirand, R. (2010). *Prévention du suicide : guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux.* [Québec, Québec] : Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lejoyeux, M., Huet, F., Claudon, M., Fichelle, A., Casalino, E., et Lequen, V. (2008). Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Archives of Suicide Research*, *12*(1), 30-38.

Léonard, L., et Ben Amar, M. (2002). *Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie*. Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.

Lesage, A., Bernèche, F., et Bordeleau, M. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*. [Québec, Québec] : Institut de la statistique du Québec.

Lessard, R., Trickey, F., et Perron, S. (2002). *Un pont sécuritaire pour tous : recommandations du groupe de travail sur les suicides depuis le pont Jacques-Cartier : rapport déposé au coroner Paul G. Dionne.* Montréal, Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique.

Lizardi, D., Currier, D., Galfalvy, H., Sher, L., Burke, A., Mann, J., et Oquendo, M. (2007). Perceived reasons for living at index hospitalization and future suicide attempt. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(5), 451-455.

Maltsberger, J. T., et Weinberg, I. (2005). Psychoanalytic perspectives on the treatment of an acute suicidal crisis. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(2), 223-234.

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., et Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 181-189.

McGirr, A., Renaud, J., Bureau, M., Séguin, M., Lesage, A., et Turecki, G. (2008). Impulsive- aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: A predisposition for younger age of suicide. *Psychological Medicine*, *38*(3), 407-417.

McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A., et Turecki, G. (2007). An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders, 97*(1-3), 203-209.

McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E., et Neilly, L. (2007). Can we predict suicide and non fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *37*(6), 769-778.

Mishara, B. L. (2003). Succès, échecs et défis en prévention du suicide. *Revue québécoise de psychologie, 24*(1), 125-134.

Mishara, B. L., et Houle, J. (2008). Le rôle des proches dans la prévention du suicide. *Perspectives Psy, 47*(4), 343-349.

Mishara, B. L., Houle, J., et Lavoie, B. (2005). Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*(3), 329-342.

Mishara, B. L., et Weisstub, D. N. (2005). Ethical and legal issues in suicide research. *International Journal of Law and Psychiatry, 28*(1), 23-41.

National Suicide Prevention Lifeline. (2007). *Suicide risk assessment standards packet*. Repéré à http://www.behavioralhealthlink.com/Downloads/Documents/Lethality-Packet.pdf.

Owens, D., Horrocks, J., et House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 181,* 193-199.

Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D., Vidal J., Llorente, C., Alvarez, M., … Bobes, J. (2008). Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Research*, *157*(1-3), 131- 137.

Perry, I. J., Corcoran, P., Fitzgerald, A. P., Keeley, H. S., Reulbach, U., et Arensman, E. (2012). The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: Findings from the world's first national registry. *PLoS ONE,7*(2), e31663. doi:10.1371/journal.pone.0031663

Pompilil, M., Serafini, G., Innamorati, M., Biondiu, M., Siracusano, A., Di Giannantorio, M., … Möller-Leimkühler, A. M. (2012). Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *262*(6), 469-485.

Potvin, N. (2004). *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide.* Québec, Québec : Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Poudel-Tandukar, K., Nanri, A., Mizoue, T., Matsushita, Y., Takahashi, Y., Noda, M., et Tsugane, S. (2011). Social support and suicide in Japanese men and women - The Japan

Public Health Center (JPHC) - based prospective study. *Journal of Psychiatric Research, 45*(12), 1545-1550.

Rudd, M. D., Joiner, T., et Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: An effective, time- limited approach.* New York, NY : Guilford Press.

Rudd, M. D., Mandrusiak, M., et Joiner T. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology, 62*(2), 243-251.

Sabo, E., Reynolds, C. F., Kupfer, D. J., et Berman, S. R. (1991). Sleep, depression and suicide. *Psychiatry Research, 36*(3), 265-277.

Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of Suicide Research*, *13*(4), 303-316.

Sharry, J., Darmody, M., et Madden, B. (2002). A solution-focused approach to working with clients who are suicidal. *British Journal of Guidance & Counselling*, *30*(4), 383-399.

Shea, S. C. (2002). *The practical art of suicide assessment: A guide for mental health professionals and substance abuse counselors.* New York, NY : John Wiley.

Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatning Behavior*, *28*(3), 245-250.

Silventoinen, K., Moustgaard, H., Peltonen, R., et Martikainen, P. (2012). Changing associations between partnership history and risk of accidents, violence and suicides. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Prépublication. doi:10.1136/jech-2012-201311.

Simoneau, H. (2011, mars). *Suicide et toxicomanie : mieux prédire pour mieux prévenir*. Communication présentée au Colloque conjoint - Infrastructure de recherche du CDC-IUD et RISQ, Cap de la Madeleine, Québec.

Sinclair, J. M. A., Harriss, L., Baldwin, D. S., et King, E. A. (2005). Suicide in depressive disorders: A retrospective case-control study of 127 suicides. *Journal of Affective Disorders*, *87*(1), 107-113.

Snyder, C. R., Ilardi, S., Michael, S. T., et Cheavens, J. (2000). Hope theory: Updating a common process for psychological change. Dans C.R. Snyder et R. E. Ingram (eds), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century* (p.128-153). New York, NY : John Wiley & sons.

Stellrecht, N. E., Gordon, K. H., Van Orden, K., Witte, T. K., Wingate, L. R., Cukrowicz, K. C., et Joiner T.E. (2006). Clinical applications of the interpersonal-psychological theory of attempted and completed suicide. *Journal of Clinical Psychology, 62*(2), 211-222.

Trepper, S. T., Dolan, Y., McCollum, E. E., et Nelson, T. (2006). Steve de Shazer and the future of solution focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*(2), 133-139.

Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: The role of impulsive-aggressive

behaviours. *Journal of Psychiatry and Neurosciences, 30*(6), 398-408.

Vijayakumar, L., Kumar, M.S., et Vijayakumar, V. (2011). Substance use and suicide. *Current Opinion in Psychiatry, 24*(3), 197-202.

Weishaar, M., et Beck, A. (2003). En présence d'un individu suicidaire, comment le thérapeute peut-il intervenir? *Revue québécoise de psychologie, 24*(1), 109-124.

Wenzel, A., Berchick, E. R., Tenhave, T., Halberstadt, S., Brown, G.K., et Beck, A. T. (2011). Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: A 30-years prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *132*(3), 375-382.

Wilcox, H. C., Conner, K. R., et Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, *76*(suppl.), S11-S19.

Wingate, L. R., Joiner, T. E., Walker, R. L., Rudd, M.D., et Jobes, D. A. (2004). Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment. *Behavioral Sciences and the Law*, *22*(5), 651-665.

Wu C. S., Liao S. C., Lin K. M., Tseng M. M. C., Wu E. C. H., et Liu S. K. (2009). Multidimensional assessments of impulsivity in subjects with history of suicidal attempts. *Comprehensive Psychiatry, 50*(4), 315-321.

Yoshimasu, K., Kiyohara, C., et Miyashita K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine,13*(5), 243-256.

You, S., Van Orden, K. A., et Conner, K. R. (2011). Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*(1), 180-184.

Zahl, D. L., et Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 70-75.

Zhang, Y., Law, C.K., et Yip, P. S. F. (2011). Psychological factors associated with the incidence and persistence of suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, *133*(3), 584-590.

Annexe 3 : Grille d'entretien de la thèse

Question brise-glace => Avez-vous déjà rencontré dans votre pratique une situation d'évaluation du risque suicidaire d'un patient ?
Question de relance
- Le motif du risque suicidaire est-il fréquent dans votre pratique ?
- Quelles ont été vos expériences ?

Quelles difficultés principales relèverez-vous lors de ces évaluations ?
- Quels moyens utilisez-vous afin de vous aider dans l'évaluation ?
- Quelles ont été vos prises en charge selon vos estimations ?

Qu'avez-vous pensé de cette grille d'estimation de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire ?
- Certains critères vous semblent en trop ? ou au contraire des items seraient ils manquants ?
- Comment voyez-vous l'utilisation de cette grille en pratique ?
o Allez-vous l'utiliser ?

Connaissez-vous d'autres outils d'évaluation ?
- Quelles différences percevez-vous entre ces outils et la grille d'évaluation ?

Sur quel support préféreriez-vous l'utiliser ?

En sus, mise en place d'un blind test entre les questions sur des musiques connues, afin d'avoir une meilleure adhérence au focus group (1 extrait de chanson entre chaque question).

Annexe 4 : Entretien en Focus Groupe 1

E1 : Avez-vous déjà été confrontés à une situation d'évaluation du risque suicidaire ?

A1 : Bah écoute, ça m'est arrivé souvent, régulièrement, heu… en même temps ça fait plus de 20 ans que je travaille donc heu, c'est quelque chose … c'est quelque chose de régulier.

A3 : oui, c'est un motif mine de rien assez fréquent, ça je suis d'accord avec toi

A1 : Bah oui.

A3 : après ça doit dépendre peut-être de nos bassins d'installation, mais je vois là moi en, en, en...zone rurale semi-rurale en tout cas c'est quelque chose qui, qui revient assez régulièrement et çç… j'allais dire presque heu...voilà au moment de la crise suicidaire il y a des fois ou des situations qu'on aurait bien aimé savoir avant ou connaître avant et on découvre des, des, des situations heu, de dépressions très avancées ou de, de, de situations explosives quelques soit le, le terrain sous jacent heu, un peu au moment de la crise suicidaire.

A4 : Heu...oui… heu moi j'ai heu, le dernier cas c'était la semaine dernière, hein, lundi matin, heu… prise de rendez vous, heu, elle avait pris ses comprimés, aligné tous ses comprimés, fait la lettre à tout le monde, à sa famille heu, voilà donc, au dernier moment elle avait heu, réussit à le prendre en urgence, et heu… la demande était très, heu, explicite, très précise, dans un contexte, de trouble psychiatrique, de dépression, on va dire chronique et donc j'ai hospitalisé heu, dans la journée…

E1 : Hum, hum

A4 : A sa de.., à la demande hein du patient, la patiente qui est pas passée à l'acte mais qui a eu le réflexe d'appeler et donc de sss… de heu, bien expliquer c'était assez clair et elle demandait d'être protégée donc sa demande était très claire, l'entendre et puis l'hospitaliser heu, en psychiatrie heu, dans, sous 48 heures.

A2 : Et moi j'ai plusieurs expériences heu, huuum, aussi dans les, alors dans le, dans la grille là ils disent que les, les heu, les épisodes, de, danger là, dangereux heu, c'est le mot danger en tout cas qui, qui fait référence à la loi heu, à Montréal, je pense que c'est la même chose en France donc heu, j'ai, j'ai deux exemples heu, très, qui m'ont beaucoup marqué, heu, dans mon court exercice pour le moment. Heuuuu, voilà où le passage à l'acte était imminent et où notamment heu, heu, le patient avait accepté que sa sœur vienne chez lui, qu'il lui laisse la corde heuu, et qu'il se rende aux urgences que le lendemain matin parce que je les voyais assez tard donc ça c'était heu, la crise suicidaire heu, aiguë ; un autre dont j'ai jamais eu aucune nouvelle heu, qui venait de s'acheter un revolver et heu, qui avait des soucis heu, en lien avec du… je pense, du grand banditisme, et de la, et de la drogue et… je sais pas du tout ce qui a donné, j'ai pas acheté le Daubé pour savoir heu, si il était dans les faits divers ou pas. Et puis heu, dans le repérage de la crise suicidaire en médecine générale heu, c'est beaucoup de dépressions réactionnelles avec deees, marqués chez des personnes un peu fragilisées heu par des évènements de vie, ou heu.. où là moi j'ai l'impression vraiment de faire heu, de faire du dépistage de la crise suicidaire mais heu, enfin en tout cas je me concentre pas là-dessus et j'essaie de voir heu, voilà ce qu'il faut arriver à tirer comme fil pour aller de l'avant (respire) heu, et le, le dernier point heu, c'est que je heu, j'ai une activité importante heu, autour de l'accompagnement heu, médical, des personnes trans dans les parcours de transitions de genre, où heu.. la prévalence du suicide heu… explose heu, je pense, tristement des records, et heu, où du coup-là c'est vraiment systématique, quel que soit la situation et heu, le pourquoi du comment ces personnes viennent me voir, si c'est pour un suivi, heu, de parcours de transition ou d'autre chose heu… à un moment donné, il y aura heu, les questions précises, heu, idées noires, idées suicidaires heu, plan d'action heu, comment ils se sentent, comment ils se situent heu, travailler les, les moments de crise heu…, bah quoi faire, où

aller se réfugier, quelle est la personne ressource heu, quels sont, enfin voilà, on travaille ensemble heu, ce plan de crise avant que, que ça arrive et la question elle est à chaque fois que j'ai l'occasion de les croiser. (silence)
Et je vois des personnes trans au cabinet comme je les vois au planning familial, où la le travail est pas le même, parce qu'au planning j'ai une équipe avec moi.. qui, qui vient heu, m'aider qui est en renfort et, et inversement où moi je viens aider être en renfort quand il y a besoin.

E1 :Quelles sont selon vous les difficultés principales de ces évaluations de risque suicidaire ?

A4 : Moi je dirai deux choses, il y a quand même des patients qu'on a repéré qui sont à tendance suicidaire, qui sont dans une dépression, plus ou moins chronique avec des, accidents de la vie heu, avec des, circonstances sociaux heu, psycho-familiaux, travaillent aussi. Et puis il y a ceux quand même, j'en ai eu plusieurs heu, qui heu, heu, c'était très froid dans leur tête, n'était pas du tout évoqué et heu… voilà c'est une semaine, on les avait vus une semaine avant et heu, à postériori évidemment, mais c'était pas du tout la dernière qui s'est jetée du haut de la dent de Crolles en ayant demand.. en ayant pris du Lexomil, elle avait tout planifié et c'était sans doute, à postériori su que sss, heu.. c'était très froid et très, calculé dans sa tête mais heu, en, en cachant entre guillemets au médecin les éléments qui puissent poten.. Même en ayant posé les questions hein, ssss, en terme, d'idées noires, d'idées de suicide : " non, non, mes enfants ", et puis finalement qui est passée à l'acte c'est à dire qui heu, sss, qui était heu, hum, déjà dans un processus, heu, où j'ai pas trouvé d'éléments où heu, pour heu, rompre cette dynamique là quoi. Bon elle est, mais souvent, enfin les cas qui nous marquent le plus c'est on est passés à côté en ayant même posé les questions mais, le patient heu..sss, a caché son intention pour pas être heu, détourné heu, voilà, je trouve ça c'est le plus difficile parce que bon, c'est, sss, heuuu, bah on, on a raté le coche entre guillemets dans le sens où quelqu'un qui fait sa demande on peut hospitaliser, qui accepte l'hospitalisation, même avec des circonstances, ok on y arrive, c'est exprimé, mais c'est aussi heu, moi je trouve le plus difficile c'est ceux qui de toute façon heu, nous auront échappé d'une manière ou d'une autre. Et que…

A1 : Alors moi je trouve qu'il y a …

A4 : De lecture, de dépression, de poser la question, idées noires, idées de suicide, est-ce que vous avez préparé, est-ce que vous avez déjà l'intention, est ce que vous avez des comprimés, un revolver ou une corde, les trois cas que j'ai en tête de cette année heu, c'était, ils avaient heu, absolument tout heu, planifié et c'était heu, entre guillemets presque irrémédiable quoi. (silence). En refusant toute aide heu, d'hospitalisation, de, quoi que ce soit.

A3 : Là, dans les situations où j'ai eu à gérer les plus récentes heu, j'ai été heu, un peu mis en difficultés parce que j'ai fait face à des heu… des idées heu, suicidaires soit exprimées heu, par, où les personnes étaient devant moi heu, on a pu en parler directement ; soit via leurs parents, c'était des enfants. Heu, j'ai eu deux situations, un peu dans des cas différents mais, sur heu, les personnes, des problématiques un peu proches ; des enfants chez qui heu, il y a des bilans heu, pour des ados heu, au collège, qui sont en cours, heu, pour heu, des enfants qui ont des antécédents de troubles dys, et sur lesquels se posent des questions heu, sur le, sur en fait le diagnostic réel et heu, peut-être un trouble du spectre heu, autistique associé à la, à la situation, et heu, dans un contexte je pense aussi exacerbé avec heu, la crise sanitaire actuelle, se retrouve heu, finalement en grand décalage avec heu, les alternances scolaires qui sont proposées actuellement, plus la, la tension, la pression actuelle, qui peut exister sur la population et sur la population scolaire en particulier, et heu, j'ai eu, bah pas plus tard que vendredi dernier une mère qui venait en fait qui normalement qui devait venir avec son ado dans le cadre du suivi Repop hein, des enfants heu, obèses, voilà. L'ado était pas là mais la mère me faisait part en fait heu, de propos suicidaires heu, exprimés la veille par l'enfant que, que je n'avais pas en face de moi, donc c'était quand même un peu complexe à devoir gérer sachant qu'en plus dans le cadre du suivi Repop on est pas forcément médecin traitant de l'enfant, ce qui était le cas pour cet ado là (souffle). Donc j'ai essayé un peu de mettre les clés entre les mains de la mère heu, pour heu, réagir en cas d'urgence, si il y avait répétition, des, des, des idées dans le

cadre du week-end ; et en tout cas qu'elle puisse être revue très rapidement par le médecin traitant puisque la mère étant pas avec l'enfant le jour même, l'ado heu, je ne voyais pas comment pousser plus loin l'évaluation heu, par personne interposée. Mais heu, que ce soit pour elle ou pour l'autre ado auquel je pense heu, que, qui est désormais suivi par le CMP et heu, et par une pédopsychiatre du CMP local, heu, j'ai été un peu mis mal à l'aise parce que c'est pas des, des situations que j'avais déjà rencontrées dans le passé, sur lesquelles j'avais un peu des réflexes sur le plan des questions, et la grille est très bien pour ça je trouve, pour nous rappeler certains éléments heu, à explorer dans les questions un peu systématiques, je me rend compte heu, que bon gré, mal gré, sans avoir une grille avec un schéma, c'est déjà des choses que, dans la plupart des questions j'abordais en fait quand je, je percevais un risque, j'allais plus loin dans l'exploration de ce risque ; mais pour les enfants et pour les ados… alors heu, elle est pas adaptée hein, heu, il me semble que tu dis que ça commence à 14 ans ?

E1 : 14 oui.

A3 : Moi les deux cas c'est des jeunes qui avaient 12, après la, la grande là elle est en 4ème donc elle doit peut être être à l'âge heu, charnière pour heu, visé par la grille. Mais l'autre à 12 ans, l'autre ado dont je parlais il a 12 ans, heu, donc c'est vrai que c'est pas adapté donc heu, bon ; maintenant c'est, c'est un peu les moments où j'ai été un peu mis en difficulté là, récemment sur les explorations du risque suicidaire, heu… je fais juste un parallèle, même si je suis pas installé depuis très longtemps, les premiers, moi mes premières confrontations avec le risque suicidaire en tant qu'installé heu, c'est un peu froid ce que je vais raconter mais c'est la permanence de soins et c'était avec des suicidés, et heu, sur les heu, sur les certificats de décès heu, que j'ai eu à faire et j'en ai eu beaucoup sur mes 2 premières années d'installation ; et ça m'a sss, un peu refroidit sur heu, l'imagination et ce qui peut réellement mis en place par des personnes, heu en détresse et ça m'incite à être d'autant plus prudent heu, avec certains publics et certains, corps de métier heu, agriculteur heu, ancien pompier heu, ancien policier heu, heu…, sur les moyens létaux mis à disposition et heu, la façon de, d'arriver à ses fins.

E1 : Tu veux dire qu'il ne faut pas les sous estimer ?

A3 : Ah complètement. Et puis heu, on a des questions un peu qui peuvent venir à l'esprit heu, je pense qu'il faut être vraiment dans les questions ouvertes là pour le coup et sur la, la, la grande porte à laisser ouverte quand on a des, des, des doutes et qu'on est pour autant pas dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte parce qu'on a pas suffisamment d'éléments pour pouvoir le faire, (respire) et que ce serait pas, pas accepté en plus enfin, ça serait, voilà…

E1 : Donc si on sent un risque…

A3 : Quand les proches sont, sont vraiment heu, … moi dans les situations comme celles-là j'essaye heu, à un moment donné quand on sent que ce sera pas gérable au domicile de mettre en œuvre ce qui est possible et si les proches peuvent pas être canalisant ou aidants un peu comme Alix décrivait tout à l'heure, heu, j'essaie de pousser la consultation aux urgences heu, maintenant c'est pas heu, c'est pas accepté à chaque fois et heu, parfois on a pas suffisamment d'éléments pour pouvoir aller jusqu'à l'hospitalisation sous contrainte. Il y a un espèce d'entre-deux là, qui est parfois un peu dur.

A1 : Oui heu…, moi je trouve que heu, en tant que généraliste, on a tous les cas de figure de la dépression potentielle avec tous ses, ses, ses grades, ses gradations. Heu, on a aussi, les gens qui se suicident sans jamais avoir prévenu et puis qui nous laissent un peu comme des ronds de flanc parce qu'on ne s'y attendait pas ; et puis il y a ceux dont on a l'impression qu'on les accompagne jusque, jusqu'à ce, jusqu'à la crise c'est à dire que, heu, cette grille elle, elle est clairement heu, faite, enfin c'est ce qu'il disent hein, elle est pas faite pour les médecins, elle est faite pour les intervenants, c'est pas des médecins. Et donc heu, moi je la trouve heu, pas très adaptée, à notre heu, à ma pratique parce que c'est fait pour les intervenants c'est à dire c'est pas des médecins, et c'est fait pour les services de dépendances voilà, des

services où il y a des gens qui sont dépendants. Donc voilà les gens qui sont dépendants, moi en ayant travaillé 3 ans au stade des Alpes comme heu, voilà, je, on est toujours en train de se poser la question parce que c'est des gens qui sont dépressifs et qui sont vraiment, potentiellement heu, suicidants. Heu, voilà je la trouve heu… évidement si on te dit voilà heu, untel, il risque de se suicider, c'est pas la même chose que quand t'es généraliste. C'est à dire que quand t'es généraliste tu vois les gens au cours de la vie, tu vois les gens avec leur heu, leur environnement, avec leur boulot, avec leurs gosses heu, ça évolue sur 10 ans, 20 ans, 30 ans, et heu, l'approche elle est pas la même. Elle est pas la même que quand heu, le type il vient en disant : je risque de me suicider. Et heu, et du coup heu, l'approche du suicide pour moi c'est pas ça quoi. Bien sûr que cette grille elle est intéressante mais elle arrive au bout de notre parcours, au bout du parcours du patient, et heu, avant il y a tous les, toutes les gradations, tous les cas de figure, enfin moi j'en ai eu pleins hein, des gens que je, que j'ai dépendu, que j'ai heu…, qui sont passés sous le train je m'y attendais pas, d'autres que je me disais il va finir comme ça c'est évident et, et sur ces critères là ; évidemment à la fin hein, qu'à la fin évidemment si ils sont tout seuls, si ils ont plus la capacité de se contrôler, qu'en plus ils picolent et que heu, et qu'ils sont tout seul et que voilà ils sont, ils ont plus de, de possibilité de changer ben, heu, ils sont contre le mur heu, et ils ont plus tellement d'autres solutions éventuellement sss,…mais heu ce que je veux dire c'est que, la grille à mon avis elle est vraiment à utiliser, à un moment il y a écrit : " elle vise à soutenir le jugement clinique ". Alors ça c'est intéressant parce qu'en fait nous on est dans, on est dans la clinique, on est dans un parcours très long, ou pas, mais en tout cas nous notre base c'est la clinique, alors que là… voilà c'est, 4 questions heu, je sais pas, moi ça me semble intéressant mais, mais à mettre dans un contexte heu..., voilà c'est vraiment un petit truc quoi un petit truc en plus mais,… mais ça, voilà, c'est pas inintéressant de le relire de temps en temps, s'en rappeler, parce que heu, faut y, faut y faire attention parce que c'est, des fois c'est bien masqué. Mais heu voilà,… c'est pas…

E1 : **Merci pour cette transition, puisque j'allais vous demander à tous : Qu'est ce que vous avez pensé de cette grille ?**

A2 : Bah du coup je vais prendre mon petit tour de parole comme ça, ça répartit bien (rires)…Moi j'ai trouvé en tout cas que l'approche et la construction de la grille qui est hyper détaillée heu, dans le document que tu nous as fait passer et heu, qui se lit très bien heu, montre, enfin la qualité de la réflexion et ça s'inscrit dans le temps, entre donc 2006 les premiers travaux et 2012 là heu, c'est le document qui date de 2012 heu, c'est des choses qui ont été éprouvées et qui ont été construites sur les données de la science et heu, de façon heu, rigoureuses. Donc moi je trouve que ça c'est très rassurant et effectivement heu, je pense que cette simplification au possible pour que cela soit heu, que ça soit, comment on dit heu… répétitif, que la cotation puisse se faire par tout le monde…

E1 : Reproductible tu veux dire ?

A2 : Ouais, reproductible c'est absolument indispensable. Si je me rappelle des quelques heu, notions de psychiatrie qu'on nous donne de façon très descendantes et heu, qui se réfèrent à des études que je n'ai jamais lues, mais Médecin 7 a dû les lire (rires)… t'es ma référence Jean Baptiste là dessus. Entre Médecin 5 et toi je sais pas qui gagne, Aymeric peut-être. Et du coup, par rapport au référençage et au fait que quand il y a des données issues de la science heu, heu, bah de lire les articles sources et ce genre de trucs enfin, voilà je pense que c'est des bonnes pratiques. Et du coup dans les notions de psychiatrie qu'on nous fait passer, c'est quand même, que… les personnes heu, les suicidés ; donc les suicides réussis dirons-nous ; ils ont consulté dans la semaine qui précède ou quelque chose de ce genre là, et que c'était souvent pour un motif autre. Mais que pour les suicides ratés heu, qui ont consulté aussi dans la semaine qui a précédé la tentative heu, la différence semblait être est-ce qu'on a posé heu, la question un peu de façon cash. " Est-ce que vous avez des idées noires, est-ce que vous avez des idées suicidaires ? Est-ce que vous avez un plan d'action ? "
Et heu, moi je trouve ça très pratique en fait, si jamais on a un doute, et ben d'avoir des questions ultra simples à poser qui est : " est-ce que vous avez des idées noires, des idées suicidaires ? " et de… quand

on, on a… dans la grille là qui est donnée que je me suis mis sur la gauche donc vous voyez que je regarde par là bas heu, et ben heu, je trouve que c'est des questions très simples et courtes, et du coup même heu, des questions heu… des questions fermées qui sont utiles dans ce cas là pour heu, pour pouvoir évaluer et savoir si en fait, le motif de consultation qui est, je en sais pas quoi heu, heu… j'ai mal au cou ou peut-être même des choses encore plus subtiles heu… puissent nous permettre de nous réorienter sur le vrai besoin en santé de la personne dans cette situation. Donc moi je la trouve plutôt heu, intéressante. Heu, la façon dont elle est construite heu, et sa rigueur me rassure beaucoup sur le fait qu'on puisse l'utiliser. Et j'imagine qu'il y a d'autres heu, publications qui ont suivi depuis 2012 heu, avec l'utilisation de cette grille plus largement. Et j'aime aussi beaucoup l'idée qu'elle puisse être utilisée par heu, n'importe qui, et surtout les non médecins. Parce que des fois accéder au médecin c'est à, c'est une vraie difficulté heu, de part heu la position sociale qu'on représente et qu'on porte, quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse même si on a conscience et que ça reste souvent un pas, qui, pas simple heu, à franchir, et où il faut un peu de courage. Ça demande de s'exposer un peu quoi.

A4 : Médecin 6 a… heu je prends la parole. A2 a raison. Je suis d'accord avec toi cette grille elle est simple, elle est facile, on l'a en tête et on peut la… poser les questions assez facilement. Après ce que tu as dis c'est intéressant, c'est à dire quelqu'un qui vient pour un motif on va dire, je mets entre guillemets fallacieux, c'est à dire qui n'a pas de symptômes pré suicidaires etc. Mal au dos, mal au cou, mal au ventre ou enfin, un symptôme on va dire cunique, plutôt banal…

E1 : Qui masque quelque chose ?

A4 : Oui, alors, je suis pas certain, je le reconnais de poser ces questions à ce moment là chez quelqu'un qui vient pour… alors, je vais mettre plus large, un mal-être, avec un symptôme de somatisation sss, heu… Alors, j'essaie si je pressens, si je trouve d'autres éléments pour poser ces questions là d'idées noires, suicide… mais ça vient pas systématiquement. Pour chaque symptôme on va dire…

A2 : Pas tout de suite en tout cas.

A4 : Pas tout de suite et pas, toujours dans une première consultation. Souvent bah, on gère le mal de, entre guillemets, sss,

A1 : Ouais.

A4 : Je demande à réévaluer les gens. Alors, il y a une différence entre ceux, qu'on connaît leur parcours, leur histoire, leur problématique, on va dire les patients, un peu réguliers du cabinet, on pressent les choses et tout. On sait qu'ils sont en difficulté et que, en ce moment ils ont mal au dos et on, on, on retravaille heu, comment ça va au niveau moral et par rapport au suicide. Après quelqu'un qui vient, qui a assez peu d'éléments antérieurs dans leur historique etc, je suis pas certain de poser la question heu, sss, d'emblée, enfin dès la première consult. Si ça a, un mal de dos qui est chronique, il a pas, il y a peu d'éléments objectifs on dirait, je dirais heu bon… Vient après, on se dit il y a pas derrière un syndrome anxio dépressif, heu, masqué, somatisé avec la nécessité de poser ces questions.

A2 : Oui

A4 : Poser les questions assez rapidement quand il n'y a rien d'autre, c'est pas si facile.

A2: Oui, mais je partage ton avis mais ce que je disais pour heu, juste pour compléter, c'est que si jamais, on, on, on avait une petite heu, avec des choses heu, du non verbal, de la façon de se présenter, de maintenir le regard, ce genre de choses de personnes qu'on connaît pas, on a pleins de petits indices ; et qui, qui peuvent nous mettre la puce à l'oreille. Ou qui peuvent allumer un petit truc dans notre tête, de

dire " Ah ! Mais qu'est-ce qu'il se passe ? ", en fait là on a des questions simples à poser heu… et qui nous permettent peut-être, si on a ces petits messages et ces petites alertes qui s'allument heu, d'embrayer sur quelque chose. C'est juste ça que je disais. Évidemment que moi heu, à chaque heu, maux de tête, céphal...enfin j'allais dire rhino ou lombalgie heu, je pose pas toujours les questions. Simplement, on, si on avait un petit truc, un petit indice qui nous met la puce à l'oreille et ben, on peut embrayer sur des choses simples qui ont fait un peu leurs preuves, et ça c'est intéressant.

A4 : Et oui.

A2 : Les autres ? (rires)

A3 : Oui, c'est le, la question du moment, trouver le, le meilleur moment pour le faire heu… J'aurai dû mal à trouver une recette, un truc tout fait pour pouvoir dire bon pour ça heu.. je parlais tout à l'heure des parents pour les ados, bah il y aussi les proches, il y a le rôle des proches qui parfois peut nous aiguiller par rapport à telle consultation et c'est quand même pas rare que je reçoive, un tel il vient vous voir mais en fait heu, par un message de la mère ou heu, même pour des adultes les parents qui appellent pour un adulte ou les conjoints/conjointes pour signaler que : " au fait, il ne vous dit pas tout, mais y'a ça ". Alors ok, message reçu et puis, on voit comment se déroule la consultation et heu, parfois on met un peu les pieds dans le plat, alors pas forcément parce que sur le moment on a détecté quelque chose mais parce qu'on a eu cette information extérieure. Heu, ça ça m'est quand même arrivé plus d'une fois. Après heu…

E1 : Toi sur la grille, en elle même...tes impressions ?

A3 : Oui alors, pour pouvoir heu, aborder ces sujets et ces questions de la grille heu, du moment… Moi j'ai l'impression que du moment qu'on commence à, à aborder le sujet c'est pour ça que je disais qu'il y a des éléments ; c'est bien de l'avoir sous la forme de questions simples. J'avais l'impression déjà de le faire, peut-être pas tous systématiquement, toutes les questions mais heu, j'avais déjà l'impression d'avoir un peu ces, ces, ces idées là heu, effectivement en tête. Heu, pour faire écho à ce que disait heu, à ce que disait Alix, c'est vrai que, bah, sur le plan des études j'ai entendu le même message heu, au niveau de l'évaluation du risque suicidaire heu. Il y a aussi le fait, en ayant des outils de cette manière là, de casser un tabou du fait de ne pas aborder le sujet ; comme du fait d'ailleurs beaucoup d'autres sujets qui pourraient exister dans le domaine de la médecine. Mais en ayant du coup quelque chose de formalisé avec des éléments permettant de faire le tour de la question.

A1 : Surtout que quand on leur pose la question clairement de : "est-ce que vous organisez, comment et quoi ? ", ils répondent très facilement, c'est pas hein, c'est tabou que pour le médecin quoi.

A2 : Non mais je suis même pas sûr que ce soit des fois que pour le médecin, c'est juste que nous on pose pas toujours les questions de façon aussi formelle et heu, et directe. Et du coup…

A1 : Moi je les pose comme ça.

A2 : Moi aussi quand heu, quand j'ai envie, quand j'ai enclenché mon cerveau dans le truc heu, risque suicidaire.

A1 : Bah c'est pour ça que je dis, que je disais tout à l'heure, il y a une différence entre l'association qui reçoit des mec. Le mec il vient, il dit : " J'ai un risque suicidaire ", là tu enclenches tout de suite. Tandis que nous, on est dans la vie. C'est à dire que, il y a pleins de choses qui se passent, autour de, de la famille, des accompagnants, du mec, du boulot, du truc et c'est beaucoup plus fin, beaucoup plus compliqué que heu, que l'intervenant comme ils appellent ça, je crois que c'est ça hein, qui lui, bah voilà, il est dans le suicide quoi. Nous on est pas que dans le suicide on est dans la vie, donc c'est pas si simple.

A2 : Oui.

A4 : Après, pour rebondir aussi, il y a une question ; bon, j'ai un peu d'addicto dans les pattes ; j'ai appris, et ça je sais poser, c'est très naturel, quelqu'un que je vois je pose toujours la question par rapport à l'alcool ou aux consommations de drogues et tout. Si on pose la question il y a toujours une réponse.

A1 : Pareil.

A4 : Si on pose pas la question on a pas de réponse donc c'est vrai que c'est à nous aussi à poser les questions importantes, sans, voilà, mais par exemple, moi je pose pratiquement toujours la question de la consommation de produits. Alors je fais la liste très précise hein, c'est des questions fermées, est-ce que vous consommez tabac, alcool, cannabis heu, protoxyde d'azote, enfin je fais la liste qui est assez longue et je la connais par coeur ; mais c'est vrai qu'ils vont me dire non ou très peu, mais quand on pose la question très clairement, il y a toujours une réponse et la réponse est toujours sincère.

A1 : Ouais c'est ça.

A3 : Le parallèle…

A2 : C'est pareil.

A4 : Systématiquement hein, les abus sexuels, les femmes qui, enfin etc, c'est un sujet d'actualité mais qui est pas nouveau en fin de compte dans la pratique quotidienne enfin quand on pose la question. J'ai modifié ma pratique, par exemple en faisant, en faisant un examen gynéco, avant de poser le spéculum, c'est poser la question. Au cabinet on pose tous la question, est-ce que vous avez eu, ou agression enfin on trouve le terme qu'il faut, mais la question est presque systématiquement posée, comme si heu, sss, la dernière règle on peut le mettre dans le même heu, interrogatoire. Mais glisser 2/3 questions qui font heu, ouvrir ou pas la boîte de Pandore si il y a.
On a à poser la question et je pense que c'est important qu'on modifie notre heu, sss...alors je sais pas aujourd'hui mais je trouve que sss, j'ai pas appris à poser ces questions dans les années 80 (rires), au à la fac. Les internes qui passent, je leur dis : "Tu poses la question hein ". Comme les rapports à risque, je dis c'est quoi un rapport à risque pour toi ? Le patient heu… sss et c'est heu, faut être concret heu, voilà donc heu, dans le suicide ou les idées noires ou les idées comme ça je pense que c'est important de poser la question de façon très précise et succincte hein.

A1 : Hum

A4 : On peut évoquer tous les sujets évidemment mais bon. Pour une rhino, faut tous les placer c'est un peu difficile aussi hein (rires).

A2 : Oui puis si pour une rhino tu lui demandes quel est son type de sexualité ou la sexualité prédominante il va un peu te regarder de travers à un moment.

A4 : Ah bah des fois si t'as mal à la gorge…

A2 : Juste pour rebondir, tu vois moi j'ai une approche beaucoup plus autour des sexualités, et heu…, et du coup je pose beaucoup plus systématiquement la question de la sexualité des gens et je, et ça, et le, la question des addictions passe plus souvent à la trappe, même si ça fait partie de mon… comment dire… des points que j'aborde dans les premières consultations. Si je faisais une révision de dossier systématique, je me rendrais compte qu'il y a beaucoup moins souvent la question de l'alcool qui est renseigné que la question de la sexualité.

A4 : Bien sûr. Parce qu'on a nos profils puis aussi une forme d'intérêt, et notre formation et etc.

A2 : C'est ça.

A4 : Ça vient plus facilement quand c'est quelque chose qu'on pratique, en pointe. Mais c'est vrai que, dans les troubles transgenre etc, il y a beaucoup d'addicto. Il y en a toujours, enfin très très souvent. Parce que c'est un mal-être, l'alcool et tout le reste. J'en ai quelques-uns aussi, ils ont tous une dépendance aussi. Avec aussi pas loin, le risque suicidaire etc, donc ça ouvre, c'est des petites boîtes qui s'ouvrent. Après la, la première approche ; que ce soit des troubles d'identité sexuelle entre guillemets heu, ou l'addicto ; mais derrière, on ouvre la deuxième porte, la troisième et tout. Mais je pense que c'est vrai que, un entraîne l'autre. Mais c'est vrai qu'on a une porte d'entrée, par rapport à notre propre pratique, ou de formation, ou de sensibilité, ou d'expérience, sss. Mais on s'aperçoit que toutes ces boîtes, enfin toutes ces portes, l'une ouvre sur l'autre quoi, c'est des voies qui se communiquent. Mais c'est que moi j'aborde plus heu, l'addicto plus facilement que, les troubles heu, on va dire heu, d'identité sexuelle ou de choses comme ça quoi. Mais je pense ça se rejoint hein.

A1 : Mais c'est vrai que ça dépend de notre heu, de notre aisance par rapport au sujet. Enfin moi c'est vrai que les troubles sexuels je, je suis pas… sur tout ce qui est LGBT tout ça j'y connais rien. Donc je vais… je, je me sentirai pas à l'aise de, d'en parler de manière très simple. Alors que, alors que le suicide ça me pose pas de problème, j'ai fait ma thèse là-dessus, alors que l'addicto c'est pareil, moi je pose toutes les questions avec beaucoup de précision, avec une simplicité qui fait que les gens ils répondent de la même manière quoi. Et donc heu, c'est que les troubles sexuels heu, j'en, j'en parle pas parce que je suis pas à l'aise avec hein. C'est pas, il y a pas de mystère quoi.

A4 : Oui pour terminer, quand on est à l'aise avec le sujet, c'est pas une question de tabou c'est que, on sait poser la question, on connaît le sujet, on sait poser la question rapidement sans faire trop de détours. Alors que quand on ne maîtrise pas ou qu'on a pas suffisamment d'expérience, on va être, on tatonnera plus quoi, ou alors on y viendra pas aussi rapidement que quelqu'un qui a sa heu, telle ou telle, compétence quoi.

A1 : Huum…

E1 : **Donc est-ce que ça peut… Vous pensez qu'elle pourrait justement être utile la grille, à un peu mieux maitriser l'évaluation du risque suicidaire pour un généraliste qui se sentirait pas forcément à l'aise ?**

A4 : Bah…

A2 : Bah oui moi je pense hein.

A4 : Je pense…

A2 : Parce que ça pose un cadre très simple et très clair avec des questions fermées donc heu…

A4 : Je pense que quand on a une grille même si on a l'habitude, on commence à, à l'utiliser et après ça devient beaucoup plus naturel et plus spontané et plus facile à utiliser. Donc c'est quand même…

A3 : On peut ne pas avoir besoin forcément du support lui-même.

A4 : On a en tête heu, enfin on… on s'inspire de cette grille et après on fait notre propre sémantique heu, à sa manière…

A1 : Ouais.

A4 : Bon là, on l'a en coin de la tête…

A2 : Je pense on la lit une fois et puis on… c'est assez reproductible quand même.

A4 : Oui avec…

A2 : Enfin, on a pas besoin… ce, ce, ça s'apprend vite. Il y a peu de questions.

A3 : La force, par rapport à ça, la force de l'outil elle est là, vraiment. Le fait d'avoir comme ça peu d'items et un élément qui se retient facilement, on a du coup avec facilité heu, la possibilité de pouvoir la, la, la, la refaire sans avoir besoin de la lire. C'est peut-être heu, enfin… A l'inverse il y a peut-être d'autres supports qu'on peut utiliser, d'autres grilles, qui ont été proposées dans d'autres sujets qui peuvent poser souci à cause de ça. C'est que, heu, si, heu, on a besoin forcément de s'y référer, voir heu, pour communiquer avec le patient, ça casse la communication avec la personne en face de soi et heu, l'aspect spontanéité. Et pas... En plus du coup comme on est dans une situation, un peu heu, d'urgence, malgré tout le fait d'avoir quelques questions pour faire heu ; non pas le tour de la question parce que de mon avis c'est de toute façon des consultations longues ; mais heu, pour pouvoir… un peu relancer la personne et, et heu, être un peu plus à l'aise sur les décisions à prendre, c'est bien qu'il y ai peu d'éléments, voilà. Maintenant, j'ai envie de dire heu, les… les… les fois où on passe à côté, je sais pas si l'outil lui, permettrait de récupérer ce, ce, ces situations-là. Hein, ces éléments, ces personnes dont on a l'impression heu, d'être complètement passés à côté pour des consultations qui ont eu lieu avant ou qui ont pas du tout consulté. Heu, est-ce que du coup ces personnes heu, une, un tel outil une telle grille aurait permis heu, de faire autrement, ça je, je, je pense pas. Heu, et l'autre situation où je me dis finalement on est, on est souvent en difficulté, c'est une fois qu'on a estimé le risque suicidaire heu, (respire), qu'est ce qu'on fait ? Parce qu'encore une fois, quand la personne veut aller aux urgences, c'est très bien et on a déjà fait une partie du boulot. Quoi que parfois, quand il rentre à la maison directe, en faisant : " non mais c'est bon tout va bien ", on se demande comment ça va tenir, jusqu'à… Heu… Il y a toutes les situations où ils ne vont pas aux urgences et ils ne veulent pas y aller et on est pas encore au point de, de devoir faire encore… de, de devoir faire une hospitalisation sous contrainte, c'est encore une fois par sur le devant et peut-être même pas encore souhaitable tout court. Heu...pfff

A1 : Mais moi si j'ai comp… si j'ai bien compris, je sais pas si c'est ça mais justement, cette grille elle propose de, de justement, de s'appuyer dessus pour pouvoir avoir un levier de… de travail. C'est à dire que, si tu vois que, le type heu, il est, il est isolé, heu, il a plus de lien c'est de mettre, de le mettre en lien. Justement cette grille, elle permet, d'avoir un levier de travail, sur heu, sur une solution. C'est à dire que si, tu sais que, heu, il y a aucune capacité de changement, il espère pas changer, tu, tu vas travailler sur ça, c'est ça. Ca sert à ça la grille, c'est des TCC hein. Alors heu moi bon, c'est ce que j'ai compris. Après je sais pas…. Ce que vous en pensez. C'est pas qu'un dépistage, c'est un travail de… c'est une proposition de travail.

A4 : Après le… l'exemple, tu fais la grille à 19h30, c'est le dernier patient, t'es le dernier au cabinet, t'as un risque suicidaire, la personne est isolée, tu penses qu'il faut l'hospitaliser aux urgences et tous, qu'il te dit non… (rires)

A1 : (Rires)

A2 : Tu vois c'est exactement ce qu'il m'est arrivé moi en fait heu, dans ma première année d'installation. C'est heu, c'est un monsieur qui était amené par son voisin, heu, parce qu'il s'était rendu compte que vraiment il broyait du noir et qu'il le savait dépressif. Premier contact, 19h dernier rendez-vous, la corde

était accrochée heu… et heu… et en fait heu il était présent, il était face à moi, et là je me suis dit : " ok ben, j'en ai pour une heure quoi ". Et, à la limite, je préférais que ce soit le dernier patient, j'ai juste heu, ben.. coupé mon téléphone pour pas être dérangée, et heu, il est resté mutique les 30 premières minutes. Et, il a commencé à parler, je sais plus ce qui avait heu… ce qui avait dérouillé, enfin, ce qui lui avait permis de reprendre la parole, mais heu, en tout cas heu… c'est quand heu, j'ai, je, enfin il… Je me rappelle lui avoir dit : " De toute façon, moi, si vous voulez pas aller aux urgences, je peux pas vous y contraindre. Ce qui m'intéresse c'est de construire avec vous ce dont vous avez besoin. " Et à partir de là il a eu… et heu, et ce monsieur, depuis il a déménagé dans les hautes Alpes parce qu'il a réussi à construire un projet de vie heu, autre, huuum… j'ai été son médecin, bah jusqu'à son déménagement, alors que franchement c'était pas gagné quoi. Donc c'est, c'est, c'est souvent comme ça de toute façon heu...C'est le dernier patient de tard, quand heu, de toute façon ça sert à rien de les envoyer aux urgences parce que le psychiatre ils le verront que le lendemain matin et que en plus, ce qui leur importe c'est de… c'est, c'est finalement plutôt, alors pour nous notre secteur d'aller heu, aux Coteaux ou d'aller enfin que plutôt qu'au CHU ou au CHAI quoi parce que… Parce que quand on voit la dotation de la psychiatrie heu… ça leur permet pas de travailler dans des bonnes conditions quoi.

A1 : Mais moi mon avis c'est surtout que t'as créé un lien et du coup t'as enclenché une relation et que du coup t'as fait une alliance thérapeutique c'est surtout ça.

A2 : Ah mais clairement, mais…

A1 : Si t'avais envoyé aux urgences c'était pas la même chose quoi.

A2 : Oui…

A1 : D'abord, tout de suite.

A2 : Il y est allé le lendemain hein !

A1 : Oui, mais après quoi, après l'alliance thérapeutique.

A2 : En tout cas heu, lui il voulait pas y aller le soir même, la négociation elle était là et c'est parce que moi j'ai dit que heu, je pense ça que… Que le reste a pu se faire. (Silence)
Heuuu, voilà. Mais tout ça pour dire que c'est toujours dans des situations de merde qu'on les reçoit ces gens-là et que il pulvérisent nos agenda et que c'est comme ça et que… et que ça fait partie des urgences et, et de notre métier et de dire aux gens qui sont en salle d'attente : "ben franchement rentrez chez vous je vous verrai un autre jour. " (silence)
Mais du coup moi je l'aime bien cette grille, hein, vraiment

E1 : Pour en revenir à la grille, il y a-t-il eu des items que vous avez trouvé en trop ou peu compréhensif ou à l'inverse d'autres choses qui vous ont manqué ?

A1 : Moi j'ai pas compris si il y avait une gradation. Est-ce qu'il y a une gradation heu… d'items, j'ai pas compris ça.

E1 : Alors ça n'y est pas sur le polycopié c'est vrai mais il y a une gradation sur le premier item en fait c'est que justement si il y a un scénario très bien établi avec un moyen heu… physique disponible et une forte intentionnalité, entre guillemets ce qu'ils disent c'est que ça n'est peut-être pas utile d'évaluer tout le reste, là il faut une prise en charge en urgence.

A1 : Donc la gradation elle est de haut en bas quoi.

E1 : Non, c’est vraiment juste sur l’item du Comment Où et Quand…

A2 : En fait moi de ce que j’ai compris, enfin à la page 24 du document, donc la numérotation c’est 24 mais sur notre PDF ça se trouve à la 32, il y a marqué en tenant compte… " une cote est déterminée selon 4 niveaux de dangerosité d’un passage à l’acte suicidaire ", et ça, ça s’applique, et la grille tu l’as heu, avec une heu, une insertion heu, d’image en fait, à la page suivante donc qui correspond à la 33 sur 45, et ça correspond à la planification du suicide et t’as les cases vert/jaune/orange et rouge et ça ça fait ta gradation.

E1 : Voilà exactement.

A2 : Et ils te disent en fait, dans l’explication du texte que, tu peux coter entre le vert et le jaune par exemple, si tu sais pas trop. Mais par contre dans ton estimation finale heu, il faut que tu te positionnes sur heu, une des couleurs.

A1 : Oui mais ça c’est par item, mais je, je, je posais la question, entre les items entre les… ça c’est pas item il y a une cotation par item mais est-ce que la planification du suicide est plus importante que la capacité à se contrôler, c’est ça ma question. Est-ce que la présence des proches, tu vois parce que c’est écrit de plus en plus petit vers le bas. Donc peut-être que…

A2 : Oui, il y a 2 grandes thématiques, il y a la planification du suicide et la tentative de suicide. Ah oui et après il y a la capacité… Bah moi j’ai pas lu ça en tout cas. Qu’est-ce qu’ils disent…

E1 : Il n’y a pas spécialement d’autre, hein c’est…

A1 : D’accord. C’est tout sur le même plan ?

E1 : A part le….

A2 : En fait ils disent que cette grille elle permet… Oui je sais pas pourquoi c’est écrit plus gros, c’est ça ta question Agnès ?

A1 : Bah oui je sais pas si il y a une gradation ou pas, j’ai pas compris ça.

A2 : En tout cas ils disent que ça permet d’explorer heu, les thématiques qui sont, par exemple heu… si il heu… il peut pas se passer de l’alcool mais qu’il a une capacité, je sais pas moi, il y a présence de proches, à ce moment tu vas plutôt d’appuyer sur la présence des proches et savoir comment ils peuvent être soutenant…

A1 : Oui, oui ça c’est l’utilisation de… ce que tu nous disais tout à l’heure…

A3 : C’est ce que tu nous disais tout à l’heure pour les leviers qui peuvent être utilisés en…

A1 : Ouais c’est ça.

A3 : Sur le, les consultations à venir. Le temps de la médecine générale.

A4 : Alors, moi j’avais compris quand même qu’il y avait une gradation donc, quelqu’un qui vient avec une planification donc, qui a la corde qui, est déjà sur la poutre, qui a mis le tabouret, et qui heu bon, sss, je pense c’est des éléments importants hein. Le dernier il avait son Beretta, bon il avait pas de balles donc heu...on était tranquilles. Mais…

(Rires)

A4 : Parce que je lui ai posé la question, c'est bien joli d'avoir une Beretta mais si il n'y a pas de balles, il les trouvait plus… bon, il était un peu… Il avait pris du crack et de l'alcool donc il savait plus trop où il était. Mais heu...c'est vrai que quand il y a des éléments très concrets, la corde, le revolver ou enfin des choses très précises, moi je trouve ; enfin moi ça me met en alerte enfin quand même ; et si la personne, il y a pas d'entourage, isolé heu… sur un terrain heu… où alcool ou circonstances de travail etc, je trouve c'est en grand danger. Après c'est le problème…

A3 : Bah oui.

A1 : Hum

A4 : De l'hospitalisation c'est à dire heu, quand il dit non je veux pas aller à l'hôpital, tu fais la lettre etc et que heu… voilà t'es en panne. Donc moi, ma réponse à ça c'est simple, bah je le reconvoque le lendemain quoi, sss. C'est à dire que je propose un lien, par exemple, quitte à le voir le lendemain pour réévaluer parce qu'il y a des moments de crises aussi comme heu, ça. Puis il n'y a pas d'autres solutions, quand ils te refusent le soin, entre guillemets. Parce que l'hospitalisation c'est aussi violent je trouve aussi, d'aller à l'hôpital tout seul, pour arriver aux urgences, sss, de Nord, où il n'y a pas de psychiatre, où tu vas attendre 2h dans le couloir avant que le psychiatre vienne te voir…

A1 : Ouais faut être motivé.

A4 : Hein faut y aller quand même, faut être motivé pour y aller, faut trouver la motivation et personnellement, heu… t'essaies de donner un coup de fil avant t'as pas de psychiatre, t'as pas voilà, donc il faut aussi le lien. C'est que, passer le témoin et le patient il est tout seul, heu...voilà donc moi comme solution je, j'ai dit : " Bon, on se revoit demain matin. Voilà. Je vous met en première heure demain matin, vous venez ". C'est à dire que déjà c'est un lien comme heu, je sais pas si, c'est Alix qui disait aussi heu, une personne que t'as vu au dernier moment, sss, voilà on va faire quelque chose ensemble et voilà, tu proposes quelque chose, et quelque chose qui est assez humain. Parce que, l'hospitalisation en psychiatrie, ou aux urgences, sss, c'est pas très bien vécu, c'est assez violent je trouve.

A2 : Oui.

A4 : Heu, c'est pas très humain, faut reconnaître hein. C'est pas, la psychiatrie c'est pas si évident que ça et on le voit tous les jours, et le lien humain, proposer, tendre la main, proposer quelque chose, on se revoit demain par exemple ou heu, un peu comme ça je trouve que c'est…

A1 : C'est dans l'alliance thérapeutique.

A4 : C'est dans l'alliance thérapeutique, hein, on retombe sur nos pattes. Bah voilà je vous arrête, ou voilà, et puis demain vous, venez à 8h30, au premier rendez vous. Et il y a quelque chose, il y a un petit truc que tu proposes et hum… qui est humain, alliance thérapeutique et c'est vrai que je j'ai, toujours été assez déçu sauf exception de heu, le courrier pour aller aux urgences psychiatriques heu, un samedi soir, un vendredi soir…

A1 : Ouais je suis d'accord.

A2 : Non mais ça, ça sert à rien parce que le psychiatre il se déplacera pas et ce dont heu, les gens ont besoin heu, c'est de rencontrer un psychiatre qui va prendre une heure pour les écouter, et voir si il y a une solution on va dire heu, heu, de facilité dans le monde de la psychiatrie pour leur faire une proposition concrète. Du coup, moi je les envoie jamais aux urgences, heu, à 23h. Ou le samedi, je les envoie pas. Je

programme avec eux, que puisqu'il y a urgence à ce qu'ils rencontrent un psychiatre il iront aux urgences, à 8h heu, à 8h et demie heu, le lundi matin.

A4 : Oui…

A2 : Après moi ce que j'avais trouvé heu, d'intéressant dans la lecture du document par rapport à la grille, c'est quand ils détaillent heu, chaque item, heu, avec le petit carré grisé au départ là. Heu donc pas exemple si je suis à la page 30 sur 45 là, la présence de proches. Et il y a, je trouve que c'est un peu plus détaillé, moi je trouve que ça manque dans la grille heu, finale peut-être, si il avait une deuxième page pour heu,… et si jamais on avait besoin de devoir détailler un peu plus vers quoi se tourner en premier ? Et donc, moi je trouvais ces petits cadres heu, grisés dans la lecture du document complet intéressants et je trouvais que ça manquait un peu heu, peut-être en page 2 de la grille sur un, un verso ou quelque chose comme ça.

A3 : C'est des relances qui sont intéressantes et d'autant plus que heu, bah du coup quand on rentre dans le détail, comme tu l'expliquais tout à l'heure, il y a toute la référence scientifique qui va derrière, c'est que ces relances, bah c'est expliqué bah du coup pourquoi elles sont là et l'intérêt qu'elles soient, qu'elles soient exprimées donc heu,… ça je trouvais effectivement assez pertinent. Maintenant, on rentre dans le piège de plus on en rajoute, mois ça devient eu, utilisable heu, comme ça. Faut pas que ça devienne une contrainte à l'inverse et heu, et que l'outil se retourne contre, contre l'utilisateur.

E1 : En fait vous êtes tous d'accord pour dire qu'elle n'est utilisable que si il y a d'abord un contact avec le patient, que si on arrive à enclencher la discussion sur le sujet de façon adaptée heu, sans être peut-être trop de but en blanc comme tu dis Agnès. Et c'est une fois seulement qu'on a commencé à établir le lien, qu'on peut éventuellement s'aider de l'outil pour s'assurer qu'on est bien rigoureux dans notre évaluation.

A1 : Oui, moi je pense qu'on peut pas commencer…

E1 : On peut pas y aller, et mettre les pieds dans le plat direct.

A1 : Elle est l'aboutissement un peu d'autre chose quoi. D'un, d'un accompagnement clinique et, et thérapeutique (silence). Peut-être c'est un levier mais, je crois moins au levier que… pfff enfin moi...

E1 : Tu crois moins au levier qu'au soutien de l'écoute peut-être…

A1 : Ouais voilà, exactement, à l'alliance thérapeutique.

A4 : Oui, l'alliance thérapeutique je trouve que c'est un terme qu'on comprend tous et qui heu, sss, sous une forme différente mais qui est… c'est proposer quelque chose et on fait quelque chose à côté d'eux quoi. On est là voilà.

A1 : On est avec.

A4 : On est avec, on est à l'écoute, enfin il y a l'écoute et puis réévaluer aussi heu sss, voilà et puis accompagner quoi. Donc la, le mot alliance thérapeutique, je sais pas si il est dans la, dans la grille, si il sort, j'ai pas souvenir…

A2 : Si heu, il y a alliance tout court.

A4 : Ah voilà, sss, c'est pour ça que je l'avais pas retenu. Enfin le mot d'alliance thérapeutique, je sais pas si au Canada ils disent alliance tout court, si ça change quelque chose (rires), mais heu, l'alliance thérapeutique, le lien enfin tout ce qu'on veut je trouve c'est, c'est ce qu'il y a de plus efficace dans la

mesure heu, en tant que médecin puisque notre rôle il est là dedans. Après qu'il y ai ou pas des familles, des proches...On peut s'appuyer sur un entourage autour du, du patient. Mais c'est à nous de leur proposer l'alliance thérapeutique, oui. Quelque soit la modalité en fait.

A2 : " Il y a alliance thérapeutique " même, (rires).

A4 : Ah ouais tu l'as trouvé ?

A2 : Je l'ai trouvé page 22.

A4 : Sur heu...alors la pagination est différente à droite ou à gauche là, 22 sur heu ?

A2 : 22 sur le PDF, 22 sur 45

A4 : Ah ouais

A3 : Je l'avais mis de côté du coup...ça s'est pas synchronisé entre les ordis.

A2 : Il y est ouais, plusieurs fois. Bon chaque fois qu'il y a alliance en fait, il y a thérapeutique.

A4 : Bah d'accord, finalement, tu vois, comme quoi en relisant…

A2 : Et c'est dans les références ouais.

A4 : Ouais, d'accord.

A2 : " L'utilisation de l'outil ", sur la page 9 sur 45 donc au début, " l'utilisation de l'outil doit s'inscrire à l'intérieur d'une alliance thérapeutique et ne doit en aucun cas être administrée uniquement comme un questionnaire sans une intervention en simultané ". Et ça ils le répètent plusieurs fois.

A1 : Et bah voilà !

E1 : Tu vois on est tous d'accord.

A2 : Ouais, ils le répètent plusieurs fois, et heu, effectivement heu… il n'empêche que parfois l'alliance elle peut heu, se créer très rapidement, y compris sur un premier contact d'une personne qui atterrit chez nous un peu, on sait pas trop pourquoi.

A1 : Bah oui.

A4 : Ah oui, il y a des choses, qui nous échappent ou qu'on a pas la, la conscience. Mais en tout cas il se passe des choses oui, quand on…

A1 : Et inversement.

A4 : Avec le non verbal, enfin tout ce qu'on veut. Le fait d'accueillir quelqu'un, un peu en urgence et de dire ok je vous prend, je sais pas pourquoi mais au moins déjà l'accueillir quoi. C'est déjà une forte alliance thérapeutique, même minimaliste mais qui est… Parce qu'il y a beaucoup de gens quand même qu'on s'aperçoit qui ont été, entre guillemets rejetés que ce soit, enfin qui se retrouvent dans un isolement qui soit heu, par l'entourage ou etc et que à un moment quand quelqu'un tend la main de manière heu, virtuelle ou physique, heu, rien que ça heu, voilà ; je pense que c'est important. Faut pas le louper quoi, en tout cas, au contraire faut, le cultiver.

A2 : Hum.

E1 : Bien merci…

A1 : C'est une question compliqué, la tentative de suicide. Le suicide et l'accompagnement je trouve c'est très, très fin, très compliqué et, et pourquoi pas d'avoir un outil supplémentaire hein, heu mais. Voilà c'est un outil supplémentaire, c'est bien de l'avoir en tête. C'est bien d'avoir rassemblé, c'est très concis, il y a 1 2 3 4 5 6 7, 7 items c'est quand même pas compliqué. Et heu...et c'est vrai que de l'avoir en tête heu, quand on se pose une question sur ce genre de sujet heu, ça peut aider quoi.

A4 : Oui, d'autant que quand on regarde nos références, c'est à dire, la seule cotation qu'on peut faire c'est le test d'Hamilton. Et sincèrement à faire, quelqu'un qui est pas très bien et, et, et s'enquiller toutes les questions, c'est assez heu, agressif je trouve et pas du tout, aidant dans le lien thérapeutique quel qu'il soit. Alors que 4,5 questions comme celles-là, cette grille je trouve, est beaucoup plus facile à utiliser. Et heu, voilà. Mais c'est juste pour dire que c'est assez heu, contradictoire par rapport à ce que qu'on nous demande aussi puisque, heu, pour avoir la cotation de la dépression faut faire le test d'Hamilton et évaluer (rires). Donc c'est assez heu, une grille bon voilà, c'est pas pour côter mais c'est juste pour dire que les références qu'on nous donne par exemple au niveau de la CPAM, nous demandent des choses très très lourdes et qui sont pas toujours très pratiques.

A3 : Pour information, je sais pas si tu as vu cette évolution, je fais juste un point heu, cotation heu...Les, les, les, la, le descriptif de la cotation pour heu, les ALQP heu, et heu… que ça soit pour la, la, la dépression ou le, l'évaluation des troubles cognitifs a évolué il y a peu de temps, je dirai il y a 2-3 ans et désormais en fait, ils ont arrêté de mettre une liste de test qui pourrait être en relation avec cette cotation mais font une référence aux recommandations en vigueur. Donc si les recommandations à un moment donné évoluent et te disent que heu, tel ou tel test puisse être utilisé alors qu'il n'était pas présent autrefois, heu, dans des cadres particuliers pour des patients heu, des, des situations particulières notamment pour des personnes âgées où le Hamilton peut être un peu parfois inadapté heu… du coup tu peux faire quand même ta cotation même si tu as pas fait le Hamilton. (silence)
Mais heu du coup ça répond pas à la question qui est que dans le cadre de ta grille, en tout cas E1, là pour le coup on aura quand même un temps de consultation qui sera long et c'est un temps de consultation qui n'est pas valorisé heu,..

A4 : Voilà, c'est un peu…

A3 : Financièrement, qui pas de, de regard en terme, de, de, de cotation.

A1 : Oui mais, oui mais moi je trouve que c'est pas la même question. C'est à dire que, tu, tu peux évaluer un heu, une dépression, c'est pas la même chose que d'évaluer un risque suicidaire.

A3 : Pas du tout le temps, c'est pas du tout le même temps heu, dans…

A1 : Non mais c'est pas la même question !

A3 : Oui, c'est ça. Mais au moment de, du heu, du parcours heu, où on voit les gens c'est pas du tout au même moment oui.

A1 : C'est pas au même moment à mon avis quoi. Enfin pas forcément, je sais pas.

E1 : **Est-ce que c'est un frein du coup, ce temps que ça peut prendre selon vous ? A l'utilisation en consultation comme ça d'une grille ?**

A1 : Bah non ! Elle est toute simple.

A3 : Celle là pas forcément.

A1 : Non, non c'est pas un frein.

A4 : De toute façon, grille ou pas, quand un patient arrive avec ce risque là heu, ça prend du temps, et tu abandonnes pas et tu y vas, et que tu les cotes ou pas tu t'en fous, c'est pas ça le problème.

A2 : Oui c'est ça.

A3 : C'est exactement ça.

A4 : A la limite c'est des peanuts, si t'es juste voilà… Mais une fois t'as quelqu'un qui vient et qui a ça tu peux pas dire, écoutez je vous laisse que 5 minutes et tout. Donc heu, grille ou pas, cotation ou pas, tu restes avec le patient. Tu es dans le lien thérapeutique, quel que, quel que soit le coût, je dis bien entre guillemets qu'on le prenne d'un sens ou l'autre, quel que soit le temps. Mais tu peux pas, rien que pour ta conscience heu, personnelle (rires), tu peux pas claquer, claquer la porte au, au nez ; donc c'est, c'est heu, insupportable je trouve ça, autrement on ferait un autre métier heu..

A3 : Et, à l'inverse, A4 je me permet de rebondir sur ce que tu disais tout à l'heure . C'est que le fait d'avoir des propositions dans le cadre de la médecine générale, de pouvoir faire revenir les gens heu, de pouvoir leur dire à court terme je vous revois tel jour, tel moment ; ça permet aussi de pouvoir heu, inscrire heu… Certes on va gérer l'urgence, on va gérer, on y passera le temps qu'il faut, ce que tu viens de dire là avec tous les, toutes, toute la, la sincérité qu'on, qu'on peut avoir à ce moment là ; mais pour autant, après pour la prise en charge on y consacrera à d'autres moments, et des moments qui seront des moments séparés et qui seront distincts heu, hum…

A4 : Oui, oui je suis d'accord avec toi. De toute façon si c'est un premier contact ou consultation t'en auras d'autres derrière qui en suivront et tu exploreras avec tes grilles ou tes autres éléments sur heu, tu différeras dans le temps séquencé heu, en proposant un schéma d'accompagnement hein, qui est le lien thérapeutique, on vous revoit demain, on se revoit deux fois par semaine. Moi j'ai un patient hein, je m'étais pas bien rendu compte, il était pas bien hein, et je l'ai convoqué et suivi 2 fois par semaine pendant 1 an et il m'a dit que je lui avait sauvé la vie, parce qu'il m'a dit que c'était le seul truc qu'il pouvait faire, il avait que ça comme lien, sans voir de psychiatre et tout, il est sorti de, de sa dépression avec heu etc. Et rien que de, de lui proposer un rendez-vous systématique deux fois par semaine, après j'ai élargi ; sans prescription finalement hein, de l'écoute et l'accompagnement c'était suffisant ; il arrivait pas à acheter le pain hein, un directeur expert comptable et tout et, et bon, ça y est il en est sorti, et je le vois toujours. Et il m'a, à posteriori renvoyé que j'avais, sss, pas perçu quand même que, enfin je le pressentais mais le, le fait de le dire bon bah on va se voir 2 fois par semaine, mardi heu, vendredi systématiquement, avec les heures fixées à l'avance, c'était thérapeutique heu, au sens heu…

E1 : Ça lui a donné des objectifs.

A4 : Bah un objectif, je vous accompagne et puis voilà le, c'est, c'est trop lourd, vous pouvez pas tout seul et, et on va se voir 2 fois par semaine voilà. Ça a duré 1 an et après maintenant c'est bon hein, je le vois encore hein, 10 ans après, sss, il m'en parle encore heu, de temps en temps. Et heu, sans prescription de psychiatre, de psychotropes heu, et rien que, l'accompagner, l'écoute et écouter puis explorer évidemment hein heu, bon. Huuum, mais c'est vrai que ça a été, c'était pas aussi clair dans ma tête au début. Maintenant je l'ai bien en tête et j'ai un bon exemple pour pouvoir le proposer et je le propose

facilement quoi, sss heu voilà, c'était juste...Finalement on trouve des ressources de temps en temps. De temps en temps, pas toujours (rires).

E1 : Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ?
Préfereriez vous utiliser cette grille sur un support papier, sur une rubrique Internet (comme le Hamilton) ou comme on l'a dit tout à l'heure, de l'avoir en tête comme une trame sans avoir besoin de la coter ?

A2 : L'idéal ça serait que heu, tout le monde heu, avec un bon régime totalitaire heu, soit contraint d'utiliser exactement le même logiciel, et qu'elle soit implémentée dans le logiciel.

(rires)

A2 : Voilà, tu pourras bien relever ce verbatim,

E1 : Tu es pour le despotisme A2, merci.

A2 : Voilà, et vive la dictature ! Non mais voilà et du coup que ça soit hum, que ça soit implémenté dans les logiciels et que, qu'on puisse la remplir heu, ça serait l'idéal. Mais voilà comme il y a moult et moult logiciels heu, quelle est la solution de facilité, je pense c'est de l'avoir en tête. Ça permet pas d'extraire des données pour faire de la recherche mais voilà.

A3 : Une solution intermédiaire dans la mesure où cette grille heu, serait validée pour l'usage en médecine générale, serait qu'elle puisse être implémentée dans des, des ressources heu, heu, type Kit Médical. Si tu ne connais pas ce site internet, c'est un moteur de recherche, c'est un portail qui regroupe différents outils faisant une revue de tous les test et compagnie, heu, mais également heu, d'autres éléments bibliographiques, mais également heu, un moteur de recherche basé sur Google mais qui permet de filtrer et de garder que les données, entre guillemets médicales.

E1 : D'accord.

A2 : Et c'est quoi le nom de ce truc tu dis ?

A3 : Kit médical. C'est mis en place par un, un chef de clinique heu, de Nantes, si je dis pas de bêtise qui s'appelle Corentin, Corentin je sais plus comment, qui fait aussi les vidéos heu, heuuu...Il a une chaine Youtube heu, de vulgarisation médicale, heu…

E1 : Et alors du coup tu voudrais la stocker dans Kit médical ?

A3 : Bah oui. Ma grille de relevé de tension, que je cherche tout le temps, je sais jamais où elle est, quand je veux la donner aux gens elle est sur Kit médical, je la télécharge dessus. Et heu, une grille comme ça elle pourrait avoir sa place là heu, et être facilement retrouvable par le praticien qui a pas forcément besoin de l'imprimer. Heu…

A2: Mets le dans le chat pour voir à quoi ça ressemble.

A3 : Oui, le, le monsieur en question, lachaine Youtube c'est WhyDoc pour information. Et donc Kit Médical, hop. C'est Kitmedical.fr mais je vais vous mettre le lien, pas de soucis, hop. Alors…

E2 : C'est bon, c'est bon…

E1 : E2 l'a mis du coup.

A4 : Ah Kit ! Et là tu as toutes les grilles ? C'est ça que tu veux dire ?

A3 : Bah en tout cas il y a un certain nombre d'outils qui peuvent être utilisés heu, si tu me laisses partager l'écran je peux la monter, mais sinon, enfin je pense que…

A2 : Non mais on peut la voir…

A4 : On peut regarder soi-même.

A3 : Complètement. D'ailleurs, il y un moment donné où je faisais plein d'onglets où je mettais heu, des espèces de dossiers avec toutes mes boites à outils dedans et puis finalement Kit médical regroupe quand même l'essentiel donc heu, c'est souvent par Kit médical que je passe. C'est indépendant, il y a pas de heu,.. vraiment y'a pas d'élément heu, suspect derrière. Ssss, hop ! C'est une association qui le gère, à but non lucratif. Huit médecins généralistes de la région nantaise. Et du coup celui que je connais c'est le vice-président c'est Corentin Lacroix.

A2 : Ouais, ouais bah ça c'est heu, c'est sûr que c'est intéressant effectivement.

A3 : Jean Bouzin qui a crée antibioclic, Cédric Raft qui est le, le directeur du DMG de Nantes. Voilà heu.

(bruit d'ordinateur)

A1 : Qu'est-ce qu'il se passe ?

E1 : On a perdu E2. Mais tout va bien.

A3 : Moi je trouve qu'effectivement elle aurait sa place dans cette base de données si un moment donné elle était validé effectivement pour un usage en médecine générale.

E1 : D'accord. Ce serait le bon endroit où la laisser ?

A3 : Bah, à défaut du système dictatorial informatique heu, proposé par A2 heu, ou en tout cas dans l'attente (rires), du système dictatorial informatique prôné par A2 heu,… Je pense que à court terme, ou à moyen terme, c'est peut-être la solution, heu (rires) la plus fiable quand même.

A4 : Je suis plutôt pour l'anarchie que la dictature hein, entre nous (rires).

A2 : Et oui, sauf que heu, sauf que l'anarchie t'emmènera jamais le même logiciel médical chez tout le monde. Tandis que les Russes heu, il savent très bien faire je pense.

A4 : Ouais bon, ils font beaucoup de lobotomies encore hein, surtout pour l'addicto donc heu (rires) ; je suis pas… Non, non mais quand même heu, l'idée de...Mais je pense que quand même cette grille elle est assez facile à, à intégrer enfin on la lit 2 fois, on l'utilise 3-4 fois on l'a en tête je crois. Après moi je pense, je pense que ce qui est important, plutôt que de lire ces questions c'est de se les approprier puis après notre heu, notre sémantique, on parle, on est dans une conversation, un échange avec le patient. Et je trouve que c'est toujours plus fluide de poser les questions en ayant cette grille en tête hein, en arrière, au fin fond du cerveau et de, d'utiliser ses mots pour heu, heu, faire cette grille à sa manière je dirai. C'est là où je suis pour l'anarchie. Organisée (rires).

A2: Oui, oui.

A4 : Surtout que c'est une grille héhé, (rires), je plaisante, mais c'est surtout une grille qui est assez simple. A la différence du Hamilton ou toutes ces grilles de 40 questions, avec 6 items de, de valeur, où on coch, où faut calculer à la fin, enfin c'est des monstres quoi, qui, qui, qu'on utilise heu, en pratique très peu, que pour des études heu, pour comparer mais dans notre pratique médicale de médecin généraliste moi je trouve que heuu, d'intégrer, de s'imprégner de ces grilles, après on peut toujours aller rejeter un coup d'oeil, mais je trouve que c'est plus intéressant de se les approprier personnellement, de se les… voilà

E1 : D'intégrer les données et de, d'aller de l'avant et de l'exploiter en fait. Pas de l'appliquer bêtement…

A4 : De toute façon… Quand on fait ces grilles c'est assez froid je trouve, la façon dont on pose les questions, je prends l'exemple d'Hamilton que j'aime pas, vous avez remarqué, parce que (rires), laborieuse, bien que, même bien cotée entre guillemets, mais elle est très froide, elle est insupportable. Quelqu'un qui est pas bien en face, je trouve que c'est hum, une rupture au lien thérapeutique ou à l'échange avec le patient. Par contre, échanger avec le patient, des questions ouvertes, rebondir, faire préciser… Moi j'utilise beaucoup, ce qui m'a transformé c'est l'entretien motivationnel, sss, dans la, dans l'échange avec le patient je trouve que ça m'a énormément aidé et bon...Et, et quand on ; voilà c'est comme le vélo, on sait faire, on peut lâcher le guidon un peu, être un peu plus libre et s'adapter au patient, je trouve c'est plus intéressant. Faut s'imprégner, faut lire, les études, les grilles, faut s'imprégner et après, les recracher à sa sauce.

A1 : Moi je suis d'accord avec ça. Même heu, même Hamilton moi je le fais comme ça hein. Je l'ai intégré puis je pose les questions dans le courant de la conversation. Mais je fais pas la grille.

A4 : Bah ouais, tu places les questions que tu trouves bien et intéressantes pour avancer, mais c'est vrai que…

A1 : Bah oui de toute façon c'est toujours les mêmes, on les connaît quoi.

A2 : Moi aussi je fais comme ça.

A4 : Ah oui.

A3 : Oui, oui.

A2 : Parce que Hamilton heu, elle est vraiment heu…

A4 : Elle est insupportable celle là.

A2 : ...montée… Elle est complètement insupportable et en plus heu, c'est des questions qui finalement heu, on, on a bien intégré.

A4 : De toute façon…

A2 : Et au fil, au fil de nos consultations on les, on les pose et on travaille sur ces questions là, et du coup effectivement pour l'entretien motivationnel y compris heu, dans l'évaluation du suicide pour heu, pour trouver. Parce que à un moment là dans la grille ils disaient, heu ; je relisais des passages ; heu, ils disent que heu… c'est à la fin, la conclusion. Trouver en fait le plus petit pas vers le maintient en vie ou un truc comme ça enfin... C'est ce qui… Attendez je vais retrouver . L'objectif c'est ça et savoir quel est le plus petit pas, heu, à, à faire heu, voilà : " réaliser ", c'est exactement ça, " réaliser le plus petit pas à faire pour rester en vie ". Il n'y a que le patient qui peut nous dire lequel c'est. Et du coup heu, y compris dans ce

premier rapport, éventuellement si c'est pas un de nos patient qu'on ne connaît pas, bah il faut forcément qu'on se mette dans une posture heu, motivationnelle pour savoir et qu'il puisse nous le dire. (silence) Donc heu, voilà.

A4 : Je suis entièrement d'accord.

A1 : Hum, moi aussi.

A4 : Voilà, être à côté de l'autre, épaule contre épaule on pas besoin de parler, on avance un pas après pas et voilà on verra bien si il faut traverser le guet ou pas.

A2 : Et puis heu, fixer des rendez-vous à l'avance pour dire qu'on est disponible, quitte à ce qu'il les annule, qu'il vienne pas ou qu'il en fasse qu'un sur 2.

A4 : Des repères heu, voilà, un pas après pas, voilà et puis après on adapte, mais je pense que, sss, c'est presque heu, plus physique que o… enfin c'est du non verbal hein, essentiellement. C'est, le verbal vient un peu compléter mais… c'est surtout, c'est l'état d'esprit dans lequel on est quoi. Si on est heu… c'est ça qui est le plus, je trouve efficace ; dans les 2 sens hein, pour nous aussi parce qu'on essaie d'être efficace ; on a besoin de ça aussi.

A2 : Du coup si on résume, heu, la, la grille elle nous sert nous à avoir quelque chose de, de concret qui nous dise : oulà, peut-être qu'en fait au final c'est plus, c'est plus sérieux que ce que j'observe avec mes propres yeux, parce que il y a un espèce de cumul des trucs. Mais que, ce qui va nous faire vraiment avancer dans le soin c'est heu, les approches heu, motivationnelles heu, travailler l'ambivalence heu, établir un plan d'action huum… et heu, et accompagner le patient vers les besoins qu'il identifie heu, tout seul ou toute seule quoi.

A1 : Moi je, je reviens sur la gradation. Heu, du coup, E1 tu peux me confirmer que en fati, il y a 2 groupes ? Il y a la planification du suicide qui est importante et après tout le reste c'est la même chose ?

E1 : C'est un peu ça.

A1 : Ouais c'est un peu ça.

E1 : En tout cas la planification est primordiale. Et le reste heu, c'est plus à évaluer une fois qu'il n'y a pas de planification clairement établie.

A1 : Hum c'est ça.

E1 : Ou qu'il n'y a pas une planification très forte on va dire.

A2 : Ce qu'ils disaient c'est que, dans la deuxième partie il fallait explorer la dernière tentative de suicide.

E1 : Voilà.

A2 : Et la plus sévère.

E1 : C'est ça.

A3 : C'est ça.

A2 : Et que ça, ça te permettait de mettre tes éléments heu, et de te positionner au moment où tu voyais le patient. A mon avis, vu, vu que c'est uuun…, un texte de canadien, heu, vu qu'ils ont beaucoup travaillé pour que ce soit reproductible et vu heu, le nombre de fois où il doit y avoir écrit heu, alliance thérapeutique ; enfin je l'ai trouvé 3 fois écrit dans le texte tel quel ; et plus ambivalence, explorer les besoins, ce genre de choses heu, c'est c'est, c'est plutôt heu...ça, c'est un outil à, à utiliser quand on a besoin de, de se raccrocher à du concret et à autre chose que ce qui se passe dans nos neurones mais le soin il se fait dans l'approche plutôt motivationnelle, intervention brève et ce genre de, de technique heu, d'accompagnement. Enfin technique. D'outil en tout cas.

E1 : **Est-ce que vous connaissiez déjà des grilles d'estimation du risque suicidaire ?**

A2 : Non.

A1 : Non.

E1 : Et que vous utilisiez, bah encore moins.

A3 : Pas formalisé.

A2 : On utilisait, notre grille, notre bon et, et rien d'autre (rires).

A4 : On se retrouve dans cette grille de manière concrète mais autrement heu, il y a avait une sorte de, oui de bon sens, d'expérience enfin voilà…

A2: Hum.

A1 : Ça confirme.

A4 : Ça confirme voilà.

A1 : Oui.

A3 : Pareil.

E1 : Merci, merci à tous les quattre. On va tenter de conclure. Donc bah de dire que c'est quelque chose que, auquel on est souvent amené à gérer, c'est estimer un risque suicidaire d'un patient. Heu comme tu l'as dis A3 c'est peut-être d'autant plus le cas dernièrement du fait de la situation sanitaire. Il y a de plus en plus de souffrances psychiques exprimées par les patients et donc il faut qu'on soit capables d'être là pour eux. Ce que vous dites surtout c'est que l'outil n'est rien si le praticien ne fait pas l'effort de s'intéresser à ce que le patient veut lui dire. On est pas là pour mettre une note, on est là pour essayer de comprendre ce qu'il veut nous dire et qu'une fois qu'on a enclenché ce lien là la grille peut nous aider à ne pas nous perdre, à ne rien oublier, à ne rien négliger. Mais elle doit rester un outil, elle ne doit pas devenir quelque chose de miraculeux ou une baguette magique donc ça, ca m'a beaucoup plu. Et pour le support, peut-être qu'elle soit sur internet c'est peut-être ce qu'il y a de plus adapté maintenant, mais qu'il faut être surtout capable de la reproduire, donc c'est surtout pour ça qu'internet nous aide en fait. Voilà je sais pas si c'est, ce que vous avez eu l'impression de dire, mais moi c'est heu, c'est ce que j'ai entendu.

A1 : Et par rapport aux autres groupes, de, de médecins que vous avez eu c'était différent ou c'était à peu près pareil ?

A2 : On aura les résultats dans la thèse.

A1 : Ah oui c'est vrai.

E1 : C'était assez… Ils étaient également intéressés par la grille, ça c'était la même chose, heu, ils ont dit que ça les avait aidé à poser des questions auxquelles ils auraient pas pensé. Et ils ont dit aussi comme l'a dit A3 à un moment une fois que on met un peu en lumière certains aspects auxquels on aurait pas pensé qu'est ce qu'on en fait ? Donc une fois qu'on a évalué le risque, qu'il est plus étayé que simplement des idées noires, qu'est ce qu'on fait comme prise en charge ? Et ça c'est pas forcément heu, forcément formalisé.

A1 : Je pense que heu, on a peut-être un peu la même façon de travailler nous heu, en ayant des, des, des populations un peu spécifiques et heu, heu, je sais pas on a peut-être des, des…. Ouais le fait d'avoir des spécificités ça, ça oriente peut-être différemment. Parce que, que ce soit les LGBT, les transsexuels, le, le, l'addiction, heu, tout ça ça, ça fait quand même bien référence au suicide quoi. Je veux dire on a l'habitude quoi. Je pense. Je sais pas si tous les médecins ont l'habitude de ça. Je sais pas. C'est une question hein, j'en sais rien.

A3 : A l'inverse, je me dirai peut être que pour des personnes, ou des médecins heu, ayant peu de recul vis à vis du risque suicidaire ça leur permettrait peut-être de rassurer. C'est à dire que heu, en tant que tel je pense que heu, un médecin qui se retrouve face à une personne heu, avec heu, un risque suicidaire heu, va le ressentir ; parce que heu, intuition ou parce que dans la conversation il y a déjà des éléments qui poussent vers ça. Et heu, si jamais ça crée un stress pour le médecin heu, qui a en face heu, pour pouvoir avoir une vision de la situation, peut-être que cet outil paraîtra heu, vis à vis de certains acteurs ; je dis médecin mais ça peut être pas forcément que des médecins mais professionnels de santé au sens large, acteur du soin de ces patients ; de pouvoir heu, sss, un peu prendre léger, un très léger recul permettant d'avoir l'évaluation de la situation heu, sans paniquer et en ayant heu, heu, la vision globale de, de, heu, la situation.

A1 : Oui c'est un guide quoi.

A3 : Ouais. Ce qu'on fait intuitivement et ce qu'on disait un peu tous à notre manière lors du focus groupe, heu, finalement peut-être que pour certaines personnes que ça pourrait paniquer, l'idée d'être en face d'un patient avec risque suicidaire de, heu, je sais pas si le terme dédramatisé est adapté donc heu, je, je le met avec beaucoup beaucoup de guillemets ; mais de pouvoir en tout cas avoir une attitude adaptée et des questions heu, appropriées, heu, face à la situation heu, auxquelles ils font face.

E1 : Merci beaucoup, on espère vous avoir intéressés. Merci d'avoir participé. Bonne soirée à tous.

Annexe 5 : Entretien en Focus Groupe 2

Enquêteur 2 : **Avez vous déjà rencontré dans votre pratique une situation d'évaluation du risque suicidaire d'un patient ?**

B1 : Oui
B2 : Oui
B3 : Oui
B4 : Oui
B5 : Oui
B6 : Oui

E2 : **Quelles difficultés principales releveriez vous lors de ces évaluations ? Quelle en est votre ressenti ?**

B4 : Bah là par exemple la dernière, c'était une personne plutôt âgée qui venait me voir parce qu'elle manifestait beaucoup d'anxiété, et qu'en fait en creus… enfin d'elle même elle me parle pas d'idées noires mais en creusant, on voit qu'elle a déjà eu des idées noires, que heu, si il fallait heu, en fin qu'elle sait potentiellement comment faire, elle prendrait tous les traitements somnifères qu'elle a ; alors que je sais pas qui lui avait prescrit à la base. Mais heu, en même temps, elle vient me voir pour me parler de ses angoisses et, et le risque n'est pas, n'est pas imminent. Et finalement elle a plutôt envie de ne plus avoir d'angoisses pour justement vivre mieux, elle a beaucoup de choses qui, qui la retienne, beaucoup de perspectives réjouissantes de revoir ses enfants, d'être vaccinée pour pouvoir les prendre dans ses bras, enfin… Donc finalement je vois que ses idées noires sont très présentes mais qu'elle les, que le risque suicidaire n'est pas imminent. Et qu'elle est plus en demande de ne plus avoir ces idées quoi. Voilà.

E2 : Alors n'hésitez pas à rebondir sur ce que disent les autres et à parler d'évaluation générale du risque suicidaire.

B4 : C'était déjà de savoir depuis quand elle avait ces idées, heu, est-ce que, est-ce qu'elle les avait encore, est-ce qu'elle avait ses idées de plus en plus là récemment ? Comment elle s'y, enfin comment elle compte s'y prendre ? Et puis finalement j'ai pas eu heu, à creuser plus pour heu, savoir si le risque était imminent parce qu'elle a rebondit derrière assez vite sur heu, le week-end qui approchait, la perspective de revoir ses petits enfants, qu'elle avait, enfin oui qu'elle avait envie de les revoir et… Donc je sentais qu'elle, qu'elle me parlait en fait d'un, des idées qu'elle a pu avoir mais heu, qui étaient moins présentes heu, au moment de la consultation quoi.

B1 : Moi ça me fait penser à celui de ce matin. C'est un entrant dans la prison, c'est toujours un moment à risque. Et ce qui était difficile c'est que du coup il arrive très jovial, très à l'aise heu, en entrant. Donc au départ heu, on se pose pas de questions. Et, et puis en fait heu quand on creuse un peu déjà c'est la première fois qu'il vient en prison ce qui est assez étonnant d'être jovial quand tu rentres une première fois en prison, puis après finalement on apprend qu'en fait si il sort dans deux mois, bah en fait il sera SDF, ou si il sort tout de suite il sera SDF. Et puis que du coup il a plus sa copine. Et puis en fait heu, puis du coup on a l'impression qu'il a plus rien, et en fait de lui même il dit : " non mais je vais pas me suicider, pourquoi tout le monde me demande ? Non mais ça va ". Et en fait effectivement il y a un espèce de vernis devant qu'il met, ce qu'il fait qu'en fait on a, bah j'avais accès à pas grand-chose. Du coup on se raccroche un peu aux branches, au fait qu'il veut pas se suicider, au fait qu'il montre pas d'intentionnalité mais il… on voit pas très bien sur quoi il se projette, on voit pas très bien à quoi il se raccroche,

on voit pas très bien pourquoi son état psychique était pas très bien adapté à son état social, hum… C'est vrai que ça me laisse plus perplexe quand heu, quand la demande n'est pas officielle quoi. Quand nous on se pose la question et que on a un stop en face.

B3 : Ça ou quand c'est heu, recherche d'un bénéfice secondaire. Tu sais quand les détenus sont mis en quartier d'isolement. Où ils émettent des messages où ils disent : non, je vais pas tenir ! Et puis quand on cherche si il y a un scénario élaboré c'est pas clair, ou la réponse est ambiguë. Hum quand heu, quand je dis ben si vous supportez pas le, si il y a un risque de suicide c'est plutôt l'hospitalisation en psychiatrie, alors là, la réponse c'est : non non ça va aller, mais me laissez pas ici ! Donc heu, il y a des fois des moments où c'est vrai que c'est pas clair. Enfin c'est pas si facile de, d'évaluer l'urgence quoi. Parce que on sait que derrière il y a une demande heu, une recherche heu, pour éviter quelque chose ou pour passer à autre chose. Sinon il y a des fois où c'est clair, il y a le scénario qui est élaboré, il y a la date qui est à peu près heu, à peu près donnée, le moyen heu… Bon bah là dans ces cas là on se pose pas, enfin moi je me pose pas de questions, je fais une hospitalisation à la demande. Enfin là en prison c'est une ACHO (?). Au départ ça génère un peu d'agressivité ou de tension de la part du détenu mais, en général quand il y a vraiment, pour les fois où je l'ai fait, les patient quand je les revois après ils me disent merci quand même. Même si au départ faire une, une hospitalisation sous contrainte c'est pas très agréable pour le détenu.

B5 : Si on est toujours dans l'évaluation du risque suicidaire, la difficulté en détention c'est heu, le risque suicidaire intentionnel, il y a vraiment une intentionnalité suicidaire et le risque suicidaire heu, par impulsivité par heu, mode de communication heu, mais qui n'a pas de réelle intentionnalité suicidaire, il n'y a pas de passage à l'acte auto-agressif qui peut être fatal. Mais dans le fond la personne est plus un peu border line, psychopathe impulsif mais pas forcément dépressive. Et...

B3 : Moi j'appelle ça les raptus suicidaires.

B2 : Après c'est pas forcément, ils ont pas forcément une intentionnalité suicidaire hein.

B6 : Et ben le raptus suicidaire je pense qu'il y a vraiment une intentionnalité malgré tout sauf qu'elle est pas prévue.

B3 : C'est ça. De mettre en acte sur une impulsion quoi.

B5 : Des fois il y en a des patients qui se disent, qui se mettent la corde, heu, il peut y avoir du théatralisme mais ils peuvent aussi ne pas se louper. Enfin (en regardant les autres)… ?

B3 : Oui.

B2 : Oui oui je t'entends, je comprend ce que tu veux dire.

B5 : Et, finalement la plus grande difficulté c'est celle là je trouve, parce qu'on aurait tendance à ne pas faire de HO (hospitalisation obligatoire), tout en sachant que bah, il y a un risque, mais qu'en fait ça n'est pas une dépression, c'est pas psychiatrique en soi et que donc ben on verra si il sait gérer son impulsivité. Puisqu'il n'y a pas de dépression il n'y a pas d'intentionnalité, réellement, de mourir. Et là c'est la diff… enfin voilà.

B4 : Ouais c'est la difficulté de l'incarcération, c'est que les gens une fois que la porte elle est fermée et ben il y a pas la famille, il y a pas l'entourage, si le détenu il est tout seul dans sa cellule et qu'il n'y a pas de prévention particulière et même si il y en a une, si il y a une

intentionnalité qui est forte il fera ce qu'il a décidé de faire. Après je trouve que la difficulté en détention c'est le chantage suicidaire hein.

B5 : Oui ben voilà c'est ça de ça dont je parlais c'était le chantage. Où il n'y a pas de réelle intentionnalité mais il peut ne pas se louper quoi.

B4 : Ben c'est ce qu'il s'est passé cet été hein.

B1 : Ouais.

B4 : Enfin… il fait tellement d'actes qu'au final et ben, l'entourage n'y crois plus vraiment et finalement ça finit par se passer quoi. Par rapport heu, à l'extérieur où on peut toujours essayer de trouver des renforcements positifs avec l'entourage heu, le travail tout ça, heu en détention c'est beaucoup plus difficile.

B1: Moi je trouve que la différence dans la détention c'est que l'alliance elle va pas de soi. C'est pas pareil que au cab, eux ils nous sont amenés en guillemets de force, on les a récupéré un peu de force. Et puis il y a pleins d'autres intervenants qui sont dans le truc. Et du coup ben, moi ce que je disais ce matin qu'il n'y a pas d'alliance vraiment parce que, on se connaissait pas il avait pas envie qu'on parle de ça donc il n'y avait pas vraiment d'alliance. Celui qui est dans le chantage il n'est pas dans l'alliance mais dans les bénéfices secondaires et tout ça. Alors que en général, dans nos cabinets par exemple ou aux urgences, enfin, je dirai plus dans notre cabinet encore plus qu'aux urgences on a moins la notion de bénéfices secondaires, de choses un peu parasites qui heu… qui joue. Vraiment si on en est là, ça veut dire que le travail il est quand même sacrément pré-maché. Parce qu'en fait le bilan a été fait par quelqu'un d'autre, la femme, la mère, je sais pas qui et, et, et quand quelqu'un nous est amené pour ça on…

B4 : Même si il consulte seul c'est vraiment un vrai appel à l'aide quoi c'est…

B1 : Ouais.

B5 : Hum, hum

B6 : Ouais ou des fois c'est masqué, nous on a… La dernière fois où j'étais un peu en difficulté, c'est un monsieur qui est, qui est là pour affaire de mœurs, qui est dans son coin, qui travaillait ; que je voyais de temps en temps pour les renouvellements mais qui allait assez bien en fait ; et là en fait il y avait deux choses. Il avait été déclassé pour une histoire un peu bête où il avait fait passer un, en plus même pas un paquet de cigarette, même pas un truc interdit à un autre détenu via son travail ; et il y avait eu une confrontation avec son fils qui avait un lien avec son affaire et il l'avait pas vu depuis qu'il était incarcéré et du coup je pense que ça devait un peu l'angoisser. En fait ce monsieur qui est toujours calme il était hyper heu, un peu agressif quoi. " C'est quoi cette prison ", enfin un peu comme d'autres parlent des fois. Et puis après il m'explique que rien ne va, du coup il dort plus, il mange plus et qu'il a envie de rien faire, que d'habitude il fait un peu des coloriages, des mots croisés tout ça, il a plus envie de le faire, il va plus en promenade donc là je me suis dit bon. Et heu, et je lui demande carrément si il y a des idées suicidaires et en gros il laisse planer le doute plus ou moins quoi il me dit : " vous inquiétez pas, si je veux le faire j'y arriverait et vous le saurez pas ". Donc heu, et j'avais aucun doute là-dessus, c'est le genre de personne où on se dit que ils diront rien et puis finalement ils le font quoi. Mais bon finalement tout s'est arrangé pour lui donc ça va mieux mais ça tient pas à grand-chose quoi. Enfin j'ai juste appelé la cuisine, ils l'ont repris la semaine d'après et en fait juste d'être occupé, déjà, ça allait mieux et puis la confrontation s'est pas si mal passée avec son fils donc il était content. Et finalement bah, la situation était débloquée mais j'avoue que je

le revoyais le lundi et le mercredi là. Les deux semaines où ça allait pas en me disant bon...sans savoir si il avait vraiment un intérêt à le voir rapproché comme ça parce que il était un peu fermé mais je me suis dit tant qu'il vient...

B2 : Et tu l'as pas signalé à l'équipe ?

B6 : Si je l'ai signalé à l'AP (administration pénitentiaire), ouais.

B2 : Non heu, à l'équipe psy.

B6 : Si, mais je sais plus si ils l'ont vu ou si il a refusé de venir mais je crois que c'est, je crois qu'il y a eu un couac et heu, je l'ai signalé à l'AP quand même. Enfin il m'inquiétait un peu.

B4 : Et lui il était demandeur de te voir ? Il était ok avec ça ?

B6 : Ben il est venu pour un prétexte détourné en fait. Mais je pense qu'il avait besoin de vider ses, de vider son sac, de dire tout ce qui l'énervait. Il était, si il est suivi par C..., la psycho des affaires de mœurs. Et, et elle aussi elle a dit attention parce qu'il lui a fait une lettre un peu heu, ouais il attendait la confrontation avec son fils. Je que ça se serait mal passé, ça se serait peut-être pas si bien passé les semaines d'après. Mais oui maintenant qu'on en parle la psycho le suivait, et on l'a fait revoir par les infirmiers psy pour voir si il y a besoin de voir le psychiatre et entre temps il y a eu des réponses à ses problèmes et tant mieux. Mais bon l'autre jour quand il dit : vous inquiétez pas, je saurais très bien le faire et vous serez pas au courant ; bah là on est un peu...on est un peu coincé quand même. Même si on évalue un peu un risque ben…

B1 : En fait ton évaluation là elle est faite. C'est juste que t'es dans une impasse. Au sens où mettre quelqu'un en surveillance suicidaire pendant 3 mois c'est de la torture. Enfin je veux dire c'est heu,… et pour autant tu sais si il t'en parle pour faire du vilain.

B2 : Oui mais après ce que tu ; ce que t'as fait aussi de redonner des rendez-vous rapides. Tu vois ça permet aussi, c'est un peu comme un contrat que tu passes avec la personne. En disant on se revoit, on verra où on en est, vous serez bien là. Et si il te dit, enfin si il arrive à se projeter.

B5 : Si il te dit ben on verra si je suis toujours là.

B3 : Ouais c'est ça aussi.

B4 : Oui mais ça montre que tu t'implique pour lui, que…

B2 : Oui, oui.

B6 : Après c'est heu, c'est ce genre de personne où, enfin moi je me rappelle heu, quand monsieur A il y a 2 ans, on l'a pas du tout vu venir…

B4 : Mais il y aura toujours des gens…

B4 : Lui on le voyait toutes les semaines, là c'était plus dur à avaler quoi. Quand t'arrives le lundi et qu'on te dit que, il s'est pendu dans sa cellule heu…

B1 : Ouais.

B4 : Ben ceux qui veulent le faire…

B2 : Souvent ils y arrivent.

B4 : C’est souvent le week-end hein.

B6 : Oui bah le week-end, le soir…

B4Léo : C’est, je, enfin…

B2 : Certains moments où ils entendent des clés des surveillants…

(Silence)

B4 : Quand ils le font à ce moment-là c’est que…

B2 : Oui.

B4 : Ouais, enfin le contexte en détention comme je disais tout à l’heure ça a une dimension qui est complètement différente par rapport au libéral quoi.

B6 : Et à l’inverse pour les quelques ; moi par exemple pour le remplacement que j’ai fait dernièrement, il y avait un gars qui allait pas du tout bien, pleins de problèmes sociaux et tout ça, et ben je trouve qu’en prison on a quand même des infirmier psy sous la main, on peut avoir une surveillance spéciale. En fait on peut mettre en place pas mal de choses pour se rassurer alors qu’en ville, si t’hésites un peu, tu le laisses rentrer tu te dis bon heu, finalement est-ce que j’ai bien fait heu, que… Je trouve que c’est plus difficile presque, parce là même si on a beaucoup plus de gens qui vont mal on peut faire des choses sur le moment. Alors qu’en ville ben… Je trouve que ; enfin vous en faites plus que moi de la ville mais les fois où ça m’est arrivé j’étais un peu embêtée quand même.

B2 : Disons qu’en détention t’as une équipe enfin, même si c’est l’AP, enfin tu peux les mettre en surveillance spéciale ; enfin tu peux alerter. Alors que en ville si il rentre chez lui heu, si il veut pas être hospitalisé… enfin tu peux proposer des choses mais...Enfin tu vas pas forcément…

B6 : Oui y aller toutes les 2h (rires).

B4 : C’est juste ce que je voulais dire c’est que l’impulsivité en détention est beaucoup plus importante en réactionnelle à, tu vois une nouvelle, une mauvaise nouvelle enfin, une séparation heu, genre c’est pareil mais je trouve que ça prend des dimensions qui encore plus importantes.

B2 : Parce que aussi on a une concentration de gens qui…

B4 : Oui, oui.

B2 : Qui ont des personnalités heu…

B4 : Oui bien sûr des troubles psy qui se surajoutent à tout ça mais...Et puis qu’on en voit beaucoup plus.

B1 : Je pense qu'on est aussi biaisés parce que moi en 10 ans de libéral j'ai pas eu ; je suis en train de réfléchir hein ; mais je crois pas avoir eu un suicide dans mes patients.

B4 : Ouais. Enfin t'as eu plusieurs consult.

B1 : Alors on le sait il y a des gens qui se suicident en dehors des prisons bien sûr mais heu… Mais du coup on est quand même, enfin je le dis j'ai quand même moins cette vigilance heu même si on l'a quelque part. Nous, enfin, quand c'est imminent on a les urgences. Nous quand même. Les urgences en plus sont pas très loin mais c'est quand même,voilà le recours de la crise suicidaire. C'est l'aidant en général parce que il y a quand même rarement aucun aidant. Et les urgences. Mais heu ; on dépiste enfin je trouve en, en prison on aura toujours ça en tête, même quand quelqu'un vient pour je sais pas quoi, des douleurs abdo ou je sais pas quoi, on aura toujours la question du mal-être derrière, et du coup très vite on aura la question du suicide derrière. Tandis que en ville quand il y a un mal-être je pense rarement jusqu'au suicide. Je veux dire on va, alors si le mal-être est très profond, si il y a des trucs très très aigus on va y penser mais faut vraiment qu'on ai beaucoup de flash je trouve, pour que j'aille poser la question du suicide en ville. Alors que on la pose quand même une fois par jour à la prison je pense.

B4 : Oui largement.

Enquêteur 1 : **Quelles ressources vous utilisez quand vous êtes face à une suspicion de risque suicidaire en prison ?**

B3 : Ce que dit la personne, si ça arrive souvent ou si c'est quotidien ou de plus en plus fréquent. Si elle a un scénario élaboré, si elle a une date, heu, si elle est soutenue et aidée dans l'entourage ou pas. Heu et si quand il y a tout ça on peut pas se revoir dans les 48h, ouais là je propose une hospitalisation. Sous contrainte.

B2 : Si elle se projette aussi dans, dans un rendez-vous, dans quelque chose, enfin tu vois si heu...

B3 : C'est ça. Ou alors moi je propose de la voir le lendemain. Et si elle me dit non, ou on verra ou si elle me fait comprendre que le lendemain elle sera peut-être déjà pas là, là je fais l'hospitalisation à la demande du tiers. Si la personne peut s'engager à ce que je la vois le lendemain ou dans les 48h je me dis bon on tient encore et on réévalue. Éventuellement je demande un avis d'un infirmier psy pour être sûr.

B2 : Après ça peut être aussi sur un parloir, enfin tu vois, quelque chose qui dépend pas forcément de nous aussi heu…

B4 : Oui.

B2 : Rencontre avec quelqu'un enfin, juste, je sais pas mais des choses heu…

B3 : Qui leur tiennent à coeur.

B2 : Oui.

B1 : Dans l'évaluation tu vois on a aussi quand même la personnalité…

B2 : L'impulsivité.

B1 : L’impulsivité, quand t’es face à une personnalité impulsive heu…

B2 : Les passages à l’acte antérieurs…

B3 : Ca tu l’as dans les antécédents.

B1 : Ouais mais tu l’as aussi dans la, parce que si tu veux mine de rien, quand ils sont amenés, souvent ils sont amenés, souvent on a été un peu briefés de ce qu’il s’est dit dans la prison ou de ce qu’il s’est dit via l’infirmière…

B3 : Oui, hum.

B1 : Et du coup même si, soit on le connaît, ce qui arrive souvent parce que souvent on le connaît enfin c’est des gens qu’on connaît à plusieurs, et heu, soit on connaît leur caractère impulsif et leur capacité à passer à l’acte, soit on a quand même des éléments. Un on a des éléments de visu, et on les reconnaît un petit peu quand même. Mais en tout cas ce que je veux dire c’est que la personnalité joue quand même, au-delà de son histoire, de ses projets enfin…

B3 : Oui pour le dernier à chaud que j’ai fait c’était quelqu’un qui venait d’entrer, c’était sa première incarcération. Donc t’avais pas toutes ces données sur l’impulsivité quoi. Là pour le coup j’ai fait une HDT. Parce qu’il y a pleins d’évènements traumatiques quoi, quand c’est une première incarcération, quand il y a pleins de ruptures heu ben, ça les fragilise, ‘est un facteur de vulnérabilité qui me paraît important à prendre en compte. Surtout quand on les connaît pas du tout, enfin quand il n’y a pas d’antécédents connus.

B2 : Après c’est censé enfin, l’impulsivité tu peux aussi trouver par l’interrogatoire. Si c’est quelqu’un qui prend des risques, qui va se battre facilement, ou qui a une espèce d’intolérance à la frustration.

B3 : Oui.

B2 : Tu peux retrouver un peu...Ou en l’examinant, si il s’est déjà charclé…

B3 :: En relevant les manches ! (sourire)

B1 : Ouais, ouais.

B3 : Tu lèves les manches ! Bon c’est … (sourire)

B5 : Mais justement ben…

B2 : Après bon c’est pas forcément des tentatives de suicide d’ailleurs.

B5 : Ouais voilà j’allais dire on…

B3 : Mais c’est un marqueur d’impulsivité ça.

B2 : Ils peuvent se rater hein.

B5 : Quand on voit qu’il y a eu heu, des antécédents de tentative de suicide, et ben je trouve que c’est des fois difficile de, est-ce que c’était vraiment une tentative de suicide avec encore

une fois intentionnalité avec sûrement une dépression, une anxiété généralisée ou heu, des contextes vraiment difficiles à chaque fois ; et auquel cas bah là je serai inquiète si le patient en plus il semble avoir des idées noires de nouveau, pour moi ce serait un facteur de risque de réussite. Mais des fois c'est étiqueté TS et en fait on, il va nous dire : " ah bah oui j'ai fais pleins de TS regardez les bras ". Et en fait.. presque, enfin, c'est pas que ça va me rassurer mais je me dis en fait il.. voilà il va un peu...se faire du mal mais en réalité il a pas envie de mourir. Et...

B2 : Oui souvent dans ces cas là c'est plus parce qu'ils attendent quelque chose.

B5 : Et voilà !

B2 : C'est plus qu'ils sont en conflit avec quelqu'un de leur entourage.

B1 : Moi je trouve pas ça rassurant, parce que si t'as …

B5 : Mais justement c'est fausse… enfin je sais pas comment le dire.

B2 : C'est faussement rassurant pour toi ?

B1 : Si tu poses la question, au moment où te le vois tu te dis est-ce que maintenant, il y a un risque suicidaire vraiment ? Et tu vois qu'il est scarifié de partout, en fait tu sais juste que c'est quelqu'un qui peut passer à l'acte. Est-ce qu'il peut passer à l'acte profondément, c'est quelqu'un qui a une capacité à passer à l'acte. C'est à dire que je sais pas quoi…

B3 : Ou une agressivité.

B1 : La majorité des gens ont du mal à franchir la barrière psychique de faire cet acte aussi violent. Et lui tu vois déjà qu'il a franchit des barrières que toi t'as pas encore franchies, et du coup notamment des scarifications. Du coup même si il a fait des fausses pendaisons, du feu parce qu'il voulait des cigarettes, je sais pas quoi enfin bref…

B2 : Si il s'est pété 5 fois le 5ème métacarpien.

(rires)

B1 : Bref si il a fait plein de foin, qu'il a jamais voulu mourir, en fait tu poses la question que celui-là est capable de. Heu, et du coup même si il voulait pas du tout mourir les fois précédentes, et ben je trouve que lui il est capable, de passer à l'acte.

B5 : Ah mais il est capable. Mais du coup t'as, enfin…

B2 : C'est vrai que lui t'auras peut-être plus tendance à le garder quoi.

B5 : Il est capable pour revendiquer quelque chose, mais est-ce que tu vas aller faire une SPDRE ?
Heu…

B1 : Non mais en fait la question c'est que au moment T, tu te poses la question de savoir si il veut vraiment mourir, parce que t'as quand même des éléments, il te parle de scénario, si il est pas bien, tu vois ce que je veux dire. A ce moment-là même si quelqu'un, admettons même qui a 15 ans, sa nana vient de le plaquer, ses parents veulent plus le voir etc, enfin voilà ; et donc il y a 6 mois il faisait juste le kéké et du foin et bah voilà et, il fait tout ça, tac tac tac . Et là

maintenant tu veux savoir si il veux vraiment mourir, le fait de savoir qu'il est capable d'être violent, tu sais qu'il est capable d'être violent envers lui même plus facilement. C'est juste un marqueur en plus hein, mais plus facilement que quelqu'un qui n'aurait jamais fait de scarification, de pendaison, de feu, de bagarre … et heu, il a plus accès à la violence que l'autre. Et le fait de ne pas avoir accès à la violence c'est un facteur un peu protecteur quoi.

B4 : Oui c'est la prise de risque dont parlait B2.

B1 : Oui c'est la prise de risque ça rentre dans l'impulsivité aussi bien sûr.

E2 : **Qu'avez vous pensé de cette grille d'estimation du risque suicidaire ?**

B1 : Ce qui est compliqué c'est qu'il y a qu'un seul item de détaillée dans sa cotation. Parce que sinon c'est compliqué de te positionner dans la grille quoi.

B4 : Ce que je trouve c'est pas mal, c'est qu'il y a des critères qu'on, bah que nous je pense on fait instinctivement parce que ça nous arrive souvent d'être dans ces situations là. Mais par exemple la capacité à prendre soin de soi. Ça ça fait pas parti des critères…

B3 : Qu'on utilise nous oui.

B4 : De la grille classique. Et je trouve que c'est vachement important en fait.

B1 : Alors je crois que c'est celui-là qui est décrit. Mais je pense qu'on l'utilise tous comme tu le dis instinctivement en disant mais…

B4 : Oui.

B1 : En gros tu leur demande quand même qu'est-ce qu'ils font encore qui leur fait plaisir. Tu sais, parce que du coup quand même tu cherches une dépression et du coup tu cherches si ils ont encore quand même un peu de plaisir. Et je pense que t'as quand même un certain lien entre…
C'est celui là qui est détaillé justement entre les cases, où il dit heu, est-ce que en gros heu, un vous prenez soin de vous et vous prenez quand même du plaisir, deux c'est les besoins de base je mange je dors, trois c'est rouge voilà je mange plus je me lave plus, et quatre je crois c'est je me laisse mourir dans mon lit. Hum…

B5 : Ben je trouve…

B4 : Ouais ça on le recherche pas plus que ça mais finalement ça peut nous sauter aux yeux sur quelqu'un qui se laisse complètement aller et qui…

B2 : Ah oui, il n'y avait que cet exemple effectivement dans le truc.

B5 : Après moi je suis un peu gêné avec l'exemple de la capacité à prendre soin de soi parce que les, les… Enfin ça pourrait être une forme de, de minoration du risque. Alors que les quelques personnes que j'ai en tête en dehors du cadre de détention qui se sont suicidées ben, c'est des personnes qui prenaient soin d'elles.

B3 : Encore peu de temps avant le suicide ?

B5 : Oui. Qui se levaient, qui s'habillaient, qui étaient propres, qui heu, avaient un travail, une vie familiale heu, un bon contact. Heu, et…

B2 : Ouais mais après c'est peut-être plus sur un faisceau, tu vois…

B4 : Ça va plus t'alerter, si tu vois qu'il s'est pas rasé alors que d'habitude c'est quelqu'un qui se rase tout le temps, heu…

B5 : Oui. Mais est-ce que c'est un risque de passage à l'acte ou est-ce que c'est juste un signe de dépression ?

B4 : Ben c'est un signe en plus je pense. Tu vois c'est des signes en plus qui vont…

B2 : Souvent c'est un faisceau de, de feux qui vont s'allumer ou pas quoi.

B3 : A la limite je trouve que, c'est ce que tu dis sur un truc c'est que quand vraiment ils ont élaboré leur suicide, qu'ils savent qu'ils vont se suicider à tel date, truc comme ça, à un moment ils vont mieux. Tu sais, où tu l'entourage est rassuré. Ah ils vont mieux et puis on lâche la, la pression ou le cocooning et puis finalement c'est, ils vont mieux parce qu'ils ont décidé en fait. Et que ils sont déjà dans le après.

B4 : Oui ils ont pris leur décision.

B3 : Et du coup ils ont pris leur décision et tu les vois bien, propres, souriants, avenants, tout ça quoi. Mais quelque part on est déjà loin, enfin, il est déjà parti dans sa tête.

B1 : Je trouve que l'intérêt pour en revenir sur les grilles, alors cette grille je crois qu'elle est pas scorée et je crois que du coup un peu heureusement parce que si t'avais 7 risques imminents à chaud, 5 urgences je sais pas quoi ce serait quand même compliqué à gérer. Mais je crois que les intérêts des grilles c'est soi quand tu sais pas trop, tu vois t'es devant le type tu sais pas trop, et bah du coup, hop tu peux te raccrocher à une grille en disant que tu balayes tout. Effectivement la grille permet d'avoir quelques fois des surprises à des trucs où on s'attendait pas et puis quelques fois… Alors nous ce risque de suicide ça fait vraiment parti du quotidien, donc je pense qu'on, on se sent rarement démunis quoi. Enfin on peut se sentir un peu pa… Mais je me dis que quelques fois t'as des, enfin la majorité des médecins généralistes se posent pas la question du suicide au moins une fois par semaine quoi.

B3 : Oui.

B1 : On fait une fois par moment. Et encore. Et du coup moins on le fait moins on se sent à l'aise.

B3 : Toi t'es chez les bourgeois aussi.

Rire général

B6 : Bah une crainte réelle oui. Je pense qu'on pose la question puis tout de suite on écarte.

B1 : En ville tu la poses souvent la question ?

B4 : Non.

B6 : Non, mais…

B4 : Tu la poses beaucoup plus difficilement. Tu vas essayer d'amener le truc heu…

B5 : Enfin tu la poses quand même à peu près à tous les dépressifs, t'en vois pas qu'une fois par mois des dépressifs.

B4 : Oui mais généralement c'est des gens que tu vois régulièrement. C'est si vraiment que tu vois qu'il s'est passé quelque chose et que tout d'un coup son état s'aggrave. Si tu le vois pour renouveler son traitement antidépresseur et que son état est stable tu vas pas lui demander si il a des idées suicidaires. Si ?

B1 : Tu vois moi j'ai l'impression, en ville, je suis en train de me reposer la question, moi je me pose plutôt la question du risque suicidaire comme un marqueur de la souffrance, que je cherche des marqueurs de la souffrance pour savoir si il va se suicider. Tu vois c'est comme ça que je le pense. Alors je me banane peut-être hein, parce que…

B5 : Oui, mais c'est…

B1 : Je me dis juste que quelqu'un qui pense à se suicider c'est que vraiment il va pas bien.

B5 : Oui ben je le vois comme ça aussi des fois oui. Mais…

B1 : Et du coup t'as du mal à te dire qu'il va vraiment se suicider. Alors qu'en prison on a plutôt l'inverse. C'est à dire qu'on va surtout penser qu'il vas se suicider, et puis si il souffre on a plus l'impression ; parce que souffrir c'est quand même une norme en prison, ils souffrent de tout ce qu'ils vivent ; et heu, et tu vois moi je trouve qu'on pense les choses un peu à l'inverse.

(silence)

B6 : Après dans la grille ce qui est pas mal c'est le, le dégradé de couleurs où peut être en prison on pourrait presque le voir comme une comparaison par rapport à l'état antérieur que le vert c'est vraiment je risque rien et le rouge je risque beaucoup parce que finalement quand on reporte les lignes, on parlait impulsivité, substances, anciennes tentatives heu, et mettons heu, seul et isolé. Ben en fait on en a déjà 4, on le retrouve hyper souvent. Mais si on voit les couleurs comme une sorte de graduation, heu on peut comparer enfin, si c'est un truc dans le continuum, c'est un peu ça votre intro là, c'est une grille qui va être dynamique dans le temps aussi et ; et là c'est intéressant parce que si on devait juste côter avec les couleurs 0, 1 , 2, 3 et 3 risque maximum ben les gens ils seraient vite dans le 2 ou dans le 3 du fait de leurs antécédents et de la situation en prison.

B4 : pour moi l'intérêt d'une grille c'est surtout les différents éléments. Être objectif sur un score ou autre c'est impossible dans ce…

B6 : Mais ça te permet de te dire, c'est vrai qu'il est un peu plus, il consomme plus que d'habitude tu vois. Un type mettons que il consomme c'est plein pot ou en section. Tu peux graduer quoi. Et y penser.

B1 : Je pense quand même qu'il faut la manœuvrer habilement cette grille pour que, être capable de la faire sans avoir l'air de faire une grille. Parce que du coup c'est comme des gens qui ont déjà été interrogés par les flics ou par le juge. Donc quand on arrive en mode questionnaire c'est pas toujours bien vu. Et du coup pour manier une grille suffisamment bien,

pour être capable de la poser subtilement dans le flot d'une conversation et pouvoir la reposer différemment 15 jours après pour voir son évolution c'est quand même enfin, faut une sacrée maîtrise quand même.

B2 : Ouais après ce sera plus sur ton ressenti heu…

B1 : Ouais.

B4 : Moi l'important pour moi c'est les critères présents ou pas. Déjà là je trouve ça t'aide quand même pas mal. Mais vraiment pour scorer ça pour moi c'est pas possible quoi. Par contre le système de couleurs je trouve que c'est une bonne idée mais alors le mettre au milieu pour moi ça a peu d'intérêt quoi.

B1 : T'as B6, dans tes papiers, tu sais le truc Prendre soin de soi. Tu vois quand tu avais les petites phrases faites dedans ça pour le coup je trouve que c'était bien fait.

B6 : En fait il n'y a que le critère capacité à prendre soin qui est mis en exemple. Et donc dans le vert c'est Répond bien à ses besoins, fait des activités qui lui apportent satisfaction, le jaune c'est Répond à ses besoins de base manger dormir se laver ; le orange c'est Répond peu à ses besoins de base, ne dort pas bien et ne mange pas bien ; le rouge c'est Ne répond plus, ne mange pas et ne dort pas depuis plusieurs jours.

B4 : Je me demande là en vous écoutant si ça ne serait pas intéressant que ce soit une grille d'autoévaluation de la personne. Et qu'elle fasse cette heu, qu'elle puisse visualiser dans le temps son évolution. Tiens bah je m'occupe mieux de moi ou moins bien.

B2 : Bah c'est ce que tu lui demandes.

B4 : Et que ce soit la personne qui soit en possession de cette grille, tu lui demandes de le faire une semaine après ou 48h, enfin dans un délais…

B2 : Après je pense qu'il faut sélectionner…

B5 : Mais là ça marche que pour "capacité à prendre soin de soi" hein.

B3 : Pour certains hein, pas pour tous.

B4 : Oui parce que ça te renvoie, à aussi heu…

B3 : Parce que ça te remet, oui, mais ça c'est aussi à discuter avec la personne. Tu lui dis ok, là vous êtes dans un risque suicidaire, " non non je suis pas suicidaire docteur " ! Et tu dis mais je trouve que vous allez quand même de moins en moins bien depuis 1 mois, 2 semaines, 3 semaines… Et puis tu peux proposer, qu'est-ce que vous en pensez de faire votre auto-évaluation ? Et tu lui donnes cette grille et il s'auto-évalue. Ce qui peut permettre de...

B2 : Ca peut être un peu violent non ?

B4 : Oui c'est ce que j'aurai dit.

B2 : Je trouve que c'est plus intéressant quand les observations sont un peu, ou alors, on peut noter des choses dans les observations, c'est que tu peux noter ce que toi tu as écris. Enfin pas noter mais tu peux relire ce que toi ou ton collègue avait écrit, en disant voilà, il y a 15 jours…

B1 : Oui c’est ça.

B2 : Comme en addicto quand les gens heu, voilà il y a 15 jours vous disiez que vous consommiez ça et aujourd’hui, pour moi vous n’avez pas diminué votre consommation. Du coup ça c’est intéressant, mais après pour les gens c’est peut-être difficile de…

B4 : Mais il faut se le représenter autrement. C’est plus des questions genre heu, est-ce que vous vous lavez tous les jours ? Est-ce que vous avez un bon appétit ?

B6 : Est-ce que vous allez en promenade ? Tu vois ces questions là on les pose. Est-ce que vous mangez ?

B1 : Oui.

B4 : Mais c’est vrai que si quelqu’un est complètement dans le déni ça peut aider à ce qu’il se rende compte de sa situation. Mais...

B1 : Oui, après ce qui peut être intéressant, au-delà même du admettons, enfin… On peut, c’est des questions qu’on pose et c’est vrai que nous on pose souvent toutes ces enfin, sûrement qu’on en oublie mais c’est vrai que ça on peut se dire il faut que je le note, pour que le prochain qui le verra peut-être demain ou après demain, ai un truc pour se raccrocher. Et c’est vrai que de l’utiliser comme ça, c’est un truc qui peut être intéressant chez nous qui changeons beaucoup. Parce que souvent celui qui est suicidaire souvent on se souvient assez bien de ce qu’il a dit il y a 48h. Ce qu’il a dit il y a 3 semaines on s’en souvient déjà un peu moins bien. Effectivement le fait de le noter de se dire tiens ben… Par rapport à l’autoévaluation, moi je enfin, on avait des questionnaires dans notre cabinet sur l’estime de soi et sur la précarité, pfff. C’est méga violent, enfin franchement.

B3 : C‘était pas accompagné, faut qu’ils soient accompagnés.

B1 : Alors tu vois pareil, tentative de suicide et tout ça heu. Ca te mets tout seul face à une réalité, êtes vous seul ? Oui, machin ; est-ce que vous vous droguez plein pot ? Bah oui enfin...

Rires assemblée

B1 : Je suis pas sûr que tu l’aides beaucoup quoi (avec un sourire).

B2 : (en riant) Oui tu lui donnes carrément le pistolet ou une corde.

(rire général)

B3 : Peut-être qu’en le faisant accompagné, en étant au moins à deux. Pour qu’elle se réapproprie ce qu’il y a en eux.

B2 : En même temps si quelqu’un te dit que tout va bien mais que dans le même temps il va bientôt se tuer et qu’il a préparé se corde bon tu, tu…

B3 : Oui, oui.

B2 : Il peut être dans le déni mais là tu peux lui renvoyer des choses heu, qui peuvent t’inquiéter.

B1 : Mais c'est vrai que l'intérêt d'une grille, moi j'avais un patient au cabinet qui était pour le coup dépressif mais pareil qui avait un vernis, qui était toujours quelqu'un qui n'avait jamais de problème enfin voilà. Et on a fait la grille HAD ensemble. Et justement, il était tout le temps tellement dans le tout va bien, machin, et en fait je comprenais même pas pourquoi je le mettais en arrêt de travail finalement. Enfin je, et on a fait la grille HAD et il s'est effondré en fait. Parce que ça l'a mis face, et c'était extrêmement violent pour lui. Parce que du coup il s'est rendu compte qu'il cochait tous les critères. Parce qu'en fait au départ, il osait pas heu, je crois qu'il avait de la réserve pour heu… mais en fait la grille je crois qu'on ne l'a même pas finie. Il a fondu parce que effectivement c'était tellement violent…

B2 : Il a sauté par la fenêtre
Rires général

B1 : Je suis au rez de chaussée (rires). Non mais du coup c'est vrai que c'est potentiellement violent, une grille faite de but en blanc ça peut être heu…

B4 : Oui.

E 2 : **Il y a t-il des items ou des critères que vous souhaiteriez retirer ou ajouter à cette grille ?**

B5 : Bah les idées enfin, peut-être le côté anxiété et idées qui peuvent tourner en boucle. Enfin, parce que quelqu'un qui heu, quelqu'un qui n'a pas planifié, qui n'a jamais fait de TS, qui n'a pas, enfin où il n'y a pas de changement qui va modifier sa vie, des fois la vie est dure et voilà. Qui fume pas, qui prend pas de drogues, qui se contrôle plutôt bien, qui est entouré de ses proches et qui prend soin de soi heu, on en a donc plutôt dans le vert. Mais, qui pense à la mort tous les jours, toutes les nuits, qui se disent que ce serait plus simple si elles étaient pas là, qu'elle seraient pas un fardeau pour les autres. Mais c'est un critère qui n'est pas présent.

B6 : Je dirai aussi la disponibilité du moyen. Je me dis que un gras qui veut prendre tous ses médicaments mais qui n'a pas de traitement, ou …

Rire général

B6 : Je veux dire celui qui me dit je vais sauter sous les rails d'un train alors qu'il est dans la prison je vais pas être inquiète avec le scénario quoi.

B5 : Ben c'est la planification, non ?

E2 : Ca rentre dedans oui, c'est pas dit tout à fait comme ça.

B6 : Enfin je me dis quelqu'un qui dit je vais me tirer une balle alors qu'il a pas enfin, c'est peut être exagéré mais…

B3 : C'est l'accès au moyen de mourir si il est facile ou pas pour la personne.

B6 : C'est l'accès au moyen oui.

B1 : Là tu le note dans l'impulsivité aussi. Je veux dire que si c'est quelqu'un a un fusil ou un pistolet chez lui, je veux dire voilà. En 3 minutes il peut avoir réglé l'affaire. Tandis que celui qui doit planifier d'aller à l'armurerie pour acheter un pistolet, enfin l'armurerie…

B3 : Ouais, ouais.

B1 : Enfin le temps qu'il fasse cette démarche on se dit qu'il a le temps de…

B3 : De changer son...

B1 : La crise a eu le temps de passer quoi.

B6 : Mais c'est pareil là par exemple si il te sort un moyen et que il va te dire, je vais essayer de trouver je sais pas quoi ou de récupérer tous mes médicaments pendant un mois je me dis bon ben là…

B1 : C'est la planification ça quand même.

B6 : Oui c'est la planification. Mais tu te dis c'est pas, le moyen heu, le moyen entrepris choisi…

B5 : Il est pas imminent.

B6 : Il est pas imminent, et pas accessible immédiatement. Il a pas 10 comprimés ou 20 comprimés de je ne sais quoi.

B3 : Ouais donc on pourrait le mettre sous forme imminence du moyen à mettre en œuvre.

B4 : Ouais ou accès.

B5 : Accès au moyen.

B1 : Moi je pense qu'il est dans la planification.

B4 : Dans la planification oui.

E2 : Oui c'est noté faisabilité du geste dans la planification.

B6 : Ok.

B3 : Après ce qu'on voit pas dans cette grille…

B2 : Après, la capacité à se projeter dans d'autres choses. Dans quoi on…

E1 : La panification en fait c'est tentative en cours, préparatif en vu de passer à l'acte, les moyens accessibles pour se suicider, la panification avec un moyen connu, les idées suicidaires, l'envie de se suicider et avoir exprimé l'intention de mourir. Donc ça c'est le premier item.

B6 : Ouais c'est gros comme item en fait.

B1 : Ouais.

B3 : Et on voit pas trop les troubles de la personnalité, avec tous ceux qui sont impulsifs tu sais…

E1 : Alors il y a tentative de suicide, c'est l'historique des tentatives et de l'ambivalence dont vous parliez à propos de vivre ou mourir, est-ce que c'est juste un appel à l'aide ou une façon de se faire remarquer.

B5 : Et puis la capacité à se contrôler il y a peut-être aussi les antécédents psy dedans.

B4 : Et dans l'impulsivité.

E1 : Dans capacité à se contrôler donc c'est des antécédents de perte de contact avec la réalité, un état d'agitation important et de rage. Un historique ou une manifestation actuelle de violence envers autrui ou lui-même. Des changements d'humeurs soudains, et un niveau d'anxiété très haut ces derniers temps.

B6 : Ah ouais elle s'improvise, enfin j'avoue que j'ai lu vite fait cette grille et ses annexes, et du coup ça s'improvise pas faut vraiment lire le texte pour savoir le contenu.

B1 : Mais je crois que c'est même pas ça, c'est à dire que de ce que j'ai compris il faut même une journée de formation pour pouvoir utiliser cette grille non ?

E1 : Au Québec ils organisent ça oui. Mais elle est destinée aussi aux travailleurs sociaux et pas uniquement aux médecins.

B3 : Oui donc il y a une journée pour expliquer les critères oui.

B5 : Mais du coup en pratique ils ont une sorte de feuille A4 avec tous les items qui rentrent dans chaque titre ? Parce que là je vois pas le détail pour la planification.

E2 : En fait chaque item, il y a une feuille explicative pour chacun. Avec des sous critères.

B5 : Ah d'accord.

B4 : Ah oui c'est hyper lourd.

E1 : Ben c'est complet.

B6 : Ca veut dire qu'il faut bien se l'approprier et savoir tout ce qu'il y a dedans parce que, moi de but en blanc si j'ai ça sous les yeux, ben je vais essayer d'évaluer ça et je vais rajouter dans mon observ des trucs qui rentrent dedans mais je ne le sais pas. Comme l'accès aux moyens, ou les troubles psy ben il est bipolaire heu, en phase manique tu vois. Parce que je ne sais pas en fait que c'est compris dedans.

E2 : Oui.

B6 : Mais si il y a un jour de formation, si c'est comme ça que ça doit se faire dans ce cas là…

B1 : Après tu te dis, nous nous on est quand même souvent… Imagine pour les urgences, imagine le médecin là à 21h qui appelle le psychiatre de garde : " J'ai quelqu'un qui veut se suicider! " et l'autre il va lui dire : " tu crois qu'il va vraiment se suicider ton coco là ? " Voilà, l'autre il va dire bah oui il a dit qu'il voulait se suicider. Et c'est sûr que je me dis pour le psychiatre qui est à 20 km de là, et heu discuter avec quelqu'un capable de critérier en disant j'ai ci ou j'ai ça c'est sûr que ça peut être aidant. Tu sais quand tu veux évaluer une situation

plutôt que juste de dire bah voilà il vient parce qu'il a envie de se suicider, en fait t'en sais rien. T'en sais rien, en fait est-ce qu'il veut juste dormir la nuit, est-ce que enfin voilà, heu…

B6 : Je dis pas qu'il ne faut pas l'utiliser. Je dis qu'elle est bien complète et que si on veut bien la prendre en main il faut…

B2 : Bien connaître les…

B4 : Ouais il y a tellement de choses à… Que finalement je pense qu'on utilise, mais pas tout, ça regroupe tellement de critères qu'on…

B5 : Mais du coup vous, ça vous semble pas manquer le fait que il y a des gens qui pensent à la mort tout le temps mais qui après sont dans le vert tout le reste quoi.

B2 : Si t'y penses tout le temps c'est que t'as peut être heu…

E2 : C'est dans l'intentionnalité.

B5 : Bah là j'ai en tête une jeune de 16 ans. Alors, le souci c'est que, bah c'est un peu l'adolescence, c'est la consultation difficile, elle vient mais elle en dit que la moitié. En fait elle vient parce qu'elle a des troubles du sommeil, je l'avais vue au printemps ou en janvier, elle avait perdu du poids et je lui ai dit ouah ce serait bien que tu reviennes dans 1 ou 2 mois et puis on va regarder ce qu'il se passe. Parce que je sais pas, elle venait pas du tout pour ça, je ne voulais pas la brusquer, il y avait sa maman…

B1 : En reportant sur la grille, le prendre soin de soi il te manque déjà le sommeil et l'alimentation. (rires)

B5 : Oui, oui, oui, c'est pas faux. Heu, bref elle revient, finalement elle me parle du sommeil. Et elle me dit qu'elle a des cauchemars perturbants heu, donc je lui demande si elle veut m'en dire plus. Elle me dit bah non c'est perturbant. Bon d'accord, donc finalement elle voit une psy et en discutant elle me dit que oui l'alimentation était limite, un peu sélective mais elle perdait plus de poids, elle en avait même repris un ou deux kilos. Présence des proches elle elle se sentait un petit peu seule. En même temps elle avait ce sentiment d'être seule mais en même temps elle était amenée par ses deux parents qui étaient tous les deux venus, qui attendaient dans la salle d'attente. Elle avait l'impression qu'ils s'en foutaient un peu, moi je les trouvait plutôt très soucieux et plutôt respectueux d'une certaine indépendance que elle elle interprétait ça comme de se mettre à l'écart.
Capacité à se contrôler, bah oui elle se contrôlait plutôt bien, pas de substances, esperer un changement bah il n'y avait pas d'histoire de changement en fait heu, elle est anxieuse depuis le collège, il n'y a pas eu d'événement particulier. Tentative de suicide elle en a jamais fait, planification du suicide...Bah quand je lui demande si elle a des idées noires, des idées de mort heu, elle répond pas. Elle rebondit sur d'autres trucs et à chaque fois je réalise qu'elle emploie le mot dérangeant. Donc bon bah je lui dit tu reviendra, on va en discuter, il y aura des choses à dire sur le sommeil puisqu'il y a la, le, elle regardait les écrans, elle se couchait à point d'heure, enfin bon pour essayer de, enfin des trucs un peu de base. Puis quand j'appelle la psy moi elle me dit ce que, enfin elle me dit pareil, dérangeant, dérangeant. Ok. Et pour elle, elle pense qu'elle a des idées de mort, que vraisemblablement, elle doit avoir des scénarios de mort pendant ses cauchemars, mais elle nous en parle pas vraiment, enfin c'est jamais très précis heu… et du coup moi ça m'inquiète heu, beaucoup. Mais le reste elle est plutôt côté vert quoi.

B3 : Quand on t'écoute, elle dort pas, elle mange pas, elle perd du poids, elle se sent seule…

B5 : Non, non, elle perd plus de poids depuis 4-5 mois.

B2 : Les ados ils sont souvent seuls avec leur parents, j'en ai deux à la maison.

Rires

B3 : Je suis d'accord mais quand tu dis, en fait la notion…

B5 : Elle se sent seule mais en réalité il y a la présence des proches. Il y a une présence réelle. La psychologue, les deux parents la présence elle est là, mais elle la ressent pas.

B3 : Oui elle se sent seule parce qu'elle se sent pas compris. Et la notion de solitude, c'est peut-être là où il faut nuancer c'est, est-ce que t'es seule parce que t'es vraiment seule, pas d'entourage ; ou est-ce que t'es seule parce que tu sens qu'autour de toi ceux qui sont proches, ne sont plus proches ?

B2 : Mais après dans la solitude des adolescents il n'y a pas que les parents, il y a aussi les amis.

B3 : Oui et ses amis, mais elle dit je me sens seule.

B6 : L'environnement amical qu'il est important de…

B3 : Et cette notion de solitude elle est d'une estimation individuelle.

B5 : Je comprends mais c'est pas la notion de solitude c'est Présence de proches. De manière objective, il y a des proches.

B3 : Et ben c'est à détailler ça.

E1 : Présence de proches, sentiment d'isolement intolérable, perception d'être un fardeau pour les autres, présence d'un réseau de soutien social ou d'un soutien social au minimum.

B3 : Donc elle elle dit, je suis seule.

B5 : D'accord, ok.

B1 : Je crois moi, ce qui est aussi compliqué dans ton affaire, c'est ce dont nous parlait la maman au début, c'est l'histoire aussi d'alliance, où tu sens bien que là t'es pas dans une pleine alliance avec cette jeune.

B5 : Finalement elle vient, elle retourne voir sa psychologue, elle revient mais…

B1 : Tu sens bien qu'il y a ce côté un peu mystérieux, tu sais pas très bien de comment elle en joue de ce côté, enfin tu sens bien que t'es pas avec quelqu'un en face en train de discuter du bout de gras et de dire bon bah comment ça va là concrètement, qu'est ce qu'on décide aujourd'hui, et comment on avance ? Là t'es dans un truc qui navigue, qui t'en dit la moitié sans te dire l'autre, et qui, enfin tu sens qu'il y a quand même autre chose. Je sais pas si cette grille...

B6 : Elle est adaptée au ados quoi.

B5 : Bah ils disent à partir de 14 ans mais…

B2 : Parce qu'après il y a aussi toutes les histoires de harcèlement, de, de violences qu'il peuvent subir les uns avec les autres, enfin chez les ados je pense.

B5 : Il y avait pas.

B1 : Et puis combien t'en as des gens, des adultes, que tu vois et du coup qui un jour vont lâcher leur viol, leur inceste, leur machin tout ce que tu veux. Et qui auront vu des psycho, des médecins et tout ce que tu veux pendant longtemps et qui auront rien dit à personne. Et du coup c'est quand même compliqué de… tu vois quand tu parles de ruptures et de trucs comme ça, et de ce qu'il se passe dans leur cerveau, tu peux avoir un gamin qui aura vu un psycho pendant 15 ans et qui va du coup rien lui dire de ce qui est important dans sa vie psychique quoi. Et du coup enfin, il voit un peu le psycho pour qu'on lui lâche un peu la grappe, parce que ça lui fait pas tant de mal enfin il a pleins de raisons d'y aller. Mais qui est pas dans un, dans un lien non plus. Parce que c'était pas le moment, parce que…

B5 : Ouais mais du coup je me disais que si c'est pour évoluer là maintenant et par exemple dans 6 mois… ouais ben dans présence des proches on peut… Mais cette impression et qu'on va peut-être mettre à jour de ressasser la mort toutes les nuits, ben heu…. Faut voir tous les items mais j'ai l'impression qu'elle est pas présente quoi.

B2 : Alors tu sais moi j'ai, j'ai un patient qui vient pour des histoires addicto. Et qui m'explique qu' en fait il fait des cauchemars, et des cauchemars qui sont morbides où il voit du sang, où il voit des gens qui sont morts. Et pour autant je veux dire, il a pas de, en fait ça le dérange, mais il a pas d'idées heu, il a pas d'idées suicidaires. Après c'est quelqu'un qui est anxieux, quelqu'un qui a sûrement d'autres choses sous jacentes mais en tout, il a pas de… enfin il a jamais exprimé de…

B5 : Oui.

B2 : Avoir des idées, des idées de mort ou…

B5 : Oui c'est peut-être deux choses différentes effectivement.

B1 : Puis je pense aussi faut voir comme tout ce qui est diagnostic, tu vois tu fais un score d'embolie pulmonaire bah heu, enfin voilà t'as toujours heu…

B4 : t'as toujours le gars qui sort du score.

B1 : T'as toujours la possibilité de passer au travers des mailles. Et je trouve du coup quand t'es tout dans le rouge, ben t'as quand même plus de risque de faire ton embolie pulmonaire ou ton suicide que si t'es tout dans le vert. Même si t'as toujours des profils très particuliers.

B2 : Après là c'est pas sur les mêmes scores non plus je veux dire heu, l'embolie pulm t'as quand même des choses heu, enfin…

B4 : C'est le problème du suicide c'est qu'on…

B2 : C'est des choses concrètes que tu observes toi.

B5 : Puis tu réévalues pas ta grille de l'EP. Alors que là l'objectif c'est aussi de la réévaluer dans le temps.

B2 : Et puis c'est quelque chose d'un peu subjectif.

B4 : Ah bah complètement.

B1 : Le,enfin le…

E2 : C'est un champs qui est quand même abordé, de réutiliser la grille pour avoir un peu les mêmes items que tout le monde utilise et pour avoir une évolution ouais. C'est un des trucs avancés oui.

E1 : On peut faire une évaluation à un instant T qui peut déboucher à une prise en charge en urgences pour risque imminent par exemple. Mais on peut aussi s'en servir comme outil de réévaluation.

B1 : Moi je trouve quand même, que dans la souffrance psychique, l'alliance et le lien comme ça sont quand même primordiaux, et du coup imaginer qu'on met une grille, qu'on met un score plus ou moins machin et qu'après ce sera Tartenpion, et ensuite Tartenpionne et ensuite machin, que chacun va y passer… Après reprendre un item par exemple reprendre un item rouge en disant : il y a trois semaines vous disiez ça et aujourd'hui comment est-ce que ça va par rapport à ça, je l'entends. Mais c'est très impersonnel de faire des grilles. Et en termes de lien enfin…

B6 : On peut ajouter une ligne sur la connaissance du patient.

B3 : Ouais mais tu sais ça peut être tu sais, on le fait finalement puisque tu le vois quand on, quand il y a des troubles du sommeil tout ça et que trois mois après tu le revois tu réévalue ces troubles du sommeil en fait. Donc c'est ça, c'est donner cette facilité à quelqu'un.

B1 : Oui mais tu vois si t'as heu, 6 ou 8 critères, que tu dois rebalayer assez intensément heu…

B6 : Sans connaître la personne sur des sujets un peu délicats ouais, il va peut-être pas te dire la même chose qu'au médecin qu'il voit toutes les deux semaines, qu'il connaît bien, à qui il a pas besoin de raconter sa vie. (silence) Après, nous je sais pas quand on était externes on nous apprenait heu, que les antécédents familiaux heu, c'était super important. Que c'est enfin…

E1 : Psychiatriques ?

B6 : Ouais je…

B4 : De suicide.

B6 : Là je sais pas trop dans quoi ça…

B4 : Tentatives de suicide, il y a les antécédents familiaux je crois.

B1 : Ça je demande jamais je crois. Et à tort je crois.

B5 : Mais ouais je le demande pas non plus. Enfin soit je le sais, d'avant quand on…

B4 : Ben les psy ils le demandent. C'est écrit en systématique dans leur observ.

B2 : C'est vrai que c'est comme si il avait des maladies dans leur famille. En ville je le demande pas toujours mais en prison je leur demande systématiquement quoi.

B5 : Du coup si je le sais c'est que je le sais de bien avant quoi.

B1 : En prison tu leur demandes systématiquement ? Tu leur demandes à l'entrée, si ils ont des parents qui se sont suicidés ?

B2 : Je leur demande si dans leur famille, il y a des gens qui ont des problèmes de cancer, qui ont fait des infarctus, est-ce qu'il y a des gens qui ont été hospitalisés pour des problèmes de dépression et je leur demande si il y a déjà eu des morts violentes ou si il y a des gens qui se sont suicidés dans leur famille.

B1 : D'accord.

B4 : Ben tu vois je devrais le faire.

B2 : Après c'est peut-être plus en rapport avec la PMD, enfin…

B4 : A tous ?

B2 : Souvent je le demande. Alors quand j'ai pas le temps je le demande peut-être pas mais souvent dans leur consult entrant je leur demande. Parce que bon alors, je pense que c'est parce que j'avais vu aussi que les psy le demandaient systématiquement.

B4 : Ouais, ouais. Les psy à chaque fois ils le notent. Mais moi si il n'y a pas de troubles psy ou si je trouve que… je vais pas poser la question. Sur le suicide en tout cas.

B3 : Et quand tu fais les antécédents familiaux ça apparaît pas dans tes antécédents.

B4 : Bah je vais parler cancer, diabète, infarct…

B3 : Mais pas suicide.

B4 : Ou je vais poser la question des antécédents psy familiaux si lui en évoque, si je vois quelque chose de noter dans le dossier, si je vois qu'il y a un traitement psy, là je vais poser la question mais c'est vrai qu'en systématique… Après je sais qu'il y a quelqu'un qui passe derrière moi donc bon…

B1 : Ouais, et puis tous les antécédents familiaux pour notre public, ils sont rarement intéressants. Quelqu'un qui a 20 ans, savoir que son père a fait un cancer du côlon, en général, le temps que ça commence à le concerner, on se projette pas sur notre incarcération à nous. Et tu sais, t'as très peu de maladie génétique à concerner notre population des 20-25 ans quoi. A 45 ans tu commences à te poser la question de qu'est-ce qu'ils ont dans la famille, si ils ont un frère qui a fait un infarct, ou un cancer du côlon ou enfin, et heu…

B3 : Ouais enfin moi je me souviens d'un jeune, où on faisait les antécédents familiaux et tout de suite il a abordé le décès de sa grand-mère, d'un cancer quelconque. Mais la façon dont il l'a dit, c'était presque sa mère en fait. Et finalement c'est là où je me suis rendu compte qu'il a été

élevé par sa grand-mère et que c’est une date qui est fragilisante pour lui. Donc tous les, mettons on va dire 10 novembre…

B1 : Là c’est sur le plan psychologique du coup, c’est pas sur le plan somatique.

B3 : Oui, oui c’est ça.

B1 : Moi j’avoue que sur les antécédents familiaux, quand je rentre chez des jeunes je pense sclérose en plaque par exemple, des trucs comme ça. Mais en même temps heu…

B3 : Oui, oui.

B1 : Enfin ce que je veux dire c’est que je pense que je balaye assez vite voir pas cet item chez les jeunes. Mais je dois reconnaître que c’est quand même intéressant cette histoire de trouble psychique familial. Parce que pur le coup là on en a beaucoup. Et pour le coup ça peut par rapport aux suicidaires, par rapport aux bipolaires, on en a un certain nombre aussi et heu…

B2 : Tu sais pour la, les traitements qui augmentent le QT, si t’as un antécédent de mort subite dans ta famille…

B1 : Ouais ouais.

B2 : C’est un argument de plus pour être vigilant.

(silence)

B4 : Ce que je trouve difficile, on en parlait tout à l’heure pour cette grille qui doit être réutilisée par d’autres personnes pour réévaluation c’est que il y a énormément de subjectif qui joue. Et en fonction des personnes qui vont interroger le patient ça va être très variable. Mais ce sera avec…

B5 : Je pense que si t’as la feuille A4 pour chaque item, là la subjectivité elle doit diminuer quand même. Pour moi la subjectivité c’est …

B4 : Non mais c’est la façon aussi de présenter les choses, comment tu abordes, comment tu poses les questions…

B3 : Regarde, le critère d’être seul on avait pas la même façon de le percevoir.

B5 : Oui mais c’est, c’est juste le fait d’énumérer les critères a limité la subjectivité qu’on avait chacun.

B6 : Ouais mais du coup ça, enfin ça revient au fait qu’il faut se l’approprier parce que tu ne peux pas sortir ta feuille A4 pour chaque item à chaque coup.

B4 : Et puis c’est quand même des consultations qui sont délicates, tu peux pas être là : " alors monsieur la question d’après c’est ça " ; c’est pas possible.

Rires

B5 : Non mais, il est probable que si là, à la fin d'une prochaine consult qu'on va faire pour heu, crise suicidaire, le patient est parti et qu'on reprend nos items, il est probable qu'on ait balayé quasiment tout et qu'on sache où remplir les…

B4 : Ouais je pense qu'il y a 2-3 trucs que je ferai en plus je pense. Enfin voilà cette capacité à prendre soin de soi finalement je trouve que ça me touche pas mal, et que je faisais absolument pas.

B1 : Et toi quand tu regardes celle là, enfin déjà dans le risque suicidaire c'est quand même ce qui est subjectif le plus important, parce que franchement si tu restes sur des trucs, combien il a perdu de poids, combien il a dormi d'heures par nuit enfin, heu, tu, ce serait absurde quoi. Et à la fois quand tu regardes cette grille moi, le seul item qui est critérié moi je le trouve bien critérié. Pour le coup.

B3 : Lequel ?

B1 : Le "prendre soin de soi", ça rentre dans les cases, c'est une phrase claire, tu la comprends et en gros je pense que si on prend le même bonhomme tout, on variera pas trop quoi.

B6 : Moi je les pèse hein. Quand ils vont pas bien je les pèse à chaque fois.

B5 : Ouais.

B6 : Et en fait finalement ça, ouais, je dis quand même trois kilos, je sais pas, trois kilos en dix jours vous mangez plus ? Ben non. Je m'en sers en fait du poids, sans dire que mon argument…

B3 : Parce que au moins c'est objectif (avec un sourire).

B4 : Oui, exactement.

B3 : Oui et puis ça aide à reprendre le dialogue en disant ah bah quand même vous avez perdu 3 kilos en dix jours ou un truc comme ça ou…

B5 : Ok. J'essaierai d'être plus vigilante mais enfin typiquement je reprends ce critère qu'on a fait, au moment des premières vagues de covid, où c'était à 50 % des problèmes psy. Et je finissais tout le temps mes consult en disant : bon ben, demain vous vous levez, vous prenez une douche, vous vous habillez, vous sortez au moins 1 heure ; et je finissais tout le temps mes consult comme ça, personne prenait soin de soi. Ils étaient tous en pyjama devant…

Rires

B2 : Parce qu'il n'y avait rien d'autre à faire.

B5 : Non mais, et du coup, pour moi ils étaient pas suicidaires non plus c'est pour ça que j'ai du mal à utiliser ce truc comme un critère d'alarme.

B2 : Non mais ça, ça n'a de valeur que si tu es déjà dans l'idée que les gens heu….

B5 : Voilà.

B2 : Parce que chaque item pris indiff… enfin tu vois de façon isolée heu…

B5 : Ouais.

B1 : Je pense que c'est ça c'est qu'à un moment donné quand la question est posée, c'est que soit ils l'évoquent, soit tu sens qu'il y a un truc. Mais tu peux pas de but en blanc, un mec qui vient pour certif de sport commencer à balayer tout ça, et heu…

B5 : Ah ben non.

B1 : Mais à la fois, tu vois dans nos consult quand on pose 3 questions anodines, comment ça va en ce moment, qu'est-ce que vous faites et que tu vas parler d'un truc con, c'est aussi un sonar que tu lances. C'est comme de parler de Roland Garros. Moi je pose la question même si je regarde pas du tout. C'est quand même un sonar, si le type t'en parle en rigolant c'est quand même qu'il va bien. Si le type me dit : je me fous de tout ; je le mets en rouge là. Donc voilà.

B5 : Mais je pense aussi que l'usage de substances je me rattachai pas suffisamment à un risque suicidaire. Enfin je, pour moi c'est un risque mais je le catégorisait pas suffisamment dans risque suicidaire.

B1 : Pour nous, est-ce qu'on se pose la question de quelqu'un qui ne consomme rien ? Ni psychotropes, ni shit ou heu ?

Rires

B1 : Non mais c'est vrai.

B6 : Ben justement c'est ceux là qu'on a pas vu passer.

B1 : Ceux qui consommaient rien ?

B6 : Bah oui. Enfin…

B3 : Ceux qui sont décédés là il y a peu de temps ?

B6 : Enfin moi je reste sur mon patient d'il y a 2 ans là. C'était, l'auxi bibliothèque, petit pull rayé sur la chemise, chaussures cirées, toujours poli…

B1 : Et celui du QD qui s'est pendu ? Il consommait lui ou pas ? Il était fou fou lui quand même.

B6 : C'est pas toi qui l'a dépendu ?

B4 : Non, c'était G.

B6 : Bah lui typiquement c'est quelqu'un qui faisait systématiquement du chantage au suicide et qui a glissé.

B1 : Ouais mais est-ce qu'il consommait. Parce que il y a la question de l'impulsivité, mais la question des consommations typiquement ?

B4 : C'est possible mais je…

B6 : Au moins des médocs. Au moins des médocs prescrits.

B5 : Et est-ce qu'au QD tu consommes autant que … ?

B1 : Non tu consommes moins.

B5 : Ah tu veux dire le fait d'avoir consommé dans sa vie ?

B1 : Non c'est juste par rapport à l'item de…

B5 : Oui, oui, oui parce nous par rapport au QD nous si il consommait, il consommait vraisemblablement plus. Puisqu'il était au QD.

B1 : Mais il peut avoir au moins un mésusage.

B3 : Oui donc majoration de l'angoisse avec heu, plus de risque de passage à l'acte. En fait les deux heu…

B1 : En fait la question qui se pose sur les médicaments et les substances c'est heu, dans quel mesure, le fait de quelqu'un qui consomme des substances, on pourrait imaginer qu'il y a un mal-être en lui, qui fait qu'il consomme des substances, qui fait qu'il est plus à risque de suicide. Tu peux aussi imaginer que le fait de consommer des substances le désinhibe et peut du coup plus facilement le faire passer à l'acte. Et du coup…

B3 : Ou l'inverse. Les substances l'inhibent et l'empêchent de passer à l'acte.

B1 : Oui ou du coup que la substance fait lever la pression. Et du coup j'ai pas regardé comment c'était critérié.

B4 : T'as l'inverse aussi, t'as le bipolaire que tu mets sous traitement antidépresseur, et qui fait le…

B3 : Tu vas lever l'inhibition. Le passage à l'acte.

B1 : Je suis pas sûr que lui, si tu veux le mettre dans consommateur de substances, il n'y a pas l'idée d'effets…

B4 : Bah c'est un traitement. Enfin moi c'est pas du tout, systématique.

B1 : Nous sur les deux derniers suicides, et même les 3, je pense à celui de Chambéry là, celui qui était Bulgare, lui il consommait rien. Celui qui était au quartier il consommait en tout cas il se défonçait pas. Celui qui était auxi bibliothèque il consommait rien…

B6 : Mais celui qui est décédé récemment il consommait.

B1 : Qui ça ?

B6 : Celui qui est décédé il n'y a pas longtemps là, le mois dernier.

B4 : Celui qui s'est pendu.

B6 : Ouais, lui je l'avais vu pour les consult addicto.

B1 : D’accord ça mais… On peut pas faire des stats sur 4 mais c’est quand même étonnant quoi.

B3 : C’est quoi les critères pour les substances que vous avez ?

E1 : " La relation entre les troubles liés à la consommation d’une substance et le suicide est très bien établie dans la littérature scientifique. À titre d’exemple, le " taux annuel de suicide chez les alcooliques est d’environ 140 pour 100 000, alors qu’il est de 70 pour la population avec un diagnostic psychiatrique sans alcoolisme ". Le risque de décès par suicide est 14 fois supérieur à celui de la population générale chez les consommateurs d’opiacés et 17 fois supérieur chez les polytoxicomanes. Les personnes qui consomment à la fois des drogues illicites et des sédatifs (somnifères) présenteraient un risque de suicide 40 fois plus élevé que la population générale ".

B5 : 40 fois plus ? Les opiacés c’est 17 fois plus ?

B6 : Ouais mais en fait, enfin… La limite entre, entre suicide et…

B3 : Et accident !

B6 : Oui, et accident. Même si tu vas mal et que tu consommes parce que tu vas mal heu, c’est pas…

B2 : C’est aussi l’accès je pense, c’est un mode de passage à l’acte.

E1 : Ce qu’ils disent après c’est que : " La cocaïne et l’alcool sont les deux produits les plus souvent décelés dans les décès par suicide. De plus, l’étude des dossiers du coroner (donc du médecin légiste) révélait qu’une personne sur deux avait consommé de l’alcool avant de se suicider. " Donc est-ce que c’est la substance qui te rend désinhibé ou…

B4 : C’est aussi la désinhibition qui permet le passage à l’acte hein.

B2 : Après il y a les comorbidités aussi. Typiquement la comorbidité psychiatrique et la dépendance, l’alcool ça rend dépressif. Donc c’est sûr que…

B3 : Ouais. Et le pire c’est substances illicites et hypnotiques hein ?

B1 : Bah c’est la polytoxicomanie en fait.

B6 : Parce que là au DU il y avait un cours sur Intoxication Médicamenteuse Volontaire, et justement ils nous faisaient bien faire la part des choses entre celui qui va heu, vouloir dormir à tout prix parce que ça fait des jours qu’il dort pas et qu’il va se gaver de benzo et en fait qui va faire une IMV mais qui voulait pas forcément mourir, et celui qui en prend plein pour mourir. Et en fait ils sont classés en IMV et nous on met suicide en face.

B1 : Oui mais tu as quand même dans les deux cas un passage à l’acte grave. Et je suis pas sûr que la prise en charge soit extrêmement différente. Parce qu’ensuite tu vois derrière dans la psychothérapie qui se passe derrière. Finalement heu…

B6 : Je sais pas, je me dis que des gens qui en peuvent vraiment plus, tu vois ils sont au bout heu...tu vois je me dis que tu sais quelque fois il y en a qui ont mal, qui bouffent des doliprane parce qu’ils ont trop mal…

B3 : C’est ça oui…

B6 : Tu vois je…

B3 : Ben c’est comme celui qui dit je vais me tuer avec une arme. Soit il a l’arme chez lui soit il l’a pas et quand quelqu’un a des somnifères bah il les a chez lui quoi. Donc il a l’arme il a un accès plus facile au suicide. Ou à l’accident et ça devient un accident suicidaire quoi.

B6 : Je sais pas, c’est, après j’imagine tu vas toujours…

B1 : Si on reprend l’exemple de tout à l’heure, si t’as quelqu’un en face de toi et tu te poses la question parce qu’il est pas bien. Et tu le vois, tu lui demandes si il est énervé il va te dire : Non, non je vous jure je veux pas mourir. Heu mais c’est juste que, je sais pas quoi je m’étais gavé de coke. Et du coup heu, ça faisait 4 jours que j’étais pleins phares que je dormais pas et du coup j’ai fini en réa. Ou si il te dit : Ma femme venait de me larguer, j’ai pris ça et je voulais mourir.
La première situation me rassurera pas trop en fait. De, enfin tu vois, je serai pas rassuré en me disant : ah bah la dernière fois c’était pas un suicide, du coup je suis rassuré parce que je le coche pas comme tentative de suicide.

B6 : Oui mais ce que je veux dire, peut-être que dans leurs chiffres, peut-être que c’est gonflé. Je sais pas.

B1 : Ouais mais c’est un facteur fois 40. C’est comme des fois tu surestimes l’impact du tabac sur l’infarctus. Des fois que ce soit fois 40, fois 37 ou 32. Heu tu…

B6 : Je retire ma remarque (rires).

Rire générale

B1 : Mais moi je pense que la frontière entre suicide et mauvais shoot, je pense pas que ce soit si, si…

B3 : Si net.

B1 : Ouais.

B3 : Mais c’est pour ça que, on ne voit pas la notion de maltraitance durant l’enfance, ça apparaît pas vraiment quoi. Alors que c’est un facteur de fragilité pour pleins de gens.

B1 : Pour revenir, c’est pas parce que t’explique un geste après coup que t’es sincère aussi.

B4 : Oui c’est sûr aussi.

E1 : Mais est-ce qu’il veulent mourir ou vivre différemment ?

B4 : Ah bah ça c’est une bonne question.

Rire générale

E2 : **Est ce que vous connaissez d'autres outils d'évaluation du risque suicidaire que vous utilisez ?**

B3 : Ouais mais on sait pas les nommer.

B4 : Bah on les a appris dans nos livres hein.

B1 : Pour les ados justement c'est le TS TS cafard.

B4 : DS DS ?

B1: TS TS Cafard. Alors c'est assez bien fichu, je l'ai connu à une époque, je le connais plus par coeur, mais t'as 4 questions en gros sur le sommeil, sur les conso. En gras t'as 4 questions que tu peux poser assez facilement. Et si t'as un oui derrière tu vas un peu dérouler et voilà… Si bien que je ne m'en souviens plus. En gros ils avaient constatés que chez tous les ados suicidés il y avait un contact chez le généraliste chez 90 % d'entre eux, et que du coup si on avait fait le dépistage à ce moment-là peut-être qu'on aurait pu mettre en place un truc.

B3 : Moi j'ai pas un outil, je dois en mélanger plusieurs différents mais je pourrai pas te dire les noms quoi.
B6 : Dans le TS TS Cafard il y a : Traumato (blessure accident) Sommeil, Tabac Stress et cafard c'est Cauchemar Agression Fumeur quotidien Absentéisme et Ressenti Désagréable familial.

B4 : Tu vas pouvoir t'en servir B5.

B1 : (en imitant une voix de fille) Mais tu peux pas comprendre !

Rire général

B6 : Moi c'est un peu comme B3, je me rappelle des trucs des cours. J'ai quelques éléments que j'essaie de ne pas oublier mais j'ai pas une grille spécifique.

B4 : Moi je cite juste la RUD, celle qu'on a appris mais…

B1 : C'est quoi ?

B4 : RUD. R – U – D. Risque, urgence, dangerosité.

B5 : Je le fais jamais ça.

E2 : **Et du coup quelles différences vous relèveriez entre ces outils et la grille qu'on vous a présenté ?**

B3 : C'est vrai que dans les grilles j'utilise pas ou, de façon inconsciente prendre soin de soi. Mais ça doit être inconscient parce que de visu, je le fais enfin j'en prend note mais sans être verbalisé. Et puis heu…

B6 : Après il y a le fait que ce soit gradué comme ça et que ce soit pas, ou un critère présent ou absent ou scoré justement, ça permet, c'est ce que disait, que justement c'était un petit peu plus maniable et pas obligé de mettre une conduite à tenir face à un score.

B1 : Moi je pense quand même que plus t'es heu, plus t'as l'habitude de gérer une situation, les grilles c'est quand même une sorte de pense bête et on en a besoin. Moi je prends l'exemple du MMS pour la démence. Dr G qui était un excellent clinicien il faisait jamais de MMS. Et en fait quand il fallait, là les personnes âgées entre la dépression, la démence, tout ça, il faisait son enquête policière entre la famille, enfin voilà, il posait pleins de questions, il examinait et heu, et je pense qu'il était aussi fiable qu'un MMS. Parce qu'il avait l'expérience, la connaissance, il connaissait les items, il balayait tout. Et je pense que plus t'en… je trouve que c'est des outils qui sont utiles, mais je serai quand même gêné que ce soit un outil médico-légal un jour. Tu vois qu'on nous dise heu, vous avez pas fait la grille à l'entrée de machin, il s'est suicidé 3 jours après, vous avez pas fait votre boulot. Ce qui fait qu'à la fin tout le monde leur poserait toutes les questions. Après avoir posé les questions tuberculose tu poses les questions covid, après tu poses les questions suicide, et enfin tu enfin...voilà.

B5 : Après je trouve c'est une bonne grille des fois, juste ben pour se rappeler ou quand on est enfin… Moi au début de la prison heu, évaluer le risque suicidaire ; en fait même maintenant… je suis toujours dans la difficulté de la manipulation et du bénéfice secondaire, du chantage, versus réel risque suicidaire. Donc la grille va éventuellement un peu m'aider mais en tout cas heu, avant d'arriver à ce constat là c'est une grille qui t'aide quand même a essayer d'organiser tes idées, ta consult. Quand t'y es pas confronté tous les jours tu sais ben, un peu quels sont les facteurs de risque.

B1 : Tu sais chez les jeunes souvent qui sont dans le chantage et tout ça, dans l'attente du bénéfice secondaire je suis pas sûr que la grille t'aide vraiment pour le coup là.

B5 : Non mais justement le problème il est toujours d'actualité et je crois que la grille va pas aider mais pour en arriver là il m'a fallu, bah du coup les 4 ans de la prison et c'est vrai que la grille, en fait ben...Peut-être pourrait aider dès le début, tu sais un peu tous les champs qu'il faut balayer, quelles sont les questions, quelles sont les choses les plus à risques, les moins à risques, heu, au début tu sais pas trop. Au début tu poses juste la question du heu, est-ce que vous avez des idées noires ? Des idées de mort ? Et puis ça s'arrête là, tu sais pas trop quoi faire et puis au fur et à mesure t'en poses de plus en plus. Au moins la grille finalement c'est un truc hyper concret. Quelqu'un qui est un peu perdu ben il sait très bien heu, vers quoi s'orienter, quel genre de question poser. Enfin je trouve c'est…

B1 : Oui puis je suis en train de me dire en parlant de ça, tu vois t'as celui typiquement qui heu, qui fait des, qui est dans le chantage et qui te dis : " ouais puis machin, samedi j'ai mon parloir avec machin, ils vont pas vouloir que j'y aille il vont me la faire à l'envers ", tout ça effectivement avec ce genre de truc il se projette jusqu'à samedi, t'es déjà dans le… Mais tu vois comme on disait si tu donnes ça à un mec qui est dans le chantage le mec il pioche tout rouge : Regardez !

(silence)

E2 : **Sur quel support préféreriez vous l'utiliser ? Est-ce que vous préférez l'utiliser de tête, ou sur support physique ? Informatique ou papier ?**

B5 : Je pense les 2 non ?

B6 : Je pense d'avoir les éléments en tête si on y arrive pour pouvoir avoir un discours qui paraît fluide sans avoir l'impression d'interroger de façon policière. C'est plus spontané, ça passe peut-être mieux que de cliquer un truc ou, ou de dire attendez j'ouvre le tiroir et je prends la fiche, et vois ? (rires)

B4 : Non je pense qu'il faut une formation avec cette grille pour l'utiliser correctement.

B5 : Ben je sais pas.

B3 : Un bon outil normalement c'est celui que tu, t'as, que tu t'es approprié et qui en fait, qui va fonctionner tu vas…

B5 : Je veux dire, enfin le MMS, enfin moi je connais par coeur et…

B4 : Mais là c'est plus qu'un MMS !

B5 : Oui mais du coup je suis contente de l'avoir en PDF même si je le connais par coeur parce que et bah, pour le réévaluer 3 ans après, ou même juste…

B4 : Mais le MMS en plus tu vas mettre des chiffres, tu vas coter. Là-heu, c'est plus heu…

B6 : Les gens ils vont s'en fichent pour le MMS que tu notes leurs réponses parce que tu les a prévenus que tu faisais un test. Que dès qu'il vont te dire un truc ils vont croire que tu les écoutes pas. Tu vois si t'es là et t'écris, je sais pas.

B1 : Ce qu'il faut et je suis d'accord…

B5 : Mais je suis pas sûr de le faire au moment de la consult.

B1 : Oui, je suis d'accord avec toi c'est de le remplir après.

B5 : Je le reprendrai après.

B6 : Mais du coup ça veut dire que pendant la consult tu déroules les principales idées…

B5 : Ah bah je connais quand même globalement les questions qu'il faut poser, ou alors je peux l'avoir en support, pour heu…

B4 : Oui mais tu vois, il faut l'avoir travaillé c'est ce que je veux dire.

B5 : Ah oui.

B4 : Moi je peux pas arriver demain, et heu, même si je lis toutes les feuilles A4 ce soir et dire : alors monsieur … ?

B1 : Mais je pense que, le moyen parce que nos journées de formation sont quand même comptées, c'est aussi le fait quand tu reprends, moi je trouve c'est intéressant. Toute façon on travaille toujours, on fait jamais bien quoi. Je veux dire si tu fais un risque de suicide, t'as jamais tout fait, tu fais jamais tout bien quoi. Du coup, de revenir après en écrivant en se demandant tu cotes quoi, c'est vrai que des fois notamment c'est écrit sur un courrier, quand tu fais un courrier c'est un peu chiadé tu reprends l'histoire et on se repose des questions. Le fait de revenir après, pour mettre un mot peut-être un peu plus circonstancié, ça peut être précieux. Et du coup c'est vrai qu' instinctivement tu l'as en tête parce que t'as refais tes trucs, ça te refait l'histoire. Mais il me semble effectivement que quand tu l'as sous les yeux, que ce soit un écran ou une feuille, au moment où le type il a besoin de contact, ben heu...ça me paraît heu, ça ma paraît pas pertinent quoi.

B3 : C’est vrai que nous quand on fait cette évaluation là, il y a deux façons c’est soit tu, t’essayes d’évaluer l’imminence du danger, pour savoir ce que tu vas faire toi, est-ce que je l’hospitalise ou pas, dans ces cas là on a pas besoin de tout ça en fait. On va être juste sur le scénario heu, le timing heu, le RUD hein, le risque urgent immédiat. Et à ce moment là on a pas besoin de toutes ces nuances là. Parce que là c’est immédiat et je m’en fous de savoir s' il s’habille bien ou il mange pas. Immédiat c’est immédiat tu vois. Donc penser à l’évaluation d’un risque, d’un péril imminent, ça ça nous servira pas. Si c’est quelqu’un ou t’es pas, tu, tu te demandes et tout ça, peut-être ça va nous aider après de dire : ah bah ouais finalement il a autant de rouge. Mais parce qu’on sait qu’on a le temps. Parce qu’on sait qu’on va revoir cette personne là 48 ou 72 heures après. Et du coup là ça devient intéressant.

B5 : Ou du coup alors...

E1 : C’est ce qui est dit. Si du coup la planification est imminente c’est pas la peine de…

B3 : C’est pas la peine de faire tout ça quoi.

B2 : Oui mais c’est en posant ces questions que tu vas savoir que ta, la planification est enfin, en balayant ces questions que tu vas savoir que la planification est imminente.

B5 : Et en vous écoutant je me rend compte que soit c’est évident et bon bah j’ai pas besoin de la grille, soit je fais ma consult et puis après je me repose et je regarde un peu et je me dis : pétard il est vachement plus en rouge que ce que je pensais et c’est là que la grille devient intéressante. C’est…

B3 : Parce qu’à la deuxième consult tu vas pas la louper quoi. Il y a des trucs tu vas te dire à bah là j’ai pas demandé, j’ai pas vu…

B5 : Ben oui.

B6 : Voir accélérer cette deuxième consult ou le faire voir à un psy dans la, dans les jours suivants.

B5 : Peut-être que ça permet de rattraper les trucs qui n’ont pas été évidents. Enfin qui nous semblent, enfin qu’on pense être évidents et finalement quand les regarde vraiment, subjectivement on pensait avoir un peu de temps mais objectivement on dit oulala ben pas tant. Peut-être. Voilà.

E2 : Merci de votre participation, vous nous avez permis de récolter pleins de nouvelles idées et concepts. Merci pour votre temps.

Annexe 6 : Entretien en Focus Groupe 3

Enquêteur 2 : Avez vous déjà rencontré dans votre pratique une situation d'évaluation du risque suicidaire d'un patient ?

C1 : Oui, c'est arrivé quelques fois.

C3 : Idem.

C2 : Oui.

C4 : Oui, pareil.

C1 : C'est un motif de consultation assez fréquent ces derniers temps.

E2 : Quelles difficultés principales releveriez- vous lors de ces évaluations ?

C2 : C'est toujours difficile.

C1 : Effectivement, ben heu, je me permet de prendre la parole. J'ai, personnellement ouais, pas mal d'expérience, c'est un petit peu compliqué ces derniers temps de, de patients atteints de syndrome anxio-dépressifs heu... et, assez modérés somme toute heu... Mon évaluation du risque suicidaire avait justifié un suivi un petit peu plus rapproché, où j'avais demandé à ces patients de revenir à 7 jours. L'un d'entre eux n'est pas revenu parce que j'étais en vacances et l'autre a fait un raptus anxieux sur une attaque de panique. Et donc les deux ont fini par faire une tentative de suicide qui a heureusement échoué. Effectivement quelques difficultés dans l'évaluation du risque suicidaire.
Ça pose l'ambiance (rires).

C2 : Non c'est vrai que les mots les ; c'est vrai que les questions et les mots justes à poser sont toujours très difficiles pour pas les, pour pas braquer du coup les patients. Heu, pour arriver à, à évaluer le risque le mieux possible heu. Et on du mal souvent à poser les questions. Donc c'est vrai que c'est pas une situation heu, simple. Du coup de trouver les bons mots et l'adhérence du coup du, du patient hum voilà.

C1 : Donc si je peux me permettre du coup de rajouter quelque chose c'est vrai que le ; je trouve assez difficile cette évaluation d'autant qu'elle se... Elle arrive généralement dans une consultation où on a déjà passé beaucoup de temps avec le patient pour pointer le diagnostic éventuellement de dépression ou de, d'idées suicidaires en tout cas. Pour évaluer la gravité de, de cette dépression pour heu, commencer l'établissement d'une relation de confiance heu, de discuter un petit peu des soins qu'on pourrait lui proposer, enfin tout ; c'est déjà des consultations qui sont très chargées. Et il y a tellement de variables à, à analyser dans l'évaluation du risque suicidaire quand on veut le faire un peu finement que c'est une certaine lourdeur que j'ai du mal à placer dans mes consultations.

C3 : Alors si... Du coup moi j'ai, j'utilise depuis longtemps, parce que je l'ai connu en SASPAS aussi ; une grille qui est assez proche de celle que vous présentez, qui a été faite par une canadienne aussi. Heu, voilà qui évalue la dangerosité, quel est le moyen, l'urgence, un peu par rapport à ce que vous avez fait qui heu.. Et ben qui classe la dangerosité l'urgence en fonction des moyens que le patient décrit. Voilà, après c'est sûr que c'est des consultations longues heu... Voilà, mon expérience c'est aussi que j'étais pas là à Noël mais malheureusement il est arrivé à se suicider pendant que j'étais pas là. Le psychiatre à refusé de l'hospitaliser.

C4 : Oui, moi c'est les mêmes problématiques, sur la consultation heu, au bout d'un moment on regarde l'heure et on est, c'est plus compliqué à gérer parce que globalement on sent très bien qu'il faut leur consacrer du temps. Et des expériences malheureuses j'en ai eu au moins deux. Une patiente récemment qui est allée aux urgences voir le psychiatre de garde et qui heu, 3 semaines plus tard, qui n'avait pas de suivi et bah, a recommencé, là encore elle s'est ratée. Et le deuxième c'est un monsieur de 88 ans amené par son fils qui m'a dit qu'il était dépressif. Je lui ai posé des questions mais finalement j'avais pas l'exemple tout à fait adapté. Mais en gros je ne lui ai pas demandé si il avait la corde pour se pendre et en fait je le retrouve quelque semaines après pendu. Enfin quelqu'un de la famille était passé chez lui et il était pendu. Effectivement c'est le genre de grille dont on a besoin. Et pour estimer le risque même à 88 ans.

E2 : Vous avez tous un peu discuté, enfin parlé de la prise en charge. Est-ce que vous avez des, pas des protocoles mais vous un peu est-ce que les revoyez assez souvent ou c'est tout le temps les urgences, ou vous avez des lignes dédiées?Comment vous voyez la suite ?

C1 : En fonction de, du risque pour évaluer ? Tu veux dire ?

E2 : Oui c'est ça.

C1 : Ok haha. Ben je dirai que ça dépend un petit peu de mon évaluation, qui a bien besoin d'une grille un peu codifiée parce qu'elle se fait un peu à la volée quand même. Heu, je trouve en tout cas selon, selon moi malgré le fait que j'essaye d'interroger sur heu, ce que j'ai trouvé dans les bouquins. Effectivement quand je place un risque suicidaire élevé plutôt imminent généralement j'adresse aux urgences pour une évaluation psychiatrique rapide. Et quand je le vois comme moyen généralement je reconvoque les patients à 7 jours. En leur expliquant que, ils sont les bienvenus avant et en passant un contrat avec eux de, si ça va mal vous nous rappelez et si tu ça mal et qu'on est fermés vous rappelez le 15, on se promet qu'on se revoit la semaine prochaine.

C3 : Et on fixe le rendez-vous.

C1 : On fixe le rendez vous oui, absolument.

E2 : Du coup vous avez des prises en charge un peu similaires ?

C2 : Oui tout à fait.

C4 : Pareil.

C2 : Soit le risque il est vraiment effectivement éminent et on envoi effectivement aux urgences psychiatriques heu, heu, sur Grenoble. Heu, en essayant éventuellement de, de joindre le, le, les urgences psychiatriques de garde mais c'est souvent compliqué, donc on envoie heu, voilà. Et autrement effectivement on réévalue à, une semaine. Ou voilà en restant disponible avant si besoin heu, heu, ou plus tôt si on juge que la personne elle est vraiment heu, elle est un peu limite on peut effectivement heu, le faire à 3 jours. Enfin du coup ça dépend effectivement du coup du, du degré de, de gravité.

C3 : Ouais faut, faut aussi s'inquiéter de l'entourage du patient

C2 : Bien sur, hum.

C3 : Qu'il y a quelqu'un pour heu, le surveiler ou le rattraper quoi. Heu, pfff, faut peut-être s'enquérir aussi de, d'informer la famille, alors avec l'accord du patient, bien sûr mais heu, ça vaut peut-être le coup de temps en temps d'appeler l'épouse ou l'époux pour dire heu :
" Attention votre conjoint est à surveiller, restez avec elle, ou lui ." Voilà je pense qu'on peut quand même mettre les proches dans le coup avec l'accord du patient bien sûr, heu... voilà.
Et puis après quand il y a un moyen qui est heu, déjà heu.. qui est déjà verbalisé ; heu, et ben en fonction du moyen essayer de, de le supprimer ou de l'enlever quoi. Je t'avais raconté ce monsieur qui était chasseur et avec qui j'étais, à qui j'avais demandé de m'amener le fusil. Heu, voilà. C'était sur un risque moyen, hein, il n'y avait pas un risque imminent mais en tout cas j'ai préféré enlever, ce jour là j'ai préféré enlever le moyen.
E2 : Effectivement avec des, des complications que ça a de garder le moyen à la maison, garder un fusil c'est pas évident.
Est-ce que quand le risque est intermédiaire et que vous avez d'autres choses, une fois que vous les avez vu une semaine et que l'impression c'est que ça va un peu mieux est-ce que vous espacez ? Ou il y a d'autres choses, est-ce que vous envoyez chez le psychiatre ? La suite ?

C3 : Heu, alors moi j'espace pas au départ, tant que on a pas une vraie amélioration. Alors surtout heu, si on a une prise en charge médicamenteuse heu, et qu'on l'a mis sous benzo par exemple hein, pas sous antidépresseurs tout de suite ; heu, je pense qu'il faut le voir régulièrement hein toutes les semaines. Jusqu'à ce qu'on ait éteint un peu le feu. Et puis après, se poser la question au bout d'un moment des antidépresseurs. Sur la crise suicidaire, les expériences que j'ai c'est que grosso modo les psychiatres heu... ben moi ils m'ont jamais, ils ont jamais empêché mes patients de se suicider, sur leurs crises suicidaires quoi. Les deux exemples de suicide que j'ai eu, c'est deux fois les psychiatres qui les ont pas heu, analysés, alors qu'ils étaient déjà passés aux urgences, que les urgences les avaient renvoyés. Qu'il avaient eu un rendez-vous psychiatre en ville et que le psychiatre avait dit : oh non ça va aller comme ça. Dans les deux cas malheureusement ça s'est passé les deux fois, il y en a eu plus que ça mais, les deux qui m'ont marqué ça a été les deux fois pendant les vacances de Noël, où on était pas là. Et, et où le patient a heu, c'est, a cherché à me joindre avant. Donc, sur la crise suicidaire, sur la gestion de cette crise je pense que le patient il me fait plus confiance que

un psychiatre inconnu. Donc c'est soit les urgences pour le mettre à l'abri, parce qu'il est en danger, soit nous. Mais le psychiatre de ville pour la gestion de la crise suicidaire, je ne suis pas sûr que ça soit très utile en fait. Soit on décide de l'hospitaliser pour le protéger ; soit on garde le contact avec lui mais aller voir un nouvel inconnu heu, en ville je... pas sûr que ça soit très utile. A condition d'en trouver en plus.

E2 : D'autres expériences avec les avis spécialisés ?

C2 : A S... toute façon on est, on est très démuni au niveau, au niveau de psychiatre enfin consultation d'urgence. Donc, donc effectivement souvent on est amenés à gérer, à gérer tout seul heu, pendant longtemps. Et puis effectivement comme dit Romain après c'est le, c'est les urgences si vraiment on a l'impression que, que ça va, voilà que ça va pas aller où que ça se dégrade mais heu, mais on se retrouve souvent très seuls dans les situations d'état dépressifs sévères, avec risque suicidaire plus ou moins important. Donc heu, donc on a pris l'habitude de pas trop compter sur les, sur les psychiatres. Après ça dépend certainement des secteurs mais c'est vrai que chez nous du coup heu, heu, c'est souvent comme ça que ça se passe.

C1 : Oui je suis...
C2 : On a pas tellement accès au spécialiste.

C1 : Ouais je suis assez d'accord sur ce problème d'accès au spécialiste en particulier en urgence. Sur M... c'est pareil, on est censé avoir un CMP mais c'est, toujours assez délicat quand même. D'abord les patients vont être vus par une infirmière en psychiatrie qui heu, verra, qui le renverra ensuite chez le psychiatre. Le patient voit beaucoup de nouvelles personnes, effectivement. C'est assez difficile de le faire intégrer dans ce genre de circuit et... c'est vrai que sur les dépressions ça m'arrive rarement dans les premiers temps, d'adresser à un collègue heu, psychiatre en ville. Je vais plus essayer de voir comment je peux améliorer les choses et c'est plus l'évolution heu, du ou de la patiente qui va, éventuellement me faire requérir à un avis spécialisé, ou alors si heu, il y a des comorbidités psychiatriques, des troubles de la personnalité, ou heu éventuellement des psychoses des choses qui viennent se surajouter, heu, à ce moment là je peux, être un petit peu moins à l'aise et je peux demander l'avis d'un spécialiste. Mais, pour les dépression simples, nu on va dire, c'est, c'est pas évident de trouver des psychiatres et je me rapproche plus de mes collègues psychologues qui sont dans ma, dans la maison de santé où j'exerce, qui sont plus disponibles et plus, plus aptes à, faire une psychothérapie.

E2 : Du coup est-ce que est-ce que vous vous entourez d'autres professionnels de santé pour ces suivis ou vous vous sentez un peu seuls ?

C1 : On se sent, enfin moi je me sens assez seul. En tout cas heu, concernant les psychiatres. Les psychologues j'ai plus de facilités à les adresser mais, surtout en ce moment, c'est difficile pour les patients de trouver des psychologues qui soient disponibles.

C2 : Les, les psychologues sont d'une, sont d'une grande aide quand même hein du coup, heu, du coup pour compléter ce qu'on fait nous, puisque du coup effectivement l'accès au psychiatre

est compliqué. Donc heu, moi j'envoie assez rapidement, au bout d'une ou deux consultations, quand je vois qu'effectivement ça va être compliqué et que, heu, que ça stagne un peu du coup c'est, enfin voilà j'hésite pas à envoyer rapidement au psychologue heu, en donnant plusieurs noms du coup au, au patient du coup pour qu'ils essaient d'avoir un, un rendez vous assez rapide. Parce que ça, ça complète quand même bien du coup notre heu, notre rôle en fait hein. Puisque effectivement on est, comme on est, on se retrouve effectivement souvent seuls à les gérer. Si on reste seuls c'est souvent effectivement un peu trop lourd et puis voilà effectivement on peut pas consacrer à ces patients des consultations heu, heu, ben très longues donc voilà, les psychologues sont quand même d'une grande aide.

C3 : Oui alors c'est sûr qu'il faut, faut en user et en abuser des psychologues hein, d parce que d'abord ça permet d'avoir un, une surveillance rapprochée en alternance avec nous.
C2 : Hum.

C3 : Ça permet d'avoir une autre expertise aussi . Tu verras à la MSP on a Marie-Laure qui est... qui a un contrat avec la MSA pour recevoir les agriculteurs qui ont des, des suicidaires. Donc en fait on peut l'appeler directement et heu, et lui envoyer les, enfin je sais pas si il y en a beaucoup des agriculteurs avec des idées suicidaires. Et donc elle les reçoit gratuitement ils ont droit à 6 séances je crois, pris en charge par la MSA. Voilà, donc moi ça m'est arrivé de décrocher mon téléphone pour l'appeler et puis heu, voilà ce contrat avec la MSA, ça facilite les choses quand même.

C4 : Nous on est associés à une psychologue mais en fait moi j'ai un heu, je trouve très bien la convention avec la MSA parce que moi les trois quarts du temps mes patients sont opposants à payer les soins chez le psychologue. Du coup elle est bien hein, mais on arrive pas à les faire suivre. Bon des fois après ils s'arrêtent. Mais quand on arrive pas à voir un psychiatre rapidement, enfin sauf celle des urgences qui est vraiment exceptionnelle à Voiron, mais heu... c'est surtout pour un avis. Et puis suivi psychologique malheureusement ça pêche pour des questions financières en fait. Nous on est, les trois quarts du temps on est la première bouée de secours en fait.

C1 : Oui je vous rejoint tout à fait là dessus effectivement. C'est difficile de suivre les recommandations de la, de l'HAS sur la prise en charge de la dépression, puisque la psychothérapie est à peu près tout le temps recommandée mais très difficilement accessible.

C4 : Oui ou alors faudrait aller sur les CMP mais les CMP ils prennent que des pathologies heu, exceptionnelles, des psychoses chroniques heu, c'est vraiment particulier donc heu les... les trois quarts du temps le patient a pas accès. Enfin , mes patients ont pas accès.

E2 : **Qu'avez-vous pensé de cette grille d'évaluation de dangerosité du passage à l'acte suicidaire ?**

C1 : Moi je l'ai trouvé très pertinente cette grille. C'est vrai que c'était pas une question sur laquelle j'avais eu le temps de me poser bien, de trouver un outil simple heu, assez facile aussi à mettre en place dans la consultation. Je sais que j'utilise le Hamilton pour la dépression, c'est

un questionnaire qui est un peu lourd, qui est un peu long avec des questions assez précises, qui demande clairement de soumettre le patient à un questionnaire ce qui est assez peu ; qui enlève la part humaine de la consultation. Et c'est vrai que les, les critères étudiés enfin les critères retenus dans cette grille semblent assez pertinents, assez EBM en tout cas sur la, sur la description de documents vous nous avez envoyé les documents. Et je ltrouve effectivement, assez intuitive quoi que, je suis peut-être le seul vous me direz, j'ai pas tout à fait compris en lisant les documents, comment l'utiliser réellement. Comment on cotait, comment utiliser la pondération tout ça. Ça m'a pas paru évident mais, je vois l'idée, en tout cas les critères retenus me paraissent très pertinents effectivement. On oubliera moins, c'est vrai que j'ai tendance comme beaucoup de médecins et comme c'est précisé dans votre document, heu... On passe beaucoup de temps sur la planification du suicide, si il y a un projet, s'il y a des scénarii etc, mais heu, nettement moins sur l'usage de substances, la capacité à se contrôler la présence heu, si la présence des proches c'est quelque chose que je faisais souvent
La capacité à prendre soin de soi était pas quelque chose que j'évaluais, pas que j'évaluais de manière très orienté. Mais je la trouve assez pertinente et, elle pourrait nous être utile.

Enquêteur 1 : Du coup vous avez du mal à comprendre exactement la cotation comment elle faisait item par item et globalement, pour vous ce n'est pas très bien décrit?

C4: Et comment l'utiliser aussi c'est pas très clair.

E1 : C'est à dire ?

C4 : On voit bien les questions, on les comprend bien. Mais après comment va poser les questions aux gens, comment on va les caser en vert, jaune, orange rouge ? Voilà c'est...

C1 : J'ai vu qu'il y avait une petite aide heu, à un endroit qui était montré en exemple, avec chaque case heu, de différentes couleurs à noter mais effectivement je, j'ai pas trouvé une grille complète.

E2 : Il y a un exemple sur Prendre soin de soi, pas sur le reste.

C1 : Ouais, aussi ouais. Effectivement pour l'estimation final je vois pas comment on fait la somme des différentes cotations.

C2 : Moi aussi j'ai, pas j'ai pas compris du coup comment est-ce qu'on ; c'est vrai qu'elle est très complète du coup avec pleins d'items différents ce qui fait que heu... on est... bah effectivement ça permet de ne rien oublier, enfin vraiment de ratisser enfin de voir effectivement tout le.. voilà. Après du coup j'ai pas, j'ai pas compris comment est-ce qu'on calculait à la fin pour effectivement savoir dans quelle heu ; alors c'est peut-être parce que j'ai pas bien compris hein ; heu, pour savoir effectivement dans quel heu, j'ai bien vu qu'après il y avait les 4, les 4 niveaux hein, les 4 degrés du coup du risque suicidaire, mais j'ai pas compris effectivement comment on arrivait entre heu, les items et le, et le résultat final. Voilà mais peut-être effectivement du coup il y a quelque chose qui m'a échappé, donc heu...

C3 : Bah c'est au nombre de croix. Tu fais la somme des croix par heu...

C2 : Oui, j'ai peut-être pas bien vu alors.

E2 : **C'est le système de couleur qui était gênant ou la subjectivité de l'évaluation ?**

C1 : Moi c'est plus l'addition des différentes heu, des différentes items que je comprends pas nécessairement. Je peux l'imaginer en faisant une espèce de courbe moyenne en essayant de prendre par là mais je ne suis pas tout à fait sûr que ce soit comme ça.
J'ai pas trop compris non plus d'ailleurs l'aspect, même si je le trouve intéressant, l'aspect dynamique de cette grille. Je pense que la formation effectivement est nécessaire pour pouvoir l'utiliser.

E2 : L'aspect dynamique sur un suivi vous voulez dire ?

C1 : heu, plusieurs fois sur les docs que vous nous avez envoyé, ils évoquaient que du coup que c'était pas, c'était pas dynamique qu'ils ont utilisé comme mot, mais du coup les, l'évaluation des différents items pouvait varier au cours de la même consultation. Ça je trouvais ça assez pertinent mais du coup pareil je heu...c'est pas quelque chose que j'ai compris. Je pourrais imaginer des choses mais heu, je ferai un peu n'importe comment.

E2 : Donc si j'ai bien compris c'est le fait qu'il n'y ait pas de score exact qui vous gêne un peu dans cette grille ?

C4 : On avait comparé un peu avec le Hamilton, Hamilton heu, on fait A, B, C, D et on met un score. Et c'est plus parlant que si l'on met un coup un vert, un coup un rouge à la fin on sait plus... enfin, on se doute quand même que on, on tend vers le orange le rouge ou le jaune mais heu, c'est pas très clair en fait.

C1 : Ouais, faire la moyenne des couleurs effectivement. Après ça pourrait être faisable heu, visuellement et auquel cas si c'est validé comme ça pourquoi pas l'utiliser de cette manière mais, faudrait que j'en sois sûr, j'ai pas trouvé l'info.

E2 : On a pas suivi la formation, on a pas tellement plus d'infos pour la cotations pour nous ça se faisait selon l'évaluation clinique du praticien. Mais on prend votre réponse, ça alimentera notre thèse.
Est-ce qu'il y a des critères, ou des items qui vous ont paru inutiles ou manquants ?

C3 : En fait tu vois, je suis sur la dangerosité là. Du coup, heu, je trouve pas de classification de la dangerosité. Tu vois bah si il te dit je vais prendre mon tube de Lexo, c'est moins grave que si il te met la balle sur la table. Et ça je trouve pas de...
Il devrait y avoir une échelle par rapport à ça. Alors je, c'est peut-être moi qui suis passé à côté hein mais heu... Par exemple, grosso modo la corde chez un paysan c'est facile à obtenir, le fusil chez un chasseur c'est facile donc c'est des dangerosités hautes. La boîte de Lexo, ou

l'alcool, on est un peu rassurés quoi. Et du coup je vois pas, cette gradation, entre les différents moyens. C'est moi qui suis passé à côté ?

E1 : Effectivement c'est quelque chose qu'on avait déjà relevé dans d'autres groupes.

C1 : J'ai pas trouvé non plus.

C3 : Mais je pense que, ça doit exister quand même. Peut-être que vous l'avez pas mis dans votre présentation là, mais ça doit exister.

E2 : Elle est dans la planification, c'est le premier item.

C3 : Oui mais ça, ça te gratte pas ?

E2 : Non, on peut le le dire comme ça oui.

C3 : Et moi je trouve que c'est ça qui manque. Parce que si le patient il te dit oui oui, j'ai un moyen, je vais prendre ma boîte de Lexo et oui oui j'ai un moyen, j'ai ma balle ; c'est pas pareil. Et du coup il devrait y avoir une gradation des moyens comme ça.

E2 : Une sorte de coefficient finalement.

C3 : Ouais.

C1 : Ouais effectivement c'est dans Capacité à prendre soin de soit, c'est page 15 du PDF ; il y a l'extrait du critère à prendre soin de soi qui détaille chaque couleur, qu'on n'a pas retrouvé, en tout cas moi je l'ai pas vu classé dans les autres items j'espère ne pas avoir raté ça...

E2 : Non effectivement.

C1 : Ça m'aiderait bien dans les autres couleurs (sourire).

C3 : Voilà, moi je trouve que c'est vraiment ce qu'il manque pour les autres items quoi. C'est pareil pour 'usage de substances heu, on est pas sur les mêmes heu, sur les même choses entre heu, une benzo, de l'alcool...

C4 : Oui.

C3 : Du shit ou des choses comme ça quoi. Puis entre un verre de vin ou un verre de whisky on est pas sur les mêmes choses. Donc là aussi faudrait une gradation, à la fois sur heu... l'alcool utilisé et la façon dont tu il est alcoolisé et dont il est utilisé. Est-ce que heu, il a tendance à boire trois verres par jour où est-ce qu'en ce moment il en boit 10. Dix de whisky ou dix de vin c'est pas la même chose quoi. Du coup je pense, je trouve que ça manque ça. Tu vois pour cocher dans Usage de substances, ben voilà. Oui il te dit boire, il boit 3 verres d'alcool par jour est-ce qu'on est plus que d'habitude, est-ce qu'on est moins que d'habitude ? Oui, il prend deux

joints par jours, est-ce qu'on est plus ou moins ? Alors heu, voilà. Oui il prend heu, les 2 en ce moment. Tu vois je trouve qu'il pourrait y avoir une échelle de... qui guide mieux pour mettre les, les croix dans les cases après.

C1 : J'ai l'impression que c'est le cas hein, quand on, quand on lit le texte en tout cas... le, la page 15 il donnent seulement en exemple la capitale à prendre soin de soir mais apparemment de ce que j'ai compris dans la grille les autres seraient heu, aussi heu détaillés mais j'ai pas vu non plus.

C3 : D'accord, c'est ce que je disais, ça m'étonne que ça soit livré comme ça. Après je pense que c'est ce qui est important quand même, faut que vous puissiez en parler.

C1 : Bah c'est sûr que le document que vous nous avez fourni ne permet pas d'utiliser cette grille, en tout cas ne permet pas de savoir l'utiliser. Je trouve l'approche très pertinente mais je saurais pas l'utiliser maintenant.

C2 : Non, moi non plus ouais.

C1 : D'ailleurs ils parlaient aussi de, je pense, je je crois de proposition de proposition de prise en charge en fonction du risque si j'ai bien compris, pareil je ne les ai pas retrouvées non plus, en tout cas pas dans ce document.

E2 : Du coup, la formation on ne pourrait pas y échapper pour utiliser cette grille pour vous ?

C1 : Absolument ouais. En tout cas on pourrait peut-être faire un document de formation qui pourrait être faisable par la lecture simplement mais pas avec celui-là quoi.

C4 : Avec des subdivisions en fait. Avec des gradations sur heu, sur l'intoxication. Pareil pour les gens isolés. Parce que les gens isolés sont plus à risques, mais il faut peut-être tenir compte des gens qui viennent de subir une rupture et ceux qui sont seuls parce qu'ils sont quotidiennement seuls. Ils ont peut-être pas de risque de passage à l'acte dans le deuxième cas.

E2 : Étoffer un peu les items ?

C4 : Faire une sous gradation, avec des dégradations progressives, avec un, un risque évolutif.

C3 : En fait, moi quand je parlais de la grille que j'utilise, et qui est aussi une grille canadienne ; et la, la personne qui l'a conçu, je me souviens plus ça fait longtemps ; en fait elle avait bâti un cube qui fonctionnait tu sais comme les, les jouets des enfants et, et qui après qu'ils ouvrent, et qu'ils sélectionnent. Comment ça s'appelle tu sais ce que vous faites avec les... Comment ?

E2 : Les cocottes ?

C3 : Les cocottes en papier, voilà. C'était un peu comme ça, et du coup ça s'agençait pour que tu puisses tout aligner, mettre d'un côté la dangerosité et ben ça ressortait, si c'était benzodiazépine si c'était fusil c'était rouge. Après t'avais l'urgence, c'était pareil t'avais les différents items. Donc tu avais aussi un code couleur comme ça mais hum, c'était, c'était dit si tu veux. La, la balle c'était rouge donc tu mettais en rouge ; l'urgence c'était : bah non j'y pense ou alors oui je l'ai programmé pour la semaine prochaine c'était rouge. Et tu vois c'était gradé comme ça, tu démontais ton cube, ça te faisait une règle et là, au bout ça te permettait de conclure en fait.

E2 : D'accord, donc c'était aussi par couleur ?

C3 : C'était aussi par couleur oui.

E2 : Mais avec un côté plus, plus objectif on va dire ?

C3 : Ouais. Et puis pratique au cabinet tu vois parce que t'avais le cube sous la main, c'était mon maître de stage qui avait ça. Et puis il l'ouvrait comme ça devant le patient, et puis visuellement ça aidait aussi le patient à se situer et même à voir l'évolution, son évolution. Faut qu'on cherche ce que c'était (rires). J'appellerai mon maître de stage qui exerce toujours et je lui demanderai.

E2 : Bah oui c'est sympa (sourire). Du coup je rebondi sur ce que tu dis, on a parlé de pratique et de formation, **mais est-ce que pour vous elle est utilisable cette grille ? Éventuellement avec formation ?**

C1 : Probablement.

C3: Si la gradation est plus détaillée oui. Mais là si on la rempli sans gradation on est au pif quand même. On est un peu au feeling, sans gradation.

C1 : Après moi à titre personnel c'est vrai que la manière dont on a été réfléchie cette grille, les données de la science récente sur lesquels elle s'appuie, me donnent envie ; et la simplicité apparente aussi qu'elle a et l'aspect convivial, je crois qu'il parlait de convivialité heu, dans le dans le texte, pour pouvoir la poser dans une consultation un peu discrètement, en sortant pas un truc en disant : ouais, ouais cochez les croix, vous êtes ici allez aux urgences. Moi je l'utiliserai vraiment volontiers, j'avais même un petit peu de regrets (rires), de ne pas savoir faire en lisant ce document. Mais effectivement ça pourrait être un bon outil et c'est un outil que j'attends en tout cas heu, personnellement il y a quelque chose de bien validé, de pertinent, sur l'évaluation du risque suicidaire.

C2 : Moi aussi elle m'intéresse hein. Oui voilà moi c'est pareil hein, du coup j'ai trouvé bien complète et intéressante. Mais c'est vrai que pour l'instant heu, voilà du coup j'ai pas, j'ai pas tout compris donc heu, donc voilà avec plus de plus de données et plus de formation je pense que ça peut être un outil au quotidien qui effectivement pourrait nous rendre bien service quand même. Voilà.

C3 : Ce quia été fait pour la capacité à prendre soin de soi, il faut que ce soit fait pour tous les items.

E2 : Hum, ok.

C3 : Sans ça on est un peu au pif. Mais une fois qu'on a ça c'est très pertinent et les, les items sont très pertinents.

E2 : Du coup je reviens un peu en arrière, on a parlé de certains items qui étaient compliqués à comprendre et évaluer, **est-ce que il y a des items à l'inverse que vous n'évaluez habituellement pas et qui vous ont convaincus ? Ou c'était quelque chose que vous faisiez déjà et elle apporte peu à vos connaissances ?**

C2 : Je pense que globalement on devait en oublier.

C1 : Hum.

C2 : C'est, c'est, c'est, voilà du coup, parce que c'est vrai qu'elle est, elle très complète hein donc heu, je pense qu'effectivement on pensait pas à tout faire donc c'est l'intérêt d'une grille c'est que du coup heu, être sûr, de, voilà de passer par tous les, par heu, toutes les questions quoi. Donc heu, non moi je l'ai trouvée bien complète après c'est vrai que, j'ai pas pensé à me mettre un deuxième ordinateur sous les yeux donc j'ai pas du coup le document sous les yeux donc je suis un peu...(rires). Donc j'essaie du coup de faire marcher ma mémoire.

C3 : Tu peux ouvrir les deux sur ton écran.

C2 : Ah je peux ouvrir les deux, ça vous fait rire alors.

Rire général

C2 : Bon bah je veux bien mais j'ai peur de vous perdre alors, je peux essayer.
Non mais c'est vrai qu'elle est très complète donc heu, a priori je vois p... j'ai pas, pour moi j'ai pas l'impression qu'il manque heu, qu'il manque effectivement heu, voilà... Mais par contre c'est sûr que, jusqu'à présent je fais pas tout, c'est sûr. C'est tout l'intérêt d'avoir une grille.

C1 : Ouais pour répondre à cette question, moi je faisais la planification, l'antécédent de tentative de suicide heu, pas la capacité à espérer un changement, pas l'usage de substances en tout cas pas dans l'évaluation du risque suicidaire ; pas la capacité à se contrôler, je faisais la présence des proches. Et les capacités à prendre soin de soi, c'était pas évalué de manière vraiment ouverte c'était éventuellement plus suggéré si je voyais que le patient était vraiment incurique et que ça allait pas du tout, mais ça, ça rentrait plus dans un, dans un feeling, global que dans une évaluation précise de critères qui sont reconnus et démontrés comme heu, des facteurs de risque de suicide.

C3 : Oui oui c’est un, c’est un peu pareil pour moi, la capacité à prendre soin de soi ça je pose pas la question. (silence)
Non moi je trouve que c'est une bonne synthèse, en plus ça peut, ça peut figurer dans un dossier. Ça peut être heu, pré-enregistré dans un dossier. On peut faire ça de façon à en garder une trace aussi. Ça peut être un moyen de communiquer avec des spécialistes aussi, donc heu, non c'est bien.

C1 : J’apprécie beaucoup son utilisation heu, dans le suivi, aussi des patients.

C3 : Ouais.

C1 : Je trouve qu'à force d'évaluer heu, quand on voit un patient une fois par semaine heu, que chaque semaine on commence à être un peu, un peu dans quelque chose de procédural, heu, " ouais les idées noires vous en êtes où ? " On peut passer un petit peu vite peut-être, sur heu, sur cette question là quand on a l’impression que ça va mieux, le fait d’avoir un outil plus objectif me paraît assez intéressant. Pour le suivi ouais.

E2 : Donc remettre de l'objectivité dans quelque chose qui est finalement assez difficile à appréhender.
Est-ce que vous connaissez d'autres outils d'évaluation du risque suicidaire ?

C3 : Moi à part celui que je t’ai dit, non.

C1 : Moi non plus. Effectivement c'est quelque chose qu'il fallait que je fasse. Mais je ne m’en étais pas encore occupé.

C2 : Non non, non moi j’avais rien non plus.

C4 : Moi l’échelle de Hamilton pour la dépression. Dépression heu… enfin moi j’envisage pas toujours le suicide derrière en fait. Les gens on les voit parce qu’ils sont dépressifs et on pense pas forcément à aborder si ils ont la corde, le fusil, la balle enfin tout ça. Donc non j’ai pas d’échelle pour le suicide (rires).

E1 : Toi dans le suivi de tes patients dépressifs, l’estimation du risque suicidaire c'est pas forcément systématique ?

C4 : Si moi je le demande toujours quand même, si ils ont des idées noires, si ils ont envie d’en finir, si ils ont envie de se suicider. Ils me disent souvent : ah bah non quand même pas ! (rires) Donc je vais pas plus loin quoi ! Je pense même pas à leur demander si ils ont effectivement les moyens, la corde ou le fusil. Bah après, j’ai peur de, de les inciter à le faire donc heu…

C3 : Alors c’est, c’est sans doute une question à laquelle l’un de vous pourrez répondre, est-ce que poser la question directement des moyens, est-ce que c’est induire heu, l’idée heu, générateur d’idées, est-ce que ça augmente le risque de passage à l’acte ? Je pense faudra que vous ayez la réponse à cette question.

Elle existe hein, faudra la chercher mais elle existe.

E2 : Oui on l'a déjà (sourires). Donc non le fait de poser la question n'induit pas le passage à l'acte.

C3 : Non, non. Au contraire.

E2 : Donc par rapport à ta grille R, je crois que c'était la cocotte … ?

C3 : C 'était la cocotte c'est ça oui.

E2 : Quelles différences tu relèverais ?

C3 : Alors il y avait moins d'items. Il y avait le moyen, l'urgence et la dangerosité.
Et après c'était gradé dans chacun ces trois items.

E2 : Ok d'accord. Donc c'était une déclinaison du RUD. Une échelle qu'on appelle le RUD, Risque Urgence Dangerosité, heu, qui est dans le… En fait qui est l'échelle validée uniquement aux urgences et c'est ça qu'ils sont censés utiliser aux urgences.
Alors si du coup vous deviez l'utiliser, sur quel support préféreriez vous le faire ? Site internet , type Antibioclic, feuille A4 à côté, ou la remplir sur un site ? Qu'est ce qui vous semblerait le mieux ?

C3 : Type antibioclic ce serait pas mal.

C2 : Hum.

C1 : Ce serait bien ouais.

C3 : Comme heu, je sais pas Greg il a dû te montrer sur Thorus heu, l'évaluation du risque cardio-vasculaire heu, du score, du machin. Mais ça pourrait être comme ça aussi. Mais du coup ça dépend du logiciel métier ça.

E2 : Oui.

C3 : Mais Antibioclic c'est bien.

C1 : Moi j'aime bien, j'utilise pour le Hamilton effectivement un site internet heu, suffit de cocher. Et il me sort un compte rendu, en texte qu'on peut juste copier coller et mettre dans le dossier du patient. Alors là c'est en image mais je pense que ça va être jouable. Heu, cette facilité à coller ça dans le dossier du patient et heu, comme ça c'est fait, en plus on a une trace, en deux clics c'est facilité. Ça me paraît pas mal, sur internet je l'utiliserai bien.

C4 : Après en format ça permet de faire participer les gens aussi. Et si on coche en leur disant ils disent : oui, oui, je vois où j'en suis. C'est plus parlant pour eux et heu...Ils participent plus je

trouve. Bah après c’est vrai que après faut le scanner dans l’ordinateur et le remettre après dans le logiciel c’est plus compliqué oui.
Mais c’est comme le MMS, on leur fait remplir toute la grille, on leur montre le dessin, on leur fait jeter le papier et ils participent plus je trouve.

E2 : Du coup ça irait jusqu'à l’auto questionnaire ou ce ce serait vraiment à remplir à deux en consultation ?

C4 : A deux ça me paraît pas mal.

C3 : Oui.

C1 : Ouais moi aussi je trouve…

C3 : De laisser quelque chose comme ça entre les mains d’un patient sans qu'il puisse poser des questions dessus heu, c’est presque dangereux.

C4 : C’est ça.

C3 : Faut quand même qu’il ai des branches auxquelles se raccrocher une fois qu'il a une grille comme ça.

C1 : Ouais je suis tout à fait d'accord, d’autant que c'est proposé un petit peu, enfin ; c’est évoqué dans le document que ça ne doit pas être utilisé isolément, ça s'inclut aussi dans, dans toute une prise en charge et ouais mettre le patient de côté là dessus ça romprait un petit peu le rythme de la consultation et du lien qu’on essaie de tisser, avec un patient à ce moment-là.

C3 : Surtout que heu, vous verrez en pratiquant mais poser la question heu : " avez-vous déjà le moyen pour vous suicider ? ", ça vient pas en début de consultation comme ça hein. Ça vient au bout d’un certain temps. Faut quand même l'amener et réfléchir à comment on l’amène cette question. C’est pas comme se retrouver heu, face à une case à cocher.

E1 : Est-ce qu'on peut pas le faire de tête et ensuite côter dans un deuxième temps ? Ou est-ce que vous préféreriez l’avoir toujours sous les yeux ?

C3 : Je pense qu'on fait de tête mais ça veut pas dire que c'est très bien. C'est toujours mieux d'avoir quelque chose qui reste dans un dossier et reproductible. Après heu, dans les faits heu, on verra jamais mettre dangerosité heu grade machin, urgence grade machin dans mon dossier. Je le fais de tête. Mais c’est sans doute une erreur et je dirais que c'est aussi heu, une façon de pratiquer d’anciens médecins et que vous votre génération doit être plus axée sur des choses heu, reproductibles. Et qui puissent heu, s’échanger entre spécialistes, voilà.

C1 : Effectivement, en tant que jeune médecin je confirme (rires). J’aurai tendance à l’utiliser en l’ayant sous les yeux, j’avais l’exemple du Glasgow, le score de Glasgow qui est plutôt simple finalement, et quand il est fait sans support visuel je crois que la moitié des médecins se

plantent sur l'évaluation du Glasgow de tête. Malgré sa simplicité relative et l'usage fréquent aux urgences. Un truc comme ça je tenterai pas sans l'avoir sous les yeux.

C2 : Le risque effectivement c'est qu'on oublie éventuellement heu, voilà donc heu, c'est vrai qu'un support… hum (en hochant la tête).

C1 : J'aurai peur de perdre la validation heu, méthodologique je veux dire de ce document en, en faisant pas comme il faut faire en le faisant de tête quoi. Je pense pas qu'il ait l'air conçu comme ça en tout cas. Il y a trop d'items dedans.

C2 : J'ai une autre remarque mais dans la capacité à prendre soin de soi, est-ce que c'est pas déjà en impliquant le patient en remplissant le, la grille avec lui, lui faire prendre conscience que c'est déjà une première prise en charge heu, pour prendre soin de lui.

E1 : Oui effectivement, la capacité à prendre soin de soi c'est déjà avoir envie de se soigner.

C4 : Mais déjà d'en être conscient aussi, en rentrant cette grille, c'est c'est, ça lui fait réfléchir. Donc si à la fin de l'évaluation on dit ça ne va vraiment pas et je vous envoie aux urgences, je trouve que c'est moins facile à aborder que si on a fait tout le cheminement ensemble.

E2 : Donc le renforcement positif, serait utile quoi.

C4 : Oui, enfin je pense.

E2 : Enfin ce serait un atout de cette grille.

E1 : **Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ? Est-ce qu'il y a une autre idée ou une autre remarque sur la grille ?**

C1 : C'est vrai que ; je revois juste l'image de la grille avec les petits commentaires de l'utilité de la grille. Je suis en train de me dire qu'on dirait une pub qui dit : utilisez cette grille ! Et ça marche bien, j'ai très envie de l'utiliser mais maintenant il faut que je puisse accéder à la formation quoi, c'est…

E2 : C'est intéressant que tu dises ça parce que finalement les focus groupes c'était à des fins commerciales à la base.

C1 : Haha, excellent.

E2 : On est parfaitement dans le thème.

C2 : En fait je pense que la grille il faut aussi l'utiliser, enfin, se l'approprier pour voir effectivement, quelle façon effectivement elle nous convient mieux pour l'utiliser. Donc heu...Faudrait avoir un… Faut commencer effectivement à, à l'utiliser pour voir effectivement si on, si après on préfère l'utiliser seul et la remplir heu, après avoir vu le patient ou en présence

du patient, je pense que ce sera peut-être un petit peu, peut-être spécifique à chaque médecin en fonction de, comment il se sent heu, comment est-ce qu'il se sent le mieux effectivement avec l'utilisation de cette grille. Mais il y a qu'en, qu'en commençant à l'utiliser qu'on, qu'on saura exactement ; enfin moi je, je le vois comme ça hein; mais on verra dans quelles conditions ça nous convient le mieux en fait. Peut-être que certains médecins ce sera effectivement en présence du patient, et d'autres heu du coup heu, prendre quelques notes et puis la remplir après. Enfin voilà du coup heu, je sais pas si tous les médecins vont l'utiliser de la même heu, nécessairement de la même façon.

E2 : Mais du coup…

C2 : Je sais pas si tu, du coup vous comprenez ce que je veux dire mais voilà…

E2 : Oui complètement. Du coup différentes appropriations ça signifierait aussi différents supports pour aider heu

C2: Oui aussi bien sûr, hum, hum.

E2 : Un support n'empêcherait pas l'autre du coup.

C2 : Voilà tout à fait. Il peut y avoir effectivement plusieurs supports, oui, oui, plusieurs supports utilisables.

C3 : C'est vrai que je réfléchit à un truc comme antibioclic. En fait heu, je trouve que ça n'irait pas. Parce que, antibioclic te fais heu, d'une réponse en dépend une autre.

C2 : Hun, hun.

C3 : Et, dans ton interrogatoire, tu vas avoir les réponses qui vont venir toutes seules. Tu vas pas poser la, enfin ; la question du comment tu vas la poser mais heu, la question de l'entourage par exemple elle va venir à force de dialogue. Tu vas obtenir ta réponse en laissant parler le patient, en lui posant des questions ouvertes. Mais si... le danger d'une grille qui est formalisée comme ça c'est de tout résoudre. De tout résoudre à des questions fermées. Avez vous des idées suicidaire ? oui
Par arme à feu ? Oui . Hum, donc c'est vrai que la remplir à posteriori, une fois que dans ton discours, dans la façon dont t'as fait réfléchir un patient, que t'as tes informations, heu, voilà je pense que c'est mieux comme ça. C'est pas un entretien qu'il faut faire selon un code et selon un ordre. Ça ne marche pas. Faut se servir de te, de ce que renvoie le patient et rebondir. Mais tu peux pas dire hiérarchiser tes questions les faire les unes derrière les autres comme ça.

E2 : Du coup en prenant ce, cette remarque, si c'était pas fait comme antibioclic avec des arborescences mais plutôt une page où il fallait finalement cocher les choses même dans le désordre ce serait intéressant, ou ce serait vraiment à faire a posteriori tu penses ?

C3 : Ça serait intéressant mais il faut de toute façon que tu l'ai dans la tête, pour amener le patient à répondre à ces questions mais les réponses vont pas arriver dans le, dans le sens de ta grille. Tu veux explorer si le patient prend soin de soi, ben t'auras peut-être une réponse en début d'interrogatoire et puis une autre heu, à la fin. Tu vois il faut qu'on puisse heu, dans ton interrogatoire qui va aller d'une ligne à l'autre, d'un item à l'autre sans arrêt, heu, donc voilà.

E2 : Oui ce que je voulais dire, c'est par exemple une page comme heu, pas le cardiorisk mais le Frax où on rentre finalement les données mais un peu comme on veut et ensuite heu, ça nous donne le résultat à la fin. Ce serait ça ?

C3 : Ca m'irait plus que Antibioclic déjà. Le Frax tu remplis tes items mais ça ne te balance pas sur un autre item à chaque fois. C'est pas comme antibioclic où heu, tu réponds à une question qui te renvoie sur une autre question. Le Frax tu peux le remplir quand tu veux quoi.

E2 : Oui c'était ça ma question est-ce que ce serait mieux l'un ou l'autre ? Quelque chose qu'on peut remplir tout le temps ou des arborescences ?

C1 : Moi je verrais bien des curseurs, simplement en fonction de chaque item heu, avec les couleurs en fond et heu, un quelconque curseur que tu puisse déplacer sur heu, au fur et à mesure effectivement de l'acquisition de chaque item dans la consultation. Pas forcément dans l'ordre je suis très d'accord avec ça, et qui à la fin te calcule le petit score final en fonction de là où tu places les items.

C3 : Limite pour chaque item et chaque couleur, décrire à l'intérieur de la case ce qui correspond. Tu vois pour heu, par exemple dans l'entourage et ben vert, vie familiale, a 3 ans, tient à ses enfants heu, vit en permanence avec sa femme. Et puis dans le rouge vit seul. Tu vois ce que je veux dire ? Pour chaque case qu'il y ai cette gradation dont on parlait tout à l'heure pour chaque case. Alors faut pas que ce soit une gradation de 20 items pour chaque case hein, faut qu'il y en ai 3 ou 4. Mais du coup heu elle se… Du coup, faites comme ça, je pense qu'il n'y aurait pas forcément besoin de formation supplémentaire tu vois ? Si dans chaque case il y avait la gradation pour la couleur.

E2 : Ok.

C1 : Surtout si heu, la page te calcule le score final, là il y aurait plus besoin d'expliquer effectivement. Si t'as juste à caler les items avec l'explication de chaque heu, pour chaque gradation ce serait aux petits oignons effectivement.

C3 : Ça ce serait, ce serait top. Il y aurait un peu de boulot pour monter ça mais ce serait une bonne idée.

C2 : (rires) Oui ce serait un peu compliqué.

C3 : Mais ils sont jeunes ils vont y arriver.

(Rires général)

E2 : Bon merci beaucoup.

E1 : Merci c’était très intéressant.

C2 : Merci à vous.

C3 : Quand même E2 si vous essayez en conclusion de la thèse, de proposer une grille comme ça un peu plus détaillée case par case, moi je trouve que c'est vraiment un travail intéressant. Voilà heu, on peut être publiés sur un travail comme ça. C’est vraiment intéressant.

C1 : Du coup j’ai une question mais on est d’accord que la grille elle existe avec des exemples dans chaque couleur ? A chaque gradation de couleur ?

E1 : Nous on l’a pas trouvé. Pas dans les documents que l’on a sauf pour prendre soin de soi et la planification.

E2 : On a que ces deux items détaillés en vert jaune orange rouge.

E1 : C’est surtout les scores intermédiaires qui sont peu détaillés. Quand c’est aux extrêmes ça se cote facilement, quand c’est intermédiaire c’est moins évident.

E2 : Après c'est peut-être fait exprès. Après avoir lu plusieurs documents, comme la grille, vous l’avez très bien énoncé elle s’emploie dans un entretien semi directif avec beaucoup de subjectivité et mettre de l’objectivité c’est très compliqué, heu, c’est peut être pour ça que c’est pas détaillé et c’est peut-être pour ça que c’est pas possible non plus de faire un antibioclic. Donc heu, nous on va croiser finalement les résultats de notre thèse avec la philosophie de la grille.

E1 : Ça doit rester une évaluation dans une discussion, chaque discussion est unique et donc est-ce qu’on peut vraiment forcément coter et tout ranger dans une case dans un degré d’évaluation, de ce qu’ils disent c'était pas forcément ce qui est souhaité non plus.

E2 : Nous en fait notre volonté à la base c’était de ramener de l’objectivité à quelque chose de très compliqué, très vaste et très personnel finalement. Mais est-ce que on peut vraiment le, le faire et le généraliser ça c'est peut-être plus compliqué.

E1 : Mais on voulait déjà faire connaître la grille et peut-être qu’en la faisant plus pratique on pourra affiner toutes ces questions.

C1 : On est d’accord qu’elle est utilisée cette grille au Canada ?

E1 : Au canada oui.

C1 : D’accord donc c’est pas seulement un projet.

E2 : C’est dans leur recommandations de 2015 et c’est non seulement utilisé par les médecins mais par les paramed aussi, du coup.

C1 : Et vous sur internet vous avez pas trouvé de, notice d’explication supplémentaire ?

E2 : Non, donc c’est pour ça que ça me fait penser qu’il n’y en a pas plus. Mais on verra pour la pour la formation voilà. La formation ça revient souvent.

C3 : Ils peuvent avoir une HAS aussi, au canada ça vaut peut-être le coup d’aller regarder là dessus.

E2 : C’est là dessus qu’on l’a trouvé.

C3 : Je suis surpris que ça ne soit pas plus détaillé.

C1 : Peut-être qu’ils mettent une référence à comment se former. J’ai pas mémoire de l'avoir vu.

E1 : Ils disent qu’une journée de formation est nécessaire pour l’utiliser.

C1 : C’est vrai qu’ils me disent nulle part dans le document bon ben si ça vous intéresse allez là bas quoi.

E2 : Ca non non il n’y a pas d’invitation.

C1 : Si moi je veux me former je sais pas comment faire. Je peux pas me former à l’utilisation de cette grille c’est un peu dommage.

E1 : C’est autre oui qu’on pourra préciser.
Merci beaucoup en tout cas pour vos réponses, votre temps, la diversité de vos réponses.
Bonne soirée au revoir.

Au revoir (général).

Annexe 7 : Entretien en Focus Groupe 4

Enquêteur 1 : **Est-ce que vous avez déjà rencontrés dans votre pratique une situation d'évaluation du risque suicidaire d'un patient** ?

D2 : On va dire oui mais à partir du moment qu'on fait un diagnostic de dépression, on évalue le risque suicidaire je pense, fin (renifle)

D4: L'urgence que tu recherches à chaque fois que tu as quelqu'un de dépressif

D2 : Donc on le fait mais sans grille

D1 : Du coup les questions c'est que pour la médecine générale ou pratique de nos stages aux urgences ? Parce qu'en tout cas moi aux urgences, effectivement, ça arrive assez fréquemment ouais effectivement il arrive avec une détresse exprimée donc c'est plus facile, d'aller chercher les infos plus précisément sur eux, pour évaluer le risque. Mais au cabinet il n'arrive pas forcément pour ce motif là et il faut aller creuser à ce moment-là et.. et voilà. Et c'est vrai que (pause) il n'y a pas forcément d'outil pour l'instant (hum fait une pause)

D3: Comme dit D2, ouais quand on voit quelqu'un pour syndrome dépressif euh, moi, si on peut appeler ça dépister, moi en général ça s'arrête à lui poser la question "avez vous des idées suicidaires ? Non " Je l'écris bien dans le dossier et puis quand c'est oui, avez vous précisément imaginé comment vous feriez euh est ce que vous pensez que vous pourriez réellement le faire. Puis voilà j'essaye d'évaluer la détermination si il imaginait un scénario précis .

D4: Puis comme tu disais claire tu recherches les facteurs protecteurs, mais c'est vrais qu'après j'ai l'impression d'être assez vite limité dans les questions à poser pour réévaluer dans la globalité le risque suicidaire (hum approbatif de claire), quoi entre guillemets quoi.

D1 : Et puis une fois qu'on a essayé d'évaluer le risque suicidaire, le quantifier savoir ce que t'en fais c'est (pause) pas toujours évident.

D3 : Ben après ouais la question euh en général, elle est ... elle est binaire c'est est ce qu'il faut que je l'envoie aux urgences pour crise suicidaire ou pas quoi voilà, quand c'est entre deux c'est plus chiant (rire de tout le monde)

D2 : Quand c'est pas exprimé de manière très importante quoi, qu'ils en parlent comme ça au milieu de la discussion et que ca revient jamais, que si même t'insistes ils.. ils vont se fermer ne plus en parler , c'est peut-être là que c'est le plus difficile.

D3 : Adressé aux urgences oui, euh , parce qu'elle verbalisé clairement que (pause) donc la j'ai fait un petit courrier, son mari l'a emmené, d'ailleurs c'était une patiente de … (médecin anonymisé).

D2 : Ah oui oui (rire) ça c'est terminé avec un beau diagnostic de psychose.

D1 : Ah.

D2 : Je crois que moi ca m'est arrivé d'envoyer quelqu'un aux urgences pour idées suicidaires enfin je vais réfléchir mais de mémoire je dirais non.

D1 : Moi non plus ça m'est jamais arrivé mais bon après j'ai pas encore trop de l'expérience par contre demander un avis psy oui c'est vrai que...

D4 : Moi ça m'est déjà arrivé mais dans le cadre de stage quand j'ai quand j'étais avec une maître de stage de SASPAS, adressé aux urgences ou il était ressorti le jour même mais voilà. On l'avait adressé aux urgences euh en ambulance pour idées suicidaires…

E1 : Pour au moins qu'il voit un psychiatre rapidement ?

D4 : Ouais voilà, mais après,j'ai pas forcément le réflexe dans ma pratique courante, on a facilement l'idée d'appeler un cardiologue, un pneumologue etc mais j'avoue qu'un psychiatre j'ai l'impression que comme si c'était difficile de les avoir, comme si il y avait une espèce de barrière euh je sais pas comment dire mais j'ai rarement l'idée de me dire je vais appeler un psychiatre pour tel ou tel avis après voila pour l'instant ma coloc est psychiatre donc parfois je m'inspire mais c'est vrai que j'y pense pas dans ma pratique courante, pas que j'y pense pas mais j'ai pas forcément le déclic pour aller jusqu'au bout.

D1 : C'est vrai qu' en Haute-Savoie j'ai ressenti aussi moi ce manque de, de psychiatres qui sont,ouais, peu nombreux et du coup bah peu disponible puisque très demandés mais pareil que toi c'est plus dans mon entourage personnel que,... que j'ai des avis psy plutôt que... que d'appeler des professionnels que je connais pas de la région.

D2 : Je trouve plus facilement les appeler quand t'as (pfiou)un délire un peu ou tu as une bouffée délirante aiguë ou tu vas avoir le réflexe d'hospitaliser très rapidement quoi alors que l'idée suicidaire c'est peut-être moins ancré comme réflexe.

M 4 : Tu veux dire que c'est peut-être plus banal entre guillemets et du coup tu, fin voila quoi c'est plus de la pratique courante et que tu vas peut-être pouvoir gérer, fin je sais pas.

D2 : En tout cas j'ai l'impression d'avoir envoyé beaucoup plus aux urgences des bouffées délirantes que des idéations suicidaires

D1 : Effectivement plus banal plus fréquent mais pas forcément plus .. Fin pour ma part je ... c'est .. je serais plus mal à l'aise quand même devant un .. des troubles anxieux dépressif parce que justement c'est sensé être banal et ....on sait jamais trop comment, comment les prendre en charge on n'ose pas appeler le psychiatre et du coup on est plus , enfin moi perso je suis plus mal à l'aise devant ce type de, euh pathologie quand c'est un peu borderline entre le ... oui c'est sûr il faut l'adresse aux urgences ou ... voilà c'est un c'est juste des idées exprimées mais sans sans risque immédiat

D4 : Hum ! (approbatif) ouais c'est difficile d'évaluer un peu là dangerosité, les idées suicidaires, quelle est .. ouais est ce qu'il faut l'envoyer direct ou est ce que c'est rien du tout , est ce qu'il faut mettre sous antidépresseur, enfin, et quand est ce que tu le revois , ça c'est un peu, un peu plus au feeling, j'ai l'impression , après moi non plus j'ai pas beaucoup d'expérience mais ça se fait un peu plus au feeling quoi.

(approbation D1 qui hoche la tête)

E1 : **Qu'avez vous pensé de cette grille d'estimation ?**

D1 : Alors moi j'ai trouvé ça euh pas mal, dans le sens ou c'est un peu plus complet comme ils le décrivent que la euh, que le euh le euh RUD qu'on connaît. Ça permet en plus d'engager le dialogue sur des facteurs protecteurs et d'avoir un peu des questions en tête pour euh pour Br : Mais c'est vrai que l'intérêt d'une grille, moi j'avais un patient au cabinet qui était pour le coup dépressif mais pareil qui avait un vernis, qui était toujours quelqu'un qui n'avait jamais de problème enfin voilà. Et on a fait la grille HAD

ensemble. Et justement, il était tout le temps tellement dans le tout va bien, machin, et en fait je comprenais même pas pourquoi je le mettais en arrêt de travail finalement. Enfin je, et on a fait la grille HAD et il s'est effondré en fait. Parce que ça l'a mis face, et c'était extrêmement violent pour lui. Parce que du coup il s'est rendu compte qu'il cochait tous les critères. Parce qu'en fait au départ, il osait pas heu, je crois qu'il avait de la réserve pour heu… mais en fait la grille je crois qu'on ne l'a même pas finie. Il a fondu parce que effectivement c'était tellbah voila reparler des facteurs qui peuvent préserver le patient et l'accrocher à la vie euh donc ouais c'est pas mal d'avoir un peu une guideline euh des questions, des questions préétablis pour euh savoir euh quoi dire sur, sur quoi se baser. Après c'est je sais pas est ce que c'est peut-être un peu long et un peu trop scolaire pour les patients, je sais pas trop faudrait le tester mais après je savais pas trop si je saurais coter, si j'arriverais a bien coter les différentes heu, les différentes euh ... voilà .euh
mais sinon on soit euh c'est pas mal en tout cas c'est sûr que ça enfin je trouve que ça manque en médecine générale, du comment on disait juste avant, c'est à moi ça me met assez mal à l'aise ce genre de consultation, j'ai peur de mal évaluer et laisser partir la personne alors qu'il y avait un réel risque et de pas avoir su quoi lui dire. Donc c'est vrai qu'en tout cas là c'est mieux que ce qu'il y a actuellement ça permettrait d'avoir une base sur laquelle s'appuyer et puis ce qui serait bien c'est que du coup ça amène euh, enfin j'ai pas bien, j'ai pas bien vu par contre après qu'est-ce que tu en fais comment tu l'as selon le score qu'est-ce que tu fais ?

D4 : Moi je trouvais que c'était pas mal parce que ça ... ça prenait en compte par exemple la capacité à se contrôler, l'impulsivité que j'ai pas, enfin qu'on peut juste te voir en fait enfin dans le comportement de la personne et que j'ai pas forcément idée de noter comme euh un facteur. Enfin pour côté le risque suicidaire et pareil la capacité à prendre soin de soi après je sais pas forcément comme on l'évalue vraiment mais mais c'est des choses que j'ai pas forcément, enfin je pense jamais à me dire dans ma tête ça c'est une petite case à cocher euh en fonction pause) à côté quoi j'ai trouvé ça intéressant. J'ai pas l'habitude de penser à ça.

D2 : Alors moi j'ai testé un peu rétrospectivement parce que j'ai une patiente dont le fils s'est suicidé en fin d'année dernière et dans les items notamment les notions de désespoir de choses comme ça en fait en discutant avec la maman qui est ma patiente la, il y a énormément de choses qui se retrouvent euh. Euh l'isolement du fait du confinement il voyait pas grand monde, la consommation de toxiques. Enfin finalement rétrospectivement le jugement, enfin je sais pas si il avait un suivi médical la ou il était mais on a retrouvé finalement peut-être un risque qui était élevé si on avait fait la grille et oui effectivement il a pas eu beaucoup de tentatives mais qu'une seule quoi. Donc euh mais tu vois j'ai, j'ai retrouvé des, des notions de, heu, l'entretien avec la patiente avec la maman de tout ce qu'elle me raconter de son fils quoi. Donc euh ça m'a paru assez pertinent quoi sur certains temps.

D3 : Moi y'en a un que je trouve difficile parce que c'est intéressant histoire de s'intéresser aux facteurs protecteur et euh aux raisons d'espérer euh mais des fois y'a des patients qui ont d' authentiques vies de merde (rires). Et sur les raisons d'espérer, je sais pas toujours quoi leur dire. On a envie de dire, en effet, il n'y a rien à espérer.
Mais ça c'est intéressant. Enfin heu, on pense aux facteurs de risques, aux moyens létaux à disposition, et on se focalise pas forcément heu, sur les choses à renforcer quoi.

D4 : Après en effet tu as raison Claire, moi je pense que j'aurais du mal à évaluer heu enfin, je pense qu'il faut s'entraîner un peu à côté des choses au début ça doit être un petit peu particulier . Mais ça demanderait peut-être un petit peu d'entraînement pour vraiment heu, bah, arriver à l'utiliser correctement.

D1 : Après apparemment j'ai vu qu'il y avait une formation sur heu, sur l'utilisation de la grille. Et heu, et comme tu disais pour l'usage de toxiques, effectivement on sait aussi qu'il faut demander et puis on n'y pense pas donc là c'est pas mal que ce soit bien défini. Oui il faut demander pour les toxiques et puis pareil alimentation sommeil heu, pour le statut psy il faut le préciser. Puis finalement heu, des fois on, on

oublie quand il y a... Quand le patient se présente devant nous, on oublie de poser ces questions-là. Alors que, oui pour un risque suicidaire c'est vrai que c'est important aussi.

D3 : Heu, la difficulté je trouve c'est que comme je disais tout à l'heure pour moi l'enjeu dans la consultation elle est un peu binaire. Est-ce que le risque est relativement faible et je suis assez tranquille, ou est-ce qu'il est élevé et je l'adresse aux urgences. Et quand il est intermédiaire, bah que faire quoi ? Si, reconvoquer dans pas trop longtemps voilà quoi. Mais, en zone grise je ne saurai pas trop quoi en faire.

D2 : La difficulté ça va être aussi déjà c'est des entretiens qui sont quand même assez long et qu'il faut être patient. Donc, pour arriver à la caser au milieu des 30-40 minutes de discussion. Ça peut être un frein quoi, à son utilisation.

D1 : Oui.

D4 : Bah moi c'est ce que je me demandais c'est est-ce qu'il faut le faire, enfin est-ce que c'est censé être fait face au patient, ou est-ce que t'es avec ton ordinateur et que tu la regardes et tu te dis je coche ça et ça. Enfin c'est vraiment en pratique d'utilisation, comment ça se passe, enfin... Du coup c'est aussi heu, enfin voilà, peut-être que ce serait bien d'expliciter ça heu, dans la grille. Je sais pas si ils y ont pensé, comment tu l'appliques vraiment en pratique courante quoi.

E1 : **Est-ce qu'il y a des items qui vous ont manqué ou d'autres que vous avez trouvé en trop ?**

D2 : La capacité à se maîtriser là, je, je, j'ai un peu... ou à se contrôler heu...humpf, bon c'est... Pour moi ça se rapproche un peu plus d'une personnalité un peu pathologique tu vois qui heu...

D3 : Le degré d'impulsivité quoi.

D2 : Oui.

D3 : Ouais c'est dur à quantifier ouais c'est sûr.

D2 : Mais hum, c'est peut-être heu ; peut-être le seul heu, le seul item qui est un peu...peut-être un peu plus difficile à exploiter quoi.

D3 : Vu les couleurs heu, en gros chaque item se note de 1 à 4, c'est un peu, c'est un peu ça ?

D1 : Oui.

E1 : Puis il y a un risque global en fait.

D4 : Ok.

D3 : Et les, le, l'estimation finale c'est en gros si vous avez une majorité de vert, si vous avez de majorité de rouge heu, c'est, c'est ça quoi ?

E1 : C'est en ça que la formation peut être utile.

D3 : Parce que par exemple : tentative de suicide. Enfin, soit il y en a eu, soit il n'y en a pas eu... heu, bon...

D1 : J'ai dis pareil.

D3 : Pour moi celui-là, les couleurs intermédiaires n'ont pas leur heu... enfin, je, moi je les comprends pas quoi.

D4 : Oui c'est vrai que dit comme ça.

D3 : Ou alors essayé sans grande conviction ouais. Si, si c'était une IMV avec heu, 3 seresta on peut peut-être... (rires) mettre orange, je sais pas.

E1 : Donc peut-être plus que des items en moins ou en plus il y a peut-être des items qui auraient besoin d'être mieux explicités et la cotation, mieux définie ?

D1 : Oui.

D4 : Peut-être aussi, on a été tellement habitué à utiliser des chiffres plutôt que des couleurs, on a un peu que des scores heu chiffrés. C'est vrai que, c'est peut-être un peu perturbant d'avoir des couleurs. On a moins l'habitude. On aime bien additionner des choses et puis avoir heu, en fonction d'un score heu, ok où tu tends heu, c'est très grave, enfin je sais pas. Du coup...

D3 : On peut les re analyser de 0 à 3 (rires).

D1 : Ouais. Après c'est vrai que ce qui est intéressant avec cette grille de 0 à 3 ou de couleurs, c'est pour le, en cabinet de médecine générale si on suit nos patients on peut ; la première fois je pense c'est difficile mais après tu peux juste te dire : est-ce que c'est plus ou moins que la fois d'avant ? Et c'est vrai que là ça devient intéressant pour le suivi voir est-ce que ton risque il augmente ou il diminue, ou il stagne ? De ce côté là c'est pas mal.

D2 : Oui c'est quelqu'un qui va être dépressif chronique, que tu vas garder peut-être 20 ans avec heu des traitements, des suivis, c'est vrai que...

D1 : Hum.

D4 : Après, du coup ce qui serait intéressant, ça serait de voir ben, comme vous disiez vous avez vu une patiente en commun, est-ce que en fait vraiment c'est reproductible entre deux médecins, donc du coup tu puisses un peu suivre par exemple dans un cabinet heu, les mêmes patients et du coup ensuite utiliser cette grille heu pour pouvoir estimer les gens si besoin. Mais je sais pas si les gens tous heu, de la même façon quoi.

D1 : Ouais.

D2 : Surtout s'il y en a un j'ai tout en rouge et l'autre il est tout en vert là c'est..

D1 : Ouais.

D4 : Oui, là ce serait un souci (rires).

E1 : **Est-ce que pour vous ça vous semblerait pertinent et faisable de l'utiliser en consultation ?**

D3 : Oui heu, non oui heu... Je pense que ça peut se faire... enfin ça me paraît pas interminable oui. Sur une consult dédiée si c'est, c'est faisable je pense.

D2 : D'autant plus que, que des fois on se fait une petite échelle d'Hamilton avec ses heu, il y a au moins 20 items je crois non ?

D4 : Oui, trop long.

D2 : Oui, trop long.

D3 : Dont certains qui sont peut-être mal traduits parce que il y en a que je ne comprends pas.

D4 : Hum, je suis d'accord ouais.

D2 : En plus.

D4 : Oui au moins là c'est heu, rapide ouais c'est ça c'est c'est rapide efficace, assez visuel.

D1 : Hum. (approbatif)

D3 : C'est vrai qu'il y a des items, auxquels j'aurais pas pensé. En général, enfin moi je me focalise sur la planification. Heu, et les autres heu, ouais j'aurais pas pensé à demander les autres. Si la présence de proches quand même.

E1 : Toi tu ne te concentrais un peu que sur le scénario et le moyen en fait ?

D3 : Oui c'est ça. Est-ce qu'il y a un scénario précis. Enfin j'essaie de lui faire dire si il y a une intentionnalité importante, si elle détermine, si il y a une vraie détermination ou pas. Si il y a des gens à qui parler quand ça va mal heu, voilà. Et le reste heu, j'y aurais pas pensé non.

D1 : Je pense qu'il y a des items, tu peux peut-être encore répondre plus facilement quand c'est un patient que tu suis depuis longtemps heu, que tu connais par exemple bah son caractère impulsif ou non, bah là je pense que sur le capacité à se contrôler tu peux le côté encore plus rapidement quoi.

D1 : Oui, les toxiques aussi.

D2 : Les proches...

D1 : Oui.

E1 : Donc c'est plus facile quand on connaît le patient, forcément.

D1 : Hum. Et du coup en médecine générale effectivement ça peut, ça peut être utile.

D3 : Mais, heu, encore une fois que faire heu, d'histoire intermédiaire ?

D4 : Oui (rires)

E1 : Surtout que oui c'est pas défini, dans le polycopié.

D1 : Après si cette grille est validée, ça peut peut-être encourager à ; enfin validée et utilisée ; encourager à, à mettre en place des protocoles heu, basés sur cette grille pour heu, pour proposer des prises en charge, enfin protocolisées. Voilà hah, je trouve plus mes mots.

D4 : Ouais je suis d'accord. Au moins qu'on ait un peu, la fonction de créer des heu, axes principaux sur lequel on peut travailler pour aider les gens. C'est vrai que c'est toujours rassurant d'avoir un, un protocole qu'on puisse, enfin qu'on peut suivre dans les cas où on est un petit peu mal à l'aise, où c'est un petit peu entre deux quoi.

E1 : Vous ça vous rassurerez d'avoir un peu plus de support, même si en l’occurrence il faut peut-être apprendre à s'en servir aussi ?

D1 : Mais oui moi ça me rassurerait pour répondre.

D4 : Ouais je suis d'accord aussi.

D1 : Que ce soit plus protocolisé moi ça me rassurerait.

D2 : Finalement je crois heu, enfin la patiente s'est beaucoup renseignée sur suicides et tout et heu, je crois qu'elle est devenue membre d'une association et c'est, elle m'a dit c'est là qu'on se rend compte que finalement ben il y en a, un certain nombre je crois par an en France. Et c'est vraiment non

négligeable comme chiffre. Donc je pense effectivement oui ça peut, être utile. Voilà. Pour tous les jours, ça peut heu, diminuer cette incidence là, ou la prévenir. Parce qu'elle me disait qu'effectivement c'était un chiffre non négligeable, mais je crois que je m'en suis même pas souvenu parce que je sais même pas si, je sais pas si on sait. Je sais pas si c'est pas, ouais peut-être 10000, ou, quelque chose comme ça peut-être 5000 suicides je crois par an.

D3 : Attends je regarde.

E2 : On l'avait noté dans l'intro je crois.

E1 : **Est-ce qu'il y a autre chose au sujet de la grille que vous vouliez dire ? Des items ?**

D1 : Non mais c'est vrai que ça permettrait de manière générale heu, de repérer... C'est vrai qu'effectivement je pense qu'on est beaucoup à se focaliser surtout sur la dangerosité et la planification. Et que quelqu'un qui planifie pas mais qui a heu, qui serait dans le rouge sur les autres items, ça permettrait de le repérer, alors que jusque-là il passe à la trappe et il finit par se suicider ce patient là. Donc heu, ouais non mais je pense que les items sont finalement, après réflexion avec ce groupe, je pense que ce serait utilisable et finalement assez rapide quand on connaît nos patients en médecine G.

D3 : 9000 par an.

D4 : Ouais c'est quand même pas mal, comme chiffre. Ouais je suis d'accord. Moi ça me tenterai bien heu, d'essayer de l'utiliser heu, en med G. Enfin heu, au moins essayer et puis, peut-être que d'ici là il y aura des, des protocoles qui pourront nous aider, qui sortiront. Je pense qu'en effet elle est pas, elle est pas compliqué à utiliser et assez... ludique on va dire. Enfin dans l'utilisation, faudrait voir etc mais, pourquoi pas.

D3 : Ouais pour moi ce qui manquerait c'est peut-être la petite suggestion prise en charge à la fin .

D2 : C'est pas vraiment le but de ta thèse donc heu...

D3 : Non,oui, oui...

E1 : Le but c'est d'en discuter donc heu..

D2 : C'est la suite. Mais tu mettras dans ta conclusion.

D4 : On te donne l'ouverture (rires).

E1 : **Est-ce qu'il y a un support sur lequel pour préféreriez l'utiliser ? Sur un papier, sur un site ?**

D2 : Sur un site, sans hésiter.

D4 : Ouais, je suis d'accord.

D2 : Parce que tu peux l'exporter en PDF, tu le mets dans le dossier et...

D4 : Puis t'accèdes n'importe où, tu la perd pas au milieu de toutes tes affaires.

D1 : C'est peut-être un peu plus heu... un peu plus discret que le papier. Prendre des petites notes heu, pendant heu, que le patient raconte sa vie...

D4 : Oui (rires).

D1 : … et que c'est horrible...

D4 : Et il voit l'écran tout dans le rouge...il doit se dire mon Dieu, qu'est ce que c'est ?

D1 : (rires) Oui c'est ça. Mais par contre, à l'inverse peut-être que le patient peut, enfin t'es moins heu, face au patient quand tu es sur l'ordi mais bon... mais plus discret. Hahaha, ouais l'ordi aussi.

D2 : Ou alors tu lui sors le papier, tu lui dis fermez les yeux du MMS.

D3 : Ou alors, sur papier tu peux lui faire en auto-questionnaire.

D1 : Oui.

D3 : Pour moi c'est indifférent, les deux peuvent fonctionner. (silence)
Enfin pour moi prendre des notes sur un papier ou sur l'écran c'est, je trouve pas que l'un soit plus gênant que l'autre.

E1 : **Est-ce que vous aviez relevé des différences par rapport aux autres outils d'évaluation du risque suicidaire qu'on connait déjà ?**

D3 : Sincèrement j'en connais pas d'autres. Moi d'habitude je le fais vraiment heu avec des questions comme ça heu, mais heu, je rempli ni un score ni une grille et je n'ai jamais utilisé d'outil heu, précis.

D1 : Pareil.

D2 : je savais même pas qu'il y avait des outils donc heu, comme ça.

E1 : Donc vous n'en connaissiez pas d'autres ? Ou vous ne les utilisez pas de façon protocolisées ?

D1 : Non.

D4 : Après il y a le Hamilton mais c'est plus de la dépression que d'évaluer le risque suicidaire. A proprement dit. Qui est beaucoup plus long du coup. Un peu plus indigeste quoi.

D1 : De grille non plus moi j'en connaissais pas. Si je me basais sur un support c'était sur le, sur le collège de psy enfin je, je ressortais un petit peu les questions à, à poser mais c'est tout. Pas de, pas de grille particulière.

D3 : Donc c'est bien d'en avoir une. Ça nous servira.

D1 : oui c'est bien, en conclusion.

E1 : **En dernière question, j'ai présenté cette grille à un psychiatre, qui m'a dit que selon lui le point faible de la grille c'était de ne pas assez mettre en lumière le moyen de la TS. Selon lui ce n'est pas le même degré d'urgence selon qu'on avale de l'homéopathie ou qu'on prépare une pendaison. Est-ce que c'est quelque chose que vous auriez relevé également ?**

D3 : Ça peut rentrer dans planification mais heu...je sais pas.

D1 : Ouais c'est ça, moi j'aurai mis dans planification.

D3 : Si il te dit qu'il compte heu, ouais. Si il te dit qu'il compte avaler de l'homéopathie ben, dans planification je le mettrai pas en rouge quoi.

D1 : Ouais voilà (rires). Non mais c'est vrai que c'est là que ça peut être intéressant d'avoir effectivement une grille cotée plutôt que des items de, enfin des, que ça corresponde à des, que chaque couleur corresponde à un truc très précis c'est qu'au moins effectivement si heu, il a une envie imminente mais avec un moyen heu, non dangereux comme l'homéopathie, on peut le mettre en... enfin on peut choisir notre couleur, c'est opérateur dépendant bien sûr mais c'est peut-être plus

adapté... c'est peut-être plus adapté pour s'adapter et faire du cas par cas et, s'adapter à chaque situation.

D2 : Dans ce cas là, dans la grille, la notion de moyens elle vaudrait peut-être plus de points tu vois ou heu, comment...

D1 : Oui.

D2 : Comme dans le CHADs où certains items sont à 2 et d'autres à 1. Tu vois ce, ça pourrait être intéressant.

E1 : Ah on y avait pas pensé.

E2 : Du coup heu, on va juste revenir un peu sur tout ce qu'on a dit. Donc heu, vous étiez heu, pour l'utilisation dans la pratique, enfin non. Déjà est-ce que vous l'aviez rencontré au début, un peu tout le monde l'a rencontré. Bon c'est plus fréquent dans les urgences, enfin en service d'urgences. Et l'adressage aux urgences est assez heu, assez rare finalement. De ce que vous disiez. En plus, tout le monde avait pas forcément rencontré le cas. Et hum, on, enfin de ce que j'ai pu noter c'est qu'on ressentait quand même un, enfin que c'était pas une situation où tout le monde était forcément à l'aise, alors que quand c'est binaire c'est beaucoup plus simple ou quand c'est d'autres pathologies psychiatriques ou c'est une urgence, c'est vraiment plus aisé de, la prise en charge. Ça c'est pour la première chose. Si vous voulez rajouter quelque chose ou que vous n'êtes pas d'accord, hésitez pas à prendre la parole.
Ensuite le ressenti général, c'était...

E1 : alors moi, le ressenti général je dirai sur la grille, c'est que vous l'avez trouvée peut-être un peu longue, mais qu'elle vous a quand même plutôt intéressé, et que dans la pratique ça doit permettre de mettre un peu en lumière des zones un peu grises, les fameuses zones intermédiaires, alors que avant c'était plus dichotomique. Mais après, la question que ça pose c'est qu'une fois qu'on a mis en lumière les zones grises, bah, qu'est ce qu'on en fait. Et c'est là qu'il y a peut-être un petit manque c'est que, heu, on a pas ensuite vraiment de prise en charge fléchée suivant ce qu'on, ce qu'on a trouvé. Que effectivement ça mérite peut être une vraie formation à l'utilisation de la grille, que c'est plus facile quand on connaît bien le patient, heu et qu'il faut peut être prendre le temps. Mais après tout quand on sait qu'on a un bébé, un nourrisson qui arrive on met 40 minutes de consultation donc quand on sait que ça va être un motif psychiatrique dédié, peut être qu'on peut anticiper et mettre, et prendre le temps aussi.

D1 : Et puis après, moi j'avoue que j'ai par exemple changé d'avis pendant la discussion. Initialement je la trouvais un peu longue, et puis après d'en parler tous ensemble je.. ; mon avis a évolué et... je me suis dis ça peut aller plus vite que ce que j'imaginais. C'est vrai que quand on lit le ; c'est tellement précis quand on lit le descriptif de la grille que ça paraît un peu long, mais l'utilisation c'est peut-être, c'était peut-être juste une impression et, d'en parler ensemble voilà, mon avis a évolué.

E1 : Il y a peut-être un temps pour se l'approprier et la maîtriser ce qui est peut être bon signe parce que si on la connaissait en un claquement de doigt, ça veut peut-être dire qu'elle n'est pas complète.

E2 : Il y a avait peut être aussi besoin de plus d'explications sur certains items qui pouvaient être un peu flous. J'avais noté “capacité à se maîtriser et se contrôler”. Après on en avait reparlé, quand on connaît, qu'on suit le patient depuis plus longtemps c'est peut être plus simple.

E1 : Comme disait J, c'est un item qui est en lien avec le type de personnalité aussi et en une consultation c'est pas toujours évident.

Sur le support, plutôt envie de l'utiliser sur internet, ne serait-ce que pour l'utiliser au bon endroit et pas que ça traîne, tout simplement. Et c'est vrai qu'on a tous appris à travailler uniquement sur ordinateur.
J'étais un peu surpris que vous ne connaissiez pas d'autre grille. Il y a notamment la grille RUD qu'on utilise aux urgences qui fait un peu foi, on va dire. Et en fait quand le patient arrive aux urgences notamment ça permet de l'orienter, et de savoir si il doit être vu rapidement par un médecin ou carrément un avis psychiatrique imminent.

D3 : Et alors elle est moins bien ?

E1 : De ce que disait le psychiatre, elle évalue mieux le moyen, mais par contre elle est moins complète. Pour lui le RUD devait être utilisé au PU alors que celle là ça collait mieux avec une consultation.

D1 : Ouais, moi j'utilisais le, heu, le RUD, mais je savais pas que c'était une grille en fait. Et bah voilà, donc j'en connaissais une haha.
Et par contre pour moi le RUD, rentre dans planification du suicide. Donc en fait heu...

E2 : Je pense que, en fait ce que vous, quand vous avez repris un peu les items et que les facteurs protecteurs, on les voit pas forcément et il n'y a pas forcément de renforcement positif, c'est un peu ce qu'on a comme ressenti quand on utilise le RUD quoi. Du coup je pense que tout le monde à ce spectre de Risque Urgence Dangerosité et c'est ce que vous citiez quand vous évaluez le risque suicidaire quoi.

D4 : Mais je savais pas que vous l'utilisiez aux urgences. Enfin c'est la première fois que j'entends qu'on utilise cette grille à l'entrée des urgences. Mais c'est bien.

E2 : En fait elle est utilisée que pour les services d'urgences. C'est la seule validée pour les services d'urgences.

E1 : Merci, merci encore, merci pour votre temps. C'était très intéressant et très riche, on espère vous avoir appris un truc.

D1 : Merci à vous, c'était super.

E1 : Bonne soirée.

Annexe 8 : Entretien individuel

I1 : Avez vous déjà rencontré dans votre pratique une situation d'évaluation du risque suicidaire d'un patient ?

E1 : Oui.

I1 : **Racontez-moi un peu vos expériences.**

E1 : La plus récente, celle que j'ai du coup en tête c'est celle quand j'étais à SOS là, il y a une semaine. J'étais en garde un dimanche soir et c'était une jeune fille de 23 ans qui s'était heu, lacérée avec un rasoir. Qui s'était fait des des des, enfin qui avait essayé de se couper les veines avec un rasoir, sur les avant-bras. Qui c'était un peu raté parce qu'elle était avec son copain et une amie à elle qui l'ont, qui l'ont vite chopé et…. Pour l'empêcher de le faire. Donc finalement elle s'est retrouvée juste avec une entaille sur le bras au niveau des plaies heu... qui était quand même à recoudre. Moi je l'ai vue heu, la crise suicidaire était passée ; d'après ce que j'ai évalué. Et voilà, je sais pas si tu veux plus de détails ?

I1 : Vous pouvez y aller comme vous voulez.

E1 : Et en gros juste pour heu... bah moi j'ai eu le temps, du coup c'était SOS donc il y a quand même pas mal de monde et c'était heu... donc heu, j'ai essayé de, d'éliminer moi le risque suicidaire avec ce que je pouvais faire ; enfin le risque de, de passage à l'acte heu, bah rapide dans la soirée et le moyen de protection. Donc heu, j'ai vu avec elle ; bon ça allait mieux, elle était pas bien et puis elle avait bu de l'alcool. Heuu, il y avait pas vraiment de raison qui avait déclenché l'acte suicidaire, enfin la, la tentative de suicide. C'était un tout, c'est, elle était pas très bien depuis le collège, elle avait déjà eu un suivi psychologique. Et heu, pour conclure donc il y avait plus de, de, d'envie de se suicider, il n'y avait pas de, il n'y avait pas de scénario d'ailleurs ; elle avait pas envisagé de scénario avant de le faire ; en tout cas ce qu'elle m'a dit. Et, et ça allait mieux et moi j'ai quand même convoqué sa copine, et son copain je l'ai vu après, mais elle je l'ai convoqué avec sa copine. J'ai demandé si sa copine elle pouvait venir. Pour être sûr qu'elle rentre dans des bonnes conditions et qu'elle reste pas toute seule le soir, parce que moi il était quand même 23 heures un dimanche soir. Et je lui ai... Je lui ai recommandé, je lui ai donné les coordonnées des heu, des CMP pour refaire le point le plus rapidement possible. Voilà, en gros, comment ça s'est déroulé.

I1 : OK très bien merci. **Quelles difficultés de l'évaluation du risque suicidaire citeriez vous ?**

E1 : Bah moi la principale difficulté heu… c'est d'être, c'est la principale difficulté heu... pas dans le risque de l'évaluation mais dans le... Si, dans le risque de l'évaluation, je trouve que la principale difficulté c'est de ne jamais, je trouve à la fin être sûr et certain que la personne ne va pas passer à l'acte en fait. Je trouve que c'est difficile d'être, malgré l'interrogatoire le, la prise en charge tout ça, d'être totalement certain de pouvoir éviter que la personne passe à l'acte. Et du coup quand j'interroge, j'ai, j'ai, je, j'ai… Moi ma difficulté c'est que j'ai tendance souvent à essayer de, faire répéter, de, d'essayer de m'assurer le plus possible heu, que la personne que je vais laisser partir heu… En gros m'a dit la vérité en quelque sorte tu vois ? Quand elle me dit que ça va mieux, je trouve que c'est ça le plus dur dans l'évaluation du risque c'est, c'est d'être certain que la personne est heu… n'est pas dans la manipulation au moment où, elle donne des éléments favorables à ce qu'elle reparte. Voilà c'est surtout d'évaluer ça. Est ce que la personne ne veut pas un peu se débarrasser de la consultation et repartir pour essayer de...

I1 : La manipulation pour que t'arrêtes enfin que tu la laisses tranquille et puisse refaire le geste quoi, en

gros.

E1 : Voilà.

I1 : Ok.

E1 : Ou faire, ou juste heu, je... Rassurer faussement en fait le, l'interlocuteur. Donc en l'occurrence moi le médecin, voilà.

I1 : Ah oui genre je veux pas l' embêter c'est comme ça et puis...

E1 : Non, même pas je veux pas l'embêter c'est juste heu… Je, ça dépend pour, dans quel con... Si il vient consulter pour des, des suicidaires et que ça va pas bon bah là je serais... Rassuré de savoir qu'il vient pour ça. Mais quelqu'un qui vient pas pour ça, avec qui j'aborde le sujet, tu vois quelqu'un qui est dépressif, ou quelqu'un qui a bu, ou quelqu'un qui est pas bien juste un instant t, et qui a jamais fait de, de suicide ou quoi et qui vient me voir. Et qui finalement heu, ou qui est emmené par un tiers tu vois ? Genre un ado de, de 16 ans qui vient avec ses parents et qui dit : « oui oui oui » à tout, et que... Ou qui est faussement rassurant et qui heu…

I1 : Un patient non suivi du coup ? Ce serait un peu ça ? Quelque part ?

E1 : Bah non n'importe. Suivi ou pas suivi.

I1 : Un patient qui vient pas de ça quoi, qui vient pas de son fait ?

E1 : Bah là je trouve heu, que oui c'est le plus dur. Parce que s'il vient de, s'il vient lui-même c'est qu'il vient chercher de l'aide. S'il vient pas de lui-même et qu'il est emmené par quelqu'un d'autre ou... quoi c'est difficile d'être heu, d'être certain heu, que la personne suicidaire elle a vraiment envie de ,de pas se suicider. Qu'elle vient chercher des ressources et des réponses pour éviter de le faire tu vois ?

I1 : OK.

E1 : Voilà. Et l'autre chose la plus dure, moi j'ai pas de difficulté à demander si les gens ont envie de se suicider parce que, je trouve qu'on a beaucoup heu... On nous a tellement dit qu'il fallait poser les questions que on le fait. Enfin moi je le fais du coup. Et heu… Peut être parfois, peut être la difficulté de vouloir en en savoir trop. D'avoir des détails que, que la personne, que la personne veut pas forcément parler, je sais pas ça. Ça c'est peut être heu...

I1 : Trop creuser ? C'est ça ? Ça serait ça ?

E1 : Trop creuser ouais...

I1 : Peur de trop creuser par rapport à ce qu'il faut ; ce qui est vraiment important et pour pas, violer trop l'intimité de la personne c'est ça ?

E1 : Ouais ouais. Peur de en fait dans, de parler de certaines choses qui pourraient heu, faire remonter heu, des émotions négatives. Et qui pourrait heu, raviver certaines heu, blessures.

I1 : Ouais délétère quoi en gros.

E1 : Bah ouais. Dire tu vois... C'est bête tu vois, mais genre, même la question posée dire : « - Est-ce que vous avez des amis ? - Bah non j'ai plus d'amis. - Ah. - J'ai perdu tous mes amis. Mon dernier ami, bah là il m'a dit hier que j'étais, j'sais pas quoi, que j'étais un boulet et que j'étais pas capable de faire ci, de faire ça. » Bon... Après bon, c'est aussi, ça permet de rebondir et d'aller sur autre chose mais... Ouais

peut être heu, toujours ambivalent quoi.

I1 : Ouais .

E1 : Essayer de comprendre pour aider et heu, et ne pas non plus enfoncer des clous quoi.

I1 : Ok d'accord.

E1 : Des autres difficultés ? (regarde en l'air en réfléchissant)

I1 : Mais du… Ouais, du coup, enfin pour que je comprenne bien, le fait de trop creuser et de, de retrouver des, des émotions négatives, ou des choses qui sont passées, c'est bien de le savoir parce que... Parce que comme ça tu comprends, mais d'un autre côté le risque pour vous ce serait que... on a fait remonter ça et ça va le replonger dans le truc. C'est ça si j'ai bien compris ?

E1 : Ouais ouais. Après je... Après en, en discutant je pense que c'est, c'est rarement délétère. Parce que moi je vais pas aller dire : « Ah oui effectivement, t'as plus d'amis bah à ta place heu… A ta place si j'avais plus d'amis j'en finirais aussi. »Tu vois j'irai pas dire ça. Donc ça permet en même temps d'appuyer sur heu, quelque chose de négatif dans sa vie, mais essayer de, de prendre ce, ce... La difficulté que la personne elle a à ce moment-là pour essayer de la, la contourner où d'aller voir d'autres choses positives, tu vois ?

I1 : OK.

E1 : Et c'est juste arriver à, ne pas sombrer dans la détresse de l'autre, tu vois ? Ne pas être trop empathique je trouve. Parce que clairement il y a des personnes suicidaires. Voilà c'est ça je trouve ; que, il faut, il faut savoir rester empathique mais pas, pas sympathique! Non je rigole, ça c'est le cliché. Donc empathique mais pas heu... Pas trop. Parce que il y a des gens qui ont des vies tellement horribles, et qui ont des idées suicidaires, que parfois t'as envie de dire, après la consultation : mais moi à sa place qu'est ce que je ferai ? Enfin moi aussi j'aurais envie d'en finir, tu vois ? Il y a vraiment des gens qui ont des vies de merde ; des, des, des histoires de merde ; des, des trucs de merde. Donc vraiment savoir être à l'écoute, être bienveillant, mais ne pas tomber dans le piège de l'empathie qui serait délétère, dans le sens où, ne pas dramatiser la situation de la personne. Ce qui est pas toujours facile. Et la dernière chose, mais là c'est pas, c'est... Parce que toi ta question c'était dans le, dans le repérage du risque suicidaire c'est ça ?

I1 : C'était dans l'évaluation mais c'est aussi la, la prise en charge enfin, un peu ouais.

E1 : Bah moi, pas dans l'évaluation, mais plutôt ouais dans la prise en charge. De savoir une personne qui est pas connue, ou en tout cas qui est pas suivie, qui a plus de suivi ou qui a pas de suivi tu vois ? Et ben c'est, je trouve ça hyper dur de l'orienter et dans des délais raisonnables, tu vois ?

I1 : Quand vous dites pas suivi c'est qu'il est pas dans le soin, qu'il voit jamais de médecin ? C'est ça ?

E1 : Non, pas suivi, ouais, ouais...

I1 : Ou que vous ne le connaissez pas ?

E1 : C'est suivi en tout cas sur le plan psychologique. Pas suivi pour une dépression, pas suivi pour des, des idées suicidaires qu'il a pu avoir. Pas suivi pour heu, pour surtout sur le côté psychologique.

I1 : C'est la première fois qu'il fait heu, un problème psychologique et là il faut le, faut l'orienter. C'est ça la difficulté, c'est parce que du coup il y a pas de choses en place ?

E1 : Enfin pas la première fois mais…. Même si c'est un gars qui est connu et qui est plus suivi, tu vois ce que je veux dire ?

I1 : Ah oui d'accord ok.

E1 : Si quelqu'un déménage, il vient ici par exemple il avait un suivi avant, il en a plus ici, il y a pas de... Ou le mec à la retraite, enfin j'en sais rien, tu vois ? Reprise d'un suivi ou pas de suivi du tout bah… Je trouve que c'est dur parce que du coup on a pas de ; on a pas de, on a personne à qui adresser pour la suite quoi.

I1 : **Est-ce qu'il y a des outils que utilisez pour l'évaluation du risque suicidaire ?**

E1 : Non non, alors j'utilise pas d'outils écrit ou face à moi. J'utilise les outils que j'ai en tête.

I1 : Et qui sont ?

E1 : Voilà qui sont le RUD, celui qu'on a appris et c'est tout. En vrai j'ai que le RUD en tête, mais non j'utilise pas de, de d'outils.

I1 : Ok. Quelles ont été vos prises en charge selon l'estimation que vous aviez ? Pour la la fille avec les lacérations vous aviez demandé l'aide des proches ? Et vous avez donné les coordonnées du CMP c'est ça ?

E1 : Ouais, ouais.

I1 : Est ce que vous avez eu d'autres cas avec des prises en charges différentes ? Soit adressage aux urgences soit autre chose, prise en charge en ambulatoire ?

E1 : Ben non, enfin les autres que j'ai eu c'était aux urgences. Et du coup ils ont été vus par l'unité psy. Attends, attends je réfléchis. Les autres c'était pareil. Aux urgences ped il y en a eu plein. Mais c'était pareil c'était aux urgences ped, donc après ils ont été hospitalisés. En cabinet heu, c'est chiant non j'ai pas le le souvenir précis là d'une prise en charge. (silence) (fixe le sol)
Ben non, j'ai vu un mec la dernière fois, mais qui est, qui lui est dépressif. Qui a eu des idées suicidaires et... Ah bah si si. Bah parce que c'est pas, c'est pas forcément heu... Oui, donc sur l'évaluation du risque suicidaire oui j'ai vu un mec la dernière fois. Qui est dépressif heu… Que je connaissais de loin parce que c'était un des ; un des gardiens du CHU que j'ai vu en consultation quand je bosse chez mon E2 là. Donc en cabinet de médecine générale. En tant que remplaçant. Et qui, lui j'ai réévalué parce qu'il avait des idées suicidaires il y a un mois. Il a été mis sous traitement et moi j'ai réévalué du coup un mois après, le risque suicidaire chez ce gars là. Et heu… C'est quoi la question ?

I1 : Et la prise en charge du coup ?

E1 : Et ben j'ai refait le point avec lui sur ce qui allait mieux depuis le, depuis un mois. Si les médicaments avaient été efficaces. Heu, s'il arrivait à dormir parce qu'il y avait des gros problèmes d'insomnie. S'il avait pu refaire le point au niveau du travail heu… En fait j'ai, j'ai, je lui ai demandé toutes les choses qui allaient pas de son côté, pas du point de vue médical, et ensuite j'ai refait le point avec lui sur toutes ces choses là qui avaient été évaluées la première fois, et que moi j'ai réévalué à un mois après sous traitement et en arrêt de travail.

I1 : Et c'est vous qui l'aviez déjà évalué ?

E1 : Non c'est E2 qui l'avait évalué mais qui avait noté quelques trucs donc heu…

I1 : Du coup vous avez pu reprendre.

E1 : Mais lui était assez heu, il avait un discours assez clair. Assez heu, il était, il était très communiquant. Enfin il, il répondait très bien enfin… Il participait beaucoup.

I1 : Plus facile...

E1 : Avec un bon recul une bonne critique je trouve, voilà... Donc oui c'est il était facile à interroger ouais.

I1 : Et du coup la suite s'est passée comment ?

E1 : J'ai renouvelé son traitement qui fonctionnait. J'ai vérifié avec lui qu'il avait eu un rendez-vous avec un psychologue ou un psychiatre et ce qui était le cas, alors je sais plus si c'était un psychologue ou un psychiatre, mais il avait rendez-vous en tout cas avec un professionnel formé au... à la dépression… C'était un psychiatre ! Parce que je me suis dit que justement il allait pouvoir valider ou non les traitements et justement que ça serait exactement à 6 semaines. Donc c'était heu... Donc il avait rendez-vous deux semaines après mon rendez-vous à moi, enfin après que je l'ai vu, et avec un psychiatre et donc moi j'étais forcément rassurée. Mais qu'il allait mieux, il avait des traitements, il allait débuter un suivi spécialisé. Il était en arrêt de travail ce qui était la cause principale de son, de ce, de son, de sa dépression et des idées suicidaires qu'il a pu avoir. Donc globalement, moi j'étais plutôt, j'étais plutôt serein à la fin. Du coup j'ai réévalué le risque suicidaire chez un mec qui allait globalement mieux. Qui était déjà pris en charge.

I1 : **Qu'avez vous pensé de la Grille ?**

E1 : Ben elle est bien. Voilà (rires)

I1 : Merci. (rires)

E1 : Non, elle est bien. Elle est bien heu… Parce qu'elle prend beaucoup heu, elle englobe beaucoup d'aspects autour de, du risque suicidaire. Elle est très bien parce que elle permet d'avoir une ligne d'interrogatoire je trouve du patient, à risque suicidaire. Sans formuler des questions euh... comment dire ? Strictes ! Tu vois ? Voilà donc c'est vraiment l'atout principal, c'est d'avoir, de pouvoir énumérer sept points, en tout cas sept choses à aborder avec un patient et pouvoir les aborder de, comme ils disent de toute façon, de la façon la plus euh… Comment dire ? Naturelle possible. Enfin sans que ce soit totalement stéréotypé où algorithmé quoi.

I1 : Le fait que ce soit un entretien soigné directif c'est ça ?

E1 : Voilà ! C'est ça ! Moi j'ai pas les mots des trucs comme ça.

I1 : Non non je je je reformule (sourires)

E1 : Le fait que ce soit semi directif je trouve que c'est très bien. Et en même temps d'avoir ces sept points qui sont exhaustifs je trouve dans, enfin qui sont pas heu, qui sont, qui sont assez larges dans l'évaluation du risque du patient suicidaire, en reprenant les points très importants, et bah je trouve que c'est, c'est, c'est très bien. Voilà. Et la conclusion elle est très bien le fait d'avoir les quatre points, mais je trouve que ça aide peu. Parce que, comme ils disent quand t'es aucun risque t'es serein. Mais généralement quand même tu vois qu'il y a aucun, aucun risque, aucun indice de, de passage à l'acte bon bah, c'est que globalement quand même tu es censé pouvoir l'évaluer même sans l'échelle, enfin je veux dire. Et, mais bon l'échelle est, ça peut toujours aider en fait à retrouver un item auquel on aurait

pas forcément pensé. C'est ça qui est bien en fait non je trouve. Que ça, ça permet d'avoir quand même cette question de base, heu, d'être assez systématique sur les questions à poser, sur les champs à évaluer. Et heu, donc quand c'est dans les extrêmes c'est bien mais bon en même temps heu… ça parait logique. Ce qui est difficile c'est quand ça se situe entre les deux pour savoir quoi faire quoi, c'est toujours ça.

I1 : **Il y a t-il des critères qui vous semblent en trop ou manquants ?**

E1 : Non je trouve que c'est non. Si, il y a un critère, si attends je me suis dit oui que c'était manquant. Parce que je me le suis dit au début et finalement je me suis qu'on le retrouvait. (silence) Non non je crois que finalement c'était bon attends. Mais il faut que j'ai le truc mes yeux en fait. (silence) Ah si si en fait ! Attends, c'est quand, parce qu'il dit que, que le facteur de risque donc c'est la dépression, le, les troubles psychotiques en gros et la consommation de toxiques. Et au début je me suis dit mais c'est marrant ils explorent pas trop le champ de la dépression. Et en fait si, il explore à un moment puisqu'il y a une question c'est : est-ce que vous arrivez à prendre soin de vous ? Un truc comme ça. A la fin là.

I1 : Oui oui.

E1 : En fait je trouve que, ouais si ça explore un peu la dépression donc ça... C'était ça ma réflexion. Donc non non je trouve, moi je vois pas d'item manquants.

I1 : D'accord. Alors son utilisation en pratique, on a déjà un peu discuté, vous avez dit en semi directifs c'était bien, en entretien semi directif c'était bien. Vous vous verriez l'utiliser comment en pratique ? Ou est ce que vous l'utiliseriez en pratique ou ...?

E1 : Oh oui moi je me verrai l'utiliser, parce que comme je disais on a tellement d'incertitudes sur le, sur le... Sur le fait que la personne qu'on vient de voir passera ou ne passera pas à l'acte une fois qu'on aura laissé sortir du cabinet. Suite à la consultation. Que au moins si, on a ça sous les yeux et qu'on a exploré ces sept champs et qu'on a quelque chose de concret, et où on se dit pas à la fin : « Ah merde ! j'ai oublié de lui dire ça!» Moi on, ça nous permet de d'enlever cette part de d'incertitude de notre côté. Le fait d'avoir exploré tout ce qui aurait pu heu, heu… Tout ce qui aurait pu évaluer le risque suicidaire. Donc oui c'est, moi je, je trouve ça bien d'avoir les sept items sous les yeux.

I1 : **Connaissez-vous d'autres outils d'évaluation du risque suicidaire ? Est-ce que vous voyez des différences avec le RUD ?**

E1 : TSTS cafard ! Mais je le connais pas, je sais juste qu'il existe.

I1 : Ah d'accord, ouais il existe. D'accord et du coup est ce que vous avez vu des différences ? Mieux ou moins bien ?

E1 : J'ai jamais utilisé le cafard en pratique.

I1 : Du coup le RUD ?

E1 : Oui... Dans le sens où… heu ça permet de bah, c'est un peu pareil hein, j'ai déjà répondu. Ces outils là, ils permettent de, de comment dire ,d'optimiser un peu ou en tout cas de cadrer un peu, au moins théoriquement, la prise en charge du patient suicidaire. Sachant que ça permet en fait de lever une heu... De, d'enlever la part d'incertitude qui peut toujours y avoir dans l'interrogatoire et les réponses d'un patient. C'est très clair ce que je viens de dire ?

I1 : **Du coup ça veut dire pas de différence ? Entre le RUD et cette grille ?**

E1 : Ouais ! Ah bah oui !

I1 : Ah voilà c'était ça la question !

E1 : Oui, oui ! Ah oui, il y a des différences. Et c'est bah, c'est que celui-là il est un peu plus large comme champ d'évaluation et en même temps plus précis. (silence) Disons que le rude est plus rudimentaire. Il est plus brut. Enfin il est pas plus brut mais il est plus heu, on va dire dans la gestion de l'urgence suicidaire. Celui-là est plus dans l'évaluation suicidaire globale. Du risque suicidaire global. Je trouve. (sourire)

I1 : C'est votre avis que je cherche à recueillir du coup ça me va très bien. (rires)

E1 : Le RUD pour moi c'est vraiment des, c'est vraiment associé à l'urgence suicidaire et à l'urgence dans le cadre de, pardon, d'un patient suicidaire. Savoir dire oui ou non il y a un risque de passage à l'acte imminent. Alors que celui-là tu peux l'utiliser dans le suivi du patient qui a eu des idées suicidaires, ou qui est dépressif, sur des patients à risque.

I1 : **Sur quel support aimeriez vous l'utiliser ?**

E1 : Un support parce que parce que je suis pas assez heu, j'ai pas assez l'habitude pour être certain de me souvenir des sept items heu, des sept critères. Et une fois de plus je le répète, il y a tellement d'incertitudes, qu'il vaut mieux être certain d'avoir exploré les sept items avant de laisser sortir le patient. Plutôt que de se dire : « Bon je, je, je fais ce que j'ai dans mes souvenirs et puis advienne que pourra ! » Autant mettre toutes les, les chances de son côté pour que l'individu en profite aussi quoi. Donc oui un support ça me paraît indispensable pour éviter, en tout cas au moins au début, de, de, d'oublier un item et de pas explorer un champ qui aurait peut être heu, révélé des heu, quelque chose de très important qu'on n'aurait pas heu, qu'on n'aurait pas interrogé. Et quelle forme de support? Bah en tant que remplaçant peut être une petite plaquette. Parce que, parce que comme on travaille pas tous sur le même logiciel. Ou bien un lien facilement accessible. Le risque suicide ou, ou grille d'évaluation du suicide voilà.

I1 : **Sous quelle présentation préféreriez vous ? C'est à dire juste avoir la feuille résumé avec les sept items ? Ou quelque chose qui serait un peu plus exhaustif ? Ou qui donne automatiquement le score global selon les réponses ?**

E1 : Ouais bah peut être un truc qui te qui développe un peu les items oui. Avec heu... Oui c'est un truc en araignée là tu vois ? Ou… Oui si ça serait bien.

I1 : Merci beaucoup pour votre présence et votre participation.

Annexe 9 : Item de l'arbre de codage

ERS en MG

Caractère motif ERS

grande disparité dans les RS
cs chargé émotionnellement
constamment difficile beaucoup de variables
longue
urgence.
fréquent
en MG en général
en zone rurale/semi-rurale

Dépistage RS

Si dg dépression
si événement de vie
si détresse exprimée
si IS
si contexte psycho familial
Transexuel et parcours de transition
plus prudent avec certains corps de métier pompier, agriculteur, policier
si changement de comportement
si dg dépression sévère uniquement

Modalité ERS

Item recherché dans l'ERS

scénario
facteur protecteur.
isolement
projection futur
personnalité psychiatrique
impulsivité
antécédents

Recherche des item-leviers
questions ouvertes
sans outil
Basé sur le suivi
grille canadienne
utilisé base biblio

Suite de la PEC

adressage aux urgences.

facilité si trouble psychiatrique
Selon ERS
Si IS exprimé
si passage à l'acte imminent
jamais d'adressage aux SAU

peu accessible par le MG
Hospit obligatoire si scenario
si rééval précoce non faisable

Avis psychiatrique

pas en première intention
pas en première intention dans le RS
Avant adressage SAU
difficulté accessibilité car motif pas vraiment psychiatrique
difficulté d'accessibilité devant effectif
mauvaise expérience
pas d'adressage
selon évolution
si pathologie psychiatriques associées.

PEC médical libéral

Si risque moyen
réévaluation précoce
travail différent des structures car absence d'équipe
Gestion ambulatoire sans avis
importance de l'entourage
élaborer un plan de crise en prévention
Contrat passé
eloigner le moyen
initiation / majoration pharmaco
mettre en place l'alliance thérapeutique

aide psychologue

aides des psychologues
plus facile à adresser
plus disponible que les psychiatres
difficulté de disponibilité / d'accessibilité
adressage précoce si pas d'amélioration
adressage pour surveillance rapprochée
adressage pour expertise
facilité si gratuit
difficulté si payant

CMp

adapté pour IS dans pathologie psychiatriques
difficile d'intégrer un patient
aide équipe pluridisciplinaire en centre

Facilité de l'ERS

détresse exprimé
patient loquace
scénario élaboré

Difficulté

caractéristique majorant la difficulté

Enfants
patient non présent (information transmise par proche)
troubles dys / TSA
patient non suivi
atcd de TS

Difficulté ERS

motif caché.
limité dans les questions
quantifier ERS
entretien peu explicit
peur de mal évalué
peur de ne pas savoir quoi dire
mal à l'aise dans l'ERS
intentionnalité non exprimé
intentionnalité exprimé sans demande d'aides
présentation discordante
bénéfice secondaire (prison)
moyen de communication (prison)
échec de l'alliance thérapeutique
notion de moment dans l'échec d'alliance

difficulté PEC

difficulté lié à l'inexpérience
difficulté lié au RS ne nécessitant pas l'adressage au SAU
Difficulté liée au RS à risque intermédiaire
pas d'élément pour rompre la dynamique
refus d'hospitalisation
hospit mal vécu mais nécessaire
si isolement
atcd plusieurs TS
sensation du MG d'être isolé

A propose des TS

Ressenti TS

marquant
raté le coche
le plus difficile
refroidi
surprise
TS certificat de décès fréquent
difficulté ressentie
expérience malheureuse
part immuable

caractéristiques

manque/rupture de suivi
planification non recherchée

Atout

pour le suivi du patient
rappel / item habituellement non exploré
intéressant si inté reproductible
permet une trame de consultation
utile pour diminuer incidence TS
rassure/ renforce
ajoute de l'objectivité
outil communication spé
permet travail sur les items
permet de conscientiser le patient
utilise les facteurs protecteurs

construction

construction de la grille rigoureuse
construction dans le temps
outil complet
item pertinent

item habituellement non exploré.

Capacité à se contrôler
statut psychiatrique
impulsivité.
capacité à prendre soin de soi
facteur protecteur..
Toxique
Alimentation

utilisation

Faisable en terme de temps/ rapide
Facile/ simple
outil utilisable
peut être intégré au dossier
peut facilement s'intégrer à l'entretien

Inconvénients

Long.
trop scolaire
Pas d'aide à la PEC intermédiaire
pas adapté pour l'enfant et l'ado
faites pour les intervenants, non médecins
approche n'intégrant pas le suivi du MG
apporte moins que le jugement clinique
apport négligeable de la grille
capacité à prendre soin de soi critère faussement rassurant
amelioration des critère faussement rassurant juste avant suicide
présence de la fréquence des Idées noires non mis
pas infaillible comme tout score
limite de l'utilisation par plusieurs professionnels
peut nuire au lien

Difficultés.

cotation des items.

Cotation des items en général
cotation de prendre soin de soi
capacité à se contrôler.
cotation tentative de suicide
cotation finale
cotation dangerosité
utilisation pratique
PDF transmis incomplet
aspect dynamique

Amélioration

Protocole de PEC selon le score
coefficient selon item
nécessite explication cotation
détaillé présence de proche physique et ressenti

comparaison autres outils

RUD.

mieux que le RUD

Hamilton

Hamilton trop long
pas d'autres outils connus
manque d'outil en MG
mieux par rapport à autre outils
collège de psychiatrie
Autres outils moins d'item, item gradé

Cotation couleur

utile pour le suivi
difficulté d'utilisation car inhabituel
difficile à prendre en main
opérateur dépendant
plus facile à adapter
Pertinence des items avec test rétrospectif
Nécessite un entraînement
nécessite formation
nécessite une appropriation
adaptation de l'outil selon sa pratique

Support

site.

PDF plus discret que papier
PDF accessible
PDF peut interférer dans communication
site avec CR en fin

questionnaire à remplir à deux
dangereux en auto questionnaire
nécessite un entretien semi directif
plus rigoureux si dans dossier
besoin de l'avoir sous les yeux
plusieurs supports pour permettre adaptation selon médecin
remplir le dossier à posteriori
nécessité de l'avoir en tête
site qui calculerait le risque selon item
indifférence du support
site antibioclic
intégration logiciel

EXEMPLE de l'Arbre de codage

Verbatim	Item	Sous-Thème	Thème
-B6 : Mais ça te permet de te dire, c'est vrai qu'il est un peu plus, il consomme plus que d'habitude tu vois. Un type mettons que il consomme c'est plein pot ou en section. Tu peux graduer quoi. Et y penser. -B1 : Et c'est vrai que de l'utiliser comme ça, c'est un truc qui peut être intéressant chez nous qui changeons beaucoup. Parce que souvent celui qui est suicidaire souvent on se souvient assez bien de ce qu'il a dit il y a 48h. Ce qu'il a dit il y a 3 semaines, on s'en souvient déjà un peu moins bien. Effectivement le fait de le noter de se dire tiens ben…	pour le suivi du patient	**Atout**	**GEDPAS**
-D3 : C'est vrai qu'il y a des items, auxquels j'aurais pas pensé. En général, enfin moi je me focalise sur la planification. Heu, et les autres heu, ouais j'aurais pas pensé à demander les autres. -A3 : et la grille est très bien pour ça je trouve, pour nous rappeler certains éléments heu, à explorer dans les questions un peu systématiques -C2 : on est... bah effectivement ça permet de ne rien oublier, enfin vraiment de ratisser enfin de voir effectivement tout le.. voilà	rappel / item habituellement non exploré		
-D4 : Après, du coup ce qui serait intéressant, ça serait de voir ben, comme vous disiez vous avez vu une patiente en commun, est-ce que en fait vraiment c'est reproductible entre deux médecins, donc du coup tu puisses un peu suivre par exemple dans un cabinet heu, les mêmes patients et du coup ensuite utiliser cette grille heu pour pouvoir estimer les gens si besoin. Mais je sais pas si les gens tous heu, de la même façon quoi.	intéressant si inté reproductible		
-D1 : Alors moi j'ai trouvé ça euh pas mal, dans le sens ou c'est un peu plus complet comme ils le décrivent que la euh, que le euh le euh RUD qu'on connaît. Ça permet en plus d'engager le dialogue sur des facteurs protecteurs et d'avoir un peu des questions en tête pour euh pour bah voila reparler des facteurs qui peuvent préserver le patient et l'accrocher à la vie euh donc ouais c'est pas mal d'avoir un peu une guideline euh des questions, des questions préétablis pour euh savoir euh quoi dire sur, sur quoi se baser.	utilise les facteurs protecteurs		
-B1 : Mais c'est vrai que l'intérêt d'une grille, moi j'avais un patient au cabinet qui était pour le coup dépressif mais pareil qui avait un vernis, qui était toujours quelqu'un qui n'avait jamais de problème enfin voilà. Et on a fait la grille HAD ensemble. Et justement, il était tout le temps tellement dans le tout va bien, machin, et en fait je comprenais même pas pourquoi je le mettais en arrêt de travail finalement. Enfin je, et on a fait la grille HAD et il s'est effondré en fait. Parce que ça l'a mis face, et c'était extrêmement violent pour lui. Parce que du coup il s'est rendu compte qu'il cochait tous les critères. Parce qu'en fait au départ, il osait pas heu, je crois qu'il avait de la réserve pour heu… mais en fait la grille je crois qu'on ne l'a même pas finie. Il a fondu parce que effectivement c'était tellement violent…	permet de conscientiser le patient		

-B1: reprendre un item par exemple reprendre un item rouge en disant : il y a trois semaines vous disiez ça et aujourd'hui comment est-ce que ça va par rapport à ça, je l'entends.	permet travail sur les items		
-B1 : Et c'est sûr que je me dis pour le psychiatre qui est à 20 km de là, et heu discuter avec quelqu'un capable de criterier en disant j'ai ci ou j'ai ça c'est sûr que ça peut être aidant. Tu sais quand tu veux évaluer une situation plutôt que juste de dire bah voilà il vient parce qu'il a envie de se suicider, en fait t'en sais rien. T'en sais rien, en fait est-ce qu'il veut juste dormir la nuit, est-ce que enfin voilà, heu…	outil communication spé		
-C1 : On peut passer un petit peu vite peut-être, sur heu, sur cette question là quand on a l'impression que ça va mieux, le fait d'avoir un outil plus objectif me paraît assez intéressant.	ajoute de l'objectivité		
-D2 : Donc je pense effectivement oui ça peut être utile. Voilà. Pour tous les jours, ça peut heu, diminuer cette incidence là, ou la prévenir.	utile pour diminuer incidence TS		
-A2 : Donc moi je trouve que ça c'est très rassurant et effectivement heu, je pense que cette simplification au possible pour que cela soit heu, que ça soit, comment on dit heu… répétitif, que la cotation puisse se faire par tout le monde…	rassure/ renforce		
-C1 : Ouais, aussi ouais. Effectivement pour l'estimation final je vois pas comment on fait la somme des différentes cotations. -C3 : En fait tu vois, je suis sur la dangerosité là. Du coup, heu, je trouve pas de classification de la dangerosité. Tu vois bah si il te dit je vais prendre mon tube de Lexo, c'est moins grave que si il te met la balle sur la table -D4 : pareil la capacité à prendre soin de soi après je sais pas forcément comme on l'évalue vraiment mais	Cotation des items	**Difficulté**	
-D4 : Du coup c'est aussi heu, enfin voilà, peut-être que ce serait bien d'expliciter ça heu, dans la grille. Je sais pas si ils y ont pensé, comment tu l'appliques vraiment en pratique courante quoi.	Utilisation pratique		
-C1 : Bah c'est sûr que le document que vous nous avez fourni ne permet pas d'utiliser cette grille, en tout cas ne permet pas de savoir l'utiliser. Je trouve l'approche très pertinente mais je saurais pas l'utiliser maintenant.	PDF transmis incomplet		
-C1 : J'ai pas trop compris non plus d'ailleurs l'aspect, même si je le trouve intéressant, l'aspect dynamique de cette grille	Aspect dynamique		

Remerciements - Jean-Tony

A ma mère, pour les valeurs que tu m'as transmises, pour ton soutien infaillible . Je te remercie d'avoir toujours été là, d'être forte dans les situations difficiles et tout ça en gardant ton humour.

A mon père et mon grand-père, qui me regardent de là-haut, et au reste de ma famille qui les accompagne.

A Pauline, mon amour, pour ta présence dont j'ai tant eu besoin, pour ton soutien dans les épreuves, pour ton sourire dans nos joies. Tu es mon élan vital et j'ai hâte de continuer l'aventure à tes côtés. Je t'aime.

Au reste de la famille VITTORI et NELLE, même si nous sommes éloignés, vous avez toujours été bienveillants à mon égard et vous représentez une partie de moi. **A mon parrain Fabrice**, pour ton accueil, ta gentillesse et ta joie de vivre.

Aux GARNIER, pour m'avoir accueilli dans votre famille, pour tous les moments que nous avons pu vivre. A Pierre Philippe pour sa maîtrise du feu. A Sylvie pour nos discussions. A Pierre pour sa gentillesse. Et même à Elsa pour son humour.

A Jade et Raphaëlle, qui m'accompagnent depuis un quart de siècle, vous êtes plus que des sœurs pour moi.

A Marin, Jérémy, Valentin et Benjamin, pour notre épopée à la Réunion, à nos retrouvailles, à tous les projets et à **Juliette,** pour avoir toujours été à l'écoute et de bon conseil aux moments opportuns.

A Raoul et Tony, à notre P1, pour nos soirées, pour nos repas préparés par le chef Ah-Son, vous revoir tous les ans et une bouffée de nostalgie.

A Caroline, Vincent, Romain, Victor et Flora, la réunion me parait si loin maintenant, mais vous restez dans mon cœur et les occasions de se voir ne sont que trop rares.

A Damien, Valentin, Geoffrey, Robin, Sandro, Kellian, Guillaume, Arnaud, Matthieu, Simon, Marc et Vincent pour les aventures du ministère, de la Réunion à la métropole.

A Sanguita, pour ces folles années d'études où nous avons partagés tellement de souvenir, meme si nous sommes tel Dominic Toretto et Brian O'conner, depuis la fin de l'internat, nos routes n'ont pas fini de s'entrecroiser.

A Shakti, pour ta gentillesse et pour tous les moments que nous avons vécu, dans la joie, comme l'adversité. Pour ta folie aussi, nous sommes des poissons.

A Maxime et Florence, pour cette colocation qui restera légendaire, pour votre gentillesse qui l'est tout autant, pour les aventures que nous aimons partager avec vous.

A Maxime et Justine, pour toutes nos soirées, nos sorties et nos rires. Vous êtes de belles personnes.

Aux co-internes Mordoriens, Alice, Aline, Camille, Lucille, Adrien, Thibault, Laurine, Chloé, Laura, Simon, Nico et Thao, pour ce semestre inoubliable, j'ai avec chacun de vous une relation particulière qui j'espère continuera à s'ancrer dans le temps.

A Florian, pour la thèse mec, je suis content d'avoir réalisé ce travail avec toi. Merci d'être resté motivé pendant ces 2 ans.

Et bien sûr toutes les équipes réunionnaises, marseillaise, grenobloise, morzinoise, marcellinoise et chambérienne, qui m'ont formé.

Remerciements - Florian

A mon oncle Gilles, qui plus que quiconque m'a enseigné les valeurs du travail et du vivre ensemble, toujours dans la bonne humeur. Ta présence nous manque.

A mes parents, toujours au soutien malgré mes égarements et mes fautes. Pour le cocon de protection incroyable que vous m'avez donné toute ma vie. Merci de m'avoir permis de m'accomplir. Promis, je vais devenir vraiment autonome.

A ma grand-mère, sans qui je n'aurais probablement jamais réussi ma P1. Pour ta force de caractère et ton sens de l'humour qui t'ont fait traverser toutes les épreuves de la vie. Merci pour ta tendresse et ta générosité qui m'ont tellement aidé. Merci, merci, merci, merci Mamie, je ne te le dirai jamais assez.

A mes oncles et tantes, mes « Gars sûrs » Marijo, Bruno et Annie, Carole et Christian, toujours là quand il faut, toujours aux encouragements, toujours disponibles. Merci pour votre affection et vos enseignements.

A ma sœur Agathe, pour ce tempérament si affirmé que j'ai eu parfois du mal à accepter enfant, mais qui reflète une grande sincérité, qu'on ne peut qu'apprécier. Garde tes valeurs et tes idées, elles t'emmèneront loin.

A mon frère Colin, parce qu'être aussi talentueux et humble c'est déjà une performance, mais rester en plus curieux et drôle c'est une masterclass permanente. J'ai hâte de te connaître encore mieux.

A Nico et Noé, « le Sang » pour s'être toujours soucié de ma santé mentale et de ma bonne humeur dans les moments de doute. Pour cette bienveillance et cette affection que vous m'avez toujours manifestées.

A Thomas et Marine, mon grand frère et ma grande sœur de substitution, pour m'avoir permis d'élargir mes champs de vision et de pensée, pour tous ces jeux, ces éclats de rire et ces délires inoubliables.

A la famille McDo au grand complet (et ils sont nombreux), pour leur soutien et leur accueil pendant ma première année, et tout le reste de ma vie en fait, pour cette ouverture d'esprit et cette joie de vivre qui vous caractérise tant.

A la famille Grimat (il y en a quelques-uns aussi), pour leur gentillesse, leur érudisme, leurs sourires, pour cet état d'esprit toujours positif, tourné vers l'avenir et ceux qui vous entourent.

Aux familles Abadie et Jalbert, notamment Manon et Robin mes premiers « coaches » en médecine, à Michel et Patrick, aux Prat et aux Maître pour leurs encouragements et leurs précieux conseils tout au long de mon enfance et de mes études.

Aux familles Pierre, Souyris, Toison, Leys, pour avoir fait de mon enfance un terrain de jeu permanent lors de tous ces week-end et vacances, pour ce vécu commun qui n'est que bonheur dans ma mémoire.

A toi mon JT, qui a été le Xavi de mon Iniesta, le AKH de mon Shuriken, le Spirou de mon Fantasio ! Pour ton humeur toujours joviale dans les moments de doute, tes playlists, tes vidéos délires… Pour avoir fait de ce travail de thèse un plaisir et une rencontre qui compte. Et à Pauline, pour ta patience et ton aide et plus globalement pour cette connexion qui vous unie et qui détend toutes les ambiances.

A Manon (aka La Belle), pour toute cette affection qui m'a donné la paix, pour tes précieux conseils qui m'ont permis de faire les bons choix, pour ton soutien et ton aide permanente quoi que je dise et fasse.

A Dino, ma base, mon pilier et mon taulier en même temps, parce que nos caractères et nos centres d'intérêts sont si différents qu'ils sont les plus complémentaires. Pour tout cet amour que tu m'as donné et que je devrais te rendre au centuple. Tu es toujours avec moi où que j'aille.

A Justin, ma grande gueule, pour m'avoir montré la voie de l'affirmation, pour cette sincérité si crue qu'elle en est belle et presque terrifiante à la fois, et à Solène pour ta douceur et ton dévouement à tes amis que j'ai toujours apprécié.

A Tom Bass, le Roc, le sage, celui dont l'avis compte tellement. Pour cet humour détaché mais toujours percutant, pour cette force d'esprit qui a toujours fait mon admiration et à MC, pour avoir su dompter la bête sans rien changer à ta nature.

A Barry, Margaux et Fanny, pour m'avoir toujours encouragé à être moi-même, à m'affirmer avec toutes mes qualités et mes défauts, à ne pas avoir peur d'être idiot ou ridicule tant que c'est sincère. J'espère qu'on se chamaillera pendant encore longtemps.

A Boris et Jess, parce que c'est cool d'être pote avec des gens aussi fous, mais surtout pour m'avoir montré que les épreuves de la vie ne doivent servir qu'à nous rendre plus forts, que rien ne guérit mieux qu'un éclat de rire avec ceux qui comptent.

A Gaspard et Laura, parce que c'est cool d'être pote avec des gens aussi beaux, mais surtout pour cette créativité qui vous habite, pour toutes ces frontières que vous repoussez en permanence et qui vous rendent si attractifs.

A Thomas Sagne, mon troubadour, pour cette décontraction aussi exaspérante parfois que rassurante la plupart du temps, pour ton goût de la culture et ton humanisme.

A Curto, un de mes potes les plus inspirants, pour m'avoir montré que pour être bien dans sa peau il faut déjà le vouloir, pour tous ces talents qui t'animent que j'ai toujours admiré.

A Arnaud (Broche, Brochiac, The Broche, Broche 1er, Brochiure…) pour cette joie de vivre et ce dynamisme si communicatif, pour ta générosité débordante, parfois déconcertante mais jamais feinte.

A Régal, toujours la blague qui tue, toujours l'anecdote la plus trash, pour tous ces moments où j'ai tellement kiffé rien faire avec toi parce qu'il n'y avait pas besoin de plus, pour toutes tes réussites qui nous rendent si heureux et fiers.

Aux Gamin(e)s de Dax, les Pouloulou, Marv et Cam, Mo et So, Tom et Eva, PE (encore), Tim, Flo, Rémi et Co, Aurel et Manon, Donz et Cam, Clém et Marg, Etienne et Manon, Padre et Yon, la Zam's familly, Jo et Warren, pour m'avoir montré qu'on peut réussir dans tout ce qu'on fait sans avoir jamais besoin de se prendre au sérieux et que les seules limites qui existent sont celles qu'on se fixe soi-même. Vous me donnez tant de force.

A tous les dégénérés de ma promo, Armand, Che, Noël, Cam Mallier (t'as pas une clope ?), Carine, Thibault et Anna, Rémi, Bajeot et Bor, Nono, Picpic, Luce, Ele, Pili, Simon et Elise, Hélène, Cassou,

Masson, Line, Chouff, pour tous ces moments dans un camping, sur une plage ou une piste de ski, devant une enceinte ou derrière un bar, pour toutes ces éclats de rire, ces moments de partage hors du temps. J'espère qu'il y en aura encore beaucoup.

A Jimmy et Dayana, mes amis du bout du monde, pour leur accueil chez eux dans la période la plus terrible, pour cette générosité et gentillesse qui m'ont empêché de devenir fou, pour toutes ces stories à la salle de sport qui me font tant rire, du love !

A mes colocs, Eve et Nono, Margaux, Jules et Hugo pour tous ces moments en commun, ces petites bouffes et ces soirées séries, ce partage de salle de bains, de tracas et de plaisirs du quotidien.

A tous mes co-internes, si nombreux qui ont fait de mon internat une période de pur plaisir et de progression, avec une spéciale cace-dédi à la Baran, qui m'a supporté 6 mois dans le même bureau.

A toute l'équipe des urgences de Voiron, la smala, pour cette joie que vous apportez chaque jour, pour ce dévouement et ce courage qui rendent les difficultés exaltantes à vos côtés.

A Agnès, JB et Jo pour leur prise en charge et leur pédagogie qui m'ont donné envie de faire ce métier et pourquoi pas d'aller vivre à la campagne.

A Agnès et Antoine, pour leur soutien dans une période difficile, pour m'avoir donné les clés du fonctionnement de ma pratique.

Aux équipes de néphro d'Annecy et de pédiatrie/maternité de Voiron pour leur professionnalisme et leur bienveillance.

Et merci à Sam. Parce que ça coûte cher ;)