



HAL
open science

Gestion de la crise suicidaire par les médecins généralistes en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Neil Benbousta

► **To cite this version:**

Neil Benbousta. Gestion de la crise suicidaire par les médecins généralistes en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04313677

HAL Id: dumas-04313677

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04313677v1>

Submitted on 29 Nov 2023

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Gestion de la crise suicidaire par les médecins généralistes
en région Provence-Alpes-Côte d'Azur**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Novembre 2023

Par Monsieur Neil BENBOUSTA

Né le 12 décembre 1992 à Ain Taya Alger (ALGÉRIE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Monsieur le Professeur BARGIER Jacques

Directeur

Monsieur le Docteur PRIVAT Alban

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Gestion de la crise suicidaire par les médecins généralistes
en région Provence-Alpes-Côte d'Azur**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Novembre 2023

Par Monsieur Neil BENBOUSTA

Né le 12 décembre 1992 à Ain Taya Alger (ALGÉRIE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Monsieur le Professeur BARGIER Jacques

Directeur

Monsieur le Docteur PRIVAT Alban

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur : **Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur	:	Pr. Bruno FOTI
Directeurs adjoints	:	Pr. Michel RUQUET
	:	Pr. Anne RASKIN
Chargés de mission		
▪ Formation initiale	:	Pr. Michel RUQUET
▪ Recherche	:	Pr. Anne RASKIN
▪ Formation continue	:	Pr. Frédéric BUKIET
▪ Relations internationales	:	Pr. Hervé TASSERY
▪ Internat et diplômes d'études spécialisées	:	Pr. Virginie MONNET-CORTI
▪ Affaires générales	:	Dr. Alain TOSELLO

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice	:	Madame Carole ZAKARIAN
Chargés de mission		
▪ 1 ^{er} cycle	:	Madame Estelle BOISSIER
▪ 2 ^{ème} cycle	:	Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur	:	Pr. Laurent BENSOUSSAN
Directrice Adjointe	:	Pr. Valérie AGHABABIAN

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur	:	Pr. Sébastien COLSON
------------------	---	-----------------------------

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

À Monsieur le **Professeur LANÇON Christophe**, de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le **Professeur BARGIER Jacques** d'avoir accepté d'être directeur de cette thèse, c'est un honneur. Merci de m'avoir guidé et épaulé dans ce travail.

À Monsieur le **Docteur PRIVAT Alban**, d'avoir également accepté de faire partie de mon jury de thèse et de sa bienveillance au quotidien dans mes premiers pas de médecin, au partage d'expérience régulier. Ta fameuse question, alors la thèse c'est pour quand ? aura peut être enfin sa réponse.

Au Dr Pierre François Chevalier qui m'a inspiré pour le choix de thèse et m'a encadré dans mes premiers pas de jeune interne. Votre humanité et votre contact avec vos patients m'ont beaucoup inspiré, je m'excuse du peu de nouvelles que j'ai pu vous donner par la suite de mon internat.

À **ma famille** qui a toujours été présente à mes côtés, un soutien et un pressing constant. Merci **Papa**, toi qui baignes dans le milieu, la thématique de cette thèse te parle particulièrement qui plus est, tu as su m'aiguiller lorsque j'avais des doutes. Tous tes efforts ont fini par payer, tes appels avec la fameuse phrase « alors tu en es où dans ta thèse » avant que je simule un passage sous un tunnel vont enfin finir de me hanter.

Merci **Maman** pour m'avoir mis au monde déjà. Non sérieusement je garde bien précieusement dans ma mémoire tout ce que tu as entrepris au cours de mon cursus pour me mettre dans les meilleures dispositions ; ces repas que tu cuisinait le week end pour me régaler en semaine et m'éviter de faire le combo pâtes steak, pâtes knack (ça me donne faim d'ailleurs). Merci d'avoir toléré mon immaturité, mon indécision par moment avec malgré tout de la bienveillance constamment.

Célia, grande sœur, on a grandi dans la rivalité, j'ai parfois été dur avec toi, tu as toujours été présente pour moi, je le serai également, tu le sais, quoi qu'il arrive. Merci de ton

aide dans la relecture ainsi que pour la semaine de congés que tu as prise pour me soutenir cet été. Arrête de tricher à la coinche, s'il te plaît, je t'apprendrai à gagner dignement.

Tonton Yves , Tata Zolles, vous êtes comme des parents pour moi, vous connaissez tout de moi, je pense très souvent à vous, promis tata j'appellerai plus souvent sauf si c'est pour me raconter l'actualité ou parler des défaites de l'OM (Zonews).

À la femme de ma vie, **Léonie**, qui partage ma vie depuis bientôt 4 ans. Qui supporte (ou pas) mes humeurs, les nombreux matchs de foot... On s'est trouvés pendant cet internat, sans se quitter, tu m'as toujours soutenu, écouté mes plaintes (nombreuses). Merci pour toute l'aide de mise en page entre autres dans la réalisation de cette thèse, merci à ton mac également (non je n'achèterai pas le pack office sur mon ordi). Cette thèse était peut-être plus un poids pour toi, je le sais, je t'aime et je t'admire pour tout ce tu sais entreprendre. Promis je vais me muer en apprenti bricoleur pour la maison, tu seras surprise !

À **ma belle-famille**, que j'adore, **Jean, Anne**, je ne pouvais pas rêver mieux en beaux-parents. Votre gentillesse n'a pas d'égal. Je ne suis pas fan d'Orval mais j'aime Avioth comme une 2^e maison, sans parler de toute la famille Chevalier, toujours partants pour un repas festif, des rigolades. Lolo nos discussions endiablées sur l'OM, un jour on gagnera un titre et on fera une sacrée fête. Les Mercier, vous avez tous le cœur sur la main également, je vous dis à très vite (Alice, le karaoké tu ne choisiras pas les chansons).

À **mes amis d'enfance, Patate, Matt, Arthur, Luich, Adrien, Piper, Guigui...** tellement de moments déjà vécus ensemble, des fous rires, des soirées, les parties sur le bodenacker, les parties de belote, les premières cuites. Les souvenirs sont nombreux, je sais que je vous ai un peu trahis en partant dans le sud, mais je ne peux plus quitter ce soleil (Léo). On se voit moins souvent du fait de la distance mais je pense régulièrement à vous et je vous garde tous bien au chaud dans mon cœur, je serai toujours présent pour l'un d'entre vous.

À **mes potes de fac, Flipo, le Duc, lolote, Victes, Carbi, Quentin, Zugi, Rin ...** que dire, toutes ces soirées, les galères de BU, Les parties endiablées de game cube, les vacances passées ensemble, les photo montages éclatés, les soirées karaoke, les débats toujours en contradiction (les fameuses sources de mass, qui va me rejoindre dans le sud j'espère). J'aurai pu vous faire un message personnalisé mais ça aurait été beaucoup trop long, vous savez à quel point vous comptez pour moi.

À mes potes d'internat, Toinos, le roi du tunning, pas merci pour tes tics de langage que tu m'as filé (l'enfeer, wollai) merci d'avoir joué le rôle du noob sur CSS pour nos parties avec Clemou sur bribri, et bien hâte de regoûter ta spécialité Fajitas (nan je déconne, tes omelettes plutôt).

Clem, le S, le comique, le chanteur, quelle belle rencontre venue du Chnord, notre semestre à Bribri, à Avignon, tes défaites au tennis, que de beaux souvenirs déjà. **Claire**, merci à toi de rendre cet homme heureux, que ça fuse ad vitam aeternam entre vous deux.

Beber, ton humour décalé, ton calme en toute circonstance, les premières soirées à la Friche, ton imitation de Sid dans l'âge de Glace, pas pour rien que j'aime être en contradiction avec toi, t'es une crème.

Karim, la diva, l'esthète, ton accent toulousain, tes blagues, ta bonne humeur à chaque fois que je t'appelle.

Nico le parisien devenu quasi insulaire sur sa presqu'île, toujours positif, zen, équipé pour bien recevoir, merci pour ta gentillesse man.

Frou, t'es complètement barge et t'es un amour, t'es pas ouf au spike par contre.

Seb, j'ai cru pouvoir ta battre au tennis, une seule partie à la Londe m'aura suffi pour comprendre que non, on est derrière toi pour suivre ta carrière naissante au spike.

Rico, el phenoméno, mon breton préféré, toujours des histoires dingues à raconter, tu nous avais vite fait forte impression au WEI, t'as pas faiblis, hâte de te revoir sur Marseille poulet.

Fél, et bah qui l'eut cru, mon Fél t'es presque aussi râleur que moi, nos discussions rugbystiques et footballistiques et de F1 régulières, le semestre à Avignon, toujours partant pour rien faire.

Val, aaah mon val, une des plus belles rencontres du semestre COVID sur Avignon, que de rigolades (sur ton niveau au tennis), Mister saxobeat, le chasseur sous-marin, combien de cordes à ton arc ? je vais passer te voir en Corse, be ready. Garde ton phone sur toi quand j'ai besoin d'un avis ophtalmo. J'espère que Léa t'a appris à ranger tes affaires.

Victor, toujours un plaisir de te revoir et d'échanger avec toi, tu diras à Agathe de voir avec mon manager pour la comédie musicale.

À la team internat Avignon, Maud et Max le couple parfait, des personnes en or, on vous attend à la maison. Les 2 jumelles **Manu et Alice**, vous avez survécu à un semestre avec le roi des râleurs, 1000 bravo, si différentes et si drôles et attachantes l'une comme l'autre, la grosse bise à Fédi et Val. **Paulo** le corse orléanais, ta fénéantise légendaire en stage, ton humour décalé, hâte de te revoir. **Amau**, désolé de ne pas avoir pu être présent à ta thèse, je te souhaite plein de désillusions encore avec l'OL mais que du bonheur et de la réussite dans le reste, ps : Garde ton phone sur toi quand j'ai besoin d'un avis ophtalmo et que Val ne répond pas. **Lucas**, retrouvailles dans quelques semaines sur Avignon, les souvenirs de stage Gynéco avec toi, sacrés beaux moments.

Lola, Yaelle, Ola, Clab, Dodo, le Thib,...encore de merveilleuses rencontres.

À toute la Smala Avignonnaise, Nony le charmeur fou, toujours de bonne humeur, le sourire aux lèvres, va falloir venir à la maison avec Océane et Noah.

Bobo, mon bobo, avec ton petit accent du sud, toujours prêt à faire rire, merci pour le déménagement, je te laisserai gagner un jeu pour la peine au tennis.

A toutes les best SF du CHA, **Marie, Eva, Loulou, Marion, Micha, Amélie**, merci de rendre ma Léo heureuse en amitié, et vous venez quand vous voulez à la maison pour faire la fête (avec des bières sans alcool pour Marion).

Bricou et Floflo, hâte de voir la petite illuminer vos vies les amis. Brice tu vis les choses avec passion c'est ce qui te rend spécial, la bise copain.

Victor, je t'attends toujours pour aller au ciné...tu as mon 06, heureux de t'avoir rencontré l'orléanais. Courage avec le chat à l'appart...

Oui Oui, ou plutôt chef, ou plutôt boucher...ok j'arrête. Merci pour la victoire facile à MPG, t'es un chic type, ne m'arrache pas les jambes au prochain five stp.

Jerem, le phénomène, le roannais, le vert, l'homme mouchoirs, que j'aime te faire chier dans nos conversations, te battre au disco également, gros bisous.

Alban, captain Sparrow, le roi du sarcasme et des jeux de mots pourris. Merci à toi et à **Périne** pour votre bonne humeur en toute circonstance.

Clapou, aka giroud, hâte de te revoir autour d'une binouze quand tu ne garderas pas les gosses.

JB merci de m'avoir remis les idées à l'endroit et du temps que tu as pris pour moi, pour la réalisation de cette thèse lors de notre discussion méthodo.

Rémi, l'ami des stars, hâte que tu me présentes Zizou, je peux te le dire maintenant, le bowling on t'a laissé gagner.

Camille, promets-moi de ne pas commenter le prochain match de foot stp, heureux de ne pas avoir vécu la finale de la CDM, tu es pleine de vie avec une personnalité attachante, ne change pas.

Hugo, le lyonnais... courage la saison est encore longue. Je te souhaite plein de belles choses dans ta vie et quand tu veux pour une bière en ville.

A mes collègues, **Simon, Wissem, Tiph la réunionnaise, Jean Gab**, un bonheur d'avoir fait vos rencontres par le biais du boulot.

Aux madrilènes, les mamacita **Flavius et Paupau**, promis on débarque avec la bande vous voir soon soon.

À mes ancien(ne)s chef de stage, **Laurène, Emilie, Lucile, Valérie, Florence**, merci pour votre bienveillance. Merci à toi **Thomas** également, pour tes conseils, ta confiance, pour ce qui fut mes premiers remplacements

À toutes les personnes que j'ai pu oublier, mille merci

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABRÉVIATIONS3

RESUME4

INTRODUCTION6

PARTIE I.....7

I. La crise suicidaire : un véritable enjeu de santé publique..... 7

1. Définitions des notions entourant la crise suicidaire7

2. Epidémiologie du suicide.....8

2.1 La situation au niveau mondial8

2.2 La situation au niveau national8

2.2.1 Des disparités selon l'âge..... 9

2.2.2 Des disparités selon le sexe..... 9

2.2.3 Disparités selon les régions..... 10

2.3 La situation en Provence-Alpes-Côte d'Azur12

3. Connaissances actuelles sur les facteurs de risque et de protection de la crise suicidaire ...14

3.1. Les facteurs de risque de la crise suicidaire14

3.1.1 Les facteurs de risques individuels de la crise suicidaire..... 14

3.1.2 Classifications des facteurs de risques selon les auteurs 16

3.2. Les facteurs de protection de la crise suicidaire18

II. Le rôle majeur de la prévention de la crise suicidaire 19

1. La prévention de la crise suicidaire : un enjeu international19

1.1 Le programme « Live Life »19

1.2 Le programme « Youth Aware of Mental Health »20

2. La prévention du suicide : une stratégie nationale20

2.1 L'Observatoire national du suicide.....20

2.2 Programme national d'action contre le suicide21

2.2.1 Le dispositif Vigilans : garder le contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide 21

2.2.2 Le 3114 : une ligne téléphonique dédiée à la prévention du suicide 21

III. Le médecin généraliste : un acteur essentiel dans le dépistage et la prise en charge de la crise suicidaire 22

1. Le médecin généraliste, en première ligne dans le dépistage et la prise en charge de la crise suicidaire22

1.1 Le médecin généraliste, souvent le premier intervenant sollicité par le patient22

1.2 L'enjeu de la formation23

1.3 Un acteur en difficulté malgré son rôle essentiel23

2. Les outils d'évaluation de la potentialité suicidaire24

2.1 Reconnaître la crise24

2.2 Apprécier le degré d'urgence et de dangerosité de la crise25

2.3 Des outils d'évaluation à la disponibilité du médecin généraliste.....25

2.3.1 L'échelle « RUD »..... 25

2.3.2 L'échelle « SAD PERSONS SCALE » 26

2.3.3 L'échelle de Beck d'évaluation des pensées suicidaires (Beck scale of suicide ideation BSS) 27

2.3.4 L'échelle « Ask Suicide Screening Questions » (ASQ)..... 27

2.3.5 Ensemble des outils répertoriés 28

PARTIE II.....	28
I. Méthodologie	28
1.1 Problématique.....	28
1.2 Objectifs de l'étude.....	29
1.3 Schéma d'étude et déroulement	30
1.3.1 Type d'étude.....	30
1.3.2 Elaboration du Questionnaire.....	30
1.3.3 Constitution de l'échantillon.....	30
1.3.4 Déroulement de l'étude	30
1.3.5 Aspects logistiques – Budget.....	31
1.3.6 Exploitation des données et analyse statistique	31
II. Présentation des résultats.....	31
2.1 Description de la population interrogée	31
2.1.1 Ancienneté – durée d'exercice de la population interrogée	31
2.1.2 Département d'exercice de la population interrogée.....	32
2.1.3 Milieu d'exercice de la population interrogée.....	32
2.1.4 Mode d'exercice de la population interrogée	33
2.2 Le vécu professionnel et personnel face à la crise suicidaire	33
2.2.1 Confrontation à une tentative ou un suicide d'un patient.....	33
2.2.2 Ressenti des médecins généralistes face à la crise suicidaire.....	34
2.3 Evaluation de la crise suicidaire	35
2.3.1 Outils utilisés.....	35
2.4 La prise en charge de la crise suicidaire	37
2.4.1 Orientation d'un patient en crise suicidaire.....	37
2.4.2 Limites rencontrées dans la prise en charge d'un patient suicidaire	38
2.5 Formation théorique sur le suicide	40
PARTIE III.....	42
I. Points forts et limites de l'étude	43
1. Points forts	43
2. Limites de l'étude	43
II. Discussion sur les résultats.....	44
1. Une prise en charge difficile	44
1.1 La gestion du temps	44
1.2 La communication dans la relation médecin patient.....	45
1.3 Le travail en réseau dans la prévention et la prise en charge	45
1.4 Le ressenti d'un manque de formation.....	46
III. Ouvertures sur la discussion	47
CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES.....	50
I. Questionnaire.....	50

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

BSP : Bulletin de santé publique

CAP : Centre d'accueil permanent

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

FMC : Formation médicale continue

GP : General practitioner

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de la santé publique

InVS : Institut de veille sanitaire

MEP : Médecin à exercice particulier

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONS : Observatoire national du suicide

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

RUD : Risque Urgence Dangersité

SAU : Service d'accueil des urgences

TS : Tentative de suicide

UE : Union européenne

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

RESUME

Contexte : Le suicide est une préoccupation majeure de santé publique en France et dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Chaque année plus de 9000 personnes se suicident en France. Le médecin généraliste a une place incontournable dans le parcours de soin du patient suicidaire.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de comprendre le rôle du médecin généraliste dans le réseau de soin en matière de crise suicidaire à travers leur ressenti. Quelle prise en charge pour quelles limites rencontrées ?

Méthode : Une étude quantitative descriptive observationnelle et transversale a été réalisée auprès de médecins généralistes de la région PACA, étude sous forme de questionnaire envoyé par courriel à un échantillon de médecins généralistes de la région.

Résultats : 80 médecins généralistes ont participé à l'enquête. Une très grande majorité de ces médecins, a déjà été confrontée au décès ou à une tentative de suicide d'un patient (75%). Face à ce type de situation, la majorité des médecins éprouvent un sentiment de tristesse, d'impuissance. Les praticiens utilisent peu les échelles d'évaluation en pratique courante, bien que l'outil R-U-D soit le plus utilisé. Les difficultés rencontrées sont surtout liées au manque de temps, à un problème de communication face à des patients parfois réfractaires aux soins ou encore à une méconnaissance du réseau de soin local. Nombreux sont les médecins à exprimer leur besoin de formation.

Conclusion : L'optimisation de la prise en charge de patients suicidaire passe par une amélioration de la formation des médecins et par une meilleure coopération entre les différents acteurs de santé.

Mots clés : suicide, médecins généralistes, rôle du médecin, réseau de soin, étude quantitative, Provence Alpes Côte d'Azur.

ABSTRACT

Background : Suicide is a huge public health concern in France and in Provence-Alpes-Côte d'Azur. Every year more than 9000 persons die due to suicide.

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

Method : Quantitative descriptive observationnal and transversal study with general practitioners in PACA, based on a questionnaire.

Results : 80 general practitioners agreed to participate. A large majority have already had to deal with a patient's death by suicide or attempted suicide (75%). In front of those situations, most GP feel sad and powerless. Practitioners make little use of assessment scales in everyday practice even if R-U-D scale is the most used. The difficulties encountered are mainly due to lack of time, communication problems with patients and lack of knowledge of the local healthcare network. Many GP expressed their need for training.

Conclusion : Optimizing the care of suicidal patients require better training for GP and improved cooperation between the various healthcare professional.

Keywords : suicide, general practitioners, GP's role, healthcare network, quantitative study, Provence Alpes Côte d'Azur.

INTRODUCTION

Le suicide est symptomatique d'une pathologie qui comporte ses facteurs de risque, son suivi et sa thérapeutique. Il est classé, en dépit de son caractère intentionnel parmi les morts évitables ou du moins partiellement évitables.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, 700 000 décès étaient attribuables au suicide en 2019 dans le monde, soit environ un décès sur cent. (1)

En France, l'observatoire national du suicide faisait état en 2016 de 9 300 morts par suicide (2). Le chiffre choc de 25 décès par jour, en France, selon le 5^e rapport de l'ONS fait du phénomène suicidaire et sa prévention une priorité de santé publique (3). La France est un des pays européens les plus touchés par ce phénomène et la région Provence Alpes Côtes d'Azur est légèrement en dessous de la moyenne nationale.

Le médecin généraliste apparaît en premier recours, au centre d'une prise en charge transdisciplinaire (patients, familles, spécialistes, intervenants sociaux). La crise suicidaire est un phénomène complexe, subjectif, difficile à appréhender pour le médecin généraliste.

Comprendre le rôle central du médecin généraliste dans le repérage du risque suicidaire et perfectionner la qualité de sa prise en charge apparaît essentiel.

Cette étude a pour but de recueillir sur un secteur donné, la région PACA, le ressenti des médecins généralistes quant à l'évaluation et la prise en charge de patients en crise suicidaire.

Nous cherchons à évaluer les pratiques, déterminer les limites rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de ce type de patient et d'en tirer les enseignements.

La baisse de la mortalité par suicide passe par une identification des circonstances, causes de survenue ainsi que par une redéfinition du rôle des différents intervenants et d'une bonne coopération entre eux. Le médecin généraliste a une place primordiale dans cette coordination des soins.

PARTIE I

I. La crise suicidaire : un véritable enjeu de santé publique

1. Définitions des notions entourant la crise suicidaire

La crise suicidaire (4) se définit avant tout comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Elle constitue un moment d'échappement où la personne en état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité, se retrouve en situation de souffrance et de rupture. Cet état reste réversible et temporaire.

La crise suicidaire peut être représentée comme une trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus envahissantes jusqu'à un éventuel passage à l'acte.

La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

Il est impossible de classer la crise suicidaire dans un cadre nosologique, constituant un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Ce qui confère toute la difficulté parfois à l'identifier.

Lorsque l'on parle de la crise suicidaire, il semble important de définir plusieurs notions :

- Le **suicide complété** se définit par le décès par suicide, on parle de sujet suicidé
- La **tentative de suicide** définit le sujet qui a tenté de mettre fin à ses jours, mais a survécu, on parle de sujet suicidant (personne ayant fait une TS récente, c'est-à-dire dans l'année). Le passage à l'acte n'est pas fatal.
- Le risque suicidaire se définit par la potentialité de décès par suicide dans les heures ou jours à venir.
- Le **plan suicidaire** représente la manière dont le sujet mettrait en place son suicide sans pour autant le mettre en œuvre
- Lorsque l'on parle d'**idées suicidaires**, le sujet a l'idée qu'il pourrait éventuellement un jour se suicider
- Pour finir, on dit de certains sujets qu'ils sont « **équivalents suicidaires** », car ils présentent des comportements à risque de mort, sans en avoir explicitement conscience.

Il est important de définir ces différentes notions car il est montré, que la majorité des personnes qui ont des idées suicidaires ou qui ont fait des tentatives de suicide ne se suicideront pas, et inversement, parmi les personnes qui se sont suicidées, certaines n'ont pas fait de tentative de suicide voir n'ont pas eu d'idées suicidaires. Nous verrons ultérieurement, que, pour autant, la tentative de suicide fait partie des principaux facteurs de risque du décès par suicide.

2. Epidémiologie du suicide

2.1 La situation au niveau mondial

Le suicide étant une cause de décès prématuré et évitable, il représente un enjeu de santé publique majeur pour l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est un phénomène mondial qui n'est pas le seul fait des pays à revenu élevé. En effet, en 2019, plus de 77% des suicides sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (1).

Cependant, à l'échelle mondiale persiste un certain manque de données sur le suicide et les tentatives de suicides. En effet, seul 80 Etats Membres disposent de systèmes d'enregistrement des données d'état civil de qualité pouvant être utilisés pour estimer les taux de suicide.

Selon l'OMS, en 2019, plus de 700 000 personnes se suicident chaque année, soit un décès pour 100. Pour chaque suicide, on dénombre de nombreuses tentatives de suicide, ces dernières représentant le principal facteur de risque de suicide dans la population générale.

Dans le monde, il représente la quatrième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 29 ans, et la troisième chez les filles de 15 à 19 ans.

Depuis 2010, l'OMS observe une légère réduction du taux mondial de suicide normalisé selon l'âge. Mais cette tendance mondiale masque les disparités régionales et nationales ; tous les pays n'étant pas engagés dans la prévention du suicide, certains ont vu leur taux de suicide augmenter.

2.2 La situation au niveau national

A l'échelle nationale, l'Observatoire National du Suicide, outil de surveillance et de recommandation créé en 2013, fait état dans un rapport de 2016, de 9 300 suicides au cours de

l'année (2). Ce chiffre étant sans doute sous-estimé, l'ONS estime véritablement à 10 000 décès par suicide annuel environ sur ces dernières années.

En 2019, le taux de décès par suicide en France reste largement supérieur à la moyenne de l'Union européenne, avec 13,4 suicides pour 100 000 habitants contre 10,2 (Source Eurostat) (5). A ce chiffre s'ajoute 200 000 tentatives de suicide par an, la France étant un des pays d'Europe les plus touchés (10^{ème} parmi les 27 pays de l'UE en 2012 selon l'OMS).

Selon le 5^{ème} rapport de l'ONS, par jour, 25 personnes se donnent la mort en France et on dénombre 685 tentatives de suicide.

Une baisse non négligeable des chiffres nationaux est observée depuis une vingtaine d'année (diminution de 17% de 2002 à 2012 selon le 2^{ème} rapport ONS, et une diminution de 33,5% depuis l'année 2000) résultat d'une prise de conscience collective avec notamment l'amélioration de l'offre de soins en psychiatrie, un développement associatif avec des actions de prévention et un champ d'action plus global.

2.2.1 Des disparités selon l'âge

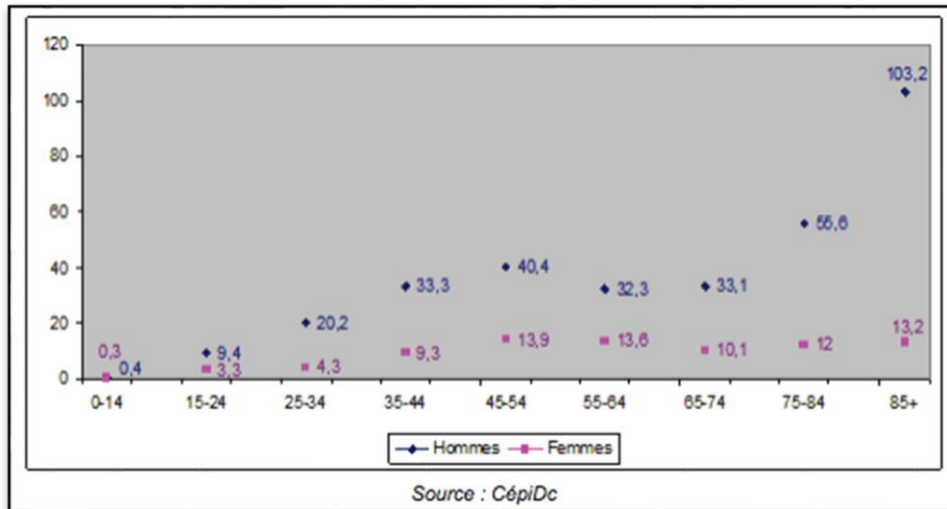
On note une disparité dans les chiffres selon l'âge du suicidant. Les personnes de 75 ans ou plus présentent le taux de suicide le plus élevé : 33,3 pour 100 000 habitants contre 15,4 pour le 25-54 ans et 18,1 pour les 55-74 ans (6).

A contrario, les adolescents ont un taux de suicide plus faible, mais le suicide reste la deuxième cause de mortalité des jeunes, après les accidents de la route.

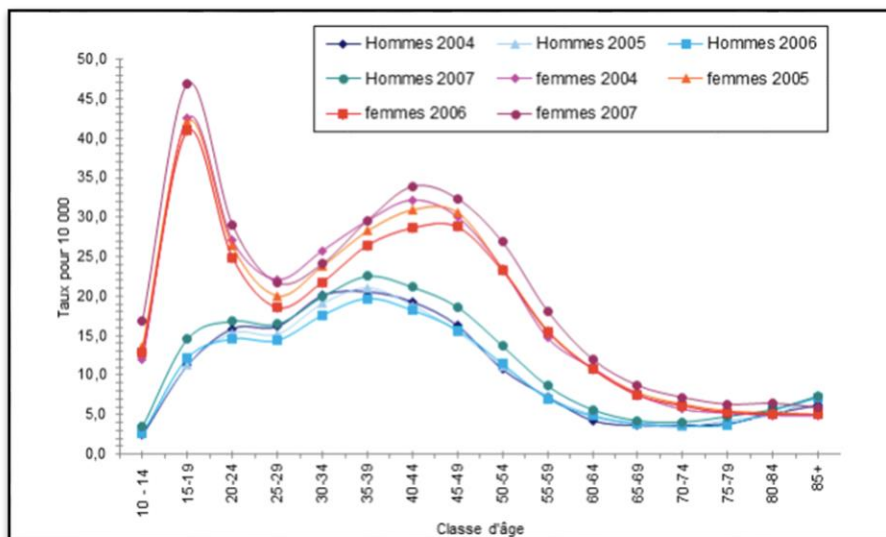
Selon le baromètre de Santé publique France, 3% des adolescents déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. La situation des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans est plus préoccupante, avec un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide parmi les plus élevés (7).

2.2.2 Des disparités selon le sexe

Le taux de décès par suicide (suicide complété) est trois fois plus élevé chez les hommes (27,7 pour 100 000 habitants contre 8,1 pour 100 000 habitants) mais le nombre de tentative de suicide est plus important chez les femmes (2).



Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants standardisés en France métropolitaine en 2012



Taux de tentatives de suicide pour 10 000 habitants. ATIH, analyse InVS

Cependant, les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes pour lesquelles le pic des tentatives de suicide se situe chez les 15-19 ans, puis chez les femmes d'âge moyen (40-50 ans)

2.2.3 Disparités selon les régions

En 2019, Santé publique France publie un premier Bulletin de Santé Publique consacré aux conduites suicidaires et couvrant les idées suicidaires, les tentatives de suicides et les suicides

pour l'ensemble des régions françaises. En février 2023, un nouveau Bulletin de Santé Publique « Conduites suicidaires » est publié pour l'ensemble des régions françaises (8).

Les conduites suicidaires (des idées suicidaires, aux tentatives de suicide et décès par suicide) y sont traitées sous l'angle des recours aux soins hospitaliers et des causes de décès enregistrés.

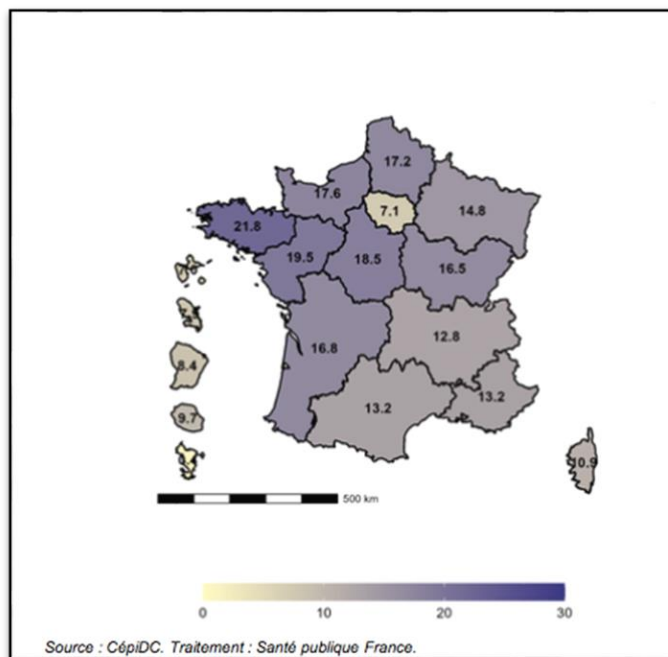
Concernant les passages aux urgences pour geste suicidaire, en 2021, la part d'activité annuelle était :

- Supérieure à 7 pour 1 000 passages dans 3 régions : les Hauts-de France, la Bretagne et les Pays de la Loire)
- Inférieure à 4 pour 1000 passages en Ile-de-France, Guadeloupe et Mayotte
- Entre 4,3 et 5,1 pour 1000 passages dans une diagonale est-ouest de la Normandie à la région Auvergne-Rhône-Alpes
- Concernant les hospitalisations pour tentatives de suicides, les taux régionaux annuels d'hospitalisation, standardisés sur l'âge chez les 10 ans et plus, variaient de 70,2 pour 100 000 en Corse, à 268,1 pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-France, soit près de 4 fois plus.

Concernant la mortalité par suicide, le taux de mortalité par suicide chez les 10 ans et plus, variaient en 2017 pour les régions de 7,1 pour 100 000 habitants en Ile-de-France à 21,8 pour 100 000 habitants en Bretagne. Les taux de mortalité par suicide les plus élevés concernaient les régions du quart nord-ouest de la France métropolitaine.

Les taux sont donc très variables selon les régions au niveau du territoire national. Une ligne d'axe « Sud-Ouest/Nord-Est » sépare une France du Nord-Ouest présentant des taux de suicide élevés (à l'exception de l'Ile-de-France), et une France du Sud et des départements, régions et collectivités d'Outre-mer où les taux sont beaucoup plus faibles.

D'une manière globale, comme à l'échelle nationale, le taux de décès par suicide a diminué de façon significative dans toutes les régions.



Taux annuels régionaux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, tous sexes, France entière, 2017.

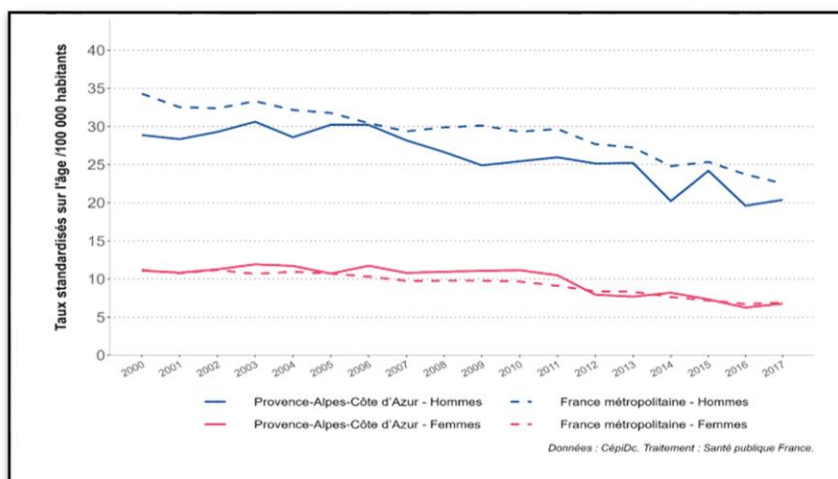
Source : CépiDC. Santé publique France.

2.3 La situation en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Le BSP « Conduites suicidaires » publié en février 2023 présente, comme pour toutes les régions françaises, un état des lieux des tendances en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

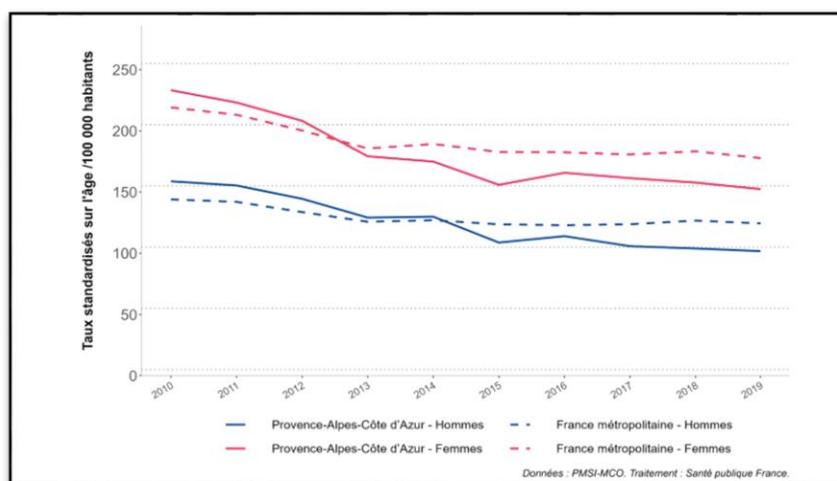
Concernant les passages aux urgences pour idées suicidaires et gestes suicidaires, on note une augmentation significative de l'activité dans les classes d'âge jeunes et adultes. L'activité est restée stable chez les 65 ans et plus.

En 2019, le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicides standardisé sur l'âge en PACA se situait en-dessous du taux national. Entre 2010 et 2019, 6 810 hospitalisations pour tentatives de suicides ont été enregistrées chez les personnes âgées de 10 ans et plus résidant en PACA, soit un taux d'hospitalisation de 128,3 pour 100 000 habitants en 2019, contre 152,1 pour 100 000 habitants au niveau national.



Evolution des taux annuels d’hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus) standardisés sur l’âge, par sexe, PACA et France métropolitaine, 2010-2019 . Données PMSI-MCO. Santé Publique France.

En 2017, 610 personnes résidant en PACA se sont suicidées, soit un taux de mortalité par suicide de 13,2 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, inférieur à celui de la France métropolitaine (14,4 pour 100 000 habitants). La majorité des décès par suicide concernait des hommes, avec un taux de mortalité par suicide de 20,4 pour 100 000 hommes en PACA. Le taux de mortalité par suicide chez les femmes en PACA en 2017 était de 6,8 pour 100 000 femmes.



Evolution des taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l’âge, par sexe, PACA et France métropolitaine, 2000-2017. Données CépiDC. Santé Publique France.

3. Connaissances actuelles sur les facteurs de risque et de protection de la crise suicidaire

Les épidémiologistes ont déterminé un certain nombre de corrélations pouvant établir des critères d'évaluation, en utilisant le concept de facteurs de risque et de facteurs de protection.

L'identification des facteurs de risque et protecteurs est essentielle à la mise en place d'une stratégie nationale de prévention efficace du suicide.

3.1. Les facteurs de risque de la crise suicidaire

Les auteurs estiment que la crise suicidaire doit être envisagée selon un modèle plurifactoriel. Des facteurs de risques sociodémographiques et environnementaux ressortent le plus souvent. Il ne s'agit pas d'un modèle additif, dans le sens où les différents facteurs de risque sont en interaction. L'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments.

La recherche des facteurs de risque d'un patient en état de crise suicidaire peut apporter des informations de valeur, à condition qu'elle soit faite en compréhension globale du contexte psychopathologique.

Nous allons présenter plusieurs classifications de facteurs de risque présentes dans la littérature.

3.1.1 Les facteurs de risques individuels de la crise suicidaire

En 2016, le Haut Conseil de la Santé Publique HCSP publie « L'Evaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 », dans lequel sont décrits les différents facteurs de risques individuels de la crise suicidaire (9).

Les principaux facteurs de risques à retenir sont les antécédents de tentative de suicide, suivis des troubles psychiques (en premier lieu les troubles dépressifs), des troubles de la personnalité, mais aussi de la consommation d'alcool ou des événements de la vie personnelle et relationnelle. La connaissance et la combinaison des facteurs de vulnérabilité permet de cibler les populations à risque, et par conséquent les actions.

- Influence des troubles psychiques et dépressifs

90% des personnes qui se suicident présentent des troubles psychiques. Les plus fréquents sont les troubles de l'humeur ; l'état dépressif (surtout la dépression sévère et la mélancolie) ; les troubles bipolaires (en phases mixtes et à un degré moindre les épisodes maniaques ou dépressifs) ; les psychoses dont la schizophrénie; les consommations abusives de substances (notamment de l'alcool) associées aux troubles psychiatriques augmentent le risque suicidaire de manière considérable.

Plus de la moitié des « suicidants » présentent les critères d'un trouble dépressif au moment des faits. Il est à noter que l'importance du facteur « dépression » dans les conduites suicidaires augmente avec l'âge du sujet.

- Influence de la consommation de substances

La dépendance à l'alcool est fortement associée au risque de suicide. Le désespoir et l'impulsivité liés à l'alcoolisme semblent prédisposer au suicide. De plus, un état d'alcoolisation aiguë favorise le passage à l'acte par une levée d'inhibition.

L'addiction à d'autres toxiques tels que cocaïne, héroïne, cannabis, LSD représente des facteurs de risque de suicide.

- Influence des maladies chroniques évolutives et ou dégénératives

Toujours selon le même rapport de l'HCSP, les troubles physiques chroniques, notamment le cancer, l'infection à VIH/SIDA, la maladie de Huntington, la sclérose en plaques, l'épilepsie, les lésions de la moelle épinière, le lupus érythémateux disséminé, et la douleur en général, sont des facteurs de risques individuels notables de la crise suicidaire.

- Influence des événements de la vie sociale

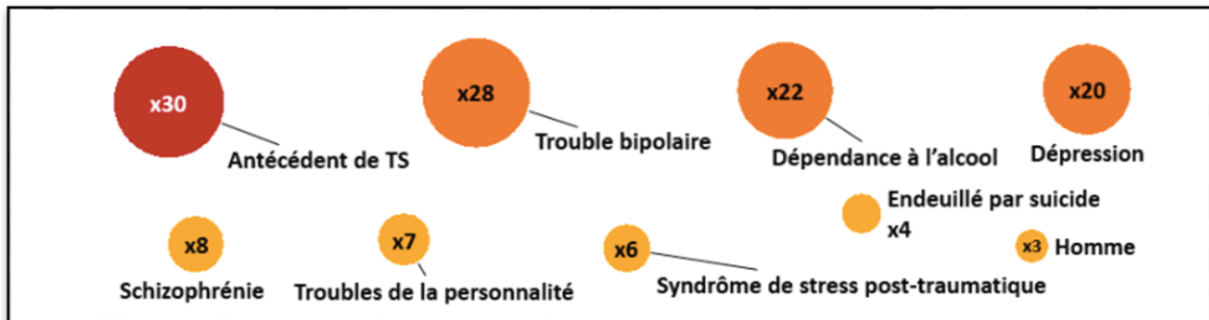
Le suicide est souvent précédé par des événements notables de la vie personnelle ou des problèmes de santé. Les abus physiques, et en particulier les abus sexuels pendant l'enfance sont fortement associés au suicide.

Le risque de comportement suicidaire peut également impacter des populations entières suite à des événements majeurs, comme une catastrophe naturelle.

Il est également montré que le risque de comportement suicidaire peut être influencé par l'exposition à un comportement similaire chez d'autres personnes. En effet, les personnes endeuillées par le suicide d'un proche présentent un risque accru de se suicider.

- Influence de l'antécédent de tentative de suicide

Enfin, le facteur de risque le plus important d'après la plupart des études demeure l'antécédent de tentative de suicide. En effet, un antécédent d'automutilation ou de tentative de suicide est présent chez 40% des personnes décédées par suicide. Parmi les passages aux urgences après une automutilation ou une intoxication volontaire, entre 1 et 6% meurent par suicide dans l'année suivante.



Poids respectif des facteurs de risque dans l'acte suicidaire. Pr Terra. 2014

3.1.2 Classifications des facteurs de risques selon les auteurs

3.1.2.1 Facteurs de risques de la crise suicidaire selon la Fédération française de psychiatrie.

En 2000, la Fédération française de psychiatrie classe les différents facteurs de risque de la crise suicidaire en trois catégories qui sont les facteurs primaires, secondaires et tertiaires (10) :

- Les facteurs primaires : troubles psychiatriques, antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité. Ces facteurs ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel, peuvent-être en interaction et influencés par les traitements.
- Les facteurs secondaires : pertes parentales précoces, isolement social, chômage, difficultés financières et professionnelles, événements de vie négative. Ils sont observables dans la plupart de la population, faiblement modifiables par la prise en charge et n'ont qu'une valeur prédictive faible en l'absence de facteurs primaires.
- Les facteurs tertiaires : sexe (masculin), âge (grand âge et jeune âge), période de vulnérabilité (phase prémenstruelle). Ces facteurs ne peuvent-être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires.

3.1.2.2 Facteurs de risque de la crise suicidaire selon l'Organisation Mondiale de la Santé

Dans son « Action de santé publique pour la prévention du suicide » publié en 2014 (11), l'Organisation Mondiale de la Santé classe les facteurs de risques de la crise suicidaire en trois catégories :

- Les facteurs individuels : antécédents de tentative de suicide, troubles mentaux, abus d'alcool ou de drogue, désespoir, sentiment d'isolement, manque de soutien social, tendances agressives, impulsivité, antécédents de traumatisme ou d'abus, trouble émotionnel aigu, maladies physiques ou chroniques importantes notamment la douleur chronique, antécédents familiaux de suicide, facteurs neurobiologiques.
- Les facteurs socioculturels : stigmatisation associée à la demande d'aide, obstacles à l'accès aux soins de santé, en particulier au traitement des maladies mentales et de l'abus de substances, certaines croyances culturelles et religieuses (par exemple, la croyance selon laquelle le suicide est une façon noble de résoudre un dilemme personnel), exposition aux comportements suicidaires, notamment dans les médias et influence de personnes qui se sont suicidées.
- Les facteurs conjoncturels : perte d'emploi et pertes financières, difficultés relationnelles ou sociales, accès facile aux moyens létaux, vagues locales de suicides contagieuses, événements stressants de la vie.

3.1.2.3 D'autres classifications de facteurs de risque de la crise suicidaire

- *Selon Hawton et coll. en 2009*

Dans une revue de la littérature publiée dans le Lancet en 2009, Hawton et coll. présentent les facteurs de risque de la crise suicidaire en deux catégories (12) :

- les facteurs prédisposant qui vulnérabilisent l'individu
- les facteurs précipitants qui se combinent aux précédents pour majorer les risques de comportements et de passages à l'acte suicidaire

- *Selon Turecki et coll. en 2015*

La classification des facteurs de risque selon Turecki et coll. publiée dans le Lancet en 2015 illustre l'importance des facteurs individuels par rapport aux facteurs sociaux et environnementaux (13).

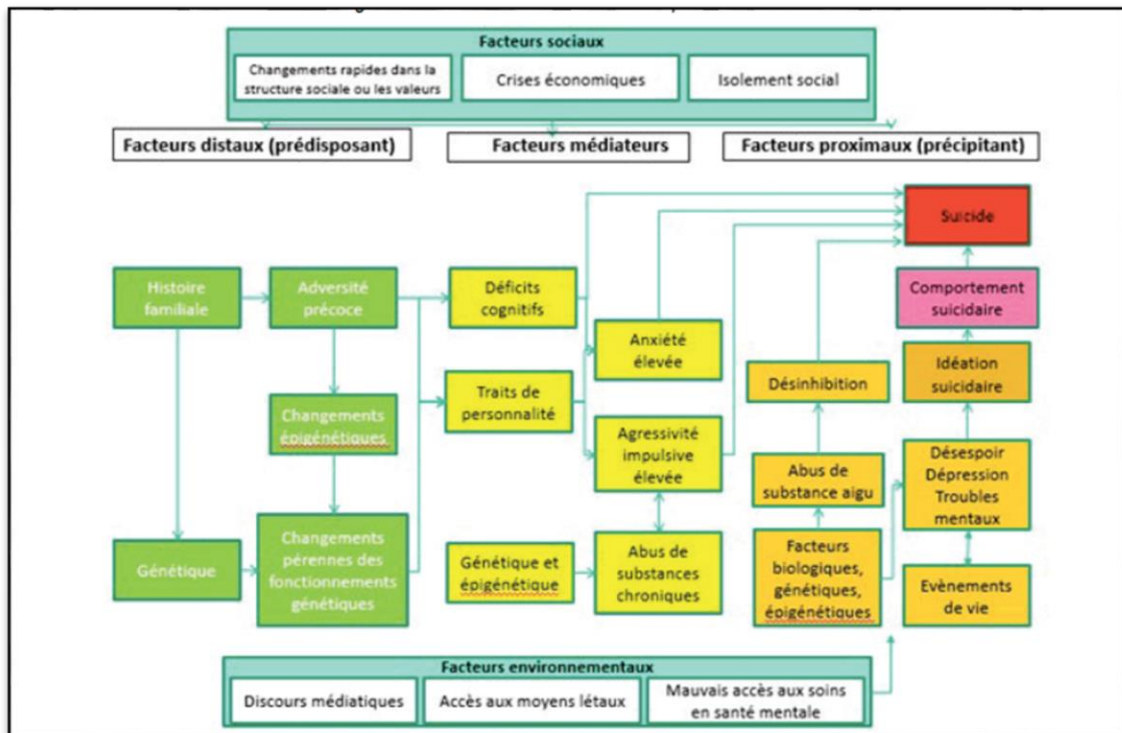


Schéma des facteurs de risques identifiés selon Turecki et coll. Lancet 2015.

3.2. Les facteurs de protection de la crise suicidaire

Les facteurs de protection de la crise suicidaire sont le support social et la prise en charge thérapeutique. Il s'avère primordial d'identifier ces facteurs de protection socioculturels, environnementaux et généraux afin de réduire la vulnérabilité des personnes aux conduites suicidaires. Ils sont les suivants :

- Des liens familiaux solides et soutien de la communauté
- Une capacité à résoudre les problèmes, les conflits et à régler les différends sans recourir à la violence
- Les croyances personnelles, sociales, culturelles et religieuses qui découragent le recours au suicide et encouragent l'autoconservation
- L'accès restreint aux moyens létaux
- Une demande d'aide et un accès facile à des soins de qualité en cas de maladie mentale et physique.

Ces facteurs peuvent aider les individus à supporter des circonstances particulièrement difficiles et, ainsi, minimiser les risques de suicide. Par conséquent, une stratégie efficace

devrait déterminer comment établir, renforcer et pérenniser les facteurs de protection du suicide.

II. Le rôle majeur de la prévention de la crise suicidaire

1. La prévention de la crise suicidaire : un enjeu international

En 2014, selon L’OMS, dans un rapport intitulé, « Action de santé publique pour la prévention du suicide », 800 000 personnes décèdent chaque année dans le monde de suicide. Ce rapport visait par ses recommandations une diminution de 10% des taux de suicide d’ici 2020.

La diminution des taux de suicide, observée depuis deux décennies, dans la plupart des pays développés, s’explique en partie par la mise en place de programmes nationaux de prévention du suicide. A l’heure actuelle, seuls 38 pays disposent d’une stratégie nationale de prévention.

La réduction d’un tiers de la mortalité par suicide d’ici à 2030 est la cible des objectifs de développement durable des Nations Unies.

Dans son rapport de 2014, l’OMS recommandait de catégoriser les stratégies de prévention :

- En stratégies universelles : ciblant l’ensemble de la population
- En stratégies sélectives : ciblant des personnes vulnérables, selon des facteurs de risques suicidaires
- En stratégies visant des personnes hautement vulnérables, ayant des comportements suicidaires ou des troubles mentaux sévères.

Ainsi, à l’échelle internationale, différents programmes de sensibilisation ciblés sur les problèmes de santé mentale, ont montré leur efficacité sur la réduction des conduites suicidaires. En voici plusieurs exemples.

1.1 Le programme « Live Life »

En 2021, l’Organisation Mondiale de la Santé publie « Live Life : un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays » et recommande aux pays de prendre des mesures de lutte contre le suicide, en ayant idéalement recours à une stratégie nationale globale

de prévention. L'OMS adresse ce guide à tous les pays, qu'ils aient déjà ou non élaboré une stratégie nationale, comme point de départ dans leur lutte. (14)

L'approche de l'OMS s'appuie sur quatre niveaux de stratégie :

- Limiter l'accès aux moyens létaux comme les armes à feu et les pesticides les plus dangereux
- Former les médias à une couverture responsable du suicide
- Favoriser les compétences psychosociales chez les adolescents
- Identifier, évaluer, prendre en charge et suivre toute personne ayant des pensées, un comportement suicidaire à un stade précoce

1.2 Le programme « Youth Aware of Mental Health »

Le Youth Aware of Mental Health (Jeunes conscients de leur santé mentale) vise à une promotion de la santé mentale en milieu scolaire, une autonomisation des jeunes, une aide à la verbalisation de certaines souffrances. Il est destiné aux jeunes âgés de 13 à 17ans (15). Une discussion entre les jeunes est portée sur des mises en scène de différentes situations délicates du quotidien. L'information est portée par les encadrants, pour savoir trouver l'aide professionnelle si nécessaire.

2. La prévention du suicide : une stratégie nationale

2.1 L'Observatoire national du suicide

En septembre 2013 est créé par décret l'Observatoire national du suicide. Ses missions sont les suivantes :

- Coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et des tentatives de suicide
- Développer les connaissances sur les facteurs de risque et les mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide afin d'améliorer la prévention
- Promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données
- Evaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et de tentatives de suicides
- Produire des recommandations en matière de prévention.

Ainsi, l'ONS publie en collaboration avec Santé publique France des rapports détaillés comprenant des données épidémiologiques récentes et des plans d'action pour la prévention du suicide en France.

2.2 Programme national d'action contre le suicide

En avril 2023, la Direction générale de la santé publie sa « Stratégie Nationale de Prévention du Suicide » et présente 4 axes d'action (5) :

- La mise en place du dispositif Vigilans
- La rénovation des formations à la prévention du suicide
- La prévention de la contagion suicidaire
- La création d'un numéro national de prévention du suicide

2.2.1 Le dispositif Vigilans : garder le contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide

En 2015 est créé dans les Hauts-de-France le dispositif « Vigilans », ayant pour principal objectif de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de récurrences de tentatives de suicides (16). C'est un dispositif de veille qui consiste en un système de recontact et d'alerte, en mettant en place un réseau de professionnel de santé autour de la personne ayant fait une tentative de suicide.

Il est proposé à toutes les personnes suicidantes d'intégrer le dispositif, dont il est possible à tout moment d'en sortir. A sa sortie d'hospitalisation après une tentative de suicide, la personne reçoit une « carte ressource » avec les numéros de téléphone à contacter en cas d'urgence. Vigilans informe alors le médecin traitant ou le psychiatre référent. La personne est rappelée 10 à 20 jours après la sortie du service de soins, et à 6 mois, un compte-rendu de la prise de contact est alors adressé au médecin référent. Après 6 mois, la veille s'arrête ou se poursuit 6 mois de plus si besoin.

En avril 2023, Vigilans est déployé dans 17 régions et 92 départements.

2.2.2 Le 3114 : une ligne téléphonique dédiée à la prévention du suicide

Le 3114 est une ligne téléphonique dédiée à la prévention du suicide qui a pour objectif de permettre une prise en charge immédiate. Ce dispositif mis en place en 2021 s'adresse aux personnes suicidaires, à leur entourage, mais également aux professionnels soignants et non soignants en contact avec elles, et a pour objectif d'atteindre les populations les plus vulnérables, afin d'être une porte d'entrée vers les ressources d'aides et de prise en charge.

III. Le médecin généraliste : un acteur essentiel dans le dépistage et la prise en charge de la crise suicidaire

1. Le médecin généraliste, en première ligne dans le dépistage et la prise en charge de la crise suicidaire

1.1 Le médecin généraliste, souvent le premier intervenant sollicité par le patient

Le médecin généraliste est très souvent le praticien de premier recours pour les patients en crise suicidaire. Il serait le premier intervenant sollicité dans une tentative de suicide sur deux. Dans la majorité des cas, ces patients ne se présentent pas explicitement pour ce motif, mais pour une plainte somatique autre, ce qui rend difficile le repérage de la crise suicidaire.

Le médecin généraliste a alors un rôle multiple à jouer : il doit identifier le risque suicidaire en amont du passage à l'acte, prendre en charge les personnes suicidaires mais aussi assurer leur suivi ultérieur.

La conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie avec l'aide de l'ANAES sur la crise suicidaire, en 2000, avait déjà établi que 60 à 70% des « suicidants » avaient consulté un médecin généraliste dans le mois précédant une tentative de suicide, dont 36% l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte. 80% des tentatives de suicides sont adressées à l'hôpital par le médecin généraliste.

Selon l'étude ESEMED (*European study of the epidemiology of mental disorders*) en 2001-2003, en France comme dans les pays voisins, le médecin généraliste est le soignant le plus consulté en cas de problème psychologique ou psychiatrique. (17)

Le médecin généraliste est un acteur de première ligne en matière de prévention, tout à fait à même d'interroger son patient sur la présence d'idéations suicidaires. Cette relation médecin/patient ancienne ou même récente, doit permettre la reconnaissance de signaux multiples exprimés par le patient ainsi qu'à soigner certains maux par les mots.

La place du médecin généraliste en tant que médecin de premier recours, revient souvent dans les débats publics, dans une situation actuelle où nombre de patients se retrouvent sans médecin traitant. Son rôle reste avant tout de repérer la souffrance psychique, des éléments de risque suicidaire, le degré de gravité, mais également d'articuler les relations avec les différents

intervenants (partenaires sociaux, réseaux sanitaires). Il peut être amené à lever un levier d'urgence en sollicitant l'aide urgente du réseau de soin en cas de risque jugé important ou à expliquer et tenter de faire accepter au patient le bienfait d'un suivi psychiatrique.

1.2 L'enjeu de la formation

L'expérience de Götland, en Suède, est souvent citée en exemple de ce que l'on peut faire pour prévenir le suicide en agissant sur la formation du corps médical. Fin des années 1970, le Comité suédois pour la prévention et le traitement de la dépression a organisé un programme de formation destiné aux médecins généralistes sur le diagnostic et le traitement des syndromes dépressifs, sur l'île de Gotland. Deux années après la mise en place de ce programme, le taux de suicide a baissé de 60%. Il a aussi été rapporté une diminution de 50% des congés maladie dus à la dépression, ainsi qu'une baisse de la prescription de benzodiazépines et de neuroleptiques de 25% par rapport à la moyenne suédoise. L'analyse coût/bénéfice de ce programme a révélé une balance positive justifiant la réalisation de tels programmes à l'avenir. (18)

En 2000, l'ANAES et la Fédération française de psychiatrie émettent un texte de recommandation publié par l'HAS. Il y est recommandé *« une meilleure formation des médecins généralistes au repérage des éléments de gravité de la crise suicidaire et aux modalités de prise en charge en articulation avec leurs partenaires des réseaux locaux. Une formation plus spécifique centrée sur l'écoute active de la souffrance psychique et sur la nécessité d'impliquer la famille ou l'entourage dans la prise en charge des patients en crise. (...) Une meilleure connaissance des dispositifs sociaux existants et une meilleure utilisation de l'accompagnement qu'ils proposent (...) L'établissement d'instruments d'aide à la décision spécifiquement destinés aux généralistes »*.

1.3 Un acteur en difficulté malgré son rôle essentiel

Malgré son rôle de repérage primordial, le médecin généraliste peut se retrouver face à certaines difficultés. La Société française de santé publique publie en 2000 une étude intitulée *« Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires »*. Plus de trois quarts des médecins interrogés considéraient difficiles le repérage et l'évaluation de la crise suicidaire. Deux tiers d'entre eux exprimaient le désir d'être mieux informés sur les possibilités de prise en charge de leurs patients et sont favorables au développement de collaborations au sein de réseaux. (19)

A ce sentiment de « manque de formation », est ajoutée une contrainte de temps, dans un contexte de consultations rythmées, où le temps d'écoute et d'échange peut être restreint.

De plus, face au patient en crise suicidaire, le médecin généraliste peut se trouver quelque peu isolé, avec un adressage au spécialiste parfois difficile.

2. Les outils d'évaluation de la potentialité suicidaire

2.1 Reconnaître la crise

Le repérage de la crise suicidaire peut s'appuyer sur plusieurs manifestations :

- L'expression d'idées et d'intentions suicidaires
- Des manifestations de crises psychiques (fatigue, anxiété, troubles de l'humeur, tristesse...)
- Dans un contexte de vulnérabilité (dépression, maladie chronique, affections psychiatriques préexistantes, conduites addictives ou contexte familial, social et professionnel difficile)

Chez un patient connu, la crise peut se manifester par :

- Une symptomatologie physique inexplicée
- Un changement dans la relation avec le médecin ou l'entourage, une conduite inhabituelle
- Une aggravation récente de troubles psychiatriques préexistants, perçue par le patient lui-même ou par son entourage

Chez un patient peu ou pas connu, elle peut se manifester par :

- Un motif de consultation vague et imprécis
- Un changement récent de praticien, une errance médicale
- Un état d'agitation
- Des allusions directes ou indirectes à un vécu traumatique.

Certains signaux peuvent alerter le médecin, tels que la verbalisation d'une volonté d'en finir, des conduites à risque, ou un suicide ou une tentative de suicide dans la famille ou l'entourage. Il peut également s'appuyer sur les facteurs de risque de la crise suicidaire cités en première partie.

Devant ces indices, le médecin généraliste ne doit pas hésiter à questionner le patient, de sorte à ce qu'il sente sa souffrance reconnue.

2.2 Apprécier le degré d'urgence et de dangerosité de la crise

Une fois la crise suicidaire repérée, il convient d'en apprécier son degré d'urgence et de dangerosité, c'est-à-dire la probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte, afin d'être optimal dans sa prise en charge.

Il faut alors explorer, tout en prenant en compte la qualité du soutien de l'entourage proche, et l'accumulation de facteurs de risques :

- Le niveau de souffrance psychique
- Le degré d'intentionnalité
- Les éléments d'impulsivité
- L'événement précipitant (conflit, échec, rupture, perte...)
- La présence de moyens létaux à disposition

Dans la conférence de consensus sur la crise suicidaire en 2000, la Fédération française de psychiatrie et l'ANAES classent ensuite différents degrés d'urgence. D'après les recommandations, il faudrait :

- Considérer comme une urgence faible, la personne qui est à la recherche de communication et souhaite trouver une solution à ses problèmes. Ce patient n'a pas de scénario suicidaire précis et élabore des stratégies pour faire face à la crise.
- Considérer comme une urgence moyenne, la personne qui montre un équilibre émotionnel fragile, qui envisage le suicide avec une intention claire mais dont le passage à l'acte est reporté et qui exprime directement ou indirectement son besoin d'aide
- Considérer comme une urgence élevée, la personne qui planifie de façon claire le passage à l'acte dans les jours qui viennent, qui rationalise ou est très émotive sur sa décision, complètement immobilisée par la dépression ou au contraire très agitée, qui a le sentiment d'avoir tout essayé, qui est isolée.

2.3 Des outils d'évaluation à la disponibilité du médecin généraliste

2.3.1 L'échelle « RUD »

Ce modèle se décline en une triple évaluation du risque, de l'urgence et de la dangerosité. Dans cet outil, des facteurs de risque psychopathologiques, biographiques et de situation, permettent de poser l'indication d'une hospitalisation.

Risque : on y évalue le degré de perturbation selon différents items

- Des facteurs de risque identifiables, primaires (âge élevé, sexe masculin) l'existence d'une pathologie psychiatrique ou un antécédent personnel ou familial.
- Des facteurs individuels ; baisse de l'estime de soi, tempérament, l'existence d'une pathologie somatique
- Des facteurs familiaux ou psychosociaux : Violences ou abus subis, relations conflictuelles, isolement, deuil, difficultés professionnelles, précarité socio-économique, problèmes avec la justice

Urgence : On évalue la probabilité de décès dans les 48-72h par tentative de suicide. Elle est déclinée en 3 niveaux

- Urgence faible : aucun scénario n'est envisagé, le patient est à la recherche de solutions, dans la communication
- Urgence modérée : un scénario est envisagé sans qu'un passage à l'acte soit programmé
- Urgence élevée : un scénario est bien construit avec une planification de l'acte établi

Dangerosité : Selon le scénario envisagé, on évalue la létalité ou l'accessibilité qu'aurait le patient par exemple à une arme à feu, des médicaments, une simple corde. Si les moyens sont accessibles immédiatement, la dangerosité est à considérer comme extrême.

2.3.2 L'échelle « SAD PERSONS SCALE »

L'échelle a été mise au point par Patterson et al en 1983. Elle consiste en un simple moyen mnémotechnique relevant les principaux facteurs de risque suicidaires. La présence de chaque facteur de risque vaut 1 point. Selon les recommandations des auteurs, un score de 3 ou 4 devrait inciter à un suivi accru par le clinicien, un score de 5 ou 6 pourrait inciter à envisager fortement une hospitalisation, Tandis d'un score de 7 à 10 nécessiterait une hospitalisation.

Peu de données dans les études permettent de soutenir l'utilisation de cette échelle dans l'évaluation du risque suicidaire notamment pour l'effet seuil de son score en faveur d'une hospitalisation ou non. (20)

- S : Sexe masculin
- A : Âge (<19 ans ou >45 ans)
- D : Dépression
- P : Tentative précédente
- E : Excès d'alcool ou consommation de substance
- R : Perte de la pensée rationnelle
- S : Manque de soutien social
- O : Plan organisé
- N : Pas de conjoint
- S : Maladie

2.3.3 L'échelle de Beck d'évaluation des pensées suicidaires (Beck scale of suicide ideation BSS)

L'échelle d'idéation suicidaire BSS, créée par Beck en 1979 est un outil d'auto-évaluation au service des cliniciens destiné à évaluer la sévérité des idées suicidaires chez un patient ainsi que le risque de passage à l'acte.

La BSS est composée de 21 items, évaluant sur une échelle d'intensité suicidaire de 3 points allant de 0 à 2. Les items portent sur les raisons de vivre ou de mourir, la durée et la fréquence de l'idéation suicidaire ainsi que le degré d'anticipation et de passage à l'acte. L'utilisation de cet outil, peut prendre environ 10 minutes.

Il avait avant tout été créé pour des patients psychiatriques, adultes. Utilisée avec l'échelle de désespoir de Beck, la BSS permet d'objectiver le risque de passage à l'acte et d'aider le praticien à une décision optimale de prise en charge.

L'échelle d'intentionnalité suicidaire et l'échelle de désespoir de Beck sont présentes en annexes.

2.3.4 L'échelle « Ask Suicide Screening Questions » (ASQ)

Cet outil, rapide d'utilisation, est davantage à destination des enfants d'âge scolaire, adolescents. Le praticien procède donc à quelques questions succinctes mais directes.

- Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ?
- Au cours des dernières semaines, as-tu eu le sentiment qu'il serait préférable, pour toi ou ta famille, que tu sois mort ?
- Au cours de la dernière semaine, as-tu eu des pensées suicidaires ?

- As-tu déjà essayé de te suicider ?

Si le patient répond « Oui » à l'une des questions ci-dessus, il est demandé de lui poser la question supplémentaire suivante :

- As-tu l'intention de te suicider en ce moment ?

2.3.5 Ensemble des outils répertoriés

Chaque outil peut être évalué selon différents critères :

- Groupe d'âge
- Durée de l'évaluation
- Personne qui doit le remplir (praticien ou patient)
- Langue disponible
- Coût (BSS payant par exemple)

L'institut canadien pour la santé mentale a sorti en 2021, une trousse d'évaluation du risque suicidaire, regroupant les différents outils d'évaluation au profit des professionnels de santé.

PARTIE II

I. Méthodologie

1.1 Problématique

En 2019, alors interne de premier semestre dans le département des Alpes-de-Hautes-Provence, plus précisément à Digne les Bains, je participe à un module optionnel sur la crise suicidaire mené en partie par mon maître de stage universitaire Dr Pierre François Chevalier.

Cette formation à base de jeux de rôle entre internes, informations chiffrées sur le suicide en France, outils à disposition du praticien m'a marqué.

Rapidement m'est venu par la suite l'idée de réaliser une thèse sur ce sujet, sensibilisé sur l'impact que l'on pouvait et devait avoir en tant que médecin généraliste sur la prévention, le repérage de ces crises auprès de nos patients.

Initialement, l'idée était de réaliser une enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès des médecins généralistes du territoire sur la coordination de soins entre médecine de ville et Hôpital dans la gestion des patients suicidaires.

Après réflexion, j'en suis venu à l'idée auprès de mon directeur de thèse, de faire un travail pouvant porter à réflexion sur le repérage du geste suicidaire en cabinet de médecine générale.

La tâche s'avérerait moins lourde pour un interne, seul, et centrée sur la médecine générale principalement plutôt que d'aller faire une enquête auprès des services d'urgence et hôpitaux psychiatriques également.

Ce type d'étude aurait aussi nécessité l'approbation de différents établissements.

J'ai donc redéfini mon objectif, et élargi le terrain d'étude à toute la région PACA. Le sujet est devenu le suivant : Repérage et gestion de la crise suicidaire par les médecins généralistes en PACA.

1.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'analyser la pratique des médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, face à un patient en crise suicidaire. Comment évaluent-ils cette crise et quelle en est sa prise en charge ?

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Déterminer les limites, difficultés dans la prise en charge d'un patient en crise suicidaire
- Contribuer à un travail de prévention du suicide au travers de cette étude

1.3 Schéma d'étude et déroulement

1.3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative descriptive observationnelle et transversale.

1.3.2 Elaboration du Questionnaire

Le questionnaire (disponible en annexe) a été élaboré après analyse de revue de bibliographie sur le thème de la crise suicidaire, ou même sur d'autres thèmes. Il comporte 19 questions simples, fermées avec une réponse ouverte en fin de questionnaire. Lors de son élaboration il a été plusieurs fois soumis à mon directeur de thèse. Il a été validé in fine par un autre médecin généraliste après relecture.

Le questionnaire a été fait sur support Google Forms pour le rendre facilement accessible pour la population cible, avec un temps de réponse estimé inférieur à 10 minutes.

Ce support permet aussi un rapide contrôle de l'avancée des retours.

1.3.3 Constitution de l'échantillon

La population de l'étude est représentée par les médecins généralistes exerçant en région Provence-Alpes-Côtes-d'Azur (Corse exclue), exerçant en cabinet de médecine générale, installés ou remplaçants.

1.3.4 Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été diffusé par mails. Initialement une demande par mail fut envoyée aux 6 CDOM de la région en février 2023, d'accéder à un listing des médecins généralistes. Un refus catégorique m'a été opposé par les différents interlocuteurs, néanmoins mon questionnaire a été diffusé dans la publication mensuelle de certains CDOM (Vaucluse, Var,

Alpes de Haute Provence). Pour maximiser les réponses, le questionnaire a été également massivement partagé en utilisant la base de contact de certains praticiens contactés dans les différents départements. Plusieurs relances ont été effectuées pour obtenir au final un taux satisfaisant de retour.

1.3.5 Aspects logistiques – Budget

L'étude ayant été réalisée via le logiciel Google Forms et partagée par mails ou diffusée sur un journal en ligne (CDOM), le coût de revenu est donc nul.

1.3.6 Exploitation des données et analyse statistique

La réalisation, la diffusion de questionnaire et le traitement des données ont été effectuées par un seul et même opérateur. Les données recueillies ont été exploitées à l'aide du logiciel Excel. Ces résultats ont fait l'objet d'une analyse descriptive puis comparative.

Ces analyses sont composées de variables qualitatives binaires et non binaires.

II. Présentation des résultats

2.1 Description de la population interrogée

2.1.1 Ancienneté – durée d'exercice de la population interrogée

La grande majorité des répondants sont des médecins généralistes exerçant depuis moins de 5 ans (28 réponses). Avec 23 réponses, les médecins généralistes exerçant depuis plus de 20 ans représentent également une part importante des répondants.

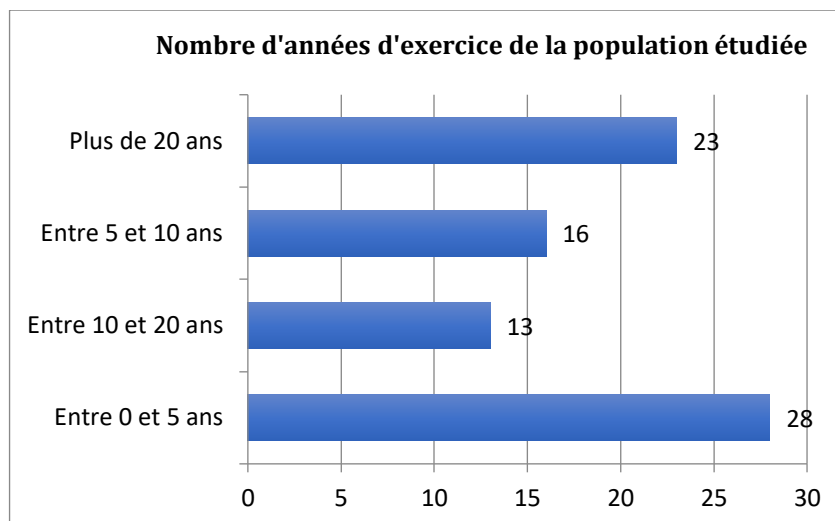


Figure 1 : Graphique représentant le nombre d'années d'exercice de la population étudiée

2.1.2 Département d'exercice de la population interrogée

Dans notre étude, sur les 80 répondants ; 21 répondants exercent dans les Hautes-Alpes, 20 dans les Bouches-du-Rhône, 16 dans les Alpes de Haute Provence, 11 dans le Vaucluse, 10 dans le Var et 2 dans les Alpes-Maritimes.

DEPARTEMENT D'EXERCICE	NOMBRE DE RÉPONSES
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE (04)	16
ALPES-MARITIMES (06)	2
BOUCHES-DU-RHONE (13)	20
HAUTES-ALPES (05)	21
VAR (83)	10
VAUCLUSE (84)	11
TOTAL	80

Figure 2 : Tableau représentant le nombre de réponses par département d'exercice

2.1.3 Milieu d'exercice de la population interrogée

Plus de 50% des médecins interrogés (43), exercent en milieu semi rural. Moins de 14% des répondants exercent en campagne (11).

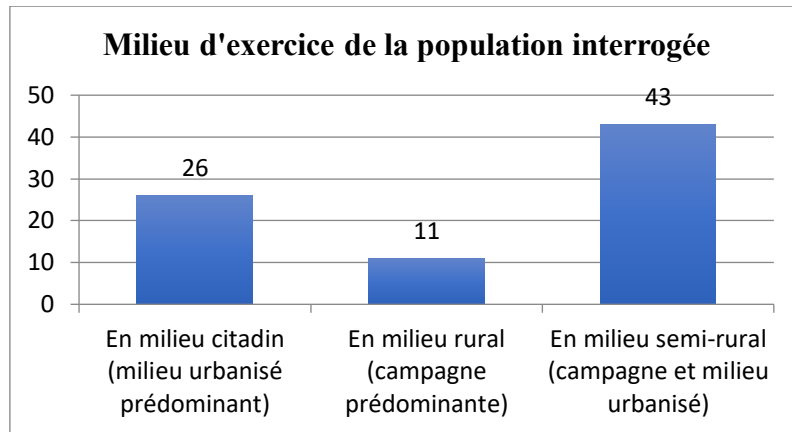


Figure 3 : Graphique représentant le milieu d'exercice de la population interrogée

2.1.4 Mode d'exercice de la population interrogée

25% des médecins de la population étudiée exercent seuls (20), en cabinet. Les autres répondants travaillent en association avec d'autres collègues (24), en MSP (15), en collaboration (11), en permanence de soins libérale (7), en hospitalier (2) et enfin une personne exerce en équipe de soins primaire.

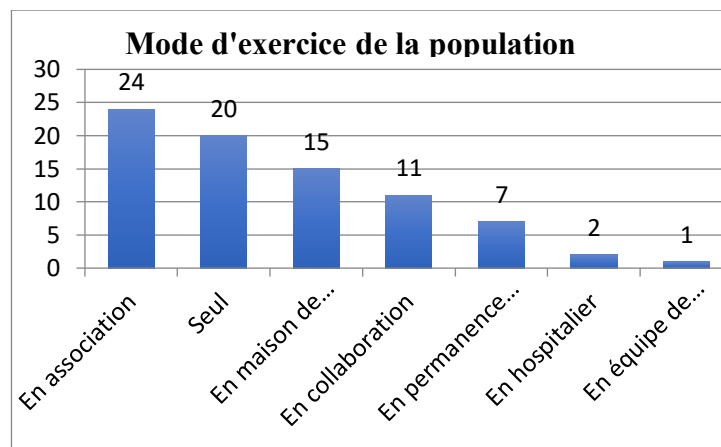


Figure 4 : Graphique représentant le mode d'exercice de la population interrogée

2.2 Le vécu professionnel et personnel face à la crise suicidaire

2.2.1 Confrontation à une tentative ou un suicide d'un patient

60 médecins soit 75% des répondants ont été confrontés dans leur carrière au suicide ou à une tentative de suicide d'un de leur patient.

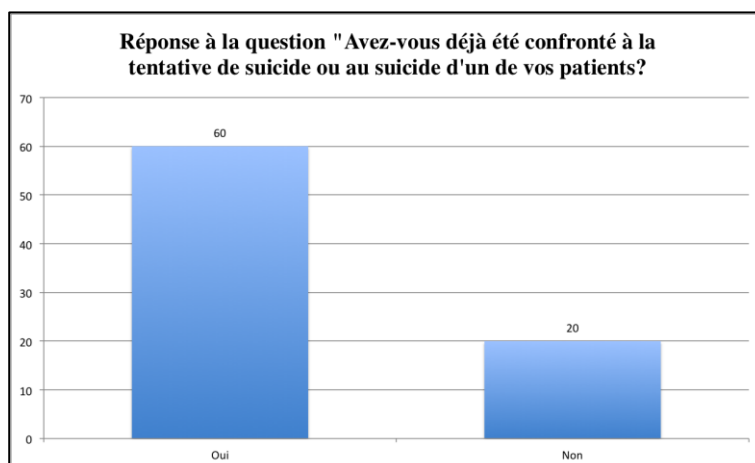


Figure 5 : Graphique représentant les réponses à la question « Avez-vous déjà été confronté à la tentative de suicide ou au suicide d'un de vos patients ? »

Les médecins généralistes exerçant en milieu rural semblent plus confrontés à la crise suicidaire que les médecins généralistes exerçant en ville.

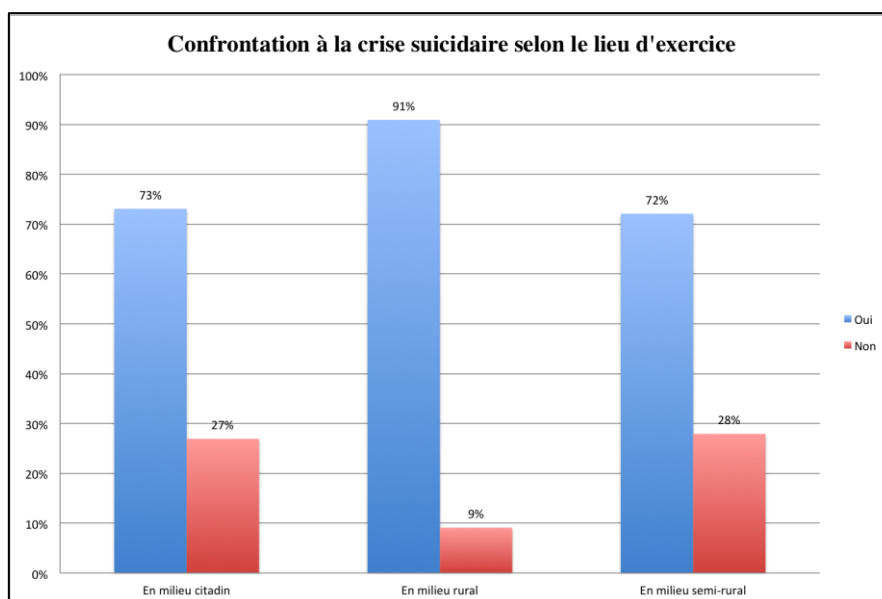


Figure 6 : Graphique représentant la confrontation à la crise suicidaire selon le lieu d'exercice

2.2.2 Ressenti des médecins généralistes face à la crise suicidaire

Parmi les 75% des médecins ayant répondu positivement précédemment, les sentiments ressentis en majorité sont :

- De l'impuissance dans 45% des cas
- De la tristesse dans 23% des cas

Les autres sentiments éprouvés par les médecins interrogés étaient un sentiment d'acceptation (13% des cas), de culpabilité (8%) puis d'autres ressentis.

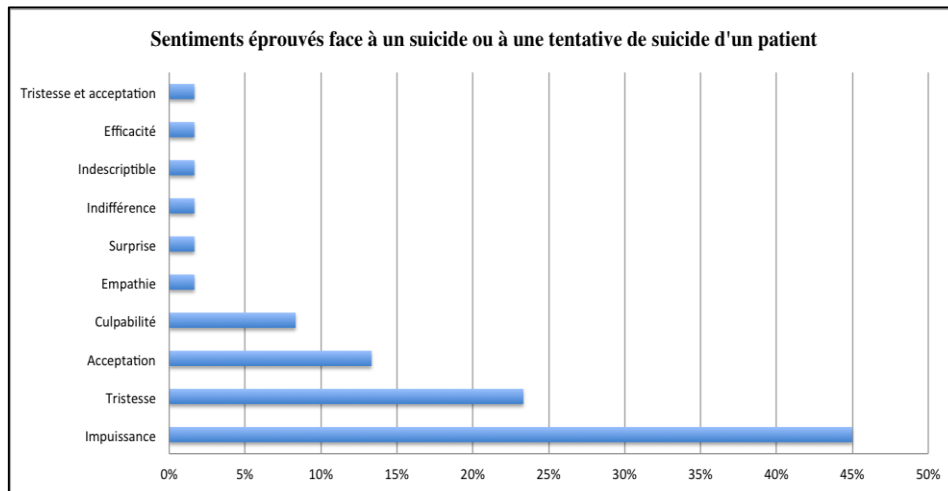


Figure 7 : Graphique représentant les sentiments éprouvés des praticiens répondants face à un suicide ou à une tentative de suicide d'un patient.

2.3 Evaluation de la crise suicidaire

2.3.1 Outils utilisés

73,4% des médecins déclarent ne pas utiliser d'échelle d'évaluation dans la gestion d'un patient en crise suicidaire.

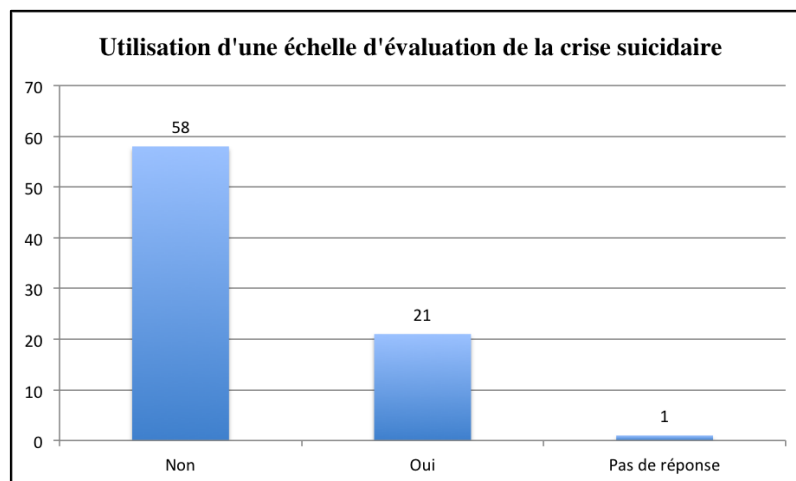


Figure 8 : Graphique représentant la part d'utilisation d'une échelle d'évaluation de la crise suicidaire par les praticiens répondants.

Selon les résultats, l'ancienneté des médecins généralistes n'influe pas sur l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la crise suicidaire.

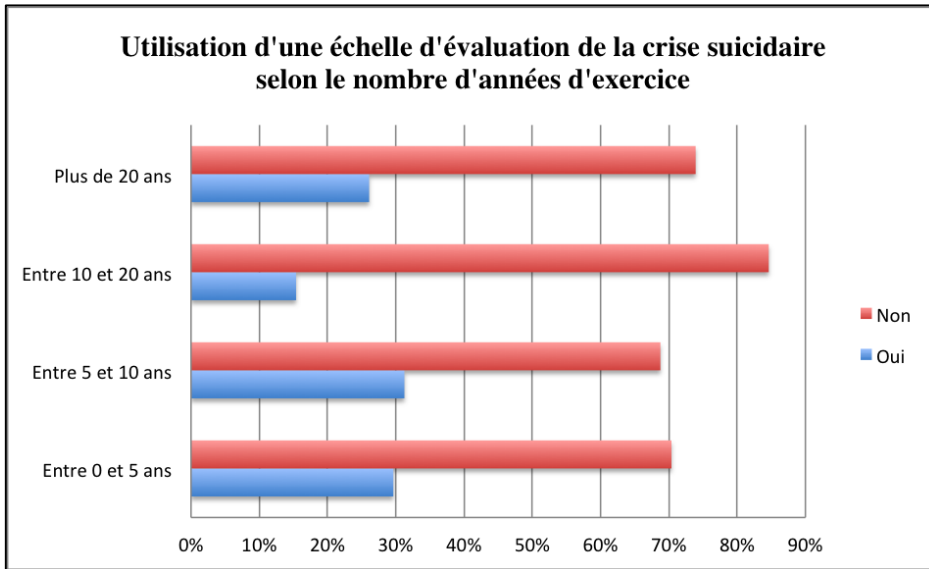


Figure 9 : Graphique représentant la part d'utilisation d'une échelle d'évaluation de la crise suicidaire par les praticiens répondants.

L'outil d'évaluation utilisé en majorité par les médecins est le RUD (35%). Suivent l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck pour 5%, le SAD, ASQ pour 1 répondant. Enfin d'autres rapportent utiliser l'échelle de dépression de Hamilton, le DSM IV, se fier à leur expérience.

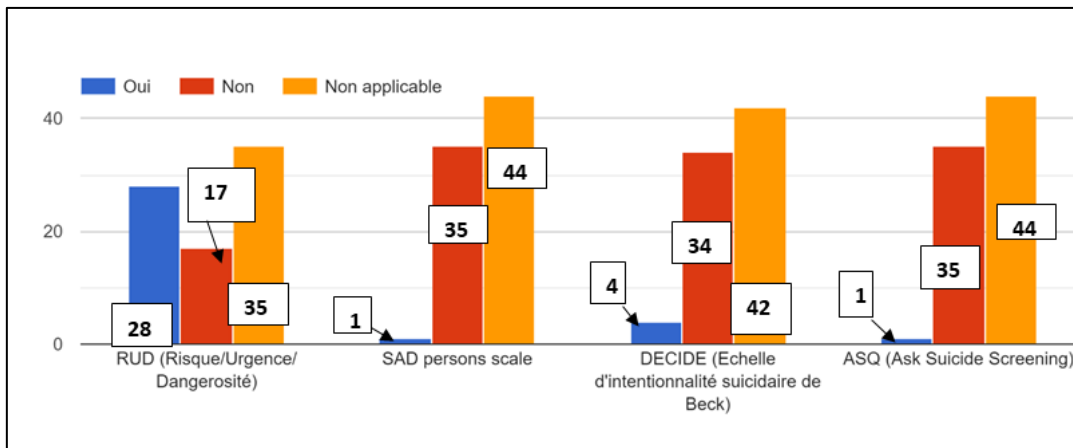


Figure 10 : Graphique représentant l'utilisation des différentes échelles d'évaluation de la crise suicidaire par les médecins généralistes.

2.4 La prise en charge de la crise suicidaire

2.4.1 Orientation d'un patient en crise suicidaire

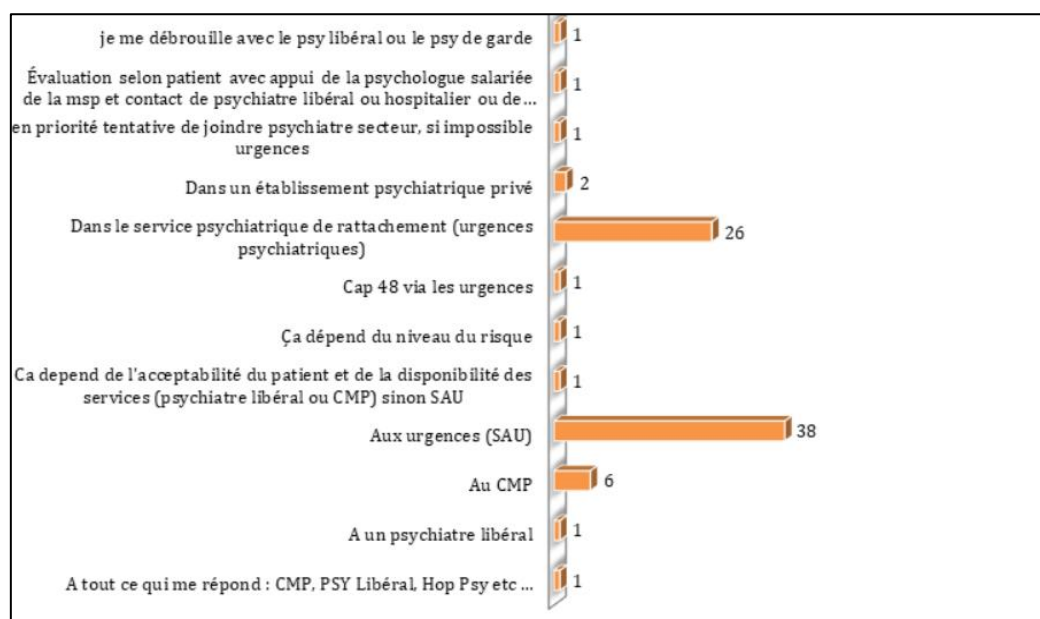


Figure 11 : Graphique représentant la réponse à la question « Où adressez-vous votre patient en cas de crise suicidaire ? »

69% des médecins répondants ont déjà pris en charge un patient en crise suicidaire en ambulatoire. Les médecins confrontés à un patient en crise suicidaire adressent en majorité dans le service d'urgence de l'hôpital de secteur pour 47%, voir dans l'hôpital Psychiatrique de rattachement 32%. Un peu plus de 7% temporisent en adressant au CMP de secteur, à nuancer selon le niveau de risque.

55 médecins (soit 68%) ont déjà pris en charge un patient suicidaire en ambulatoire. Parmi ces répondants, ils se font aider via le CMP de secteur pour 58%. Plus de 34% adressent à un psychiatre libéral. Enfin pour 11% un suivi psychologique via un psychologue libéral semble plus adapté.

Lieux d'adressage en ambulatoire	
Centre médico-psychologique	32 (58%)
Psychiatre libéral	19 (34%)
Psychologue libéral	6 (11%)

Figure 12 : Tableau représentant la part des différentes ressources utilisées lors d'une prise en charge en ambulatoire

2.4.2 Limites rencontrées dans la prise en charge d'un patient suicidaire

Dans l'étude, 84% des médecins se disent en difficulté face à un patient suicidaire. 77% des médecins généralistes interrogés disent avoir des difficultés à établir un lien avec le psychiatre de leur secteur.

Ressenti des médecins répondants face à un patient suicidaire

Ne se sent pas en difficulté face à un patient en crise suicidaire	13 (16%)
Se sent en difficulté face à un patient en crise suicidaire	67 (84%)

Figure 13 : Tableau représentant la réponse le nombre de médecin généraliste se sentant en difficulté face à un patient en crise suicidaire

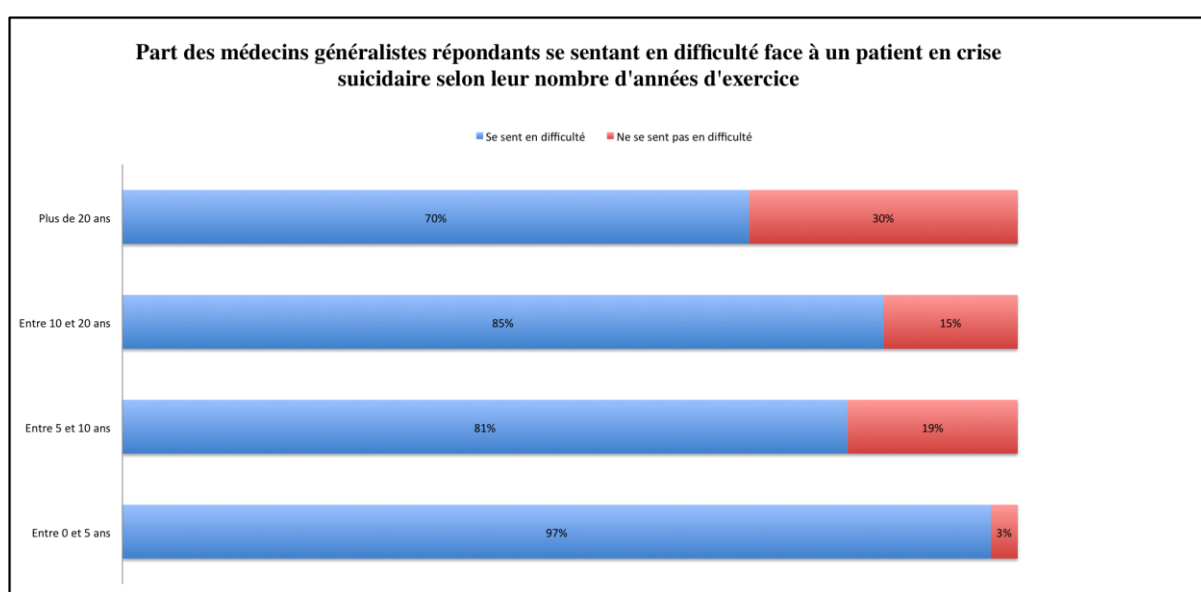


Figure 14 : Graphique représentant la part des médecins généralistes répondants se sentant en difficulté face à un patient en crise suicidaire selon leur nombre d'années d'exercice

La première difficulté à laquelle sont confrontés les praticiens, est la méconnaissance du réseau et des structures d'aides à la prise en charge (33%).

Un manque de temps pour des consultations nécessairement chronophages, nécessitant beaucoup de disponibilité de la part du médecin est également un problème soulevé pour 26% de l'échantillon.

D'autres difficultés comme la peur de rompre le lien avec le patient (13%), le manque de formation (10%) ou encore une difficulté de communication (6%) sont particulièrement ressorties.

C'est une prise en charge complexe	1
Carence et indisponibilité du réseau de psychiatrie	1
Difficulté à cerner le niveau de sévérité de la crise suicidaire	1
Difficulté de correspondants en psychiatrie	1
Difficultés d'échange avec le patient	5
Enorme difficulté d'accès à un psychiatre libéral, délai d'hospitalisation	1
Interférences avec votre vécu personnel et familial	1
Manque de formation	8
Manque de temps et de disponibilité	21
Méconnaissance du réseau et des structures d'aides à la prise en charge	27
Pas de difficultés	1
Peur de perdre le contact avec le patient, voire d'aggraver les choses	11
Pourquoi y aurait-il forcément des difficultés ?	1

Figure 15 : Tableau représentant les réponses à la question « Quelles sont vos difficultés dans l'évaluation et la prise en charge de la crise suicidaire ? »

Ces contraintes sont à nouveau rapportées pour quelques-unes en commentaire libre en fin de questionnaire. Certains médecins appuient sur la pénurie de spécialistes, le manque de place en hospitalier. Le sentiment d'isolement ressort également souvent. Le manque de formation ou encore la difficulté de repérer des éléments suicidaires chez un patient non suivi au long cours sont également évoquées.

“Psychiatre disponible par téléphone pour avis mais places CMP ou hospitalières très saturées et psy libéral payant “

“ Mon dernier patient en crise adressé aux Urgences est ressorti le lendemain avec un RDV au CMP 15 jours après”

“Bref, on est tout seul, et on se débrouille comme on peut”

“Pour ma part ce n'est pas tant le dépistage que la prise en charge qui est difficile de par le manque d'accès au psychiatre que ce soit en urgence ou non et par le manque de structure d'accueil adaptée notamment pour les jeunes”

“Il existe un manque criant de ressources pour la prise en charge des pathologies psychiatriques aiguës”

“Gros problème d'échange avec les structures psychiatriques par manque de moyens et psychiatres”

“Cas extrêmement difficile à gérer du fait de l'absence de psychiatre disponible dans le 05, et de l'impuissance du 15 et des urgences”

“La difficulté dans la crise suicidaire est surtout de savoir reconnaître un risque imminent de passage à l'acte ou non. Bien connaître son patient nous aide mais devant un patient de passage par exemple cela peut rendre l'exercice plus difficile”

2.5 Formation théorique sur le suicide

49 des médecins généralistes interrogés soit 61% rapportent avoir eu une formation sur le dépistage de la crise suicidaire au cours du cursus universitaire.

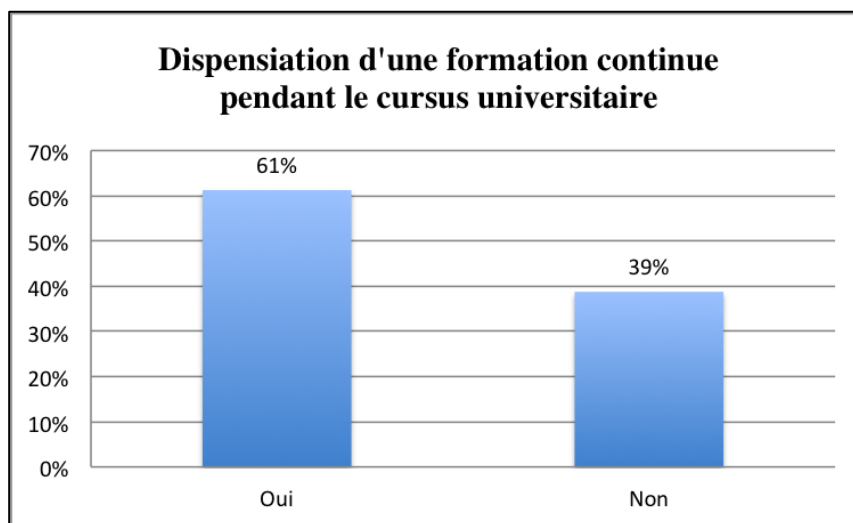


Figure 16 : Graphique représentant l'existence ou non d'une formation théorique sur le dépistage de la crise suicidaire par le cursus universitaire.

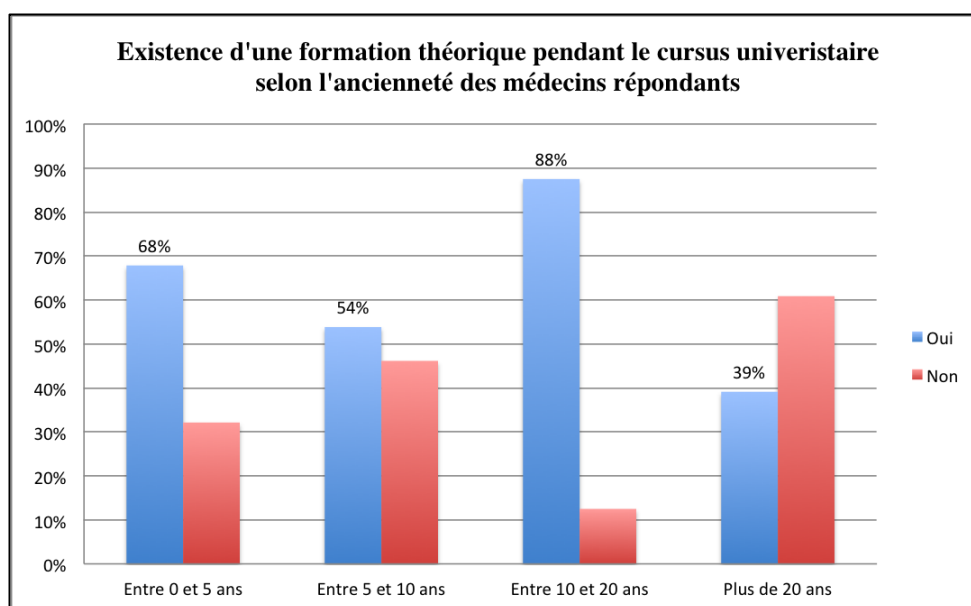


Figure 17 : Graphique représentant le lien entre la dispensation ou non d'une formation théorique pendant le cursus universitaire et l'ancienneté des médecins répondants.

39% des médecins ont suivi une formation dans la suite de leur internat, dans le cadre de la formation continue.

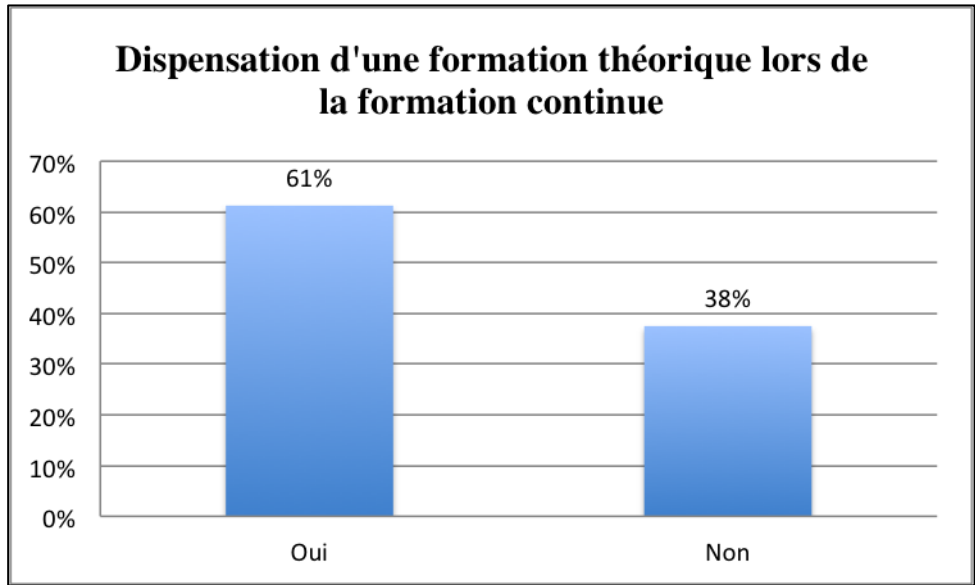


Figure 18 : Graphique représentant l'existence ou non d'une formation théorique sur le dépistage de la crise suicidaire par la formation continue.

Lorsqu'on pose la question aux praticiens, 35% d'entre eux se disent satisfaits (voir très satisfaits) de la formation reçue tout temps confondu.

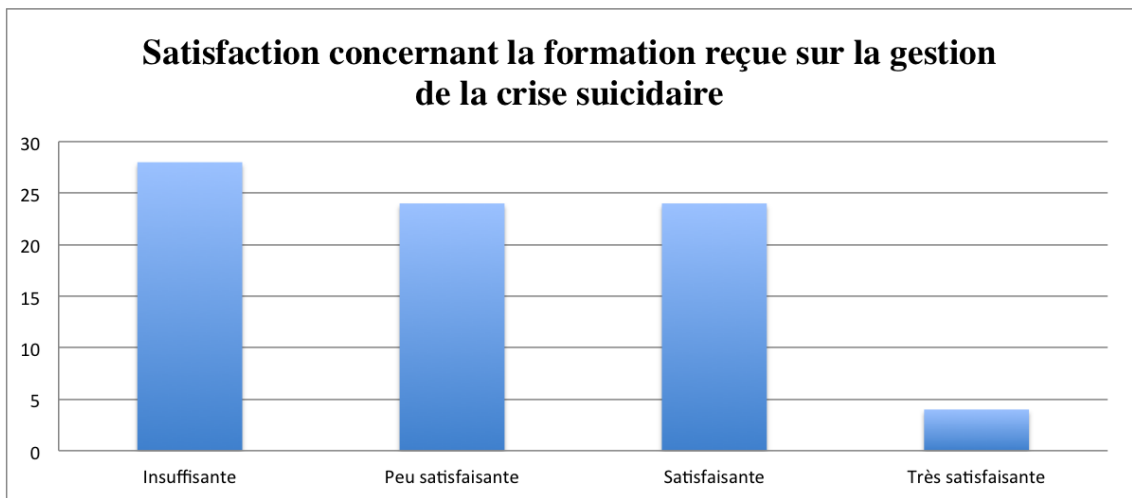


Figure 19 : Graphique représentant la satisfaction de la population interrogée concernant la formation reçue sur la gestion de la crise suicidaire

PARTIE III

75% des médecins interrogés ont déjà été confrontés au suicide ou du moins à une tentative de suicide d'un de leur patient. Une grande majorité (84%), se dit en difficulté face à un patient en crise suicidaire. Les difficultés rapportées portant davantage sur la prise en charge, la méconnaissance du réseau de soin local, des structures d'aide à la prise en charge de ces patients en souffrance. Le manque de disponibilité est également évoqué comme une contrainte à une prise en charge optimale d'un patient suicidaire.

L'orientation d'un patient en crise suicidaire se fait majoritairement en milieu hospitalier (SAU, Hôpital psychiatrique) plutôt qu'en ambulatoire. Lorsqu'une prise en charge ambulatoire est envisagée, elle se fait principalement avec les CMP, voire les psychiatres libéraux. Les outils d'évaluation sont connus pour la plupart par les praticiens, Le R.U.D étant le plus utilisé, mais la majorité des médecins ne se sert pas de ces outils face à un patient en crise suicidaire.

La démographie médicale selon les territoires dans cette grande région de Provence Alpes Côte d'Azur ainsi que la pénurie de spécialistes peut rendre la prise en charge de ces patients encore plus complexe et problématique.

Des dispositifs ont été mis en place à l'échelle nationale pour aider les praticiens à mieux appréhender ces situations.

Le but de l'étude est de déterminer si les médecins généralistes se sentent en capacité de gérer un patient en crise suicidaire, en cabinet. L'objectif secondaire est également de mettre en exergue les difficultés rencontrées par ces praticiens, dans le but de porter une réflexion sur les axes à perfectionner, développer, pour optimiser l'évaluation et la prise en charge de patients suicidaires.

I. Points forts et limites de l'étude

1. Points forts

La thématique est un point fort majeur, le sujet du suicide totalement d'actualité, fait écho à des souffrances vécues au sein même de la profession médicale. Il a sensibilisé tout de même un grand nombre de médecins, permettant un recueil de 80 réponses, avec une bonne dispersion selon le mode, le milieu d'exercice, l'ancienneté.

La technique d'enquête par questionnaire anonymisés, envoyés par mail, a permis aux répondants une souplesse horaire, une possibilité de répondre sans réticences sur les pratiques, les difficultés rencontrées dans leur exercice.

Ce sujet a été traité dans de nombreuses régions avec une approche qualitative. Il n'a pas été abordé par des internes de médecine générale à Marseille sur les dernières années. Ce travail se démarque donc par son originalité, avec une analyse quantitative de la prise en charge des patients suicidaires par les médecins généralistes.

Il nous a paru opportun de mettre en lumière les difficultés ressenties par les médecins dans la prise en charge de patients en situation de crise suicidaire. La prévalence des difficultés éprouvées par les médecins interrogés, suscite un questionnement sur les axes d'amélioration dans la prise en charge de ces patients.

2. Limites de l'étude

Ce type d'enquête auprès des médecins se heurte souvent à des difficultés de retour, réponses. Les nombreuses sollicitations de ces derniers, nous ramènent à un problème de disponibilité, nécessitant de nombreuses relances parfois.

Un biais de sélection est à considérer sur l'échantillonnage de cette étude.

L'envoi du questionnaire par mailing dématérialisé nécessita des relances. Le refus des différents CDOM départementaux de fournir les contacts nous a forcé à demander l'aide de certains médecins dans différents départements pour partager le mail à des confrères. Une annonce ayant également été diffusée par les CDOM du Vaucluse et du Var via leur newsletter. De ce fait, il est également impossible d'établir un taux précis de participation à l'enquête.

Un recrutement de proche en proche a dû être nécessaire en sollicitant des contacts y compris de l'auteur ou du maître de thèse exerçant dans la région.

On peut aussi déplorer une inégalité, faiblesse, dans l'échantillonnage, la répartition des médecins selon les secteurs. 2 praticiens des Alpes maritimes seulement ont répondu au questionnaire, relevant une difficulté à réaliser cette approche de "bouche à oreille" dans un territoire hors secteur de la Faculté d'Aix Marseille dont dépend l'enquêteur.

Nous pouvons émettre également une critique sur l'élaboration du questionnaire, permettant une analyse principalement descriptive de critères qualitatifs, traités de façon quantitative.

La formulation de la question 7 " Vous sentez vous en difficulté face à un patient suicidaire ?" a potentiellement influencé négativement la réponse des médecins.

Ce type d'enquête peut toujours surestimer les points négatifs, les personnes interrogées peuvent y voir une tribune pour verbaliser leurs difficultés et les placer au premier plan.

II. Discussion sur les résultats

1. Une prise en charge difficile

1.1 La gestion du temps

La prise en charge en consultation de la crise suicidaire est perçue comme difficile par beaucoup de praticiens pour de multiples raisons.

Une des premières contraintes est le manque de temps. Les médecins généralistes ont une pression toujours plus croissante de demande de soins. En plus de consultations de suivi chronique, s'ajoute une part dédiée aux soins non programmés, urgents. Les questions de santé mentale nécessitent un temps d'écoute, d'évaluation psychiatrique, souvent plus long et plus complexe qu'un examen somatique.

La patientèle en file active moyenne en 2021 était de 1577 patients. (21)

Le nombre de médecins généralistes a reculé sur la dernière décennie. 57 000 médecins généralistes en exercice libéral (en comptant les MEP, médecins à expertise complémentaire) étaient dénombrés en 2021 selon l'assurance maladie, soit une perte de 2500 praticiens par rapport à 2010.

La densité par habitant a également chuté, passant de 85 médecins (hors MEP) pour 100 000 habitants en 2010 à 77 en 2021

Ce problème de gestion du temps conjugué à une pénurie de médecins est accentué dans certains territoires.

1.2 La communication dans la relation médecin patient

Dans l'étude 11 praticiens ont estimé avoir une crainte de perte de contact avec le patient en abordant certains points tandis que pour 5 médecins, il y a bien un souci de communication avec le patient.

Ceci ne reflète pas d'un défaut d'aptitude du médecin mais plutôt d'attitude du patient suicidaire parfois, fermée, dans le déni de cette souffrance décelée ou dans le refus de soins. La prise en charge spécialisée, psychiatrique (voire psychologique) reste encore pour beaucoup de patients, connotée négativement, ce qui peut expliquer cette réticence, ce rejet rencontré par les médecins parfois en consultation. Il peut y avoir cette crainte sociale d'être caractérisé comme un " fou ", d'une certaine promiscuité également en hospitaliser avec des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères.

Le médecin généraliste est souvent amené à orienter un patient en situation de souffrance, selon le niveau de risque estimé, vers un autre professionnel voir dans une structure de soins adaptée. Cette situation peut être perçue comme une situation d'abandon, par les patients. La communication déjà essentielle dans l'exercice de la profession, revêt une importance singulière pour les médecins, par un jeu de négociation parfois avec le patient, pour obtenir son adhésion aux soins.

1.3 Le travail en réseau dans la prévention et la prise en charge

Une bonne prise en charge de ces patients requiert un travail de coordination entre différents intervenants. Ceci ne remet aucunement en question la place du médecin généraliste, souvent en première ligne. Il apparaît primordial d'identifier ces différents intervenants, que ce soit les psychiatres, psychologues, infirmières de secteur, urgences psychiatriques, services d'urgence SAU, les CMP, les Centres d'accueil permanents, les CMPP ou encore cliniques privées psychiatriques.

Dans notre étude, plus d'un tiers de médecins ont reconnu avoir une certaine méconnaissance des structures et du réseau d'aide à la prise en charge. Les différents intervenants sont connus de tous, mais le rôle de certain est peut-être mal compris. Les CMP sont par définition des unités d'accueil et de coordination pour des soins psychiatriques en milieu ouvert, offrant prévention, diagnostic, soins ambulatoires et interventions à domicile.

Ces structures, au cœur de la psychiatrie ambulatoire, sont énormément sollicités avec un fonctionnement difficile du fait de la pénurie de psychiatres, psychologues. Lorsqu'un médecin généraliste adresse un patient vers le CMP le plus proche, afin d'avoir une évaluation psychiatrique, celle-ci se fait souvent par une infirmière spécialisée qui évalue la nécessité ou non d'une évaluation par un médecin psychiatre, d'un suivi par un psychologue ou par une prise en charge pluridisciplinaire. L'orientation vers un CMP n'est donc pas synonyme d'un suivi par un médecin psychiatre. Le médecin généraliste joue un rôle important dans la prévention du risque suicidaire et de postvention auprès de proches endeuillés.

En situation de crise suicidaire, la plupart des patients sont adressés vers les services d'urgences généraux des centres hospitaliers. De nombreux hôpitaux ne disposent pas de service d'urgence psychiatrique ou d'un psychiatre de garde. La prise en charge diffère de facto selon les territoires, au sein d'une même région.

Les centres d'accueil permanents (CAP 48,72) sont également des centres médico-psychologiques, ouverts en continu, organisant l'accueil, l'orientation et la réalisation de soins d'urgence en ambulatoire y compris même à domicile. Ils peuvent comporter quelques lits pour des prises en charges courtes (3 jours en moyenne). (22)

1.4 Le ressenti d'un manque de formation

La plupart des médecins généralistes estiment ne pas avoir reçu une formation suffisante sur la prise en charge de la crise suicidaire lors de leur cursus. Les stages en externat dans les services de psychiatrie ne sont peut-être pas suffisants, avec des modalités souvent différentes d'une faculté à une autre (stages non obligatoires). La demande de parfaire la formation afin de mieux appréhender ces consultations souvent vécues comme difficiles est univoque.

Une étude de 2014 démontrait déjà que la formation des médecins généralistes que ce soit du 1er au 3e cycle ou dans le cadre du DPC, était insuffisante, ne répondant pas toujours aux attentes des praticiens. (23)

L'étude de Gotland est le parfait exemple qu'une formation continue sur le sujet peut améliorer les connaissances et pratiques des médecins généralistes.

III. Ouvertures sur la discussion

L'amélioration de la prise en charge de ces patients suicidaires passent par l'écoute des professionnels de santé, de leurs demandes. Des dispositions ont été entreprises pour perfectionner l'évaluation et l'intervention des médecins généralistes dans la crise suicidaire.

Les dispositifs sentinelles, éléments de stratégie nationale, actualisés en 2019, sont destinés à former les professionnels de santé travaillant de manière régulière en suicidologie. La structuration et la mise en réseau des différents acteurs de soins est coordonnée par les différentes ARS. La place de chacun dans la prévention du suicide est réaffirmée. Les médecins généralistes sont particulièrement ciblés et sensibilisés à la prévention du suicide via des formations intégrées dans les offres de DPC dès 2020. (24)

La mise en place de discussions, rencontres interprofessionnelles, au sein des différents territoires, régions, paraît essentielle pour affiner cette coordination de soins, à la manière de groupe Balints.

L'écoute, la prévention du risque suicidaire, se développe aussi via le tissu associatif. Allo suicide (association leur d'espoir), le 3114 (ministère de la Santé, numéro national de prévention du suicide), SOS Suicide Phénix, SOS help, Suicide écoute sont autant de lignes d'écoute, proposant un soutien psychologie par téléphonie, tchat, internet. Il apparaît nécessaire aussi d'informer les patients, leur entourage de l'existence de ces dispositifs.

CONCLUSION

A travers cette étude, nous avons constaté qu'une grande majorité des médecins généralistes ont déjà été confrontés au suicide ou à une tentative de suicide d'un de leur patient.

Les échelles d'évaluation du risque suicidaire, sont connues mais très peu utilisées en pratique courante dans une situation de crise suicidaire.

L'évaluation psychiatrique en cabinet de médecine générale, est complexe et subjective. Nombreux sont les médecins en demande de formations et d'information. Ces formations

existent, mais un travail de communication sur celles-ci et une adaptation à l'échelle territoriale seraient à développer davantage. Optimiser l'approche des médecins généralistes dans la prévention et dans la gestion de la crise suicidaire passe par la multiplication des formations médicales continues sur la thématique du suicide et le passage obligatoire en service de psychiatrie durant le cursus universitaire.

La méconnaissance des structures de soins, voir leur inaccessibilité rend cette prise en charge d'autant plus difficile pour les médecins généralistes.

Le rôle du médecin généraliste est fondamental dans le dépistage du risque suicidaire. Il est en première ligne pour la prise en charge des patients et de leur entourage. Il ne peut se faire qu'à travers une bonne coopération avec les autres intervenants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Suicide. Organisation Mondiale de la Santé. 2023 ; Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Suicide, connaître pour prévenir : Dimensions nationales, locales et associatives. Observatoire national du suicide ; 2e rapport février 2016 ; Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons2016_mel_220216.pdf
3. Suicide, mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID19. Observatoire national du suicide ; 5e rapport septembre 2022 ; Disponible sur : <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-liee-au-0>
4. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Haute Autorité de Santé ; Octobre 2000 ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

5. La politique de prévention du suicide. Ministère de la Santé et de la Prévention ; 2023 ; Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-politique-de-prevention-du-suicide>
6. L'observatoire, santé mentale en France. La Mutualité Française ; 2021 ; Disponible sur : <https://www.mutualite.fr/actualites/les-10-chiffres-cles-de-lobservatoire-2021-sur-la-sante-mentale/>
7. Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales. Santé publique France ; 2019 ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales1>.
8. Conduites suicidaires dans les régions françaises pendant et à la suite de la crise sanitaire. Santé publique France ; 2023 ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/conduites-suicidaires-dans-les-regions-francaises-pendant-et-a-la-suite-de-la-crise-sanitaire>
9. Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Haut Conseil de la santé publique ; 2016 ; Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=554>
10. Conférence de consensus- La Crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge ; Fédération française de psychiatrie ; 2000 ; Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
11. Action de santé publique pour la prévention du suicide. Organisation mondiale de la santé ; 2014 ; Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112853/978924>
12. Hawton, Keith, and Kees van Heeringen. "Suicide." *Lancet* (London, England) vol. 373,9672 (2009) : 1372-81. doi :10.1016/S0140-6736(09)60372-X
13. Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* (London, England), 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
14. LIVE LIFE : An implementation guide for suicide prevention in countries. WHO ; 2021 ; Disponible sur : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026629>
15. About YAM - Youth Aware of Mental health; 2018; Disponible sur: <https://www.yam.org/>
16. Le dispositif de recontact Vigilans. Ministère de la Santé et de la Prévention ; 2023 ; Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>
17. Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T. S., Taub, N., McColgen, Z., de Girolamo, G., Polidori, G., Mazzi, F., De Graaf, R., Vollebergh, W. A., Buist-Bowman, M. A., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Palacín, C., Autonell, J., ... Bruffaerts, R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International journal of methods in psychiatric research*, 11(2), 55–67. <https://doi.org/10.1002/mpr.123>

18. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand.* août 1989;80(2):151-4
19. Pierre-Luc Podlipski, Eric Tran, Jan Chrusciel, Arthur Kaladjian, Stéphane Sanchez. Crise suicidaire, évaluation des pratiques en médecine générale selon l'âge du patient. *Soins Psychiatrie*; janv 2022 ;7769(338) : Disponible sur : [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0241-6972\(22\)00013-5](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0241-6972(22)00013-5)
20. Bolton, J. M., Spiwak, R., & Sareen, J. (2012). Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: a longitudinal analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(6), e735–e741. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m07362>
21. Lancement d'un nouveau site interactif en open data : Data Professionnels de santé libéraux ; 2023 ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/lancement-d-un-nouveau-site-interactif-en-open-data-data-professionnels-de-sante-liberaux>
22. Guide répertoire sur la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire en PACA. ORS PACA ; 2008 ; Disponible sur : <https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Guide-repartoire-suicide-ORS-Paca.pdf>
23. Fovet, T., Amad, A., Geoffroy, P., Messaadi, N. & Thomas, P. (2014). État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'information psychiatrique*, 90, 319-322. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1201>
24. La formation à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire. Ministère de la Santé et de la Prévention ; 2023 ; Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-formation-a-l-evaluation-et-a-l-intervention-de-crise-suicidaire>

ANNEXES

I. Questionnaire

1. Dans quel département exercez-vous ?
 - a. Alpes-de-Haute-Provence (04)
 - b. Hautes-Alpes (05)
 - c. Alpes-Maritimes (06)
 - d. Bouches-du-Rhône (13)
 - e. Var (83)

f. Vaucluse (84)

2. Dans quel milieu exercez-vous ?

- a. En milieu citadin (milieu urbanisé prédominant)
- b. En milieu semi-rural (campagne et milieu urbanisé)
- c. En milieu rural (campagne prédominante)

3. Depuis combien d'années exercez-vous ?

- a. Entre 0 et 5 ans
- b. Entre 5 et 10 ans
- c. Entre 10 et 20 ans
- d. Plus de 20 ans

4. De quelle manière exercez-vous ?

- a. Seul
- b. En association
- c. En collaboration
- d. En maison de santé pluridisciplinaire
- e. En permanence libérale
- f. Autre :

5. Avez-vous déjà été confronté à la tentative de suicide ou au suicide d'un de vos patients ?

a. Oui

b. Non

6. Si oui, quels sentiments avez-vous ressenti ?

a. Tristesse

b. Culpabilité

c. Impuissance

d. Acceptation

e. Autre :

7. Vous sentez-vous en difficulté face à un patient suicidaire ?

a. Oui

b. Non

8. Avez-vous déjà reçu une formation théorique sur le dépistage de la crise suicidaire ?

a. Durant vos études

i. Oui

ii. Non

b. Par la formation continue

i. Oui

ii. Non

9. La formation théorique que vous avez reçue sur le suicide vous paraît-elle suffisante ?

- a. Très satisfaisante
- b. Satisfaisante
- c. Peu satisfaisante
- d. Insuffisante
- e. Autre :

10. Quelles sont vos difficultés dans l'évaluation et la prise en charge de la crise suicidaire ?

- a. Manque de formation
- b. Difficultés d'échange avec le patient
- c. Manque de temps et de disponibilité
- d. Peur de perdre le contact avec le patient, voir d'aggraver les choses
- e. Méconnaissance du réseau et des structures d'aides à la prise en charge
- f. Interférences avec votre vécu personnel et familial
- g. Autre :

11. Utilisez-vous une échelle d'évaluation pour dépister la crise suicidaire et sa gravité ?

- a. Oui
- b. Non

12. Quelles sont vos ressources utilisées dans la prise en charge du patient suicidaire ?

- a. RUD : Oui / Non / Non applicable
- b. SAD persons scale : Oui / Non / Non applicable
- c. DECIDE : Oui / Non / Non applicable

d. ASQ : Oui / Non / Non applicable

13. Si vous utilisez un autre outil, lequel ?

14. Vous est-il déjà arrivé de prendre en charge en ambulatoire un patient en crise suicidaire ?

a. Oui

b. Non

15. Si oui, par qui vous faites vous aider ?

a. Psychologue libéral

b. Psychiatre libéral

c. Centre médico-psychologique

16. Rencontrez-vous des difficultés à établir un lien avec un psychiatre de votre secteur ?

a. Oui

b. Non

17. En cas de risque suicidaire où adressez-vous votre patient ?

a. Dans le service psychiatrique de rattachement (urgences psychiatriques)

b. Aux urgences (SAU)

c. Dans un établissement psychiatrique privé

d. Au CMP

e. A un psychiatre libéral

f. Autre :

18. Avez-vous des remarques ou des précisions à formuler

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. 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 et méprisé si j'y manque.

RESUME

Contexte : Le suicide est une préoccupation majeure de santé publique en France et dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Chaque année plus de 9000 personnes se suicident en France. Le médecin généraliste a une place incontournable dans le parcours de soin du patient suicidaire.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de comprendre le rôle du médecin généraliste dans le réseau de soin en matière de crise suicidaire à travers leur ressenti. Quelle prise en charge pour quelles limites rencontrées ?

Méthode : Une étude quantitative descriptive observationnelle et transversale a été réalisée auprès de médecins généralistes de la région PACA, étude sous forme de questionnaire envoyé par courriel à un échantillon de médecins généralistes de la région.

Résultats : 80 médecins généralistes ont participé à l'enquête. Une très grande majorité de ces médecins, a déjà été confrontée au décès ou à une tentative de suicide d'un patient (75%). Face à ce type de situation, la majorité des médecins éprouvent un sentiment de tristesse, d'impuissance. Les praticiens utilisent peu les échelles d'évaluation en pratique courante, bien que l'outil R-U-D soit le plus utilisé. Les difficultés rencontrées sont surtout liées au manque de temps, à un problème de communication face à des patients parfois réfractaires aux soins ou encore à une méconnaissance du réseau de soin local. Nombreux sont les médecins à exprimer leur besoin de formation.

Conclusion : L'optimisation de la prise en charge de patients suicidaire passe par une amélioration de la formation des médecins et par une meilleure coopération entre les différents acteurs de santé.

Mots-clés : suicide, médecins généralistes, rôle du médecin, réseau de soin, étude quantitative, Provence Alpes Côte d'Azur.

ABSTRACT

Background : Suicide is a huge public health concern in France and in Provence-Alpes-Côte d'Azur. Every year more than 9000 persons die due to suicide.

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

Method : Quantitative descriptive observational and transversal study with general practitioners in PACA, based on a questionnaire.

Results : 80 general practitioners agreed to participate. A large majority have already had to deal with a patient's death by suicide or attempted suicide (75%). In front of those situations, most GP feel sad and powerless. Practitioners make little use of assessment scales in everyday practice even if R-U-D scale is the most used the difficulties encountered are mainly due to lack of time, communication problems with patients and lack of knowledge of the local healthcare network. Many GP expressed their need for training.

Conclusion : Optimizing the care of suicidal patients require better training for GP and improved cooperation between the various healthcare professional.

Keywords : suicide, general practitioners, GP's role, healthcare network, quantitative study, Provence Alpes Côte d'Azur.