



HAL
open science

Exploration des idées suicidaires en médecine générale : une étude observationnelle nationale sur le réseau Sentinelles France

Irène Bertherat

► To cite this version:

Irène Bertherat. Exploration des idées suicidaires en médecine générale : une étude observationnelle nationale sur le réseau Sentinelles France. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-05240015>

HAL Id: dumas-05240015

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05240015v1>

Submitted on 4 Sep 2025

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.1

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2024

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 02/04/2024

Par

Irène BERTHERAT

**Exploration des idées suicidaires en médecine générale : une étude
observationnelle nationale sur le réseau Sentinelles France**

Dirigée par Docteur Laurie-Anne Claude

JURY

M. le Professeur Nicolas HOERTEL

Président

Docteur Laurie-Anne CLAUDE

Directrice

Mme La Professeure Nadia YOUNES

Membre du jury

Docteur Adeline GAUTIER

Membre du jury

Remerciements

À M. le Professeur HOERTEL Nicolas, *Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, président du jury.*

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

À Mme la Docteur CLAUDE Laurie-Anne, *Praticienne Hospitalière, Directrice de thèse, membre du jury*

Un immense merci d'avoir été une cheffe de clinique et directrice de thèse présente et investie, de m'avoir transmis par ta manière d'être et ta lucidité des clefs importantes en clinique et en recherche, la rigueur et la systémativité, ainsi que le plaisir de travailler auprès des patients.

À Mme la Professeur YOUNÈS Nadia, *Professeur des Universités, Praticien Hospitalière, membre du jury*

Un grand merci de m'avoir permis de travailler sur ce projet de recherche, vos encouragements, votre présence, votre aide et votre précision.

À Mme la Docteur GAUTIER Adeline, *Praticienne Hospitalière, membre du jury*

Un sincère merci de me faire l'honneur de votre présence dans ce jury de thèse, et de m'avoir enseigné la psychiatrie et le savoir-être auprès des patients, ainsi que l'amour du travail en équipe.

À Marie POUQUET, *doctorante en épidémiologie et en pharmacie*

Merci pour tes explications précieuses et tes encouragements, ta rigueur, ta sympathie, ta disponibilité qui m'a beaucoup aidée, et ton regard critique.

À Titouan LAUNAY, *membre du Réseau Sentinelles*

Merci pour le recueil et l'optimisation des données.

Aux Médecins du réseau Sentinelles,

Merci d'avoir donné de votre temps malgré vos activités cliniques très prenantes pour faire avancer la recherche sur la prévention du suicide.

Aux médecins seniors qui m'ont encadrée en stage

Merci pour votre enseignement, et d'avoir contribué par vos qualités humaines et cliniques au façonnement de ma propre pratique.

À mes parents Deborah et Jérôme,

Merci pour votre regard bienveillant sur le monde, votre courage et votre présence qui m'ont aidée à trouver ma voie dans cette profession. Merci pour votre aide dans la relecture de la thèse.

À mes frères Emile et Georges,

Merci pour votre présence et votre soutien, merci pour votre humour et pour la joie d'être ensemble.

À Jean-Charles,

Merci d'avoir été présent et de m'avoir expliqué le fonctionnement de l'outil informatique R. Merci de m'avoir soutenue pour rédiger cette thèse truffée de surprises. Merci pour ton aide dans la relecture de la thèse.

À mes amis de la faculté de médecine,

Merci Amina pour ta finesse et ton amitié, 17 fois merci à toi Marion C., merci Matthieu pour toutes ces tranches de vie partagées.

À Marie,

Merci d'avoir été une superbe co-interne toujours joyeuse et rassurante, particulièrement investie et douée. Merci pour ces moments partagés et ton soutien pendant la rédaction de la thèse.

A Adeline et Cyrine, psychiatres

Merci pour vos exemples de prises en charge rondement menées en stage, et d'avoir été des exemples d'épanouissement professionnels et personnels, c'est un plaisir de vous voir briller dans vos multiples talents annexes à la psychiatrie.

À Marion R.,

Merci d'avoir dansé et illuminé de rouge mon internat. À ta douceur et à ta convivialité.

À Manon et Pierre-François,

Merci pour ces moments de détente et de jeu au long de ces études.

À Aurore et Héloïse

Merci pour votre présence soutenue, votre manière d'être si originales et votre bonté.

À mes amis les Magnolias,

Mathilde d'avoir été une pionnière de la thèse pour nous, merci Raphaëlle d'avoir partagé ce semestre de thèse ensemble avec bienveillance et gentillesse. Merci Clara pour tes bonnes ondes de l'autre côté de l'océan. Merci Anaïs pour tes anecdotes, merci Marin pour tes débats. Merci Linh et Adrien.

EXPLORATION DES IDÉES SUICIDAIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE : UNE ÉTUDE NATIONALE OBSERVATIONNELLE SUR LE RÉSEAU SENTINELLES FRANCE

Résumé :

Introduction : Bien que l'exploration des idées suicidaires (IS) en soin primaire en amont d'actes suicidaires puisse éviter des suicides (S) ou des tentatives de suicide (TS), les facteurs liés à cette exploration sont peu étudiés. Cette étude a pour but d'estimer la prévalence d'exploration des idées suicidaires par les médecins généralistes (MG) dans les 6 mois précédant un acte suicidaire, et d'identifier les facteurs liés à cette exploration.

Méthode : Les actes suicidaires déclarés, de manière prospective, par questionnaires sur le réseau Sentinelles France de 2013 à 2023 ont été analysés pour les données relatives aux patients et aux médecins.

Résultats : 459 MG rapportent 1156 actes suicidaires (928 TA, 205 S). Les IS ont été explorées dans les 6 mois précédents dans 54.9 % (IC 52.0-57.8) des cas. Plusieurs facteurs sont associés positivement avec l'exploration des IS (EIS) en analyse multivariée : l'expression d'IS (OR = 20.52; 95% IC [9.1-55.7]; $p < 0.001$), une consultation pour des motifs psychologiques (OR = 3.37; 95% IC [1.9-6.0]; $p < 0.001$), la période post-2020 (OR = 2.25; 95%CI [1.5 - 3.4]; $p < 0.001$), des antécédents d'AS (OR = 2.10 95% IC [1.4-3.2] $p < 0.001$), une dépression (OR = 1.92; 95% IC [1.3-2.9]; $p = 0.001$), le S vs. les TS (OR = 1.86; 95% IC [1.1-3.3]; $p = 0.024$), abus de substances (OR = 1.82; 95% IC [1.1-3.0]; $p = 0.020$), une consultation du MG dans le mois précédent (OR = 1.63; 95% IC [1.1-2.4]; $p = 0.010$). Une consultation uniquement pour motif somatique ou maladie chronique était négativement associée avec l'EIS par rapport à une consultation pour motif somatique ou maladie chronique et motif psychologique (OR = 0.27; 95% IC [0.17-0.43]; $p = 0.001$).

Limitations : D'autres facteurs non-étudiés ici pourraient être associés. Le rapport par le médecin généraliste de l'ESI pourrait être biaisée par biais de désirabilité sociale. Les données sont celles des médecins du réseau Sentinelles, potentiellement habitués à gérer un risque suicidaire.

Conclusion : L'amélioration des pratiques de l'exploration des IS en médecine générale reste un défi important. La pandémie de COVID semble avoir amélioré la sensibilisation des MG à l'IS. Cette étude illustre le besoin de développer et de proposer en médecine générale des formations spécifiques dans l'évaluation du risque suicidaire et de ses particularités, notamment dans le contexte d'une consultation pour motif somatique.

Spécialité :

DES Psychiatrie

Mots clés français :

[Idéation suicidaire](#)

[Médecine générale](#)

[Prévention du suicide](#)

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Résumé et indexation en anglais

SUICIDAL IDEATION EXPLORATION BY GENERAL PRACTITIONERS ACT IN PRIMARY CARE: A NATIONAL OBSERVATIVE STUDY ON FRENCH SENTINELLES NETWORK

Background: Although exploration of suicidal ideation in primary care prior to suicidal acts could prevent suicides (S) and suicide attempts (SA), which are major public health issues, factors linked to suicidal ideation exploration by general practitioners (GP) among patients who acted out are still unstudied. This study aims to assess the prevalence of exploration of suicidal ideation by GPs during the 6 months before a suicidal act and to identify factors linked to this exploration.

Methods: The questionnaires answered weekly by the GPs French Sentinelles Surveillance system between 2013 and 2023 for all suicidal acts (SA and S) among their patients were analysed.

Results: 459 GPs reported N = 1156 suicidal acts (N = 928 TA, N = 205 S). Suicidal ideation was explored during a previous consultation in the last 6 months for 54.9% (95%CI 52.0-57.8). Several clinical factors were positively associated with exploration of suicidal ideation (ESI) in multivariate analyses: expression of suicidal ideation (OR = 20.52; 95%CI [9.1-55.7]; p = <0.001), psychological consult reason (OR = 3.37; 95%CI [1.9-6.0]; p = <0.001), post-2020 period (OR = 2.25; 95%CI [1.5 - 3.4]; p = <0.001), history of SA (OR = 2.10 95%CI [1.4-3.2] p = <0.001), depression (OR = 1.92; 95%CI [1.3-2.9]; p = 0.001), S versus SA (OR = 1.86; 95%CI [1.1-3.3]; p = 0.024), substance misuse (OR = 1.82; 95%CI [1.1-3.0]; p = 0.020), and last month GP's consultation (OR = 1.63; 95%CI [1.1-2.4]; p = 0.010). Somatic/chronic only consultation reason was negatively associated with ESI vs. somatic/chronic and psychological consultation reason (OR = 0.27; 95%CI [0.17-0.43]; p = 0.001).

Limitations: Data is limited on other factors that may be linked. GP's report of suicidal exploration could be biased by social desirability. Data applies to GPs Sentinelles, who might be used to monitoring suicidal acts GPs.

Conclusion: Improving practices for exploring suicidal ideation in general practice remains a major challenge. The COVID pandemic seems to have heightened GPs' awareness of suicidal ideation. There seems to be a need to develop and provide specific training in suicide risk assessment in general practice and its particular features, particularly in the case of consultations for somatic reasons.

English keywords:

MeSH

Suicidal ideation

General practice

Suicide prevention

Publication type:

MeSH : Academic Dissertation

Liste des abréviations

- ESI : exploration of suicidal ideation
- DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- GPs : general practitioners
- OFSP : office fédéral de la santé publique
- OR : odd-ratio
- SA : suicide attempt
- SC : completed suicide
- SI : suicidal ideation
- 95%IC : intervalle de confiance à 95%

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
RÉSUMÉ ET INDEXATION EN FRANÇAIS	5
RÉSUMÉ ET INDEXATION EN ANGLAIS	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
TABLE DES MATIÈRES	8
PRÉAMBULE	9
1. INTRODUCTION	10
1.1 : CRISE ET ACTES SUICIDAIRES.....	10
1.1.1. <i>Définition et épidémiologie du suicide</i>	10
1.1.2. <i>Crise suicidaire</i>	10
1.1.3. <i>Facteurs de risque connus de suicide</i>	11
1.1.4. <i>Évaluation du risque suicidaire</i>	12
1.1.5. <i>Importance des idées suicidaires</i>	13
1.2 : SUICIDALITÉ ET MÉDECINE GÉNÉRALE.....	15
1.2.1. <i>La consultation en médecine générale avant un suicide :</i> <i>une situation très fréquente</i>	15
1.2.2. <i>Prévalence des idées suicidaires et de leur expression en médecine générale</i>	16
1.2.3. <i>Fréquence de l'exploration des idées suicidaires en médecine générale</i>	16
1.2.4. <i>Facteurs associés à l'exploration des idées suicidaires en médecine générale</i>	17
1.2.5. <i>Opinions des médecins généralistes sur leur formation et leur capacité</i> <i>de dépistage des idées suicidaires</i>	18
2. ARTICLE	20
3: CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	49
TABLE DES FIGURES	55
TABLE DES TABLEAUX	56

Préambule

Avec environ 700 000 suicides (S) par an dans le monde selon l’OMS et environ 20 fois plus de tentatives de suicide (TS) (1), les actes suicidaires représentent un enjeu de santé publique majeur. Ils ont en commun de souvent survenir dans un contexte de crise suicidaire, qui commence par l’apparition des idées de mort puis des idées suicidaires (IS) et qui peut aboutir à un acte suicidaire. L’objectif est d’apporter à ces patients des soins et une possibilité de partage de la situation de crise suicidaire pour en sortir (2).

Les médecins généralistes sont des acteurs importants de la prévention du suicide et des actes suicidaires du fait de leur rôle majeur dans les soins des troubles mentaux fréquents et de la fréquence des consultations en soins primaires avant un acte suicidaire. Les enjeux de repérage en médecine générale des situations à risque, d’expression par les personnes concernées des idées suicidaires et de l’exploration des idées suicidaires par les médecins généralistes, sont majeurs. Ce travail de thèse s’intéressera donc à la question de l’exploration des idées suicidaires en médecine générale en amont d’un acte suicidaire.

Dans notre introduction, nous commencerons par présenter le travail de bibliographie que nous avons réalisé sur les définitions et repères épidémiologiques des actes suicidaires et du risque suicidaire, ainsi que sur la place de la médecine générale dans la prise en charge de la suicidalité. Ce travail de bibliographie a mis en évidence des points non explorés dans l’exploration des idées suicidaires en médecine générale, nous ayant conduit à formuler des objectifs d’une étude dans ce domaine. Nous avons réalisé cette étude originale observationnelle nationale, à partir des données du réseau Sentinelles France, un réseau national de surveillance sanitaire. Ce manuscrit de thèse présentera en deuxième partie l’article écrit sur ce travail. Nous concluons en résumant notre travail et ses points de discussions et en présentant les perspectives ouvertes par notre étude.

1.1. Crise et actes suicidaires

1.1.1. Définition et épidémiologie du suicide

Le suicide est un acte délibéré effectué pour en finir avec sa propre vie, entraînant le décès de l'individu. Les tentatives de suicide sont les actes suicidaires sans issue fatale (3).

En France, 250 000 tentatives de suicides et 9 000 suicides sont dénombrés par an, soit 13,4/100 000 habitants/an (4). Cela représente 1,4% des décès (4). Le suicide est la première cause de mortalité des 25-34 ans (20 % environ du total des décès dans cette tranche d'âge), et la deuxième chez les 15-24 ans (5).

Le suicide est une cause de mortalité évitable : des mesures de prévention en termes de santé publique et de soins primaires pourraient épargner des vies (6). Il constitue un problème de santé publique majeur, avec des pertes de vies humaines. Il est également le reflet de problèmes de santé psychiques dans la population.

On définit plusieurs situations :

- Les patients suicidés sont les patients décédés par suicide (3).
- Les patients suicidants sont ceux qui ont réalisé une TS (3).
- Les patients suicidaires sont ceux qui expriment des IS (3).
- Le terme de suicidalité regroupe les pensées, impulsions et actes suicidaires (OFSP, 2016).

1.1.2. Crise suicidaire

La crise suicidaire est décrite en psychiatrie et en suicidologie. Les individus consultant peu avant un suicide peuvent se situer dans une crise suicidaire (7). Il s'agit d'une crise psychique caractérisée par l'émergence d'idées suicidaires, dont le risque principal est qu'elle aboutisse à une tentative de suicide ou à un suicide (7). La crise suicidaire est un état temporaire et fluctuant (8).

La personne est alors dans une situation de souffrance et de rupture d'équilibre. Les sentiments d'échec, de perte et les ruminations sont souvent très présents (7), jusqu'à un vécu d'impasse. La perte objective ou subjective de lien social est souvent présente (8).

Sur le plan de ses cognitions, à mesure que la crise suicidaire s'aggrave, la réalisation d'un autre scénario que le suicide devient de moins en moins probable pour le sujet. Les idées suicidaires apparaissent alors comme une solution possible aux difficultés de vie du sujet, lorsqu'il atteint les limites de ses capacités d'ajustement, et à sa souffrance psychique (7). Elles peuvent devenir de plus en plus présentes, jusqu'à l'élaboration d'un scénario suicidaire. Il existe heureusement d'autres possibilités pour sortir de cette crise (7), d'où l'importance de la détection des idées suicidaires chez ces patients.

Une étude sur sondage de la population générale aux États-Unis, la National Comorbidity Survey, menée sur 5877 patients de 15 à 54 ans, a mis en évidence que 34% des patients ayant des idées suicidaires passaient à un plan, que 72% passaient d'un plan à une tentative de suicide, et que 26% passaient d'idées suicidaires à une tentative de suicide non planifiée (9).

Une autre étude sur ce sujet a été conduite par auto-questionnaires dans la cohorte PRISM, incluant des patients de 6 centres de soins primaires militaires aux États-Unis. 38.5% rapportaient des idées et un plan suicidaire avant de passer à l'acte, 44.2% rapportaient des IS sans plan, et 17.3% disaient n'avoir eu ni plan ni idée (10).

Dans un acte suicidaire, la dimension d'impulsivité peut être au premier plan. Les actes suicidaires ne surviennent pas toujours dans un contexte de crise suicidaire, ils ne sont pas toujours précédés de l'aggravation progressive de l'état psychique du sujet et de ses idées suicidaires. Il existe parfois des tentatives de suicide brutales, sans idées suicidaires au préalable, sur un mode impulsif (10). Cela peut être le cas particulièrement dans des cas d'intoxications alcooliques aiguës (11).

1.1.3. Facteurs de risque connus de suicide

Les facteurs de risques de suicide peuvent se classer en facteurs individuels et environnementaux.

Parmi les facteurs individuels, on retrouve la pathologie psychiatrique, les tempéraments impulsifs, les antécédents familiaux de comportements suicidaires et la perte d'un parent par suicide, les événements de vie adverses dans l'enfance, les abus de substances et les problèmes de santé physique (1 ; 12). Les antécédents personnels de TS sont un facteur de

risque important (13). Des facteurs démographiques sont également liés au risque suicidaire : être un homme ou une personne âgée (1).

Parmi les facteurs environnementaux, sont prédominants le fait d'être isolé socialement et d'être au chômage (12 ; 14).

Une étude récente réalisant une revue systématique et une méta-analyse des études sur les autopsies psychologiques a classé les facteurs de risque selon l'ampleur de la taille d'effet (12 ; 15). Les plus associés au suicide sont les facteurs cliniques, incluant les troubles mentaux (OR=13.1, 95% CI 9.9 - 17.4) et les antécédents de TS (OR=10.1, 95% CI 6.6 - 15.6). La taille d'effet était moindre pour les autres facteurs de risque (socio-démographiques, histoire familiale de suicide et événements de vie adverses) (OR range 2–5).

Ces facteurs de risque seraient similaires pour les hommes et les femmes (12).

Les facteurs de risque de tentatives de suicide différeraient de ceux des suicides (16). Les personnes décédées par suicide seraient davantage des hommes, plus âgés, plus souvent isolés ou atteints d'un problème de santé somatique ou d'un épisode dépressif majeur, que ceux qui font des TS (17), ce qui est confirmé par une étude sur le réseau Sentinelle France de 2009 à 2011 comparant les caractéristiques des patients décédés par suicide et des patients ayant effectué une TS (17). Cette étude montre également que les patients décédés utilisent des moyens suicidaires différents (pendaison, arme à feu, médicament vs. surtout médicament pour les tentatives de suicide) que ceux qui ont fait des TS. Les femmes décédées par suicide auraient davantage exprimé spontanément des idées suicidaires que celles ayant fait des tentatives de suicide (17). (Cette différence ne se retrouvait pas pour les hommes) (17).

1.1.4. Évaluation du risque suicidaire

En pratique clinique, la prévention du suicide implique une estimation du risque suicidaire par le médecin, lorsqu'il voit un patient présentant une souffrance psychique ou un trouble psychiatrique. Dans la pratique clinique, un outil fréquemment utilisé pour évaluer le risque de suicide face à un patient en crise suicidaire est une évaluation selon trois items RUD pour Risque Urgence Dangereusité, cotés en faible, moyen ou élevé (2). Cette conceptualisation est issue de la conférence de consensus d'octobre 2000 sur la crise suicidaire et permet d'évaluer le degré de « perturbation psychique » du patient afin de déterminer l'imminence et la

dangerosité du geste suicidaire (2). L’item R (Risque), à travers les différents FDR évoqués précédemment, représente le « contexte de vulnérabilité sous-jacente ». L’item U (Urgence) estime l’imminence d’un passage à l’acte, il détermine le degré de progression du processus suicidaire : flash, pensées, existence d’un scénario précis, planification en cours avec ou sans imminence dans les 48 heures, passage à l’acte. L’item D (Dangerosité) évalue la capacité létale du moyen retenu, ainsi que l’accessibilité à ce moyen (2).

1.1.5. Importance des idées suicidaires

En population générale 4.2% des individus âgés de 18 à 85 ont eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois, d’après les données du Baromètre santé 2021 (18), et c’est jusqu’à 7.4% chez les 18-24 ans. (18). Selon une étude sur un échantillon de patients âgés de 18 à 75 ans, non-institutionnalisés, en Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Espagne la prévalence vie entière des idées suicidaires est de 7.8% (19).

Leur repérage est important pour l’identification de facteurs de risque de suicide liés à la présence d’un trouble psychiatrique, la suicidalité étant une problématique transdiagnostique en psychiatrie. Bien qu’un ensemble de troubles psychiatriques soit associés au risque de S (20 ; 21) et de TS (22), dans le DSM-5, seulement deux troubles ont un critère directement en lien avec le suicide : les troubles de l’humeur, et le trouble de personnalité borderline. En ce qui concerne les troubles de l’humeur, pour l’épisode dépressif caractérisé, l’un des critères du DSM est : « pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou TS ou plan précis pour se suicider » (DSM 5) (20). Dans les épisodes maniaques et hypomaniaques avec caractéristiques mixtes, ce critère est également retrouvé. Pour le trouble borderline, la « répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d’automutilations » fait partie des critères diagnostiques (23). Ces deux troubles sont fréquents en population générale (prévalence de la dépression : 12.5% sur un an en 2021 chez les 18-85 ans (24) prévalence du trouble borderline vie entière : 2% (25)) et comme nous l’avons vu dans la partie sur les facteurs de risque, ils sont associés à un risque suicidaire augmenté. Une étude examinant 361 cas de décès par suicide, en récolant les données de leur suivi par leur médecin généraliste, s’est intéressée aux diagnostics psychiatriques posés chez ces patients (26). On retrouve que 59% des personnes décédées par suicide ont un diagnostic psychiatrique posé. 29% ont des diagnostics de santé mentale « communs », c’est-à-dire selon les auteurs des pathologies

anxieuses, de la dépression ou un état de stress post-traumatique. 10% ont une pathologie psychiatrique dite sévère (bipolarité, schizophrénie, trouble de la personnalité). 15% ont des troubles addictologiques.

Par ailleurs dans la prévention du suicide l'exploration des idées suicidaires est un des éléments déterminants. Le patient peut exprimer spontanément ses idées suicidaires au médecin, ou ce dernier peut les rechercher activement. Dans la littérature, il est établie une forte association entre la présence d'idées suicidaire et le suicide abouti, avec un odd ratio de 3.4 (27). La valeur prédictive positive est de 0,3% en population non clinique, et 3.9% en population psychiatrique. (27). Ainsi, dans la population psychiatrique, pour 100 personnes présentant des idées suicidaires, près de 4 décéderont par suicide. Concernant le risque de suicide, la présence d'idées suicidaire est un marqueur d'une bonne spécificité, mais peu sensible. Les personnes décédées par suicide avaient très fréquemment des idées suicidaires (27).

Ainsi la présence d'idées suicidaires est un marqueur prédictif de suicide, il est primordial de dépister leur présence dans le cadre d'une évaluation de risque suicidaire, évaluation pour laquelle les médecins généralistes sont en première ligne. En effet la prévention du suicide ne peut pas reposer uniquement sur les psychiatres pour la population générale, ils sont des professionnels spécialistes de seconde ligne notamment pour les soins des troubles résistants, sévères ou chroniques. Ce sont les médecins généralistes qui sont en première ligne dans la prise en charge des troubles mentaux fréquents, notamment les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère ou moyenne et les troubles anxieux. En France, les médecins généralistes sont 72% à déclarer prendre en charge au moins un patient pour une souffrance psychique par semaine, et 67% à déclarer prendre en charge au moins un patient par semaine pour dépression (28).

1.2. Suicidalité et médecine générale

1.2.1. *La consultation en médecine générale avant un suicide : une situation très fréquente*

Dans deux revues de la littérature datant de 2002 et 2019 (29 ; 30), on retrouve que 45% des patients ont consulté en soins primaires médicaux dans le mois, et 80% dans l'année précédant un suicide. C'est davantage chez les femmes et les patients de plus de 50 ans (30).

Sur le réseau Sentinelle France en 2005 et 2006, 47% des patients ayant réalisé un acte suicidaire (TS et S compris) avaient consulté leur médecin généraliste le mois précédent (31). Ce chiffre est similaire dans une étude sur le réseau sentinelle des Pays-Bas de 1983 à 2013 (32).

Dans une étude norvégienne distinguant les médecins généralistes de l'ensemble des soins primaires (33), et comparant les données pour patients de plus de 15 ans de soins primaires décédés par suicide (2007-2015) aux données de la population générale norvégienne du même âge, environ 80% des patients décédés par suicide ont été en contact avec leur médecin généraliste dans l'année précédant leur décès, et 40% dans le mois précédant leur décès. Ce taux est plus élevé que dans la population générale, sauf pour les hommes âgés. Dans l'année précédant leur suicide, les victimes avaient deux fois plus consulté en médecine générale que la population générale (33).

Ces études mettent donc en évidence le rôle potentiel pour la prévention du suicide de la consultation en médecine générale avant un acte suicidaire, sans faire mention de l'évaluation ou pas des idées suicidaires lors de cette consultation. Les patients qui décèdent par suicide n'étant donc pas isolés du système de soins primaires, la perspective d'un meilleur repérage des idées suicidaires par les médecins généralistes permettrait une meilleure prévention des passages à l'acte suicidaires. Des questions demeurent : les patients, avant leur suicide, présentaient-ils des signes cliniques qui auraient dû mener à des prises en charge spécifiques pour le risque suicidaire ? Les idées suicidaires, marqueur prédictif de suicide, avaient-elles été repérées par les médecins ?

1.2.2. Prévalence des idées suicidaires et de leur expression en médecine générale

Plusieurs études ont été consacrées à la prévalence des idées suicidaires en médecine générale dans divers contextes de soins primaires et auprès de diverses populations, montrant qu'elle se situe fréquemment autour de 8%.

Dans une étude par questionnaires, remplis par 2749 patients aux Etats-Unis, sur 2 centres de consultation ambulatoire, 2.4% des patients avaient eu des IS le mois précédant (34).

Une autre étude prospective internationale européenne dans 6 pays (Grande-Bretagne, Espagne, Estonie, Slovaquie, Pays-Bas, Portugal) a été menée auprès d'une population de 2599 patients consultant en cabinet de médecine générale et présentant soit une anhédonie, soit une tristesse dans les 6 derniers mois : 8.2% avaient eu des idées suicidaires dans les 6 derniers mois, 6.7% un plan suicidaire et 2.5% avaient fait une TS (35).

Aux États-Unis, dans une population de patients vétérans sélectionnés au hasard dans 4 centres de soins primaires, 9.1% avaient des idées suicidaires, en utilisant l'outil standardisé MINI, qui porte sur le mois précédent (36).

En France, l'étude Héraclès, menée dans les Hauts de France en 2014 auprès de 2027 patients en soins primaires en activité professionnelle, a retrouvé une prévalence de 8.0% de risque suicidaire (recueilli par l'outil standardisé MINI par la présence d'idée de mort ou suicidaires sur le mois précédent) (7.5% chez les hommes, 8.6% chez les femmes). 6.8% des patients avaient des antécédents de TS dans leur vie et 0.6% le mois précédent (37).

Hallgren KA et al. (38), ont trouvé une prévalence (sur l'année précédente) très supérieure d'idées suicidaires (25.9%) et de TS (7.1%) auprès des patients en médecine générale présentant également une addiction.

D'autres auteurs se sont intéressés aux actes suicidaires (TS et S) déclarés sur le réseau Sentinelles France de 2009 à 2013 (cf. 1.1.3.), s'intéressant à la prise en charge en médecine générale en amont de l'acte, et ont retrouvé une expression spontanée d'idées suicidaires par le patient dans 14.8% des cas chez les suicidés et 26.8% des suicidants (17).

1.2.3. Fréquence de l'exploration des idées suicidaires en médecine générale

Les médecins généralistes sont régulièrement amenés à prendre en charge des patients dont certains présentent des idées suicidaires, qui font des tentatives de suicides, et décéderont par suicide (suicidaires, suicidants, et parfois suicidés). Il est donc théoriquement primordial qu'ils évaluent régulièrement le risque suicidaire et explorent les IS.

On ne trouve pas d'étude sur la prévalence de l'exploration antérieure en médecine générale des idées suicidaires chez des patients qui ont fait un acte suicidaire.

Une étude aux Pays-Bas sur le réseau sentinelle (32), chez des patients ayant réalisé un acte suicidaire (TS ou S) et qui ont vu leur médecin généraliste avant l'acte, retrouve que la suicidalité était une préoccupation lors de la dernière consultation dans seulement 30% des cas (32). Ce chiffre était similaire pour les TS et les S.

Le réseau Sentinelles belge a fait une étude à partir du dossier de veille des médecins généralistes en s'intéressant aux données manquantes, éventuels indicateurs d'aspects oubliés par les médecins (39). Les informations sur le repérage par le médecin généraliste de l'existence ou non d'un risque suicidaire étaient absentes dans 10.5% des cas. Les informations sur l'existence ou non d'antécédents de TS étaient absentes dans 9.0% des cas, données pourtant importantes dans l'évaluation d'un risque suicidaire.

Une étude menée en France de juin à octobre 2004, incluant 144 médecins généralistes, s'est intéressée à l'exploration des idées suicidaires chez les patients pour lesquels ils introduisaient des traitements antidépresseurs et anxiolytiques (40). 22% des patients ont déclaré avoir des IS et celles-ci étaient détectées par les généralistes dans 52% des cas. Le fait d'avoir participé à une formation continue pour le médecin et d'avoir un temps de consultation plus long, et le fait qu'un épisode dépressif caractérisé ait été diagnostiqué chez le patient, étaient associés à davantage de détection des idées suicidaires.

1.2.4. Facteurs associés à l'exploration des idées suicidaires en médecine générale

Les caractéristiques personnelles des médecins généralistes ont été étudiées dans l'optique d'observer lesquelles étaient associées au niveau d'exploration des idées suicidaires.

Dans une étude française par sondage (41), avec une auto-déclaration et une auto-évaluation des médecins généralistes sur leur pratique, être âgé de moins de 50 ans, avoir déjà fait soi-même une psychothérapie, avoir participé à une formation médicale continue sur le risque suicidaire dans les trois dernières années, participer à un groupe de travail sur la santé mentale, avoir eu un patient faisant une TS ou décédé par suicide les cinq dernières années étaient associés à plus d'exploration des idées suicidaires. Dans cette étude, d'autres caractéristiques du médecin ont été étudiées sans être significativement associées à l'exploration des idées suicidaires : le genre, la présence d'antécédents personnel de dépression, le fait d'avoir pris des antidépresseurs, la présence d'antécédents psychiatriques

familiaux et l'implication du médecin dans un trouble mental chez un proche, le fait de se situer dans une zone rurale ou urbaine. En dehors du fait d'avoir eux-mêmes fait une psychothérapie, les caractéristiques personnelles du médecin influenceraient donc moins leur pratique en termes de dépistage du suicide que leur expérience professionnelle et leur formation médicale continue (41).

En ce qui concerne les caractéristiques des patients, dans une étude sur le réseau Sentinelles France de 2009 à 2013 comparant les TS et les suicides déclarés, les suicidants étaient moins souvent identifiés comme présentant une dépression en médecine générale (17), recevaient moins souvent un traitement antidépresseur ou un support psychologique de la part de leur médecin généraliste, consultaient moins souvent dans le mois précédant leur TS et exprimaient moins souvent des idées suicidaires.

Des études ont porté sur l'exploration des idées suicidaires en cas de dépression associée. Aux Pays-Bas, l'exploration des « suicidal feelings » de patients atteints de dépression a été étudiée (42) sur le Réseau Sentinelles pour les cas de dépression déclarés sur l'année 2017. Environ 2/3 des patients pour qui un nouvel épisode dépressif était diagnostiqué étaient explorés pour le sentiment suicidaire par les médecins généralistes. Cela était moins fréquent lorsque les patients étaient âgés et chez les patients femmes (OR = 0,64 pour les femmes par rapport aux hommes, et OR = 0,97 par année d'âge supplémentaire). Les patients souffrant d'un épisode dépressif déjà connu étaient moins explorés (40% des cas environ) (42).

1.2.5. Opinions des médecins généralistes sur leur formation et leur capacité de dépistage des idées suicidaires

Ces résultats nous amènent à nous questionner sur la variabilité des pratiques en médecine générale concernant le risque suicidaire.

Les recommandations officielles de la HAS (2017) préconisent l'exploration d'idées suicidaires chez les patients présentant un épisode dépressif caractérisé en soins primaires.

Moins de la moitié (40%) des médecins généralistes auraient reçu une formation formelle au dépistage des idées suicidaires. Pourtant, 93% des médecins généralistes pensent qu'ils devraient régulièrement dépister les idées suicidaires des patients qui pourraient être déprimés (43).

Des études se sont intéressées au niveau de confiance des médecins généralistes dans leur évaluation du risque suicidaire et à leurs idées reçues quant à la gestion de ce risque.

Bocquier et al. (41) ont envoyé des questionnaires d'auto-évaluation à des médecins généralistes, au sujet de leur pratique et de leurs attitudes concernant le suicide. 81% ont eu au moins un cas de TS au cours des 5 dernières années dans leur patientèle, 43% ont eu au moins un suicide. 86% disent que face à un patient atteint de dépression, ils évaluent de « souvent à très souvent » la présence d'idées suicidaires, 72.3% évaluent l'intentionnalité suicidaire, 53.6% explorent la présence d'un scénario suicidaire. Il existe des biais qui limitent l'exploration des idées suicidaires par les médecins généralistes : 9.5% d'entre eux pensaient que le fait de questionner un patient sur la présence d'idées suicidaires risquait de déclencher de telles idées. Un tiers d'entre eux environ pensaient que personne ne pourrait faire changer d'avis quelqu'un qui a des idées suicidaires. 42% pensaient que les patients ayant des idées suicidaires ne passaient que très rarement à l'acte. Le fait d'avoir cette croyance était associée à une plus faible exploration des idées suicidaires. Selon les médecins interrogés, les principales barrières au dépistage de la suicidalité étaient le manque de temps, le manque de compétences et le manque d'entraînement à ce sujet (41). Les attitudes négatives envers les patients qui ont des idées suicidaires ou ayant effectué des tentatives de suicide réduisent l'identification et la prise en charge des problèmes dont souffrent les patients. Le rejet de ces patients pourrait contribuer à un risque accru de décès par suicide (41).

Dans une étude norvégienne par questionnaires envoyés à une sélection de 750 médecins psychiatres, internes et généralistes, utilisant l'échelle UPS (Understanding of Suicidal Patients Scale), on observe que le fait d'être un psychiatre ou un médecin généraliste, et le fait d'être un médecin femme sont associés à des scores marquant une attitude plus positive de compréhension des patients (44).

2. ARTICLE

SUICIDAL IDEATION EXPLORATION BY GENERAL PRACTITIONERS PRIOR TO A SUICIDAL ACT IN PRIMARY CARE: A NATIONAL OBSERVATIVE STUDY ON FRENCH SENTINELLES NETWORK

Irène Bertherat, Laurie-Anne Claude, Philippe Pirard, Thierry Blanchon, Marie Pouquet, Nadia Younes

MeSH keywords: suicidal ideation, suicide prevention, general practice

ABSTRACT

Background: Although exploration of suicidal ideation in primary care prior to suicidal acts could prevent suicides (S) and suicide attempts (SA), which are major public health issues, factors linked to suicidal ideation exploration by general practitioners (GP) among patients who acted out are still unstudied. This study aims to assess the prevalence of exploration of suicidal ideation by GPs during the 6 months before a suicidal act and to identify factors linked to this exploration.

Methods: The questionnaires answered weekly by the GPs French Sentinelles Surveillance system between 2013 and 2023 for all suicidal acts (SA and S) among their patients were analysed.

Results: 459 GPs reported N = 1156 suicidal acts (N = 928 TA, N = 205 S). Suicidal ideation was explored during a previous consultation in the last 6 months for 54.9% (95%CI 52.0-57.8). Several clinical factors were positively associated with exploration of suicidal ideation (ESI) in multivariate analyses: expression of suicidal ideation (OR = 20.52; 95%CI [9.1-55.7]; p = <0.001), psychological consult reason (OR = 3.37; 95%CI [1.9-6.0]; p = <0.001), post-2020 period (OR = 2.25; 95%CI [1.5 - 3.4]; p = <0.001), history of SA (OR = 2.10 95%CI [1.4-3.2] p = <0.001), depression (OR = 1.92; 95%CI [1.3-2.9]; p = 0.001), S versus SA (OR = 1.86; 95%CI [1.1-3.3]; p = 0.024), substance misuse (OR = 1.82; 95%CI [1.1-3.0]; p = 0.020), and last month GP's consultation (OR = 1.63; 95%CI [1.1-2.4]; p = 0.010). Somatic/chronic only consultation reason was negatively associated with ESI vs. somatic/chronic and psychological consultation reason (OR = 0.27; 95%CI [0.17-0.43]; p = 0.001).

Limitations: Data is limited on other factors that may be linked. GP's report of suicidal ideation could be biased by social desirability. Data applies to GPs Sentinelles, who might be used to monitoring suicidal acts GPs.

Conclusion: Improving practices for exploring suicidal ideation in general practice remains a major challenge. The COVID pandemic seems to have heightened GPs' awareness of suicidal ideation. There seems to be a need to develop and provide specific training in suicide risk assessment in general practice and its particular features, particularly in the case of consultations for somatic reasons.

Abbreviations:

ESI = exploration of suicidal ideation

S = suicide

SA = suicide attempts

SI = suicidal ideation

INTRODUCTION:

Suicide is a major global health issue ([WHO](#)) (1). In France, 250 000 suicide attempts (SA) and 9000 suicides (S) are reported every year (13.4/100 000 inhabitants) ([National Suicide Observatory, France](#)) and suicide represents the second leading cause of death in youth population (15-24 years old) ([WHO](#)).

S and SA have in common to frequently occur in a context of suicidal crisis. Suicidal ideation (SI) can emerge and become more and more invasive, the major risk being a suicidal act. The medical goal is to take care and give opportunity to share the suffering, to help the patient get out of the crisis and avoid a suicidal act ([Schuck et al., 2019](#)).

GPs are essentials to prevent suicidal acts, since they frequently take care of common mental disorders ([Dumesnil et al., 2014](#)). 45% of patients who died by S ([Luoma et al., 2002](#); [Stene-Larsen et al., 2019](#)) or made a SA ([De Beurs et al., 2016](#); [Turbelin et al., 2008](#)) consulted in primary care during the month before death. In a Dutch Sentinel Network study ([De Beurs et al., 2016](#)), suicidal behavior was a reason for concern during last consultation in only about 30% of cases. This means missed opportunities to prevent suicide for those patients. GPs themselves express difficulties in exploring SI ([Fanello et al., 2002](#); [Poma et al., 2011](#)). Recognition of SI can therefore be improved.

Exploration of suicidal ideation (ESI) by GPs before a suicidal act is therefore challenging. It is difficult for GPs, because intensification of suicide risk among primary care patients can be rapid (Bryan et al. 2023), and individuals having SI are less engaged in care (Candon et al., 2024).

Previous studies in various primary care setting and among various populations established that around 8% of primary care patients have suicidal ideation during last month (Olfson et al., 1996; Younes et al., 2018; Moreno-Küstner et al., 2016). However, previous studies did not measure how frequently GPs explored SI among patients who committed a suicidal act and this is one of our objectives. Studies conducted among depressed patients indicated that SI would be explored in 40% to 66% of theoretical cases (Elzinga et al., 2018) and in 52% of cases (Verger et al., 2007).

It is important to explore which factors are associated with GPs' ESI among patients who will commit a suicidal act. Some patients' characteristics already described as associated with GPs' ESI among depressed patients may be associated: severity of depression (Hooper et al., 2012; Feldman et al., 2007; Verger et al., 2007) and patient's age and sex (Elzinga et al., 2018) (18). Those informations are important because suicide can occur in non-depressed patients. (Milner et al., 2013; Leavey et al., 2016). The influence of other characteristics associated to an increased suicidal risk, as previous SA (Fazel and Runeson, 2020; Runeson et al., 2016; Harris EC et al., 1997), alcohol misuse (Kennedy et al., 2015), long-term unemployment (Milner et al., 2013), chronic disease diagnostic (Fazel and Runeson, 2020) or associated to an increased SI like COVID-19 pandemic (Farooq et al., 2021; Pouquet et al., 2022) have not been explored in any population. Different ESI for violent or not suicide modality as defined in the literature (Pouquet et al., 2022) is also unstudied.

It is also important to determine whether the ESI differ between suicide attempters and people who died from suicide (suicide completers). Those tend to be two different overlapping populations (Parra et al., 2013). The exploration of possible differences in GPs ESI towards these two populations is still unstudied.

GPs' characteristics could also be determinant in ESI. Little is known about that in medical literature. Factors associated with detection of SI in a clinical anxiodepressive population were GPs' recent participation in continuous education about depression (Verger et al., 2007) and length of consultation (Verger et al., 2007). Self-evaluated ESI was higher for GPs younger than 50, those who underwent psychotherapy for themselves and those who participated in continuous education about it during the last three years (Bocquier et al., 2013).

The factors influencing ESI by GPs may in part reflect their knowledge of the risk factors associated with suicidal risk and thus provide valuable information on the areas of training necessary to improve the detection and prevention of suicidal behavior. It could help us identify profiles underexplored for SI, for whom GPs don't think about exploring SI even if they are at risk.

In this context, the objectives of our study were:

- 1) to assess the prevalence of the ESI by the GPs within the 6 months before a suicidal act among primary care patients,
- 2) to identify factors in terms of patients' and GPs' characteristics, associated with this ESI.

METHODS :

We conducted a retrospective observational study in metropolitan France using data reported by GPs to the Sentinelles network between 2013 and 2023. The network comprises approximately 500 French GPs over metropolitan France (1.2% of the French GP population) who participate on an unpaid volunteer basis to the occurrence of health-related events. Sentinel GPs are similar to the overall French GP population in terms of age, and the network covers all regions ([Pouquet et al., 2022](#)). Sentinel GPs differ from French GPs in terms of sex and geographical distribution.

Each week, GPs report the number of suicidal acts among their patients and their characteristics through an online questionnaire. A suicidal act is defined according to the following definition as “an act of self-inflicted injury (for example, self-mutilation, jumping from high places, hanging, gunshots, asphyxiation) or self-poisoning with drugs in excess of the generally recognized therapeutic dose”.

Study population

According to the aim of our study on the ESI within the 6 months before a suicidal act, the population consisted of all suicidal acts reported between January 2013 and December 2023

by GPs, for patient over 15 years old, with a contact with their GP within the last 6 months. We decided to include the population aged over 15 because the UN defines the youth population as 15-24 years old ([Masquelier et al. 2021](#)).

Data collected

For each suicidal act report, GP fulfills a questionnaire with the following information:

- patient sociodemographic (age, gender, professional activity: activity, student, retired, unemployment), history of SA
- suicidal method: self-poisoning, self-cutting, fire-arm, hanging, other/multiple,
- whether it is a S or a SA
- GPs contact or not before the suicidal act and if positive, its date (< 1 week, < 1 month, 1- 6 months, >6 months ago), the consultation reason (since January 2016): somatic, chronic disease follow up, psychologic, other
- GPs' diagnosis in the last year (depression, alcohol misuse) and since 2020, in the last 3 months (depression, anxiety, substance misuse, personality disorder, other).
- Spontaneous expression of SI and GPs' ESI

When registering with the network, general practitioners also provide demographic information about themselves and their type of practice and their location (urban/rural).

Variables

Our outcome was defined as “exploration of death or SI during last consultations”.

Several variables were created from data. The consultation reason was classified into:

- 1) Chronic or somatic
- 2) Somatic or chronic and psychological
- 3) Psychologic only

As the questionnaire has evolved in 2020, our “depression” variable was created by merging those two ways of collecting the depression status (last year, last 3 months). Our “substance misuse” was created by merging “alcohol” before 2020 and the detection of substance misuse since 2020.

Non-violent suicide act modality was defined as voluntary medication, gaz or toxic poisoning, and all other suicide act modality was considered as violent, as in previous study ([Pouquet et al., 2022](#)).

Statistical analyses

The software used for analyses was R version 4.3.2 (2023-10-31).

Bivariate logistic regression test was carried out to show significant differences between cases where suicidal ideation was (ESI +) or was not (ESI -) explored by GPs at last consultations. Variables selected for our analyses were: patient's age and gender, employment status, depression and substance misuse during last month to GP's knowledge, past medical history of SA to GP's knowledge, consultation reason, date of last consultation, violent or not modality of suicidal act, lethal issue, spontaneous expression of suicidal ideation, and period of declaration: before 2020 vs. 2020 and after, GP's age, GP's gender and type of practice area. We also tested a random effect on the GP identification, since some GPs declared several suicidal acts.

Then we carried out a multivariable logistic regression (GLM) including all explanatory factors with $p < 0.2$ in bivariate analyses. Since S and SA have been identified as two different populations in previous literature (Younes et al., 2015), it appeared as an important outcome. We decided to force this variable into the multivariate model, since previous evidence showed that a non-significant variable in bivariate logistic regression could be significant in a multivariate model (Sun et al., 1996). To take into account a possible sex effect of the patient on ESI, we compared model fit before and after addition of an interaction term between patient's sex and other characteristics using likelihood ratio tests. To take into account for possible differences between the two populations defined by the vital outcome of the suicidal acts (SA or CS), we also compared model fit before and after addition of an interaction term between vital outcome and other characteristics. Interactions were included where p -value < 0.05 for the likelihood ratio test.

Missing values were excluded from analysis. Significant level used was < 0.05 .

Annual prevalences of ESI by GPs within the 6 months preceding a suicidal act were calculated from 2013 to 2023. The Cochran–Armitage test for trend was used to evaluate a linear trend between the prevalence of ESI and years.

Ethics statement:

The protocol was conducted in agreement with the Helsinki declaration. The Sentinelles network is approved by the National Data Protection Agency (CNIL, registration number #47139). All GP participants are volunteers to participate. They are informed about studies

conducted from their medical charts. Patients are informed that their GP belongs to the FSN. Data reported by GP to the FSN are anonymous. We performed this study on anonymous data without any way to identify patients. For this kind of studies, under French law, consent of the patients is not needed.

RESULTS

From January 2013 to December 2023, a total of 1156 patients over 15 years old who had contact with the GPs within the 6 months before the suicidal acts (N = 928 SA, N = 205 S) were reported to Sentinel Network by 459 GPs (figure 1).

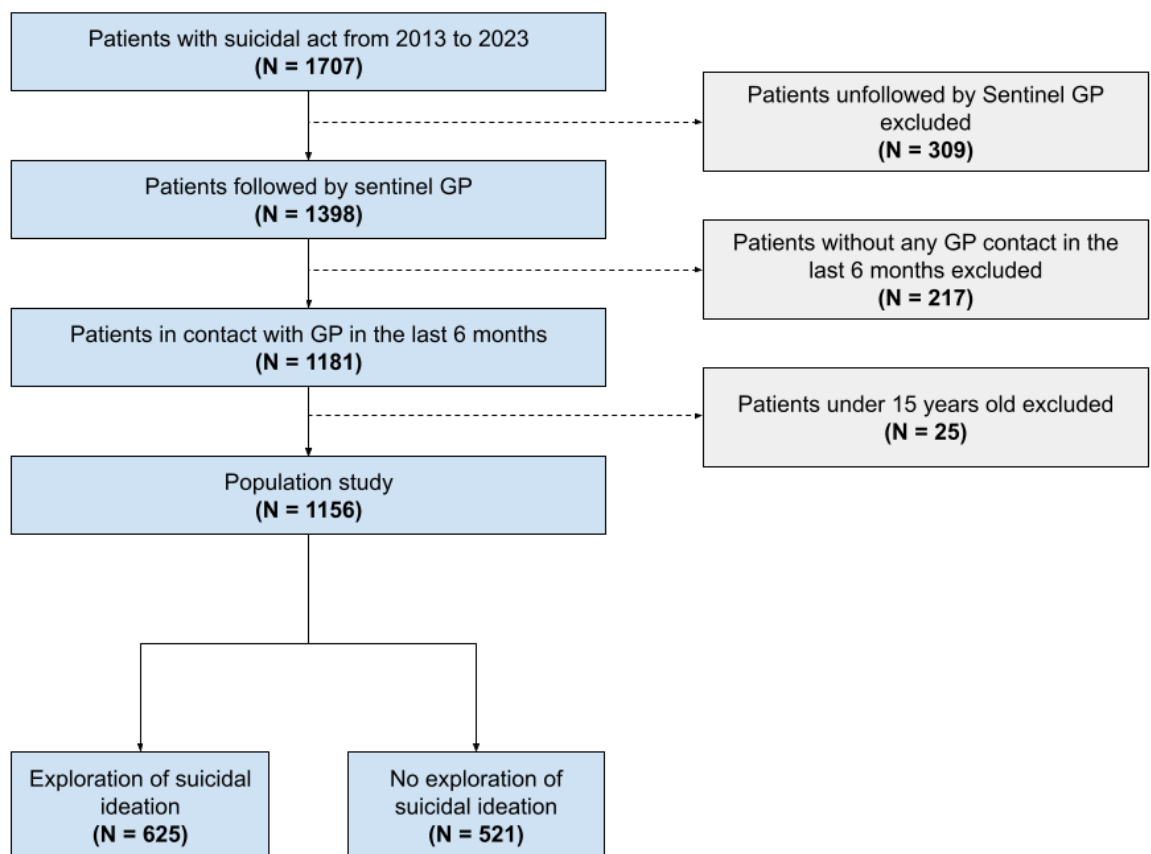


Figure 1 : Flow-chart

1. Description of the sample of patients with suicidal acts and of GPs (table 1)

52.7% of patients were female, average age was 47 years old. Unemployment was relatively rare in our population (13%).

44.7% of patients had a history of SA, half a past 3 months or 1 year depression and 1 of 5 had a past 3 months or 1 year substance misuse.

47.2% patients consulted for a somatic/chronic need, 19.7% a somatic/chronic need and a psychological reason and 33.1% only psychological reason.

22.0% of patients expressed spontaneously SI.

60.9% of patients consulted GP during last month, and 1 out of 5 during last week.

Suicide act modality was mostly self-poisoning (65.3%), hanging (15.4%), self-cutting (9.6%), other (drowning, traffic collision...) in 7.1% of cases, jump from height (5.1%) and fire-arm (4.6%).

Almost half of cases have been reported since 2020.

205 (18%) patients completed S and 928 (82%) made a SA (for 23 patients, data were missing for the « dead status »).

The suicide completers population was gender-unbalanced (72.5% of male) and significantly older.

GPs are mostly men, with an average age of 47.8 and located for 76.6% in urban areas.

Table 1: suicidal patients' and GPs' characteristics

(N = patients without missing data for that variable)

TOTAL SAMPLE (N = 1156)	TOTAL SAMPLE (N = 1156)	SA (N = 928)	S (N = 205)
DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS			
Patient's age (N = 1156) mean (sd)	47.7 (20.7%)	44.9 (20.0%)	59.7 (18.3%)
Female patients (N = 1143) N(%)	602 (52.7%)	537(58.5%)	56 (27.5%)
Unemployment (N = 1038) N(%)	138 (13.3%)	120 (14.5%)	18 (9.4%)
CLINICAL CHARACTERISTICS			
History of SA (N = 1086) N(%)	464 (42.7%)	389 (44.4%)	66 (35.1%)
3 months or 1 year depression (N = 1123) N(%)	589 (52.4%)	490 (54.1%)	95 (47.7%)
3 months or 1 year substance misuse (N = 1120)	234 (20.9%)	200 (22.2%)	32 (16.1%)
LAST CONSULTATIONS			
Date of last GP consultation (N = 1156) N(%)			
<1 week	221 (19.1%)	169 (18.2%)	46 (22.4%)
1 week to 1 month	474 (41.0%)	392 (42.2%)	74 (36.1%)
1 month to 6 months	461 (39.9%)	367 (39.5%)	85 (41.5%)
Spontaneous expression of SI (N = 1148) N(%)	253 (22.0%)	198 21.5%)	50 (24.4%)
Exploration of suicidal ideation (N = 1156) N(%)	635 (54.9%)	517 (55.7%)	106 (51.7%)
Consultation reason (N = 949) N(%)			
Somatic, chronic	448 (47.2%)	339 (44.1%)	101 (62.3%)
Psychological and somatic or chronic	187 (19.7%)	159 (20.7%)	24 (14.8%)
Psychologic	314 (33.1%)	271 (35.2%)	37 (22.8%)
From 2020 (N = 1156) N(%)	573 (49.6%)	476 (51.3%)	94 (45.9%)
SUICIDAL ACT			
Suicidal methods (N = 1118) N(%)			
Self-poisoning (drugs, gaz, substance)	682 (65.3%)	640 (74.8%)	31 (18.1%)
Self-cutting	100 (9.6%)	89 (10.4%)	7 (4.1%)
Fire arm	48 (4.6%)	21 (2.5%)	27 (15.8%)
Hanging or strangulation	161 (15.4%)	79 (9.2%)	80 (46.8%)
Jump from height	53 (5.1%)	27 (3.2%)	26 (15.2%)
Other: Drowning, traffic collision, immolation, electrocution...	74 (7.1%)	47 (5.5%)	23 (13.5%)
Violent suicidal method (N = 1118) N(%)	461 (41.3%)	293 (32.5%)	164 (85.0%)
GP's CHARACTERISTICS			
Female (N = 1156) N(%)	439 (38.0%)	371 (40.0%)	60 (29.3%)
Age (N = 1156), mean (sd)	47.8 (11.0)	47.1 (10.8)	51.2 (10.9)
Urban area (N = 1156) N(%)	885 (76.6%)	733 (77.4%)	148 (72.2%)

2. Prevalence of the suicidal ideation exploration by the GPs within the 6 months before a suicidal act

From 2013 to 2023, suicidal ideation were explored for 54.9% patients during a previous consultation in the last 6 months (95%CI = 52.0 - 57.8). (table 1) Suicidal ideations were explored for 54.9% patients during a previous consultation in the last 6 months (95% = CI 52.0 - 57.8). (table 1).

- Figure 2 presents the evolution of ESI by GPs from 2013 to 2023. The prevalence ranged from a minimum of 40.3% (95% CI: 29.4; 52.1) in 2016 to a maximum of 62.8% (95% CI: 52.0; 69.5) in 2022. There was no linear trend over the years regarding the prevalence of suicidal ideation exploration by GPs. The prevalence of suicidal ideation exploration by GPs was higher from 2020 (since the pandemic) compared to before 2020 (48.2% [95%CI: 44.0; 52.3] versus 61.8% [95% CI: 57.6; 65.8], respectively; p-value <0.001; (Figure 3).

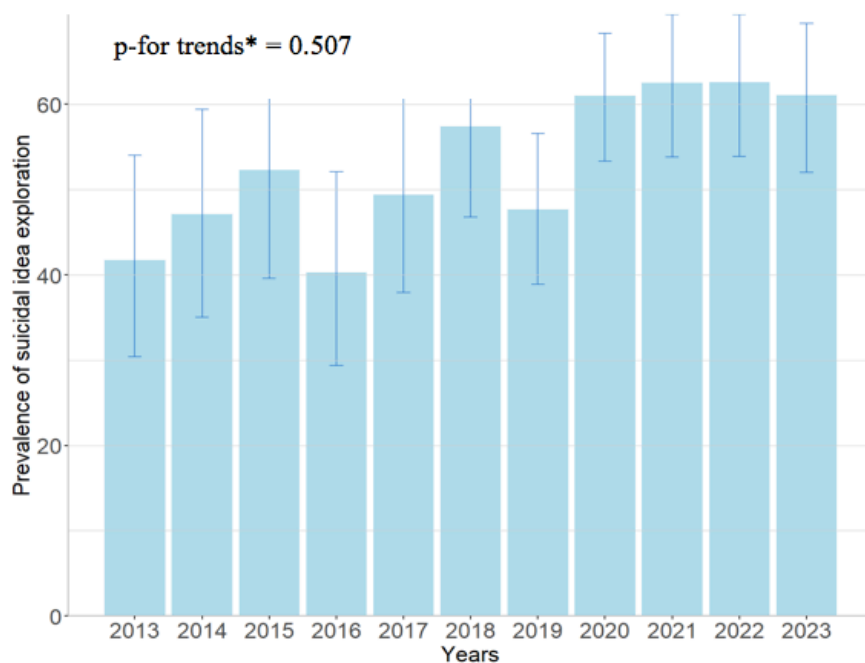


Figure 2. Evolution of the prevalence of ESI by GPs within the 6 months preceding a suicidal act, French Sentinelles Network, 2013-2023.

*P-for trends: Cochran–Armitage test to assess the linear trend between the prevalence of ESI and years.

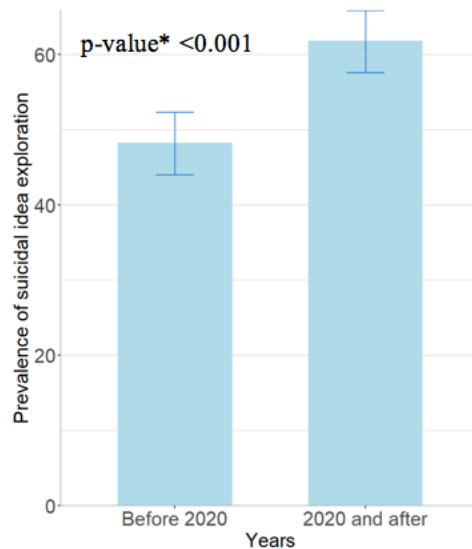


Figure 3. Comparison of the prevalence of ESI by GPs within the 6 months preceding a suicidal act before 2020 (pre-pandemic) and from 2020 (since the pandemic), French Sentinelles Network.

**P*-value from the bivariate logistic regression test.

3. Factors associated with suicidal ideation exploration by the GPs within the 6 months before a suicidal act (table 2 and 3)

In bivariate analyses (table 2), the most significant associated factors are the spontaneous expression of SI by the patient (SI were explored for 96.0% of patients who expressed spontaneously SI) and a psychiatric reason for consultation (for 86.3%) .

In case of patients with history of SA, depression or substance misuse identified by the GP in the last year/3 months, SI were explored for about 7 patients out 10.

SI were slightly but significantly more likely to be explored for female patients and 25-65 years old patients.

Were also significant recent (last month) consultation and the period after 2020 (the rate of ESI was higher since 2020 than before)

Regarding the GP characteristics, female GPs were more likely to explore, as well as those younger.

The following variables were not associated with SI in bivariate analyses: suicide vs SA, rural urban areas, suicidal method and violent/non-violent.

The interaction terms and the random effect were not significant.

In multivariate regression analysis (table 3), 9 variables were positively associated with the ESI by the GP.

The most important factor was strongly the spontaneous expression of SI by the patient (OR = 20.52; 95%CI [9.1-55.7]; $p = <0.001$).

Then the psychological consult reason was clearly associated with ESI, when alone (OR = 3.37; 95%CI [1.9-6.0]; $p = <0.001$) vs. associated with somatic/chronic reason. Somatic/chronic consultation when alone was negatively associated with ESI vs. somatic/chronic and psychological consultation reasons (OR = 0.27; 95%CI [0.17-0.43]; $p = 0.001$).

Other patients variables were associated (with ORs of around 2):

- S versus SA (OR = 1.86; 95%CI [1.1-3.3]; $p = 0.024$): future suicide completers were around two times more frequently explored for SI than future suicide attempters
- Post-2020 period (OR = 2.25; 95%CI [1.5-3.3]; $p = <0.001$)
- Depression identified by the GP in the last year / 3 months (OR = 1.92; 95%CI [1.3-2.9]; $p = 0.001$),
- Substance misuse (OR = 1.82; 95%CI [1.1-3.0]; $p = 0.025$),
- History of SA (OR = 2.10; 95%CI [1.4-3.2]; $p = 0.001$),
- And last month GP's consultation (OR = 1.63; 95%CI [1.1-2.3]; $p = <0.001$).

GP's age was negatively associated with ESI (OR = 0.98; 95%CI [0.963-0.998]; $p = 0.039$). No other GP's factors (sex and area of practice) were associated.

Table 2: factors associated with suicidal ideation exploration (ESI) among primary care patients concerned by a suicidal acts, French Sentinelles Network, 2013-2023 (univariate regression analyses).

TOTAL SAMPLE (N = 1156)	ESI+ N (%)	OR (CI 95%)	p
Demographic characteristics			
<u>Gender</u>			
Men	273 (50.5%)		
Women	355 (59.0%)	1.41 (1.11 - 1.80)	0.004
<u>Age</u>			
13-25 y.o	111 (52.9%)	2/1: 1.24 (0.91 - 1.69)	0.167
26-65 y.o	404 (57.8%)	2/3: 1.4 (1.07 - 1.96)	0.013
More than 65 y.o	120 (48.6%)		
<u>Unemployment</u>			
Yes	77 (55.8%)		
No	485 (53.9%)	1.07 (0.74 - 1.57)	0.675
Clinical outcome			
<u>History of SA</u>			
No	277 (44.5%)		
Yes	326 (70.3%)	2.94 (2.26 - 3.83)	<0.001
<u>Depression status during the previous year</u>			
No	198 (37.1%)		
Yes	418 (71.0%)	4.14 (3.2 - 5.37)	<0.001
<u>Substance misuse</u>			
No	459 (51.8%)		
Yes	154 (65.8%)	1.79 (1.31 - 2.45)	<0.001
Last consultation outcome			
<u>Spontaneous expression of SI</u>			
No	387 (43.2%)		
Yes	243 (96.0%)	31.8 (16.7 - 68.1)	<0.001
<u>Date of last GP consultation</u>			
1 month to 6 months before (3)	205 (44.5%)		
Last month	280 (61.9%)	2.0 (1.6 - 2.6)	<0.001
<u>Consultation reason</u>			
Somatic or chronic (1)	137 (30.6%)	2/1 5.31 (3.68 - 7.75)	<0.001
Psychiatric & somatic or chr. (2)	131 (70.1%)	3/1 14.3 (9.90 - 2.13)	
Psychiatric (3)	271 (86.3%)	3/2 2.64 (1.65 - 4.23)	
Suicide act			
<u>Death</u>			
No	517 (55.7%)	1.18 (0.86 - 1.61)	0.297
Yes	106 (51.7%)		
<u>Year period of suicidal act declaration</u>			
Before 2020	281 (48.2%)		
From 2020	354 (61.8%)	1.74 (1.36 - 2.21)	<0.001
<u>Suicide act modality</u>			
Non violent	365 (56.2%)	0.86 (0.67 - 1.10)	0.236
Violent	245 (52.4%)		

GP's characteristics			
<u>GP's gender</u>			
Male GP	363 (50.6%)		
Female GP	272 (62.0%)	1.59 (1.24 - 2.04)	<0.001
<u>GP's age</u>			
GP aged >47 y.o	275 (49.7%)		
GP aged <47 y.o	358 (59.7%)	1.50 (1.18 - 1.92)	<0.001
<u>Type of area</u>			
Rural area	139 (51.3%)		
Urban area	496 (56.0%)	1.21 (0.91 - 1.61)	0.169

Table 3: factors associated with suicidal ideation exploration (ESI) among primary care patients concerned by a suicidal acts, French Sentinelles Network, 2013-2023 (multivariate regression analyses).

Variable	OR (CI 95%) for ESI	p
Patients demographic characteristics		
Sex female	1.35 (0.90 - 2.03)	0.146
<u>Age</u>	1.00 (0.99 - 1.01)	0.390
Clinical characteristics		
History of SA	2.10 (1.39 - 3.17)	<0.001
<u>Depression</u>	1.92 (1.28 - 2.88)	0.001
Substance misuse	1.82 (1.09 - 3.04)	0.020
Suicidal act characteristics		
Death : yes (completed suicide)	1.86 (1.08 - 3.31)	0.024
Period starting from 2020	2.25 (1.52 - 3.36)	<0.001
Last consultation		
Spontaneous expression of SI	20.52 (9.08 - 55.74)	<0.001
GP contact during last month	1.63 (1.12 - 2.38)	0.010
Consultation reason (ref = psy and somatic or chr.)		
● Somatic/chr	0.27 (0.17 - 0.43)	<0.001
● Psy only	3.37 (1.91 - 6.02)	<0.001
GPs characteristics		
Female GP		
<u>Age</u>	1.44 (0.96 - 2.15)	0.071
Urban area	0.98 (0.96 - 0.99)	0.039
	1.14 (0.73 - 1.80)	0.557

DISCUSSION

This is the first study assessing the prevalence of the ESI by the GPs within the 6 months before a suicidal act among primary care patients and the factors associated with this exploration. SI were explored for 54.9% patients (CI 52.0 -57.8). Several clinical factors were positively associated with ESI in multivariate analyses: expression of SI (OR = 20.52; 95%CI [9.1-55.7]; $p < 0.001$), psychological consult reason (OR = 3.37; 95%CI [1.9-6.0]; $p < 0.001$) vs. psychological and somatic/chronic consult reason, post-2020 period (OR = 2.25; 95%CI [1.5 - 3.4]; $p < 0.001$), depression (OR = 1.92; 95%CI [1.3-2.9]; $p = 0.001$), S versus SA (OR = 1.86; 95%CI [1.1-3.3]; $p = 0.024$), substance misuse (OR = 1.82; 95%CI [1.1-3.0]; $p = 0.020$), history of SA OR = 2.10 95%CI [1.4-3.2] $p < 0.001$), and last month GP's consultation (OR = 1.63; 95%CI [1.1-2.4]; $p = 0.010$).

Somatic/chronic consultation when alone was negatively associated with ESI vs. somatic/chronic and psychological consultation reasons (OR = 0.27; 95%CI [0.17-0.43]; $p = 0.001$).

GPs age was negatively associated with ESI (OR = 0.98; 95%CI [0.963-0.998]; $p = 0.039$).

Prevalence of the suicidal ideation exploration by the GPs within the 6 months before a suicidal act

We measure for the first time the frequency of ESI before a suicidal act. This exploration took place in approximately half of the cases for patients with a suicidal act, ranging from 40% in 2016 to 63% in 2022. It is at the bottom of the range (40 to 66%) found by studies that have focused on the ESI among depressed patients ([Elzinga et al., 2018](#); [Verger et al., 2007](#)). Many patients remain unexplored for SI and only a small proportion of patients who will make a suicidal act previously spontaneously expressed SI to the GP. This underlines the challenge of exploring these ideas for GP without waiting for them to be addressed by patients.

Factors associated with suicidal ideation exploration by the GPs within the 6 months before a suicidal act

Our results on the factors associated with the ESI suggest that for patients identified as psychologically vulnerable, and who consult their general practitioner for psychiatric or

psychological reasons, the ESI is more carried out. Specifically, depression is correlated to ESI in our study which is consistent with the literature about ESI among depressed people in general practice (Verger et al., 2007; Elzinga et al., 2018; Hooper et al., 2012). Patients with alcohol misuse and history of SA, known risk factors for S (Kennedy et al., 2015) (30) (Runeson et al., 2016), were also more explored for SI. Globally when GP encounters occurred within the last month before the suicide, acts they were more likely to be explored for SI. We can make the hypothesis that patients in the month before a suicidal act are more suffering psychologically than those evaluated longer prior, which appears to be taken into account by the GPs.

Consultation reasons was an important finding in our study. Patients consulting for somatic or chronic reasons were less explored than those who came for somatic and psychological reasons, and those were also less explored than those who came for psychological reasons only. Hence consulting for a dual reason, for somatic and psychological, is a loss of opportunity for the patient in terms of exploring SI, despite chronic disease diagnostic is associated to an increased suicide risk (Fazel et Runeson, 2020). Different hypotheses can be formulated: that of a lack of time in consultation for general practitioners as has been shown in literature (Verger et al., 2007) and that of not taking into account somatic pathology as a risk factor of S additional to that of psychiatric pathology. The consultation times were not known in our study, however we can hypothesize that longer consultations would be interesting for these patients in order to better explore SI. It is important to remember that these patients are also concerned by a suicidal risk. Somatic consultations in general medicine can regularly be the gateway to psychiatric care (Tylee et al., 2005), but sometimes after years of follow-up (Kessler et al., 1999). This raises the question of whether and how it is possible to identify these patients as being at risk of S. Studies are necessary to better characterize this specific population and in particular the somatic complaints they present. Could certain profiles be alert factors for the GP? Another area for improvement in the identification of SI by GPs is to go further into the destigmatization of psychological suffering in the general population so that patients address their SI more spontaneously. Indeed, the spontaneous expression of suicidal ideas is logically the factor most associated with exploration by the GP. Overall, our results highlight that a presentation for somatic reasons hinder suicide prevention.

SI have been more explored since 2020, the start of the Covid 19 pandemic. We can hypothesize that GPs have been influenced in their practice by the literature (Holmes et al., 2020; Pouquet et al. 2022) or media coverage regarding mental health warnings during COVID. Our result of no linear trend for the prevalence of ESI over 10 years is consistent with a pandemic effect.

GPs explore SI more in the population of future suicide completers than future suicide attempters, therefore being sensitive to elements that alert them, which puts into perspective previous work on less active upstream care in suicide completers than suicide attempters (Younes et al., 2015).

We do not find a link between ESI and sociodemographic factors explored (sex, age, unemployment), yet being identified as suicidal risk factors (Fazel et Runeson, 2020; Favril et al., 2023). Those results are in contradiction for age and sex with previous studies (Hooper et al., 2012; Feldman et al., 2007; Verger et al., 2007) which were conducted among depressed populations. It is possible that these factors are taken into account differentially in the case of associated psychiatric disorder. The importance of these factors in the assessment of suicide risk would be interesting to point out in continuous education for GPs.

GP's age was negatively associated with ESI. Our hypothesis is that being closed to medical studies or training could be associated with more ESI among doctors, which has been shown in Verger et al. (2007) for depressed patients. This hypothesis is also coherent with another study showing that GPs who had training about suicide in the last 3 years reported themselves exploring SI more often (Bocquier et al., 2013). Continuous education can therefore be a relevant window of action for improving practices. In particular, simulations training can allow realistic exposure to suicide risk in primary care (Dye et al., 2021).

Strengths and limitations of the study

The main strength is the large sample size of patients coming from the same primary care setting where our data of interest was collected over a period of 10 years, with data on both S and SA. The demographical characteristics of our population, suicide attempters and suicide completers, are coherent with previous literature (Younes et al., 2015; Parra et al., 2013) which supports the representativeness of our population. Moreover, the frequency of ESI found is consistent with other studies carried out in specific subpopulations, consolidating our results.

This study presents the limits of the data collected. Those data must be limited for reasons of feasibility for GPs given the time-consuming nature of completing monitoring questionnaires. We do not have data on emotional status (in a relationship or not), lifestyle (alone or not), social isolation or the existence of recent adverse life events for patients. Therefore we do not know, those parameters having an influence on suicide risk, if they are taken into account by general practitioners.

Diagnoses are not standardized and there is a lack of data on specific psychiatric disorders other than depression and substance misuse. It would be interesting to study whether the ESI before a suicidal act is correlated with other psychiatric disorders and the association of several disorders. Psychiatric disorders are indeed globally associated with an increased risk of suicide attempt ([Hoertel et al., 2015](#)) and suicide ([Too et al., 2019](#)). The nature of the psychiatric diagnosis has been collected more precisely (depressive disorder, anxiety disorder, substance use disorder, personality disorder, other disorders) since 2020 in the French Sentinelle Network, which can be studied.

GP's report of suicidal exploration could also be biased by social desirability.

We carried out our multivariate analyzes on the combined population of suicide attempters and suicider completers. Continued collection of data from our French Sentinelles surveillance network could ultimately allow us to conduct our analyzes in these two subgroups with sufficient power to highlight factors differentially influencing ESI by GPs in these two populations.

Lastly, data applies to GPs Sentinelles, used to monitoring suicidal acts and they differ from French GPs in terms of sex and geographical distribution ([Pouquet et al., 2022](#)).

CONCLUSION:

About half of patients seen by a GP before a suicidal act have been explored for SI. Indicators highlight an improvement in this practice, notably with an effect of the COVID pandemic, which has since led to greater vigilance for SI among GPs. Almost half of the patients did not come for psychological reason prior to their suicidal act. Having a somatic need during the consult could be a loss of chance in terms of ESI. This highlights the need to develop training on suicidal risk assessment that are specific to the needs of GPs with regard to their specific patients and working conditions, and GPs are eager to receive such a training ([Dobscha et al., 2023](#)).

REFERENCES

- Bocquier, Aurélie, Elodie Pambrun, Hélène Dumesnil, Patrick Villani, Hélène Verdoux, et Pierre Verger. « Physicians' Characteristics Associated with Exploring Suicide Risk among Patients with Depression: A French Panel Survey of General Practitioners ». *PloS One* 8, n o 12 (2013): e80797.
- Boffin, Nicole, Viviane Van Casteren, et Karin De Ridder. « Care of General Practice Patients Preceding and Following a Suicide Attempt: Observational Study in Flemish General Practices ». *BMJ Open* 9, n o 5 (mai 2019): e028546. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028546>.
- Candon, Molly, Courtney Benjamin Wolk, Gabriela Kattan Khazanov, David W. Oslin, Matteo F. Pieri, Matthew J. Press, Eleanor Anderson, et Shari Jager-Hyman. « Treating Individuals with Suicidal Ideation in Primary Care: Patient-level Characteristics Associated with Follow-up in the Collaborative Care Model ». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 54, n o 1 (février 2024): 15-23. <https://doi.org/10.1111/sltb.13012>.
- Bryan J. Craig, Michael H. Allen, Heather M. Wastler, AnnaBelle O. Bryan, Justin C. Baker, Alexis M. May, et Cynthia J. Thomsen. « Rapid Intensification of Suicide Risk Preceding Suicidal Behavior among Primary Care Patients ». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 53, n o 3 (juin 2023): 352-61. <https://doi.org/10.1111/sltb.12948>.
- Candon, Molly, Courtney Benjamin Wolk, Gabriela Kattan Khazanov, David W. Oslin, Matteo F. Pieri, Matthew J. Press, Eleanor Anderson, et Shari Jager-Hyman. « Treating Individuals with Suicidal Ideation in Primary Care: Patient-level Characteristics Associated with Follow-up in the Collaborative Care Model ». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 54, n o 1 (février 2024): 15-23. <https://doi.org/10.1111/sltb.13012>.
- De Beurs, Derek P, Mariette Hooiveld, Ad J F M Kerkhof, Joke C Korevaar, et G e A Donker. « Trends in Suicidal Behaviour in Dutch General Practice 1983–2013: A Retrospective Observational Study ». *BMJ Open* 6, n o 5 (mai 2016): e010868.
- Dobscha, Steven K., Summer B. Newell, Victoria J. Elliott, Annabelle L. Rynerson, Sarah Rabin, Nazanin Bahraini, Edward P. Post, et Lauren M. Denneson. « Primary Care and Mental Health Staff Perspectives on Universal Suicide Risk Screening and Care Coordination ». *Psychiatric Services* 74, n o 3 (1 mars 2023): 305-11. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220087>.
- Dumesnil, Hélène, Sébastien Cortaredona, Marie Cavillon, Fanny Mikol, Catherine Aubry, Rémy Sebbah, Hélène Verdoux, et Pierre Verger. « Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville: Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français ». *L'information psychiatrique* Volume 90, n o 5 (2 juin 2014): 341-52. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1204>.
- Dye, Candice, Sai Krishna Surapa Raju, Abigail Dy, Stacy L. Gaither, et Nancy M. Tofil. « Suicide Simulation in Primary Care ». *Southern Medical Journal* 114, n o 3 (mars 2021): 129-32. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001217>.
- Elzinga, Elke, Renske Gilissen, G e A Donker, Aartjan T F Beekman, et Derek P De Beurs. « Discussing Suicidality with Depressed Patients: An Observational Study in Dutch Sentinel General Practices ». *BMJ Open* 9, n o 4 (avril 2019): e027624. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027624>.

Favril, Louis, Rongqin Yu, John R Geddes, et Seena Fazel. « Individual-Level Risk Factors for Suicide Mortality in the General Population: An Umbrella Review ». *The Lancet Public Health* 8, n° 11 (novembre 2023): e868-77. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00207-4).

Fanello, Serge, P. Paul, Valérie Delbos, B. Gohier, N. Jousset, Philippe Duverger, et J.B. Garre. « Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires: » *Santé Publique* Vol. 14, n° 3 (1 septembre 2002): 263-73. <https://doi.org/10.3917/spub.023.0263>.

Farooq, Saeed, Jessica Tunmore, Malik Wajid Ali, et Muhammed Ayub. « Suicide, Self-Harm and Suicidal Ideation during COVID-19: A Systematic Review ». *Psychiatry Research* 306 (décembre 2021): 114228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228>.

Fazel, Seena, et Bo Runeson. « Suicide ». Édité par Allan H. Ropper. *New England Journal of Medicine* 382, n° 3 (16 janvier 2020): 266-74. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>.

Feldman, M. D., P. Franks, P. R. Duberstein, S. Vannoy, R. Epstein, et R. L. Kravitz. « Let's Not Talk About It: Suicide Inquiry in Primary Care ». *The Annals of Family Medicine* 5, n° 5 (1 septembre 2007): 412-18. <https://doi.org/10.1370/afm.719>.

Harris, E. Clare, et Brian Barraclough. « Suicide as an Outcome for Mental Disorders: A Meta-Analysis ». *British Journal of Psychiatry* 170, n° 3 (mars 1997): 205-28. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>.

Hoertel, N, S Franco, M M Wall, M A Oquendo, B T Kerridge, F Limosin, et C Blanco. « Mental Disorders and Risk of Suicide Attempt: A National Prospective Study ». *Molecular Psychiatry* 20, n° 6 (juin 2015): 718-26. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.19>.

Holmes, Emily A, Rory C O'Connor, V Hugh Perry, Irene Tracey, Simon Wessely, Louise Arseneault, Clive Ballard, et al. « Multidisciplinary Research Priorities for the COVID-19 Pandemic: A Call for Action for Mental Health Science ». *The Lancet Psychiatry* 7, n° 6 (juin 2020): 547-60. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).

Hooper, Lisa M., Steven A. Epstein, Kevin P. Weinfurt, Jamie DeCoster, Lixin Qu, et Natalie J. Hannah. « Predictors of Primary Care Physicians' Self-Reported Intention to Conduct Suicide Risk Assessments ». *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 39, n° 2 (avril 2012): 103-15. <https://doi.org/10.1007/s11414-011-9268-5>.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010868>.

Kennedy, Mary Clare, Brandon D.L. Marshall, Kanna Hayashi, Paul Nguyen, Evan Wood, et Thomas Kerr. « Heavy Alcohol Use and Suicidal Behavior among People Who Use Illicit Drugs: A Cohort Study ». *Drug and Alcohol Dependence* 151 (juin 2015): 272-77. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.03.006>.

Kessler, D. « Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study ». *BMJ* 325, n° 7371 (2 novembre 2002): 1016-17. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7371.1016>.

Leavey, Gerard, Michael Rosato, Karen Galway, Lynette Hughes, Sharon Mallon, et Janeet Rondon. « Patterns and Predictors of Help-Seeking Contacts with Health Services and General Practitioner Detection of Suicidality Prior to Suicide: A Cohort Analysis of Suicides Occurring over a Two-Year Period ». *BMC Psychiatry* 16, n° 1 (décembre 2016): 120.

Luoma, Jason B., Catherine E. Martin, et Jane L. Pearson. « Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence ». *American Journal of Psychiatry* 159, n° 6 (juin 2002): 909-16. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>.

Masquelier, Bruno, Lucia Hug, David Sharrow, Danzhen You, Colin Mathers, Patrick Gerland, et Leontine Alkema. « Global, Regional, and National Mortality Trends in Youth Aged 15–24 Years between 1990 and 2019: A Systematic Analysis ». *The Lancet Global Health* 9, n° 4 (avril 2021): e409-17. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00023-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00023-1).

Milner, Allison, Andrew Page, et Anthony D. LaMontagne. « Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis ». Édité par Hamid Reza Baradaran. *PLoS ONE* 8, n° 1 (16 janvier 2013): e51333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333>.

Moreno-Küstner, Berta, Rebeca Jones, Igor Švab, Heidi Maaros, Miguel Xavier, Mirjam Geerlings, Francisco Torres-González, et al. « Suicidality in Primary Care Patients Who Present with Sadness and Anhedonia: A Prospective European Study ». *BMC Psychiatry* 16, n° 1 (décembre 2016): 94. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0775-z>.

National suicide observatory, 5th report, France, 2022

Olfson, Mark, Myrna M. Weissman, Andrew C. Leon, David V. Sheehan, et Leslie Farber. « Suicidal Ideation in Primary Care ». *Journal of General Internal Medicine* 11, n° 8 (août 1996): 447-53. <https://doi.org/10.1007/BF02599038>.

Parra Uribe, I., H. Blasco-Fontecilla, G. García-Parés, M. Giró Batalla, M. Llorens Capdevila, A. Cebrià Meca, V. De Leon-Martinez, V. Pérez-Solà, et D.J. Palao Vidal. « Attempted and Completed Suicide: Not What We Expected? ». *Journal of Affective Disorders* 150, n° 3 (septembre 2013): 840-46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.013>.

Poma. « Self-perceived Difficulties With Suicidal Patients in A Sample of Italian General Practitioners ». *Journal of Clinical Medicine Research*, 2011. <https://doi.org/10.4021/jocmr684w>.

Pouquet, Marie, Titouan Launay, Mathieu Rivière, Christine Chan-Chee, Frédéric Urbain, Nicolas Coulombel, Isabelle Bardoulat, et al. « Trends and Characteristics of Attempted and Completed Suicides Reported to General Practitioners before vs during the COVID-19 Pandemic in France: Data from a Nationwide Monitoring System, 2010–2022 ». Édité par Rikinkumar S. Patel. *PLoS ONE* 17, n° 12 (15 décembre 2022): e0278266. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278266>.

Léon, Christophe (christophe.leon@santepubliquefrance.fr), Enguerrand du Roscoät, François Beck. « Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts among 18–85-year-olds in France: Results from the 2021 Health Barometer survey ». *Santé publique France, Saint-Maurice*

Runeson, Bo, Axel Haglund, Paul Lichtenstein, et Dag Tidemalm. « Suicide Risk After Nonfatal Self-Harm: A National Cohort Study, 2000–2008 ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 77, n° 02 (24 février 2016): 240-46. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09453>.

Schuck, Allison, Raffaella Calati, Shira Barzilay, Sarah Bloch-Elkouby, et Igor Galynker. « Suicide Crisis Syndrome: A Review of Supporting Evidence for a New Suicide-specific Diagnosis ». *Behavioral Sciences & the Law* 37, n° 3 (mai 2019): 223-39. <https://doi.org/10.1002/bsl.2397>.

Stene-Larsen, Kim, et Anne Reneflot. « Contact with Primary and Mental Health Care Prior to Suicide: A Systematic Review of the Literature from 2000 to 2017 ». *Scandinavian Journal of Public Health* 47, n° 1 (février 2019): 9-17.

Sun, Guo-Wen, Thomas L. Shook, et Gregory L. Kay. « Inappropriate Use of Bivariable Analysis to Screen Risk Factors for Use in Multivariable Analysis ». *Journal of Clinical Epidemiology* 49, n° 8 (août 1996): 907-16. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(96\)00025-X](https://doi.org/10.1016/0895-4356(96)00025-X).

Too, Lay San, Matthew J. Spittal, Lyndal Bugeja, Lennart Reifels, Peter Butterworth, et Jane Pirkis. « The Association between Mental Disorders and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis of Record Linkage Studies ». *Journal of Affective Disorders* 259 (décembre 2019): 302-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>.

Turbelin, C., L. Jehel, P.-Y. Boelle, A. Kieffer, T. Blanchon, et A. Flahault. « Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 56, n° 5 (septembre 2008): 292.

Tylee, Andre, et Roger Jones. « Managing Depression in Primary Care ». *BMJ* 330, n° 7495 (9 avril 2005): 800-801. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.800>.

Verger, Pierre, Pierre-Alexis Brabis, Viviane Kovess, Anne Lovell, Remy Sebbah, Patrick Villani, Alain Paraponaris, et Frédéric Rouillon. « Determinants of Early Identification of Suicidal Ideation in Patients Treated with Antidepressants or Anxiolytics in General Practice: A Multilevel Analysis ». *Journal of Affective Disorders* 99, n° 1-3 (avril 2007): 253-57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.012>.

WHO (World Health Organization). (2022). *Live life: preventing suicide: implementation* (No. WHO/MSD/UCN/MHE/22.02). World Health Organization.

Younes, N., M. Melchior, C. Turbelin, T. Blanchon, T. Hanslik, et C. Chan Chee. « Attempted and Completed Suicide in Primary Care: Not What We Expected? » *Journal of Affective Disorders* 170 (1 janvier 2015): 150-54. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.037>.

Younes, Nadia, Christine Chan Chee, Clement Turbelin, Thomas Hanslik, Christine Passerieux, et Maria Melchior. « Particular Difficulties Faced by GPs with Young Adults Who Will Attempt Suicide: A Cross-Sectional Study ». *BMC Family Practice* 14, n° 1 (décembre 2013): 68. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-68>.

Younès, N, M Rivière, L Plancke, A Leroyer, T Blanchon, M Azevedo Da Silva, et M Melchior. « Work Intensity in Men and Work-Related Emotional Demands in Women Are Associated with Increased Suicidality among Persons Attending Primary Care ». *Journal of Affective Disorders* 235 (août 2018): 565-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.075>.

3 : CONCLUSION

Avec environ 700 000 suicides (S) par an dans le monde selon l'OMS et environ 20 fois plus de tentatives de suicide (TS) (1), les actes suicidaires représentent un enjeu de santé publique majeur. Ils ont en commun de souvent survenir dans un contexte de crise suicidaire, qui commence par l'apparition des idées de mort puis des idées suicidaires (IS) et qui peut aboutir à un acte suicidaire. L'objectif est donc d'apporter des soins et une possibilité de partage de la situation de crise suicidaire pour en sortir (2).

Les médecins généralistes sont des acteurs importants de la prévention du suicide et des actes suicidaires. D'abord du fait de leur rôle majeur dans les soins des troubles mentaux fréquents. Par ailleurs, les données montrent qu'ils sont fréquemment consultés avant un suicide : en effet, environ une moitié des personnes qui vont se suicider (29 ; 30) ou faire une TS (31 ; 32) consultent un médecin généraliste dans le mois précédant le geste, la consultation constituant un espace de prévention potentiel pour ces gestes suicidaires.

Cependant, moins de la moitié des patients décédés par suicide vus en médecine générale avant le passage à l'acte auraient été repérés comme à risque lors des dernières consultations (32). Les enjeux de repérage des situations à risque, d'une possibilité d'expression par les personnes concernées des idées suicidaires et de l'exploration des idées suicidaires par les médecins généralistes sont donc majeurs. Il a été montré précédemment qu'avant un acte suicidaire, seulement respectivement 14.8% et 26.7% des suicidants et des suicidés (significativement plus dans ce cas) avaient exprimé spontanément des idées suicidaires en amont du geste lors des consultations antérieures auprès de leur médecin généraliste (17). Ainsi, l'expression spontanée d'idées suicidaires étant insuffisante pour prédire un passage à l'acte, les médecins généralistes doivent les explorer activement.

Nous avons donc décidé de nous intéresser à la question de l'exploration des idées suicidaires en médecine générale en amont d'un acte suicidaire. La littérature à ce jour sur cette question est relativement limitée. Dans une étude aux Pays-Bas sur le réseau sentinelle, chez des patients ayant réalisé un acte suicidaire (TS ou S) et ayant vu leur médecin généraliste

avant celui-ci, la suicidalité était une préoccupation lors de la dernière consultation dans seulement 30% des cas (32). Ce chiffre était similaire pour les tentatives de suicide et les suicides. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'étude antérieure ayant établi la prévalence de l'exploration en médecine générale des idées suicidaires en amont d'un acte suicidaire. Il existe quelques études sur l'exploration des idées suicidaires auprès des patients atteints de dépression, pour qui les IS sont alors explorées dans 40 à 66% des cas (42 ; 40). Les facteurs associés à cette exploration sont des caractéristiques démographiques (sexe masculin, âge jeune) et cliniques (sévérité de la dépression (42 ; 48 ; 40), ainsi que la longueur de la consultation (40).

Des points restent à explorer : mesurer la prévalence de l'exploration des idées suicidaires en amont d'un geste suicidaire ; rechercher les caractéristiques démographiques et cliniques associées à l'exploration des idées suicidaires par les médecins généralistes chez les patients qui feront un acte suicidaire. Le repérage de facteurs associés à une sous-évaluation pourrait en partie refléter leur connaissance des facteurs de risque associés au suicide et fournir de précieuses informations sur les axes de formation à privilégier pour améliorer la détection et la prévention des comportements suicidaires. Par ailleurs, les tentatives de suicide et les suicides aboutis correspondant à deux populations différentes bien que se recouvrant (16), il est important de savoir si l'exploration des idées suicidaires varie entre ces deux populations et notamment si les personnes qui mourront par suicide sont moins repérées en médecine générale, avec une moindre exploration des idées suicidaires dans ce cas.

Nous avons mené une étude avec les deux objectifs de 1) estimer la prévalence de l'exploration par les médecins généralistes des idées suicidaires en amont d'un geste suicidaire ; 2) rechercher les caractéristiques démographiques, cliniques (dont la nature du geste suicidaire) et des médecins associées à cette exploration.

La méthode suivie a été une étude observationnelle transversale à partir des données d'un réseau national de surveillance en soins primaires, c'est-à-dire les données de 10 ans de collecte (2013 à 2023) par les médecins du réseau Sentinelles France, qui renseignent de façon hebdomadaire, au milieu d'autres indicateurs, les actes suicidaires survenus dans leur patientèle. Les analyses statistiques ont consisté en des analyses descriptives des caractéristiques de cette population de patients et de médecins, puis en des analyses bivariées

et multivariées pour mettre en lumière les variables associées au fait que les médecins généralistes aient ou non exploré les idées suicidaires précédemment à l'acte suicidaire.

Les résultats concernent un échantillon de 1156 patients ayant réalisé un acte suicidaire pendant cette période (N = 928 TS et N = 205 S), vus en médecine générale dans les 6 mois précédant l'acte.

Les idées suicidaires ont été explorées dans 54.9% des cas (95%IC 52.0 - 57.8).

Les facteurs associés à plus d'exploration des idées suicidaires en analyse multivariée étaient (dans l'ordre décroissant de la force de l'association) : l'expression spontanée d'idées suicidaires (OR=20.5 (95%IC 9,8 - 55,7) $p<0.001$), le motif de consultation (les patients consultant pour un motif purement psychologique sont plus explorés pour les idées suicidaires que les patients qui ont un double motif de consultation psychologique et somatique/chronique (OR=4.9 (95%IC 2.6 - 9.1), $p<0.001$), eux-mêmes étant plus explorés que ceux qui consultent uniquement pour une pathologie somatique/chronique (OR=4.6 (95%IC 2.2 - 9.4), $p<0.001$)), le fait que l'acte suicidaire survienne après 2020 (OR=2.6 (95%IC 1.6 - 4.2), $p=0.002$), la population des suicidés par rapport à celle des suicidants (OR=2.2 (95%IC 1.2-4.2), $p=0.016$), la présence d'une dépression repérée par le médecin généraliste (OR=2.3 (95%IC1.4-3.8), $p=0.001$), les antécédents de TS (OR=2.3 (95%IC 1.4-3.8) $p=0.001$), la présence de troubles de l'usage de substances (OR=2.0 (95%IC1.1-3.6), $p=0.025$), un contact dans le dernier mois avec le médecin généraliste (OR =1.8 (95%IC 1.2 - 2.9) $p<0.001$).

L'âge du médecin était négativement associé à l'exploration des idées suicidaires (OR =0.98 95%IC(0.96 - 0.99) $p=0.039$), et nous n'avons pas trouvé d'influence significative pour le genre du médecin ou son lieu d'exercice.

À notre connaissance, nous mesurons pour la première fois la fréquence d'exploration des idées suicidaires avant un acte suicidaire. Cette exploration a donc eu lieu dans environ la moitié des cas pour des patients qui commettront un acte suicidaire. Elle est dans le bas de la fourchette (40 à 66%) trouvée par les études ayant porté sur l'exploration des idées suicidaires auprès des patients déprimés (40 ; 42). L'enjeu de l'exploration des idées suicidaires en amont des actes suicidaires est plus global que l'exploration en cas de dépression et cette question spécifique est encore à étudier. De nombreux patients restent inexplorés pour les idées suicidaires. Seule une faible proportion des patients qui font un passage à l'acte suicidaire avaient en amont exprimé spontanément des idées suicidaires au médecin généraliste, ce qui

montre que les médecins généralistes doivent savoir l'explorer sans attendre que ce point soit abordé par les patients.

Nos résultats sur les facteurs associés à l'exploration des idées suicidaires suggèrent que pour les patients identifiés comme vulnérables sur le plan psychique, et qui consultent leur médecin généraliste pour des raisons psychiatriques ou psychologiques, l'exploration des idées suicidaires est davantage effectuée. Ils sont cohérents avec la littérature de l'exploration des idées suicidaires chez les personnes déprimées en médecine générale en ce qui concerne la dépression. Nous ne retrouvons en revanche pas de liens avec les facteurs sociodémographiques (sexe, âge) mis en évidence dans des études précédentes (45 ; 46 ; 40).

Nos résultats sur le rôle du motif de consultation sont essentiels pour comprendre comment une présentation pour motif somatique peut gêner la prévention du suicide. Certains patients consultent uniquement pour motif somatique avant un acte suicidaire. Les consultations somatiques en médecine générale peuvent en effet régulièrement être la porte d'entrée vers une prise en charge psychiatrique (47). La dépression est parfois diagnostiquée en médecine générale après des années de suivi (48). Une hypothèse serait que certains patients consultent pour des raisons somatiques initialement et n'aborderont des plaintes psychiques qu'une fois une bonne alliance instaurée avec le médecin généraliste. On s'interroge donc sur la possibilité de repérer ces patients comme étant à risque suicidaire, et sur les méthodes pour y parvenir. Des études sont nécessaires pour mieux caractériser spécifiquement cette population et notamment les plaintes somatiques qu'ils présentent : certains profils pourraient-ils être des facteurs d'alertes pour le médecin généraliste ?

Un autre axe d'amélioration dans le repérage des idées suicidaires par les médecins généralistes est de travailler à la déstigmatisation de la souffrance psychique en population générale. En effet, la variable influençant le plus l'exploration des idées suicidaires par le médecin généraliste est celle de l'expression spontanée de ces idées suicidaires par les patients. Ainsi, l'efficacité de la médecine générale en termes de prévention du risque suicidaire pourrait être améliorée par des campagnes de prévention adressées à la population générale, visant à déstigmatiser les pathologies psychiatriques et la problématique du suicide, et à présenter le médecin généraliste comme un acteur vers qui se tourner en cas de souffrance psychique.

De façon liée, le fait de se présenter pour un double motif de consultation somatique et psychologique est une perte de chance pour le patient en termes d'exploration des idées suicidaires. Différentes hypothèses peuvent être formulées : celle d'un manque de temps en consultation pour les médecins généralistes (40) et celle de la non prise en compte de la pathologie somatique comme facteur de risque de suicide supplémentaire à celui de la pathologie psychiatrique. Les temps de consultation n'étaient pas connus dans notre étude, néanmoins on peut faire l'hypothèse que des consultations plus longues seraient intéressantes pour ces patients afin de mieux dépister les idées suicidaires. La corrélation entre temps de consultation et détection des idées suicidaires avait été mise en évidence dans une étude précédente (40).

Les idées suicidaires sont davantage explorées depuis 2020, début de la pandémie de Covid 19. Nous pouvons faire l'hypothèse que les médecins généralistes ont été influencés dans leur pratique par la littérature (50 ; 51) ou la couverture médiatique concernant les avertissements en matière de santé mentale pendant la pandémie de COVID.

Les médecins généralistes explorent plus les idées suicidaires dans la population des futurs suicidés que des futurs suicidants, étant donc sensibles à des points qui les alertent, ce qui relativise les précédents travaux sur une prise en charge en amont moins active chez les suicidés que les suicidants (17).

L'âge du médecin généraliste était négativement associé à l'exploration des idées suicidaires. Notre hypothèse est qu'être proche de sa formation pourrait être associé à davantage d'exploration chez les médecins, comme l'ont montré Verger et al. (40) pour les patients déprimés. Cette hypothèse est également cohérente avec une autre étude montrant que les médecins généralistes ayant reçu une formation sur le suicide au cours des trois dernières années déclaraient explorer plus souvent les idées suicidaires (42)). La formation continue peut donc être une fenêtre d'action pertinente pour améliorer les pratiques. En particulier, la formation par simulations permet une exposition réaliste à l'évaluation du risque suicidaire dans les soins primaires (49).

Cette étude est restreinte aux données recueillies (limitées pour que les questionnaires de veille puissent être remplis par les médecins généralistes). Faute de données sur le statut

affectif (en couple ou non), le mode de vie (seul ou non), l'isolement social ou l'existence d'événements de vie adverse récents chez les patients, il est impossible de savoir si ces paramètres, influant sur le risque suicidaire, sont pris en compte par les médecins généralistes. Les diagnostics ne sont pas standardisés et il manque des données sur les troubles psychiatriques spécifiques autres que la dépression et les troubles d'usage de substances chez les patients. Il serait intéressant d'étudier si l'exploration des idées suicidaires avant un acte suicidaire est bien corrélée aux autres troubles psychiatriques et l'association de plusieurs troubles, car les troubles psychiatriques sont, de manière générale, associés au risque de TS (22) et de suicide (21). Depuis 2020, les questionnaires remplis par les médecins généralistes Sentinelles du réseau français contiennent des questions plus précises sur les troubles mentaux présents et leur nature (trouble dépressif, trouble anxieux, trouble de l'usage de substance, trouble de la personnalité, autres troubles) qui pourront être étudiés.

Notre étude ne porte que sur une partie du champ de la prévention des comportements suicidaires dans la population, à savoir l'exploration des idées suicidaires en médecine générale. Elle ne comprend pas les personnes institutionnalisées. Par ailleurs, les patients traités pour des pathologies psychiatriques sévères et/ou persistantes telles que la schizophrénie et la bipolarité sont principalement pris en charge par des médecins psychiatres, souvent dans le cadre des secteurs de soins psychiatriques et il apparaît donc peu probable que chez ces patients, des idées suicidaires soient découvertes en médecine générale.

L'amélioration des pratiques d'exploration des idées suicidaires en médecine générale est un enjeu majeur en raison de la fréquence de cette situation et donc de l'impact potentiel qu'elle peut avoir sur la morbi-mortalité de la population générale. Des indicateurs mettent en lumière une amélioration de ces pratiques, notamment à la suite de la pandémie COVID, qui a conduit à une plus grande vigilance des médecins généralistes face aux idées suicidaires.

La réforme récente des études de médecine a introduit une hiérarchisation des savoirs où les connaissances essentielles, dites de rang A, sont valorisées dans l'apprentissage afin de constituer un socle solide, commun à tous les professionnels de santé. L'évaluation du risque

suicidaire en fait partie et on peut espérer, dans les années à venir, un impact de cette réforme sur la pratique des médecins généralistes.

Au vu de nos résultats, un autre axe d'amélioration à développer serait celui de formations spécifiques à l'évaluation du risque suicidaire en médecine générale, dont les médecins généralistes sont demandeurs (52). En effet, ce champ de réflexion et de formation est aujourd'hui principalement porté par la psychiatrie, or les psychiatres ne sont pas confrontés à la même population ni aux mêmes enjeux que les généralistes. Il importe donc de mieux mettre en lumière la nécessité d'une vigilance renforcée aux idées suicidaires dans le cas d'une consultation de généraliste pour motif somatique avec souffrance psychique associée. Pour améliorer le repérage des idées suicidaires en population générale et notamment limiter la perte de chance due aux comorbidités somatiques, des formations plus adaptées à la médecine générale et à ses besoins spécifiques semblent donc indispensables.

Bibliographie

1. Fazel, Seena, et Bo Runeson. « Suicide ». Édité par Allan H. Ropper. *New England Journal of Medicine* 382, n° 3 (16 janvier 2020): 266-74.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>.
2. Conférence de consensus, HAS, *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, 2000. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
3. Collège national des universitaires en psychiatrie. *Risque et conduites suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, Référentiel de Psychiatrie 2021 (3)*. Presse Universitaire François Rabelais, s. d.
4. Grégoire Rey, "Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017", Fiche 14, Inserm-CépiDC.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/Fiche%2014%20-%20Donn%C3%A9es%20%C3%A9pid%C3%A9miologiques%20sur%20les%20d%C3%A9c%C3%A8s%20par%20suicide%20en%20France%20en%202017.pdf>
5. Christine Chan Chee. « Suicides et tentatives de suicide : de la surveillance épidémiologie à la prévention », *réunion EPAC 17 octobre 2017, Santé Publique France*.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj-9NCS19qEAXUaUKQEHZnEA60QFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fmaladies-et-traumatismes%2Ftraumatismes%2Farticles%2Fenquete-permanente-sur-les-accidents-de-la-vie-courante-epac%2Fsuicide-ts-epac&usq=AOvVaw36PmAS4A4jv4MwapGwfDvT&opi=89978449>
6. DRESS. « Mortalité évitable, comportement à risque et dépenses de prévention ». *Les dépenses de santé en 2022, 2023*.
7. Kahn, Jean-Pierre. « Évaluation spécifique du risque suicidaire ». In *Suicides et tentatives de suicide*, par Philippe Courtet, 102. Lavoisier, 2010)
8. Jollant, Fabrice. « La crise suicidaire : description, évaluation et prise en charge ». *La Presse Médicale Formation* 3, n° 4 (septembre 2022): 322-28.
<https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2022.07.013>.
9. Kessler, Ronald C., Guilherme Borges, et Ellen E. Walters. « Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey ». *Archives of General Psychiatry* 56, n° 7 (1 juillet 1999): 617.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>.
10. Bryan, Craig J., Michael H. Allen, Heather M. Wastler, AnnaBelle O. Bryan, Justin C. Baker, Alexis M. May, et Cynthia J. Thomsen. « Rapid Intensification of Suicide Risk Preceding Suicidal Behavior among Primary Care Patients ». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 53, n° 3 (juin 2023): 352-61. <https://doi.org/10.1111/sltb.12948>.

11. Richards, Julie E., Ursula Whiteside, Evette J. Ludman, Chester Pabiniak, Beth Kirlin, Rianna Hidalgo, et Greg Simon. « Understanding Why Patients May Not Report Suicidal Ideation at a Health Care Visit Prior to a Suicide Attempt: A Qualitative Study ». *Psychiatric Services* 70, n° 1 (janvier 2019): 40-45. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800342>.
12. Favril, Louis, Rongqin Yu, John R Geddes, et Seena Fazel. « Individual-Level Risk Factors for Suicide Mortality in the General Population: An Umbrella Review ». *The Lancet Public Health* 8, n° 11 (novembre 2023): e868-77. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00207-4).
13. Owens, David, Judith Horrocks, et Allan House. « Fatal and Non-Fatal Repetition of Self-Harm: Systematic Review ». *British Journal of Psychiatry* 181, n° 3 (septembre 2002): 193-99. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>.
14. Milner, Allison, Andrew Page, et Anthony D. LaMontagne. « Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis ». Édité par Hamid Reza Baradaran. *PLoS ONE* 8, n° 1 (16 janvier 2013): e51333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333>.
15. Favril, Louis, Rongqin Yu, Abdo Uyar, Michael Sharpe, et Seena Fazel. « Risk Factors for Suicide in Adults: Systematic Review and Meta-Analysis of Psychological Autopsy Studies ». *Evidence Based Mental Health* 25, n° 4 (novembre 2022): 148-55. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>.
16. Parra Uribe, I., H. Blasco-Fontecilla, G. García-Parés, M. Giró Batalla, M. Llorens Capdevila, A. Cebrià Meca, V. De Leon-Martinez, V. Pérez-Solà, et D.J. Palao Vidal. « Attempted and Completed Suicide: Not What We Expected? » *Journal of Affective Disorders* 150, n° 3 (septembre 2013): 840-46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.013>.
17. Younes, N., M. Melchior, C. Turbelin, T. Blanchon, T Hanslik, et C Chan Chee. « Attempted and Completed Suicide in Primary Care: Not What We Expected? » *Journal of Affective Disorders* 170 (janvier 2015): 150-54. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.037>.
18. Prévalence et évolution des pensées suicidaires en France métropolitaine en 2020 – Résultat du baromètre santé (Baromètre Santé 2020), Santé publique France, Fiche 7
19. Bernal, M., J.M. Haro, S. Bernert, T. Brugha, R. De Graaf, R. Bruffaerts, J.P. Lépine, et al. « Risk Factors for Suicidality in Europe: Results from the ESEMED Study ». *Journal of Affective Disorders* 101, n° 1-3 (août 2007): 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>.
20. Jakhar, Kiran, Ram Pratap Beniwal, Triptish Bhatia, et Smita N. Deshpande. « Self-Harm and Suicide Attempts in Schizophrenia ». *Asian Journal of Psychiatry* 30 (décembre 2017): 102-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.08.012>
21. Too, Lay San, Matthew J. Spittal, Lyndal Bugeja, Lennart Reifels, Peter Butterworth, et Jane Pirkis. « The Association between Mental Disorders and Suicide: A Systematic

- Review and Meta-Analysis of Record Linkage Studies ». *Journal of Affective Disorders* 259 (décembre 2019): 302-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>
22. Hoertel, N, S Franco, M M Wall, M A Oquendo, B T Kerridge, F Limosin, et C Blanco. « Mental Disorders and Risk of Suicide Attempt: A National Prospective Study ». *Molecular Psychiatry* 20, n° 6 (juin 2015): 718-26. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.19>.
23. American Psychiatric Association. *MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX, DSM5*. Elsevier Masson., 2015.
24. Léon, C., du Roscoät, E., & Beck, F. (2023). Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans: résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Épidemiol Hebd*, 2, 28-40.
25. Widiger, Thomas A., et Myrna M. Weissman. « Epidemiology of Borderline Personality Disorder ». *Psychiatric Services* 42, n° 10 (octobre 1991): 1015-21. <https://doi.org/10.1176/ps.42.10.1015>.
26. Leavey, Gerard, Michael Rosato, Karen Galway, Lynette Hughes, Sharon Mallon, et Janeet Rondon. « Patterns and Predictors of Help-Seeking Contacts with Health Services and General Practitioner Detection of Suicidality Prior to Suicide: A Cohort Analysis of Suicides Occurring over a Two-Year Period ». *BMC Psychiatry* 16, n° 1 (décembre 2016): 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0824-7>.
27. McHugh, Catherine M., Amy Corderoy, Christopher James Ryan, Ian B. Hickie, et Matthew Michael Large. « Association between Suicidal Ideation and Suicide: Meta-Analyses of Odds Ratios, Sensitivity, Specificity and Positive Predictive Value ». *BJPsych Open* 5, n° 2 (mars 2019): e18. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.88>.
28. Dumesnil, Hélène, Sébastien Cortaredona, Marie Cavillon, Fanny Mikol, Catherine Aubry, Rémy Sebbah, Hélène Verdoux, et Pierre Verger. « Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville: Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français ». *L'information psychiatrique* Volume 90, n° 5 (2 juin 2014): 341-52. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1204>
29. Luoma, Jason B., Catherine E. Martin, et Jane L. Pearson. « Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence ». *American Journal of Psychiatry* 159, n° 6 (juin 2002): 909-16. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>.
30. Stene-Larsen, Kim, et Anne Reneflot. « Contact with Primary and Mental Health Care Prior to Suicide: A Systematic Review of the Literature from 2000 to 2017 ». *Scandinavian Journal of Public Health* 47, n° 1 (février 2019): 9-17. <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>.
31. Turbelin, C., L. Jehel, P.-Y. Boelle, A. Kieffer, T. Blanchon, et A. Flahault. « Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 56, n° 5 (septembre 2008): 292. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.06.126>.

32. De Beurs, Derek P, Mariette Hooiveld, Ad J F M Kerkhof, Joke C Korevaar, et Gé A Donker. « Trends in Suicidal Behaviour in Dutch General Practice 1983–2013: A Retrospective Observational Study ». *BMJ Open* 6, n° 5 (mai 2016): e010868. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010868>.
33. Hauge, Lars Johan, Kim Stene-Larsen, Tine Kristin Grimholt, Carine Øien-Ødegaard, et Anne Reneflot. « Use of Primary Health Care Services Prior to Suicide in the Norwegian Population 2006-2015 ». *BMC Health Services Research* 18, n° 1 (8 août 2018): 619. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3419-9>.
34. Olfson, Mark, Myrna M. Weissman, Andrew C. Leon, David V. Sheehan, et Leslie Farber. « Suicidal Ideation in Primary Care ». *Journal of General Internal Medicine* 11, n° 8 (août 1996): 447-53. <https://doi.org/10.1007/BF02599038>.
35. Moreno-Küstner, Berta, Rebeca Jones, Igor Švab, Heidi Maaros, Miguel Xavier, Mirjam Geerlings, Francisco Torres-González, et al. « Suicidality in Primary Care Patients Who Present with Sadness and Anhedonia: A Prospective European Study ». *BMC Psychiatry* 16, n° 1 (décembre 2016): 94. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0775-z>.
36. Magruder, Kathryn M., Derik Yeager, et Olga Brawman-Mintzer. « The Role of Pain, Functioning, and Mental Health in Suicidality Among Veterans Affairs Primary Care Patients ». *American Journal of Public Health* 102, n° S1 (mars 2012): S118-24. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300451>.
37. Younès, N, M Rivière, L Plancke, A Leroyer, T Blanchon, M Azevedo Da Silva, et M Melchior. « Work Intensity in Men and Work-Related Emotional Demands in Women Are Associated with Increased Suicidality among Persons Attending Primary Care ». *Journal of Affective Disorders* 235 (août 2018): 565-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.075>.
38. Hallgren, Kevin A., Richard K. Ries, David C. Atkins, Kristin Bumgardner, et Peter Roy-Byrne. « Prediction of Suicide Ideation and Attempt Among Substance-Using Patients in Primary Care ». *The Journal of the American Board of Family Medicine* 30, n° 2 (mars 2017): 150-60. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.02.160264>.
39. Boffin, Nicole, Viviane Van Casteren, et Karin De Ridder. « Care of General Practice Patients Preceding and Following a Suicide Attempt: Observational Study in Flemish General Practices ». *BMJ Open* 9, n° 5 (mai 2019): e028546. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028546>.
40. Verger, Pierre, Pierre-Alexis Brabis, Viviane Kovess, Anne Lovell, Remy Sebbah, Patrick Villani, Alain Paraponaris, et Frédéric Rouillon. « Determinants of Early Identification of Suicidal Ideation in Patients Treated with Antidepressants or Anxiolytics in General Practice: A Multilevel Analysis ». *Journal of Affective Disorders* 99, n° 1-3 (avril 2007): 253-57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.012>.
41. Bocquier, Aurélie, Elodie Pambrun, Hélène Dumesnil, Patrick Villani, Hélène Verdoux, et Pierre Verger. « Physicians' Characteristics Associated with Exploring Suicide Risk

- among Patients with Depression: A French Panel Survey of General Practitioners ». *PLoS One* 8, n° 12 (2013): e80797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080797>.
42. Elzinga, Elke, Renske Gilissen, Gé A Donker, Aartjan T F Beekman, et Derek P De Beurs. « Discussing Suicidality with Depressed Patients: An Observational Study in Dutch Sentinel General Practices ». *BMJ Open* 9, n° 4 (avril 2019): e027624. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027624>.
43. Bajaj, Priya, Elena Borreani, Pradip Ghosh, Caroline Methuen, Melissa Patel, et Michael Joseph. « Screening for Suicidal Thoughts in Primary Care: The Views of Patients and General Practitioners ». *Mental Health in Family Medicine* 5, n° 4 (décembre 2008): 229-35.
44. Grimholt, Tine K., Ole R. Haavet, Dag Jacobsen, Leiv Sandvik, et Oivind Ekeberg. « Perceived Competence and Attitudes towards Patients with Suicidal Behaviour: A Survey of General Practitioners, Psychiatrists and Internists ». *BMC Health Services Research* 14 (8 mai 2014): 208. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-208>.
45. Feldman, M. D., P. Franks, P. R. Duberstein, S. Vannoy, R. Epstein, et R. L. Kravitz. « Let's Not Talk About It: Suicide Inquiry in Primary Care ». *The Annals of Family Medicine* 5, n° 5 (1 septembre 2007): 412-18. <https://doi.org/10.1370/afm.719>.
46. Hooper, Lisa M., Steven A. Epstein, Kevin P. Weinfurt, Jamie DeCoster, Lixin Qu, et Natalie J. Hannah. « Predictors of Primary Care Physicians' Self-Reported Intention to Conduct Suicide Risk Assessments ». *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 39, n° 2 (avril 2012): 103-15. <https://doi.org/10.1007/s11414-011-9268-5>.
47. Gandhi, André, Tylee, Paul. « The Importance of Somatic Symptoms in Depression in Primary Care ». *The Primary Care Companion For CNS Disorders* 7, n° 4 (15 août 2005). <https://doi.org/10.4088/PCC.v07n0405>.
48. Kessler, D. « Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study ». *BMJ* 325, n° 7371 (2 novembre 2002): 1016-17. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7371.1016>.
49. Dye, Candice, Sai Krishna Surapa Raju, Abigail Dy, Stacy L. Gaither, et Nancy M. Tofil. « Suicide Simulation in Primary Care ». *Southern Medical Journal* 114, n° 3 (mars 2021): 129-32. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001217>.
50. Holmes, Emily A, Rory C O'Connor, V Hugh Perry, Irene Tracey, Simon Wessely, Louise Arseneault, Clive Ballard, et al. « Multidisciplinary Research Priorities for the COVID-19 Pandemic: A Call for Action for Mental Health Science ». *The Lancet Psychiatry* 7, n° 6 (juin 2020): 547-60. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
51. Pouquet, Marie, Titouan Launay, Mathieu Rivière, Christine Chan-Chee, Frédéric Urbain, Nicolas Coulombel, Isabelle Bardoulat, et al. « Trends and Characteristics of Attempted and Completed Suicides Reported to General Practitioners before vs during the COVID-19 Pandemic in France: Data from a Nationwide Monitoring System, 2010–2022 ». Édité par Rikinkumar S. Patel. *PLOS ONE* 17, n° 12 (15 décembre 2022): e0278266. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278266>.

52. Dobscha, Steven K., Summer B. Newell, Victoria J. Elliott, Annabelle L. Rynerson, Sarah Rabin, Nazanin Bahraini, Edward P. Post, et Lauren M. Denneson. « Primary Care and Mental Health Staff Perspectives on Universal Suicide Risk Screening and Care Coordination ». *Psychiatric Services* 74, n° 3 (1 mars 2023): 305-11. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220087>.

Table des figures

Figure 1 : Flow-chart	26
Figure 2 : Evolution of the prevalence of ESI by GPs within the 6 months preceding...	29
Figure 3 : Comparison of the prevalence of ESI by GPs within the 6 months preceding...	30

Table des tableaux

Table 1: suicidal patients' and GPs' characteristics	28
Table 2: Factors associated with suicidal ideation exploration (ESI) among primary care...	32
Table 3: factors associated with suicidal ideation exploration (ESI) among primary care...	33

Résumé :

Introduction : Bien que l'exploration des idées suicidaires (IS) en soin primaire en amont d'actes suicidaires puisse éviter des suicides (S) ou des tentatives de suicide (TS), les facteurs liés à cette exploration sont peu étudiés. Cette étude a pour but d'estimer la prévalence d'exploration des idées suicidaires par les médecins généralistes (MG) dans les 6 mois précédant un acte suicidaire, et d'identifier les facteurs liés à cette exploration.

Méthode : Les actes suicidaires déclarés, de manière prospective, par questionnaires sur le réseau Sentinelles France de 2013 à 2023 ont été analysés pour les données relatives aux patients et aux médecins.

Résultats : 459 MG rapportent 1156 actes suicidaires (928 TA, 205 S). Les IS ont été explorées dans les 6 mois précédents dans 54.9 % (IC 52.0-57.8) des cas. Plusieurs facteurs sont associés positivement avec l'exploration des IS (EIS) en analyse multivariée : l'expression d'IS (OR = 20.52; 95% IC [9.1-55.7]; $p < 0.001$), une consultation pour des motifs psychologiques (OR = 3.37; 95% IC [1.9-6.0]; $p < 0.001$), la période post-2020 (OR = 2.25; 95%CI [1.5 - 3.4]; $p < 0.001$), des antécédents d'AS (OR = 2.10 95% IC [1.4-3.2] $p < 0.001$), une dépression (OR = 1.92; 95% IC [1.3-2.9]; $p = 0.001$), le S vs. les TS (OR = 1.86; 95% IC [1.1-3.3]; $p = 0.024$), abus de substances (OR = 1.82; 95% IC [1.1-3.0]; $p = 0.020$), une consultation du MG dans le mois précédent (OR = 1.63; 95% IC [1.1-2.4]; $p = 0.010$). Une consultation uniquement pour motif somatique ou maladie chronique était négativement associée avec l'EIS par rapport à une consultation pour motif somatique ou maladie chronique et motif psychologique (OR = 0.27; 95% IC [0.17-0.43]; $p = 0.001$).

Limitations : D'autres facteurs non-étudiés ici pourraient être associés. Le rapport par le médecin généraliste de l'ESI pourrait être biaisée par biais de désirabilité sociale. Les données sont celles des médecins du réseau Sentinelles, potentiellement habitués à gérer un risque suicidaire.

Conclusion : L'amélioration des pratiques de l'exploration des IS en médecine générale reste un défi important. La pandémie de COVID semble avoir amélioré la sensibilisation des MG à l'IS. Cette étude illustre le besoin de développer et de proposer en médecine générale des formations spécifiques dans l'évaluation du risque suicidaire et de ses particularités, notamment dans le contexte d'une consultation pour motif somatique.

Spécialité :

DES Psychiatrie

Mots clés français :

[Idéation suicidaire](#)

[Médecine générale](#)

[Prévention du suicide](#)

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Université Paris Cité
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris